



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

## **TESIS**

**“HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SU RELACIÓN CON LOS ESTILOS  
DE VIDA EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL  
JOSÉ SOTO CADENILLAS- CHOTA, 2017”**

### **AUTOR**

**Bach. Enf. Jairo Neemias Vásquez Delgado  
Para obtener el título profesional de:  
Licenciado en Enfermería**

### **ASESORA**

**Dra. Martha Vicenta Abanto Villar**

**CHOTA- PERÚ**

**2017**

## ÍNDICE

	Pág.
HOJA DE RESPETO	
CARÁTULA	I
ÍNDICE	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTO	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VII

### CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Realidad Problemática	1
1.2. Problema de Investigación	5
1.2.1. Problema Principal	5
1.2.2. Problemas Secundarios	5
1.3. Objetivos de la Investigación	6
1.4.1. Objetivo General	6
1.4.2. Objetivos Específicos	6
1.4. Justificación e importancia de la investigación	7
1.4.1. Importancia de la investigación	7
1.4.2. Viabilidad y factibilidad de la investigación	9
1.5. Limitaciones del estudio	9

### CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación	10
2.2. Bases Teóricas	16
2.3. Definición de términos básicos	36

### **CAPÍTULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1.	Formulación de hipótesis	39
3.2.	Variable, dimensiones e indicadores, definición conceptual	41
3.3.	Operacionalización de variables: definición conceptual, dimensión Indicadores, escala.	42

### **CAPÍTULO IV METODOLOGÍA**

4.1.	Diseño metodológico	46
4.2.	Diseño muestral.	47
4.3.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	49
4.4.	Procedimiento para la recolección de la información	51
4.5.	Técnicas de procesamiento de la información	52
4.6.	Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información	52
4.7.	Aspectos éticos contemplados.	52

### **CAPÍTULO V ANÁLISIS Y DISCUSIÓN**

5.1.	Análisis descriptivo de tablas y Gráficos	55
	Comprobación de hipótesis, técnica estadística empleada	
5.3.	Discusión	84
	Conclusiones	106
	Recomendaciones	107

### **ANEXOS Y APÉNDICES**

Fuentes de información	108
Consentimiento Informado	117
Ficha de recolección de Información Sociodemográfica	118
Cuestionario de recolección de la información estilos de vida	120
Prueba de confiabilidad de instrumento	124
Matriz de consistencia	129

## DEDICATORIA

**A DIOS**, por ser el ser supremo que nos da la vida la salud, inteligencia, sabiduría y nos guía y protege.

## **AGRADECIMIENTO**

**A Mi Madre,** por sus enseñanzas, su apoyo incondicional, su amor y ser una persona ejemplar.

## RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue determinar la relación entre la hipertensión arterial y estilos de vida en adultos mayores, atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017. **Material y Métodos:** Transversal, Descriptiva-Correlacional, no Experimental, con enfoque cuantitativo. Muestra 80 pacientes adultos mayores hipertensos con edades de 60 a 79 años, a quienes se les aplicó el cuestionario perfil de estilos de vida (PEPS-I) Nola Pender (adaptado por Zela; Mamani. 2015). Para el procesamiento de datos se empleó el paquete estadístico SPSS 24.0. **Resultados:** El 62,5% de los pacientes son de sexo femenino y el 37,5% masculino; el 43,8% entre las edades de 75 a 80 años de edad y el 17,6% en los grupos etarios de 60 a 64 y 65 a 69 años respectivamente. El 37,5% tiene primaria completa, seguido del 35,0% que son analfabetos. El 53,8% su ocupación es amas de casa, el 12,5% son comerciantes. Su estado civil el 36,3% casados y el 35,0% viudos. El 66,3% su residencia es en la zona urbana. El 62,5%(50), de los pacientes presentan hipertensión estadio I y el 35,5% (30) hipertensión estadio II. Los estilos de vida según dimensiones: Responsabilidad en salud el 61,3% (49) es saludable, el 21,3%(17) poco saludable y el 17,5%(14) muy saludable. En la dimensión Ejercicio el 67,5% saludable, 22,5%(18) muy saludable y 10,0% (8) poco saludable. En su dimensión Nutrición, el 68,8%(55) saludable, 16,3%(13) poco saludable y 15,0%(12) muy saludable. En su dimensión Manejo de Estrés el 82,5%(66) saludable, 17,5%(14) muy saludable. En su dimensión No Consumo de Tabaco 86,3%(69) saludable, 13,8% (11) muy saludable y en su dimensión No Consumo de Alcohol 87,5%(70) Saludable y 12,5% (10) muy saludable. **Conclusión.** Al contrastar las Hipótesis Específicas se encontró relación estadística significativa entre los estilos de vida en la dimensión nutrición y el estadio de hipertensión arterial; siendo el valor de ( $p=0.05$ ). A mejor estilos de vida en alimentación bajan los niveles de hipertensión arterial en los adultos mayores y al contrastar la Hipótesis General no se encontró relación estadística significativa siendo ( $p=0.783$ ). Por tanto no está relacionada significativamente.

**Palabras claves:** Estilos de vida, Hipertensión, Adultos mayores.

## ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine the relation between the arterial hypertension and lifestyles in older adults treated, at the José Soto Cadenillas Support Hospital of Chota, 2017. **Material and Methods:** Transversal, Descriptive-Correlational, Non-Experimental, with a quantitative focus. It shows 80 elderly hypertensive patients from 60 years old to 79 years old, who were applied the questionnaire profile of lifestyles (PEPS-I) Nola Pender (adapted by Zela, Mamani, 2015). To The data processing was used the statistical package SPSS 24.0 The results: the 62.5% of the patients are female sex and the 37.5% are malesex; the 43.8% are between 75 to 80 years old and the 17.6% in the age groups of 60 to 64 and 65 to 69 years old respectively. The 37.5% have complete primary education, followed by the 35.0% who are illiterate. The 53.8% their job is housewives, the 12.5% are sellers. Their marital status the 36.3% was married and the 35.0% are widowed. The 66.3% of their residence is in the urban area. The 62.5% (50), of the patients present stage I hypertension and the 35.5% (30) stage II hypertension. The lifestyles according to dimensions: Responsibility in health the 61.3% (49) is healthy, the 21.3% (17) is unhealthy and the 17.5% (14) is very healthy. In the Exercise dimension, the 67.5% is healthy, the 22.5% (18) very healthy and the 10.0% (8) are unhealthy. In its Nutrition dimension, the 68.8% (55) are healthy, the 16.3% (13) are unhealthy and the 15.0% (12) are very healthy. In its Stress Management dimension, the 82.5% (66) are healthy, the 17.5% (14) are very healthy. In its No Tobacco Consumption dimension the 86.3% (69) are healthy, the 13.8% (11) are very healthy and in its dimension No Alcohol Consumption the 87.5% (70) are Healthy and the 12.5% (10) are very healthy. Conclusion. When we contrasted the Specific Hypotheses a statistically was found significant relation between lifestyles in the dimension of nutrition and the arterial hypertension state; being the value of ( $p = 0.05$ ). To better lifestyles in diet low the arterial hypertension levels in the elderly and when contrasted the General Hypothesis, we didn't find statistically significant relation being ( $p = 0.783$ ). Therefore, it is not significantly related.

**Keywords:** Lifestyles, Hypertension, Elderly.

## INTRODUCCIÓN

Actualmente la hipertensión arterial es una enfermedad crónica que cada día va en aumento incluyendo personas jóvenes, existiendo referencias que compromete desde los 15 años de edad en adelante y en el adulto y adulto mayor esta compromete la supervivencia del paciente; se observa que la conducta adoptada por el paciente hipertenso no es la más adecuada especialmente en sus estilos de vida. La elevación de la presión arterial se asocia a un aumento de la incidencia de enfermedades cardiovasculares; sin embargo puede ser tratada mejorando su calidad de vida.

Es de suma importancia identificar los estilos de vida de los pacientes hipertensos, por tratarse de una enfermedad crónica que requiere de modificaciones en los hábitos de vida, en busca de los estilos de vida saludables que permitan mejorar la salud de los pacientes, familia y comunidad.

En el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud familiar 2016. La hipertensión arterial en el 2012 en los adultos mayores se reportó en el 17,6% y en el 2015 fue el 17,8%, siendo los más afectados los hombres 19,0% que las mujeres 16,3% la mayor proporción reside el Lima Metropolitana con 20,4%, sierra y selva con 15,9% y 15,3% respectivamente. La población hipertensa en el 2015 con tratamiento farmacológico alcanzó el 63,6% en la población femenina y la masculina en el 59,6% (1).

La presente investigación se realizó con el objetivo de determinar la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en los adultos mayores, atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017. Con el propósito de contribuir a favor de la salud de los pacientes hipertensos, dando a conocer los resultados de la presente investigación al Director de dicha Institución, los cuales le permitirán fortalecer las estrategias de intervención como: talleres, programas educativos entre otras que permitan mejorar la información sobre estilos de vida saludables como alimentación saludable, ejercicio o actividad física entre otras a fin de mantener la salud del paciente hipertenso y promover los estilos de vida saludables y prevenir la hipertensión arterial en base al conocimiento de la realidad.



La investigación comprende. Capítulo I: Planteamiento del problema, descripción de la realidad problemática, formulación del problema, objetivos de la investigación, justificación de la investigación, limitaciones. Capítulo II: Antecedentes del problema, bases teóricas, definición de términos. Capítulo III. Hipótesis y variables de la investigación, formulación de la hipótesis principal y derivadas, variables, dimensiones y definición conceptual. Capítulo IV. Metodología, diseño metodológico, diseño muestral, técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad, técnicas de procesamiento de la información, técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información, aspectos éticos contemplados. Capítulo V. Análisis y discusión análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos, análisis inferencial; pruebas estadísticas, comprobación de hipótesis, discusión y conclusiones.

Anexos:

Fuentes de información. Consentimiento Informado. Ficha de recolección de Información Sociodemográfica. Cuestionario de recolección de la información estilos de vida y Prueba de confiabilidad de instrumento.

# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

### 1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La Organización Mundial de la Salud refiere que la prevalencia de enfermedades no transmisibles se han incrementado notablemente en los países de ingresos bajos y medios, provocando el 80% de las muertes; mientras que sólo un 20% se producen en los países de altos ingresos afectando a hombres y mujeres; se prevé que las defunciones por enfermedades no transmisibles aumentarán en un 17% en ese mismo periodo (2).

Así tenemos que las enfermedades crónicas representan una verdadera epidemia mundial afecta a hombres y mujeres. Sin embargo, 28 millones (casi 75%) de las 38 millones de muertes por enfermedades crónicas ocurridas en el 2012 correspondieron a países de ingresos bajos y medianos. El 87% de las muertes fue causado por enfermedades crónicas (3). Para este mismo año, las cuatro entidades nosológicas principales de este grupo son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las neuropatías crónicas (4).

Este problema tiene un gran impacto social, pues crece de forma sostenida; el avance científico, tecnológico, la prosperidad, la urbanización modifica el orden socioeconómico, el perfil de enfermedad, el nivel de salud (5); Todo ello afecta las condiciones de vida de las personas dado que consumen dietas inadecuadas, alcohol, tabaco, realizan menor actividad física por la poca disponibilidad de tiempo y tienen mayor exposición al estrés.

En algunos países la Hipertensión Arterial afecta sobre todo a las personas mayores de 30 años de uno y otro sexo, lo que representa millones a nivel mundial, con una mortalidad de 15 millones por año, con una repercusión del 70% de los infartos cerebrales y muertes por falla cardiaca, el 37% en hombres y el 51% en mujeres. Constituye la primera causa de muerte en la mayoría de

los países incluyendo el nuestro, es una de las afecciones que con mayor frecuencia lleva a padecer lesiones en los órganos diana (Sistema Nervioso, pulmones, estómago, riñones también afecta al sistema reproductivo (6). Según la OMS (2013), estima que las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes y representan el 12,8% del total de las muertes, además señala que uno de cada tres adultos tiene la patología (7).

En Centro América, los estudios demuestran que los pacientes que sí realizan prácticas saludables tienen una mejor calidad de vida; pero que éste se ve afectado muchas veces por la influencia de la familia, así también tenemos que en un estudio realizado en el Salvador se reportó que el 57,4%, de los pacientes presentó un auto cuidado calificado como muy bueno; asimismo, en México se reportó que el 53% de los pacientes hipertensos refirió recibir influencia de la familia con una dieta no adecuada y el 94% abandonó el tratamiento médico (8). Siendo el apoyo familiar fundamental para que el paciente ponga en práctica estilos de vida saludables y ayude a controlar la presión arterial y evite complicaciones, es importante que se involucren en el control tratamiento y prevención.

La realidad en el Perú, no es diferente a las de otros países las estadísticas evidencian la problemática, en el año 2014 el 14,6% de las personas de 15 años a más tenía presión arterial elevada (9); para el año 2016 según la ENDES se encontró a un 12,7% de la población de 15 y más años con presión arterial alta; en el 2015 fue de 12,3%. Según sexo, los hombres son los más afectados (15,6%) que las mujeres (9,9%), igual relación que en el 2015 (los hombres 14,4% y las mujeres 10,2%), el 66,0% de la población con diagnóstico médico de hipertensión arterial, recibió y/o compró medicamentos para controlar la presión alta. La población femenina hipertensa con tratamiento farmacológico alcanzó el 67,2% y la masculina 64,3% (10).

Es evidente que esta enfermedad crónica como es la hipertensión arterial en nuestro país, va en aumento y la población se informa en medida que presenta la sintomatología y acude a consulta médica. En nuestra realidad según las referencias son las mujeres las que mayormente acuden a los servicios y las

que aceptan el tratamiento en relación a los varones; importante tener un trabajo de información a la población con ello se trabajaría las acciones preventivas, pues esta afección indistintamente se presenta tanto en hombres como en mujeres y no distingue edad, grado de instrucción y situación económica.

En el adulto mayor la hipertensión arterial constituye la primera causa de consulta ambulatoria en el Ministerio de Salud y ESSALUD, debido a que es la enfermedad crónica más frecuente en este grupo etario. Según estadísticas en USA el 67% de los mayores de 60 años tiene hipertensión arterial, y en el Perú según los estudios TORNASOL I y II (11), la prevalencia es de 46,3% en la década entre 60 y 69; 53,2% en la década entre 70 a 79 años y de 56,3% en los mayores de 80 años (12). Pues se trata de realizar un trabajo de prevención y también de determinar a tiempo la enfermedad y así mejorar la calidad de vida de las personas.

En la región, se refleja la situación problemática en cuanto a la hipertensión arterial; es así que se reporta que en Cajamarca existen 4 170 hipertensos. En la DISA Jaén (con San Ignacio) hay 207. En la DISA Chota (Hualgayoc y Santa Cruz) tenemos 570. Y en la DISA Cajamarca (que incluye las otras 7 provincias para completar la región), existen 3 393. Sólo provincia Cajamarca: 1 331 (13), evidencias que hacen conocer que la hipertensión arterial es una patología que en la realidad está presente.

Según el reporte del Hospital ESSALUD Cajamarca existen 27 pacientes entre 18 a 40 años; 489 entre 40 y 60; y 1 171 mayores de 60 años. En cuanto a hipertensos desde luego. En los mayores de 60 (14). La hipertensión arterial no está relacionada con el género. El 91 % que acuden a este hospital viven en la zona urbana. Importante la referencia teniendo en cuenta que en esta Institución se atienden las personas aseguradas y que en su mayoría son profesionales. Este resultado puede indicar que los estilos de vida de la población en la ciudad condicionan la frecuencia de hipertensos. Se observa que la población tiene escaso compromiso con su salud practicando estilos de vida no saludables como el no realizar las caminatas por espacio de 30 minutos,

insuficiente consumo de verduras y agua, tomar licor, fumar y muchos en incumplir con su tratamiento.

En el Centro Médico de EsSalud Chota en el año 2015 se atendieron a 180 pacientes hipertensos, y para el 2016 un número similar; el equipo de salud dirigen sus esfuerzos al control y prevención de complicaciones a través del desarrollo de actividades educativas y un programa de seguimiento de los pacientes en sus hogares. Los cuidados en bien de la salud dependen de las decisiones que tomen cada persona para prevenir, conservar y mejorar su salud (15).

Según las estadísticas de la Oficina de Estadística e Informática, se observa que en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota, en el año 2014, se atendieron un total de 254 pacientes con hipertensión de los cuales 196 corresponde a adultos mayores de 60 a más años de edad; para el 2015 según el reporte se llegó a atender a un total de 248 y de 60 años a más constituyeron 191 (15) . En el año 2016 se atendieron un total 231 pacientes hipertensos y mayores de 60 años fueron 148 (16). Entre los principales factores de riesgo que se presentan destacan el colesterol alto, triglicérido alto, hipertensión arterial, enfermedades del corazón y diabetes. La cuantificación de estos factores constituye un aspecto esencial para comprender la dimensión de este problema a escala poblacional y para una planificación de los recursos sanitarios.

De acuerdo a los resultados observados, al verificar las consecuencias de las prácticas de los estilos de vida no saludables. Pues para modificar estos se necesita no solo de un programa de acción de prevención por parte de los servicios de salud; sino también el empoderamiento de las personas por cambiar los estilos de vida, motivo por el cual se realizó el presente estudio de investigación Titulado “Hipertensión Arterial y su Relación con los Estilos de Vida en Adultos Mayores atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas- Chota, 2017”

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

### **1.2.1 PROBLEMA PRINCIPAL:**

¿Existe relación entre Hipertensión arterial y estilo de vida en adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017?

### **1.2.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS:**

¿Cuáles son las características socio-demográficas de los adultos mayores con hipertensión arterial, atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017?

¿Cuál es la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de responsabilidad en salud que presentan los adultos mayores, atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017?

¿Cuál es la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de ejercicio, en adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017?

¿Cuál es la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de nutrición, en los adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017?

¿Cuál es la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de manejo de estrés, en los adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017?

¿Cuál es la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de consumo de alcohol, en los adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017?

¿Cuál es la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de consumo de tabaco, en los adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017?

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.**

#### **1.3.1 OBJETIVO GENERAL:**

Determinar la relación entre la hipertensión arterial y estilos de vida en Adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.

#### **1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

1. Identificar las características socio-demográficas de los adultos mayores con hipertensión arterial, atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017?
2. Determinar la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de responsabilidad en salud que presentan los adultos mayores, atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.
3. Determinar la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de ejercicio, en adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.
4. Determinar la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de nutrición, en los adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.
5. Determinar la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de manejo de estrés, en los adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.
6. Determinar la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de consumo de alcohol, en los adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.

7. Determinar la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de consumo de tabaco, en los adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.

#### **1.4. Justificación e importancia de la investigación.**

##### **1.4.1. Importancia de la investigación.**

La adopción de estilos de vida saludables por los individuos es imprescindible para prevenir la elevación de la presión arterial y es indispensable como parte del manejo de los sujetos hipertensos. La modificación de los estilos de vida demostró descender la presión arterial, 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 (17).

En tal sentido la presente investigación es importante para la población en estudio, ya que se propone determinar la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en los adultos mayores. Así los resultados contribuirán con los responsables del Ministerio de Salud en este caso del Hospital José Soto Cadenillas, para que se tengan que evaluar y plantear las estrategias de intervención a fin de promover los estilos de vida saludables y prevenir la hipertensión arterial en base al conocimiento de la realidad.

La trascendencia del presente estudio radica en que el conocimiento de la realidad es clave para las acciones de prevención y en crear conciencia de la población; en los cambios para mejorar la nutrición e incrementar la actividad física entre otros estilos de vida. La intervención debe llegar a la población vulnerable y las familias; Además en lo Social, el presente estudio se enmarca dentro del compromiso como país a través de las Políticas de Salud mediante la normativa del Ministerio de Salud para proteger la salud de la población, especialmente la adulta y adulta mayor.



Por esta razón; se hace indispensable que el equipo de salud realice acciones pertinentes para favorecer la prevención de la hipertensión arterial y controlar los factores de riesgo en forma oportuna. Enfermería como parte del equipo de salud, se encuentra llamada a tomar parte activa en la prevención mediante el desempeño de su rol de educadora, proporcionándole al paciente la información referida a las actividades de prevención. Así se estará promoviendo el cambio de conductas promotoras de salud; ya que al conocer los estilos de vida de las personas se podrá disminuir el riesgo de padecer la enfermedad y favorecer la salud y el bienestar de los mismos. Así se prevendrán las complicaciones especialmente en los órganos diana (Sistema Nervioso, pulmones, estomago, riñones entre otros) y las muertes por problemas cardiovasculares, se disminuirá el número de pacientes hipertensos no tratados y se mejorará la adherencia al tratamiento. Además para el Estado le disminuye el costo de la atención de los pacientes con hipertensión arterial, al disminuir las complicaciones que muchas veces generan un número alto de días de hospitalización.

Asimismo, la presente es relevante porque contribuirá con el conocimiento científico en cuanto a esta patología que cada día va en aumento en nuestro medio y lo que es muy importante sobre los estilos de vida de la población; además los resultados constituirán una línea de base para posteriores investigaciones; pues poco se conoce de estudios a nivel local respecto al tema a investigar. Pues conociendo los estilos de vida ayudaran a que la población tome conciencia sobre la importancia de practicar estilos de vida saludables; pues en la población redundará ya que los estudios lo demuestran que con la práctica de estilos de vida saludables muchas enfermedades crónicas se controlan especialmente la hipertensión arterial contribuyendo a elevar la calidad de vida de las personas y reducir las tasas de morbimortalidad en la población en general; pero especialmente en los adultos y adultos mayores.

#### **1.4.2. Viabilidad y Factibilidad de la investigación.**

La ejecución de la presente investigación fue viable y factible de realizar, ya que el Tesista contó con el apoyo del Director del Hospital José Soto Cadenillas, quien brindó la autorización y las facilidades necesarias para el desarrollo de la presente, además con los recursos financieros, humanos, materiales necesarios y con el tiempo por parte del Tesista para que la investigación se realice.

#### **1.5. Limitaciones del estudio.**

Para el desarrollo de la presente investigación no se tuvieron limitaciones ya que se contó con antecedentes de estudios realizados tanto a nivel Internacional como Nacional; y aunque en el nivel local no se han realizado investigaciones en referencia al tema. La realización de la presente contribuirá a contar con información que constituirá una línea de base para próximas investigaciones.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1.-ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.

Rojas, M (2015). Realizó un trabajo de investigación titulado. Estilos de vida y el manejo de la hipertensión arterial en los adultos mayores que asisten al ambulatorio las Agüitas, INSALUD. Valencia Estado Carabobo. Fue una investigación bajo el paradigma empírico analítico, el diseño de correlación, de corte transversal. La población y muestra fueron 25 adultos mayores. El instrumento para la recolección de los datos fue una encuesta estructurada en tres partes, la primera referida a los datos sociodemográficos del adulto mayor, la segunda contentiva de 23 ítems referidos a la variable Estilo de vida y la tercera parte con los ítems referidos a la variable Manejo de la HTA del Adulto Mayor. Los resultados fueron que el género dominante fue el sexo femenino (52%), de los cuales (64%) poseen de 60 a 65 años; la mayoría de ellos (60%) trabajan, y los adultos mayores casados representan un mayor porcentaje (56%), el 60% alcanzaron un nivel educativo de primaria, y en su mayoría (60%) no reciben pensión o están jubilado. En relación a las dos variables estudiadas, se encontró que en los tres niveles de la variable estilo de vida hubo dos mayorías porcentuales en los niveles Alto de la variable Manejo de la HTA y uno en el nivel Medio, 62,5%, 67% y 100,0%, respectivamente. Esto indica que no hubo una relación de concordancia entre ambas variables en lo que respecta a niveles de igual categoría. Esto a la vez, se corresponde con el coeficiente de correlación de Pearson que dio un valor positivo pero casi nulo (+ 0,044) y sin significación estadística ( $P < 0,782$ ). En conclusión no se demostró que exista una relación significativa entre ambas variables. Por lo que se infiere que el Estilo de vida en sus factores: hábitos de alimentación y actividad física no se relaciona con el Manejo de la HTA en sus factores control de salud, cumplimiento del tratamiento farmacológico y exámenes de laboratorio de los adultos mayores (18).

Gordon, M; Gualotuña, M (2014). Realizaron un realizado titulado. Hipertensión arterial relacionada con el estilo de vida en los pacientes que acuden al Centro de Salud Tipo A Pujili en el periodo julio- diciembre, 2014. El presente estudio es de corte transversal, se consideró la edad, sexo, estilos de vida: dieta, ejercicio, hábitos, en un grupo de 50 pacientes diagnosticados de hipertensión arterial. La prevalencia de Hipertensión arterial en la población estudiada fue la siguiente: el 70% de las personas con hipertensión arterial son de sexo femenino, adultos medio 76%, el 56% del grupo estudiado tienen sobrepeso, el 50% realizan ejercicio ocasional, 46% consumen alimentos ricos en grasa, 64% tenían el hábito de consumo de alcohol, el 30% fuma, el 72% tiene insomnio y el 40% tiene hipertensión estadio 1. Lo mencionado confirma que los estilos de vida guardan estrecha relación con la hipertensión arterial, se evidencia la necesidad de implementar medidas de prevención y promoción de la salud (19).

Cáceres, J (2014). Realizó una investigación titulada. Estilos de vida en pacientes del programa de hipertensión arterial del Hospital I Carlos Alcántara- 2014, la muestra estuvo conformada por 45 pacientes que pertenecen del programa de hipertensión arterial, los datos fueron recolectados a través de un formulario tipo cuestionario sobre alimentación y actividad física, los resultados se presentan en gráficos se concluye que el 71 por ciento de los pacientes refieren practicar estilos de vida no saludables y solo el 29 por ciento estilos de vida saludables. Los estilos de vida con respecto a los hábitos alimenticios, el 93 por ciento consumen pollo tres veces por semana, el 80 por ciento consumen agua diariamente, el 78 por cientos consumen verduras diariamente, 62 por ciento consumen frutas diariamente, el 51 por ciento consumen huevos tres veces por semana, sin embargo el 93 por ciento consumen sal más en 3 alimentos al día, el 89 por ciento preparan alimentos guisados. El 73 por ciento de los pacientes realizan actividad física y caminatas diariamente, y el 71 por ciento realizan caminatas mínimo 30 minutos diarios (20).

Zela L; Mamani W (2015). El presente trabajo de investigación Hipertensión arterial y estilo de vida en adultos mayores de la Micro Red de Salud Revolución San Román, Juliaca - 2015. El diseño de la investigación es de tipo no experimental, corte transversal y correlacional. La población estuvo conformada por 103 adultos mayores de 60 a 90 años de edad a quienes se aplicó el cuestionario de perfil de estilo de vida (PEPS\_I) Nola Pender, adaptada, que consta de 6 dimensiones: responsabilidad en salud, ejercicio, nutrición, manejo de estrés, no consumo de tabaco y no consumo de alcohol. Para el procesamiento de datos se empleó el programa estadístico SPSS versión 22. Resultados. El 41.7% de adultos mayores presentan un nivel de presión arterial normal, 40.8% presentan pre hipertensión, y 17.5% presentan hipertensión estadio I. Los resultados de estilo de vida muestran que el 50.5% presenta un estilo de vida saludable, el 25.2% estilo de vida muy saludable, y el 24.3% estilo de vida poco saludable. Referente a resultados por dimensiones, en su dimensión responsabilidad en salud el 47.6% saludable, el 31.1% poco saludable, y el 21.4% muy saludable. En su dimensión de ejercicio el 67.0% saludable, el 19.4% poco saludable y el 13.6% muy saludable. En su dimensión de nutrición el 57,3% saludable, 27.2% poco saludable y el 15.5% muy saludable. En su dimensión de manejo de estrés el 62.1% saludable, 27.2% poco saludable y el 10.7% muy saludable. En su dimensión de no consumo de tabaco el 45.6% saludable, 37.9% poco saludable y el 16.5% muy saludable. En su dimensión de no consumo de alcohol el 47.6% saludable, 38.8% poco saludable y el 13.6% muy saludable. Conclusión. Aplicando la prueba de análisis de correlación de Rho de Spearman entre hipertensión arterial y estilo de vida en adultos mayores, se determina la existencia de una asociación negativa moderada con una correlación indirecta ( $Rho = -.408$ ) y significativa ( $sig. = .000$ ) es decir, a mejor estilo de vida menor grado de Hipertensión Arterial (21).

Roncal, R (2013). Realizó un trabajo de investigación titulado. Estilos de vidas y enfermedades crónicas degenerativas del adulto mayor. La Tullpuna. Cajamarca 2013. La muestra estuvo constituida por 50 adultos mayores, seleccionados por conveniencia; la información se obtuvo a través de un cuestionario estructurado en tres acápite: Datos generales, estilos de vida y

enfermedades crónico - degenerativas. Para el procesamiento de datos se utilizó el Software SPSS 19. Para establecer la relación entre las variables de estudio se aplicó la prueba de criterios Chi cuadrado, con el 95% de confiabilidad y significancia de  $p < 0.05$ . Los resultados indican que; 80% de la muestra presentaron enfermedades del sistema músculo esquelético; 76% sensoriales y 20% hipertensión arterial. En estilos de vida realizan actividades recreativas, 84% (nunca); 50% (a veces), 44% (siempre), consumen sustancias nocivas 88 al 96% (nunca), 44% son sedentarios. Conclusión, los estilos de vida inadecuados guardan relación estadísticamente significativa con la enfermedad crónico degenerativa del sistema músculo esquelético, (Pvalue = 0.029). Considerando la significancia estadística con una de las enfermedades crónica degenerativa presentada en los integrantes en la Asociación del Adulto mayor se confirma parcialmente la hipótesis alterna. Palabras clave: Estilos de vida, Enfermedades crónico degenerativas del adulto mayor (22).

Janampa F (2012). Realizó un trabajo de investigación referente a: Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa educativo de hipertensión arterial en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2012. Metodología. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 38 pacientes hipertensos. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario aplicado previo consentimiento informado. Resultados. Del 100% 58% tienen estilos de vida saludable y 42% tienen estilos de vida no saludable; en relación a alimentación 37% tienen estilos de vida no saludable y 63% tienen estilos de vida saludable; en relación a actividad física 50% tienen estilos de vida saludable y 50% no tienen estilos de vida saludable; en relación al consumo de sustancias psicoactivas, 47% tienen estilos de vida no saludable y 53% tienen estilos de vida saludable (23).

Caluña J, (2012). Realizaron un trabajo de investigación titulado “Estilos de vida en los pacientes hipertensos adultos y adultos mayores que acuden a 9 los Sub centros de las parroquias san pablo de Atenas y Balsapamba durante el periodo diciembre 2010 a marzo del 2011”, el estudio fue de tipo no

experimental, descriptivo y transversal, 80 encuestas aplicadas a los pacientes que conforman el Club de Hipertensos de los que acuden al club de hipertensos, se obtuvieron los siguientes resultados: De las 80 encuestas aplicadas a los pacientes que conforman el Club de Hipertensos de los Sub centros de Salud de San Pablo de Atenas y Balsapamba podemos indicar que los pacientes llevan un estilo de vida inadecuada. En cuanto al grado de conocimiento por parte de los usuarios Hipertensos se puede decir que desconocen en si lo que es una nutrición adecuada y equilibrada, la importancia de la actividad física y el consumo de hábitos tóxicos (tabaco, el alcohol y otras sustancias) a pesar del daño que pueden causar estos estilos de vida inadecuada en nuestra salud, esto se asocian a una mayor incidencia de hipertensión arterial. No existe empoderamiento del programa por el personal (24).

Villena, L. Chimbote. (2011). Realizó una investigación titulada. Estilos de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor; obtuvo como resultado que del 31% (27) tiene un estilo de vida saludable del 69% (60) no saludable. En el factor biológico se observa que el mayor porcentaje de adultos mayores en un 58,6% (51) son de sexo femenino. Con respecto a los factores culturales el 40,2% (35) de adultos mayores tiene secundaria completa; en cuanto a la religión el mayor porcentaje 71,3% (62) son 16 católicos. En lo referente a los factores sociales el 43,7% (38) su estado civil es unión libre, del 42,2%(37) son amas de casa y un 65,5%(57) tienen un ingreso económico de 600 a 1000 nuevos soles (25).

Carranza, J. (2014). Realizó una investigación titulada. Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor. Urbanización el Carmen, Chimbote. Este trabajo de investigación es cuantitativo, de corte transversal y diseño descriptivo correlacional, con una muestra de 242 adultos mayores. Se utilizaron dos instrumentos para la recolección de datos: escala del estilo de vida y el cuestionario sobre factores biosocioculturales. Los datos fueron procesados con el software SPSS versión 18.0. Para establecer la relación entre las variables de estudio se aplicó la prueba de independencia de criterios Chi cuadrado, con el 95% de confiabilidad y significancia de  $p <$

0,05. Se llegó a las siguientes conclusiones: la mayoría de los adultos mayores presenta un estilo de vida saludable y un porcentaje considerable de estilos de vida no saludable; respecto a los factores biosocioculturales, más de la mitad son de sexo femenino, menos de la mitad presenta grado de instrucción primaria completa e incompleta y percibe de 600 a 1000 soles mensuales; la mayoría profesa la religión católica y son casados; poco más de la mitad son amas de casa. Existe relación estadísticamente significativa entre el estilo de vida con el grado de instrucción en los adultos mayores. No existe relación estadísticamente significativa entre estilos de vida y factores biosocioculturales de edad, sexo, estado civil, ocupación e ingreso económico (26).

Euribe, M (2009). Realizó un trabajo de investigación titulado. Relación entre los estilos de vida y el control de la presión arterial en pacientes hipertensos: programa adulto mayor en el Hospital Rene Toche Groppo EsSalud-Chincha Alta 2009. Material y Método: Estudio de tipo descriptivo correlacional y transversal. La muestra estuvo conformada por 200 pacientes adultos mayores. Se utilizó el muestreo no probabilístico e intencional. Se aplicó un cuestionario semiestructurado conformado por 27 ítems, el cual fue sometido a juicio técnico. Para determinar la validez se utilizaron el coeficiente alfa de Cronbach y el análisis estadístico. Resultados: Existe asociación entre el patrón de alimentación y el control de la presión arterial en el paciente adulto mayor. Se comprobó la asociación entre actividad física – recreación y el control de la presión arterial en el paciente adulto mayor. Se encontró que existe asociación entre el patrón descanso y sueño (horas de siesta después de almorzar) y el control de la presión arterial en el paciente adulto mayor. Se comprobó que existe asociación entre los hábitos nocivos (consumo de tabaco) y el control de la presión arterial en el paciente adulto mayor. Se encontró que existe asociación entre la adhesión al tratamiento (asistencia al programa) y el control de la presión arterial en el paciente adulto mayor. Conclusiones: Existe una asociación positiva entre los estilos de vida y el control de la presión arterial en pacientes hipertensos encontrándose que el 74 % se encontraban controlados y que el 26 % pertenecen a los no controlados (27).



## **2.2. BASES TEÓRICAS.**

### **2.2.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL.**

#### **1. Definición.**

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria-crónica, sin etiología definida en la mayoría de los casos; y cuya manifestación clínica indispensable es la elevación anormal y persistente de la presión arterial sistólica (PAS) o diastólica (PAD) (28).

En la población adulta (>18 años de edad), el punto de corte para la presión arterial sistólica es 140 mmHg y para la diastólica 90 mmHg. La enfermedad hipertensiva no es curable pero se considera que la reducción efectiva de la presión arterial (PA) es un objetivo fundamental para la reducción de los eventos cardiovasculares.

#### **2. Etiología.**

Hipertensión primaria (esencial o idiopática). Es aquella hipertensión en la que no existe una causa identificable; existen múltiples factores relacionados o asociados pero no con categoría de causa y efecto; está descrito un componente familiar, pero aún no está definido un único gen responsable. De manera general, corresponde a más del 95% de casos de hipertensión arterial (28).

Hipertensión secundaria. Es aquella debida a una causa identificable; cuya remoción o corrección desencadena un control óptimo de la presión arterial y, en muchos casos, la curación de la enfermedad. Corresponde a menos del 5% del total de casos de hipertensión arterial.

#### **3. Fisiopatología.**

El concepto actual sobre la enfermedad hipertensiva es de una enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria, crónica y progresiva. Partiendo de ese concepto genérico, se desprende que el vaso sanguíneo es el órgano primario de afección y dentro de esa estructura está el

endotelio. Este órgano es vital en la homeostasis vascular ya que de su normal funcionamiento depende el equilibrio y, por ende, la salud integral vascular. La presión arterial está regulada por numerosos factores neuro-hormonales de acción sistémica y local, que funcionan en circuitos de autorregulación, manteniéndola dentro de límites estrechos. Diversos factores como herencia y estilo de vida, sistema nervioso simpático hiperactivado, ingesta excesiva de sal, hormonas o sustancias liberadas por el endotelio enfermo, pueden modificar el gasto cardiaco o la resistencia vascular periférica, lo que da inicio a la enfermedad.

La angiotensina II (de acción sistémica o tisular), potente vasoconstrictora y facilitadora del crecimiento celular, es el principal determinante de la persistencia de la enfermedad hipertensiva. La disfunción endotelial, que acompaña a la enfermedad hipertensiva, promueve la proliferación celular así como la liberación de muchas sustancias vasoactivas, protrombóticas y procoagulantes que ulteriormente precipitarán en aterosclerosis precoz.

En esta enfermedad, la hipertrofia e hiperplasia vascular, el aumento de la matriz extracelular y el incremento de la resistencia vascular periférica explican la hipertrofia miocárdica y el desarrollo de complicaciones vasculares (aterosclerosis), cardiacas (insuficiencia cardíaca, isquemia miocárdica y arritmias), cerebral (hemorragia, isquemia, encefalopatía), oftalmológicas (retinopatía hipertensiva), urológicas (disfunción eréctil) y nefrológicas (insuficiencia renal) (28).

#### 4. Factores de riesgo asociados.

- Medio ambiente: La polución está asociada a mayor riesgo cardiovascular.
- Estilo de vida: Tabaquismo, sedentarismo, café, alcohol, dieta malsana.
- Factores hereditarios: Historia familiar de enfermedades cardiovasculares.

- Riesgo cardiovascular: Es la probabilidad que tiene un individuo de sufrir una enfermedad o evento cardiovascular durante un periodo de tiempo, generalmente por 10 años, el cual va a depender del número de factores de riesgo que estén presentes simultáneamente en el individuo (29).

Para estratificar al paciente hipertenso y adjudicarle el riesgo cardiovascular total se consideran los siguientes elementos diagnósticos: Nivel de presión arterial. Factores de riesgo. Daño asintomático a órgano blanco y Evento vascular o renal manifiesto.

## 5. Signos y síntomas.

La hipertensión arterial es esencialmente asintomática. Es más común identificar a un paciente con hipertensión arterial cuando ya presenta complicaciones crónicas como la insuficiencia cardiaca congestiva, hipertrofia de ventrículo izquierdo, nefropatía, trastornos visuales por retinopatía o problemas neurológicos por enfermedad cerebrovascular o disfunción eréctil. Pueden existir síntomas en casos de crisis hipertensiva como cefalea, mareos, visión borrosa o náuseas. Los trastornos cognitivos agudos se asocian a encefalopatía hipertensiva o accidentes cerebro vasculares (29).

## 6. Diagnóstico.

### a. Criterios de diagnóstico.

Se recomienda realizar un control de presión arterial en toda la población mayor o igual a 18 años. Esta se deberá repetir cada 5 años si la medición de la presión arterial está en rangos normales (Presión Arterial Sistólica < 120 mmhg y Presión Arterial Diastólica < 80 mmhg) y no exista evidencia de algún factor de riesgo cardiovascular o si los valores de Presión Arterial Sistólica son de 120-139 mmhg, deberá repetirse los controles anualmente (30).

b. Procedimientos diagnósticos.

Los procedimientos diagnósticos comprenden:

La historia médica, evaluación clínica, mediciones repetidas de la presión arterial y exámenes de laboratorio. Estos procedimientos tienen los siguientes objetivos:

- a) Determinar los niveles de presión arterial
- b) Buscar potenciales causas secundarias.
- c) Determinar el riesgo cardiovascular global según factores de riesgo y daño de órgano blanco clínico o subclínico

La medición correcta de la presión arterial en el consultorio, en forma indirecta, es el método primario para acceder a la información básica que permita establecer el diagnóstico y la toma de decisiones terapéuticas.

La exactitud es un requisito indispensable para cumplir con las anteriores premisas. Por ende, los valores inexactos serán los responsables de errores en la evaluación y tratamiento de los pacientes. Se recomienda para un buen diagnóstico, que la toma de la presión arterial sea realizada por el médico u otro personal de salud capacitado. El registro obtenido es indicador de la presión arterial existente en el momento de la toma. Dado que se trata de un parámetro hemodinámico variable y que múltiples factores influyen en dicha variabilidad, es necesario realizar registros sucesivos y obtener el promedio de estos para tener el cálculo aproximado de la presión arterial del periodo de la evaluación. En cada sesión se recomienda obtener al menos dos mediciones con un intervalo de uno o dos minutos. Si los valores son muy diferentes, se toman mediciones adicionales (31).

## 7. Clasificación de la presión arterial en adultos de 18 años a más (32)

Categoría	Sistólica	Diastólica
Normal	<120	<80
Pre-hipertensión	120-130	80-89
Hipertensión	>140	>90
Estadio 1	140-159	90-99
Estadio 2	>160	>100

American Heart Association Hypertension.

## 8. Terapéutica Inicio de terapia farmacológica.

Los pacientes hipertensos que iniciarán terapia farmacológica son:

1. Hipertensos con riesgo cardiovascular bajo que han realizado cambios en el estilo de vida por lo menos 3 a 6 meses y en quienes no se han obtenido las metas de la presión arterial.
2. Hipertensos con niveles de presión arterial sistólica 160 mmHg o presión arterial diastólica mmHg, independiente de otros parámetros.
3. Hipertensos a partir de riesgo cardiovascular moderado, independiente del nivel de la presión arterial. La terapia farmacológica puede ser con agente único o en combinaciones apropiadas.

Los grupos de medicamentos antihipertensivos probadamente eficaces y aceptados de primera elección en monoterapia corresponden a: inhibidores de enzima convertidora de angiotensina II, bloqueadores de los receptores de angiotensina II, 13-bloqueadores, bloqueadores de los canales de calcio y diuréticos tipo tiazidas (31). En personas mayores de 60 años, se prefiere no utilizar los 3-bloqueadores como primera elección.

El inicio de monoterapia podrá realizarlo el médico general del primer nivel de atención con uno de los agentes antihipertensivos mencionados, para lo cual se recomienda iniciar con:

- Enalapril, dos veces al día (10 a 20 mg por día), o
- Losartán, dos veces al día (50 a 100 mg por día), o
- Hidroclorotiazida, una vez al día (12.5 a 25 mg por día), o
- Amlodipina, una vez al día (5 a 10 mg por día).

Terapia farmacológica combinada:

La decisión de iniciar terapia farmacológica combinada dependerá en principio de la respuesta clínica. De no alcanzarse la meta en al menos 8 a 12 semanas de tratamiento regular y continuo, debe combinarse. Si la dosis inicial convencional de un agente único no muestra eficacia, también se recomienda combinar. El inicio de terapia combinada podrá realizarlo el médico del primer nivel de atención. Cuando se inicie terapia combinada debe considerarse que el paciente sea referido al siguiente nivel para evaluación del cardiólogo o médico internista.

Los grupos de pacientes, en quienes se prefiere combinar la terapia precozmente (4 semanas en monoterapia) o desde el principio, incluyen:

1. Aquellos que muestren niveles de presión arterial sistólica 160 mmHg o presión arterial diastólica 100 mmHg.
2. Síndrome metabólico
3. Hipertensos con riesgo cardiovascular moderado a más.
4. Adulto mayor
5. Obesidad (32).

### **2.2.2.- ESTILOS DE VIDA.**

Según la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), “el término estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre, las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conductas, determinadas por factores socioculturales y características personales. Los estilos de vida de un grupo social comprenden una serie de pautas de conducta determinadas socialmente y de interpretaciones sociales. Estas pautas son desarrolladas por el grupo como mecanismo para afrontar los

problemas de vida. El estilo de vida de una persona está compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado sus procesos de socialización. Dichas pautas de comportamiento son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y, por tanto no son fijas, sino que están sujeta a modificaciones (33).

En el Perú, el Ministerio de Salud entiende como estilos de vida a la relación entre las condiciones y las pautas de vida individuales, que se manifiestan en comportamientos y están determinadas por factores socioculturales y características personales (34). Cada día existe mayor evidencia científica de que los comportamientos y los hábitos de vida condicionan, no solo la salud, sino la situación sanitaria de las poblaciones y los recursos de ellas. Por tanto los estilos de vida son hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos que permiten satisfacer las necesidades para alcanzar el bienestar.

- Tipos de estilos de vida.
  - Estilos de vida saludable. Está definido como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, las conductas y los comportamientos de los individuos, grupos de poblaciones que generan satisfacción en las necesidades humanas, estas según Virginia Henderson son: la respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño, reposo, ropa apropiada, temperatura, higiene corporal, peligros ambientales, comunicación, creencias, trabajo, recreación y estudio; los que cuando son satisfechos permiten alcanzar un bienestar físico, social, y espiritual en los individuos (34).
  - Por otro lado la Asociación Kallpa hace referencia a que las personas tienen estilos de vida saludable cuando adquieren conocimientos, mejoran actitudes y son capaces de asumir conductas de protección y de autocuidado de su salud
  - Estilos de vida no saludable. Son comportamientos, hábitos y conductas que adoptan las personas que ponen en riesgo su estado de salud,

afectando su calidad de vida. Entre los estilos de vida no saludable se tienen: los malos hábitos alimenticios, el sedentarismo, el estrés, los hábitos tóxicos que son producidos por el consumo de sustancias nocivas (el tabaco, el exceso de alcohol), entre otros comportamientos no saludables que pueden ser modificados para el beneficio de la salud; ya que de lo contrario podrían provocar daños a corto, mediano y largo plazo (34).

Por lo cual el estudiar los estilos de vida de los pacientes hipertensos adquiere una preocupación importante, entendiendo que la práctica saludable de estos respecto a sus hábitos, conductas van a prevenir alteraciones en su estado biológico, psicológico y social ayudándolo a mantener su bienestar y contribuir a mejorar su calidad de vida.

Pues, es importante que para elevar la calidad de vida de los pacientes hipertensos, se asuma con mayor eficacia en la prevención y detección temprana de la hipertensión y sus complicaciones. Esto compromete a la población en general y no solamente está enfocado en diagnosticar, tratar y controlar; sino que la población en general asuma estilos de vida saludables y por parte de las autoridades sanitarias velar porque cada día un mayor número de personas así lo asuman.

- Según Sigereste, la salud se promueve dando un nivel de vida adecuado, buenas condiciones de trabajo, educación, actividad física y medios para el descanso y la recreación. Las conductas de salud están relacionadas con los estilos de vida del individuo y los hábitos que comúnmente realiza cuando está sano para prevenir la enfermedad (35).

#### 1. Dimensiones del estilo de vida:

Responsabilidad en salud. La salud es responsabilidad de cada uno, y depende de los actos y actitudes del día a día. Depende de nuestra alimentación tanto física como afectiva, de sí llevamos una vida activa o



pasiva, de nuestra forma de ver la vida, del tipo de pensamientos predominantes que mantenemos en nuestra mente, del tipo de emociones que se apoderan de nosotros, de nuestra actitud ante la vida, si nos sentimos plenos y realizados o no, si hemos sabido encontrar sentido a nuestra vida o no, si hemos descubierto nuestra misión o propósito de vida (36).

El único responsable y que puede modificar los comportamientos de riesgo, es el propio individuo y nadie más. Este es el que decide cómo cuidarse y si desea mantener una buena salud. La motivación en última instancia es intrínseca, es decir, que se deriva del mismo individuo. De esta explicación, la salud como responsabilidad individual derivan los siguientes principios:

- Cada uno de nosotros determina en gran manera la calidad de nuestra salud.
- Nadie más puede regular nuestros hábitos personales de vida.
- Buena salud no es un asunto de buena suerte o destino, sino de buenos hábitos.
- El comportamiento individual que afecta nuestra salud es el factor más importante para el desarrollo de enfermedades principales y menores (37).

Nadie duda de que las personas tenemos que responsabilizarnos de nuestras elecciones voluntarias. El principio de autonomía en bioética consagra esa idea en el campo de la salud: “Se habla de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de estas y respetando la autonomía de los demás”. Este principio sigue los consejos del filósofo liberal Jhon Stuart Mill: “cada uno es el guardián natural de su propia salud, sea física, mental o espiritual” (38).

2. Ejercicio. La actividad física se compone de todos los movimientos de la vida diaria, incluyendo el trabajo, la recreación, el ejercicio y las actividades

deportivas, va más allá del deporte competitivo, ha señalado la Organización Mundial de la Salud (39)

La actividad física durante la enfermedad es de suma importancia como terapia de tratamiento, el cual favorece fortalecer el sistema inmunológico y a la regeneración celular, la inactividad física y el sedentarismo son factores de riesgo. Mantener el estilo de vida sedentario podría representar importantes daños a la salud especialmente los relacionados al aumento de lípidos en la sangre, problemas articulares y de movilidad entre otros los problemas coronarios (39).

El reposo, el sueño y la terapia como el yoga, la psicoterapia conductual, la meditación trascendental, etc ayudan a reducir la presión arterial tanto en normotensos como en hipertensos y son por tanto técnicas de uso recomendable en pacientes hipertensos sometidos a alto nivel de estrés psicofísico. También es un dato probado que el ejercicio físico ligero o moderado reduce las cifras tensionales, los ejercicios dinámicos son el único recomendable para los hipertensos como: la marcha, la carrera, etc.

“Cada individuo debe realizar por lo menos 30 minutos de actividad física de moderada intensidad cada día: los cuales representan un gasto de 1500 calorías por semana, que equivale a caminar 15 Km. Semanales. Como la actividad física es acumulable, en un mismo día se puede dividir periodos de 10 minutos. (Organización Mundial de la Salud)” (40).

El ejercicio debe ser algo presente en la vida cotidiana del paciente hipertenso. En numerosas publicaciones han indicado los beneficios tanto fisiológicos como Psicológicos de una actividad física moderada no competitiva. El descenso en las cifras tensionales es ya evidente siempre en cuando la actividad física sea continuada, moderada y aeróbica.

3. Nutrición. Una nutrición correcta se hace imprescindible para lograr un estado saludable. De hecho, la mayor parte de las enfermedades actuales guardan una estrecha relación con la dieta alimenticia (ej., la diabetes, la caries dental, la hipertensión arterial). Una buena práctica nutricional se

caracteriza por una dieta equilibrada, que contenga todas las sustancias nutritivas esenciales (ej., minerales, vitaminas, proteínas), y un consumo adecuado, evitando una ingesta excesiva de alimentos. O dicho de otro modo, la dieta saludable es aquella que minimiza el riesgo de desarrollar enfermedades relacionadas con la nutrición. Las dietas saludables proporcionan una cantidad adecuada de todos los nutrientes esenciales para las necesidades metabólicas del organismo. Además de agua, los alimentos contienen cinco tipos de componentes químicos que aportan nutrientes específicos para el buen funcionamiento del organismo: carbohidratos, lípidos, proteínas, vitaminas y minerales (41).

Para que la dieta sea equilibrada debe aportarnos todos los nutrientes básicos y la fibra necesaria a nuestras necesidades, a base de ingerir diversos alimentos de los cuatro grupos básicos: cereales, frutas y vegetales, productos lácteos, carnes y pescados (41).

- a) Alimentos ricos en potasio: El potasio contrarresta al sodio, ayuda a eliminar el agua sobrante del organismo y reduce la presión arterial. Alimentos especialmente ricos en potasio son las lechugas, las patatas, los tomates, ajos. Otras plantas ricas en potasio serían verduras como los brócolis, las espinacas, los espárragos, los guisantes o frutas como los melocotones, los albaricoques, las uvas, los plátanos.
  
- b) Alimentos ricos en calcio: El calcio protege al corazón, relaja las arterias y ayuda a mantener un equilibrio entre el sodio y el potasio. Los vegetales que poseen este mineral son aquellas verduras que presentan hojas de color verde oscuro, como las espinacas (Estas, sin embargo, no son recomendadas como fuentes de calcio, pues contienen oxalatos, que bloquean su absorción) el brócoli o las coles. Las legumbres contienen mucho calcio, tal como ocurre con la soja (frijoles). Otros alimentos ricos en este mineral son los cereales integrales, especialmente la avena, o los frutos secos: las almendras.

El higo seco, los quesos de soja son también particularmente ricos en calcio.

- c) Alimentos ricos en vitamina C: Ayuda a rebajar la hipertensión. Especialmente útil en casos de hipertensión elevada. Entre los principales alimentos ricos en esta vitamina tenemos los pimientos. También son muy ricos los cítricos (naranja, limones, etc.). otros alimentos que contiene esta vitamina son: coliflores, rábanos, coles, espinacas, plátanos, manzanas, melones, sandías, zanahorias, piñas, peras, papayas, cebada, moras, guisantes, apio, fresas, uva, habas, achicorias, patatas, aguacate, chirimoya, granada, coco, etc. (42).
  
- d) Alimentos ricos en ácidos grasos esenciales: Los ácidos grasos esenciales (ácidos omega-3 y omega-6) ayudan a reducir el nivel de colesterol, previenen la obstrucción de las arterias y facilitan el paso de la sangre. Para los que no desean realizar una dieta exclusivamente vegetal, resulta recomendable consumir pescado azul, un par de veces a la semana, como mínimo. Pescado como las sardinas, el atún, la caballa, el pez espada, el bacalao, el salmón, el rodaballo, los camarones, las truchas. De igual manera los frutos secos: nueces, las almendras, los cacahuates, aceites como el de linaza, maíz, girasol.
  
- e) Minerales.- Dentro de ellos tenemos:
  - Sodio: Estudios demuestran que pueden conseguirse reducciones tensionales en 5 o 10 mmhg, es decir un efecto similar al que se conseguiría con un diurético. Consumiendo sal menos de 4g/ día, evitando ingerir alimentos salados como: conservas, jamón, embutidos, evitar aperitivos salados: aceitunas, almendras, patatas, etc.

- Calcio: Estudios epidemiológicos sugieren que una dieta rica en calcio podría prevenir la presencia de hipertensión arterial. El hombre extrae el calcio básicamente de productos lácteos como: leche, yogurt y queso.
  
  - Potasio: Existe datos que sugiere que una dieta pobre en potasio se asocia a unas tasas elevadas de hipertensión arterial.
4. Manejo del estrés. El estrés es una de las “enfermedades” más diagnosticadas en los últimos tiempos, causando una mayor cantidad de problemas en el adulto mayor. Las causas pueden ser: Auto-imagen negativa (sentirse viejo, inútil, limitado por las enfermedades), aislamiento (viudez y alejamiento de los hijos). El estrés conocido como la sensación de amenaza o psíquica experimentada por el individuo en forma aguda o sostenida, puede provocar hipertensión a través de elevaciones repetidas determinadas por la estimulación adrenérgica y liberación de hormonas vasoconstrictoras (43).
5. No consumo de tabaco. En la población en general el uso de cigarrillos, consumo de alcohol en grandes cantidades, una dieta no balanceada y la falta de ejercicio contribuyen al aumento de morbilidad y mortalidad. El hábito de consumo de tabaco, demuestra los efectos perniciosos del tabaco sobre la pared vascular como factor de riesgo independiente de sus efectos nocivos sobre la hipertensión arterial. El análisis de datos demuestra que la incidencia es de 2 a 3 veces mayor en los eventos cerebrovasculares y coronarios en los grupos fumadores frente a los no fumadores (44).
6. No consumo de alcohol. El consumo de alcohol es una de las causas de muerte prematuras, lesión y discapacidad. Se calcula que el alcoholismo causa más muerte que el tabaquismo. Varios estudios han establecido que existe asociación entre el consumo de alcohol y un amplio rango de

problemas físicos, mentales y sociales. Se concibe que, prácticamente ningún órgano del cuerpo humano es inmune a los peligros de alcohol. Entre los problemas más notorios están la psicosis alcohólica, el síndrome de abstinencia alcohólica, la neuropatía, la cardiopatía, la gastritis, la cirrosis hepática alcohólica; así mismo, la toxicidad por etanol y por metanol. Estas sustancias son una fuente de problemas de salud, dando lugar a diferentes clases de cánceres, enfermedades del aparato respiratorio, cardiopatía isquémica, enfermedades cerebrovasculares, etc (44).

### **2.2.3. Definición de Adulto y Adulto mayor.**

Definición de Adulto. Según Nassar y Abarca (1983), por adulto se entiende la existencia de un ser humano quien desde un punto de vista biológico se encuentra orgánicamente desarrollado; quien desde un enfoque económico, goza de independencia de sus padres y solvencia económica; quien desde una perspectiva psicológica, es capaz de responsabilizarse por sus actos y de producir o realizar un aporte al medio social en el que se desarrolla, al tiempo que presenta cualidades psicológicas con independencia de criterio (45).

Definición de Adulto Mayor. Son aquellas personas que alcanzan una edad en la que deben abandonar formalmente el trabajo, lo que se conoce como jubilación. Otra es, que el adulto mayor es un ser delicado y débil con capacidad limitada para realizar contribuciones que la sociedad ve como beneficiosas (45).

El Ministerio de Salud en el año 2010 define al adulto mayor, a la población comprendida entre los 60 a más años de edad. Lo clasifica en tres grandes grupos:

Persona adulta mayor autovalente. Persona adulta mayor capaz de satisfacer sus necesidades básicas (comer, vestirse, bañarse, entre otros) y

realizar actividades instrumentales (cocinar, limpiar, realizar tareas o trabajo fuera de casa). Se considera al 65% del total de adultos mayores.

Persona adulta mayor frágil. Aquella persona que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológica y que es más susceptible a discapacitarse y presentar mayor morbilidad y mortalidad. Se considera que el 30% de adultos mayores tienen esta condición.

Adulto mayor dependiente o postrado. Persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológica asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria. Entre el 3-5% de personas adultas mayores que viven en la comunidad se encuentran en esta condición (46).

#### **2.2.4. ROL DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la misión de la enfermera en la sociedad es ayudar a los individuos, familias y grupos a determinar y conseguir su potencial físico, mental y social, a realizarlo dentro del contenido desafiante del medio en que viven y trabajan. Esto requiere de enfermeras que desarrollen y realicen funciones que se relacionan con el fomento y mantenimiento de la salud, así como de la prevención de la enfermedad (47).

Las intervenciones de enfermería para multiplicar la adherencia y cambio de estilos de vida saludable deben basarse en enfoques innovadores que incluye la prescripción por estos profesionales, la participación del paciente en el auto cuidado, la evaluación y el monitoreo continuo de los regímenes de tratamiento. Con enfoques que deben fomentar asociaciones terapéuticas entre paciente y personal de enfermería que sean respetuosos de las creencias y elecciones del paciente para determinar cuándo y cómo deben seguirse a los regímenes de tratamiento. Dado que gran parte del tratamiento para los procesos crónico tienen lugar en el hogar entornos comunitarios, el personal de enfermería puede proporcionar un enlace mediante visitas a domicilio y a recordatorio telefónicos y de otro tipo que faciliten la adherencia. Por medio del contacto sostenido, el personal de enfermería puede forjar una

alianza terapéutica con los pacientes y sus familias y prestar apoyo constante para la toma de medicamentos recomendados (48).

Los profesionales de la enfermería tienen actitudes diversas que deben aprovecharse para mejorar la adherencia y el cambio de estilos de vida saludable en el resultado de su atención, por tanto los programas de educación continua para las enfermeras y los demás profesionales de salud pueden mejorar su competencia y su concientización sobre la importancia del manejo del paciente hipertenso en la atención de salud.

### **2.2.5.-MODELO TEÓRICO.**

Para el presente proyecto de investigación se tendrá en cuenta el Modelo Teórico de Nola Pender. Promoción de la Salud. Este modelo integra diversas teorías. La teoría de Albert Bandura (1977), que postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta, es de gran importancia para el Modelo de Promoción de la Salud. La teoría del aprendizaje social, denominada actualmente teoría cognitiva social, incluye las siguientes autocreencias: autoatribución, autoevaluación y autoeficiencia. La autoeficacia es una construcción central para el Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 1996; Pender et al, 2002). Además, el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana descrito por Feather (1982), que afirma que la conducta es racional y económica, es importante para el desarrollo del modelo (49).

Afirmaciones teóricas.

El modelo es un intento de ilustrar la naturaleza multifacética de las personas que interactúan con el entorno intentando alcanzar un estado de salud. La promoción de la salud está motivada por el deseo de aumentar el bienestar y actualizar el potencial humano. En la cuarta edición de Health Promotion in Nursing Practice aparecen catorce afirmaciones teóricas derivadas del modelo (Pender 2002).

En la práctica de los estilos de vida saludables o no por parte de las personas influyen los aspectos sociales y culturales que por cierto están muy



arraigados y a veces resulta difícil poder ser modificados; pero en la medida que se interviene en ellos a través de las estrategias de educación para la salud está demostrado que se pueden generar estos cambios, mientras más pronto sea esta intervención los resultados serán más favorables, resulta fundamental el aspecto psicológico en la persona el auto valorarse para tomar decisiones de cuidarse y cuidar a los de su entorno; de ahí la importancia de la intervención de enfermería en el nivel individual, familiar y comunitario.

#### **2.2.6. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

Las características sociodemográficas, están constituidos por las características sociales y demográficas que se dan entre las personas en las distintas áreas de manifestación social; permite conocer la distribución y progresión del estado de salud y enfermedad. Estos factores, también afectan la salud de las personas; están comprendidas por: la edad, sexo, área de residencia, grado de instrucción, ocupación, el estado civil, y el tipo de familia del que procede el individuo.

- Edad. Es el tiempo de existencia transcurrido desde el nacimiento de un individuo, a su vez se define como cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana. Este es uno de los factores de mayor importancia en la aparición de enfermedades, pues las cambiantes influencias biológicas, o de comportamiento, modifican los tipos de enfermedad a los cuales están expuestas las personas. Por ello, algunas suelen presentarse exclusivamente en un grupo etáreo en particular, otras ocurren a lo largo de un mayor periodo, pero todas tienen la tendencia de prevalecer en cierto grupo de edad (50).

En el Perú, los resultados de la Encuesta demográfica y de salud familiar indican de acuerdo al grupo de edad, la prevalencia de la pre-hipertensión fue más alta en los adultos mayores de 60 a 69 años de edad alcanzando el 41,4% en promedio. Mientras que los hipertensos se ubican en mayor

proporción en personas de 80 y más años (46,3%) y de 75 a 79 años de edad (43,3%) (51).

- Sexo. El sexo es el carácter que se le inserta a una especie de manera específica, estas son las que conocemos como femenino y masculino. A su vez, representa también una taza poblacional importante, ya que separa a la especie humana en dos, definiendo en cada una tareas y roles distintos. Asimismo, las enfermedades son diferentes entre los sexos, se han propuesto diversos tipos de razones para explicar algunas de estas diferencias, sin embargo todavía muchas quedan aún sin explicación. Una primera razón es de base biológica, pero existen otras relacionadas con los factores ambientales. También, puede deberse a características fisiológicas, o comportamientos relacionados con los patrones culturales prevalentes (50).

En relación con el nivel de presión arterial, se aprecia que más hombres tienden a tener elevada la presión arterial en comparación con las mujeres, condición que los expone a enfermedades cardíacas cerebrales, oculares, vasculares y renales, en este sentido se encontró un 40,85% de hombres en el nivel pre-hipertensión, mientras que en las mujeres fue un 36,7%. La prevalencia de la hipertensión es poco más de la tercera parte en ambos sexos, no obstante los hombres mostraron el más alto porcentaje (34,8%); así como, aquellos que presentan hipertensión arterial enmascarada (28,1%) (51).

- Área de residencia. Es el ambiente físico y social donde se origina una persona o el principio de donde nace o deriva. Cuando una persona emigra a otro lugar, tiende a mantener en el nuevo espacio físico, durante un lapso variable, los patrones de dieta, ocupación y recreación, etc. El lugar de origen es por consiguiente una característica objetiva válida que se puede usar para distinguir, dentro de la misma comunidad, grupos cuyos rasgos heredados y patrones ambientales pueden ser mantenidas en forma progresiva por uno o más generaciones, de modo que el lugar

de nacimiento puede ser usado también para diferenciar grupos con distintas experiencias ambientales (52).

En el área urbana se aprecia un 37,3% de adultos mayores diagnosticados con hipertensión y el 27,7% con hipertensión enmascarada. Mientras que, en el área rural se encontró un 28,8% con hipertensión, y un 24,75% con hipertensión enmascarada. Cuando se analiza por región natural, se aprecia que los adultos mayores residentes en la Sierra y la selva tienen menores porcentajes de hipertensión (29,1% y 34,4% respectivamente) y de hipertensión enmascarada (24,1% y 26,5% respectivamente) posiblemente debido a su estilo de vida y alimentación (51).

- Grado de Instrucción. (Nivel de educación). Se entiende por nivel de educación de una persona el que corresponde al grado más avanzado terminado y/o el último año de estudios cursado o terminado a que haya llegado en el sistema de enseñanza ordinario, de su estado o de otro estado (52).

Según el nivel de instrucción, el 39,8% de la población adulta mayor con educación secundaria tiene pre-hipertensión y un 36,75 con hipertensión declarada; de este último grupo, un 23,9% se encontró en el estadio I y el 12,8% en el estadio II; no obstante, un 27,4% tenía hipertensión arterial enmascarada (51).

- Ocupación. Consiste en un trabajo asalariado, al servicio de un empleador. También, es uno de los índices básicos que sirven para determinar la posición social y económica del individuo. Las condiciones generales bajo las cuales trabaja una persona, por ejemplo la cantidad de ejercicio físico, tensión mental relacionada con una clase determinada, puede desempeñar un papel decisivo en la aparición de enfermedades (50).

El desempleo, la percepción de un bajo rendimiento laboral y la inestabilidad laboral son factores de riesgo independientes para el desarrollo de la hipertensión arterial en los varones. El bajo status es un factor de riesgo independiente en las mujeres. Otros factores psicosociales (bajos niveles de educación, raza, prestigio laboral, sentimientos de inferioridad, alienamiento social, síntomas depresivos) tuvieron una relación significativa en la aparición de la hipertensión arterial. El patrón de estos predictores psicosociales es diferentes en mujeres y varones ya que en estos últimos son más importantes los factores relacionados con el trabajo (desempleo, preocupación por la pérdida del trabajo y conciencia de un pobre rendimiento), y en la mujer los referidos al grado de bienestar psicológico (52) (53).

- Estado civil. Es la situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes. Aunque las condiciones del estado civil de una persona pueden variar de un estado a otro, la clasificación de estados civiles más habitual es la siguiente: soltero/a, casado/a, divorciado/a, viudo/a, conviviente, separado/a (54).

Esta variable es muy utilizada en diversos estudios, a menudo se encuentra relacionada con la mortalidad y morbilidad. La tasa general de mortalidad en hombres y mujeres es más alta entre divorciados, viudos y solteros, en comparación con los que se encuentran casados que es mucho más baja. Por otro lado, la mayoría de las enfermedades tienen mayor incidencia en mujeres y hombres solteros en tanto que en los casados es menor.

Los individuos casados y los que vivían acompañados presentaron hipertensión arterial con menos frecuencia que los no casados y los que Vivían solos. La probabilidad de conocer el estado hipertensivo fue mayor en los varones que veían a sus familiares con mayor frecuencia y menor en las mujeres que veían a sus amigos o vecinos con mayor frecuencia. No se observó una asociación clara entre la red social y el resto de

variables relacionadas con la hipertensión arterial. Conclusión. En los ancianos, la hipertensión arterial se asocia con algunas variables de integración social, como el estado civil y la situación de convivencia. Entre los hipertensos, el conocimiento del estado hipertensivo depende en parte de la frecuentación de familiares y amigos o vecinos (55).

- Tipo de familia. La familia es la unidad básica, en la cual sus miembros se nutren emocional y físicamente, lo cual significa la base del desarrollo de la vida moral y afectiva de la persona. Asimismo, es un elemento del medio ambiente social en el que viven los individuos y, por lo tanto, también puede afectar el estado de salud. Los factores familiares afectan el desarrollo cognitivo y afectivo de los niños y pueden tener consecuencias físicas directas (51).

Las tensiones en la relación familiar pueden desencadenar o agravar la hipertensión, ya que, por las diferentes obligaciones y actividades de cada uno de los integrantes de la familia, muchas veces no se le puede prestar la atención que necesita a la persona hipertensa o no se evitan las tensiones en el ámbito familiar. Es importante, en este sentido disminuir la presión familiar sobre la persona afectada, y tener tiempo de sentarse descansar y de vivir, buscando un cambio en el funcionamiento de la familia en cuanto a que la persona hipertensa no sea la que tenga que soportar las mayores presiones. Los hipertensos con una baja red social presentan un incremento de las cifras de presión arterial respecto de los hipertensos con redes sociales amplias (56).

### **2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS:**

- Hipertensión Arterial. La hipertensión arterial es una enfermedad crónica que consiste en el incremento de la presión sanguínea. Una persona es hipertensa si su presión arterial es igual o mayor a 140/90 mmhg en dos o más oportunidades (28).

- Hipertensión arterial Sistólica. Corresponde a la presión máxima, se considera normal si la mayor parte del tiempo está entre 120-90 (28).
- Hipertensión arterial Diastólica. Corresponde a la presión mínima, El número inferior corresponde a la presión diastólica, Se considera normal si la mayor parte del tiempo está entre 80-60
- Normo tensión. Cuando la presión arterial se encuentra en 120/80mmhg (28)
- Hipotensión. Se la define cuando las cifras de la presión arterial se encuentran por debajo de los valores 90/60mmhg (28).
- Estilo de vida. Son procesos sociales, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de la población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida (33).
- Estilo de vida saludable. Son procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas (35).
- Estilo de vida no saludable. “Son los comportamientos hábitos o conductas que adoptan las personas en contra de su salud y en contra del mejoramiento de su calidad de vida y/ estilo de vida” (34).
- Responsabilidad en salud. Depende de cada uno, de los actos actitudes del día a día, de nuestra alimentación tanto física como afectiva de la forma de ver la vida, del tipo de pensamientos predominantes que mantenemos en nuestra mente, del tipo de emociones. La motivación es intrínseca y cada uno de nosotros somos responsables de determinar localidad de vida de nuestra salud (37).

- Adulto mayor. La Organización Panamericana de la Salud considera como personas adultas mayores, a aquellas que tienen 60 años de edad a más, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento (45).

## CAPÍTULO III

### HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

##### 3.1.1 HIPÓTESIS GENERAL.

**H<sub>a</sub>** Existe relación entre Hipertensión la arterial y los estilos de vida en lo adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.

**H<sub>o</sub>** No existe relación entre la Hipertensión arterial y los estilo de vida en los adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.

##### 3.1.2. HIPÓTESIS SECUNDARIAS

1. **H<sub>a</sub>** Existe relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de responsabilidad en salud que presentan los adultos mayores, atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.

**H<sub>o</sub>** No existe relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de responsabilidad en salud que presentan los adultos mayores, atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.

2. **H<sub>a</sub>** Existe relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de ejercicio, en adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.

**H<sub>o</sub>** No existe relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de ejercicio, en adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.



3. **H<sub>a</sub>** Existe relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de nutrición, en los adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.

**H<sub>o</sub>** No existe relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de nutrición, en los adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.

4. **H<sub>a</sub>** Existe relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de manejo de estrés, en los adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.

**H<sub>o</sub>** No existe relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de manejo de estrés, en los adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.

5. **H<sub>a</sub>** Existe relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de consumo de alcohol, en los adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.

**H<sub>o</sub>** No existe relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de consumo de alcohol, en los adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.

6. **H<sub>a</sub>** Existe relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de consumo de tabaco, en los adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.

**H<sub>o</sub>** No existe relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de consumo de tabaco, en los adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.

## **3.2. VARIABLES:**

### **3.2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE.**

Hipertensión arterial.

### **3.2.2. VARIABLE DEPENDIENTE.**

Estilos de vida:

Responsabilidad en salud, ejercicio, nutrición, manejo de estrés, consumo de alcohol, consumo de tabaco

### **3.3.3. VARIABLE INTERVINIENTE.**

Características Socio-demográficas.

### 3.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	Escala
<b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b>  <b>Hipertensión arterial</b>	Enfermedad vascular, arteria, sistémica, inflamatoria-crónica, sin etiología definida en la mayoría de los casos; y cuya manifestación clínica indispensable es la elevación anormal y persistentes de la presión arterial sistólica o diastólica por encima de los valore “normales” (28)	<b>FACTORES NO MODIFICABLES</b>	Normal  Pre hipertensión  Hipertensión estadio I  Hipertensión estadio II	<120 y <80 mmHg  120-139 o 80 -89mmhg  140-159 o 90-99 mmhg  >160 o>100mmhg

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES
<b>VARIABLE INDEPENDIENTE</b>  <b>Estilo de vida</b>	Procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y los comportamientos de los individuos, grupos poblacionales que generan satisfacción en las necesidades humanas. Los mismos que se promueven dando un nivel de vida adecuado, buenas condiciones de trabajo, educación, actividad física y medios para el descanso y recreación (35)	<b>1.-Responsabilidad en salud.</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Relata al médico síntomas de su hipertensión.</li> <li>2. Sabe, el nivel de colesterol en su sangre.</li> <li>3. Lee libros sobre hipertensión</li> <li>4. Busca otra opción cuando no está de acuerdo con su médico</li> <li>5. Discute con profesionales sus inquietudes sobre el cuidado de su PA.</li> <li>6. Pide información a los profesionales, para evitar complicaciones de PA</li> <li>7. Asiste a programa educativa de su PA.</li> <li>8. Pide información a los profesionales, para evitar complicaciones de PA.</li> <li>9. Observa su cuerpo de cambios físicos cada mes a consecuencia de PA</li> <li>10. Asiste a programa educativo sobre el cuidado de la salud personal.</li> </ol>
		<b>2.-Ejercicio</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hace ejercicio para estirar los músculos al menos 3 veces por semana.</li> <li>2. Hace ejercicio de 20 a 30 minutos al menos 3 veces por semana.</li> <li>3. Participa de ejercicio físico, bajo supervisión para mejorar su PA.</li> <li>4. Evalúa su pulso durante el ejercicio físico.</li> <li>5. Hace actividad física: Caminar, nadar, jugar futbol para controlar PA.</li> </ol>
		<b>3.-Nutrición</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Come en la mañana.</li> <li>2. Evita el consumo de alcohol.</li> <li>3. Come tres comidas buenas al día.</li> <li>4. Lee las etiquetas de las comidas que sean bajos en colesterol y sal. Bajos</li> <li>5. Incluye en su dieta granos, verduras, y frutas.</li> <li>6. Escoge comidas que incluye los cuatro grupos básicos.</li> </ol>

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES
		<b>4.-Manejo de estrés</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sabe el nivel de colesterol en sangre.</li> <li>2. Es consciente de la fuente de tensión en su vida.</li> <li>3. Pasa 15 a 20 minutos en relajamiento.</li> <li>4. Relaja conscientemente los músculos a las horas de dormir.</li> <li>5. Se concentra en pensamientos agradables antes de dormir.</li> <li>6. Usa métodos específicos para controlar la tensión.</li> <li>7. Encuentra manera positiva para expresar sus sentimientos.</li> </ol>
		<b>5.-No consumo de tabaco</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lee revistas de salud sobre los efectos dañinos sobre tabaco.</li> <li>2. Utiliza diferentes estrategias para evitar el consumo de tabaco.</li> <li>3. En lugares cerrados se sienta en área de no fumadores.</li> <li>4. Evita fumar para mejorar su presión arterial.</li> </ol>
		<b>6.-No consumo de alcohol</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Toma tiempo para el relajamiento.</li> <li>2. Lee revistas sobre alcohol que informan del daño que produce al organismo.</li> <li>3. Evita consumir alcohol en reuniones sociales porque beneficia su PA.</li> <li>4. Evita consumir alcohol para controlar la PA.</li> </ol>

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>INDICADORES</b>
<b>Variable Interviniente</b>  Factores socio-demográficos	Están constituidos por las características sociales y demográficas que se dan entre las personas en las distintas áreas de manifestación social; permite conocer la distribución y progresión del estado de salud y enfermedad.	SOCIALES          DEMOGRÁFICOS	Grado de Instrucción  Ocupación  Estado Civil  Lugar de residencia    Sexo  Edad

## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGÍA**

#### **4.1. Diseño metodológico.**

##### **4.1.1 Tipo de investigación.**

El presente estudio corresponde a una investigación aplicada. También recibe el nombre de práctica o empírica. Se caracteriza porque busca la aplicación o utilización de los conocimientos que se adquieren; se encuentra estrechamente vinculada con la investigación básica (57). De tipo no experimental de corte transversal. No experimental porque no hubo manipulación deliberada de las variables y en los que sólo se observaron los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. Según el periodo de secuencia del estudio es de corte transversal, porque recolectó la información en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito fue describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado (57).

##### **4.1.2 Nivel de investigación**

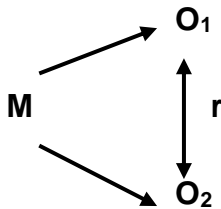
Descriptivo-correlacional, porque se realizó sobre hechos concretos y específicos, dados en dicho momento, partiendo de la realidad y se estableció la relación entre la variable dependiente con la independiente.

##### **4.1.3 Método**

Es cuantitativo, supone la obtención de datos apoyados en escalas numéricas, lo cual permite un tratamiento estadístico de diferentes niveles de cuantificación, los datos fueron recogidos y procesados. Además porque describe las características más importantes del objeto en estudio es este caso de los pacientes con hipertensión arterial atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota, durante los meses de enero a junio 2017.

#### 4.1.4 Diseño de la investigación

Es correlacional (analítico), pues se buscó la relación entre la variable independiente y la dependiente; en la presente entre la Hipertensión arterial y los estilos de vida de los adultos mayores atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota durante los meses de enero a junio 2017.



**Donde:**

M: Muestra (adultos mayores atendidos con hipertensión arterial)

O1: Variables 1: Variable independiente adultos mayores con hipertensión arterial

R: Relación entre ambas variables

O2: Variable 2: variable dependiente estilos de vida.

## 4.2 Diseño muestral.

### 4.2.1 Población.

La población la constituyeron 80 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota, en el consultorio de medicina, hospitalización en el periodo de enero a junio del 2017.

### 4.2.2 Muestra.

La muestra fue no probabilística; por tanto no es aleatoria la selección fue por conveniencia, según el criterio del investigador teniendo en cuenta los criterios de inclusión establecidos; pues se consideraron a todos los adultos mayores



atendidos en el hospital José Soto Cadenillas con diagnóstico de hipertensión arterial de enero a junio del 2017, la misma que se dio en forma sistemática a través del tiempo y constituyen el total de casos atendidos que son en un número de 80 y por lo tanto es representativa, y se encuentran registrados y reportados en la oficina de estadística e informática del hospital de Apoyo José Soto Cadenillas.

**a) Criterios de Inclusión.**

Se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

- Adultos mayores hipertensos de 60 a 79 años de edad de ambos sexos, diagnosticados con hipertensión arterial, atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas, durante el período de enero a junio del 2017.
- Adultos con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en el hospital de Apoyo José Soto Cadenillas.
- Adulto mayor hipertenso que firme el consentimiento informado.
- Adultos mayores hipertensos con residencia en la zona urbana y rural de Chota.
- Adultos mayores hipertensos que se ubiquen en el momento de la visita domiciliaria.

**b) Criterios de Exclusión.**

Se tuvo en cuenta los siguientes criterios de exclusión:

- Adultos menores de 60 años de edad y mayores de 79 años de ambos sexos, diagnosticados con hipertensión arterial, atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas, durante el período de enero a junio del 2017.
- Adultos mayores con diagnósticos diferentes a la hipertensión arterial atendidos en el hospital de Apoyo José Soto Cadenillas, con residencia fuera del ámbito de acción del Hospital José Soto cadenillas de Chota.

- Los pacientes adultos mayores fallecidos
- Los pacientes adultos mayores que no tienen datos completos en la historia clínica
- Pacientes adultos mayores imposibilitados de dar información en el momento de la entrevista.
- Adultos mayores que se nieguen a participar o que no firmen el consentimiento informado

### **c) Unidad de Análisis**

La unidad de análisis la constituye los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota, durante el período de enero a junio del 2017, que cumplieron con los criterios de inclusión.

## **4.3 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.**

### **4.3.1 Técnicas**

La técnica fue la entrevista y a través de la misma se aplicó un cuestionario que constituye el instrumento.

#### **Instrumentos**

La primera ficha de recolección de datos correspondió a la información que hace referencia a los factores socio-Demográficos, que comprende: Edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, ocupación, procedencia.

Para determinar los estilos de vida en los pacientes con hipertensión arterial. Se aplicó un cuestionario el mismo que fue el validado por Zela; Mamani (2015). (58) Quienes adaptaron el instrumento del Perfil de Estilo de Vida de Pender, 1987 (PEPS I). Consta de 36 reactivos tipo, Likert con un patrón de respuesta. Los 36 reactivos está distribuidos en seis sub

escalas: Responsabilidad en salud con 10 preguntas; Ejercicio con 5 preguntas; Nutrición con 6; Manejo de estrés con 7 preguntas; No consumo de tabaco con 4; No consumo de alcohol con 4. Para cada pregunta el patrón de respuesta tiene cuatro criterios que son: Nunca=1; A veces=2; Frecuentemente=3; Rutinariamente=4; El valor mínimo es 36 y el máximo de 144, donde a mayor puntuación mejor estilo de vida.

Criterios de calificación:

Nunca N=1

A veces V=2

Frecuentemente F=3

Rutinariamente R=4

Puntaje máximo: 144 puntos.

Puntaje mínimo: 36 puntos.

36-58 Poco saludable

59-77 Saludable.

78-144 Muy saludable.

Instrumento de perfil de estilo de vida en sus seis dimensiones:

Nº	Subescalas	Nº de variables	Reactivo
1	Responsabilidad en salud	10	2,7,13,16,21,26,33,34,36.
2	Ejercicio	6	3,10,17,22,29.
3	Nutrición	6	1,4,11,14,19,25.
4	Manejo del Estrés	7	76,9,20,28,30,31,32.
5	No consumo de tabaco	4	8,12,18,27.
6	No consumo de alcohol	4	5,15,23,35.

Fuente: El instrumento que se utilizará es el cuestionario de perfil de estilo de vida (PEPS-I) de Nola Pender.

### Validez del instrumento

Existen referencias de la validación del instrumento en trabajos realizados como en Estados Unidos Pender y Walker reportaron un alpha de Cronbach de 0,94; Duffy reportó en la escala general de alpha de Cronbach de 0.94 en las subescalas 0.76 a 0.91. (58).

En la población Mexicana el alfa de Cronbach ha sido 0.86, 0.88, 0.87 (Pacheco 2013).

Gamarra, Rivera, Alcalde&Cabello (2010), en trabajos realizados en Chile, registraron valores de confiabilidad por división de mitades 0.73 a 0.87. También refiere que ha sido validado en el Perú (Cajamarca, Chimbote). Con una confiabilidad de 0.93, y el haber sido utilizado ampliamente en diversas investigaciones le confiere validez y confiabilidad (58).

Existiendo evidencias de la validación del instrumento, se optó por determinar la confiabilidad o validez interna del instrumento por realizarse la investigación en una realidad diferente a la ya aplicada.

#### **Confiabilidad del Instrumento.**

Se realizó una prueba piloto en una muestra de 10 pacientes adultos mayores con hipertensión arterial, con la finalidad de evaluar la consistencia interna del instrumento; las mismas que no han sido consideradas como parte de la muestra se sometió a la prueba estadística alfa ce Cronbach dando como resultado 0,865, lo que indica un alto grado de confiabilidad o consistencia interna del instrumento.

#### **4.4 Procedimiento para la recolección de información**

Se solicitó la autorización correspondiente al Director del “Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, y responsables de los Programas o servicios donde se atienden los adultos mayores.

Luego se procedió a la revisión de los registros de atenciones para poder ubicar las historias clínicas de los adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial, teniendo en cuenta los criterios de inclusión.

Para la recolección de la información se utilizó como técnica la entrevista y la visita domiciliaria.

El instrumento fue aplicado por el autor del trabajo de investigación luego de explicar el objetivo del estudio y de la firma del consentimiento informado por parte del adulto mayor para ser considerado sujeto de estudio. La entrevista se la realizó en un ambiente propicio y en algunos casos en su domicilio.

El tiempo que duró la entrevista fue un promedio de 20 a 25 minutos.

#### **4.5. Técnicas de procesamiento de la información.**

Los datos recolectados fueron consistenciados en forma manual, luego fueron codificados para crear una base de datos en la plataforma del paquete de Software IBM SPSS para Windows versión 24. El proceso de datos se realizó utilizando el comando: análisis y subcomando frecuencias, y Tablas de contingencia; obteniendo tablas cruzadas de frecuencias absolutas conjuntas y marginales, frecuencias relativas porcentuales, complementados por diagramas de barras. Los resultados editados fueron presentados en el programa Microsoft Word 16.

#### **4.6 Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información.**

El análisis de la información se realizó en dos fases:

##### **Fase Descriptiva.**

En esta fase y en base a los resultados en tablas simples de frecuencias tanto absolutas como relativas porcentuales, se determinaron los objetivos planteados comparando los resultados con antecedentes, teorías o justificando los resultados en base a observaciones del autor de la investigación (Tesis).

##### **Fase Inferencial**

Para contrastar las Hipótesis formuladas, tanto general como secundarias, se utilizaron pruebas estadísticas no paramétricas, siendo seleccionada la D' de Somers, porque se contrasta la significación de la asociación entre dos variables de escala ordinal.

El contraste de las hipótesis, se realizó a un nivel de confianza de 0.95 (95%), es decir:  $NS=\alpha= 0.05$

Para todos los casos:

Estilo de vida (General) vs estadio hipertensión arterial

Estilo de vida (cada dimensión) vs estadio hipertensión arterial

**Regla de Decisión:**

Para cada caso: Si  $NS$  (nivel de sig.)  $=P < 0.05$  se rechaza  $H_0$ . Y se acepta  $H_1$  (Existe una asociación significativa entre el estilo de vida y hipertensión arterial), Caso Contrario se acepta  $H_0$ .

#### **4.8 Aspectos éticos**

Rigor Ético.

Principio de autonomía: Obligación ética de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen.

La participación de los investigados(as) fue necesaria, porque la información se recolectó de las historias clínicas y a través de la visita domiciliaria en la que se aplicó el cuestionario, se tuvo en cuenta el consentimiento de los pacientes. Y la autorización del personal que labora en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, para el recojo de la información.

Principio de Beneficencia. Es la obligación ética de llevar al máximo los posibles beneficios y reducir al mínimo los riesgos.

El presente trabajo de investigación será de beneficio a las personas hipertensas, ya que se aportará al conocimiento sobre los estilos de vida saludable o no saludable, de tal forma que con este conocimiento permita reducir o controlar la frecuencia de patología como es la hipertensión arterial o prevenir su presentación en nuestro medio, teniendo en cuenta que la

hipertensión arterial es una patología que va en aumento y trae consecuencias en la salud especialmente de los adultos y adultos mayores.

Principio de no maleficencia. Se refiere a la obligación de no producir daño intencionadamente.

En la investigación se tuvo en cuenta los beneficios, puesto que no habrá riesgo de hacer daño a la persona, ya que solo se buscó obtener información. Al conocer los estilos de vida de las personas hipertensas y establecer su relación con cada uno. Así los prestadores de servicios de salud implementaran medidas preventivas como de intervención para la prevención de las complicaciones que genera la hipertensión la misma que asociada a la diabetes en muchos casos conlleva a la invalidez.

Principio de justicia: Reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios.

En la investigación la población estuvo conformada por todas las personas adultas mayores atendidas en el Hospital José Soto Cadenillas por Hipertensión arterial en el periodo indicado (59).

Rigor Científico.

Credibilidad: Se refiere al valor de la verdad, considerándose durante todo el proceso de investigación, para la confianza de la información que se tendrá en cuenta la aplicación del instrumento por el investigador que sea lo más fidedigno.

Confirmabilidad: Los resultados son determinados por la información registrada en la historia clínica y la aplicación del instrumento, dejando de lado los prejuicios e inferencias del investigador en la investigación, se considera como obstáculo epistemológico el animismo que será evitado en todo momento para que la opinión del investigador no influya en los resultados (59).

## **CAPÍTULO V**

### **ANÁLISIS Y DISCUSIÓN**

#### **5.1. Análisis descriptivo de Tablas y Gráficos.**

##### **5.1.1. En relación al Objetivo General.**

Determinar la relación entre la hipertensión arterial y estilos de vida en adultos mayores atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota 2017.

Para determinar la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en los adultos mayores atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota 2017. Se procedió a aplicar el cuestionario sobre estilos de vida, a analizar los resultados haciendo uso del paquete estadístico SPSS 24.0 en español. Se presentan las tablas y gráficos para los objetivos específicos y las hipótesis respectivas.

##### **5.1.2. En relación al objetivo específico 1:**

Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores con hipertensión arterial, atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.

Para determinar las características sociodemográficas como: sexo, edad, grado de instrucción, ocupación, lugar de residencia, estado civil, Luego de la tabulación de los datos que se obtuvieron mediante la aplicación de una ficha para recabar la información, se procedió a analizar los resultados haciendo uso del paquete estadístico SPSS 24.0 versión en español, obteniéndose los siguientes resultados, los que se presentan en las siguientes tablas y gráficos.

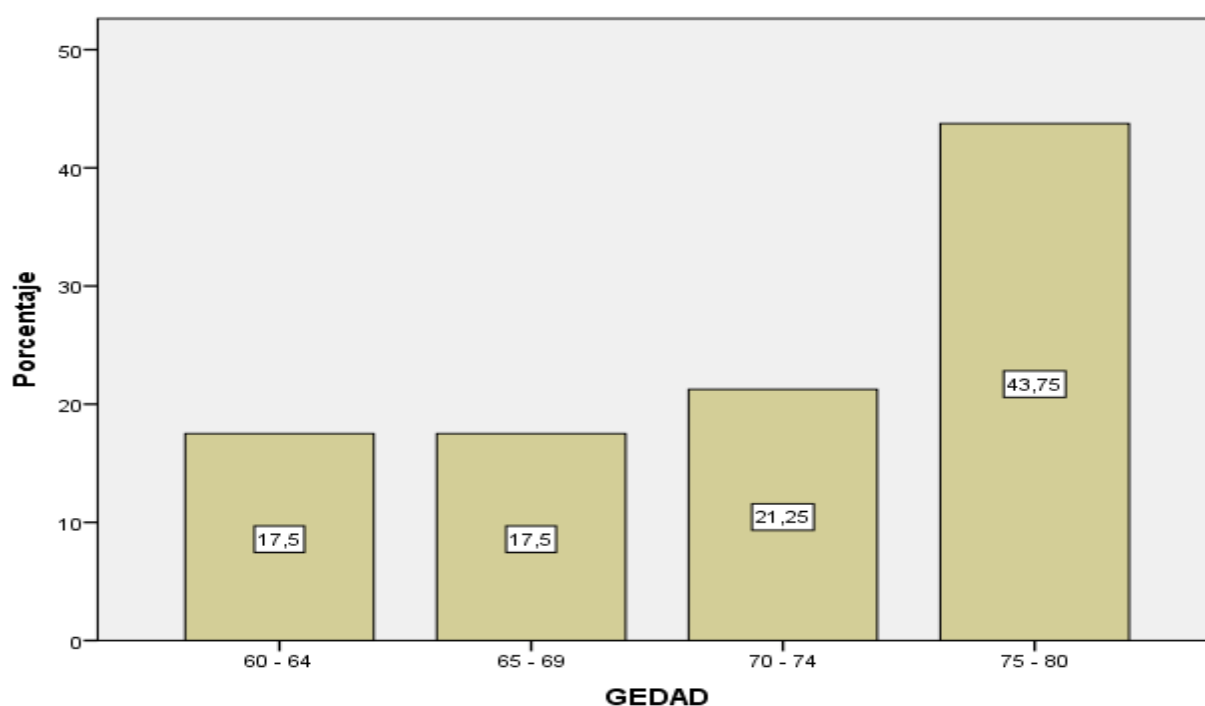


**Tabla 01. GRUPO DE EDAD DE ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS- CHOTA, 2017**

<b>G. EDAD</b>	<b>N° DE ADULTOS MAYORES</b>	<b>% DE ADULTOS MAYORES</b>
60 - 64	14	17,5
65 - 69	14	17,5
70 - 74	17	21,3
75 - 80	35	43,8
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario aplicado por autor, 2017

**GRÁFICO N°1**



Fuente: Cuestionario aplicado por el autor.

**Interpretación.**

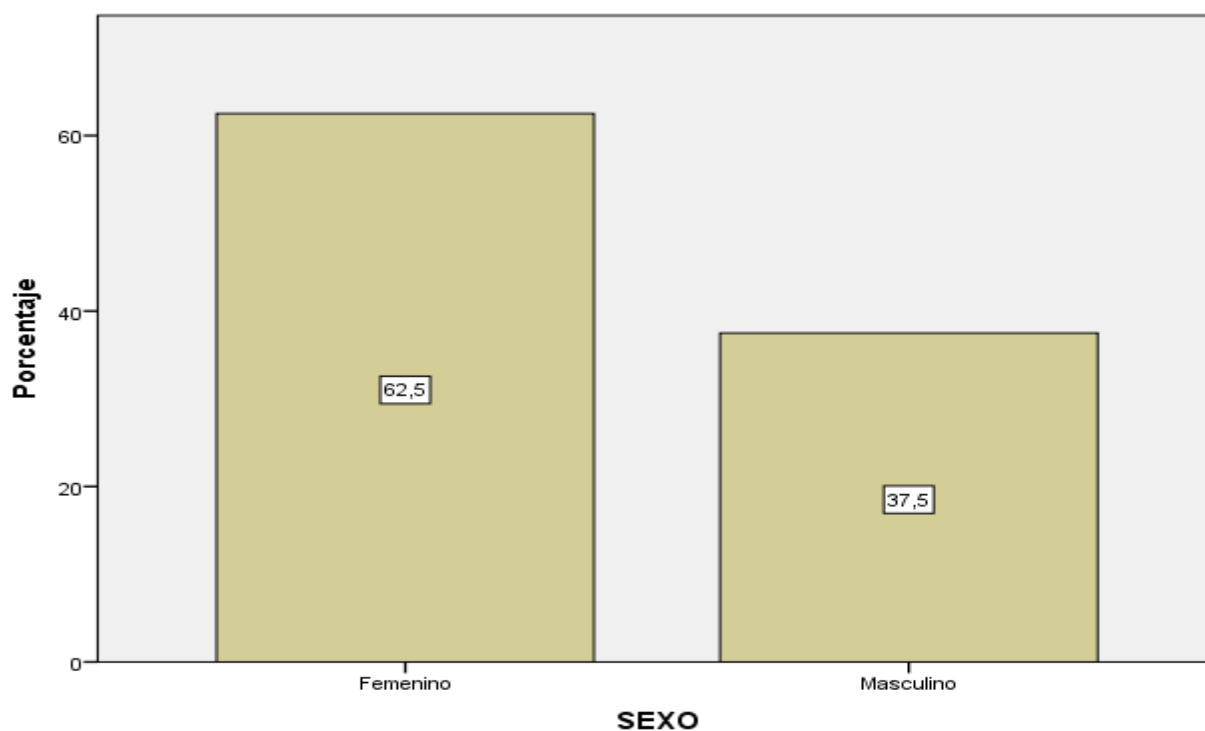
En la tabla 01 y gráfica correspondiente se muestra la distribución de adultos mayores, según grupo de edad, y se aprecia que un 43,75% tienen edades dentro del intervalo 75-80 años, con casos dentro de los intervalos de edad 70-74 años 21,25, en el grupo 65-69 años 17,5% y con igual frecuencia en el grupo de edad 60-64 años.

**Tabla 02. SEXO DE ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS- CHOTA, 2017**

<b>SEXO</b>	<b>N° DE ADULTOS MAYORES</b>	<b>% DE ADULTOS MAYORES</b>
Femenino	50	62,5
Masculino	30	37,5
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario aplicado por autor, 2017

**GRÁFICO N°2**



**Fuente:** Cuestionario aplicado por el autor.

**Interpretación.**

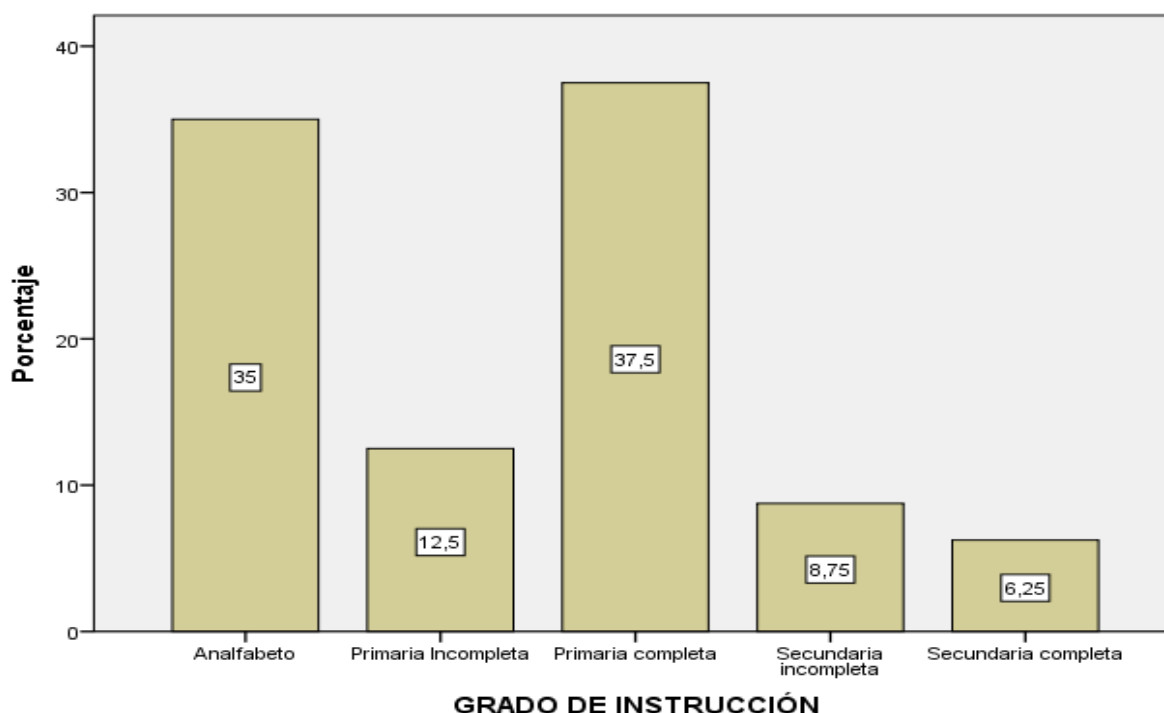
En la tabla 02 y diagrama correspondiente, se muestra la distribución de casos adultos mayores según sexo, apreciándose que en su mayoría 62,5% son de sexo femenino y un 37,5% son de sexo masculino.

**Tabla 03. GRADO DE INSTRUCCIÓN DE ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS- CHOTA, 2017”**

<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>N° DE ADULTOS MAYORES</b>	<b>% DE ADULTOS MAYORES</b>
Analfabeto	28	35,0
Primaria Incompleta	10	12,5
Primaria completa	30	37,5
Secundaria incompleta	7	8,8
Secundaria completa	5	6,3
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario aplicado por autor, 2017

**GRÁFICO N°3**



Fuente: Cuestionario aplicado por el autor, 2017.

### **Interpretación.**

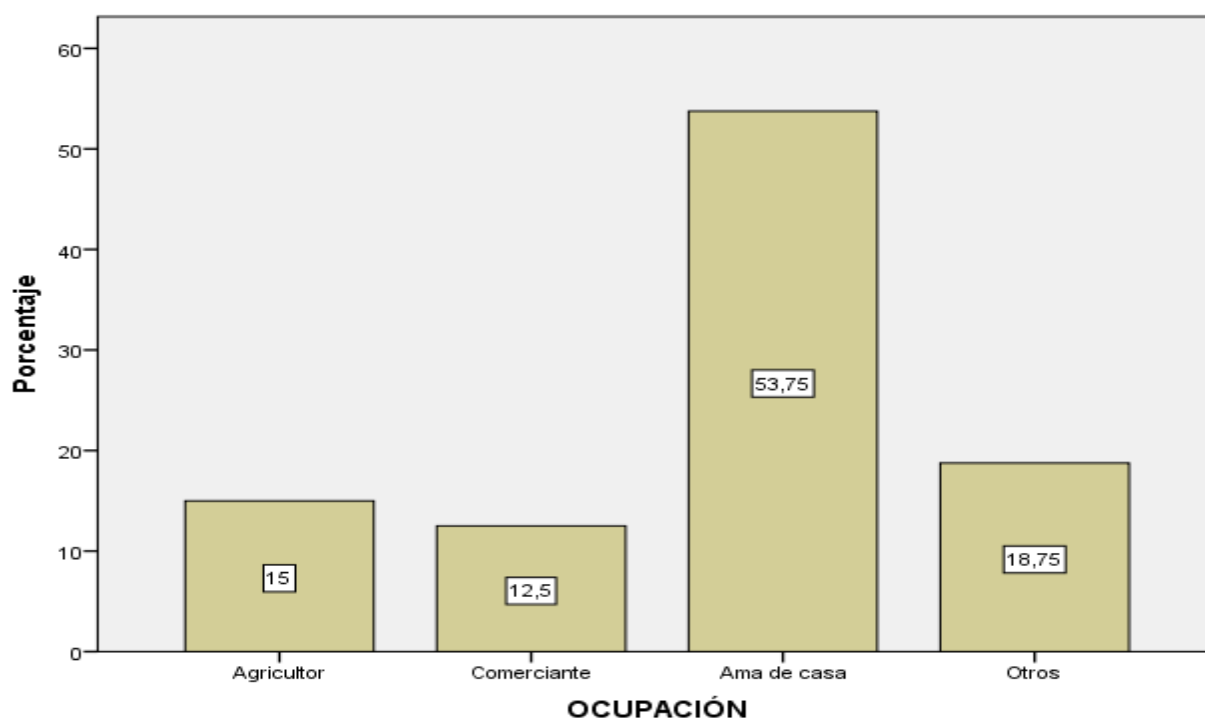
En la tabla 03. Y gráfica respectiva, se resumen los datos del adulto mayor según su grado de instrucción; se encontró que la mayor frecuencia de casos tienen primaria completa 37,5%, siguiendo de cerca los casos analfabetos con 35,0%; y con menor frecuencia se presentan casos de primaria incompleta 12,0%, secundaria incompleta 8,75% y secundaria completa 6,25%

**Tabla 04. OCUPACIÓN DE ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS- CHOTA, 2017**

<b>OCUPACIÓN</b>	<b>N° DE ADULTOS MAYORES</b>	<b>% DE ADULTOS MAYORES</b>
Agricultor	12	15,0
Comerciante	10	12,5
Ama de casa	43	53,8
Otros	15	18,8
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario aplicado por autor, 2017

**GRÁFICO N°4**



Fuente: Cuestionario aplicado por el autor.

### **Interpretación.**

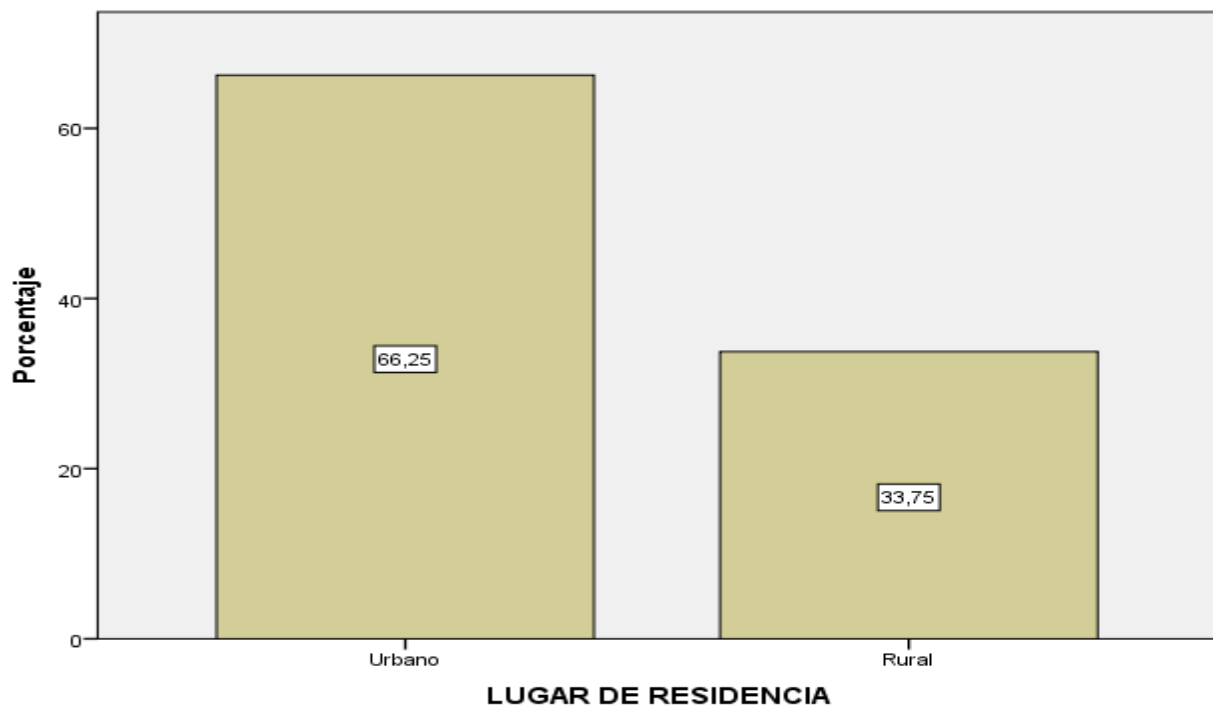
En la tabla 04 y gráfica correspondiente, se encontró que la mayor frecuencia de casos corresponde a la categoría ocupacional su casa con 63,75%, siendo menos frecuente las categorías agricultor con 15%, comerciante con 12,5%, además de otras ocupaciones con 18,75%

**Tabla 05. LUGAR DE RESIDENCIA DE ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS- CHOTA, 2017**

<b>LUGAR DE RESIDENCIA</b>	<b>N° DE ADULTOS MAYORES</b>	<b>% DE ADULTOS MAYORES</b>
Urbano	53	66,3
Rural	27	33,8
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario aplicado por autor, 2017

**GRÁFICO N°3**



Fuente: Cuestionario aplicado por el autor, 2017

**Interpretación.**

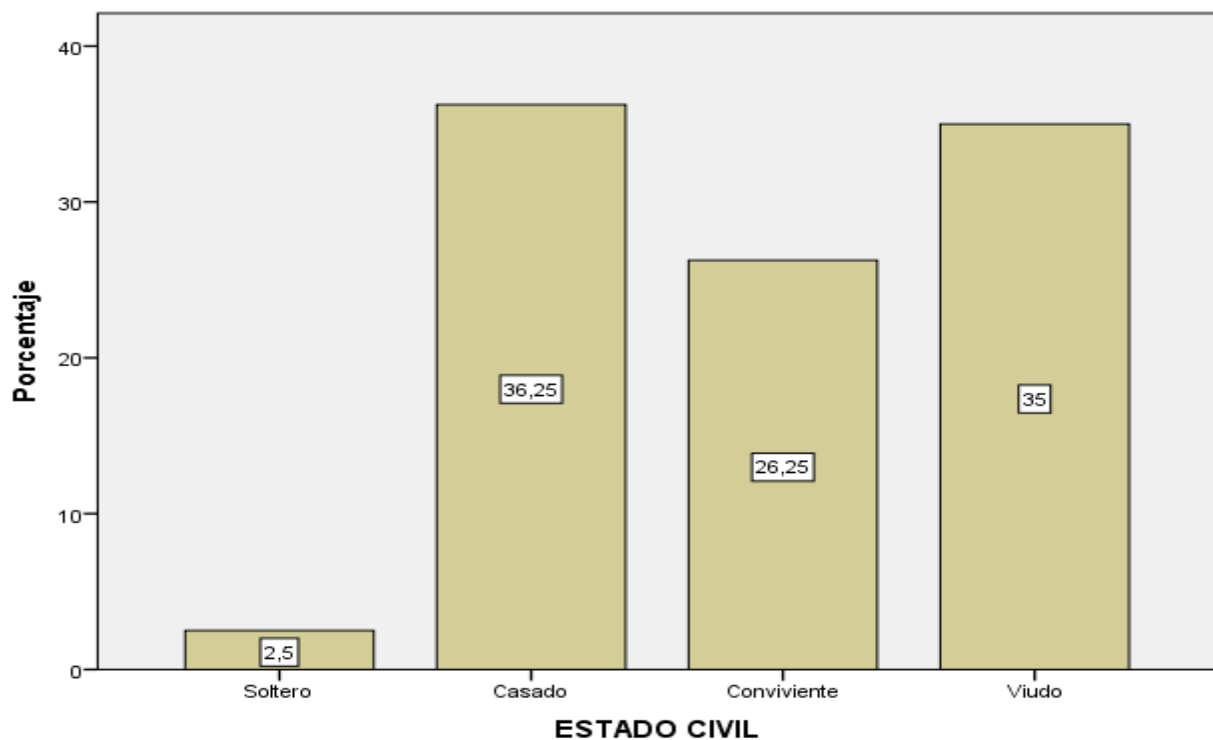
En la tabla 05 y gráfica respectiva, se muestra la distribución de adultos mayores, según lugar de residencia y se encontró que la mayoría procede de la zona urbana 66,25%, con un 33,75% que proceden de la zona rural

**Tabla 06- ESTADO CIVIL DE ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS- CHOTA, 2017**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N° DE ADULTOS MAYORES</b>	<b>% DE ADULTOS MAYORES</b>
Soltero	2	2,5
Casado	29	36,3
Conviviente	21	26,3
Viudo	28	35,0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario aplicado por autor, 2017

**GRÁFICO N°4**



Fuente: Cuestionario aplicado por el autor.

**Interpretación.**

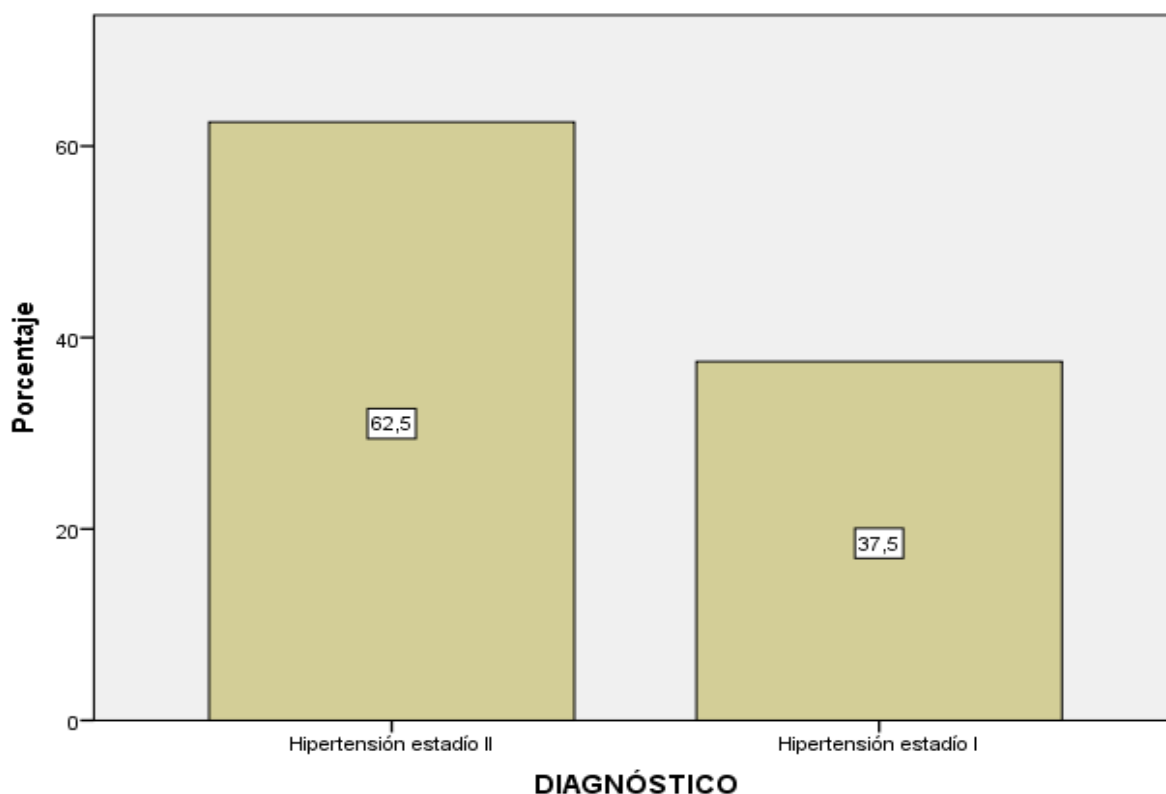
En la tabla 06 y gráfica respectiva, donde se muestran la distribución de Adultos Mayores, según estado civil, se encontró que con más frecuencia se presentan los casados 36,25%, los viudos con 36,0%, convivientes con 26,25% y un mínimo porcentaje 2,5% de solteros.

**Tabla 07- DIANÓSTICO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DE ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS- CHOTA, 2017**

<b>DIAGNOSTICO SOBRE HIPERTENSIÓN</b>	<b>N° DE ADULTOS MAYORES</b>	<b>% DE ADULTOS MAYORES</b>
Hipertensión estadio II	50	62,5
Hipertensión estadio I	30	37,5
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Cuestionario aplicado por autor, 2017

**GRÁFICO N°7**



Fuente: Cuestionario aplicado por autor, 2017

**Interpretación.**

En esta tabla 07 y gráfico correspondiente, los datos nos muestran un mayor porcentaje 63,5% de casos con hipertensión estadio II y sólo el 37,5% de casos de hipertensión corresponden al Estadio I.

## **En relación al objetivo específico 2:**

Determinar la relación significativa entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de responsabilidad en salud que presentan los adultos mayores, atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.

Para determinar la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión responsabilidad en salud que presentan los adultos mayores, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota 2017. Se tabuló la información recabada en el cuestionario de estilos de vida, se procedió a analizar los resultados haciendo uso del paquete estadístico SPSS 24.0 versión en español, obteniéndose los siguientes resultados, los que se presentan en las siguientes tablas y gráficos luego de contrastar la hipótesis, empleando la Prueba NO PARAMÉTRICA D' de SOMERS, teniendo en cuenta el nivel de significancia. Si NS (nivel de sig.) =  $P < 0.05$  se rechaza  $H_0$ . Y se acepta  $H_1$ , Caso Contrario se acepta  $H_0$



**Tabla. 08. ESTILOS DE VIDA EN SU DIMENSIÓN RESPONSABILIDAD EN SALUD E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS –CHOTA-2017**

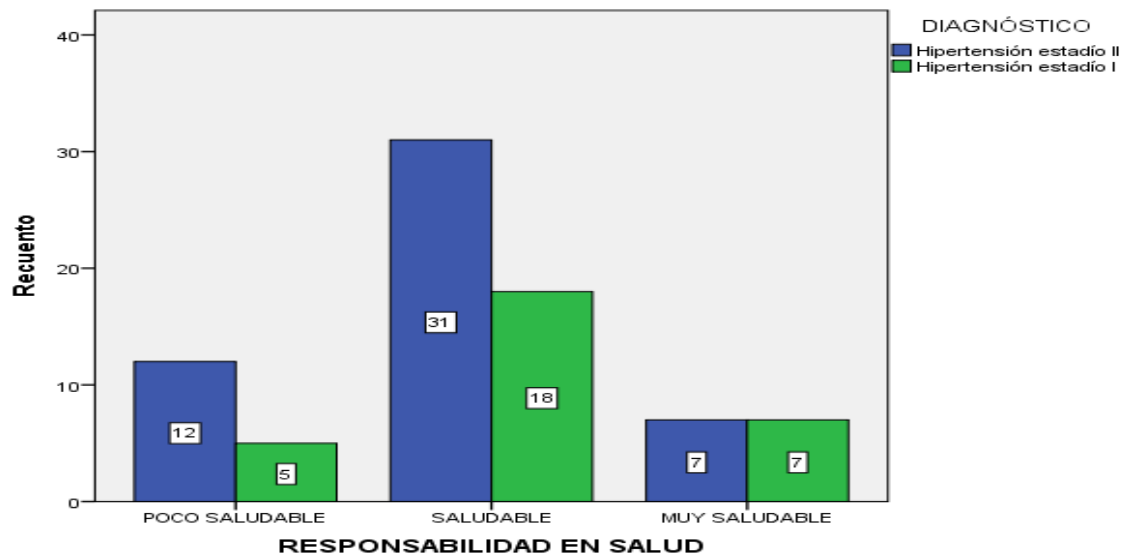
RESPONSABILIDAD EN SALUD	DX SOBRE HIPERTENSIÓN				TOTAL	
	Hipertensión		Hipertensión			
	Estadio II		Estadio I			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
POCO SALUDABLE	12	70,6	5	29,4	17	100,00
SALUDABLE	31	63,3	18	36,7	49	100,00
MUY SALUDABLE	7	50,0	7	50,0	14	100,00
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>62,5</b>	<b>30</b>	<b>37,5</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Cuestionario aplicado por el autor, 2017

### **Interpretación.**

En la tabla 08, se observa respecto a los estilos de vida en su dimensión responsabilidad en salud, e hipertensión arterial en los adultos mayores que el 70,6% (12) de los pacientes con hipertensión arterial estadio II el estilo de vida es poco saludable; mientras que en los pacientes con hipertensión estadio I es en el 29,4% (5). Así mismo, se observa que el 63,3% (31) de los pacientes con hipertensión estadio II sus estilos de vida son saludables; mientras que en los pacientes con hipertensión estadio I le corresponde el 36,7% (18). Además los pacientes que presentan hipertensión estadio I y II sus estilos de vida son en el 50% respectivamente es muy saludable.

**GRÁFICO N° 08. ESTILOS DE VIDA EN SU DIMENSIÓN RESPONSABILIDAD EN SALUD E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS- CHOTA, 2017**



**Fuente:** Cuestionario aplicado por el autor, 2017.

**Interpretación.**

En la tabla de contingencia 08 y gráfica respectiva las frecuencias conjuntas relativas nos muestran que los estilos de vida en su dimensión Responsabilidad en Salud de los adultos mayores atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas- Chota, 2017 y su estadio de hipertensión, no muestran una relación significativa, esta afirmación es confirmada por la prueba no paramétrica D' de SOMERS = 0.114, puesto que  $P=0.245 > \alpha=0.05$ . En consecuencia podemos afirmar con un 95% de confianza que el ESTILO DE VIDA en la dimensión indicada no es condicionante significativo del estado de hipertensión de los adultos mayores atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas- Chota, 2017.

#### **5.1.4. En relación al objetivo específico 3:**

Determinar la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de ejercicio, en los adultos mayores, atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.

Para determinar la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión ejercicio que presentan los adultos mayores, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota, 2017. Se procedió a tabular la información recabada en el cuestionario de estilos de vida, se analizaron los resultados haciendo uso del paquete estadístico SPSS 24.0 versión en español, obteniéndose los siguientes resultados, los que se presentan en las siguientes tablas y gráficos luego de contrastar la hipótesis, empleando la Prueba NO PARAMÉTRICA D' de SOMERS, teniendo en cuenta el nivel de significancia. Si NS (nivel de sig.) = $P < 0.05$  se rechaza  $H_0$ . Y se acepta  $H_1$ , Caso Contrario se acepta  $H_0$ .

**Tabla. 09. ESTILOS DE VIDA EN SU DIMENSIÓN EJERCICIO E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS –CHOTA-2017**

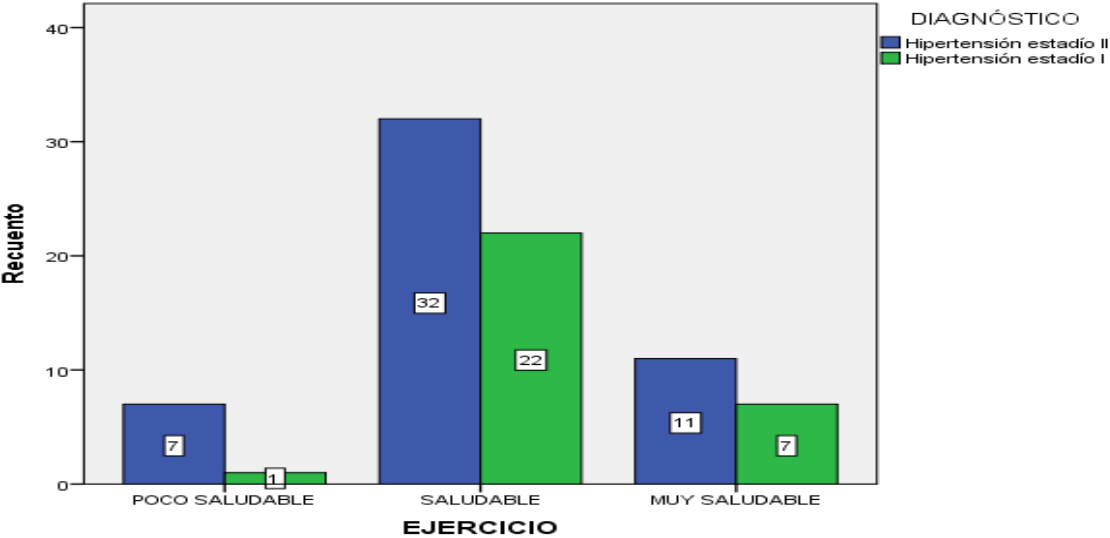
EJERCICIO	DX SOBRE HIPERTENSIÓN				TOTAL	
	Hipertensión estadio II		Hipertensión estadio I		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
POCO SALUDABLE	7	87,5	1	12,5	17	100,00
SALUDABLE	32	59,3	22	40,7	54	100,00
MUY SALUDABLE	11	61,1	7	38,9	18	100,00
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>62,5</b>	<b>30</b>	<b>37,5</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Cuestionario aplicado por el autor, 2017.

### Interpretación.

En la tabla 09, se observa respecto a los estilos de vida en su dimensión Ejercicio e hipertensión arterial en los adultos mayores que el 87,5% (7) de los pacientes con hipertensión estadio II sus estilos de vida son poco saludables; mientras que en los pacientes con hipertensión estadio I es en el 12,5% (1). Así mismo se observa que el 59,3% (32) de los pacientes con hipertensión estadio II su estilo de vida es saludable, mientras que en los pacientes con hipertensión estadio I es en el 40,7% (22). Además el 61,1% (11) de los pacientes con hipertensión estadio II, sus estilos de vida son muy saludable y en los pacientes hipertensos estadio I le corresponde el 38,9% (7).

**GRÁFICO 09. ESTILOS DE VIDA EN SU DIMENSIÓN EJERCICIO E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS- CHOTA, 2017**



**Fuente:** Cuestionario aplicado por el autor, 2017.

**Interpretación.**

En la tabla 09 de contingencia y gráfica respectiva las frecuencias conjuntas relativas nos muestran que los estilos de vida en su dimensión: EJERCICIO de los adultos mayores atendidos en el Hospital “José Soto Cadenillas- Chota, 2017” y su estadio de hipertensión, no muestran una relación significativa, esta afirmación es confirmada por la prueba no paramétrica D’ de SOMERS = 0.092, puesto que  $P=0.366 > \alpha=0.05$ . En consecuencia podemos afirmar con un 95% de confianza que el ESTILO DE VIDA en la dimensión indicada no es condicionante significativo del estado de hipertensión de los adultos mayores atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas- Chota, 2017

#### **5.1.5. En relación al objetivo específico 4:**

Existe relación significativa entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de nutrición, en los adultos mayores, atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.

Para determinar la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de nutrición que presentan los a83dultos mayores, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota 2017. Se tabuló la información recabada en el cuestionario de estilos de vida, luego se procedió a analizar los resultados haciendo uso del paquete estadístico SPSS 24.0 versión en español, obteniéndose los siguientes resultados, los que se presentan en las siguientes tablas y gráficos luego de contrastar la hipótesis, empleando la Prueba NO PARAMÉTRICA D' de SOMERS, teniendo en cuenta el nivel de significancia. Si NS (nivel de sig.) = $P < 0.05$  se rechaza  $H_0$ . Y se acepta  $H_1$ , Caso Contrario se acepta  $H_0$ .

**Tabla. 10. ESTILOS DE VIDA EN SU DIMENSIÓN NUTRICIÓN E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS –CHOTA-2017**

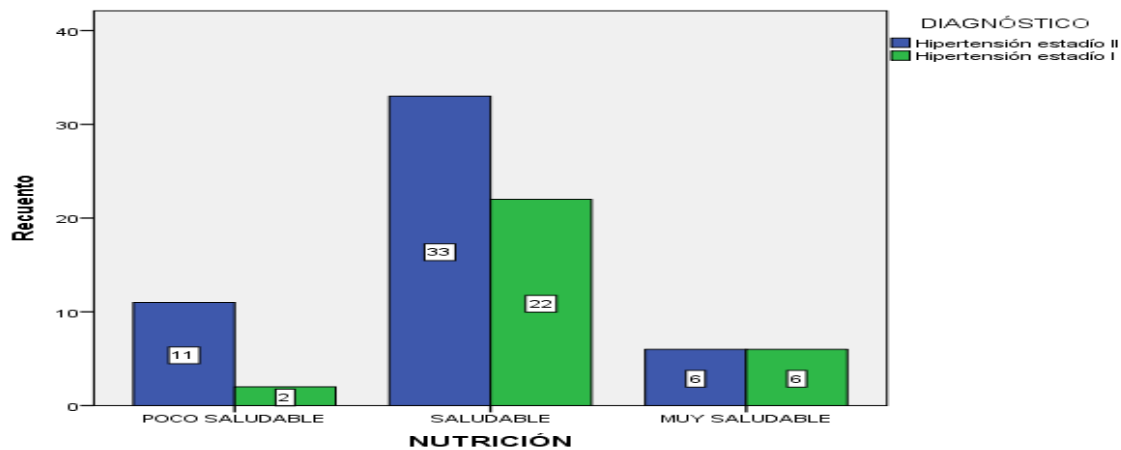
NUTRICIÓN	DX SOBRE HIPERTENSIÓN				TOTAL	
	Hipertensión estadio II		Hipertensión estadio I		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
POCO SALUDABLE	11	84,6	2	15,4	13	100,00
SALUDABLE	33	60,0	22	40,0	55	100,00
MUY SALUDABLE	6	50,0	6	50,0	12	100,00
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>62,5</b>	<b>30</b>	<b>37,5</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Cuestionario aplicado por el autor, 2017.

### **Interpretación.**

En la tabla 10. Estilos de Vida en su dimensión Nutrición e hipertensión arterial en adultos mayores se observa que el 84,6% (11) de los pacientes con hipertensión arterial estadio II su estilo de vida es poco saludable; mientras que en los hipertensos estadio I corresponde el 15,4% (2). Además el 60,0% (33) de los pacientes con hipertensión estadio I su estilo de vida es saludable y en los pacientes con hipertensión estadio I es el 40,0% (22). Así mismo el 50,0% (2) de los pacientes con hipertensión II su estilo de vida es muy saludable. El mismo porcentaje corresponde a los pacientes hipertensos estadio I.

**GRÁFICA 10. ESTILOS DE VIDA EN SU DIMENSIÓN NUTRICIÓN E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS- CHOTA, 2017**



Fuente: Cuestionario aplicado por el autor, 2017.

**Interpretación.**

En la tabla 10 de contingencia y gráfica respectiva las frecuencias conjuntas relativas nos muestran que los estilos de vida en su dimensión: NUTRICIÓN de los adultos mayores atendidos en el Hospital “José Soto Cadenillas- Chota, 2017” y su estadio de hipertensión, **Sí muestran una relación significativa**, esta afirmación es confirmada por la prueba no paramétrica D’ de SOMERS = 0.193, puesto que  $P=0.050 \leq \alpha=0.05$ . En consecuencia podemos afirmar con un 95% de confianza que el ESTILO DE VIDA en la dimensión NUTRICIÓN está relacionada significativamente con el estado de hipertensión de los adultos mayores atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas- Chota, 2017.



#### **5.1.6. En relación al objetivo específico 5:**

Determinar la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de manejo de estrés, en los adultos mayores, atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.

Para determinar la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de estrés, en los adultos mayores, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota 2017. Se procedió a tabular la información recabada en el cuestionario de estilos de vida, se procedió a analizar los resultados haciendo uso del paquete estadístico SPSS 24.0 versión en español, obteniéndose los siguientes resultados, los que se presentan en las siguientes tablas y gráficos luego de contrastar la hipótesis, empleando la Prueba NO PARAMÉTRICA D' de SOMERS, teniendo en cuenta el nivel de significancia. Si NS (nivel de sig.) =  $P < 0.05$  se rechaza  $H_0$ . Y se acepta  $H_1$ , Caso Contrario se acepta  $H_0$ .

**Tabla. 11. ESTILOS DE VIDA EN SU DIMENSIÓN MANEJO DEL ESTRÉS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS –CHOTA-2017**

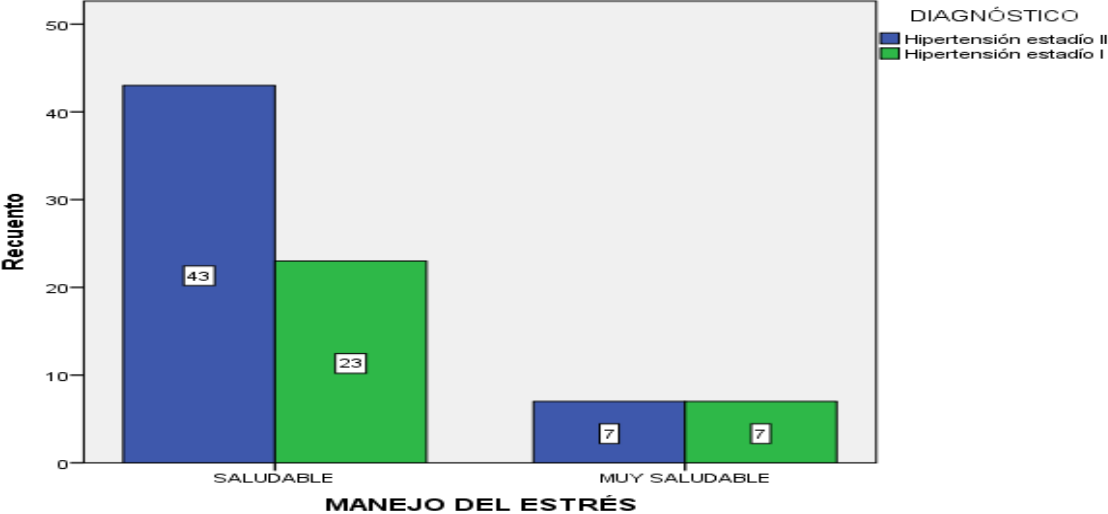
NUTRICIÓN	DX SOBRE HIPERTENSIÓN				TOTAL	
	Hipertensión estadio II		Hipertensión estadio I		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
SALUDABLE	43	65,2	23	34,8	66	100,00
MUY SALUDABLE	7	50,0	7	50,0	14	100,00
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>62,5</b>	<b>30</b>	<b>37,5</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Cuestionario aplicado por el autor, 2017.

### Interpretación.

En la tabla 11, estilos de vida en su dimensión manejo del estrés, e hipertensión arterial en adultos mayores. Se observa que el 65,2% (43) de los pacientes con hipertensión arterial II, su estilo de vida es saludable; mientras que en los pacientes con hipertensión estadio I es el 34,8% (23). También se observa que los estilos de vida son saludables en el paciente hipertenso estadio II, con el 82,5% (66); mientras que en el paciente hipertenso estadio I es el 17, 5% (14).

**GRÁFICA 11. ESTILOS DE VIDA EN LA DIMENSIÓN MANEJO DEL ESTRÉS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS- CHOTA, 2017**



Fuente: Cuestionario aplicado por el autor, 2017.

**Interpretación.**

En la tabla 11 de contingencia y gráfica respectiva las frecuencias conjuntas relativas nos muestran que los estilos de vida en su dimensión: MANEJO DEL ESTRES de los adultos mayores atendidos en el Hospital “José Soto Cadenillas- Chota, 2017” y su estadio de hipertensión, no muestran una relación significativa, esta afirmación es confirmada por la prueba no paramétrica D’ de SOMERS = 0.152, puesto que  $P=0.309 > \alpha=0.05$ . En consecuencia podemos afirmar con un 95% de confianza que los ESTILOS DE VIDA en la dimensión indicada, no está relacionada significativamente con el estado de hipertensión de los adultos mayores atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas- Chota, 2017.

#### **5.1.7. En relación al objetivo específico 6:**

Determinar la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión no consumo de alcohol, en los adultos mayores, atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.

Para determinar la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión no consumo de alcohol, en los adultos mayores, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota 2017. Se procedió a tabular la información recabada en el cuestionario de estilos de vida, se procedió a analizar los resultados haciendo uso del paquete estadístico SPSS 24.0 versión en español, obteniéndose los siguientes resultados, los que se presentan en las siguientes tablas y gráficos luego de contrastar la hipótesis, empleando la Prueba NO PARAMÉTRICA D' de SOMERS, teniendo en cuenta el nivel de significancia. Si NS (nivel de sig.) =  $P < 0.05$  se rechaza  $H_0$ . Y se acepta  $H_1$ , Caso Contrario se acepta  $H_0$ .

**Tabla. 12. ESTILOS DE VIDA EN SU DIMENSIÓN NO CONSUMO DE ALCOHOL E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS –CHOTA-2017**

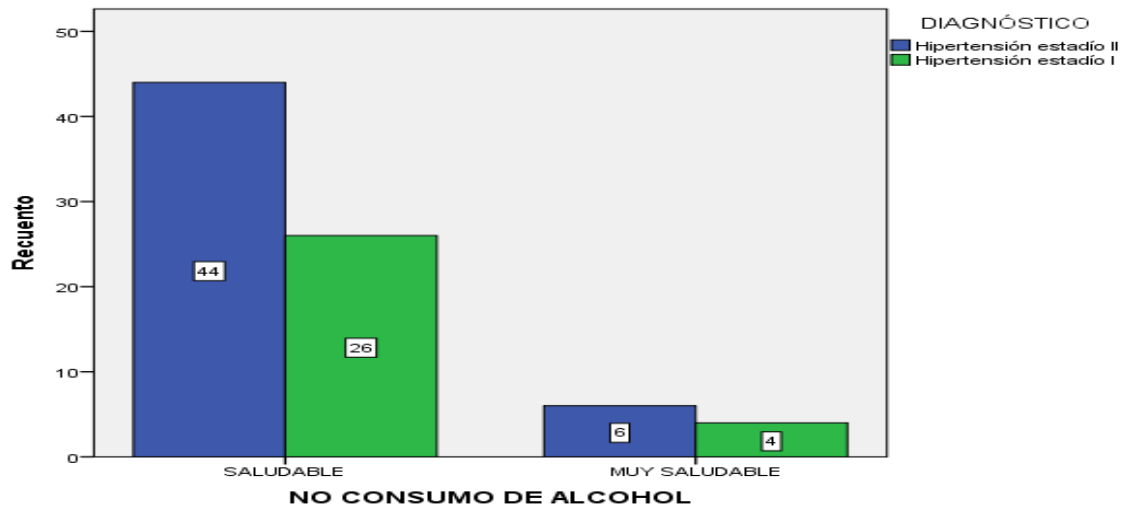
NO CONSUMO DE ALCOHOL	DX SOBRE HIPERTENSIÓN				TOTAL	
	Hipertensión estadio II		Hipertensión estadio I		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
SALUDABLE	44	62,9	26	37,1	70	100,00
MUY SALUDABLE	6	60,0	4	40,0	10	100,00
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>62,5</b>	<b>30</b>	<b>37,5</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Cuestionario aplicado por el autor, 2017.

### Interpretación.

En la tabla 12 se observa respecto a los estilos de vida en su dimensión no consumo de alcohol e hipertensión arterial en los adultos mayores, que el 62,9% (44) de los pacientes con hipertensión estadio I sus estilos de vida son saludables; mientras que en los pacientes con hipertensión estadio I corresponde el 37,1% (26) son saludables. Además en los pacientes con hipertensión II el 60% (6) sus estilos de vida son muy saludables; y en los pacientes con hipertensión estadio I le corresponde el 40,0% (4).

**GRÁFICA 12. ESTILOS DE VIDA EN SU DIMENSIÓN NO CONSUMO DE ALCOHOL E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS- CHOTA, 2017**



Fuente: Cuestionario aplicado por el autor, 2017.

### Interpretación.

En la tabla 12 de contingencia y gráfica respectiva las frecuencias conjuntas relativas nos muestran que los estilos de vida en su dimensión: NO CONSUMO DE ALCOHOL de los adultos mayores atendidos en el Hospital “José soto cadenillas- chota, 2017” y su estadio de hipertensión, no muestran una relación significativa, esta afirmación es confirmada por la prueba no paramétrica D’ de SOMERS = 0.029, puesto que  $P=0.863 > \alpha=0.05$ . En consecuencia podemos afirmar con un 95% de confianza que los ESTILOS DE VIDA en la dimensión indicada, no está relacionada significativamente con el estado de hipertensión de los adultos mayores atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas- Chota, 2017.

#### **5.1.8. En relación al objetivo específico 7:**

Determinar la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión no consumo de tabaco, en los adultos mayores, atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.

Para determinar la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión no consumo de tabaco, en los adultos mayores, atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota 2017. Se procedió a tabular la información recabada en el cuestionario de estilos de vida, luego se analizaron los resultados haciendo uso del paquete estadístico SPSS 24.0 versión en español, obteniéndose los siguientes resultados, los que se presentan en las siguientes tablas y gráficos luego de contrastar la hipótesis, empleando la Prueba NO PARAMÉTRICA D' de SOMERS, teniendo en cuenta el nivel de significancia. Si NS (nivel de sig.) =  $P < 0.05$  se rechaza  $H_0$ . Y se acepta  $H_1$ , Caso Contrario se acepta  $H_0$

**Tabla. 13. ESTILOS DE VIDA EN SU DIMENSIÓN NO CONSUMO DE TABACO E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS –CHOTA-2017**

NO CONSUMO DE TABACO	DX SOBRE HIPERTENSIÓN				TOTAL	
	Hipertensión estadio II		Hipertensión estadio I		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
SALUDABLE	42	60,9	27	39,1	69	100,00
MUY SALUDABLE	8	72,7	3	27,3	11	100,00
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>62,5</b>	<b>30</b>	<b>37,5</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

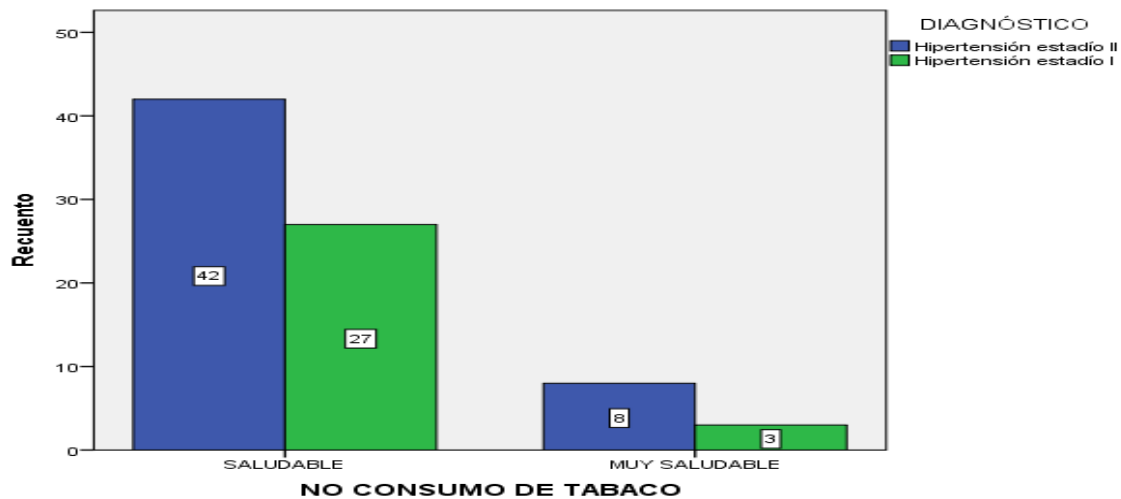
Fuente: Cuestionario aplicado por el autor, 2017.

### **Interpretación.**

En la tabla 13, se observa respecto a los estilos de vida en su dimensión no consume tabaco e hipertensión arterial en los adultos mayores con hipertensión estadio II el 60,9% (42) su estilo de vida es saludable; mientras que en los pacientes con hipertensión arterial II le corresponde el 39,1%(27). También se observa que el 72,7% (8) de los pacientes con hipertensión II sus estilos de vida son muy saludable y también en el 27,3% (3) de los pacientes con hipertensión I.



**GRÁFICA 13. ESTILOS DE VIDA EN SU DIMENSIÓN NO CONSUMO DE TABACO E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS- CHOTA, 2017**



Fuente: Cuestionario aplicado por el autor.

### Interpretación.

En la tabla 13 de contingencia y gráfica respectiva las frecuencias conjuntas relativas nos muestran que los estilos de vida en su dimensión: NO CONSUMO DE TABACO de los adultos mayores atendidos en el Hospital “José Soto Cadenillas- Chota, 2017 y su estadio de hipertensión, no muestran una relación significativa, esta afirmación es confirmada por la prueba no paramétrica D’ de SOMERS = 0.119, puesto que  $P=0.427 > \alpha=0.05$ . En consecuencia podemos afirmar con un 95% de confianza que los ESTILOS DE VIDA en la dimensión indicada, no está relacionada significativamente con el estado de hipertensión de los adultos mayores atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas- Chota, 2017.

## **CONTRASTE DE HIPÓTESIS:**

Se realizó el contraste de hipótesis general hipótesis general y las específicas teniendo en cuenta lo siguiente:

H<sub>0</sub>. No existe relación significativa entre Hipertensión arterial y estilo de vida en adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.

H<sub>1</sub>. Existe relación significativa entre Hipertensión arterial y estilo de vida en adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017

**Nivel de significación NS= $\alpha$ = 0.05**

**Estadística de Prueba: D de Somers (Escala Ordinal)**

**Para todos los casos:**

Estilo de vida (General) vs Estadío de hipertensión arterial

Estilo de vida (cada dimensión) vs Estadío de hipertensión arterial

**Regla de Decisión;**

Para cada caso:

**Si NS (nivel de sig.) = $P < 0.05$  se rechaza H<sub>0</sub>. Y se acepta H<sub>1</sub>, Caso Contrario se acepta H<sub>0</sub>**

**Tabla. 14. ESTILOS DE VIDA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS –CHOTA-2017**

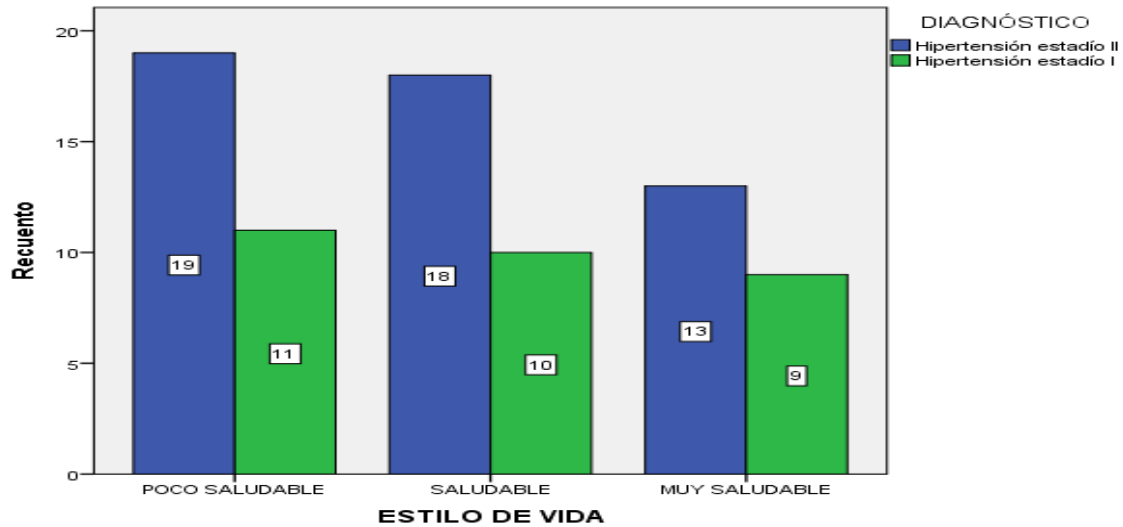
ESTILOS DE VIDA	DX SOBRE HIPERTENSIÓN				TOTAL	
	Hipertensión estadio II		Hipertensión estadio I		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
POCO SALUDABLE	19	63,3	11	36,7	30	100,00
SALUDABLE	18	64,3	10	35,7	28	100,00
MUY SALUDABLE	13	59,1	9	40,9	22	100,00
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>62,5</b>	<b>30</b>	<b>37,5</b>	<b>80</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Cuestionario aplicado por el autor, 2017.

### Interpretación.

En la tabla 14, en relación a los estilos de vida e hipertensión arterial de los adultos mayores, se observa que el 63,3% (19) de los pacientes con hipertensión estadio II tienen estilos de vida poco saludables, en relación a los pacientes con hipertensión estadio I que corresponde el 36,7% (11). Además se observa que el 64,3% (15) de los pacientes con hipertensión estadio II, tienen estilos de vida saludable, en correspondencia a los pacientes con hipertensión estadio I que es el 35,7% (10). Y el 59,1%(13) de los pacientes con hipertensión II tienen estilos de vida muy saludable; mientras que los pacientes con hipertensión estadio I que es el 40,9% (9).

**GRÁFICA 14. ESTILOS DE VIDA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS- CHOTA, 2017**



Fuente: Cuestionario aplicado por el autor, 2017.

### Interpretación.

En la tabla 14 de contingencia y gráfica respectiva las frecuencias conjuntas relativas nos muestran que los estilos de vida EN GENERAL, de los adultos mayores atendidos en el Hospital “José Soto Cadenillas- Chota, 2017” y su estadio de hipertensión, no muestran una relación significativa, esta afirmación es confirmada por la prueba no paramétrica D’ de SOMERS = 0.025, puesto que  $P=0.783 > \alpha=0.05$ . En consecuencia podemos afirmar con un 95% de confianza que los ESTILOS DE VIDA, no está relacionada significativamente con el estado de hipertensión de los adultos mayores atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas- Chota, 2017.

## DISCUSIÓN

De suma importancia tener en cuenta que los estilos de vida no saludables practicados por las personas indistintamente de su edad están conllevando a que la hipertensión arterial sea cada día más frecuente en la población y afecte la calidad de vida de las personas especialmente de los adultos y adultos mayores.

Los resultados de la presente investigación muestran que el 43,8% de los adultos mayores tienen edades entre 75 a 80 años de edad. Resultados que concuerdan con lo referido por Janampa F. 2013 (23) , donde la mayoría de los pacientes hipertensos son adultos mayores. Resultados que se esperan venir; pues la hipertensión arterial es una enfermedad que cada día va en incremento afectando desde edades muy jóvenes tal como lo refiere las estadísticas según ENDES 2014 (63).

En el presente estudio en relación al sexo se encontró que el 62,5% fueron mujeres y el 37,5% hombres; estos guardan relación con los referidos en las investigaciones de Méndez V, Y Col., 2010 (60), ya que en su estudio el sexo que predominó fue el femenino y según Paz et.al., 2011 (61), el 60% de los hipertensos estudiados eran del género femenino. En el estudio de García L.et al., 2013 (62), el 55,32% de los pacientes fueron de sexo femenino y de Rojas, M (18), donde el género dominante fue el sexo femenino con el 52%.

En el Perú el año 2014 el 14,6% de las personas de 15 años a más tenía presión arterial elevada, siendo más frecuente en hombres (18,5%) que en mujeres (11,3%), además encontró que solo el 10,3% de estas fueron diagnosticadas por un médico. De este total diagnosticados, el 60,3% recibe tratamiento. Es preocupante que en nuestro país 1 de cada 3 personas, no saben que tienen presión alta y que el 16% en mayores de 20 años padecen hipertensión arterial (63). Se observa una variación en cuanto a la frecuencia de la hipertensión en varones; sin embargo muchos de los estudios revelan que son las mujeres las que más sufren de hipertensión arterial, las que acuden a consulta e incluso reciben su tratamiento.

Según la Organización Mundial de la Salud, la Hipertensión arterial constituye el primer riesgo de muerte en la mujer y el segundo para los varones en el mundo

occidental. Se estima que el 50% de las enfermedades cardiovasculares (ECV) se puede atribuir a la elevación de la presión arterial (PA), siendo el principal riesgo de ictus e insuficiencia cardíaca. El 90% de las personas normotensas a los 55 años serán hipertensos antes de su muerte (64).

La hipertensión arterial en la mujer es la enfermedad cardiovascular que causa morbilidad y mortalidad sobre todo cuando alcanza la menopausia. Los mecanismos fisiopatológicos y neuro hormonales varían con respecto al hombre lo cual ha dado lugar a pensar que los estrógenos juegan un papel cardio protector. Sin embargo, los factores de riesgo asociados como obesidad, diabetes, dislipidemia, tabaquismo y sedentarismo están en aumento exponencial. En Mexico la distribución poblacional establece que el 60% de las mujeres con hipertensión arterial sistémica tienen menos de 54 años, por lo que como factor de riesgo cardiovascular independiente es el más común. Sin embargo después de la menopausia la mortalidad cardiovascular independientemente es el más común. Haciendo énfasis en la importancia del cambio del estilo de vida en aspectos nutricionales (65).

“En opinión de la Dra. Maite Rivera, nefróloga, manifiesta que el “hombre y la mujer a los cincuenta años son similares en cuanto la posibilidad de tener un infarto de miocardio, la mujer a esta edad ha perdido su protección hormonal, está en plena menopausia y esta pérdida hace que tenga la misma probabilidad de padecer un infarto que el varón” (66).

Ante los resultados es muy importante poner nuestra atención en las mujeres como grupo de riesgo; pero también en los varones que son los que menos pasan controles en cuanto a su presión arterial.

**Respecto al grado de instrucción**, se encontró que el mayor porcentaje 37,5% tenían primaria completa, seguido de analfabetos con 35%. Guarda cierta similitud con lo referido por Rojas, M (18) . Cuyos resultados indican que el mayor porcentaje de la población en estudio 60% alcanzó un nivel educativo de primaria. El nivel de instrucción es importante sin embargo algunos estudios no han encontrado una relación directa para el cumplimiento de tratamiento.

Así en el Perú, según ENDES 2012, los adultos mayores el 21,3% no tienen educación, el 29,9% primaria, el 33,5% secundaria, y superior el 37,1% y según sexo las mujeres el 33,3% y los Varones el 25,4%, han recibido educación (67). Pues se observa un porcentaje importante de adultos mayores sin educación y con primaria, lo que probablemente dificulte que los adultos mayores puedan cumplir con el tratamiento indicado y esto se ratifica con lo referido por la Organización Mundial de la Salud. Quien al respecto de la influencia del nivel educativo, establece la equidad en salud como objetivo de su documento de salud XXI y afirma, que los ingresos, la educación y el empleo son el origen de buena parte de la mala salud. “En este sentido la interpretación que hace la OMS del problema es coherente con importantes modelos socioeconómicos actuales, en los cuales su salud se concibe como el resultado de los efectos de todos los factores que inciden en las vidas de los individuos, las familias y las comunidades. Con este punto de vista, coloca a la persona en el centro junto a los factores relacionados con edad, género y genética que configuran su potencial de salud” (66).

La baja escolaridad constituye un factor de riesgo para el control de la hipertensión, toda vez que contribuyen en la dificultad de entendimiento de las orientaciones recibidas a respecto a los hábitos adecuados y para mantener un tratamiento adecuado correcto.

Según los resultados en la mayor frecuencia de casos. **Su ocupación**, era ama de casa 63,75% y la menor frecuencia comerciantes con el 12,5%. Resultados que guardan relación con Villena, L. Chimbote. (2011)(25), quien en su estudio sobre Estilos de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor; obtuvo como resultado que el mayor porcentaje 42,2%(37) de los adultos mayores hipertensos son amas de casa. Y no guardan relación con reportado por Gordon y Gualotuña (2015) (19), donde la ocupación más frecuente fue comerciante con el 44% seguido de agricultor 40%, ama de casa 10% y jubilados el 6%.

La ocupación que realiza las personas en general y en especial los adultos mayores es de suma importancia porque la actividad que realicen les permitirá estar en contacto con otras personas, siendo la socialización un factor que lo va a disipar del estrés, se va a sentir una persona útil. Tal como lo evidencian los resultados la mayoría de

pacientes se dedican a los quehaceres del hogar actividad que le generará mayor estrés; siendo importante que la familia busque espacios de relajamiento para los adultos mayores a fin que no solamente estén en casa buscando alternativas de distracción en familia.

**Según el lugar de residencia**, se encontró que el mayor porcentaje correspondía a la zona urbana con el 66,3% y el 33,8% a lo rural. Según la información de ENDES (2012) (68). En el Perú se observa que el 26,4% de la zona urbana produce hipertensión arterial, frente a un 23,1% de la zona rural. Además resalta que en el grupo etáreo de 60 a 69 años el 30,6% de la zona urbana padece hipertensión arterial.

Al respecto los resultados muestran que la mayor frecuencia de adultos mayores hipertensos se encuentran en la zona urbana; lo que nos debe hacer meditar respecto a los estilos de vida que se practican y también poner atención en los indicadores de la zona rural que si bien es cierto son menores, igual los adultos mayores y la población en general se encuentran en riesgo de las enfermedades coronarias como consecuencia de la hipertensión arterial.

Los resultados muestran sobre **el estado civil** de los adultos mayores hipertensos que el 36,3% son casados, viudos 36,0% y el 2,5% solteros. Resultados que guardan cierta relación con lo referido por Rojas, M (18), según los resultados los adultos mayores casados representan un mayor porcentaje 56%.

La familia y la salud están estrechamente relacionados, así lo han demostrado estudios llevados a cabo en EE.UU y en España. Existe una posible relación entre el estado familiar de una persona y su salud. Los americanos han demostrado que los adultos casados gozan la mejor salud, que los separados, divorciados o viudos. Se considera que la familia tiene una gran importancia para el buen control de la hipertensión. Según un estudio realizado en México existe una correlación entre el apoyo familiar y el apego al tratamiento de la hipertensión (68)

Según J...J Lynd en las consecuencias de la salud (1977), "afirma que tener pareja es bueno para la salud, en cambio perderla, no solo eleva el riesgo de contraer todo tipo de enfermedades sino de cometer suicidio. Diversos estudios descubrieron que



los hombres cuando tienen pareja, se vuelven más saludables, comen mejor y dichos hábitos, mejoran al iniciar la convivencia” (69).

Los resultados muestran que un porcentaje representativo son viudos(as) 36,0%; siendo el apoyo familiar tan importante para sobrellevar esta enfermedad crónica como es la hipertensión se le deba dar mayor atención a este grupo ya que necesita de un soporte así mismo se debe involucrar más a la familia a fin de que los adultos mayores no se sientan solos y puedan continuar con su vida, que esta sea saludable y le genere una calidad de vida.

**Los resultados muestran sobre la variable hipertensión arterial en adultos mayores,** que el 62,5% presentó hipertensión en el estadio I y el 37,5% hipertensión en el estadio II. Resultados que se relacionan con los encontrados por Zela, A y Mamani, W (2015) (21), quienes encontraron que el mayor porcentaje de pacientes 46% presentaron hipertensión estadio 1 y el 12% con hipertensión estadio 2. Así mismo con los resultados de Gordon y Gualotuña (19), quienes encontraron que el 40% tiene hipertensión estadio 1.

Así los resultados demuestran que el mayor porcentaje de pacientes hipertensos se encuentran en el estadio I tal como lo revelan los estudio encontrados; Lo mencionado confirma que los estilos de vida guardan estrecha relación con la hipertensión arterial, se evidencia la necesidad de implementar medidas de prevención y promoción de la salud desde etapas de la vida temprana, a fin de prevenir su ocurrencia.

Los resultados de la Encuesta Demográfica y de la salud familiar 2012, mostraron que, un 29,7% de la población adulto mayor declaro haber sido informada en algún momento por un médico o profesional de salud que padece de presión alta o hipertensión arterial; un 70,1% siguen tratamiento antihipertensivo. Según el sexo, las mujeres (33,3%) fueron más informados de su padecimiento hipertensivo que los hombres (25,4%). Con relación al tratamiento, mayor por porcentaje mujeres (72,1) recibieron tratamiento, mayor porcentaje de mujeres (72,1%) recibieron tratamiento farmacológico, los hombres (67,0%) siendo el tratamiento mayor en las mujeres (68).

Según ENDES 2016, en el 2012 en los adultos mayores se reportó en el 17,6% y en el 2015 17,8%, siendo los más afectados los hombres 19,0% que las mujeres 16,3% la mayor proporción reside el Lima Metropolitana con 20,4%, sierra y selva con 15,9% y 15,3% respectivamente. La población hipertensa (2015) con tratamiento farmacológico alcanzó el 63,6% y la masculina 59,6% (10). Estas estadísticas nos revelan la existencia de la enfermedad en la población adulta mayor y que esta se incrementará con los años porque la población joven y adulta está siendo afectada, para revertir esto es importante actuar sobre los estilos de vida que estos cambien a ser saludables para prevenir las enfermedades crónicas degenerativas y las cardiovasculares.

Es indudable que para continuar elevando la duración y calidad de vida de las personas se requiere cada vez más eficacia en la prevención y detección temprana de la hipertensión. “Este reto se extiende a toda la sociedad, no solo se concentra en el tratamiento y el control adecuado de los pacientes diagnosticados y perfeccionar los métodos que conduzcan a descubrir cuáles son aquellos factores que tienen que ver también con el incremento del número de personas afectadas y que asuman un estilo de vida saludable sino con la realización de las acciones que favorezcan a estas conductas” (70)

**Respecto a los Estilos de vida e Hipertensión arterial en los adultos mayores se observa,** que los pacientes con hipertensión estadio II el 63,3% (19) tienen estilos de vida poco saludables, en relación a los pacientes con hipertensión estadio I que es el 36,7% (11). Además se observa que el 64,3% (15) de los pacientes con hipertensión estadio II, tienen estilos de vida saludable; mientras que los pacientes con hipertensión estadio I es en el 35,7% (10). Así mismo el 59,1%(13). De los pacientes con hipertensión II tienen estilos de vida muy saludable; así mismo el 40,9% (9) de los pacientes con hipertensión I.

Según los resultados, se observa que los estilos de vida de los pacientes hipertensos I y II sus estilos de vida son poco saludables en el 37,5% (30), saludables en el 35,0% (28) y muy saludables 27,5% (22), (anexo 06, tabla 01). Resultados que difieren de lo encontrado por Zela (2015) (21), donde el 50,5% presenta estilo de vida saludable, el 25,2% estilo de vida muy saludable, el 24,3% un estilo de vida poco saludable. Así

mismo con Janampa, F (2012) (24) donde el 58%, tienen estilos de vida saludables y 42% estilos de vida no saludables. Así mismo con lo referido por Cáceres Plascencia (20), quien encontró que el 71% de los pacientes hipertensos refieren practicar estilos de vida no saludables y solo el 29% estilos de vida saludables.

**En lo que corresponde a la Hipótesis General,** muestran los resultados que los estilos de vida en general, de los adultos mayores atendidos en el Hospital “José Soto Cadenillas” – Chota y la hipertensión no muestran una relación significativa, esta afirmación es confirmada por la prueba paramétrica D de SOMERS = 0,025, puesto que  $P=0.427 > \alpha=0.05$ . En consecuencia podemos afirmar en un 95% de confianza que los estilos de vida, no están relacionados significativamente con la hipertensión de los adultos mayores atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas – Chota.

Resultado que no guarda relación con lo referido por Zela (21), se aprecia el análisis de correlación Rho de Spearman entre hipertensión arterial y estilos de vida en adultos mayores, donde se determina la existencia de una moderada correlación indirecta (Rho - ,408) y significativamente ( sig. = .000) es decir a mejor estilo de vida, menor grado de hipertensión. Así mismo no se relaciona con lo encontrado por Huamán y Vigo (71), quienes al contrastar la hipótesis utilizando la J. cuadrado cuyo valor que fue  $X^2: = 11.73$  gl = 4;  $P=0.019$  con un nivel de confiabilidad del 95% y nivel de significancia del 5% encontró una relación significativa entre los estilos de vida y la hipertensión arterial.

Según Huamán y Vigo (71). Demostró con sus resultados que el mayor porcentaje de pacientes adultos mayores hipertensos en cuanto a los estilos de vida en su mayoría fueron saludables. Así los adultos mayores con hipertensión moderada el 30,8% (16) y 15,4% (8), presentaron estilos de vida saludable y en riesgo respectivamente, así mismo los pacientes con hipertensión arterial leve, el 23,1% (12) y 21,1% (11). Mostraron estilos de vida en riesgos y saludables y los pacientes con hipertensión arterial severa, el 5,8% (3) presentaron estilos de vida saludables y el 1,9% (1) presentó estilos de vida no saludable como en riesgo. Así mismo Guerrero, M (2010) (72), según sus resultados señalan que el perfil de los estilos de vida de los pacientes; el 80,7% es saludable y el 19,3% parcialmente saludable. En cuanto a su estilo de

vida saludable se ve reflejado en su actividad física y adherencia al tratamiento y es parcialmente saludable en su alimentación, descanso – sueño, control del estrés y control de sus hábitos nocivos.

Así mismo Roncal 2013, a través de sus resultados concluyó que los estilos de vida inadecuados guardan relación estadísticamente significativa con la enfermedad crónica degenerativa del sistema músculo esquelético, (Pvalue = 0.029). Los resultados indican que; 80% de los adultos mayores presentaron enfermedades del sistema músculo esquelético; 76% sensoriales y 20% hipertensión arterial. Según sus estilos de vida realizan actividades recreativas, 84% (nunca); 50% (a veces), 44% (siempre), consumen sustancias nocivas 88 al 96% (nunca), 44% son sedentarios.

Respecto a la Hipertensión y estilos de vida. Hay estudios que demuestran fehacientemente la efectividad de los cambios de hábitos en disminuir las cifras de presión y los riesgos asociados a ella, independientemente de la severidad de la HA, ya que estas medidas contribuyen en forma concomitante a bajar los valores de triglicéridos y aumentar la concentración de colesterol HDL, con lo que se disminuye los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares y fundamentalmente los trastornos propios de la hiperlipidemias. Con o sin antecedentes familiares de hiperlipidemias, hipertensión, obesidad, etc. Se debe involucrar a toda la familia en estos cambios de estilos de vida, que además de ser muy bajo costo, no presenta efectos colaterales y ofrece efectividad en descender la presión arterial. Junto con ellos hay signos claros de bienestar físico y Psicológico, al disminuir de peso, aumentar la agilidad y evitar los síntomas indeseables de los medicamentos (73)

Dentro de la Promoción de los estilos de vida. La labor educativa para formar o modificar el modo de vida, para proteger la salud hay que desarrollarla con la familia, por lo cual hay que cuidar y mejorar el modo de vida de las personas, mejorar aspectos importantes como el nivel educacional, que permiten realizar de forma más factible las labores de promoción de salud y prevención de enfermedades, cardiopatía isquémica, infarto al miocardio, obesidad pues el individuo actúa sobre los factores causantes de dichas enfermedades. El fomento de la salud consciente hacia la calidad de vida y consecuentemente de la salud, conlleva manejar el bienestar del individuo y comunidades, a reducir riesgos y tratar enfermedades (74)

Según la Organización Mundial de la Salud, uno de los instrumentos de promoción de la salud y la acción preventiva es la educación para la salud que aborda no solamente la transmisión de la información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye no solo la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales, que influyen en la salud sino también lo que refiere a los factores de riesgo, y comportamiento de riesgo además del adecuado uso del sistema de la estructura sanitaria.

Los estilos de vida no saludables en un individuo conllevan al desarrollo de enfermedades crónicas como lo son las enfermedades cardiovasculares, hipertensión, diabetes mellitus, obesidad, dislipidemias, entre otros, transformándose en factores de riesgo para el desarrollo de estas enfermedades llamadas por la OMS como las “Enfermedades de los estilos de vida” (75)

La obesidad es un factor de riesgo. El 35,5% de las personas de 15 y más años padecen sobrepeso, según sexo el 35% de los hombres y el 35,2% de las mujeres en el 2015 tenían sobre peso. En el 2016 el 18,3% de las personas sufren obesidad de 15 a más años, el 22,5% mujeres y el 14,0% hombres, zona urbana 22,4% y rural 10,8%(10)

Esta investigación es importante por sus aportes al mejoramiento de los cuidados de enfermería proporcionados a los enfermos con hipertensión arterial. Por esta razón que se hace necesario que los profesionales de enfermería manejen y apliquen los conocimientos referidos a la prevención en hábitos de salud y autocuidados en pacientes con hipertensión arterial, con el fin de los riesgos de accidentes cardiovasculares que pueden derivarse de su condición para lo cual la enfermera debe estimular en el enfermo crónico su sentimiento de autoestima, infundiéndole seguridad en sí mismo y ayudándole a realizar las modificaciones necesarias en su estilo de vida, al proporcionarle información necesaria para tal fin (76)

**Respecto a los estilos de vida en su dimensión responsabilidad en salud, e hipertensión arterial**, se observa en los adultos mayores que el 70,6% (12) de los pacientes con hipertensión arterial estadio II el estilo de vida es poco saludable;

mientras que en los pacientes con hipertensión estadio I es en el 29,4% (5). Así mismo, se observa que el 63,3% (31) de los pacientes con hipertensión estadio II sus estilos de vida son saludables; mientras que en los pacientes con hipertensión estadio I le corresponde el 36,7% (18).

De los resultados, se observa que los estilos de vida de los pacientes hipertensos tanto los del estadio I como el estadio II son saludables en el 61,3% (49) poco saludables, 21,3% (17) y muy saludables 17, 5% (14) (anexo 06, tabla 02). Resultados que guardan cierta relación con lo encontrado por Zela, A y Mamani, W (2015)(21), quien refiere en cuanto a la dimensión responsabilidad en salud que el mayor porcentaje 47,6% de los pacientes hipertensos presentaron un estilo de vida saludable, el 31,1% un estilo de vida poco saludable.

Los resultados del presente estudio probablemente se deba porque los pacientes en su mayoría son conscientes que de su autocuidado personal depende de ellos tener un nivel de salud favorable lo que le ayuda a evitar o prolongar la presentación de las complicaciones que genera la hipertensión arterial en la medida que avanza la edad en el paciente.

En lo que respecta a la primera hipótesis secundaria. No se encontró una relación significativa confirmado por la prueba no paramétrica D' de SOMERS = 0.114, puesto que  $P=0.245 > \alpha=0.05$ . En consecuencia podemos afirmar con un 95% de confianza que el estilo de vida en la dimensión indicada no es condicionante significativo del estadio de hipertensión de los adultos mayores atendidos en el Hospital Soto Cadenillas.

Resultados que no guardan relación con lo referido por Zela (21), con respecto de los estilos de vida en la dimensión responsabilidad en salud del adulto mayor, al constatar la hipótesis encontró relación estadística significativa ( $R_{hu} = -,224$ ) y significancia ( $sig.=1023$ ). Es decir a mayor responsabilidad en salud, menor grado de hipertensión arterial.

Euribe, M (2009) (27), al determinar la relación entre los estilos de vida y el control de la presión arterial en pacientes hipertensos del programa adulto mayor encontró que

existe asociación entre el patrón de alimentación y el control de la presión arterial en el paciente adulto mayor. Se comprobó la asociación entre actividad física – recreación y control de la presión arterial en el paciente adulto mayor. Se encontró que existe asociación entre el patrón descanso y sueño (horas de siesta después de almorzar) y el control de la presión arterial en el paciente adulto mayor. Se comprobó que existe asociación entre los hábitos nocivos (consumo de tabaco), y el control de la presión arterial en el paciente adulto mayor.

El único responsable de cuidar y de modificar los estilos de vida no saludables es la persona. Él decide cómo cuidarse si desea tener una buena salud. El principio de autonomía en bioética consagra esa idea en el campo de la salud". Se habla de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de estas y respetando la autonomía de los demás". Este principio sigue los consejos del filósofo liberal Jhon Stuart Mill: "Cada uno es el guardián natural de su propia salud sea física, mental o espiritual" (77).

**Respecto a los estilos de vida en su dimensión ejercicio e hipertensión arterial en los adultos mayores se observa,** que el 87,5% (7) de los pacientes con hipertensión estadio II sus estilos de vida son poco saludables; mientras que en los pacientes con hipertensión estadio I es en el 12,5% (1). Así mismo se observa que el 59,3% (32) de los pacientes con hipertensión estadio II su estilo de vida es saludable, mientras que en los pacientes con hipertensión estadio I es en el 40,7% (22). Además el 61,1% (11) de los pacientes con hipertensión estadio II, sus estilos de vida son muy saludable y en los pacientes hipertensos estadio I le corresponde el 38,9% (7).

Se observa, que los estilos de vida en la dimensión ejercicio en los pacientes hipertensos estadio I y II son saludables en el 67,5%(54) en el 10,0% (8) poco saludables y 22,5%(18) muy saludables (anexo 06, tabla 03). Resultado que guarda relación con lo referido por Zela (21), quien muestra que el 67,0% hacen ejercicio por tanto sus estilos de vida son saludables, el 19,4% realiza poco ejercicio, por lo que su estilo de vida es poco saludable y por último un 13,6% realiza a menudo ejercicios por lo tanto tienen un estilo de vida muy saludable.

En lo que corresponde a la segunda hipótesis. No se encontró una relación estadística significativa, esta afirmación es confirmada por la prueba no paramétrica D' de SOMERS = 0.092, puesto que  $P=0.366 > \alpha=0.05$ . En consecuencia podemos afirmar con un 95% de confianza que el estilo de vida en la dimensión indicada no es condicionante significativo del estadio de hipertensión de los adultos mayores atendidos en el hospital José Soto Cadenillas. Resultados que guardan relación con lo referido por Carranza Benites (26) quien refiere que no existe relación entre estilos de vida y el manejo de la hipertensión arterial correspondido al coeficiente de correlación  $P = +0,044$  y su significación estadística ( $P < 0,782$ ). En conclusión no se demostró que exista una relación significativa entre ambas variables. Por lo que se infiere que el estilo de vida en sus factores: hábitos de alimentación y actividad física no se relación con el manejo de la hipertensión arterial en sus factores control de salud.

Además los resultados encontrados en el presente estudio difieren de lo encontrado por Zela (21), se parecía el análisis de correlación de Rho de Spearman, donde se determina la existencia de una baja correlación indirecta ( $Rho = -,336$ ) y significativa ( $sig. =,001$ ). Entre hipertensión arterial y ejercicio en adultos mayores. Existe correlación indirecta y significativa entre hipertensión arterial y ejercicio en los adultos mayores.

Importante tener que caminar todos los días. “Lo que demuestra una clara asociación entre el mantenimiento de un buen estado físico y el descenso de la morbilidad cardiovascular lo que ha sido demostrada en diversos grupos de población” (66). El ejercicio moderado tiene un efecto hipotensor, acentúa la pérdida de peso con cualquier nivel de restricción calórica y disminuye el riesgo de la enfermedad cardiovascular y mortalidad global. Por ello consideramos al sedentarismo como un factor de riesgo cardiovascular entendiéndolo como tal si el paciente no realiza ningún tipo de ejercicio o camina menos de 30 minutos diarios. “El sedentarismo es un factor de riesgo cardiovascular y una de las causas de aparición y desarrollo de las enfermedades crónicas más frecuentes. Está ligado además a enfermedades cardiovasculares, coronarias e hipertensión” (66).



Respecto al ejercicio. La Organización Mundial de la Salud (OMS) confirma que realizar actividad física de forma regular es uno de los principales componentes en la prevención de aumento de las enfermedades crónicas. Sin embargo, el 60% de la población en el mundo no llega a la recomendación mínima de realizar actividad física moderada durante 30 minutos al día (78).

Diversas entidades mundiales sugieren una relación fuerte entre el comportamiento sedentario y la hipertensión, por lo que la Fundación Nacional del Corazón, la Organización Mundial de la Salud, la Sociedad Internacional de Hipertensión y el Comité Nacional de detección, Evaluación y tratamiento de la Hipertensión arterial de los Estados Unidos (2010). Han recomendado el incremento de la actividad física como la primera línea de intervención para prevenir y tratar a pacientes con hipertensión arterial (presión arterial sistólica 120-139 mmHg y/o presión arterial diastólica 80-89 mmHg). También recomienda ejercicio como estrategia terapéutica para pacientes con grado uno (140-159/80-90 mmHg), o grado 2 (160-179/100-109 mmHg) de hipertensión. La actividad física es recomendada debido a sus efectos favorables con otros factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares asociados a la hipertensión arterial. Es una intervención de bajo costo con pocos efectos secundarios si se realiza de acorde a las recomendaciones (79)

Por lo que se debe recomendar la práctica de ejercicio físico diario y que debe ser parte del estilo de vida de las personas y con mayor fundamento en aquellas que ostentan niveles hipertensivos nocivos para la salud y la calidad de vida. Importante tener en cuenta los resultados del presente trabajo donde el mayor porcentaje de pacientes adultos hipertensos se encuentran en el estadio I, intervenir en ellos motivándolos a tener una vida más activa y que opten por caminar como promedio 30 minutos al día, dar esta orientación a la familia para que opten por estas medidas lo que ayudará en mejorar su calidad de vida del paciente hipertenso.

**Respecto a los estilos de vida en su dimensión Nutrición e hipertensión arterial en adultos mayores se observa,** que el 84,6% (11) de los pacientes con hipertensión arterial estadio II su estilo de vida es poco saludable; mientras que en los hipertensos estadio I corresponde el 15,4% (2). Además el 60,0% (33) de los pacientes con hipertensión estadio I su estilo de vida es saludable y en los pacientes con hipertensión

estadio I es el 40,0% (22). Así mismo el 50,0% (2) de los pacientes con hipertensión II su estilo de vida es muy saludable. El mismo porcentaje corresponde a los pacientes hipertensos estadio I.

Según los resultados, se observa en esta dimensión que los estilos de vida son saludables tanto para el hipertenso estadio I como el estadio II, en el 68,8% (55) son saludables, el 16,3% (13) poco saludable y el 15% (12) muy saludable (anexo 06, tabla 04). Los resultados guardan relación con Zela (21), en la dimensión nutrición el 67,0% sus estilos de vida fueron saludables, el 19,4% poco saludable y el 13,6% muy saludable. Además con los resultados de Janampa, F (2012) (23) guarda cierta relación 63% tienen estilos de vida saludable.

En lo que respecta a la tercera hipótesis secundaria. Sí se muestran una relación significativa, esta afirmación es confirmada por la prueba no paramétrica D' de SOMERS = 0.193, puesto que  $P=0.050 \leq \alpha=0.05$ . En consecuencia podemos afirmar con 95% de confianza que el estilo de vida en la dimensión nutrición está relacionada significativamente con el estadio de hipertensión de los adultos mayores atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas. Pues a mejores hábitos alimenticios bajarán los niveles de hipertensión.

Resultados que se relacionan con los referidos por Zela, L (21). Se aprecia en el análisis de correlación de Rho de Spearman, dónde se determina la existencia de una baja correlación indirecta ( $R_h = -,350$ ) y significativa ( $\text{sig.} = ,000$ ). Entre hipertensión arterial y nutrición en adultos mayores. Existe correlación indirecta y significativa entre hipertensión arterial y nutrición en adultos mayores y con Euribe, M (27), quien encontró que existe asociación entre el patrón de alimentación y el control de la presión arterial en el paciente adulto mayor.

Resultados que no guardan relación con lo referido por Pardo, Y (2014) Pardo, Y (2014) (81), en su estudio sobre estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor del Pueblo Joven la Unión Chimbote, llegó a la conclusión que la mayoría de adultos mayores presentan un estilo de vida no saludables y un mínimo porcentaje tiene estilo de vida saludable (81)

Según la América Heart Association, los hábitos alimenticios saludables pueden ayudar a prevenir los tres factores de riesgo más importantes que son causa de ataques al corazón: Hipercolesterolemia, hipertensión y exceso de peso. Cada día hay mayor evidencia de que la dieta juega un papel importante en su regulación (80)

Respecto a la alimentación. “La recomendación internacional sobre consumo de frutas y verduras hace referencia al consumo de estos alimentos idealmente 5 porciones al día para mantener un buen estado de salud y prevenir enfermedades como cáncer, diabetes y enfermedades cardiovasculares” (82). Datos de diferentes estudios demuestran que casi la mitad de la población tiene una ingesta inadecuada de estos alimentos, lo que podría representar un riesgo para no cubrir sus requerimientos diarios de fibra, vitaminas y minerales y de esta manera aumentar también el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles.

El (ENSANUT, 2011-2013), reporta que el 29,2% de la población presentan un consumo excesivo de carbohidratos que supera la recomendación máxima establecido para la prevención de la obesidad y enfermedades cardiovasculares, además en las zonas menos desarrolladas y con menos recursos económicos presentan un mayor consumo de carbohidratos, y menor consumo de grasas respecto a las áreas más desarrolladas del país. Pese a que los adultos consumen varias comidas al día, se detectó que la dieta es poco variada porque incluye poca diversidad de alimentos, estos pueden identificarse como factores deteriorantes del estado de salud (83).

La baja ingesta de frutas y verduras contribuyen con el desarrollo de enfermedades cardiovasculares cáncer diabetes y obesidad. El consumo insuficiente de estos productos es considerado entre los factores de riesgo comportamentales, que prevalece en áreas rurales, población de bajos ingresos económicos y bajo nivel educativo. En la zona rural es menos que en la urbana. En cuanto al consumo las mujeres consumen más que los varones. Según la OMS, el mayor consumo de frutas y verduras variadas garantiza un consumo suficiente de la mayoría de las micronutrientes esenciales. A nivel nacional, el 10,8% de los personas de 15 y más años de edad consume al menos cinco porciones de frutas y/o verduras el consumo fue mayor en las mujeres 11,7% que en hombres 9,9%.

La nutrición adecuada es aquella cuya ingesta de alimentos está en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una buena nutrición incluye una dieta suficiente y equilibrada, combinada con ejercicios físicos en forma regular; constituye un elemento fundamental de la buena salud. Una mala nutrición puede afectar la inmunidad de la persona y aumentar el riesgo para las enfermedades, alterar el desarrollo físico y mental y reducir la productividad.

**Respecto a los resultados estilos de vida en su dimensión manejo del estrés, e hipertensión arterial en adultos mayores.** Se observa que el 65,2% (43) de los pacientes con hipertensión arterial II, su estilo de vida es saludable; mientras que en los pacientes con hipertensión estadio I es el 34,8% (23). También se observa que los estilos de vida son saludables en el paciente hipertenso estadio II, con el 82,5% (66); mientras que en el paciente hipertenso estadio I es el 17, 5% (14).

Según los resultados los estilos de vida en esta dimensión son saludables, tanto para los hipertensos estadio I como los de estadio II, el 82,5% (66), y en el 17, 5% (14), respectivamente. Resultados que guardan relación con Zela (21), donde el 62,1% de los pacientes sus estilos de vida son saludables y 27,2% poco saludable y 10,7% muy saludable (anexo 06, tabla 05).

En lo que respecta a la cuarta hipótesis secundaria. No muestra una relación significativa, esta afirmación es confirmada, por la prueba no paramétrica D' de SOMERS = 0.152, puesto que  $P=0.309 > \alpha=0.05$ . En consecuencia se puede afirmar con un 95% de confianza de los estilos de vida en la dimensión indicada no está relacionada significativamente con el estadio de hipertensión en los adultos mayores atendidos en el Hospital José soto Cadenillas de Chota. Resultados que difieren de lo encontrado por Zela (21), quien encontró en el análisis de correlación de Rho de Sperman, la existencia de una baja correlación indirecta ( $Rho = -,313$ ) y significativa ( $sig =; 001$ ). Entre hipertensión arterial y manejo de estrés en adultos mayores atendidos. Existe correlación indirecta y significativa.

Para (Kaplan, 2010), las personas con presión arterial elevada presentan una alta reactividad a las situaciones estresantes de la vida cotidiana. La calidad de vida puede

ser influenciada directa e indirectamente por enfermedades crónicas como trastornos cardiovasculares y enfermedades como el estrés (84)

Sobre la disminución del estrés. El uso de medidas no farmacológicas o de modificaciones en el estilo de vida son ampliamente aconsejadas por los diferentes comités y organismos oficiales, sin embargo la prescripción por las medidas y cumplimiento por los pacientes es escasa. El cumplimiento de estas medidas conlleva un tiempo de instrucción y motivación del grado de ansiedad, para ello es importante la práctica de una variedad de terapias de modificación conductual incluyendo meditación trascendental, yoga y psicoterapia. Otro aspecto que influye en la calidad de vida del paciente hipertenso es la reducción del estrés, como ya hemos comentado, que no es más que la disminución de la hiperactividad del sistema nervioso simpático, las personas se convierten en hipertensas no porque sufran mayor estrés sino porque responden de forma diferente a las situaciones de estrés. Sin embargo, para otros autores esta relación entre estrés e hipertensión arterial no parece tan claro, ya que dependería de varios factores naturaleza del estrés, la percepción del estrés por parte del individuo y de la susceptibilidad del individuo (85)

De ahí la importancia de la relajación. Diversos estudios, surgieron que el estrés y la hiperactividad del sistema nervioso simpático interactúan en el desarrollo de la hipertensión arterial temprana y su mantenimiento posterior. Los individuos expuestos a estrés psicológico reiterado pueden presentar hipertensión arterial más frecuentemente que los sujetos por lo demás similares, pero sometidos a menos estrés (66)

El catedrático de psiquiatría, López – Ibur (2004) “considera que el estrés y la ansiedad constituyen una recreación emocional similar con distinto nombre y añade que, el medio familiar junto con el medio laboral es donde el ser humano más produce el estrés” (86). Rosas, menciona que la relajación es una técnica de autocontrol del sistema nervioso que es útil para el control de la hipertensión arterial. Los individuos pueden relajarse voluntariamente en distintas situaciones de su vida tanto personal como profesional, lo que favorece una disminución de la presión arterial por reducción de la activación del sistema nervioso autónomo. Por el contrario la reacción al estrés

es muy compleja y la constituyen una sucesión de acontecimientos de tipo neuronal, muscular, cardiovascular, inmunológico y hormonal (88).

Es de suma importancia que los pacientes adultos mayores hipertensos reciban terapias para aliviar el estrés, a través de la integración de estos en los club o círculos de adultos y adultos mayores, los mismos que con la participación del equipo multidisciplinario les enseñaran ejercicios de relajación, los mismos que les facilitará disminuir o controlar el estrés lo que les va a permitir controlar los niveles de hipertensión arterial así mismo es fundamental la participación de la familia o de la persona con quien comparte más tiempo el adulto mayor porque su apoyo es un soporte emocional.

**Respecto a los resultados estilos de vida en su dimensión no consumo de alcohol e hipertensión arterial en los adultos mayores.** Se observa que el 62,9% (44) de los pacientes con hipertensión estadio I sus estilos de vida son saludables; mientras que en los pacientes con hipertensión estadio I corresponde el 37,1% (26) son saludables. Además en los pacientes con hipertensión II el 60% (6) sus estilos de vida son muy saludables; y en los pacientes con hipertensión estadio I le corresponde el 40,0% (4).

Los resultados muestran, que los estilos de vida en esta dimensión de los pacientes con hipertensión I y II tienen estilos de vida saludable en un 87,5%(70), muy saludables en el 12,5% (10) (anexo 06, tabla 06). Resultados que no guardan similitud con los resultados de Zela (2015) (21), quien muestra que los adultos mayores en un 47,6% tienen un estilo de vida saludable, el 38,8% de los adultos mayores tienen un estilo de vida poco saludable y el 13,6% de los adultos mayores tienen un estilo de vida muy saludable.

El alcohol es una sustancia depresiva que disminuye el funcionamiento del sistema nervioso, éste comienza a afectar el cuerpo rápidamente, entra al torrente sanguíneo desde el estómago, en donde se absorbe una cantidad pequeña, en seguida pasa al intestino delgado, donde se absorbe la mayor parte, y finalmente la sangre lo transporta a todo el organismo. “En el cerebro el proceso de razonamiento se disminuye conforme el alcohol afecta a las neuronas. Entre más alta sea la

concentración del alcohol, mayor será el número de neuronas afectadas, su exceso conduce a una mayor probabilidad de sufrir hipertensión arterial, la relación es más fuerte si las bebidas consumidas son cervezas o licores” (87).

Reducir la ingesta de alcohol es importante. “Se ha demostrado que independientemente de otros factores, se da una relación lineal entre la cantidad de alcohol ingerido y la prevalencia de hipertensión arterial y morbilidad cardiovascular. Esta relación no está condicionada por el tipo de bebida sino por la cantidad de alcohol” (88).

En lo que respecta a la quinta hipótesis secundaria. No muestran una relación significativa, esta afirmación es confirmada por la prueba paramétrica D de SOMERS = 0,119, Puesto que  $P = 0.427 > \alpha = 0.05$ . En consecuencia podemos afirmar con un 95% de confianza que los estilos de vida en la dimensión indicada, no está relacionada significativamente con el estadio de hipertensión de los adultos mayores atendidos de hipertensión de los adultos mayores atendidos en el Hospital José Soto cadenillas.

Resultados que no guarda relación con Zeta (21) quien encontró relación estadística significativa ( $Rho = -,319$ ) y significativa ( $sig. = ,001$ ) entre la hipertensión arterial y no consumo de tabaco en adultos mayores atendidos en la Micro Red de Salud Revolución San Román Juliaca, es decir a mayor no consumo de tabaco, menor grado de hipertensión. A un nivel de significancia del 5% existe correlación indirecta y significativa del 5% existe correlación indirecta y significativa entre hipertensión arterial y no consumo de tabaco en adultos mayores atendidos en la micro red de salud revolución San Román de Juliaca.

En la población en general el uso de cigarrillos, consumo de alcohol en grandes cantidades, una dieta no balanceada y la falta de ejercicio contribuyen al aumento de morbilidad y mortalidad (89). El consumo de alcohol, está considerado como un factor de riesgo en el padecimiento de algún tipo de cáncer, enfermedades cardio vasculares y cirrosis hepática. De acuerdo a ENDES 2016, el 91% de los personas de 15 a más años de edad declararon haber consumido alguna bebida alcohólica, alguna vez en su vida. Siendo mayor en los hombres con 95,1% que en las mujeres 88,3% (10)

Según los resultados los estilos de vida en la mayoría de pacientes es saludable en cuanto al no consumo de alcohol, lo que va a favorecer en el control de la hipertensión arterial, continuar motivando a que los adultos mayores hipertensos dejen de consumir alcohol pues como se mencionó este constituye un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares.

**Respecto a los resultados estilos de vida en su dimensión no consumo de tabaco e hipertensión arterial**, se observa en los adultos mayores con hipertensión estadio II el 60,9% (42) su estilo de vida es saludable; mientras que en los pacientes con hipertensión arterial II le corresponde el 39,1%(27). También se observa que el 72,7% (8) de los pacientes con hipertensión II sus estilos de vida son muy saludable y también en el 27,3% (3) de los pacientes con hipertensión I.

Según los resultados, los estilos de vida en esta dimensión de los pacientes con hipertensión I y II tienen estilos de vida saludables 86,3% (69) y el 13,8% (11) muy saludables (anexo 06, tabla 07). Resultados que no se relacionaron con los resultados de Zela (21) donde el 47,6% son saludables y en el 38,8% poco saludable y el 13,6% muy saludables.

En la que respecta a la sexta hipótesis secundaria. No muestra una relación significativa, esta afirmación es confirmada por la prueba no paramétrica D de SOMERS = 0,029, puesto que  $P = 0,863 > \alpha = 0,05$ . En consecuencia podemos afirmar con un 95% de confianza que los estilos de vida en la dimensión indicada, no está relacionada significativamente con el estadio de hipertensión de los adultos mayores atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas – Chota. Resultados que no guardan relación con lo encontrado por Zeta, quien encontró en el análisis de correlación de Rho de Spearman, donde se determina la existencia de una baja correlación indirecta ( $Rho = -,477$ ) y significativa ( $sig.=,000$ ) entre hipertensión arterial y no consumo de tabaco en adultos mayores atendidos en la micro red de Salud Revolución San Román Juliaca, es decir a mayor no consumo de tabaco menor grado de hipertensión; si existe correlación y significativa.

Así mismo fundamental controlar y vigilar los factores de riesgo. Consumo de cigarrillo, en el 2016 el 19% de la población de 15 años a más fumaron en los últimos 12 meses,



en los hombres es más frecuente (10). Ante las consecuencias más importantes del consumo de tabaco se encuentra el desarrollo de cáncer de pulmón y las enfermedades cardiovasculares que son causa de muerte más común actualmente. Así mismo de consumir tabaco es la primera causa de bronquitis crónica, enfisema y se asocia con el desarrollo de cáncer en varios órganos como la vejiga, el riñón, la laringe, boca, el páncreas y el estómago. En la población en general el uso de cigarrillos, consumo de alcohol en grandes cantidades, una dieta no balanceada y la falta de ejercicio contribuyen al aumento de morbilidad y mortalidad (89)

Fradagas &Cols., 2013, mencionan que “el hábito de fumar es tan perjudicial para la salud que en la actualidad constituye una de las prioridades a combatir por todos, además menciona que es un factor importante en la aparición y en la falta de control de enfermedades como la hipertensión arterial” (90).

Es importante no fumar, pues este constituye un factor de riesgo cardio vascular de primera magnitud. “Se relaciona con accidentes cerebro vascular, cardiopatía, isquemia, muerte súbita, etc. Y además reduce la eficacia de algunos fármacos antihipertensivos. Abandonar el hábito de fumar o al menos reducir en el número de cigarrillos diarios está claramente indicado en cualquier paciente y con mayor motivo en el paciente hipertenso” (67).

En los resultados se observa que los estilos de vida de los adultos mayores en esta dimensión en su mayoría son saludable lo que contribuye para que sus niveles de hipertensión se controlen y se disminuyan los factores de riesgo que conlleven a una complicación mayor en su salud.

Es de vital importancia la participación del profesional de enfermería en la promoción de estilos de vida saludables, ya que la mayor parte del tiempo está 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 papel 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, manejo de estrés (91)

Es importante la información que debe recibir la comunidad para auto protegerse y participar en el cuidado de su salud, para promover estilos de vida saludables en la población en general. La implementación de medidas de prevención y promoción de la salud en la comunidad requieren la participación activa y coordinada de los diferentes sectores de la comunidad involucrada dirigida por los profesionales de la salud. Es preciso generar hábitos de práctica durante la infancia y adolescencia que continúen en la edad adulta. Para ello previamente hay que considerar las condicionantes psicosociales que influyen en la creación de hábitos (91)

## Conclusiones

1. En cuanto a las Características Socio-demográficas tenemos que. El 62,5% de los pacientes son de sexo femenino y el 37,5% masculino; el 43,8% se encuentran entre las edades de 75 a 80 años de edad y el 17,6% en los grupos etarios de 60 a 64 y 65 a 69 años respectivamente. El 37,5% tiene primaria completa, seguido del 35,0% que son analfabetos. El 53,8% su ocupación es ama de casa, el 12,5% son comerciantes. Su estado civil el 36,3% casados y el 35,0% viudos. El 66,3% su residencia es en la zona urbana.
2. El 62,5%(50) de los pacientes presentan hipertensión estadio I y el 35,5% (30) hipertensión estadio II.
3. Los estilos de vida de los pacientes hipertensos I y II, son poco saludables en el 37,5% (30), saludables en el 35,0% (28) y muy saludables 27,5% (22).
4. Los estilos de vida según dimensiones: Responsabilidad en salud el 61,3% (49) es saludable, el 21,3%(17) poco saludable y el 17,5%(14) muy saludable. En la dimensión Ejercicio el 67,5% saludable, 22,5%(18) muy saludable y 10,0% (8) poco saludable. En su dimensión Nutrición el 68,8%(55) saludable, 16,3%(13) poco saludable y 15,0%(12) muy saludable. En su dimensión Manejo de Estrés el 82,5%(66) saludable, 17,5%(14) muy saludable. En su dimensión No Consumo de Tabaco 86,3%(69) saludable, 13,8% (11) muy saludable y en su dimensión No Consumo de Alcohol 87,5%(70) Saludable y 12,5% (10) muy saludable.
5. Al contrastar las Hipótesis Específicas se encontró relación estadística significativa entre los estilos de vida en la dimensión nutrición y el estadio de hipertensión arterial; siendo el valor de ( $p=0.05$ ). A mejor estilos de vida en alimentación bajan los niveles de hipertensión arterial en los adultos mayores.
6. Al contrastar la Hipótesis General no se encontró relación estadística significativa siendo ( $p=0.783$ ). Por tanto no está relacionada significativamente.

## **Recomendaciones**

1. Diseñar y proponer en la práctica Programas de Educación para la salud dirigidos a los pacientes con presión arterial elevada, que permita la motivación de una conducta de autocuidado, donde se incluyan las prácticas saludables en salud, autocuidado y Estilos de vida. Considerando a la familia de los pacientes hipertensos como un sistema dinámico de apoyo para promover una conducta de autocuidado en el paciente.
2. Intervenir a la población con el fin de prevenir la aparición de las enfermedades crónicas, con programas basados en la educación transmitiéndole al individuo la responsabilidad de cuidar su propia salud
3. Implementar talleres que enfatizan la realización de actividad física de manera continua y el manejo del estrés en pacientes que padecen de esta patología.
4. Promocionar los estilos de vida saludables con énfasis en la alimentación sana, evaluar el conocimiento sobre nutrición y sus beneficios en la salud del hipertenso, transferir al individuo la responsabilidad del cuidado de su propia salud.
5. Realizar estudios similares con enfoque cualitativo

## Fuentes de Información

1. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.; 2016.
2. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Prevención de las Enfermedades Crónicas: Panorama General*. [En línea].; 2010 [citado 2016 agosto 21. Disponible en:  
[who.inh/chp/chronic\\_disease\\_report/overview\\_sp.pdf](http://who.inh/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf).
3. GUAJÁN MEG, Golud OM. *Prevención de las enfermedades crónicas*. Ecuador.
4. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Estadísticas 2015.
5. SECLÉN S. *Aspectos epidemiológicos y genéticos de la diabetes mellitus en la población peruana*. Revista Médica Herediana. [En línea].; 2015 [citado 2016 septiembre 09. Disponible en:  
[scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X1996000400001&scrip=sci](http://scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X1996000400001&scrip=sci).
6. MINISTERIO DE ESSALUD. *Instuto Nacional de Estadística e Informática*. Guatemala [En línea].; 2010 [citado 2016 Agosto 28. Disponible en:  
[http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com\\_content&view=article&id=51%3Aperu&catid=21%3Acountry-chapters&Itemid=154&lang=es](http://www.paho.org/salud-en-las-americas-2012/index.php?option=com_content&view=article&id=51%3Aperu&catid=21%3Acountry-chapters&Itemid=154&lang=es).
7. HERRERA Johana. *Estilos de vida de los pacientes hipertensos adultos mayores que acuden al Subcentro de Salud de Rumishitana*. [En línea].; 2015 [citado 2016 agosto 18. Disponible en:  
[dspace.unl.edu.ec/jspui/bistream/123456789/12312/1/Tesis.pdf](http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bistream/123456789/12312/1/Tesis.pdf).
8. MINSA. *Hipertensión arterial*. [en línea].; 2013 [citado 2016 agosto 18. Disponible en: [www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe)
9. PALOMINO K. *Monografías*. [En línea].; 2016 [citado 2016 Agosto 28. Disponible en:  
[www.monografias.com/trabajos109/prevalencia-hipertension-arterial-del-centro-salud-metropolitano-puno-peru-](http://www.monografias.com/trabajos109/prevalencia-hipertension-arterial-del-centro-salud-metropolitano-puno-peru-).
10. INEI. *Programa de Enfermedades no Transmisibles*. [En línea].; 2016 [citado 2017 Junio 11. Disponible en:  
[www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1432/index.html](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1432/index.html).

11. PURE. *Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in Rural and Urban Communities in High, Middle, and Low Income Countries*. JAMA. 2013; 310(9):1-10. 2013.
12. SEGURA I, et al. *Factores de riesgo de la enfermedades cardiovasculares en el Perú II*. Estudio TORNASOL II comparado con TORNASOL I después de cinco años. *Revista Peruana de Cardiología*. 2013; 3(1).
13. DIRECCIÓN DE SALUD CAJAMARCA. *Falta de estilos de vida saludable genera 35% de enfermedades en Cajamarca*. [En línea]. Disponible en: [almanoticias.com/falta-de-estilos-de-vida-saludable-genera-35-de-enfermedades-en-cajamarca](http://almanoticias.com/falta-de-estilos-de-vida-saludable-genera-35-de-enfermedades-en-cajamarca).
14. HOSPITAL DE ESSALUD-CAJAMARCA. *Reporte de casos de hipertensión arterial atendidos en Cajamarca 2015*. Oficina General de Estadística e Informática.
15. CENTRO MÉDICO DE ESSALUD. *Reporte de casos de hipertensión arterial atendidos en Chota, 2015*. Oficina General de Estadística e Informática.
16. MINSA. *Reporte de la Oficina General de Estadística e Informática casos de hipertensión atendidos durante los años 2014-2015 y 2016*
17. GONZALES IGNACIO, ET AL. *Estudio sobre calidad de vida de los hipertensos en la localidad de Júcaro*. *Revista digital*. 2013 marzo;(178).
18. ROJAS LM. *Estilos de vida y el Manejo de la Hipertensión Arterial en los Adultos Mayores que asisten al Ambulatorio las Aguitas, INSALUD, Valencia*. Estado de Carabobo. Tesis. Valencia: Universidad del Carabobo, Dirección de Post Grado. facultad de Ciencias. Maestría en Enfermería en Gerontología y Geriatría; 2015.
19. GUAJAN MEG, MARTINEZ. MSG. *Hipertensión arterial relacionada con el estilo de vida en los pacientes que acuden al centro de Salud Tipo A Pujii en el periodo julio-diciembre, 2014*. Universidad Central del Ecuador. Facultad Ciencias Médicas. carrera de Enfermería. Quito-Ecuador. [En Línea].; 2015 [citado 2016 agosto. Disponible en: [dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/5133/1/1TESIS-UCE-ooo6010.pdf](http://dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/5133/1/1TESIS-UCE-ooo6010.pdf).
20. PLASCENCIA JMC. *Estilos de vida en pacientes del programa de hipertensión arterial del Hospital I Carlos Alcátara Butterfiel*. [Tesis]. Universidad Nacional mayor de San Marcos., Facultad de Medicina Unidad de Post Grado.; 2014.

21. ZELA L, MAMANI W. *Hipertensión arterial y estilo de vida en adultos mayores de la Micro Red de Salud Revolución San Román, Juliaca-2015*. Universidad Peruana Unión-Juliaca. Facultad Ciencias de la Salud. carrera Profesional de Enfermería. Tesis, grado lic. enfermería. [Tesis]. .; 2015 [citado 2016 agosto 28. Disponible en: [repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/UPE/193/1Bach.%20Luzmila%20Zela%20y%20Wilfreda%20Mamani.pdf](http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/UPE/193/1Bach.%20Luzmila%20Zela%20y%20Wilfreda%20Mamani.pdf).
22. RODRIGUEZ M, ET.AL. *Estilos de vida y enfermedades crónico degenerativas del adulto mayor La Tulpuna. Cajamarca*. Tesis. Cajamarca: Universidad Nacional de Casjamarca, Facultad Ciencias de la Salud. Escuela Académico profesional de Enfermería; 2013.
23. JANAMPA F. *Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa educativo de hipertensión arterial en el hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2012*. Universidad Nacional Mayor de San marcos. E P Grado. tesis. optar título Espe. en Enf.Cardiológica. [Tesis]. .; 2013 [citado 2016 agosto 18. Disponible en: [ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3227/3/Janampa\\_Auccasi\\_Florabel\\_2013.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3227/3/Janampa_Auccasi_Florabel_2013.pdf).
24. CALUÑA J E. *Estilos de vida en los pacientes hipertensos adultos y adultos mayores que acuden a los SCS de las parroquias San Pablo de Atenas y Balsapampa. Guaránada*. . [Tesis].Centros de atención en salud de Atenas y Balsapampa; 2011.
25. VILLENA LH. *Estilos de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor en los pacientes atendidos en HUP. Felipe de las Casas. Nuevo Chimbote. 2011*.
26. NUÑEZ JECBYR. *Estilo de vida y factores biosocioculturales del adulto mayor. Urbanización el Carmén Chimbote*. [En líneas]. [citado 2017 Agosto 08. Disponible en: <http://www.revistas/uladech.edu.pe/index.php/increscendo/article/view/219>.
27. JOAQUÍN E. *Relación entre los estilos de vida y el control de la presión arterial en pacientes hipertensos: Programa adulto Mayor en el Hospital Rene Toche Groopo ESSalud- Chinchá Alta. 2009*..
28. MINSA. *Guía Técnica: Guía de Práctica clínica para la prevención y control de la enfermedad Hipertensiva en el Primer Nivel de Atención*". 2015.
29. SHAH AS .et.al. *Global asociación of air pollution and herd failure:a systematic review and meta-anaysis*. Lancet 2013. 2013 Sep 21; 386(9897):1039-48..

30. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA. *Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de Salud (PAPPS). Prevención de enfermedades cardiovasculares.* [En línea].; 2014 [citado 2014 febrero 02. Disponible en:  
papps.org/upload/file/ADULTO%20CARDIOVASCULAR.pdf.
31. MINSA. *Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva.* Resolución Ministerial N°031-2015/MINSA. [Online].; 2015.
32. CHOBABIAN A , et.al. *Seventh Report of the Joint National committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.* American Heart. Association Hypertension 2003; 42:1206-1252..
33. MUÑOZ. A, et al. *"Estilo de vida asociado a enfermedades crónico degenerativas de los adultos mayores que acuden al servicio de clínica del Hospital Vicente Corral"*. tesis para optar Título Lic.Enf. Ecuador-Perú.2011.
34. DEL AGUÍLA R. Consultor OPS/OMS.2012. *Promoción de los estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónico degenerativas en el adulto mayor.* [En línea].; 2012 [citado 2015 mayo 07. Disponible en:  
pho.org/blogs/ chile/?p=111.
35. AMAT C LG. *Salud Comunitaria y Familiar en el Perú.* Lima, Perú: Fondo Editorial; 2008..
36. PINA M. *La Salud a tú alcance.* [En línea].; 2013 [citado 2016 septiembre 15. Disponible en:  
lasaludatualcance.com/la%20salud%20es%20primero.htm
37. LOPATEGUI E. *La salud como responsabilidad individual.* [En línea].; 2010 [citado 2016 septiembre 21. Disponible en:  
saludmed.com/salud/Cpt/Salud/ CptSaRes.html.
38. REVISTA ESPAÑOLA EN SALUD. *¿Quién es el guardián de nuestra propia salud? Responsabilidad individual y social por la salud.* [Online].; 2014 [cited 2016 octubre 15. Available from:  
scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113557201400003&scrip=sci\_art.Revista a Española de Salud Pública, 88(5).
39. ERQUEROS Rafaél et.al. *"Estilos de vida de pacientes coronarioa antes y después de su participación en el programa de rehabilitación cardiaca INCOR.* Essalud 2007. Lima,UNMSM. Facultad de Medicina 2009".
40. ACADEMIA DE MEDICINA. *Enfermedades cardiovasculares un problema que debemos enfrentar.* [En línea].; 2013. Disponibles en:



acadnacmedicina.org.pe/publicaciones/Anales%20202007/Enfermedades-cardiovasculares.pdf.

41. ARCE Mariela, et al. *"Estilo de vida asociado a enfermedades crónico degenerativas de los adultos mayores que acuden al servicio de clínica del Hospital Vicente Corra"*. Tesis para optar el Título de Lic.Enf. Ecuador-Perú.. [En línea].; 2011.
42. DIRECCIÓN DE SALUD DEL CALLAO. *Programa de Hipertensión arterial*. [En línea].; 2011 [citado 2013 diciembre 04. Disponible en: [diresacallao.gob.pe/wdresa/documentos/notrasmisibles/2011-05-30\\_0657\\_hipensión.pdf](http://diresacallao.gob.pe/wdresa/documentos/notrasmisibles/2011-05-30_0657_hipensión.pdf)
43. MAGUIÑA PK. *Factores de riesgo que predisponen a hipertensión arterial en adultos que acuden al servicio de triaje del Centro de Salud "Max Arías Scheiber"*.Lima. [En línea].; 2013
44. KAPLAN, N. *Hypertension in the population at large, clinical Hypertension*. 5ta Edition, Baltimore Maryland Williams & wilkings, 1998.Pag(12-15)
45. ABARCA S NH. *Psicología del Adulto*. San José EUNED. 1983..
46. FENCO A. *La calidad de la vida del adulto mayor con diabetes mellitus en el hospital Nacional Daniel Alcides Carrión*. Tesis.Universidad nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina. [En línea].; 2010 [citado 2016 octubre 20. Disponible en: [sisbid.unmsm.edu.pem\\_noticias/archivo/tesis/2013/tesis/MH\\_tesis.pdh](http://sisbid.unmsm.edu.pem_noticias/archivo/tesis/2013/tesis/MH_tesis.pdh).
47. SOLIS M. Cuidados de Enfermería en la Hipertensión arterial Sistémica. Archivos de cardiología de México, enero, marzo 2002, 296-301..
48. *El papel de la enfermera en la promoción de la salud de la persona hipertensa*. [En línea]. [citado 2013 diciembre 08. Disponible en: [ehrica.org/im/pdf/9\\_coelpapeldelaenfermeria.pdf](http://ehrica.org/im/pdf/9_coelpapeldelaenfermeria.pdf).
49. TOMEY A, et al. *Modelos y Teorías en Enfermería*. Sexta edición. Edit. elsevier mosby. 2007. barcelona- España.
50. RAMIREZ O, et al. *Revista Ciencia y Cuidado*. [En línea].; 2011 [citado 2015 junio 14. Disponible en: [webcahe.googleusercontent.com/search?q=cache;OLALK5eDAdQj:dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3853505.pdf](http://webcahe.googleusercontent.com/search?q=cache;OLALK5eDAdQj:dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3853505.pdf).
51. INSTITUTO DE INFORMÁTICA Y ESTADÍSTICA. *Condiciones de Riesgo Cardiovasculares*. [En línea].; 2012 [citado 2016 Agosto 31.Disponible en:

[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1146/cap02.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1146/cap02.pdf).

52. DÍAZ A. *Prevalencia de la hipertensión arterial y factores biospsicosociales asociados en la población adulta de Villa Allende, Córdoba*. En *Revista de Salud Pública* 2011;XV:49-64. <http://77www.monografias.com/trabajos94/factores-riesgo-psicosociales-que-influyen-h.2011>.
53. LEVINSTEIN S, et al. *Psychosocial Predictors of Hypertension en Men and Women*. (*Arch Intern Med* 2001; 161:1341-1346). 2001. [www.monografias.com/trabajos94/factores-riesgo-psicosociales-que-influyen-hipertension-arterial/factores-riesgo-psicosociales-que-influyen-hipertension-arterial-shtml](http://www.monografias.com/trabajos94/factores-riesgo-psicosociales-que-influyen-hipertension-arterial/factores-riesgo-psicosociales-que-influyen-hipertension-arterial-shtml).
54. TAKAMINE S. *Estado civil*. 2011. <http://www.scielo.isciii.es/pdf/resp/v79n5/original14pdf>.
55. SEDINO AR, et.al. *Relación entre hipertensión arterial en los ancianos españoles*. [En línea]. [citado 2016 septiembre 09]. Disponible en: [revespcardiol.org/es/relacion-entre-red-social-hipertension/articulo/13080958](http://revespcardiol.org/es/relacion-entre-red-social-hipertension/articulo/13080958).
56. MENÉNDES A, et al. *Influencia del apoyo social en pacientes con hipertensión arterial esencial*. [En línea]. [citado 2016 setiembre 09]. Disponible en: [elsevier.es-revista-atencion-primaria-27-articulo-influencia-del-apoyo-social-pacientes-1347733](http://elsevier.es-revista-atencion-primaria-27-articulo-influencia-del-apoyo-social-pacientes-1347733).
57. HERNANDEZ L, et al. *Metodología de la Investigación*. Quinta edición ed. Chacón JM, editor. MEXICO: Mcgraw-hill/interamericana editores, s.a.de.c.v.; 2010.
58. ARI L, et al. *Hipertensión arterial y estilo de vida en adultos mayores de Micro Red de Salud Revolución San Ramón, Juliaca.-2015*. [En l.inea].; 2015 [citado 2017 enero 05]. Disponible en: [repositorio.upeu.edu.pe/bistream/UPEU/103/1/Luzmila\\_tesis\\_bachiller\\_2015](http://repositorio.upeu.edu.pe/bistream/UPEU/103/1/Luzmila_tesis_bachiller_2015).
59. CÄCERA P. *Ética y Deontología*. De Filipis. 2010 Junio; IV(3).
60. MENDEZ SALAZAR V. et.al. *Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud*. *Revista Chilena de nutrición*. 2010; 33(3), 500-510(<http://www.doi.org/10.4067/S07-75182006000500006>).
61. PAZ.E. ET.AL. *Estilos de vida de los pacientes hipertensos atendidos con la estrategia de Saude Familiar*. [En línea].; 2011 [citado 2017 Agosto 13]. Disponible en:

<http://www.redolyc.org/articulo.oa?id=1052222406016>.

62. GARCÍA DONAIRE J. et.al. *Consumo de café y su relación con la presión arterial unidad de hipertensión arterial*. Fundación de Investigación IdISSC. Hospital Clínico San carlos. Madrid. 2013.
63. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2014).Lima-Perú..
64. MARTINEZ R, et.al. *"Investigación educativa y Salud transcultural contextos multiculturales"*. [En línea].; 2013 [citado 2017 Agosto 18. Disponible en:  
  
[thhp://www.apps.who.int/iris/bistream/10665/87679/WHO\\_DEO\\_WHD\\_2013.2\\_Spa.pdt](http://www.apps.who.int/iris/bistream/10665/87679/WHO_DEO_WHD_2013.2_Spa.pdt).
65. BOLEI CATALINA, et.al. *Hipertensión Arterial sistémica en la mujer*. Rev. Cardio. Mex. Vol 78 sup 2. México Junio 2008. [En línea].; 2008 [citado 2017 22 septiembre. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.mx/SciELO.php?Scrip=Sci\\_arttext&pid=S1405-99040200800060006](http://www.scielo.org.mx/SciELO.php?Scrip=Sci_arttext&pid=S1405-99040200800060006).
66. RODRIGUEZ MÁP. *El papel de la Enfermera en la promoción de la Salud de la persona hipertensa*. Universidad de Alcalá. Departamento de Medicina. Tesis Doctoral. Alcalá de Henares. 2010.
67. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012. Lima-Perú.
68. MARTIN REYES FI Y RODRIGUEZ DURÁN ,M. *Apoyo Familiar en el Apego al Tratamiento de la Hipertensión arterial esencial*. 2005. [http://www.ensp\\_mx/salud/43/434-8.pdf](http://www.ensp_mx/salud/43/434-8.pdf).
69. Lynddd JJ. *Las consecuencias de la soledad en la tercera edad*. [En línea].; 2005 [citado 2017 octubre 20.Disponible en:  
<http://www.amores.com.co/noticia.php3?nt=1132>.
70. CARRILLO LEMUS HARM. *"Estilos de vida saludables"* Biblioteca las Casas. 2006; 2012. [En línea].; 2012 [citado 2017 octubre 23][http://www.index-f.com/las\\_casas/documentos//c028.php](http://www.index-f.com/las_casas/documentos//c028.php).
71. HUAMÁS P, VIGO MI. *Relación entre estilos de vida de hipertensión*. [En línea].; 2008 [citado 2017 octubre 25.Disponible en:  
<http://www.repositorio.unmsm.edu.pe/handle/UNTRM/72>.
72. GUERRERO M. *Perfil de estilos de vida de los pacientes hipertensos continuadores menores de unaño en el Programa del Adulto Mayor del*

- Hospital Nacional Rezola- Cañete*. Universidad de San Martín de Porres. [En línea].; 2010 [citado 2017 Octubre 20. Disponible en: [http://www.cybertesis.usmp.edu.pe/2010/guerrero\\_mn/html/index-fromes.html](http://www.cybertesis.usmp.edu.pe/2010/guerrero_mn/html/index-fromes.html)].
73. SAJEH C. *Hipertensión arterial*. [En línea].; 2005 [citado 2017 Octubre 25. Disponible en: [http://www.clinicalascondes.com/área\\_academica/revista\\_medica\\_abril\\_2005articulo\\_007.htm](http://www.clinicalascondes.com/área_academica/revista_medica_abril_2005articulo_007.htm)].
74. ESPINOZA L. *"Cambios del modo y estilo de vida; su influencia en el proceso salud-enfermedad"*. [En línea].; 2014 Revista Cuibana [citado 2017 Octubre 25. Disponible en: [http://www.bus.sld.ev/revistas/est/VM41\\_3\\_04/est0934.htm](http://www.bus.sld.ev/revistas/est/VM41_3_04/est0934.htm)].
75. RODRIGUEZ C, et.al. *Nutrición Especializada*. [En línea].; 2009 [citado 2017 Octubre 25 . Disponible en: <http://www.Nutrición especializada.com/htmldispidemias.htm>].
76. *Participación del Profesional de enfermería en la promoción de estilos de vida saludables*. [En línea]. [citado 2017 noviembre 3. Disponible en: [http://www.monografías.com/trabajos\\_24/profesionales-enfermería/profesional-enfermería/profesional.shtml](http://www.monografías.com/trabajos_24/profesionales-enfermería/profesional-enfermería/profesional.shtml)].
77. ZUZURRAGA G, et.al. *Sistemas de Bibliotecas y Biblioteca Central*. [En línea]. [citado 2017 Octubre 29. Disponible en: <http://www.sisbiblio@unmsm.edu.pe>].
78. ACUÑA Y, CORTÉS S. *Promoción de estilos de vida saludables*. [Tesis]. . Moshia Centro América en Administración Pública. San José Costa Rica: Instituto Centro Americano de Administración Pública., Área de Salud Esparza; 2012, abril.
79. RODRIGUEZ H M. *La actividad física en la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial*. *Inter Sedes*. Revista de las Sedes Regionales, Vol. XIII, núm.26, 2012, pp.142-151.. [En línea].; 2012. Universidad de Costa Rica [citado 2017 Noviembre 09. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=666246624662008>].
80. GARZA BENITO et.al. [En línea]. [citado 2017 Noviembre 20. Disponible en: <http://www.respiratorio.org/cgi-bin/wdbcg.exe/crdio/nrevista>].
81. PARDO M; RODRIGUEZ Y. *Estilo de vida y estado nutricional del adulto mayor del Pueblo Joven la Unión Chimbote*. [En línea].; 2014. Revista. Vol 5, núm (1) [citado 2017 Noviembre 20. Disponible en: [http://www.revistes.Uladech.edu.pe/index.php/increseudo\\_article/view/220](http://www.revistes.Uladech.edu.pe/index.php/increseudo_article/view/220)].

82. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Obesidad y sobre peso*. [En línea].; 2006 [citado 2017 Noviembre. Disponible en: <http://www.Who.int/mediaentre/factsheets/fs311/es/index.html>].
83. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estadísticas Mundiales 2013. [En línea].; 2013 [citado 2017 Octubre 18. Disponible en: [http://www.Who.in/iris/bistream/10665/82218/9789243564586\\_spa.pdf](http://www.Who.in/iris/bistream/10665/82218/9789243564586_spa.pdf)].
84. Kaplan NM(KS. *Clinical Hypertension. Lippincott Williams & Wilkins.*; 2010 [citado 2017 Octubre 18. Disponible en: <http://www.books.google.com.ec/books?hl=&id=121zqF8suoi=find&pg=PA439&dq=Kaplan,+Wilkins.&ots=Z=yQE99d=S&>].
85. IBAÑEZ DJ, FUENSANTA MORENO BARRIOS JCRB, MERCADO. PLD. *Calidad de vida e hipertensión*.
86. LÓPEZ IBOR M. Paidós , editor.; 2004. *Tratado de Psiquiatría*.
87. ROSAS. PM. *La Hipertensión Arterial en México y su relación con otros factores de riesgo*. Archivos de cardiología en México, Vol.32. 2006.
88. MAC MAHON S. Alcohol and Hipertensión (1987):9:111-121.
89. O'Sullivan J,JG. *Andd ressig the health and lifestyle. Issuees of winth a mental illness: The healthy living program. Australiam Psychiatry*.Vol.14 N°2:150-155..
90. FRAGADAS FA. CC,SDL. *Hábito de fumar. repercusión sobre el aparato cardiovascular*. Rev. Cubana. Mad Gen Integ 2005; 21(3-4). [En línea].; 2005 [citado 2017 Octubre 22. Disponible en: [http://www.Bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol/21\\_3-4-05/mgi183-405.htm](http://www.Bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol/21_3-4-05/mgi183-405.htm)].
91. ACUÑA C, Y; CORTÉS S R. Promoción de estilos de vida Saludable Area de Salud de Esparza. Instituto Centro Americano de Administración Pública. Maestría CentroAmericana en Administración Pública. Tesis. SanJosé Costa Rica. Aril 2012.

ANEXO 1



COSENTIMIENTO INFORMADO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA  
UAD-CHOTA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO-----

Identificado con DNI N°\_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para poder participar en la investigación acerca de “HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SU RELACIÓN CON LOS ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS MAYORES HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS- CHOTA, 2017”. Luego de haberme informado acerca de los objetivos y propósito de la investigación y del carácter confidencial del mismo. -----

-----

FIRMA DEL PACIENTE

## ANEXO 2



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA  
UAD-CHOTA

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### PRESENTACIÓN.

Fecha: .....

H. Clínica:.....

#### A) Características Sociodemográficas:

##### 1. Características Sociales:

##### a. Grado de Instrucción:

1. Analfabeta ( )
2. Primaria incompleta ( )
3. Primaria completa ( )
4. Secundaria incompleta ( )
5. Secundaria completa ( )

##### b. Ocupación:

1. Agricultor ( )
2. Comerciante ( )
3. Ama de casa ( )
4. Otros: Especifique:.....

**c. Procedencia:**

1. Urbano ( )

2. Rural ( )

**d. Estado civil**

1. Soltero ( )

2. Casado ( )

3. Conviviente ( )

4. Viudo ( )

**2. Características Demográficos:**

**e. Edad:** .....

**f. Sexo:**

1. Masculino ( )

2. Femenino ( )



### Anexo 3



#### INSTRUMENTO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA  
UAD-CHOTA

#### Cuestionario Perfil de Estilo de vida del Paciente con Hipertensión Arterial (PEVPHTA); (PEPSI-I) Pender (1999)

#### PRESENTACIÓN.

Fecha:.....Sexo:.....Edad:.....P/A.....

- Este cuestionario hace preguntas sobre el modo en que el paciente vive actualmente, o sobre sus hábitos personales: Por favor registre todas y cada una de las respuestas de la manera más exacta posible.
- Registre la frecuencia con que el paciente lleva a cabo cada acto mencionado, circulando la letra que mejor corresponde con una N=nunca; a veces, F= frecuentemente; R=rutinariamente.
- Marca con una X la letra de la respuesta que se lleve más con estilo de vida del paciente.

Nº	Preguntas	N	V	F	R
1	Come al levantarse en la mañana				
2	Relata al médico cualquier síntoma extraño de su hipertensión				
3	Hace ejercicio para estirar los músculos al menos 3 veces por semana				
4	Escoge comida que no tenga ingredientes artificiales o químicos para preservar la comida				

5	Utiliza diferentes estrategias para evitar consumir alcohol				
6	Toma tiempo al día para el relajamiento				
7	Sabe, el nivel de colesterol en su sangre				
8	Lee revistas o folletos que hablan sobre el daño a la salud que el tabaco produce				
9	Es consciente de las fuentes de tensión en su vida				
10	Hace ejercicio vigoroso por 20 o 30 minutos al menos 3 veces por semana para el control de la presión arterial y reducir el peso corporal				
11	Come tres comidas buenas al día				
12	Utiliza diferentes estrategias para evitar consumir tabaco				
13	Lee libros o artículos sobre promoción a la salud				
14	Lee las etiquetas de las comidas empaquetadas para identificar los nutrientes y escoger los que estén bajos en colesterol y sal				
15	Lee revistas o folletos que le informan del daño al organismos que el alcohol produce				
16	Interroga a otro doctor en busca de otra opción cuando no está de acuerdo con lo que su médico le recomienda				
17	Participa en programa de actividades de ejercicio físico bajo supervisión para reducir de peso y mejorar su presión arterial				
18	En lugares cerrados decide sentarse en área de no				
19	Incluye en su dieta alimentos que contiene fibra(granos enteros, frutas crudas, verduras crudas) para reducir su peso y controlar su presión arterial				
20	Pasa 15 a 20 minutos en relajamiento o meditación				

21	Discute con profesionales calificados sus inquietudes respecto al cuidado de su salud con relación a su presión arterial				
22	Evalúa su pulso durante el ejercicio físico				
23	Evita consumir alcohol en reuniones sociales sin sentirse forzado porque sabe que beneficia su presión arterial				
24	Hace evaluar su presión su presión en sangre y saber el resultado				
25	Planea o escoge comidas que incluyan los cuatro grupos básicos en la comida del día				
26	Asiste a programas educativos sobre el control de su presión arterial				
27	Conscientemente evita fumar para mejorar su presión arterial				
28	Relaja conscientemente los músculos a la hora de dormir				
29	Hace actividades físicas de recreo como caminar, nadar, jugar fútbol, montar bicicleta para reducir de peso corporal y controlar su presión arterial				
30	Se concentra en pensamientos agradables antes de dormir				
31	Usa métodos específicos para controlar la tensión				
32	Encuentra manera positiva para expresar sus sentimientos				
33	Pide información a los profesionales de salud sobre cómo cuidarse para evitar complicaciones de su hipertensión arterial				
34	Observar al menos cada mes su cuerpo para ver cambios físicos o señas de peligro consecuencia de la hipertensión arterial				

35	Conscientemente evita consumir alcohol para controlar su presión arterial				
36	Asiste a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal				

### **Perfil de Estilo de vida en Pacientes con Hipertensión Arterial 36 Preguntas**

Instrumento de perfil de estilo de vida en sus seis dimensiones:

Nº	Subescalas	Nº de variables	Reactivo
1	Responsabilidad en salud	10	2,7,13,16,21,26,33,34,36.
2	Ejercicio	6	3,10,17,22,29.
3	Nutrición	6	1,4,11,14,19,25.
4	Manejo del Estrés	7	76,9,20,28,30,31,32.
5	No consumo de tabaco	4	8,12,18,27.
6	No consumo de alcohol	4	5,15,23,35.

Fuente: El instrumento que se utilizará es el cuestionario de perfil de estilo de vida (PEPS-I) de Nola Pender.

**Criterios de calificación:**

Nunca N=1

A veces V=2

Frecuentemente F=3

Rutinariamente R=4

Puntaje máximo: 144 puntos.

Puntaje mínimo: 36 puntos.

36-58 Poco saludable

59-77 Saludable.

78-144 Muy saludable.

## ANEXO 4

### PRUEBA DE CONFIABILIDAD INTERNA DEL INSTRUMENTO

#### Cuestionario Perfil de Estilo de vida del Paciente con Hipertensión Arterial (PEVPHTA); (PEPSI-I) Pender (1999)

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Válidos	10	100,0
Casos Excluidos <sup>a</sup>	0	,0
Total	10	100,0

Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,830	,865	35

#### INTERPRETACIÓN.

**ALPHA DE CRONBACH = 0.865**

**LO QUE INDICA UN ALTO GRADO DE CONFIABILIDAD**

**O CONSISTENCIA INTERNA DEL INSTRUMENTO.**

Estadísticos de los elementos

	Media	Desviación típica	N
X1	3,00	,471	10
X2	2,60	1,075	10
X3	2,00	1,414	10
X4	1,80	,789	10
X5	1,30	,483	10
X6	1,30	,483	10
X7	2,20	1,549	10
X8	1,20	,422	10
X9	1,10	,316	10
X10	2,00	1,333	10
X11	2,70	,949	10
X12	1,20	,422	10
X13	1,20	,422	10
X14	1,20	,422	10
X15	1,20	,422	10
X16	2,20	1,033	10
X17	1,20	,422	10
X18	1,40	,843	10
X19	3,20	,422	10
X20	1,30	,949	10
X21	1,40	,966	10
X22	1,10	,316	10
X23	1,20	,422	10
X24	1,70	,949	10
X25	2,30	1,160	10
X26	2,50	1,080	10
X28	1,30	,949	10
X29	1,90	1,197	10
X30	3,30	1,160	10
X31	1,50	,972	10
X32	2,00	1,155	10
X33	3,10	1,197	10
X34	2,00	,816	10
X35	1,20	,422	10
X36	2,50	1,080	10

**Estadísticos de resumen de los elementos**

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo/mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de los elementos	1,837	1,100	3,300	2,200	3,000	,463	35
Varianzas de los elementos	,788	,100	2,400	2,300	24,000	,373	35
Covarianzas inter-elementos	,097	-,967	1,667	2,633	-1,724	,091	35
Correlaciones inter-elementos	,154	-,944	1,000	1,944	-1,059	,170	35

**Estadísticos total-elemento**

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Correlación múltiple al cuadrado	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
X1	61,30	148,011	-,484	.	,840
X2	61,70	136,011	,220	.	,830
X3	62,30	121,344	,621	.	,813
X4	62,50	135,389	,363	.	,825
X5	63,00	134,444	,714	.	,821
X6	63,00	138,222	,372	.	,826
X7	62,10	109,878	,936	.	,794
X8	63,10	136,100	,651	.	,823
X9	63,20	145,067	-,327	.	,835
X10	62,30	132,011	,290	.	,829
X11	61,60	159,156	-,726	.	,858
X12	63,10	136,100	,651	.	,823
X13	63,10	136,100	,651	.	,823
X14	63,10	136,100	,651	.	,823
X15	63,10	136,100	,651	.	,823
X16	62,10	130,322	,479	.	,821
X17	63,10	137,878	,467	.	,825
X18	62,90	129,878	,629	.	,817
X19	61,10	141,211	,129	.	,830
X20	63,00	132,444	,427	.	,823
X21	62,90	132,100	,434	.	,822
X22	63,20	139,067	,471	.	,827
X23	63,10	137,433	,513	.	,825
X24	62,60	128,711	,607	.	,817
X25	62,00	134,444	,256	.	,829
X26	61,80	129,289	,498	.	,820
X28	63,00	147,778	-,260	.	,844
X29	62,40	142,267	-,036	.	,841
X30	61,00	134,444	,256	.	,829
X31	62,80	131,289	,469	.	,821
X32	62,30	131,567	,369	.	,825
X33	61,20	136,622	,165	.	,833
X34	62,30	132,456	,508	.	,821
X35	63,10	137,433	,513	.	,825
X36	61,80	129,289	,498	.	,820



**Estadísticos de la escala**

Media	Varianza	Desviación típica	N de elementos
64,30	142,678	11,945	35

## ANEXO 5. MATRÍZ DE CONSISTENCIA

Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Variables	Indicadores	Método
<p><b>PROBLEMA PRINCIPAL</b></p> <p>¿Existe relación entre Hipertensión arterial y estilo de vida en adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017?</p> <p><b>PROBLEMAS SECUNDARIOS</b></p> <p>¿Cuáles son las características socio-demográficas de los adultos mayores con hipertensión arterial, atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de responsabilidad en salud que presentan los adultos mayores, atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>Determinar la relación entre la hipertensión arterial y estilos de vida en Adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <p>Identificar las características socio-demográficas de los adultos mayores con hipertensión arterial, atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017?</p> <p>Determinar la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de responsabilidad en salud que presentan los adultos mayores,</p>	<p><b>HIPÓTESIS GENERAL.</b></p> <p><b>H<sub>a</sub></b> Existe relación entre Hipertensión arterial y estilo de vida en adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.</p> <p><b>H<sub>o</sub></b> No existe relación entre Hipertensión arterial y estilo de vida en adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.</p> <p><b>HIPÓTESIS SECUNDARIAS</b></p> <p><b>H<sub>a</sub></b> Existe relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de responsabilidad en salud que presentan los adultos mayores, atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.</p> <p><b>H<sub>o</sub></b> No existe relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de responsabilidad en salud que presentan los adultos mayores, atendidos en el Hospital de Apoyo</p>	<p><b>Variable Independiente</b></p> <p><b>Hipertensión arterial:</b></p>	<p><b>Normal</b></p> <p>&lt;120 y &lt;80 mmhg</p> <p><b>Pre hipertensión</b></p> <p>120-139<sup>o</sup> 80 -89mmhg</p> <p><b>Hipertensión estadio I</b></p> <p>140-159 o 90-99 mmhg</p> <p><b>Hipertensión estadio II</b></p> <p>&gt;160 o&gt;100mmhg</p>	<p><b>Cuantitativo</b></p> <p><b>o</b></p>

<p>¿Cuál es la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de ejercicio, en adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de nutrición, en los adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de manejo de estrés, en los adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de consumo de alcohol, en los adultos mayores atendidos en el</p>	<p>atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2016.</p> <p>Determinar la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de ejercicio, en adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.</p> <p>Determinar la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de nutrición, en los adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.</p> <p>Determinar la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de manejo de estrés, en los adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo</p>	<p>José Soto Cadenillas de Chota, 2017.</p> <p><b>H<sub>a</sub></b> Existe relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de ejercicio, en los adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.</p> <p><b>H<sub>o</sub></b> No existe relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de ejercicio, en los adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.</p> <p><b>H<sub>a</sub></b> Existe relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de nutrición, en los adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.</p> <p><b>H<sub>o</sub></b> No existe relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de nutrición, en los adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.</p>	<p><b>Variable dependiente</b> <b>Estilos de vida</b></p>	<p><b>1.-Responsabilidad en salud.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Relata al médico síntomas de su hipertensión.</li> <li>2. Sabe, el nivel de colesterol en su sangre.</li> <li>3. Lee libros sobre hipertensión</li> <li>4. Busca otra opción cuando no está de acuerdo con su médico</li> <li>5. Discute con profesionales sus inquietudes sobre el cuidado de su PA.</li> <li>6. Pide información a los profesionales, para evitar complicaciones de PA</li> <li>7. Asiste a programa educativa de su PA.</li> <li>8. Pide información a los profesionales, para evitar complicaciones de PA.</li> <li>9. Observa su cuerpo de cambios físicos cada mes a consecuencia de PA</li> <li>10. Asiste a programa educativo sobre el cuidado de la salud personal.</li> </ol> <p><b>2.-Ejercicio</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hace ejercicio para estirar los músculos al menos 3 veces por semana.</li> <li>2. Hace ejercicio de 20 a 30 minutos al menos 3 veces por semana.</li> </ol>	
--	--	---	---	--	--

<p>Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de consumo de tabaco, en los adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017?</p>	<p>José Soto Cadenillas de Chota, 2017.</p> <p>Determinar la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de consumo de alcohol, en los adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.</p> <p>Determinar la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de consumo de tabaco, en los adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.</p>	<p><b>H<sub>a</sub></b> Existe relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de manejo de estrés, en los adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.</p> <p><b>H<sub>o</sub></b> No existe relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de manejo de estrés, en los adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.</p> <p><b>H<sub>a</sub></b> Existe relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de consumo de alcohol, en los adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.</p> <p><b>H<sub>o</sub></b> No existe relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de consumo de alcohol, en los adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.</p> <p><b>H<sub>a</sub></b> Existe relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de consumo de tabaco, en los adultos</p>		<p>3. Participa de ejercicio físico, bajo supervisión para mejorar su PA.</p> <p>4. Evalúa su pulso durante el ejercicio físico.</p> <p>5. Hace actividad física: Caminar, nadar, jugar futbol para controlar PA.</p> <p><b>3.-Nutrición</b></p> <p>1. Come en la mañana.</p> <p>2. Evita el consumo de alcohol.</p> <p>3. Come tres comidas buenas al día.</p> <p>4. Lee las etiquetas de las comidas que sean bajas en colesterol y sal. Bajos</p> <p>5. Incluye en su dieta granos, verduras, y frutas.</p> <p>6. Escoge comidas que incluye los cuatro grupos básicos</p> <p><b>4.-Manejo de estrés</b></p> <p>1. Sabe el nivel de colesterol en sangre.</p> <p>2. Es consciente de la fuente de tensión en su vida.</p> <p>3. Pasa 15 a 20 minutos en relajamiento.</p> <p>4. Relaja conscientemente los músculos a las horas de dormir.</p>	
--	--	---	--	---	--

		<p>mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.</p> <p><b>H<sub>o</sub></b> Existe relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en su dimensión de consumo de tabaco, en los adultos mayores atendidos en el Hospital de Apoyo José Soto Cadenillas de Chota, 2017.</p>	<p>5. Se concentra en pensamientos agradables antes de dormir.</p> <p>6. Usa métodos específicos para controlar la tensión.</p> <p>7. Encuentra manera positiva para expresar sus sentimientos.</p> <p><b>5.-No consumo de tabaco</b></p> <p>1. Lee revistas de salud sobre los efectos dañinos sobre tabaco.</p> <p>2. Utiliza diferentes estrategias para evitar el consumo de tabaco.</p> <p>3. En lugares cerrados se sienta en área de no fumadores.</p> <p>4. Evita fumar para mejorar su presión arterial</p> <p><b>6.-No consumo de alcohol</b></p> <p>1. Toma tiempo para el relajamiento.</p> <p>2. Lee revistas sobre alcohol que informan del daño que produce al organismo.</p> <p>3. Evita consumir alcohol en reuniones sociales porque beneficia su PA.</p> <p>4. Evita consumir alcohol para controlar la PA.</p> <p>Grado de Instrucción</p>	
--	--	--	--	--

			<b>Variable interveniente</b> <b>Características Sociodemográficas</b>  <b>Sociales</b>          <b>Demográficas</b>	Ocupación Estado Civil Lugar de residencia   Sexo Edad	
--	--	--	---	--	--

## Anexo 06

**Tabla. 01. ESTILOS DE VIDA EN LOS ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS –CHOTA-2017**

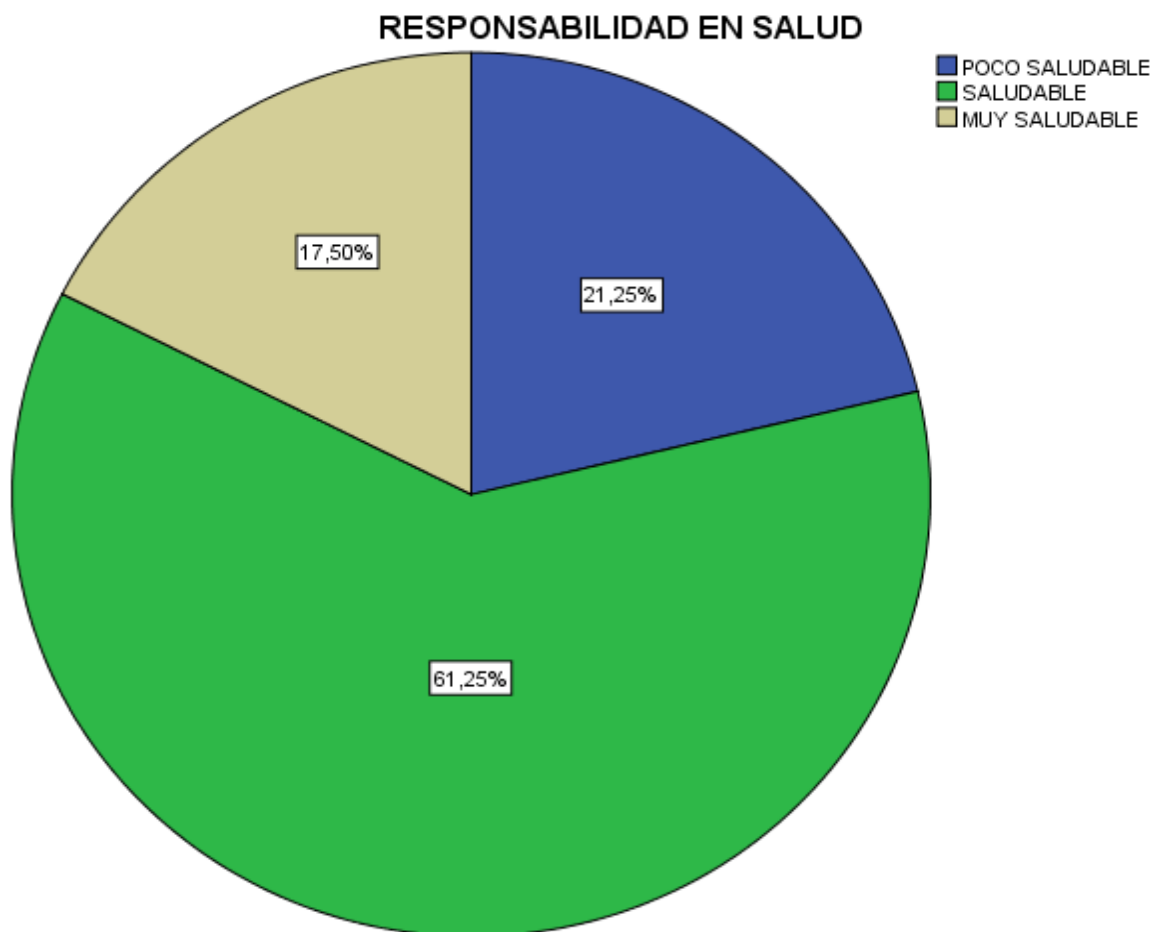
RESPONSABILIDAD EN SALUD	Frecuencia	Porcentaje
POCO SALUDABLE	30	37,5
SALUDABLE	28	35,0
MUY SALUDABLE	22	27,5
Total	80	100,0

**Fuente: Cuestionario aplicado por autor, 2017**

En la tabla 01, se observa que en el 37,5% de los pacientes adultos mayores los estilos de vida son poco saludables, el 35% son saludables y en el 27,5% muy saludable.

**Tabla. 02. ESTILOS DE VIDA EN SU DIMENSIÓN RESPONSABILIDAD EN SALUD EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS –CHOTA-2017**

RESPONSABILIDAD EN SALUD	Frecuencia	Porcentaje
POCO SALUDABLE	17	21,3
SALUDABLE	49	61,3
MUY SALUDABLE	14	17,5
Total	80	100,0



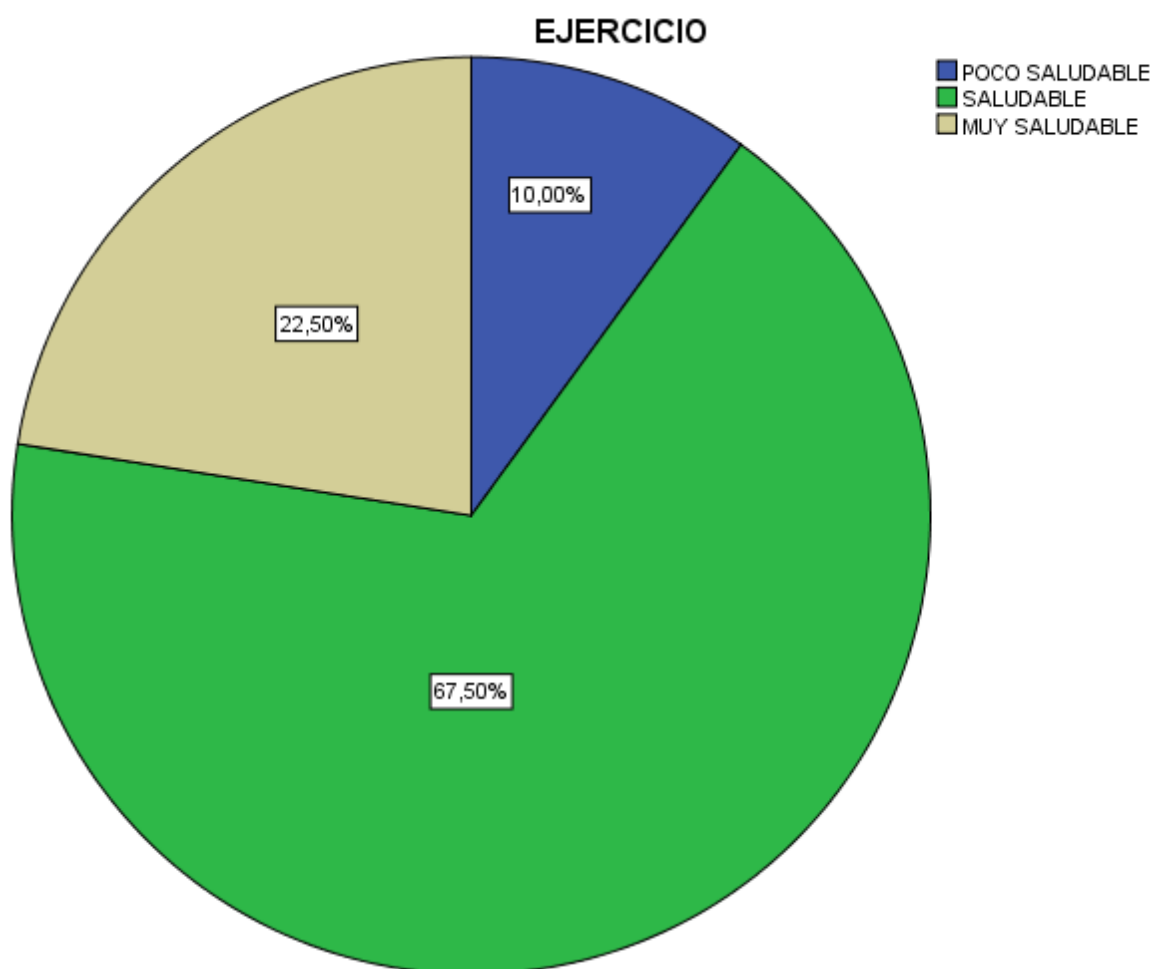
Fuente: Cuestionario aplicado por autor, 2017



**Tabla. 03. ESTILOS DE VIDA EN SU DIMENSIÓN EJERCICIO EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS –CHOTA-2017**

EJERCICIO	Frecuencia	Porcentaje
POCO SALUDABLE	8	10,0
SALUDABLE	54	67,5
MUY SALUDABLE	18	22,5
Total	80	100,0

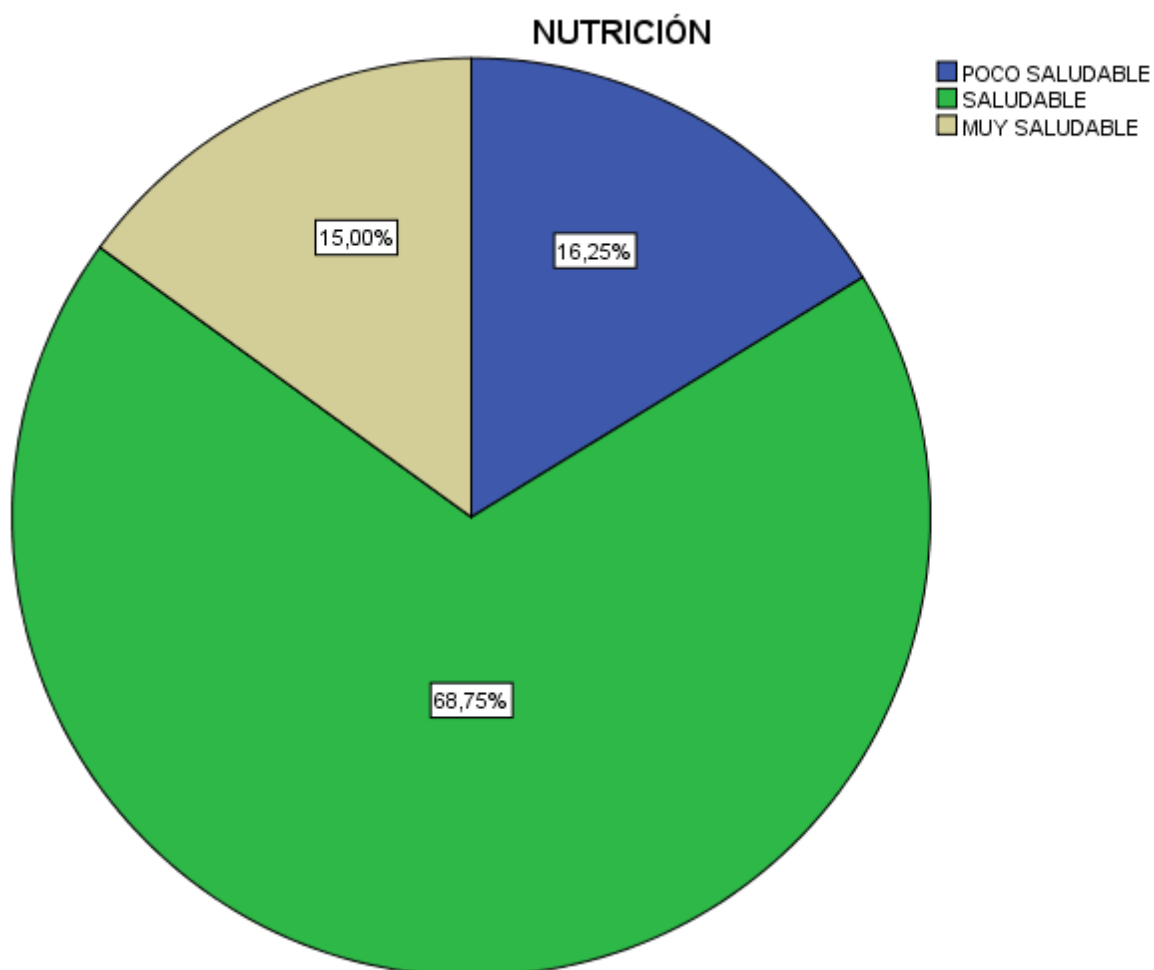
Fuente: Cuestionario aplicado por autor, 2017



**Tabla. 04 ESTILOS DE VIDA EN SU DIMENSIÓN NUTRICIÓN EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS –CHOTA-2017**

NUTRICIÓN	Frecuencia	Porcentaje
POCO SALUDABLE	13	16,3
SALUDABLE	55	68,8
MUY SALUDABLE	12	15,0
Total	80	100,0

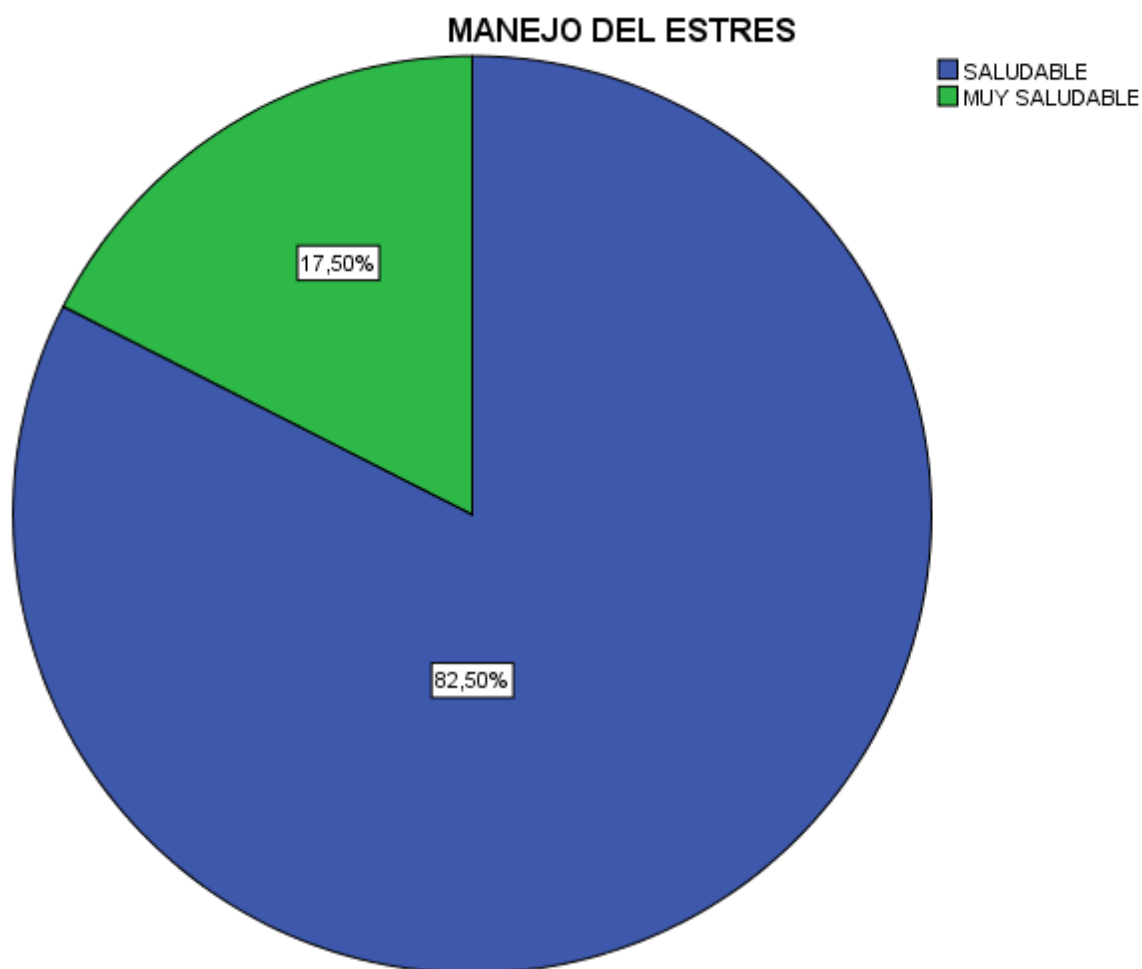
Fuente: Cuestionario aplicado por autor, 2017



**Tabla. 05. ESTILOS DE VIDA EN SU DIMENSIÓN MANEJO DEL ESTRÉS EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS –CHOTA-2017**

MANEJO DEL ESTRES	Frecuencia	Porcentaje
SALUDABLE	66	82,5
MUY SALUDABLE	14	17,5
Total	80	100,0

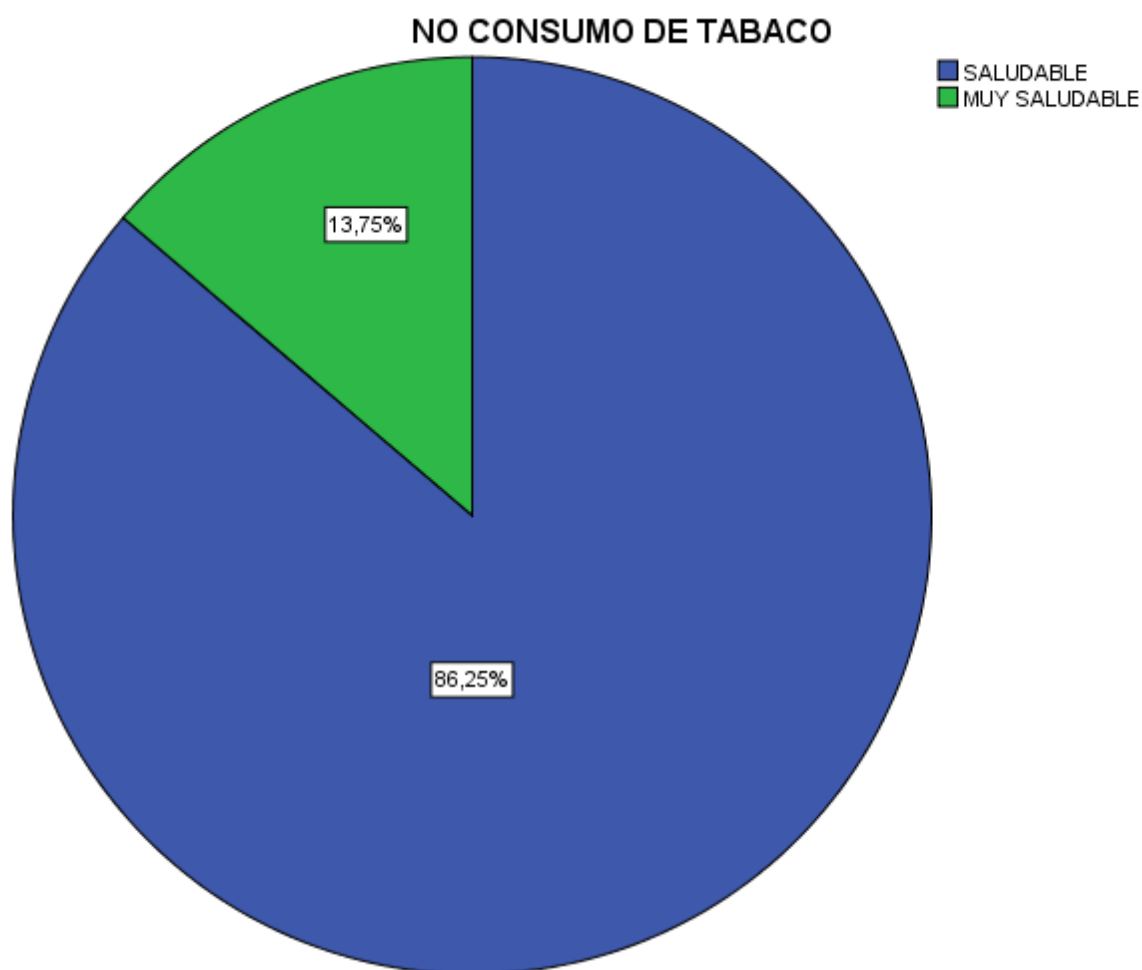
Fuente: Cuestionario aplicado por autor, 2017



**Tabla. 06. ESTILOS DE VIDA EN SU DIMENSIÓN NO CONSUMO DE TABACO EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS – CHOTA-2017**

NO CONSUMO DE TABACO	Frecuencia	Porcentaje
SALUDABLE	69	86,3
MUY SALUDABLE	11	13,8
Total	80	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por autor, 2017



**Tabla. 07. ESTILOS DE VIDA EN SU DIMENSIÓN NO CONSUMO DE TABACO EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS –CHOTA-2017**

NO CONSUMO DE ALCOHOL	Frecuencia	Porcentaje
SALUDABLE	70	87,5
MUY SALUDABLE	10	12,5
Total	80	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por autor, 2017

