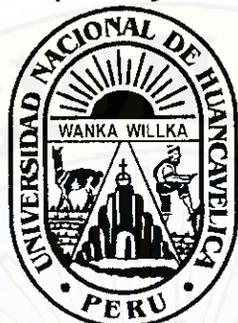


UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA

(Creada por Ley N° 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**ESTILOS DE VIDA SEGÚN GRADOS DE HIPERTENSION
ARTERIAL EN USUARIOS QUE ACUDEN AL
HOSPITAL II ESSALUD - HUANCVELICA, 2016**

**LINEA DE INVESTIGACIÓN
SALUD PÚBLICA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR:
HUARANCCA CCORA, Thalía Pamela
YARANGA CURASMA, Rodolfo**

**HUANCVELICA - PERÚ
2016**



UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCAVELICA

(Ley de Creación N° 25265)



FACULTAD DE ENFERMERÍA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la Ciudad Universitaria de Paturpampa, auditorio de la Facultad de Enfermería, a los 20 días del mes de diciembre del año 2016 siendo las 08:00 horas, se reunieron los miembros del Jurado Calificador, conformado de la siguiente manera:

- | | |
|-------------------------------------|------------|
| - Dra. Alicia VARGAS CLEMENTE | Presidenta |
| - Dra. Marisol Susana TAPIA CAMARGO | Secretaria |
| - Dra. Lida Inés CARHUAS PEÑA | Vocal |

Designado con Resolución N° 189-2016-COFA-ENF-R-UNH (23.08.16); de la tesis titulada **ESTILOS DE VIDA SEGÚN GRADOS DE HIPERTENSION ARTERIAL EN USUARIOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL II ESSALUD – HUANCAVELICA, 2016.**

Cuyo autor(es) es(son) el (los) graduado(s):

BACHILLER(ES):

YARANGA CURASMA RODOLFO y HUARANCCA CCORA THALIA PAMELA

A fin de proceder con la evaluación y calificación de la sustentación de Tesis antes citado, programado mediante Resolución N° 144-2016-D-FENF-R-UNH (19.12.16).

Finalizado con la evaluación; se invitó al público presente y al sustentante abandonar el recinto; y, luego de una amplia deliberación por parte del jurado, se llegó al siguiente resultado:

YARANGA CURASMA RODOLFO

APROBADO

POR:..... *Unanimidad*

DESAPROBADO

HUARANCCA CCORA THALIA PAMELA

APROBADO

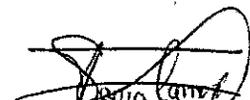
POR:..... *Mayoría*

DESAPROBADO

En señal de conformidad a lo actuado se firma al pie.



Presidente



Secretario



Vocal

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
(Creada por Ley N° 25265)



TESIS

**ESTILOS DE VIDA SEGÚN GRADOS DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN USUARIOS
QUE ACUDEN AL HOSPITAL II ESSALUD -
HUANCVELICA, 2016**

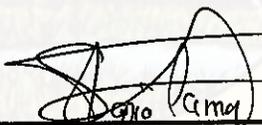
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO
EN ENFERMERÍA

APROBADO POR:

PRESIDENTE :


DRA. ALICIA VARGAS CLEMENTE

SECRETARIO :


DRA. MARISOL SUSANA TAPIA CAMARGO

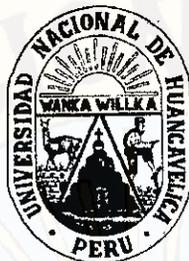
VOCAL :


DRA. LIDA INÉS CARHUAS PEÑA

HUANCVELICA – PERÚ

2016

UNIVERSIDAD NACIONAL DE HUANCVELICA
(Creada por Ley N° 25265)



TESIS

**ESTILOS DE VIDA SEGÚN GRADOS DE
HIPERTENSION ARTERIAL EN USUARIOS
QUE ACUDEN AL HOSPITAL II ESSALUD -
HUANCVELICA, 2016**

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO
EN ENFERMERÍA

ASESORA:

MG. CHARO JACQUELINE JÁUREGUI SUELDO

HUANCVELICA – PERÚ

2016

DEDICATORIA

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

**HUARANCCA CCORA,
THALIA PAMELA**

A mi madre Felicita, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

**YARANGA CURASMA,
RODOLFO**

AGRADECIMIENTO

A nuestra asesora: Mg. Charo Jacqueline Jáuregui Sueldo.

A nuestros padres quienes a lo largo de toda mi vida han apoyado y motivado nuestra formación académica, creyeron en nosotros en todo momento y no dudaron de nuestras habilidades.

A nuestros profesores a quienes les debemos gran parte de nuestros conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza.

Finalmente un eterno agradecimiento a esta prestigiosa universidad la cual abre sus puertas a jóvenes como nosotros, preparándonos para un futuro competitivo y formándonos como personas de bien.

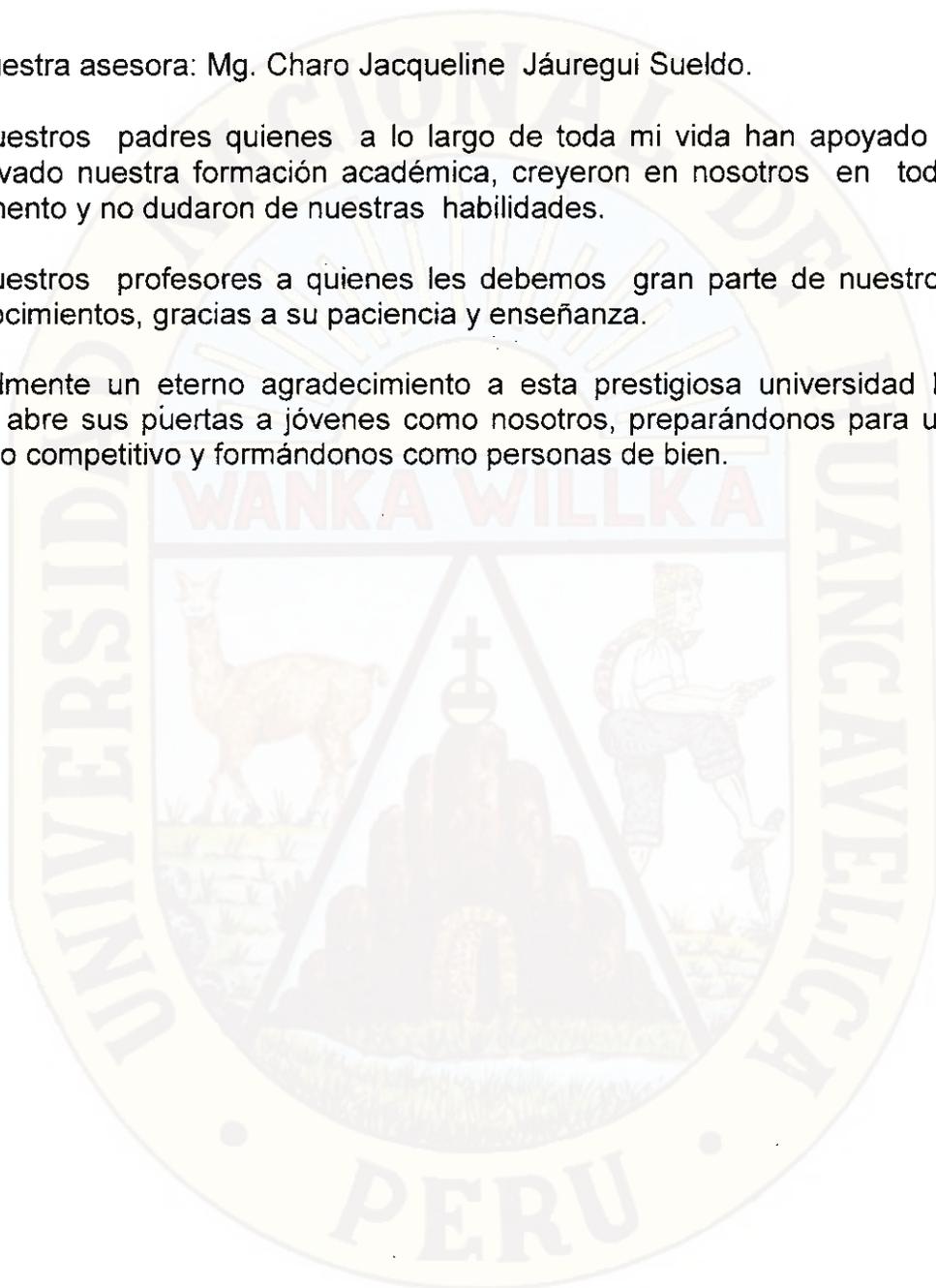
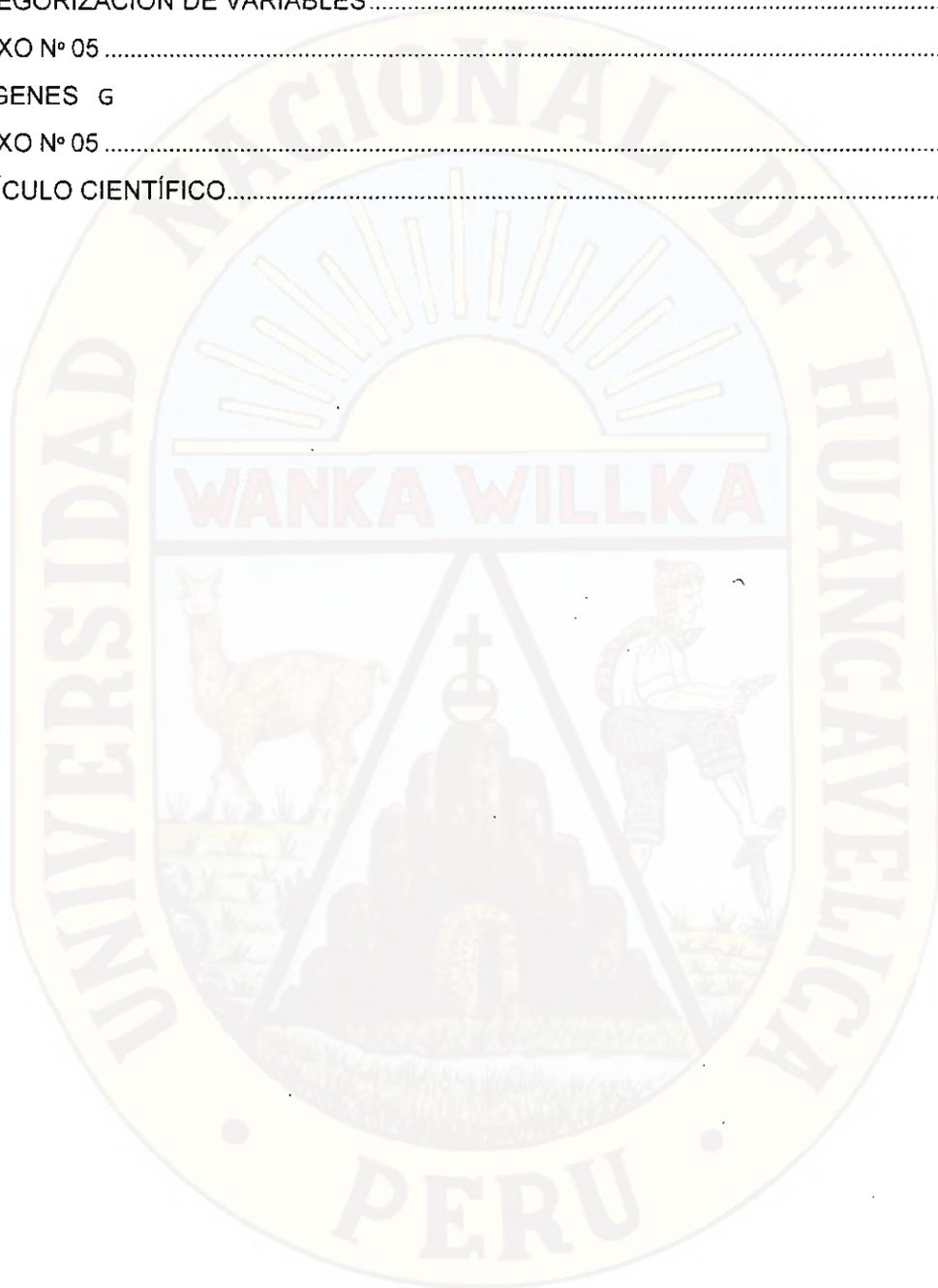


TABLA DE CONTENIDOS

PORTADA	i
ACTA DE SUSTENTACION	ii
PÁGINA DE JURADOS	iii
PÁGINA DE ASESÓR	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
TABLA DE CONTENIDOS	vii
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE FIGURAS	xi
LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS	xii
RESUMEN	1
ABSTRACT	1
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	2
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
1.2.1. Pregunta general	5
1.2.2. Preguntas específicas	5
1.3. OBJETIVOS	6
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivos específicos	6
1.4. JUSTIFICACIÓN	6
1.5. DELIMITACIONES	7
CAPÍTULO II	9
MARCO DE REFERENCIAS	9
2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	9
2.1.1. A nivel internacional	9
2.2. MARCO TEÓRICO	13

2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	15
2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	39
2.5. VARIABLE	40
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	41
2.7. ÁMBITO DE ESTUDIO	43
CAPÍTULO III.....	45
MARCO METODOLÓGICO.....	45
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	45
3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	45
3.3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN.....	45
3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	46
3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	46
3.6. POBLACIÓN MUESTRA Y MUESTREO.....	47
3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	47
3.8. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	48
CAPÍTULO IV	49
PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	49
4.1. DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS	50
4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	58
CONCLUSIONES.....	64
RECOMENDACIONES	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	67
BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA.....	69
ANEXOS.....	70
ANEXO N° 01	A
MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	A
ANEXO N° 02	B
ESCALA SOBRE ESTILOS DE VIDA.....	B
ANEXO N° 03	D
VALIDEZ DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	D
ANEXO N° 04	E
CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.....	E

ANEXO N° 04	F
CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES	F
ANEXO N° 05	G
IMAGENES G	
ANEXO N° 05	I
ARTÍCULO CIENTÍFICO.....	I



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 01.	Edad y sexo de usuarios hipertensos que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.	50
Tabla N° 02.	Estilos de vida según grados de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.	51
Tabla N° 03.	Estilos de vida en la dimensión hábitos alimenticios según I grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.	52
Tabla N° 04.	Estilos de vida en la dimensión actividad física según I grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.	53
Tabla N° 05.	Estilos de vida en la dimensión consumo de sustancias psicoactivas según I grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.	54
Tabla N° 06.	Estilos de vida en la dimensión hábitos alimenticios según II grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.	55
Tabla N° 07.	Estilos de vida en la dimensión actividad física según II grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.	56
Tabla N° 08.	Estilos de vida en la dimensión consumo de sustancias psicoactivas según II grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.	57

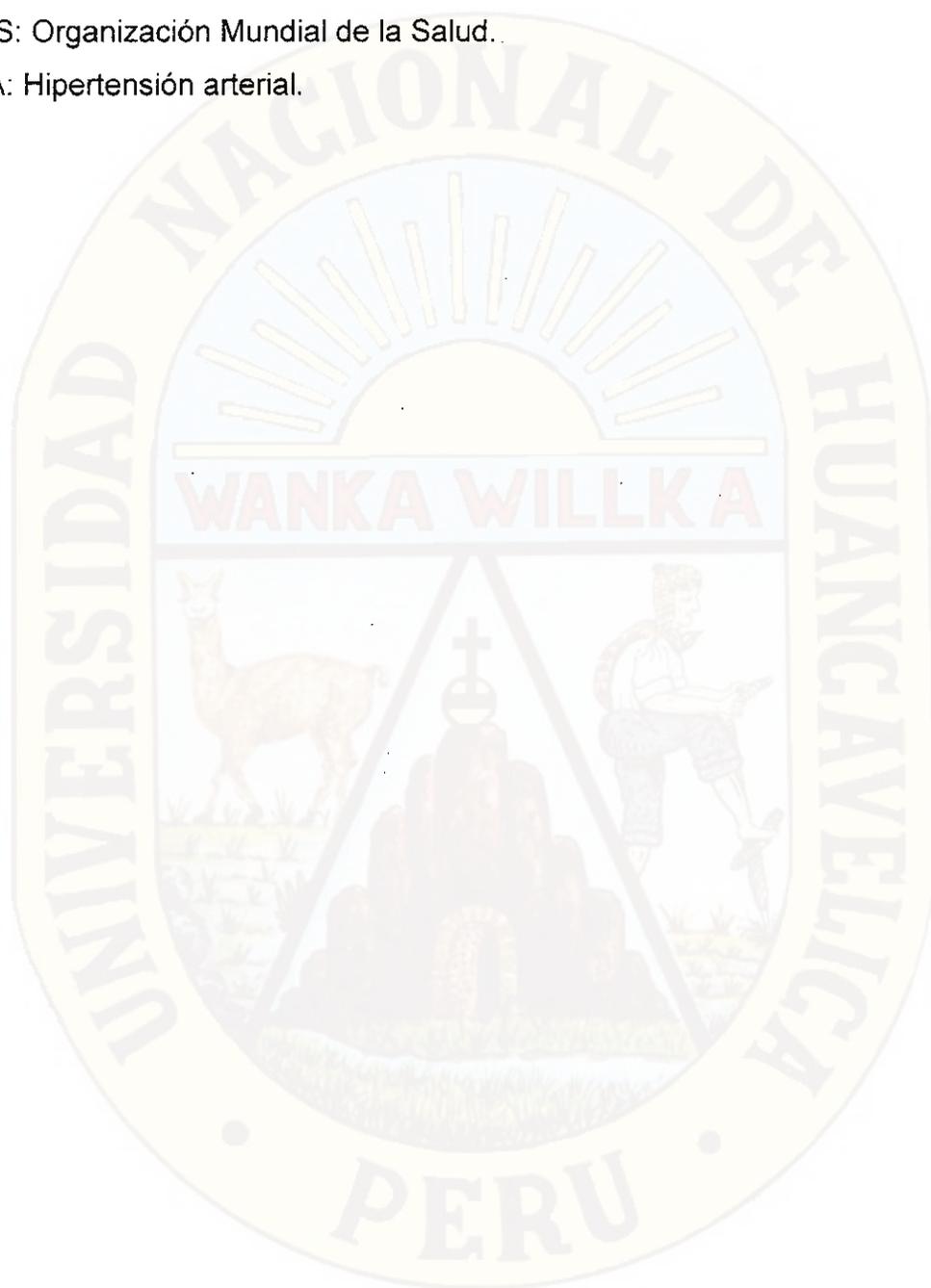
ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 01. Edad y sexo de usuarios hipertensos que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.	50
Figura N° 02. Estilos de vida según grados de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.	51
Figura N° 03. Estilos de vida en la dimensión hábitos alimenticios según I grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.	52
Figura N° 04. Estilos de vida en la dimensión actividad física según I grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.	53
Figura N° 05. Estilos de vida en la dimensión consumo de sustancias psicoactivas según I grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.	54
Figura N° 06. Estilos de vida en la dimensión hábitos alimenticios según II grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.	55
Figura N° 07. Estilos de vida en la dimensión actividad física según II grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.	56
Figura N° 08. Estilos de vida en la dimensión consumo de sustancias psicoactivas según II grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.	57

LISTA DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud.

HTA: Hipertensión arterial.



RESUMEN

Objetivo. El objetivo fue determinar los estilos de vida según grados de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016. **Material y Método.** El estudio fue de nivel descriptivo. La muestra estuvo conformada por 191 usuarios hipertensos que pertenecen al Club de Diabetes e Hipertensión Arterial “Amigos de la vida”. La técnica fue la psicométrica y el instrumento una escala. **Resultados.** Del 100% de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, el 56% (107) presentan estilos de vida saludables seguido del 44,0%(84) con estilos de vida no saludables. Con respecto a los grados de hipertensión arterial, existe un predominio en el I grado de hipertensión arterial, es decir el 53,9% (103) presentan estilos de vida saludables y el 42,4% (81) no saludables, existiendo una mínima proporción con II grado de hipertensión arterial equivalente al 2,1% con estilos de vida saludable y 1,6% no saludable; en relación a hábitos alimenticios el 78,8% (145) presentan estilos de vida no saludables y 21,2% (39) tienen estilos de vida saludables; del 100% de usuarios con I grado de hipertensión arterial, el 81,0% (149) presentan estilos de vida saludables en la dimensión actividad física (realización de ejercicio como: caminatas, trotar por 30 minutos como mínimo diario) y el 19,0% (35) no saludables; El 68,5% (126) presentan estilos de vida saludables en la dimensión consumo de sustancias psicoactivas y el 31,5% (58) no saludables: consumo de licor al menos dos veces a la semana, fumar cigarrillo o tabaco, consumo de más de dos tazas de café diariamente. **Conclusión.** El mayor porcentaje tienen estilos de vida saludable porque consumen dietas, bajo en grasa y alto contenido de proteínas, realizan ejercicio como: caminatas, no fuma cigarrillos, ni consume licor al menos 2

veces por semana.

Palabras claves: Estilos de vida, grados de hipertensión arterial



ABSTRACT

Objective. The objective was to determine the lifestyles according to the degrees of arterial hypertension of users who attend Hospital II Essalud - Huancavelica, 2016. Material and Method. The study was descriptive level. The sample consisted of 191 hypertensive users who belong to the Club of Diabetes and Hypertension "Friends of life". The technique was the psychometric and the instrument a scale. Results. Of the 100% of users attending Hospital II Essalud - Huancavelica, 56% (107) present healthy lifestyles followed by 44.0% (84) with unhealthy lifestyles. With respect to the degrees of arterial hypertension, there is a predominance in the I degree of arterial hypertension, that is to say, 53.9% (103) present healthy lifestyles and 42.4% (81) unhealthy, with a minimum Proportion with II degree of hypertension equivalent to 2.1% with healthy lifestyles and 1.6% unhealthy; In relation to eating habits, 78.8% (145) present unhealthy lifestyles and 21.2% (39) have healthy lifestyles; Of the 100% of users with I degree of arterial hypertension, 81.0% (149) presented healthy lifestyles in the physical activity dimension (exercise exercise such as: walking, jogging for 30 minutes at least daily) and 19, 0% (35) unhealthy; 68.5% (126) presented healthy lifestyles in the dimension of psychoactive substances consumption and 31.5% (58) unhealthy: consumption of liquor at least twice a week, smoking cigarette or tobacco, consumption of More than two cups of coffee daily. . Conclusions. The highest percentage have healthy lifestyles because they consume diets, low in fat and high protein content, perform exercise such as: walks, do not smoke cigarettes, or consume liquor at least 2 times a week.

Key words: Lifestyles, degrees of arterial hypertension.

INTRODUCCIÓN

La salud, entendida en sentido amplio como el bienestar físico, psicológico y social, va mucho más allá del esquema biomédico, abarcando la esfera subjetiva y del comportamiento del ser humano. No es la ausencia de alteraciones y de enfermedad, sino un concepto positivo que implica distintos grados de vitalidad y funcionamiento adaptativo. Por estilo de vida saludable se entiende como "Los hábitos y costumbres que cada persona puede realizar para lograr un desarrollo y un bienestar sin atender contra su propio equilibrio biológico y la relación con su ambiente natural, social y laboral". Dicho estilo de vida se establece desde la niñez y se fortalece o se modifica a través del desarrollo del ciclo vital del ser humano. Así, los estilos de vida saludables que se practiquen determinan en cierta medida el grado de salud que se tiene y se tendrá en el futuro. La forma en que el hombre trabaja y descansa, sus hábitos nocivos, si los tiene, su relación con el medio ambiente y con el contexto en que se desenvuelve, determina en gran medida el proceso salud-enfermedad. De ésta manera, puede entenderse el estilo de vida como " la materialización en la vida individual de las formas de organización y reproducción social en la medida en que son relaciones establecidas con la naturaleza y entre los hombres mismos. Desde el punto de vista subjetivo, está relacionada con un sentimiento de bienestar. Los aspectos objetivos de la misma tienen relación con la capacidad de funcionamiento de la persona.

La tesis para efectos de su presentación está organizado en cuatro capítulos que describimos a continuación: CAPÍTULO I: Planteamiento del problema. CAPÍTULO II: Marco de referencias. CAPÍTULO III: Marco metodológico. CAPÍTULO IV: Presentación de resultados. Finalmente conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, bibliografía complementaria y anexos.

Los autores



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud en el año 2016 informa que la hipertensión afecta a entre el 20% y el 40% de los adultos en Latinoamérica y el Caribe, lo que representa alrededor de unas 250 millones de personas. La presión arterial elevada es el principal factor de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares como enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebrovasculares. Cada año, alrededor de 1.6 millones de personas mueren por estas enfermedades en Latinoamérica y el Caribe, de ellos, medio millón antes de cumplir los 70 años(1).

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI, entre los meses de marzo a diciembre del 2014, a una muestra de 29 mil 941 viviendas del país, en las que se entrevistó a 27 mil 633 personas de 15 y más años de edad. La presión arterial alta diagnosticada por un profesional de salud en un establecimiento de salud, se refiere a la experiencia reportada por la persona encuestada de haber recibido

un diagnóstico de hipertensión arterial. El 10,4% de la población de 15 y más años de edad fue diagnosticada con hipertensión arterial por un médico u otro profesional de la salud. La población femenina que padece la enfermedad alcanzó el 12,2% y la masculina 8,4%. Los mayores porcentajes de la población con hipertensión arterial se presentaron en la Costa sin Lima Metropolitana (11,8%) y Lima Metropolitana (10,9%); y, los menores porcentajes en la Sierra (8,9%) y la Selva (10,0%). El 60,3% de la población con diagnóstico médico de hipertensión arterial, ha recibido y/o comprado medicamentos para controlar la presión alta. La población femenina hipertensa con tratamiento farmacológico alcanzó el 61,5% y la masculina 58,4%. La mayor proporción de hipertensos con tratamiento reside en Lima Metropolitana (67,8%) y en la Costa sin Lima Metropolitana (65,3%); seguido por la Selva (55,4%) y Sierra (47,6%)(2).

En el Perú en el año 2014, más del 45 % de personas desconocen que padecen de hipertensión arterial, lo cual conlleva a que existan mayores casos de accidentes cerebro vascular, infartos al corazón, insuficiencia cardíaca, ceguera e insuficiencia renal. Esto debido a diversos factores como la obesidad, estrés, sedentarismo, factores metabólicos, como la diabetes y las dislipidemias de acuerdo al balance realizado en dos estudios denominados Tornasol y II, efectuados por la Sociedad Peruana de Cardiología. Es por ello que el mayor grupo de los hipertensos se encuentran entre los 20 y 50 años, existiendo también hipertensos hasta la octava década de vida. "Hay que indicar que en dichas evaluaciones del grupo que conocían que eran hipertensos solo el 70 % tenía un tipo de tratamiento, y de ellos solo el 43 % estaban controlados adecuadamente. En el Tornasol II, cinco años después hubo una ligera mejoría en el porcentaje de controlados, sin embargo

permanecían altos bordeando 40 % , que no estaban debidamente controlados y medicados”. El estudio comprendió 26 ciudades, las de mayor incremento de hipertensos de la Costa encontramos en Chiclayo, Trujillo, Chimbote, Callao, Lima e Ica; en ciudades de la Sierra: Chachapoyas, Huánuco, Cusco, Huancavelica y Puno y en la Selva: Iquitos y Tarapoto. “Asimismo los peruanos se han vuelto sedentarios, consumiendo mucha sal en exceso, la comida “chatarra”, el alcohol, el cigarrillo y algunos recurren a una adicción a las drogas, lo cual conlleva a una reducción en su nivel de vida. “La hipertensión arterial por si no se transmite, lo que se transmiten son los malos hábitos, por ello uno ve en la calle que los niños gorditos son producto de padres que mantienen una pésima alimentación(3).

El año 2012, en la región Huancavelica, se registraron 3136 casos de hipertensión arterial de los cuales el 80% de ellos en adultos y adultos mayores, de 50 años a más; mientras que el 20% en jóvenes de 20 – 29 años de edad, siendo las provincias con mayor número de casos Huancavelica y Tayacaja(4).

En el año 2016, casos de diabetes e hipertensión arterial se incrementan en un 24%. Los malos hábitos de la población como la inactividad física, alimentación con excesos de grasas, azúcar y sal, fumar y beber alcohol, entre otros están ocasionando que las enfermedades no transmisibles como la diabetes e hipertensión arterial se incrementen en la región(5) .

Ante lo expuesto hemos formulado la siguiente interrogante de investigación:

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Pregunta general

¿Cómo son los estilos de vida según grados de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016?

1.2.2. Preguntas específicas

- ¿Cómo son los estilos de vida en la dimensión hábitos alimenticios según I grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016?
- ¿Cómo son los estilos de vida en la dimensión actividad física según I grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016?
- ¿Cómo son los estilos de vida en la dimensión consumo de sustancias psicoactivas según I grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016?
- ¿Cómo son los estilos de vida en la dimensión hábitos alimenticios según II grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016?
- ¿Cómo son los estilos de vida en la dimensión actividad física según II grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016?
- ¿Cómo son los estilos de vida en la dimensión consumo de sustancias psicoactivas según II grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general

Determinar los estilos de vida según grados de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.

1.3.2. Objetivos específicos

- Evaluar los estilos de vida en la dimensión hábitos alimenticios según I grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.
- Evaluar los estilos de vida en la dimensión actividad física según I grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.
- Evaluar los estilos de vida en la dimensión consumo de sustancias psicoactivas según I grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.
- Evaluar los estilos de vida en la dimensión hábitos alimenticios según II grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.
- Evaluar los estilos de vida en la dimensión actividad física según II grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.
- Evaluar los estilos de vida en la dimensión consumo de sustancias psicoactivas según II grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Justificación teórica

En la actualidad no se cuenta con conocimientos sobre los estilos de vida de usuarios hipertensos que acuden al Hospital II Essalud –

Huancavelica. La realización de esta investigación contribuirá incrementando el conocimiento científico sobre la variable de estudio.

Justificación Práctica

Los resultados de esta investigación servirá para realizar propuestas orientadas a construir espacios que tiendan hacia un modelo de atención de la salud de las mujeres donde se respeten sus decisiones autónomas y, en pleno ejercicio de su libertad de conciencia, lo que implica implicara un trabajo de reflexión profunda y que se entienda los complejos procesos sociales y culturales que llevan a las personas a estilos de vida no favorables, y finalmente que es fundamental contar con mucha más información que se cuenta de los estilos de vida. Es decir es vital un cambio en sus estilos de vida y es sumamente importante la divulgación y educación en nuestra población de adoptar hábitos de vida correctos

Justificación metodológica

Los instrumentos de recolección de datos deben ser sometidos una y otra vez al proceso de experimentación en diferentes contextos, con lo cual se probara su utilidad para la medición de las variables de estudio.

En tal sentido a través de esta investigación permitirá explicar la validez de los instrumentos de recolección de datos en su aplicación dentro de un contexto universitario.

1.5. DELIMITACIONES

Delimitación temporal. La recolección de datos se realizará durante los meses de agosto a diciembre del año 2016.

Delimitación espacial. La investigación será realizada en Hospital II Essalud – Huancavelica.

Delimitación de unidad de estudio. Los datos serán recolectados de los usuarios hipertensos.

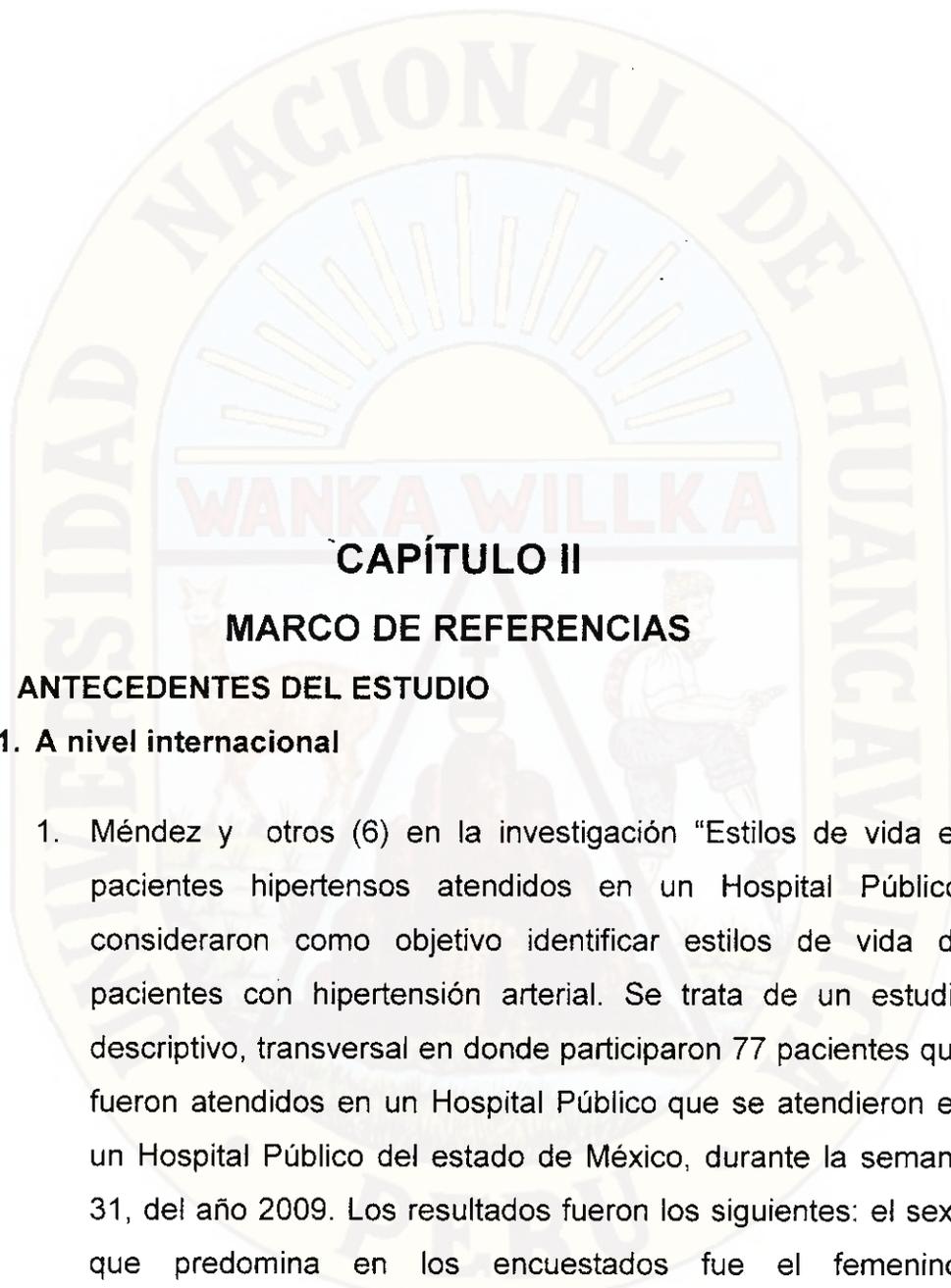
Delimitación teórico. Teoría de la promoción de la salud y la teoría del sistema conductual.

Delimitación conceptual. Dentro de los conceptos que desarrollaremos esta la hipertensión arterial y estilos de vida.

1.6. LIMITACIONES

Ninguna.





CAPÍTULO II

MARCO DE REFERENCIAS

2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

2.1.1. A nivel internacional

1. Méndez y otros (6) en la investigación "Estilos de vida en pacientes hipertensos atendidos en un Hospital Público" consideraron como objetivo identificar estilos de vida de pacientes con hipertensión arterial. Se trata de un estudio descriptivo, transversal en donde participaron 77 pacientes que fueron atendidos en un Hospital Público que se atendieron en un Hospital Público del estado de México, durante la semana 31, del año 2009. Los resultados fueron los siguientes: el sexo que predomina en los encuestados fue el femenino, observando una mínima diferencia en cuanto al sexo masculino. En cuanto a la edad de los pacientes con hipertensión la más frecuente fue de 50 y 54 años este dato coincide de forma similar con el Plan Nacional de Salud 2001-2006; el cual menciona que la frecuencia de la hipertensión arterial aumenta con la edad después de los 50 años, casi el

50% de la población la padece. Con respecto a la medición del índice de masa corporal se encontró que un 30.5% presenta obesidad de grado I y un 26.3% obesidad de grado II. Al recolectar los datos a los pacientes si realizaban ejercicio el 61.1% contestó que no, y solo el 38.9% respondió que sí, de estos la actividad que más realizan es caminar, algunos de diariamente de 30 a 45 minutos. Se tomó la presión arterial a los pacientes de acuerdo a la NOM-030-SSA2, donde se encontró que un 43.1% se ubica dentro de la clasificación de normal alta y un 18.4% se encuentra en la clasificación de grado I. De acuerdo a los antecedentes familiares un 55.6% de los encuestados no tienen antecedentes heredofamiliares y un 44.4% refirieron tener antecedentes familiares, con mayor prevalencia en padres. Se destaca que un 44.4% de los pacientes toman bebidas alcohólicas y un 9.7% fuma.

Según datos obtenidos acerca del estrés, el 59.7% de los pacientes encuestados respondió que si esta expuesto a estrés por sus actividades cotidianas, mientras el 40.3% contestó que no. De acuerdo con los instrumentos aplicados un 83.3% de los pacientes no realizan ni lleva a cabo un plan dietético, mientras que el 16.7% si lleva a cabo una dieta para mejorar su estado de salud y calidad de vida. El 12.5% tiene un periodo de tiempo de menos de 6 meses cumpliendo con la dieta, que ha sido indicada por un nutriólogo.

En cuanto al consumo de sodio, el 77.8% de los pacientes hipertensos encuestados acostumbran agregar sal a los alimentos ya preparados, mientras que el 22.2% los prueba antes de consumirlos.

2. Acuña y Cortes(7) en la tesis "Promoción de estilos de vida saludable área de salud de Esparza" realizado en San José, Costa Rica en el año 2012, considero como objetivo promover

un estilo de vida saludable en la población adscrita al Área de Salud de Esparza. Es un estudio de investigación de campo, de naturaleza transversal y descriptiva. La muestra estuvo constituida por 372 clientes adscritos al Área de Salud de Esparza de 20 a 49 años. El proceso se realizó mediante la aplicación de un cuestionario de preguntas abiertas, de selección múltiple, dicotómicas. Los resultados indican que en cuanto al ejercicio físico es importante promover el mismo evitando así el sedentarismo que afecta al 46 % de la población estudiada, sin embargo del 54% que si realiza ejercicio físico regular la gran mayoría lo practica con la frecuencia y duración recomendada. El 57 % considera que su alimentación es balanceada, percepción que consideramos errada y cuya causa probable sea la falta de información, esto se demuestra en los datos obtenidos observamos como la población no consume fibra, frutas, hortalizas con la frecuencia recomendada, el consumo de gaseosas es alarmante, y el inadecuado hábito de consumir comidas rápidas empieza a desplazar la comida saludable de las mesas costarricenses. El 63% de la población considera tener estrés y de ellos el 23 % niveles altos que generan sintomatología que afecta el rendimiento y la productividad del individuo, sin embargo la gran mayoría posee un horario del sueño bastante aceptable. El 8 % de la población en el Área de Salud de Esparza entrevistada son tabaquistas activos menor a la estadística nacional de un 15 %, es de conocimiento de la población que el tabaco es dañino para la salud, sin embargo algunos desconocen los efectos causados por el mismo concretamente. Así como las estrategias para dejar de fumar o ingerir bebidas alcohólicas.

2.1.2. A nivel nacional

1. Janampa (8), en la tesis titulada "Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa educativo de hipertensión arterial en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2012", realizada con el objetivo determinar los estilos de vida de los pacientes Hipertensos que asisten al programa educativo de hipertensión arterial del Hospital Nacional Arzobispo Loayza e identificar los estilos de vida según dimensiones alimentación, actividad física y consumo de sustancias psicoactivas. Material y Método. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 38 pacientes hipertensos. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario aplicado previo consentimiento informado. Resultados. Del 100%. (38); 58%(22) tienen estilos de vida saludable y 42% (16) tienen estilos de vida no saludable; en relación a alimentación 37%(14) tienen estilos de vida no saludable y 63% (24) tienen estilos de vida saludable; en relación a actividad física 50%(19) tienen estilos de vida saludable y 50% (19) no tienen estilos de vida saludable; en relación al consumo de sustancias psicoactivas, 47%(18) tienen estilos de vida no saludable y 53% (20) tienen estilos de vida saludable. Conclusiones. El mayor porcentaje tienen estilos de vida saludable porque consumen dietas, bajo en grasa y alto contenido de proteínas, realizan ejercicio como: caminatas, trotar por 30 minutos como mínimo diario, no fuma cigarrillos ni tabaco, ni consume licor al menos 2 veces por semana, mientras que un porcentaje significativo tienen estilos de vida no saludable referidos a que no participan en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión, que no practican algún tipo de deporte como: natación, tenis,

cardiobox y espinnig 3 a 4 veces a la semana, no prohíben que fumen en su presencia.

2.2. MARCO TEÓRICO

2.2.1. Modelo de promoción de la salud

Propuesta por Nola Pender y citada por Raile y Marriner (9)

Los principales supuestos son:

1. Las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana.
2. Las personas tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva, incluida la valoración de sus propias competencias.
3. Las personas valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el cambio y la estabilidad.
4. Los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta.
5. Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno y siendo transformados a lo largo del tiempo.
6. Los profesionales sanitarios forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de su vida.
7. La reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona – entorno es esencial para el cambio de conducta.

2.2.2. Teoría del Sistema Conductual

Propuesta por Dorothy Johnson y citada por Raile y Marriner (9).

El modelo de Johnson considera al ser humano como un sistema

conductual compuesto por siete de subsistemas interactivos e integrales.

Cada subsistema tiene objetivos estructurales tales como: meta, predisposición a actuar, centro de la acción y conducta; y funcionales, protección de las influencias dañinas, nutrición y estimulación para aumentar el desarrollo y prevenir el estancamiento.

Los subsistemas según Dorothy E. Jonson son siete:

1. **De dependencia:** Promueve una conducta de colaboración que exige una respuesta recíproca, sus consecuencias son la aprobación, la atención o reconocimiento y la asistencia física, la conducta dependiente evoluciona desde un grado total de dependencia de los demás hasta un mayor grado de dependencia de uno mismo.-
2. **De ingestión:** Tiene que ver con cómo, cuándo, qué y cuánto y en qué condiciones nos alimentamos; cumple así la amplia función de satisfacer el apetito. Se encuentra estrechamente relacionado con factores ecológicos, sociales además de biológicos.
3. **De eliminación:** Se relaciona con cuando, como y en qué condiciones se produce la eliminación, en los aspectos biológicos de este subsistema influyen factores sociales y fisiológicos hasta el punto que pueden entrar en conflicto con él.
4. **Sexual:** Obedece a la doble función de procreación y de satisfacción, incluye el cortejo y el emparejamiento y del mismo modo contempla un amplio espectro de conductas asociadas con el papel sexual.
5. **De agresividad:** Consiste en proteger y conservar y proviene de una intención primaria de dañar a los demás. La sociedad demanda límites en los modos de autoprotección y pide que se respete y proteja tanto a las personas como a su propiedad.

6. **De realización:** Su función consiste en controlar o dominar un aspecto propio del mundo circundante hasta alcanzar cierto grado de superación, a ésta se relacionan estrechamente las cualidades intelectuales, físicas, mecánicas y sociales.
7. **De afiliación:** Proporciona supervivencia y seguridad. Sus consecuencias son inclusión, intimidad, y formación y mantenimiento sociales de un enlace social fuerte.

Según el Modelo, los conceptos del meta-paradigma son los siguientes:

- **Persona:** Es un sistema abierto, interrelacionado; se esfuerza constantemente en mantener una situación estable mediante la adaptación al entorno.
- **Entorno:** Hace referencia a un entorno externo e interno de la persona, aunque no lo explica.
- **Salud:** Es un estado dinámico y difícil de conseguir, influido por factores biológicos, psicológicos y sociales. Se define como el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual de la persona.
- **Enfermería:** Es una fuerza de regulación externa, con el fin de mantener o restaurar el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual.

2.3. MARCO CONCEPTUAL

2.3.1. Hipertensión arterial

Definición

La hipertensión arterial es una alteración caracterizada por un incremento crónico de la presión arterial. Es una enfermedad que no presenta síntomas. Es muy frecuente, fácil de detectar, y casi siempre, fácil de tratar. Con frecuencia muestra complicaciones mortales si no recibe tratamiento adecuado(10).

Los principales órganos afectados son(10):

- **Corazón.** Este órgano tiene que “trabajar” más, para vencer la sobrecarga que ofrece una presión elevada en el semicircuito

arterial, lo que a la larga conduce a una hipertrofia muscular cardíaca y finalmente a una insuficiencia cardíaca.

- **Sistema nervioso.** Se producen disfunciones nerviosas (cefaleas, vértigos, etc.), oclusiones vasculares cerebrales (aterosclerosis), hemorragias cerebrales, etc.
- **Sistema renal.** Se afecta la filtración renal y la función de los túbulos renales.

2.3.1.1. Prevalencia

En la actualidad, el criterio de normalidad considera que la presión arterial sistólica normal debe estar entre 120 y 130 mm Hg (presión obtenida cuando se produce la contracción cardíaca o sístole), mientras que la diastólica entre 80 y 84 mmHg (presión obtenida cuando el corazón está relajado o diástole). A partir de estas cifras se establecen los distintos grados de normo tensión e hipertensión). Un 20% de la población blanca adulta presenta valores superiores a 160 mm de mercurio (Hg) de presión arterial sistólica y 95 mm Hg de presión arterial diastólica. Asimismo en esta misma población blanca adulta un 50% muestra valores superiores a 140/90 mm Hg. En las poblaciones no blancas la prevalencia de hipertensión arterial es aún mayor. La prevalencia en mujeres está relacionada con la edad, aumentando significativamente a partir de los 50 años(10).

2.3.1.2. Clasificación de la hipertensión arterial

Categoría	Presión sistólica (mm Hg)	Presión diastólica (mm Hg)
Optima	<120	<80
Normal	120 - 129	80 - 84
Normal alta	130 - 139	85 - 89
Hipertensión:		
- Grado 1 (leve)	140 - 159	90 - 99
- Grado 2 (moderada)	160 - 179	100 - 109
- Grado 3 (severa)	≥180	≥110
- Hipertensión sistólica aislada.	≥140	<90

Cuando las presión arteriales sistólica y diastólica de un paciente entran en diferentes categorías, se aplicará la categoría superior.

Fuentes: 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology. Guidelines for the management of arterial hypertension.

Clasificación de la presión arterial para adultos de 18 años o más.

CATEGORÍA	SISTÓLICA	DIASTÓLICA
NORMAL	< 120	< 80
PREHIPERTENSIÓN	120 - 139	80 - 89
HIPERTENSIÓN	-	-
ESTADIO 1	140 - 159	90 - 99
ESTADIO 2	≥ 160	≥ 100

Fuente: diagnóstico, tratamiento y control Hipertensión arterial -Joaquín Sellén Crombet, Ciudad de La Habana, 2007.6

Para clasificar la HTA podremos distinguir cuatro criterios básicos:

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

2. Según los niveles de PA

Criterios de la OMS. La OMS distingue tres categorías de HTA: ligera, moderada y severa

Clasificación de la hipertensión arterial según los criterios de la OMS

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

El Comité Nacional Conjunto Americano en Detección, Evaluación y Tratamiento de la HTA (JNC) que periódicamente emite informes de actualización sobre HTA y su tratamiento, agrupó en 1993 la HTA en 4 niveles o categorías, tomando en igual consideración tanto la PAD como la PAS.

Clasificación de la hipertensión arterial de acuerdo al JNC-V

CATEGORÍA	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
NORMOTENSIÓN		
Normal	< 130	< 85
Normal alta	130 - 139	85-89
HIPERTENSIÓN		
Estadio I (ligera)	140 - 159	90-99
Estadio II (moderada)	160 - 179	100-109
Estadio III (severa)	180 - 209	110-119
Estadio IV (muy severa)	> 210	> 120
HTA sistólica aislada	> 140	< 90

3. Según la repercusión visceral

Se focaliza de manera más selectiva sobre cuatro elementos principales: corazón y sistema arterial, cerebro, riñón, y fondo de ojo.

Clasificación de la hipertensión arterial por la repercusión visceral

Estadio I. Sin signos aparentes de repercusión visceral.

Estadio II. Debe estar presente alguno de los siguientes signos:

- Hipertrofia ventricular izquierda
- Retinopatía grado II
- Proteinuria y/o aumento de creatinina plasmática

Estadio III. Aparecen signos y síntomas de afectación visceral severa:

- Insuficiencia cardíaca o coronaria
- Encefalopatía. ACVA
- Hemorragia retiniana. Papiledema
- Insuficiencia renal manifiesta

4. Desde el punto de vista etiológico.

Causas comunes de hipertensión arterial secundaria

- Enfermedad vasculorrenal (arteriosclerosis, displasia, retención hidrosalina)
- Enfermedad renal parenquimatosa (glomerulonefritis, pielonefritis, traumas, nefrocalcinosis, etc.)
- Aldosteronismo primario (adenoma, hiperplasia adrenal)
- Síndrome de Cushing (adenoma pituitario, tumores productores de ACTH)

- Feocromocitoma (HTA paroxística por liberación súbita de noradrenalina)
- Coartación de aorta (ausencia de pulsos femorales y soplo sistólico eyeectivo irradiado a espalda)
- Acromegalia (adenoma pituitario productor de hormona del crecimiento, inductor de aumentos de insulina circulante)
- Hiperparatiroidismo primario (adenoma o carcinoma, hipercalcemia, nefrocalcinosis)
- Disfunción tiroidea (hipo e hipertiroidismo)
- Toxemia del embarazo (eclampsia y preeclampsia)
- Policitemia vera y otras poliglobulias
- Fármacos (corticoides, AINE, antidepresivos tricíclicos, descongestionantes nasales, inhibidores de la MAO, anticonceptivos hormonales, terapia estrogénica, ciclosporina, cocaína, etc.)
- Otras situaciones (porfiria aguda, hipertensión intracraneal neuropatías periféricas, determinadas enfermedades autoinmunes, esclerodermia sistémica progresiva, alergias, etc.)
- Otros agentes (regaliz, plomo, cadmio)

2.3.1.3. Bases fisiológicas

El circuito cardiovascular

El corazón impulsa la sangre por medio de su contracción (sístole), ejerciendo una presión máxima "de salida" de unos 120 mm Hg. Esta sangre fluye primero a través de la aorta, para ir luego haciéndolo a través de arterias que proceden de la misma, como una red de fontanería, alcanzando a los diversos tejidos a los cuales irriga en su totalidad, mediante sucesivas subdivisiones vasculares con arterias de menor calibre cada vez, hasta llegar a pequeños vasos, arteriolas y capilares(10).

Del modo descrito la sangre oxigenada que alcanzó el corazón desde los pulmones a través de las venas pulmonares alcanza a todos los tejidos suministrando nutrientes y oxígeno. A lo largo de este semicircuito la presión inicial de la sangre se ha ido reduciendo al tener que vencer la resistencia del vaso al flujo de sangre, especialmente a nivel de las arteriolas, que por eso se denominan vasos de resistencia. En los capilares los nutrientes y el oxígeno entran en las células y, desde éstas, difunden los materiales de desecho del metabolismo celular como dióxido de carbono (CO₂), urea, ácido úrico, etc. El segundo semicircuito comienza en los capilares. La sangre procedente de los mismos retoma al corazón a través, en primer lugar, de vasos pequeños (vénulas), que van desembocando en venas cada vez mayores, para finalmente confluir en las venas cavas que drenan en la aurícula derecha del corazón. De aquí la sangre pasa al ventrículo derecho que al contraerse la envía a los pulmones por medio de arterias pulmonares donde se pierde el CO₂ y se capta oxígeno. La sangre así oxigenada va al corazón a través de venas pulmonares cerrándose el circuito(10).

2.3.1.4. Regulación de la presión arterial

1. Regulación inmediata a corto plazo.

La presión en el semicircuito arterial, depende de dos factores principales:

- Capacidad del corazón de bombear sangre. A más capacidad más presión arterial y al contrario.
- Resistencia que ofrecen los pequeños vasos, en especial las arteriolas. Cuando se reduce el diámetro de las mismas (vasoconstricción) hay una mayor resistencia a que la sangre fluya aumentando la presión en la parte arterial o anterior al punto de resistencia. Cuando se dilatan los pequeños vasos ocurre lo contrario.

La presión arterial es detectada y "medida" por unos sensores que están en determinados puntos del semi- circuito arterial (barorreceptores situados en cayado aórtico y seno carotídeo). Desde este punto se envía vía nerviosa la información al sistema nervioso central o encéfalo, el cual procesa esta información y elabora una respuesta. Esta es ejecutada por el sistema nervioso autónomo periférico (simpático o parasimpático), el cual modifica la actividad del corazón y la resistencia de los vasos. Por ejemplo, ante una caída de presión arterial, se estimulará el sistema nervioso simpático aumentando la capacidad de bombeo de sangre y la resistencia de los vasos, lo que conduce a una elevación de la citada presión, restableciéndose el nivel deseado(10).

2. Regulación a largo plazo

No obstante lo dicho, el control de la presión arterial a lo largo del tiempo es más complejo. En realidad, la presión del circuito también depende de la relación entre el continente (capacidad del sistema arterial para contener sangre) y el contenido (cantidad de sangre que hay en todo momento en

el circuito). Este ejemplo puede explicar mejor: si imaginamos un sujeto que ha sufrido una fuerte hemorragia, la pérdida de sangre provoca una disminución del contenido, mientras que el continente permanece constante, lo que produce una fuerte hipotensión.

Los mecanismos que actúan a corto plazo no pueden corregir esta alteración. Es cierto que de forma inmediata el corazón se acelera para bombear más sangre, pero, en realidad, no puede bombear más de la que le queda y también se aumenta la resistencia de las arteriolas (el sujeto aparece muy pálido por esta circunstancia). No obstante, ambos mecanismos son incapaces de normalizar las cifras de presión. Los mecanismos correctores, en este caso, son aquellos que son capaces de reponer la sangre perdida. Esta labor la realizan los riñones reteniendo sal y agua, impidiendo su pérdida por orina. Así, los mecanismos que controlan la presión arterial a largo plazo, regulando el contenido total de sangre, se sitúan en los riñones, regulando en todo momento la excreción de sal (ClNa, cloruro sódico) y agua. A su vez, el riñón por sí solo, es incapaz de decidir qué cantidad de sal y agua debe retener, dependiendo de señales, de órdenes, muy específicas para actuar. (10).

2.3.1.5. Tratamiento

Tratamiento farmacológico: Fármacos antihipertensivos

El tratamiento farmacológico es fundamental en el control del proceso hipertensivo, aunque como veremos deber ser complementado por la dieta y la modificación de ciertos hábitos nocivos.

1. **Diuréticos.** El fundamento de estos fármacos es que reducen el volumen de líquidos, ya que estimulan la eliminación de sodio por el riñón.
2. **Inhibidores de enzima de conversión.** En este caso, fármacos como el captopril impiden la conversión enzimática de la angiotensina I en angiotensina II y por tanto suprime tanto los efectos de esta como los de la aldosterona.
3. **Vasodilatadores periféricos.** Estos fármacos actúan sobre las resistencias vasculares, disminuyéndolas. Dentro de estos se encuentran los bloqueantes de los canales de calcio (impiden la entrada de calcio en las células vasculares lisas lo que provoca su relajación) y los bloqueantes de los receptores adrenérgicos (bloquean el sistema nervioso simpático).
4. **Bloqueantes de receptor β -adrenérgico cardíaco.** Al bloquear a dichos receptores se disminuye la capacidad de bombeo del corazón.

Tratamiento no farmacológico

Todo paciente hipertenso, independientemente de sus cifras de PA, debe iniciar tratamiento no farmacológico, por lo que la recomendación de la modificación de los estilos de vida de los hipertensos debe ser uno de los objetivos principales de los profesionales sanitarios en el momento de establecer el régimen terapéutico. Conseguir cambios definitivos en los hábitos y en las conductas de los pacientes es muy difícil y además estas medidas no han demostrado concluyentemente una disminución de la morbimortalidad cardiovascular, pudiendo llevar meses en ser efectivas y frecuentemente el cumplimiento a largo plazo es escaso. No obstante sí han demostrado que pueden con escaso

costo y un mínimo riesgo disminuir la presión arterial y reducir otros factores de riesgo cardiovascular. Se basa fundamentalmente en la reducción del exceso ponderal, la reducción de la ingesta de sal en la dieta, la reducción de la ingesta de alcohol y la práctica de ejercicio físico, junto con el control de los factores de riesgo asociados.

1. Reducción del exceso ponderal

Distintos estudios epidemiológicos han demostrado una estrecha correlación, además de una gran relevancia, entre el peso y las cifras de PA. La asociación entre obesidad e HTA empieza en la infancia y juventud, donde ya se comprueba que los niños y jóvenes situados en los percentiles más altos de peso tienen generalmente una presión arterial más alta. La relación es más importante con la obesidad central o troncular que con la periférica.

Desde el punto de vista clínico, la mejor forma de evaluar la obesidad es el cálculo del IMC (peso en kg dividido por el cuadrado de la talla en metros):

IMC adecuado: 20-25.

Sobrepeso moderado: 26 - 29.

Sobrepeso importante: 30 o más.

Un IMC igual o superior a 27 se correlaciona estrechamente con la elevación de la PA. La reducción de peso debe tener como objetivo alcanzar un IMC de 25 kg/m² o menos. Una reducción de peso conlleva una reducción de la presión arterial incluso en individuos con peso y presión arterial normales: por cada 5 Kg perdidos se observa una disminución en 10 mmHg. de PAS y en 5 mmHg. de PAD.

En obesos hipertensos la reducción de peso es el tratamiento no farmacológico más eficaz pues sólo con una reducción moderada pueden controlarse las cifras tensionales aún sin alcanzar el peso ideal. Además mejora la eficacia de los fármacos antihipertensivos. Con respecto a la dieta se debe mantener un equilibrio de nutrientes y para ello es recomendable reducir la ingesta de grasa total al 30% de las calorías, las de grasas animales saturadas inferior al 10%, las de grasas poliinsaturadas en un 10% y las monoinsaturadas en otro 10-15%. La dieta de tipo mediterránea es la más aconsejada, aumentando la ingesta de grasas poliinsaturadas en detrimento de las saturadas. El aumento de la ingesta de fibra alimentaria también es beneficioso. El error más frecuente consiste en el descenso importante del peso inicial y su recuperación posterior. Debe aconsejarse la reducción gradual (no más de medio kilo por semana) para conseguir cambios en los hábitos más que en la mera restricción calórica.

2. Reducción de la ingesta de alcohol

Se ha demostrado una relación lineal entre la cantidad de alcohol ingerida y la prevalencia de HTA y morbilidad cardiovascular, independiente de otros factores. Esta relación no está influida por el tipo de bebida sino por la cantidad de etanol. No es rectilínea, sino en "U", habiéndose sugerido un efecto protector cardiovascular con ingestas moderadas de etanol, que puede ser alcanzado con niveles de consumo inferiores a 10 g/día. No ha sido posible definir el umbral de consumo a partir del cual exista un riesgo individual para la salud. Con los datos disponibles puede afirmarse que un

consumo enólico en varones entre 168 y 280 g/sem y en mujeres entre 84-140 g/sem no constituirían un incremento del riesgo de mortalidad total.

Se denomina ingesta moderada a una ingesta de menos de 30 g/día en varones y 20 g/día en mujeres. Una ingesta de alcohol por encima de este nivel probablemente suponga riesgo de enfermar. Se denomina abuso leve de alcohol a la ingesta de 30 a 50 g/día, abuso moderado a 50-80 g/día y abuso grave a más de 80 g/día.

La ingesta excesiva de alcohol aumenta fundamentalmente la PAD, disminuye la observancia y eficacia de las medidas terapéuticas en el hipertenso y puede ser causa de HTA refractaria. Su efecto podría explicarse por una activación del eje renina-angiotensina-aldosterona y un aumento en la secreción de mineralocorticoides. Se piensa que puede ser factor etiológico en al menos un 25% a 30% de los casos de HTA esencial.

El objetivo terapéutico sería disminuir la ingesta de alcohol a menos de 30 g/día. Es problemático conseguir que los individuos se mantengan en su nivel de consumo adecuado: el margen terapéutico sería demasiado estrecho como para poderlo recomendar de forma responsable. No hay argumentos científicos de peso ni para animar a los abstemios a consumir alcohol ni tampoco para aconsejar a los bebedores moderados la abstinencia completa.

Alimentación del paciente hipertenso

Probablemente, como se ha dicho, el desarrollo de la hipertensión arterial necesita de ciertas características genéticas que hace que se responda inadecuadamente ante la presencia de determinados factores ambientales. Entre los factores ambientales destacan ciertos hábitos de vida cuya modificación puede contribuir a prevenir y controlar el proceso hipertensivo. Al enfermo hipertenso se le aconseja adoptar un plan de vida saludable que incluye el abandono del tabaco, la reducción del consumo de alcohol, cambios en el comportamiento con reducción en el nivel de estrés, combatir el sedentarismo, controlar el peso y modificar la dieta(10).

2.3.1.6. Factores de riesgo

Alimentación inadecuada

La alimentación basada en comidas rápidas, ricas en grasas, azúcares con alta densidad energética, y escasos nutrientes y fibras, ha llevado a un aumento significativo de los casos de obesidad y dislipemias así como de diabetes tipo 2 e hipertensión. Estos elementos constituyen el Síndrome metabólico.

Una dieta sana debe tener presente alimentos ricos en fibra (pan integral, frutas, verduras, legumbres, frutos secos) y una proporción global adecuada de hidratos de carbono (50%), grasas (30% máximo, no debiendo superar las saturadas el 8%-10%) y proteínas (15%). Una dieta con excesivas calorías o con exceso de grasas o hidratos de carbono conduce a la obesidad, sobre todo en ausencia de una práctica adecuada y regular de ejercicio.

Efectos del consumo de refrescos gaseosos

Los ingredientes de las gaseosas pueden ser nocivos para la salud. Entre los ingredientes "conocidos" de la misteriosa fórmula secreta Coca Cola se encuentra el ácido fosfórico, utilizado como aditivo, que además de ser uno de los anticorrosivos favoritos de los mecánicos, (utilizado para limpiar motores, defensas, entre otros), en tu cuerpo provoca desmineralización ósea, esto significa que no permite la adecuada absorción de calcio en el organismo, debilitando los huesos y por tanto incrementándose la posibilidad de tener fracturas. Los refrescos de cola no tienen ningún valor nutritivo, no contienen vitaminas, proteínas ni minerales y sí gran contenido de endulzantes y aditivos como conservadores y colorantes. Además, la combinación de este ácido con azúcar refinada y fructuosa dificulta la absorción de hierro, lo que puede generar anemia y mayor facilidad para contraer infecciones, principalmente en niños, ancianos y mujeres embarazadas.(21)

Sedentarismo

Se define generalmente como la "falta de actividad física o inactividad física". Con esta definición se describe más bien una conducta o un estilo de vida. Produce una disminución en la eficiencia del sistema cardiovascular (corazón y circulación sanguínea), una disminución y pérdida de masa ósea y muscular, aumento de peso, aumento de la frecuencia cardiaca y presión arterial.(9)

Tabaco

El tabaco es una planta herbácea anual o perenne, cuyas hojas preparadas convenientemente, se fuman, se aspiran o se

mascan. Sus hojas contienen un alcaloide (nicotina), en cantidades variables que van de 0.2 al 5% según la especie que excita el Sistema Nervioso Vegetativo. El diccionario terminológico de Ciencias Médicas, lo define como "el nombre de la planta solanácea *Nicotiana tabacum* y de sus hojas secas y preparadas, las cuales contiene nicotina de cualidades narcóticas, eméticas y deprimentes del corazón".

La nicotina, es un alcaloide líquido, incoloro, volátil presente en las hojas del tabaco, aunque se puede producir sintéticamente. Este alcaloide se absorbe fácilmente en las vías respiratorias, mucosa bucal y piel. Por ser una base relativamente fuerte, su absorción en el estómago es limitada, no así a nivel intestinal.(8)

El contenido promedio de nicotina en los cigarrillos se calcula en 8 a 9mg. Sobre la duración del efecto este es más largo en el tabaco de mascar debido a que el alcaloide se absorbe con mayor lentitud que la inhalada. Su vida media después de su inhalación o administración parenteral es de 2 horas aproximadamente y se excreta, al igual que sus metabolitos, por vía urinaria. La nicotina también puede excretarse por la leche materna, llegándose a detectar hasta 0,5 mg de nicotina por litro en la leche de las grandes fumadoras.

Acciones que tiene el alcaloide en los diversos sistemas del organismo. En el Sistema Nervioso Periférico estimula de manera transitoria a todos los ganglios autonómicos, para luego deprimirlos de manera más persistente. a dosis pequeñas estimula de manera directa a las células ganglionares y facilitan la transmisión de impulsos; mientras que a dosis mayores la estimulación inicial va seguida, con

gran prontitud, por bloqueo de la transmisión. Igualmente, la nicotina estimula a diversos receptores sensoriales, entre ellos los mecanorreceptores que reaccionan al estiramiento o a la presión de la piel, el mesenterio, la lengua, el pulmón y el estómago.

Sobre el Sistema Nervioso Central actúa estimulándolo; a dosis apropiadas produce temblores y va seguido de convulsiones a dosis elevadas. Por otro lado, activa a los nervios aferentes vagales y espinales que participan en el acto de vomitar. En el sistema cardiovascular suele producir aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial. Los efectos sobre el sistema digestivo se deben a la estimulación parasimpática que llevan al incremento de la actividad motora del intestino con las consiguientes náuseas, vómitos y diarrea.

Por otro lado la Organización Mundial de la Salud, hace mención a la asociación causal entre el hábito de fumar y el cáncer de pulmón, bucal, laringe, faringe, esófago, vejiga, riñón y páncreas. Además señala que el humo colateral del cigarrillo contiene mayor concentración de carcinógenos que el humo central, incrementando el riesgo de cáncer en fumadores pasivos. Igualmente, se ha demostrado que el humo del tabaco contiene más de 3.900 compuestos químicos, y en las hojas más de 2.500, la mayoría de estas sustancias son carcinógenas.(9)

Alcohol

Por lo general, el término alcohol suele agrupar a aquellas combinaciones que resultan de la sustitución de uno o más átomos de hidrógeno de los hidrocarburos alifáticos, o de las

cadenas laterales de los cíclicos, por uno o más grupos hidroxilos. El tipo de alcohol involucrado en las bebidas es el etanol. Sobre el etanol se afirma que su absorción es rápida en el estómago, intestino delgado y colon; alcanzando una concentración máxima en sangre a los 30 a 90 minutos. Esto depende de la presencia de alimentos en el estómago que retardan su absorción. Una vez absorbido, se distribuye con uniformidad por todos los tejidos y líquidos del cuerpo, incluso a través de la placenta.(9)

La tasa promedio de su metabolización es de 120 mg/kg por hora; cerca de los 30 ml en 3 horas. Su oxidación se produce a nivel del hígado. El etanol es un depresor del Sistema Nervioso Central, afectando en primer lugar los procesos mentales de capacitación y experiencia previa; luego se pierde la memoria, la concentración y la intuición que conllevan a trastornos de la personalidad y arranques emocionales. En casos de intoxicación grave se puede llegar a estados de anestesia general, incluso con compromiso de la respiración. Sobre el sistema cardiovascular, el etanol a bajas dosis, genera pequeñas variaciones en la presión arterial, gasto cardíaco y fuerza de la contracción miocárdica. A dosis moderadas, causa vasodilatación a nivel cutáneo dando como resultado una piel caliente y enrojecida debido a que se intensifica el flujo sanguíneo cutáneo y gástrico produciendo la sensación de calor, incluso con incremento de la sudoración, reduciendo la temperatura corporal interna.

Sobre el músculo estriado reduce la percepción de fatiga e incrementa al trabajo muscular. Por otro lado, a nivel del tubo digestivo, el etanol suele estimular las secreciones gástricas y salivales al estimular las terminaciones sensoriales del

estómago y boca. A concentraciones altas en el estómago (40% o más), produce gastritis erosiva.(10)

El consumo habitual de grandes cantidades de etanol pueden causar estreñimiento y diarrea. En cantidades moderadas, no influye en la acción motora del colon, pero su ingesta hasta la intoxicación resulta en la interrupción de las funciones secretoras y motoras del tubo digestivo, retrasándose la absorción y produciéndose piloropasmo y vómito. Igualmente, contribuye en la producción de lesiones en el esófago y duodeno a la vez que es el factor causal de la pancreatitis aguda y crónica debido al aumento de la secreción y a la obstrucción del conducto pancreático.

Sobre el hígado, la ingesta aguda y moderada produce pocos cambios duraderos en la función hepática; pero su consumo regular conlleva a efectos adversos relacionados con la dosis (hepatitis alcohólica y cirrosis). En el riñón, inhibe la hormona antidiurética y reduce la resorción tubular renal del agua incrementando la diuresis dependiendo de la concentración sanguínea del alcohol.

Hematológicamente, el alcohol interfiere con el metabolismo y transporte de folato así como su almacenamiento en el hígado, ocasionando anemias sideroblástica y megaloblástica, efectos reversibles con la abstinencia. También hay depresión de la migración de leucocitos hacia zonas inflamadas lo que explicaría la mala resistencia de los alcohólicos a la infección.(10)

Estrés

El estrés psicológico, es el resultado de la relación entre ambiente y sujeto, que es evaluado por éste, como desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. Es la relación organismo-ambiente la que determina la condición patógena. Para que se rompa el equilibrio, que afectará tanto al organismo como al ambiente, deben unirse: un elemento perturbador y un organismo susceptible a él. Las características o estado del sistema que es atacado, es tan importante como el agente externo que ataca, en la producción de la alteración del equilibrio, que redundará en la situación patógena correspondiente (Lazarus y Folkman; en Zimbardo 1971).

Las condiciones ambientales extremas, representan estrés para la mayoría de los sujetos, tales como: las catástrofes naturales, la guerra, la tortura, entre otros. No ocurre lo mismo con las situaciones de vida cotidiana en las que se produce una gran variabilidad de respuesta, lo que es estresante para una persona, no lo es para otra, incluso lo que es estresante en un momento, no lo es en otro momento para el mismo individuo.(17)

2.3.2. Estilos de vida

Tal como expone Gil Roales (1998), se pueden detectar tres aproximaciones al concepto de estilo de vida. Se le considera en primer lugar, de una forma genérica en la que se le conceptualiza como una moral saludable que cae bajo la responsabilidad del individuo o bajo una mezcla de responsabilidad del individuo y la administración pública, según el ámbito cultural. En esta conceptualización podrían incluirse las definiciones de Singer (1982) y Ardell (1979). El primero dice que es "una forma de vivir o

la manera en la que la gente se conduce con sus actividades día a día”, mientras que Ardell, al aplicarlo a la salud, lo delimita como “aquellas conductas sobre las que un individuo tiene control y que incluyen todas las acciones que afectan a los riesgos para la salud”(11).

2.3.1.7. Tipos de estilos de vida

1. **Estilo de vida saludable** con dos dimensiones que califican como: a) sobriedad, definida por comportamientos que implican no fumar, tomar alimentos saludables, abstinencia del alcohol, etc., y b) actividad o dimensión definida por la participación en deportes y ejercicio regular, mantenimiento de un bajo índice de masa corporal, etc.(11)
2. **Estilo de vida libre** caracterizado por comportamientos totalmente contrarios al anterior: consumo de alcohol, toma de alimentos no saludables y despreocupación por la apariencia física(11).

En este punto de vista genérico se engloba el trabajo de la OMS cuyo objetivo principal es la promoción de estilos de vida saludables, esto es, una forma de vivir que tanto individual como colectivamente y de forma cotidiana, permitan una mejora de calidad de vida. Desde esta perspectiva se propone un nuevo paradigma de salud pública dominante en el mundo industrializado que proclama la prevención de enfermedades a través de los cambios en los estilos de vida. Sin embargo, el peligro inherente a esta perspectiva es su excesiva concentración sobre la responsabilidad individual y su falta de sensibilidad sobre circunstancias supraindividuales que pueden estar manteniendo estilos de vida insalubres. Una tendencia alternativa de conceptualización se caracteriza por socializar el

concepto (Gil Roales, 1998), por lo que hablaríamos de un estilo de vida socializado. Desde esta perspectiva, éste no se refiere únicamente a una cuestión de hábitos personales, sino que también está relacionado con la forma en que las sociedades organizan el acceso a la información, a la cultura y a la educación. Esta dimensión social entiende el estilo de vida como **una interacción de responsabilidad individual y política** pues asume que, por ejemplo, el individuo no es el único responsable de morir de cáncer tras cuarenta años como fumador. Esto es, su forma de vida no es sólo una cuestión de voluntad o sentido de responsabilidad y se critica, por tanto, la sobreestimación del nivel de control sobre su propio estilo de vida pues lo que muchos elementos con poca o ninguna posibilidad de alteración personal son, precisamente, los más peligrosos para la salud a nivel epidemiológico (pobreza, desempleo, etc.). Desde esta perspectiva, se pretende cambiar los estilos de vida a través del cambio de las condiciones de vida. En este enfoque se destaca la definición de estilo de vida propuesta por Abel (1991), quien establece que ‘ los estilos de vida en salud comprenden patrones de conducta relacionados con la salud, y valores y actitudes adoptados por los individuos y los grupos en respuesta a su ambiente social y económico’.

El problema de esta conceptualización reside en la dificultad de operacionalizar un concepto tan amplio y el posible enfoque a efectos de intervención. Sin embargo, ha tenido influencia en los objetivos de la OMS en razón de que se ha incorporado a un concepto de estilo de vida más socializado, puesto de manifiesto en los intentos de promoción de la salud en el tercer mundo.

Finalmente, existe una tercera aproximación al concepto de

estilo de vida. Se trata de un enfoque pragmático, que parte de la evidencia empírica que demuestra que, para la salud, ciertas formas de hacer, decir y pensar parecen ser mejores que otras. Las definiciones que engloba este enfoque comparten la característica común de centrarse en ciertas paulas de comportamiento cuyo efecto es la promoción de la salud o la potenciación de los riesgos. Asimismo, se caracteriza por intentar fijar empíricamente los componentes del estilo de vida relevantes para la salud, aspecto éste en el que no se ha llegado a un acuerdo unánime sobre cuáles son las conductas que la promueven, pues los distintos estudios en este campo dan como resultado agrupaciones de conductas más o menos coherentes, pero que han coincidido en señalar la naturaleza multidimensional del comportamiento prosalud y de riesgo. Definiciones representativas de este enfoque pueden ser por ejemplo, la de Mechanic (1986) quien se refiere al concepto de conducta de salud como “los patrones de respuestas relacionados con la salud cuando la persona no tiene síntomas específicos”, o la de Matarazzo (1984), quien define como inmunógenos conductuales a las actividades o hábitos de vida que reducen el riesgo de morbilidad y muerte prematura, lo cual representa, por tanto, un escudo de defensas conductuales contra la enfermedad.

Más recientemente e incluso desde esta perspectiva, Millar y Millar (1993) proponen la distinción entre:

1. **Conductas de detección de enfermedades**, entendidas como aquellas que proporcionan la posibilidad de detección de trastornos y que por sí mismas no permiten que la persona mejore su salud, y

2. Conductas de promoción de la salud, entendidas como aquellas que por sí mismas permiten que la persona mejore su salud.

La mayoría de las definiciones que hemos presentado pueden englobarse en esta última propuesta en razón de que defienden tanto la prevención como la promoción de la salud, áreas indiscutibles de intervención en Psicología de la salud.

Lista de hábitos de vida que favorecen el desarrollo de un estilo de vida saludable(11)

- Saber utilizar la publicidad, el consumo en general.
- Empleo adecuado de servicios públicos.
- Cultura física
- Respeto a las normas de tránsito.
- Higiene personal
- Utilización racional del agua y de los recursos energéticos
- Hábitos de limpieza urbana
- Hábitos alimentarios saludables
- Hábitos culturales del empleo del ocio/tiempo libre
- Reconocimiento de las conductas positivas
- Potenciar redes de apoyo social
- Tener prácticas sexuales responsables
- Buenos hábitos de convivencia
- Hábito de escolarización
- Hábito de vacunación
- Conciencia de que los accidentes se pueden prevenir

Lista de hábitos que dificultan el desarrollo de un estilo de vida saludable(11)

- Abuso de drogas
- Consumo de tabaco

- Consumo de alcohol
- Incultura hacia la valoración de especies animales protegidas.
- Contaminación del aire por el humo del tabaco
Contaminación del aire por las fábricas.
- Contaminación acústica

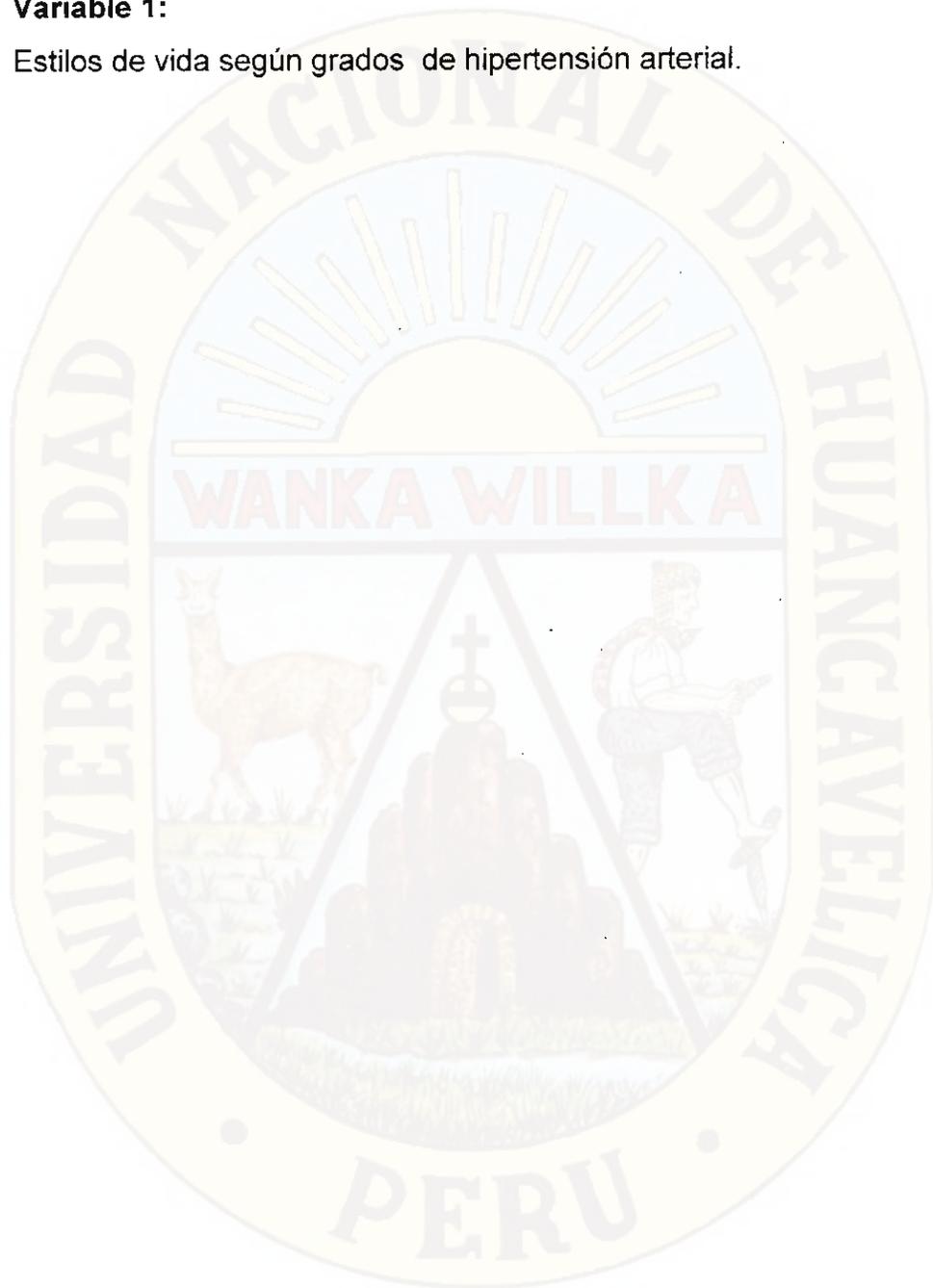
2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

- **Estilos de vida.** Son las conductas o destrezas sociales específicas, requeridas para ejecutar competentemente una tarea de índole interpersonal. Es decir es el conjunto de actividades que una persona, pueblo, grupo social y familia realiza diariamente o con determinada frecuencia; todo depende de sus conocimientos, necesidades, posibilidades económicas, entre otros aspectos.
- **Estilos de vida saludables.** Es cuando la persona pone en práctica actividades que no causan efectos negativos sobre la salud, entre los cuales se encuentran: Alimentación correcta, práctica de actividad física y manejo adecuado del estrés.
- **Estilos de vida no saludables.** Es cuando la persona pone en práctica actividades que causan efectos negativos sobre la salud, entre los cuales se encuentran: Alimentación incorrecta, no práctica de actividad física y no manejo adecuado del estrés.
- **Hipertensión arterial.** Es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos, que llevan la sangre a todas las partes del cuerpo. La tensión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanto más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que realizar el corazón para bombear.
- **Usuario hipertenso.** Es la persona que presenta hipertensión arterial.

2.5. VARIABLE

Variable 1:

Estilos de vida según grados de hipertensión arterial.



2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ITEMS	VALOR FINAL
Estilos de vida según grados de hipertensión arterial	Es un modo de vida individual, es la forma de vivir de las personas. Se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano y, por lo tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares dentro de la definición de estilo de vida saludable se incluye los aspectos de alimentación, actividad física, y consumo de sustancias psicoactivas	Son las acciones, hábitos y/o comportamientos que refieren practicar diariamente los usuarios hipertensos que acuden al Hospital en su cotidianidad pudiendo ser estilos de vida saludable y no saludable; serán medidas a través de un cuestionario. a) Se considera estilo de vida saludable , cuando la persona pone en práctica actividades que no causan efectos negativos sobre la salud, entre los cuales se encuentran: hábitos alimenticios, práctica de actividad física y el no consumo de sustancias adictivas. b) Se considera estilo de vida no saludable, cuando la persona pone en práctica actividades que causan efectos negativos sobre la salud, entre los cuales se encuentran: hábitos alimenticios inadecuados, no práctica de actividad física y consumo de sustancias adictivas.	Hábitos alimenticios	<ul style="list-style-type: none"> • Ingesta de líquidos. • Consumo de alimentos salados. • Consumo de dulces. • Consumo de verduras y frutas. • Consumo de carnes rojas. • Horario en las comidas. • Consumo de dietas 	<ol style="list-style-type: none"> 1. ¿Usted ingiere sus alimentos principales como: desayuno, almuerzo y cena en un horario establecido? SIEMPRE () ALGUNAS VECES () NUNCA () 2. ¿Realiza consumo de dietas, bajo en grasa y alto contenido de proteínas? 3. ¿Consume la leche cremosa diariamente (la azul)? 4. ¿Consume de cuatro a ocho vasos de agua diaria? 5. ¿Consume alimentos salados como: conservas, embutidos, encurtidos y otros diariamente? 6. ¿Prefiere el yogurt y la leche en comparación al café, chocolate y té? 7. ¿Consume leche descremada diariamente (la roja)? 8. ¿Consume alimentos salados, diariamente?, es decir agrega sal adicional a su comida? 9. ¿Consume gaseosas más de cuatro veces a la semana? 10. ¿Consume más de 4 vasos de gaseosa al día? 11. ¿En su alimentación incluye vegetales, frutas, pan integral, cereales, lácteos, granos enteros diariamente? 12. ¿Incluye Ud., las frutas y verduras en los 3 principales alimentos (desayuno, almuerzo y cena) 13. ¿Consume pescado y pollo más que carnes rojas? 14. ¿Consume dulces, helados, pasteles diariamente? 15. ¿Consume Ud. Carne roja más de 4 veces a la semana? 	<p>Estilo de vida saludable: 57 a 84</p> <p>Estilo de vida no saludable: 28 a 56</p>

					16. ¿Consumo alimentos ahumados como: carnes, pescado y quesos ahumados?
			Actividad física	<ul style="list-style-type: none"> • Realización de ejercicios. • Práctica de deportes. • Participación en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión. 	<p>17. ¿Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión: aeróbicos?</p> <p>18. ¿Realiza usted ejercicio como: caminatas, trotar por 30 minutos como mínimo diario?</p> <p>19. ¿Realiza práctica de algún tipo de deporte como: natación, tenis, cardio box y espinig 3 a 4 veces a la semana?</p> <p>20. ¿Participa en ejercicio de taichí, con fu, yoga?</p>
			Consumo de sustancias adictivas	<ul style="list-style-type: none"> • Fumar cigarrillo o tabaco. • Consumo de bebidas alcohólicas. • Consumo de drogas ilegales. 	<p>21. ¿Prohíbe usted que fumen en su presencia?</p> <p>22. ¿Cuándo usted empieza a beber cualquier tipo de bebida alcohólica puede reconocer en que momento deja de tomar?</p> <p>23. ¿Fuma cigarrillo o tabaco?</p> <p>24. ¿Consumo usted licor al menos dos veces a la semana?</p> <p>25. ¿Cundo usted presenta algún problema, angustia, en su vida diaria tiende a consumir bebidas alcohólicas o fumar cigarrillos o consumir drogas</p> <p>26. ¿Usted consume sustancias psicoactivas como: marihuana, cocaína, éxtasis u otras?</p> <p>27. ¿Usted consume diariamente más de dos tazas de café?</p> <p>28. ¿Usted consume más de 3 coca colas normales o light al día?</p>

2.7. ÁMBITO DE ESTUDIO

Ubicación geográfica

El Hospital II Essalud, red asistencial Huancavelica está ubicado en el Distrito de Ascensión el cual al sur occidental del departamento, con una extensión de 15,733.97 km².

La comunidad de Ascensión se halla dividido en forma paralela del Barrio de Yananaco por las riveras del río Ichu y por el Este con el barrio de San Cristóbal con un riachuelo que desciende del cerro Potocchi, la ubicación de la comunidad de Ascensión es accesible por que cuenta vía terrestre que transitan los colectivos, se encuentra un poco distante de la zona urbana, siendo el de mayor importancia el cerro Potocchi, en la estación de invierno se torna más accidentado por la acción de los fenómenos naturales.



Extensión:

Límites:

El distrito de Ascensión tiene los siguientes límites:

Oeste: limita con la provincia de Castrovirreyna.

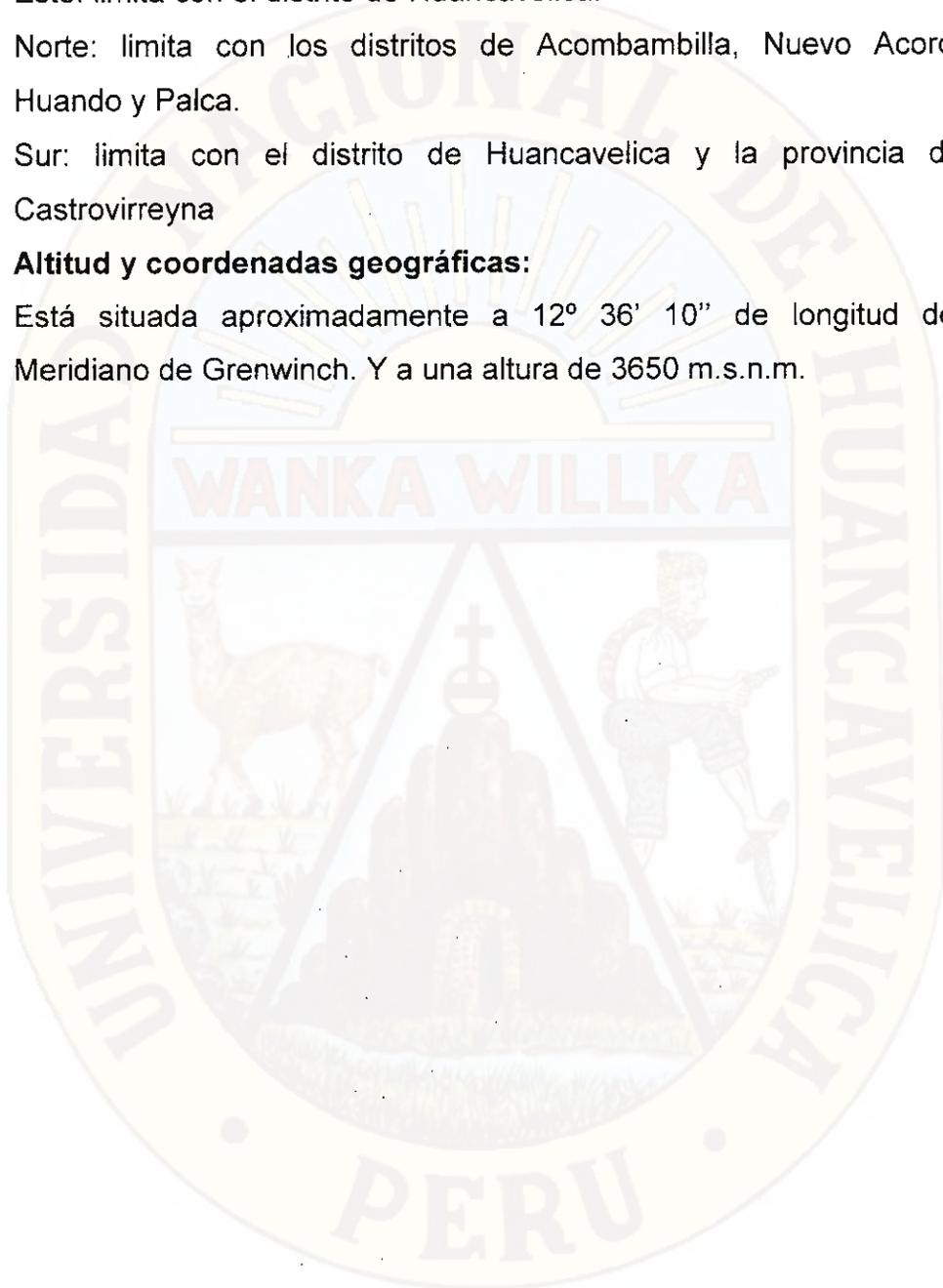
Este: limita con el distrito de Huancavelica.

Norte: limita con los distritos de Acombambilla, Nuevo Acoro, Huando y Palca.

Sur: limita con el distrito de Huancavelica y la provincia de Castrovirreyna

Altitud y coordenadas geográficas:

Está situada aproximadamente a 12° 36' 10" de longitud del Meridiano de Grenwinch. Y a una altura de 3650 m.s.n.m.





CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Investigación seccional o transversal. Son aquellas en las cuales se obtiene información del objeto de estudio (población o muestra) una única vez en un momento dado. Según Briones estos estudios son especies de fotografías instantáneas del fenómeno objeto de estudio. (12).

3.2. NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo: Porque se reseñan las características o rasgos de la situación o fenómeno objeto de estudio (13).

3.3. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Método deductivo

Este método de razonamiento consiste en tomar conclusiones generales para obtener explicaciones particulares.

Método inductivo

Este método utiliza el razonamiento para obtener conclusiones que parten de hechos particulares aceptados como válidos, para llegar a conclusiones cuya aplicación sea de carácter general.

Método estadístico

Consiste en el estudio cuantitativo o evaluación numérica de hechos colectivos (14).

3.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- **TÉCNICA:** Psicométrica (15).
- **INSTRUMENTO:** Escala (16, 17).

Autora: Florabel Janampa Auccasi

3.5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se empleará un diseño no experimental, transversal, descriptivo (18):

- **No experimental**, porque no se manipuló la variable.
- **Transversal**, porque se recolectó los datos una sola vez de la unidad de análisis y en un momento determinado.
- **Descriptivo**, porque va describir la situación tal como se presenta.

Diagrama:

M ← O_x

Leyenda:

M = Muestra de usuarios hipertensos.

O = Observación de la variable de estudio

X = Estilos de vida según grados de hipertensión arterial.

3.6. POBLACIÓN MUESTRA Y MUESTREO

- **Población:** La población estuvo constituido por 378 usuarios hipertensos que pertenecen al Club de Diabetes e Hipertensión Arterial "Amigos de la vida" del Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016
- **Muestra:** La muestra estuvo constituido por 191 usuarios hipertensos, distribuidos de la siguiente manera:

Usuarios con Hipertensión:	
-	Grado 1 (leve) : 184
-	Grado 2 (moderada): 07

$$n = \frac{Z^2 pqN}{NE^2 + Z^2 pq}$$

Leyenda:

n : es el tamaño de la muestra.

Z : es el nivel de confianza.

p : es la variabilidad positiva.

q : es la variabilidad negativa.

N : es el tamaño de la población.

E : es la precisión o el error.

Hallando el tamaño de la muestra:

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5 \times 378}{378(0,05)^2 + (1,96)^2 \times 0,5 \times 0,5}$$

$n = 191$ usuarios hipertensos

- **Muestreo:** Aleatorio simple

3.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se procedió del modo siguiente:

- a) Se realizó gestiones de autorización para el proceso de recolección de datos ante el Director del Hospital II Essalud – Huancavelica.

- b) Aplicación del instrumento de recolección de datos a usuarios hipertensos
- c) Se realizó la tabulación y codificación de los resultados obtenidos para su respectivo análisis, síntesis, descripción e interpretación.
- d) Los datos fueron procesados estadísticamente haciendo uso del software estadístico IBM SPSS Statistics 23 y Microsoft office Excel 2016 simultáneamente estos resultados se transferirá a Microsoft Word 2016 para la presentación final de los resultados.
- e) Una vez obtenidos las tablas y gráficos estadísticos se procedió al análisis, síntesis, descripción, interpretación y discusión de los resultados obtenidos para luego llegar a las conclusiones y recomendaciones pertinentes.

3.8. TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Para el procesamiento y análisis de datos se utilizó:

➤ **Técnicas estadísticas:**

Estadística descriptiva. Tabla de frecuencias con sus respectivos gráficos.



CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

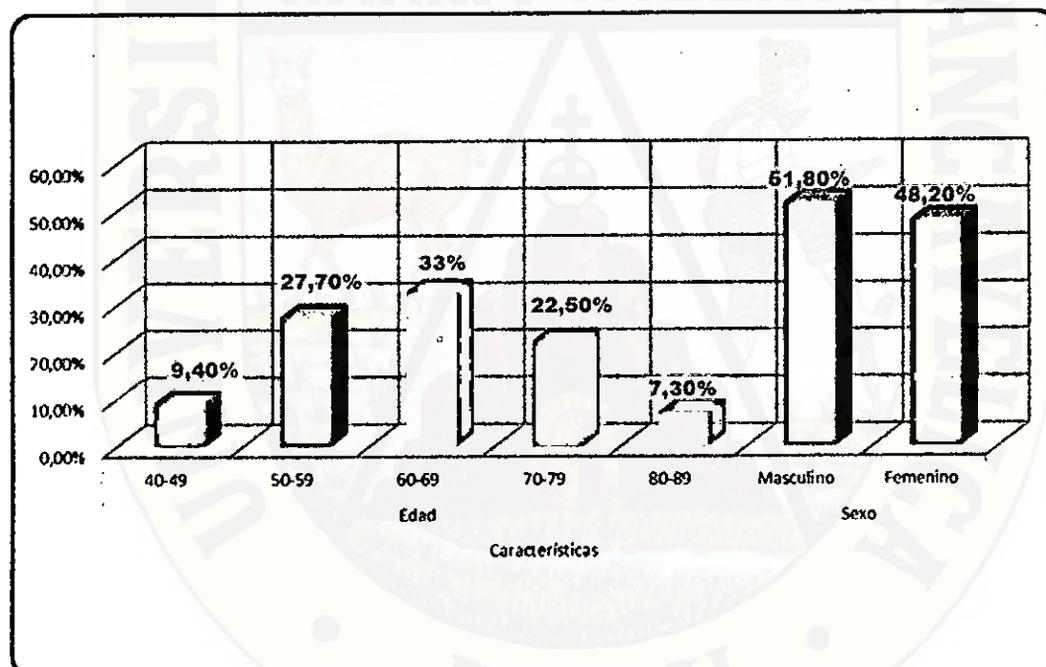
4.1. DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Tabla N° 01. Edad y sexo de usuarios hipertensos que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.

Características		f	%
Edad	40-49	18	9,4%
	50-59	53	27,7%
	60-69	63	33,0%
	70-79	43	22,5%
	80-89	14	7,3%
	Total	191	100,0%
Sexo	Masculino	99	51,8%
	Femenino	92	48,2%
	Total	191	100,0%

Fuente: Escala sobre estilos de vida aplicado, 2016.

Figura N° 01. Edad y sexo de usuarios hipertensos que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.



Fuente: Tabla N° 01

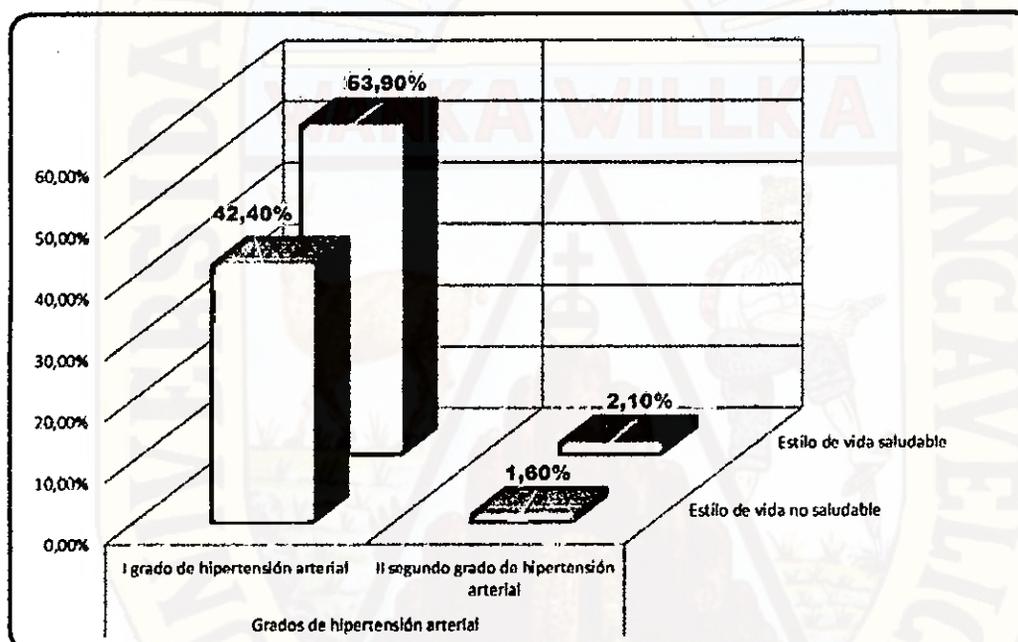
En la tabla N° 01, se observa que del 100% de usuarios hipertensos que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, el 33,0% (63) se encuentran entre 60 a 69 años de edad, seguido del 27,7% (53) entre de 50 a 59 años de edad. El 51,8% (99) pertenecen al sexo masculino y el 48,2%(92) al sexo femenino.

Tabla N° 02. Estilos de vida según grados de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.

		Grados de hipertensión arterial				Total	
		I grado de hipertensión arterial		II grado de hipertensión arterial		f	%
		f	%	f	%		
Estilos de vida	No saludable	81	42,4%	3	1,6%	84	44,0%
	Saludable	103	53,9%	4	2,1%	107	56,0%
Total		184	96,3%	7	3,7%	191	100,0%

Fuente: Escala sobre estilos de vida aplicado, 2016.

Figura N° 02. Estilos de vida según grados de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.



Fuente: Tabla N° 02

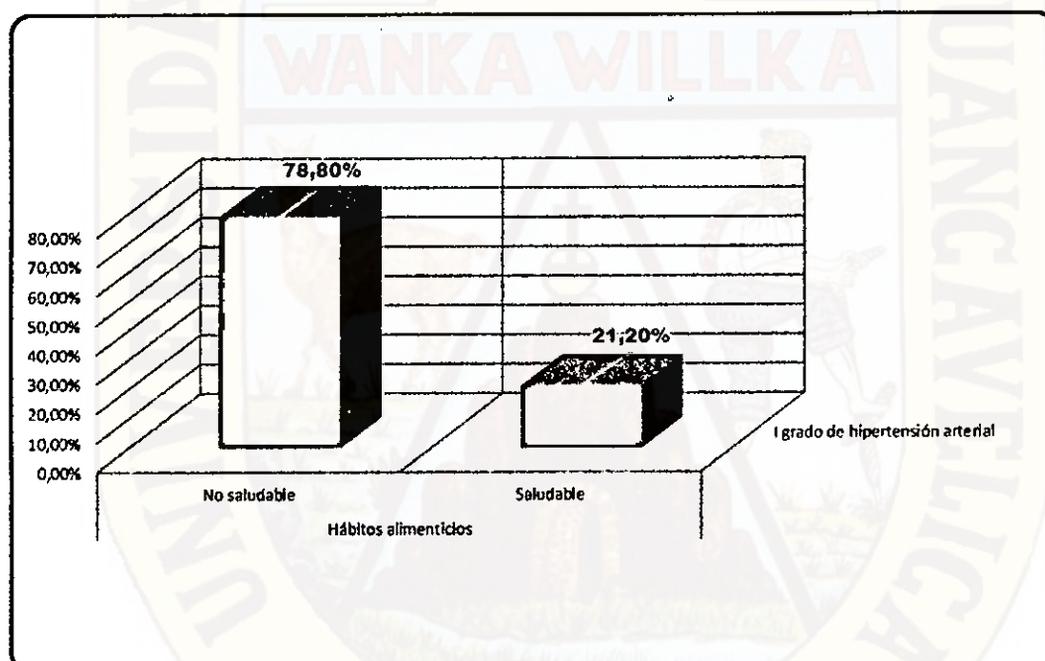
En la tabla N° 02, se observa que del 100% de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, el 56% (107) presentan estilos de vida saludables seguido del 44,0%(84) con estilos de vida no saludables. Con respecto a los grados de hipertensión arterial, existe un predominio en el I grado de hipertensión arterial, es decir el 53,9% (103) presentan estilos de vida saludables y el 42,4% (81) no saludables, existiendo una mínima proporción con II grado de hipertensión arterial equivalente al 2,1% con estilos de vida saludable y 1,6% no saludable.

Tabla N° 03. Estilos de vida en la dimensión hábitos alimenticios según I grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.

	Hábitos alimenticios			
	No saludable		Saludable	
	f	%	f	%
I grado de hipertensión arterial	145	78,8%	39	21,2%

Fuente: Escala sobre estilos de vida aplicado, 2016

Figura N° 03. Estilos de vida en la dimensión hábitos alimenticios según I grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.



Fuente: Tabla N° 03

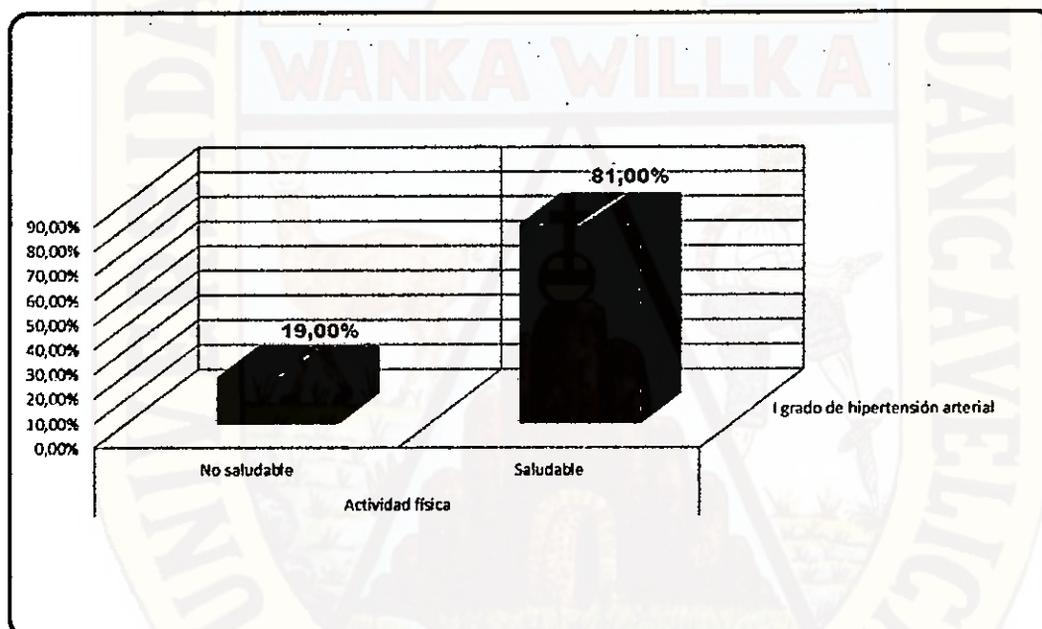
Del 100% de usuarios con I grado de hipertensión arterial, el 78,8% (145) presentan estilos de vida no saludables en la dimensión hábitos alimenticios (consumo de más de 4 vasos de gaseosa al día, consumo de carne roja más de 4 veces a la semana, consumo de dulces, helados, pasteles diariamente, consumo de alimentos salados, diariamente) y el 21,2% (39) saludables (Consumo de alimentos: desayuno, almuerzo y cena en un horario establecido, inclusión en la alimentación vegetales, frutas, pan integral, cereales, lácteos, granos enteros diariamente).

Tabla N° 04. Estilos de vida en la dimensión actividad física según I grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.

	Actividad física			
	No saludable		Saludable	
	f	%	f	%
I grado de hipertensión arterial	35	19,0%	149	81,0%

Fuente: Escala sobre estilos de vida aplicado, 2016

Figura N° 04. Estilos de vida en la dimensión actividad física según I grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.



Fuente: Tabla N° 04

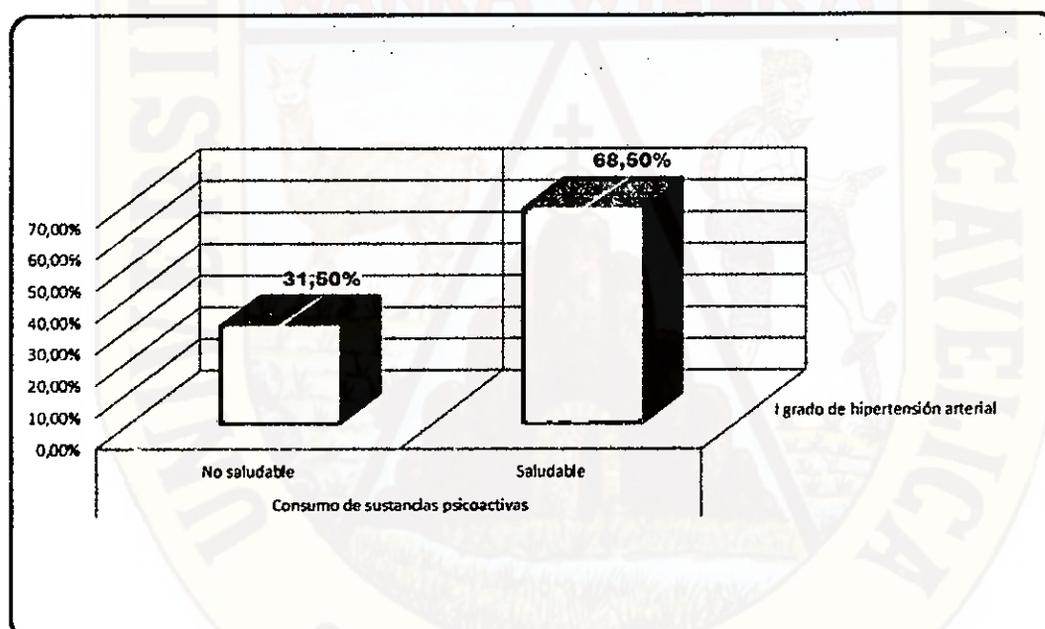
La tabla N° 04, indica que del 100% de usuarios con I grado de hipertensión arterial, el 81,0% (149) presentan estilos de vida saludables en la dimensión actividad física (realización de ejercicio como: caminatas, trotar por 30 minutos como mínimo diario) y el 19,0% (35) no saludables.

Tabla N° 05. Estilos de vida en la dimensión consumo de sustancias psicoactivas según I grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.

	Consumo de sustancias psicoactivas			
	No saludable		Saludable	
	f	%	f	%
I grado de hipertensión arterial	58	31,5%	126	68,5%

Fuente: Escala sobre estilos de vida aplicado, 2016

Figura N° 05. Estilos de vida en la dimensión consumo de sustancias psicoactivas según I grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.



Fuente: Tabla N° 05

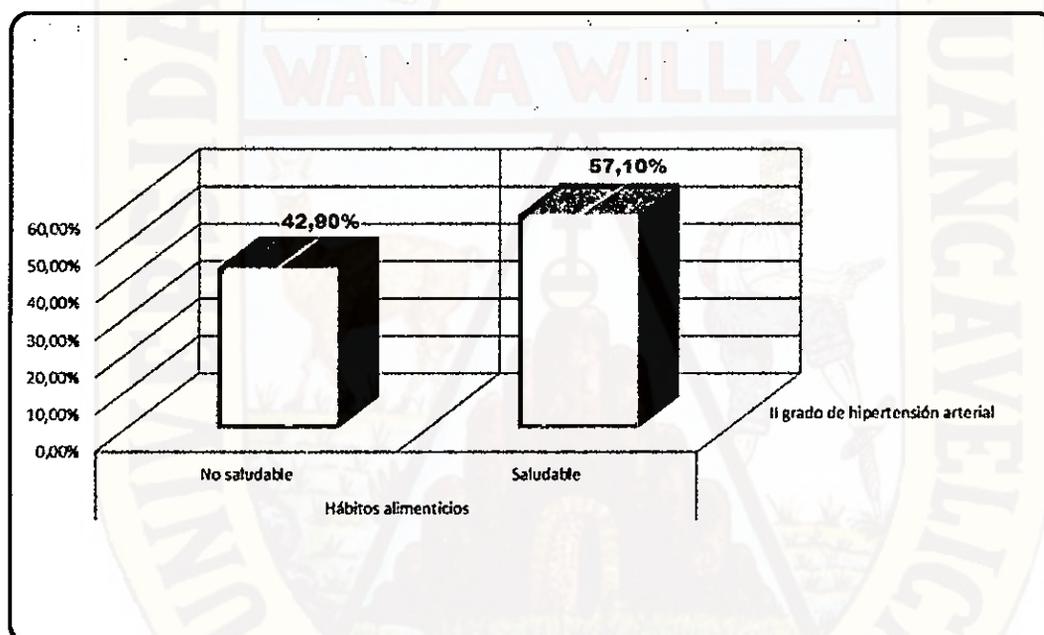
Del 100% de usuarios con I grado de hipertensión arterial, el 68,5% (126) presentan estilos de vida saludables en la dimensión consumo de sustancias psicoactivas y el 31,5% (58) no saludables: consumo de licor al menos dos veces a la semana, fumar cigarrillo o tabaco, consumo de más de dos tazas de café diariamente.

Tabla N° 06. Estilos de vida en la dimensión hábitos alimenticios según II grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.

	Hábitos alimenticios			
	No saludable		Saludable	
	f	%	f	%
II grado de hipertensión arterial	3	42,9%	4	57,1%

Fuente: Escala sobre estilos de vida aplicado, 2016

Figura N° 06. Estilos de vida en la dimensión hábitos alimenticios según II grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.



Fuente: Tabla N° 06

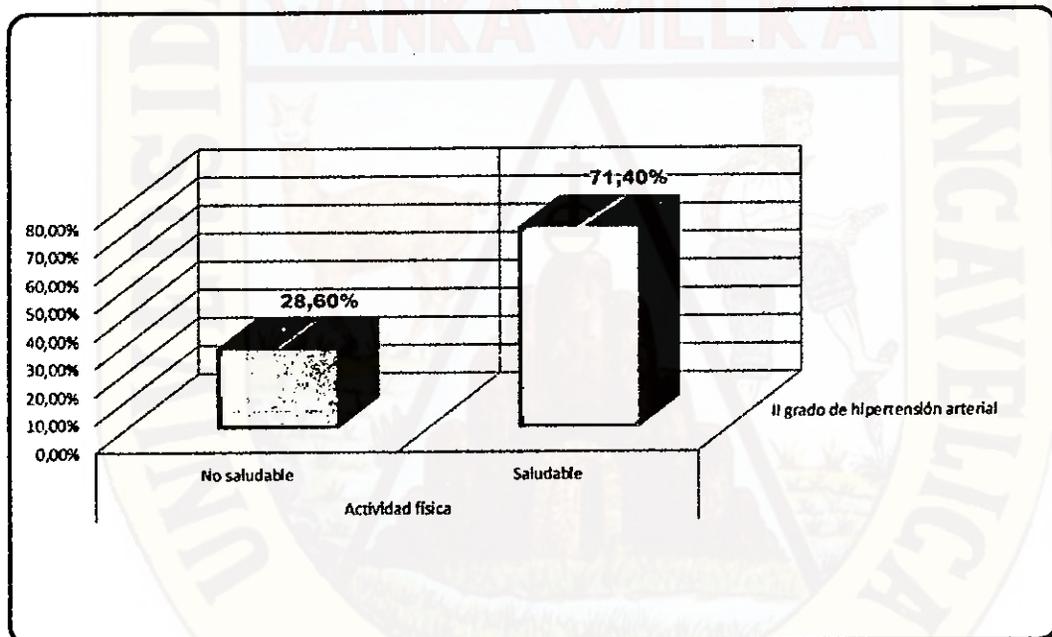
La tabla N° 06, menciona que del 100% de usuarios con II grado de hipertensión arterial, el 57,1% (4) presentan estilos de vida saludables en la dimensión hábitos alimenticios (Consumo de alimentos: desayuno, almuerzo y cena en un horario establecido, inclusión en la alimentación vegetales, frutas, pan integral, cereales, lácteos, granos enteros diariamente) y el 42,9% (3) no saludables (consumo de más de 4 vasos de gaseosa al día, consumo de carne roja más de 4 veces a la semana, consumo de dulces, helados, pasteles diariamente, consumo de alimentos salados, diariamente)

Tabla N° 07. Estilos de vida en la dimensión actividad física según el grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.

	Actividad física			
	No saludable		Saludable	
	f	%	f	%
El grado de hipertensión arterial	2	28,6%	5	71,4%

Fuente: Escala sobre estilos de vida aplicado, 2016

Figura N° 07. Estilos de vida en la dimensión actividad física según el grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.



Fuente: Tabla N° 07

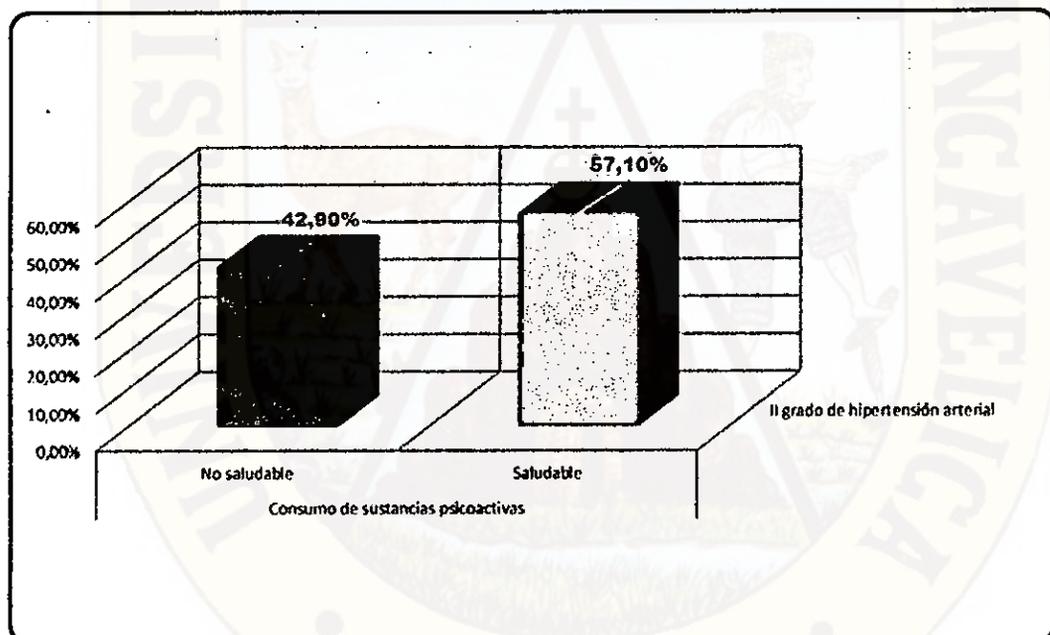
En la tabla N° 07, se observa que del 100% de usuarios con el grado de hipertensión arterial, el 71,4% (5) presentan estilos de vida saludables en la dimensión actividad física (realización de ejercicio como: caminatas, trotar por 30 minutos como mínimo diario) y el 28,6% (2) no saludables.

Tabla N° 08. Estilos de vida en la dimensión consumo de sustancias psicoactivas según el grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica; 2016.

	Consumo de sustancias psicoactivas			
	No saludable		Saludable	
	f	%	f	%
El grado de hipertensión arterial	3	42,9%	4	57,1%

Fuente: Escala sobre estilos de vida aplicado, 2016

Figura N° 08. Estilos de vida en la dimensión consumo de sustancias psicoactivas según el grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.



Fuente: Tabla N° 08.

La tabla N° 08, indica que del 100% de usuarios con el grado de hipertensión arterial, el 57,1% (4) presentan estilos de vida saludables en la dimensión consumo de sustancias psicoactivas y el 42,9% (3) no saludables: consumo de licor al menos dos veces a la semana, fumar cigarrillo o tabaco, consumo de más de dos tazas de café diariamente.

4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados del estudio indican que del 100% de usuarios hipertensos que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, el 33,0% (63) se encuentran entre 60 a 69 años de edad, seguido del 27,7% (53) entre de 50 a 59 años de edad. El 51,8% (99) pertenecen al sexo masculino y el 48,2%(92) al sexo femenino, por lo tanto estos hallazgos son similares con respecto al estudio de Janampa (8) quien precisa que del 100% (38) de usuarios, respecto a la edad, 40%(15) presentan edades de 60 a 69 años, 31%(12), presentan edades de 70 a 79 años, 29%(11) presentan de 50 a 59 años, respecto al sexo 66%(25) son de sexo femenino, y 34%(13) de sexo masculino. Por lo expuesto podemos decir que la mayoría de los pacientes hipertensos se encuentran en el rango de 60 a 69 años es decir son adultos mayores.

En relación a los estilos de vida según grados de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016, resulto que el 56% (107) presentan estilos de vida saludables seguido del 44,0% (84) con estilos de vida no saludables. Estos hallazgos coinciden parcialmente con el estudio de Janampa(8) quien precisa que del 100% (38) de pacientes hipertensos que asisten al programa educativo de hipertensión arterial del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 58%(22) tienen estilos de vida saludables y 42% (16) tienen estilos de vida no saludables. El Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Nola Pender (9) sirve de base en el estudio por ser aplicable a cualquier situación de cambio de conducta para ampliar la calidad de vida no solo de las personas que se encuentran aparentemente sanos sino también de aquéllos que presentan alguna enfermedad. Como sugerencia se deben de tomar en cuenta las características y experiencias individuales (conducta previa relacionada y factores personales) para obtener en la persona un resultado conductual

positivo y para su beneficio como lo es una conducta promotora de salud. Así mismo el Modelo de Promoción de la Salud permite explicar y predecir las conductas de salud, es por ello que al ser aplicado en el proceso Enfermero se desarrollan intervenciones de enfermería que nos permiten alcanzar y mantener un estilo de vida saludable. Es decir el modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. Por lo tanto hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la persona y se mejora hacia el futuro”.

Con respecto a los grados de hipertensión arterial, existe un predominio en el I grado de hipertensión arterial, es decir el 53,9% (103) presentan estilos de vida saludables y el 42,4% (81) no saludables, existiendo una mínima proporción con II grado de hipertensión arterial equivalente al 2,1% con estilos de vida saludable y 1,6% no saludable. La Teoría del Sistema Conductual Propuesta por Dorothy Johnson y citada por Raile y Marriner(9) considera al hombre como un sistema conductual que trata de alcanzar un equilibrio a través de ajustes y adaptaciones que consigue hasta cierto punto, para actuar de una forma eficaz y eficiente. Johnson plantea que cada subsistema es un mini sistema, con una meta y una función particular, propia y que se puede mantener siempre y cuando no se interrumpa su relación con los demás subsistemas y el entorno. Es aquí donde podemos analizar la influencia de los estilos de vida en el sistema conductual. Si bien la alteración de solo uno de los subsistemas puede afectar al sistema completo, el ciclo de la hipertensión arterial afecta generalmente a todos los subsistemas en forma directa, en distinta medida pero a todos finalmente.

Del 100% de usuarios con I grado de hipertensión arterial, el 78,8% (145) presentan estilos de vida no saludables en la dimensión hábitos alimenticios (consumo de más de 4 vasos de gaseosa al día, consumo de carne roja más de 4 veces a la semana, consumo de dulces, helados, pasteles diariamente, consumo de alimentos salados, diariamente) y el 21,2% (39) saludables (Consumo de alimentos: desayuno, almuerzo y cena en un horario establecido, inclusión en la alimentación vegetales, frutas, pan integral, cereales, lácteos, granos enteros diariamente. Estos resultados difieren parcialmente con el estudio de Acuña y Cortes (7) donde precisa que el 57% de la población estudiada considera que su alimentación es balanceada, percepción que consideran errada y cuya causa probable sea la falta de información, esto se demuestra en los datos obtenidos donde se observa que la población no consume fibra, frutas, hortalizas con la frecuencia recomendada, el consumo de gaseosas es alarmante, y el inadecuado hábito de consumir comidas rápidas empieza a desplazar la comida saludable de las mesas costarricenses. También Janampa (8) considera que los estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa educativo de hipertensión arterial del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en relación a alimentación presentan los siguientes resultados: Del 100% (38), el 37%(14) tienen estilos de vida no saludable y 63% (24) saludable. Los aspectos a estilos de vida saludable es dado porque consumen dietas, bajo en grasa y alto contenido de proteínas, evitan el consumo de alimentos salados diariamente, evitan el consumo de más de 4 vasos de gaseosa al día, 97% (37) ingiere sus alimentos principales como: desayuno, almuerzo y cena en un horario establecido, consume de cuatro a ocho vasos de agua diaria, evita el consumo de alimentos.

La tabla N° 03, indica que del 100% de usuarios con I grado de hipertensión arterial, el 81,0% (149) presentan estilos de vida saludables en la dimensión actividad física (realización de ejercicio como: caminatas, trotar por 30 minutos como mínimo diario) y el 19,0% (35) no saludables. Estos resultados coinciden con el estudio de Janampa (8) donde establecen que los estilos de vida de los pacientes hipertensos en relación a actividad física, que acuden al Programa Educativo de Hipertensión Arterial del Hospital Nacional Arzobispo Loayza el 50%(19) tienen estilos de vida saludable y 50% (19) no tienen estilos de vida saludable. Los aspectos relacionados a que no tienen estilos de vida saludable referidos a que 63%(24) no participan en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión como aeróbicos, ni realizan práctica de algún tipo de deporte como: natación, tenis, cardiobox y espinning 3 a 4 veces a la semana, mientras los aspectos que tienen estilos de vida saludable dado porque 92%(35) realizan ejercicio como: caminatas, trotar por 30 minutos como mínimo diario y 76%(24) participan en ejercicio de taichí, con fu, yoga. La ausencia de ejercicio se va acentuando progresivamente y cada vez afecta a edades más tempranas. Los cambios sociales de la era industrial, unidos a las transformaciones en los hábitos de ocio y la irrupción de tecnologías de la comunicación como Internet, conducen al ser humano hacia el sedentarismo, sin que hasta el presente haya alternativas eficaces para combatirlo. Hoy en día el sedentarismo es una epidemia en todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) confirma que realizar actividad física de forma regular es uno de los principales componentes en la prevención del creciente aumento de 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.

Del 100% de usuarios con I grado de hipertensión arterial, el 68,5% (126) presentan estilos de vida saludables en la dimensión consumo de sustancias psicoactivas y el 31,5% (58) no saludables: consumo de licor al menos dos veces a la semana, fumar cigarrillo o tabaco, consumo de más de dos tazas de café diariamente. Estos resultados son similares con el estudio de Janampa (8) donde indica que el 47%(18) tienen estilos de vida no saludable y 53% (20) tienen estilos de vida saludable. Los aspectos relacionados a estilos de vida saludable dado, que en su vida diaria evita consumir bebidas alcohólicas o fumar cigarrillos o consumir drogas, evita consumir sustancias psicoactivas como: marihuana, cocaína, éxtasis u otras, evita el consumo de más de 3 coca colas normales o light al día, 95%(36) evita consumir más de dos tazas de café diariamente.

Las enfermedades crónicas no transmisibles, afectan a todos los grupos de edad y representan un grupo heterogéneo de padecimientos como la diabetes e hipertensión arterial, entre otros; constituyendo un problema de salud pública por ser una causa de morbilidad, en el marco del proceso de envejecimiento de la población en nuestro país y por el modo de vida poco saludable.

Según la OMS la Hipertensión Arterial causa la muerte anualmente a 9,4 millones de personas en el mundo y es responsable del 45% de los ataques de corazón y del 51% de los derrames cerebrales, la Agencia Sanitaria de Naciones Unidas menciona que las enfermedades cardiovasculares producen la muerte anualmente a 17 millones de personas; y de estos, 9,4 millones de decesos están ligados directamente a problemas de hipertensión. La hipertensión arterial es un estado patológico caracterizado por un aumento de la tensión arterial por encima de los valores normales, es decir cuando se encuentran en cifras tensionales por encima de 140-90 mmHg en tres tomas realizadas en diferentes días y/o en diferentes

posiciones ya sea en decúbito dorsal o posición sentada, con intervalo de 5 minutos, tomando en cuenta que previo a la toma el paciente debe tener un reposo mínimo de 15 minutos, es ocasionada por un estrechamiento de unas arterias muy pequeñas denominadas «arteriolas» que regulan el flujo sanguíneo en el organismo. A medida que estas arteriolas se estrechan (o contraen), el corazón tiene que esforzarse más por bombear la sangre a través de un espacio más reducido, y la presión dentro de los vasos sanguíneos aumenta. La mayor parte del tiempo, no hay síntomas. Los síntomas que pueden ocurrir abarcan: dolor torácico, confusión, vértigos, adormecimiento de mitad del cuerpo, mareos al levantarse o al cambiar de posición, zumbido o ruido en el oído (Tinnitus), fatiga, cefalea, taquicardias o aceleración de la frecuencia cardíaca, dentro de las complicaciones tenemos: aterosclerosis, insuficiencia cardíaca, accidente Cerebro Vascular, enfermedad renal y daño ocular, el tratamiento antihipertensivo se debe considerar dos componentes importantes: modificaciones del estilo de vida (nutrición adecuada, actividad física, evitar consumo de sustancias psicoactivas) y el tratamiento farmacológico(8).

CONCLUSIONES

- Del 100% (191) de usuarios hipertensos que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, el 33,0% (63) se encuentran entre 60 a 69 años de edad, seguido del 27,7% (53) entre de 50 a 59 años de edad. El 51,8% (99) pertenecen al sexo masculino y el 48,2% (92) al sexo femenino.
- El 56% de usuarios hipertensos que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica (107) presentan estilos de vida saludables seguido del 44,0%(84) con estilos de vida no saludables. Con respecto a los grados de hipertensión arterial, existe un predominio en el I grado de hipertensión arterial, es decir el 53,9% (103) presentan estilos de vida saludables y el 42,4% (81) no saludables, existiendo una mínima proporción con II grado de hipertensión arterial equivalente al 2,1% con estilos de vida saludable y 1,6% no saludable.
- Del 100% de usuarios con I grado de hipertensión arterial, el 78,8% (145) presentan estilos de vida no saludables en la dimensión hábitos alimenticios (consumo de más de 4 vasos de gaseosa al día, consumo de carne roja más de 4 veces a la semana, consumo de dulces, helados, pasteles diariamente, consumo de alimentos salados, diariamente) y el 21,2% (39) saludables (Consumo de alimentos: desayuno, almuerzo y cena en un horario establecido, inclusión en la alimentación vegetales, frutas, pan integral, cereales, lácteos, granos enteros diariamente).
- El 81,0% (149) de usuarios con I grado de hipertensión arterial presentan estilos de vida saludables en la dimensión actividad física

(realización de ejercicio como: caminatas, trotar por 30 minutos como mínimo diario) y el 19,0% (35) no saludables.

- Del 100% de usuarios con I grado de hipertensión arterial, el 68,5% (126) presentan estilos de vida saludables en la dimensión consumo de sustancias psicoactivas y el 31,5% (58) no saludables: consumo de licor al menos dos veces a la semana, fumar cigarrillo o tabaco, consumo de más de dos tazas de café diariamente.
- El 57,1% (4) de usuarios con II grado de hipertensión arterial presentan estilos de vida saludables en la dimensión hábitos alimenticios (Consumo de alimentos: desayuno, almuerzo y cena en un horario establecido, inclusión en la alimentación vegetales, frutas, pan integral, cereales, lácteos, granos enteros diariamente) y el 42,9% (3) no saludables (consumo de más de 4 vasos de gaseosa al día, consumo de carne roja más de 4 veces a la semana, consumo de dulces, helados, pasteles diariamente, consumo de alimentos salados, diariamente).
- Del 100% de usuarios con II grado de hipertensión arterial, el 71,4% (5) presentan estilos de vida saludables en la dimensión actividad física (realización de ejercicio como: caminatas, trotar por 30 minutos como mínimo diario) y el 28,6% (2) no saludables.
- El 57,1% (4) de usuarios con II grado de hipertensión arterial presentan estilos de vida saludables en la dimensión consumo de sustancias psicoactivas y el 42,9% (3) no saludables: consumo de licor al menos dos veces a la semana, fumar cigarrillo o tabaco, consumo de más de dos tazas de café diariamente.

RECOMENDACIONES

Al Hospital II Essalud – Huancavelica.

- Que el personal de salud desarrolle programas de educación permanente dirigida al paciente hipertenso orientada a medidas preventivas, promocionales y de tratamiento.

A la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Huancavelica.

- Realizar trabajos de investigación científica con mayor profundidad de las variables de estudio.
- Realizar trabajos de extensión y proyección social sobre promoción y prevención de estilos de vida saludables e hipertensión arterial.

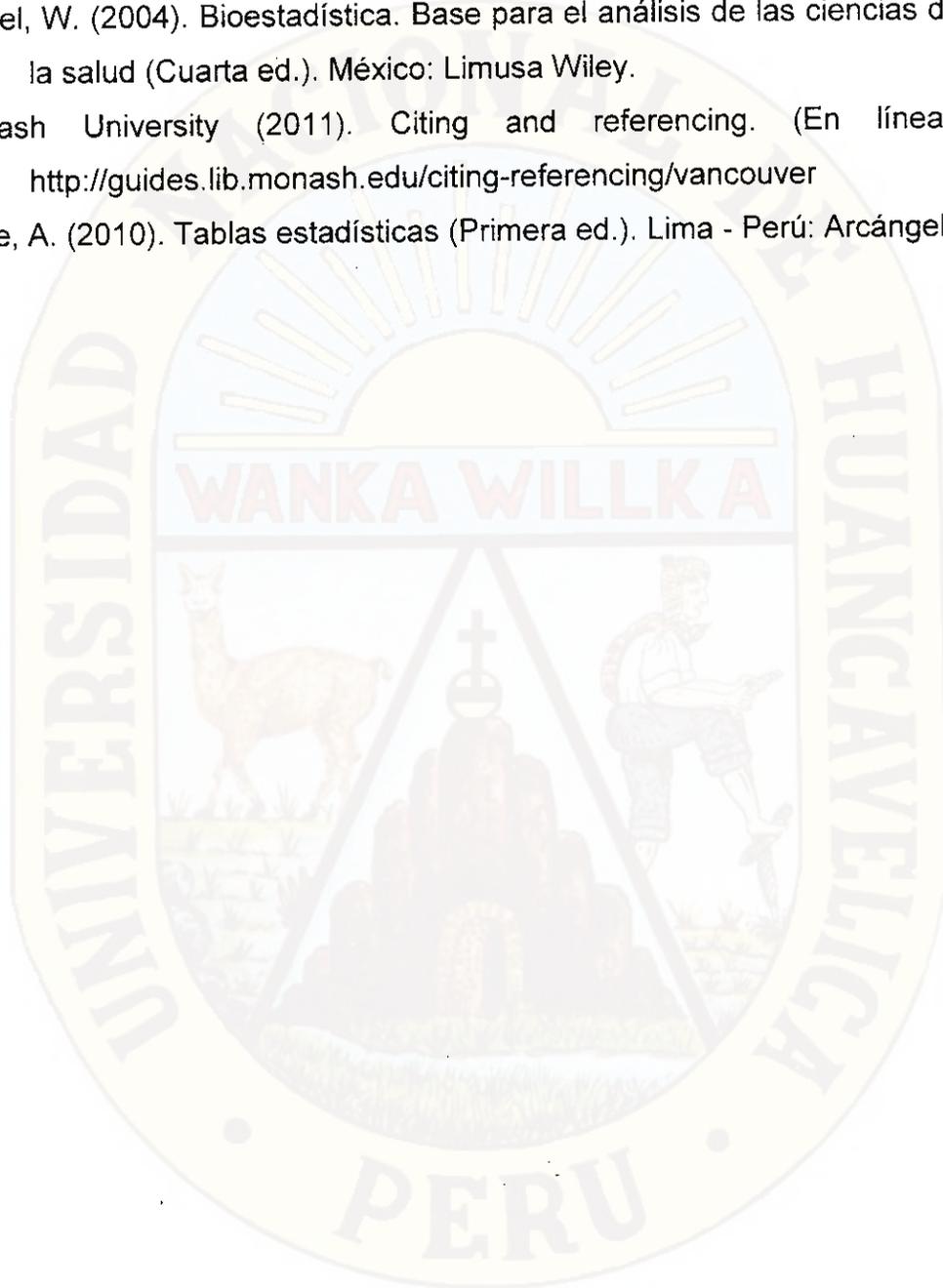
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

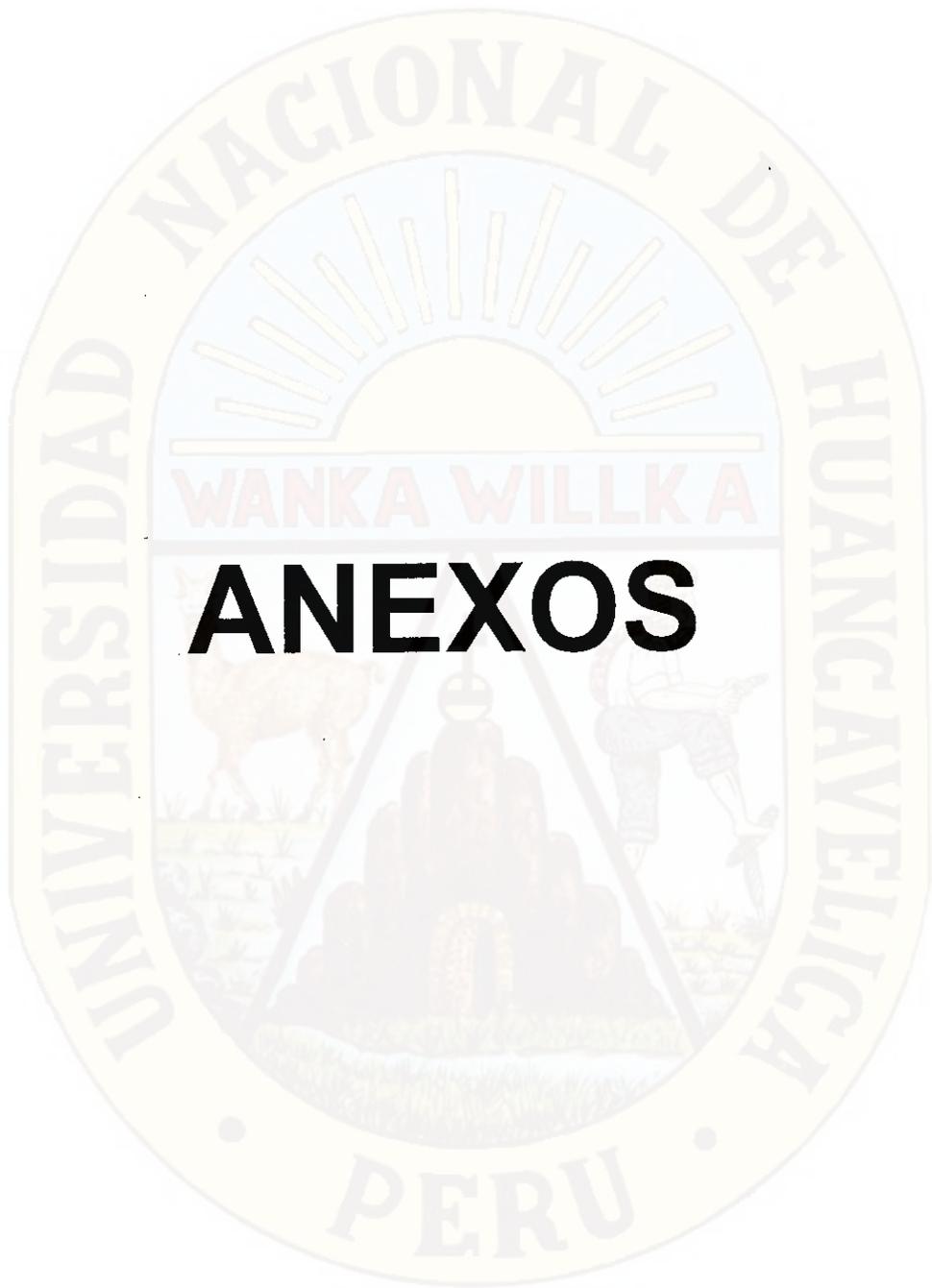
1. OMS. Día Mundial de la Hipertensión. 2016.
2. INEI. Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2014. Lima Perú2015. Available from: https://www.google.com/search?q=datos+estadisticos+de+hipertension+arterial+en+el+año+2016,+Peru&bav=on.2,or.&biw=1920&bih=945&client=firefox-b&ech=1&psi=s_qwV67qHoO4eM.
3. Vlásica J. Hipertensión arterial: Conoce cómo puedes evitar esta enfermedad. Portal Salud en Casa ed. Lima, Perú2014.
4. Fernández S. Nota de prensa sobre hipertención arterial. Huancaveliva: DIRESA – HVCA, 2013.
5. Peña J. Nota de prensa: Casos de diabetes e hipertensión arterial se incrementan en un 24%. Estrategia de Prevención de los Daños Transmisibles de la DIRESA Huancavelica ed. Huancavelica2016.
6. Méndez V, Soriano C, Hernández R, Plantas SA. Estilos de vida en pacientes hipertensos atendidos en un hospital público Revista horizontes. 2009.
7. Acuña Y, Cortes R. Promoción de estilos de vida saludable área de salud de esparza [Tesis de maestría]. San José, Costa Rica Instituto centroamericano de administración pública; 2012.
8. Janampa F. Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa educativo de hipertensión arterial en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2012 [Tesis de pos grado]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.
9. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. España: Elsevier 2011 18 de junio del 2013. 816 p.
10. Mataix J. Nutrición para educadores 2005. Available from: https://books.google.com.pe/books?id=Ow5O1EQzqHAC&pg=PA536&dq=GRADOS+DE+HIPERTENSION&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=GRADOS%20DE%20HIPERTENSION&f=false.

11. Oblitas LA. *Psicología de la Salud y calidad de vida*. México 2010. Available from: https://books.google.com.pe/books?id=LXR_dkV_XNcC&pg=PA29&dq=estilos+de+vida+saludable&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=estilos%20de%20vida%20saludable&f=false.
12. Cegarra J. *Metodología de la investigación científica y tecnológica*. España: Ediciones Díaz de Santos; 2011. 376 p.
13. Bernal CA. *Metodología de la investigación*. España: Pearson Educación; 2006. 286 p.
14. *Diccionario de la investigación científica*. México: Editorial Limusa; 2004. Método estadístico; p. 173.
15. Yániz C, Villardón L. *Planificar desde competencias para promover el aprendizaje*. México: Universidad de Deusto; 2008. 129 p.
16. Prat M, Soler S. *Actitudes, valores y normas en la educación física y el deporte: reflexiones y propuestas didácticas*. España: INDE; 2003. 224 p.
17. Icart T, Pulpón A. *Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis*. España: Edicions Universitat Barcelona; 2012. 252 p.
18. Hurtado I, Toro J. *Paradigmas Y Metodos de Investigacion en Tiempos de Cambios [Libro electrónico]*. Venezuela: El Nacional; 2007 [cited 2013 13 de junio]. Available from: http://books.google.com.pe/books?id=pTHLXXMa90sC&pg=PA101&dq=dise%C3%B1os+en+investigaci%C3%B3n&hl=es&sa=X&ei=cnvIUduTMNay4AO5_IBg&ved=0CDAQ6AEwATgK#v=onepage&q=dise%C3%B1os%20en%20investigaci%C3%B3n&f=false.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- Daniel, W. (2004). Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud (Cuarta ed.). México: Limusa Wiley.
- Monash University (2011). Citing and referencing. (En línea).
<http://guides.lib.monash.edu/citing-referencing/vancouver>
- Torre, A. (2010). Tablas estadísticas (Primera ed.). Lima - Perú: Arcángel.





ANEXOS

ANEXO N° 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

“ESTILOS DE VIDA SEGÚN GRADOS DE HIPERTENSION ARTERIAL EN USUARIOS QUE ACUDEN AL HOSPITAL II ESSALUD - HUANCVELICA, 2016”

FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	METODOLOGIA
<p>PREGUNTA GENERAL ¿ Cómo son los estilos de vida según grados de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016?</p> <p>PREGUNTAS ESPECÍFICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Cómo son los estilos de vida en la dimensión hábitos alimenticios según I grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016? - ¿Cómo son los estilos de vida en la dimensión actividad física según I grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016? - ¿Cómo son los estilos de vida en la dimensión consumo de sustancias psicoactivas según I grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016? - ¿Cómo son los estilos de vida en la dimensión hábitos alimenticios según II grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016? - ¿Cómo son los estilos de vida en la dimensión actividad física según II grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016? - ¿Cómo son los estilos de vida en la dimensión consumo de sustancias psicoactivas según II grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016? 	<p>OBJETIVO GENERAL Determinar los estilos de vida según grados de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar los estilos de vida en la dimensión hábitos alimenticios según I grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016. - Evaluar los estilos de vida en la dimensión actividad física según I grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016. - Evaluar los estilos de vida en la dimensión consumo de sustancias psicoactivas según I grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016. - Evaluar los estilos de vida en la dimensión hábitos alimenticios según II grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016. - Evaluar los estilos de vida en la dimensión actividad física según II grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016. - Evaluar los estilos de vida en la dimensión consumo de sustancias psicoactivas según II grado de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016. 	<p>Variable 1: Estilos de vida según grados de hipertensión arterial</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN: Transversal.</p> <p>NIVEL DE INVESTIGACIÓN: Descriptivo</p> <p>MÉTODO DE INVESTIGACIÓN: Deductivo, inductivo y estadístico.</p> <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • TÉCNICA: Psicométrica. • INSTRUMENTO: Escala. <p>DISEÑO DE INVESTIGACIÓN: No experimental transversal descriptivo.</p> <p>POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Población: 378 usuarios hipertensos. • Muestra: 191 usuarios hipertensos. • Muestreo: aleatorio simple <p>TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS Técnica estadística:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estadística descriptiva. - Estadística inferencial

ANEXO Nº 02 ESCALA SOBRE ESTILOS DE VIDA

Autora: Florabel Janampa Auccasi

I. INTRODUCCIÓN:

Apreciado (a) señor (a). Buenos (días / tardes), la presente escala tiene como Objetivo evaluar, a los usuarios con hipertensión arterial que acuden al Hospital Nacional II EsSalud. El cual es de anónimo y confidencial por lo cual se le solicita su colaboración de brindar, respuestas sinceras y veraces. Se agradece por anticipado su participación.

II. DATOS GENERALES:

Edad
40 - 49 ()
50 - 59 ()
60 - 69 ()
70 - 79 ()
80 - 89 ()

- Sexo: M () F ()

III. INSTRUCCIONES:

Marque con un aspa (x) en el recuadro donde figura las alternativas de respuesta que considere adecuado.

- SIEMPRE ()
ALGUNAS VECES ()
NUNCA ()

IV. DATOS ESPECÍFICOS:

	ITEM	ALTERNATIVAS DE RESPUESTA		
		Siempre	Algunas veces	Nunca
	HABITOS ALIMENTICIOS			
1.	¿Usted ingiere sus alimentos principales como: desayuno, almuerzo y cena en un horario establecido?	Siempre (3)	Algunas veces(2)	Nunca (1)
2.	¿Realiza consumo de dietas, bajo en grasa y alto contenido de proteínas?	Siempre (3)	Algunas veces(2)	Nunca (1)
3.	¿Consumes la leche cremosa diariamente (la azul)?	Siempre (1)	Algunas veces(2)	Nunca (3)
4.	¿Consumes de cuatro a ocho vasos de agua diaria?	Siempre (3)	Algunas veces(2)	Nunca (1)
5.	¿Consumes alimentos salados como: conservas, embutidos, encurtidos y otros diariamente?	Siempre (1)	Algunas veces(2)	Nunca (3)
6.	¿Prefiere el yogurt y la leche en comparación al café, chocolate y te?	Siempre (3)	Algunas veces(2)	Nunca (1)
7.	¿Consumes leche descremada diariamente (la roja)?	Siempre (3)	Algunas veces(2)	Nunca (1)
8.	¿Consumes alimentos salados, diariamente?, es decir agrega sal adicional a su comida?	Siempre (1)	Algunas veces(2)	Nunca (3)
9.	¿Consumes gaseosas más de cuatro veces a la semana?	Siempre	Algunas	Nunca

		(1)	veces(2)	(3)
10.	¿Consume más de 4 vasos de gaseosa al día?	Siempre (1)	Algunas veces(2)	Nunca (3)
11.	¿En su alimentación incluye vegetales, frutas, pan integral, cereales, lácteos, granos enteros diariamente?	Siempre (3)	Algunas veces(2)	Nunca (1)
12.	¿Incluye Ud., las frutas y verduras en los 3 principales alimentos(desayuno, almuerzo y cena)	Siempre (3)	Algunas veces(2)	Nunca (1)
13.	¿Consume pescado y pollo más que carnes rojas?	Siempre (3)	Algunas veces(2)	Nunca (1)
14.	¿Consume dulces, helados, pasteles diariamente?	Siempre (1)	Algunas veces(2)	Nunca (3)
15.	¿Consume Ud. carne roja más de 4 veces a la semana?	Siempre (1)	Algunas veces(2)	Nunca (3)
16.	¿Consume alimentos ahumados como: carnes, pescado y quesos ahumados?	Siempre (1)	Algunas veces(2)	Nunca (3)
ACTIVIDAD FISICA				
17.	¿Participa en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión: aeróbicos?	Siempre (3)	Algunas veces(2)	Nunca (1)
18.	¿Realiza usted ejercicio como: caminatas, trotar por 30 minutos como mínimo diario?	Siempre (3)	Algunas veces(2)	Nunca (1)
19.	¿Realiza práctica de algún tipo de deporte como: natación, tenis, cardiobox y espinig 3 a 4 veces a la semana?	Siempre (3)	Algunas veces(2)	Nunca (1)
20.	¿Participa en ejercicio de taichí, con fu, yoga?	Siempre (3)	Algunas veces(2)	Nunca (1)
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS				
21.	¿Prohíbe usted que fumen en su presencia?	Siempre (3)	Algunas veces(2)	Nunca (1)
22.	¿Cuándo usted empieza a beber cualquier tipo de bebida alcohólica, puede reconocer en que momento deja de tomar?	Siempre (3)	Algunas veces(2)	Nunca (1)
23.	¿Fuma cigarrillo o tabaco?	Siempre	Algunas veces	Nunca
24.	¿Consume usted licor al menos dos veces a la semana?	Siempre (1)	Algunas veces(2)	Nunca (3)
25.	¿Cuando usted presenta algún problema, angustia, en su vida diaria tiende a consumir bebidas alcohólicas o fumar cigarrillos o consumir drogas	Siempre (1)	Algunas veces(2)	Nunca (3)
26.	¿Usted consume sustancias psicoactivas como: marihuana, cocaína, éxtasis u otras?	Siempre (1)	Algunas veces(2)	Nunca (3)
27.	¿Usted consume más de dos tazas de café diariamente?	Siempre (1)	Algunas veces(2)	Nunca (3)
28.	¿Usted consume más de 3 coca colas normales o light al día?	Siempre (1)	Algunas veces(2)	Nunca (3)

ANEXO Nº 03
VALIDEZ DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Se aplica la fórmula "r de Pearson" en cada uno de los ítems del instrumento según estructura.

$$R = \frac{N \sum (x_i y_i) - (\sum y_i)}{[N (\sum x^2) - (\sum x_i)^2]^{1/2} [N (\sum y^2) - (\sum y_i)^2]^{1/2}}$$

ÍTEMS	PEARSON	ÍTEMS	PEARSON	ÍTEMS	PEARSON
1	0.59	11	0.65	21	0.46
2	0.55	12	0.52	22	0
3	0.58	13	0.67	23	0
4	0.33	14	0.69	24	0
5	0.38	15	0.48	25	0
6	0.59	16	0.67	26	0
7	0.62	17	0.67	27	0.57
8	0.43	18	0.27	28	0
9	0.51	19	0.65		
10	0.64	20	0.73		

Si $r > 0.20$, el instrumento es válido en cada uno de los ítems, excepto en los ítems Nº 22, 23, 24, 25, 26 y 28 los cuales no alcanzan el valor deseado, sin embargo por su importancia en el estudio se conservan.

ANEXO N° 04

CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar la prueba y se midió con el coeficiente de confiabilidad de Alfa de Cronbach, cuya fórmula es

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum S_r^2}{S_t^2} \right]$$

Leyenda:

k = Número de reactivos.

$\sum S_r^2$ = Varianza de cada reactivo.

S_t^2 = Varianza del instrumento.

Resultado:

Alfa de Cronbach = 0,88

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,88	22

Escala de alfa de Cronbach:

- De 0,00 a 0,20 = Muy baja
- De 0,21 a 0,40 = Baja
- De 0,41 a 0,60 = Regular
- De 0,61 a 0,80 = Aceptable
- De 0,81 a 1,00 = Elevada

El instrumento presenta una CONFIABILIDAD ELEVADA, por presentar un alfa de Cronbach igual a 0,88; es decir tiene una confiabilidad del 88%.

ANEXO N° 04
CATEGORIZACIÓN DE VARIABLES

I. PUNTAJE GENERAL

Variable: Estilos de vida según grados de hipertensión arterial.

- Puntaje mínimo: 28
- Puntaje máximo: 84
- **Categorías:**
 - No saludable: 28 a 56
 - Saludable: 57 a 84

II. PUNTAJE POR DIMENSIONES

Hábitos alimenticios

- Puntaje mínimo: 16
- Puntaje máximo: 48
- **Categorías:**
 - No saludable: 16 a 32
 - Saludable: 33 a 48

ACTIVIDAD FISICA

- Puntaje mínimo: 4
- Puntaje máximo: 12
- **Categorías:**
 - No saludable: 4 a 8
 - Saludable: 9 a 12

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

- Puntaje mínimo: 8
- Puntaje máximo: 24
- **Categorías:**
 - No saludable: 8 a 16
 - Saludable: 17 a 24

ANEXO N° 05
IMAGENES





1

ANEXO N° 05
ARTÍCULO CIENTÍFICO

**ESTILOS DE VIDA SEGÚN GRADOS DE HIPERTENSION ARTERIAL EN USUARIOS
QUE ACUDEN AL HOSPITAL II ESSALUD - HUANCVELICA, 2016**

Huarancca, T. P. ; Yaranga, R.

Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Huancavelica, Huancavelica, Perú

RESUMEN:

Objetivo. El objetivo fue determinar los estilos de vida según grados de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016. **Material y Método.** El estudio fue de nivel descriptivo. La muestra estuvo conformada por 191 usuarios hipertensos que pertenecen al Club de Diabetes e Hipertensión Arterial “Amigos de la vida”. La técnica fue la psicométrica y el instrumento una escala. **Resultados.** Del 100% de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, el 56% (107) presentan estilos de vida saludables seguido del 44,0%(84) con estilos de vida no saludables. Con respecto a los grados de hipertensión arterial, existe un predominio en el I grado de hipertensión arterial, es decir el 53,9% (103) presentan estilos de vida saludables y el 42,4% (81) no saludables, existiendo una mínima proporción con II grado de hipertensión arterial equivalente al 2,1% con estilos de vida saludable y 1,6% no saludable; en relación a hábitos alimenticios el 78,8% (145) presentan estilos de vida no saludables y 21,2% (39) tienen estilos de vida saludables; del 100% de usuarios con I grado de hipertensión arterial, el 81,0% (149) presentan estilos de vida saludables en la dimensión actividad física (realización de ejercicio como: caminatas, trotar por 30 minutos como mínimo diario) y el 19,0% (35) no saludables; El 68,5% (126) presentan estilos de vida saludables en la dimensión consumo de sustancias psicoactivas y el 31,5% (58) no saludables: consumo de licor al menos dos veces a la semana, fumar cigarrillo o tabaco, consumo de más de dos tazas de café diariamente. **Conclusión.** El mayor porcentaje tienen estilos de vida saludable porque consumen dietas, bajo en grasa y alto contenido de proteínas, realizan ejercicio como: caminatas, no fuma cigarrillos, ni consume licor al menos 2 veces por semana.

Palabras claves: Estilos de vida, grados de hipertensión arterial

TYLES OF LIFE ACCORDING TO DEGREES OF ARTERIAL
HYPERTENSION IN USERS THAT GO TO HOSPITAL II ESSALUD -
HUANCVELICA, 2016

Huarancca, T. P.; Yaranga, R.

Faculty of Nursing, National University of Huancavelica, Huancavelica, Peru

SUMMARY:

Objective. The objective was to determine the lifestyles according to the degrees of arterial hypertension of users who attend Hospital II Essalud - Huancavelica, 2016. **Material and Method.** The study was descriptive level. The sample consisted of 191 hypertensive users who belong to the Club of Diabetes and Hypertension "Friends of life". The technique was the psychometric and the instrument a scale. **Results.** Of the 100% of users attending Hospital II Essalud - Huancavelica, 56% (107) presented healthy

lifestyles followed by 44.0% (84) with unhealthy lifestyles. With respect to the degrees of arterial hypertension, there is a predominance in the I degree of arterial hypertension, that is to say, 53.9% (103) present healthy lifestyles and 42.4% (81) unhealthy, with a minimum Proportion with II degree of hypertension equivalent to 2.1% with healthy lifestyles and 1.6% unhealthy; In relation to eating habits, 78.8% (145) present unhealthy lifestyles and 21.2% (39) have healthy lifestyles; Of the 100% of users with I degree of arterial hypertension, 81.0% (149) presented healthy lifestyles in the physical activity dimension (exercise exercise such as: walking, jogging for 30 minutes at least daily) and 19, 0% (35) unhealthy; 68.5% (126) presented healthy lifestyles in the dimension of psychoactive substances consumption and 31.5% (58) unhealthy: consumption of liquor at least twice a week, smoking cigarette or tobacco, consumption of More than two cups of coffee daily. Conclusion. The highest percentage have healthy lifestyles because they consume diets, low in fat and high protein content, perform exercise such as: walks, do not smoke cigarettes, or consume liquor at least 2 times a week.

Key words: Lifestyles, degrees of arterial hypertension

INTRODUCCIÓN.

La Organización Mundial de la Salud en el año 2016 informa que la hipertensión afecta a entre el 20% y el 40% de los adultos en Latinoamérica y el Caribe, lo que representa alrededor de unas 250 millones de personas. La presión arterial elevada es el principal factor de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares como enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebrovasculares. Cada año, alrededor de 1.6 millones de personas mueren por estas enfermedades en Latinoamérica y el Caribe, de ellos, medio millón antes de cumplir los 70 años (1).

En el Perú en el año 2014, más del 45 % de personas desconocen que padecen de hipertensión arterial, lo cual conlleva a que existan mayores casos de accidentes cerebro vascular, infartos al corazón, insuficiencia cardíaca, ceguera e insuficiencia renal. Esto debido a diversos factores como la obesidad, estrés, sedentarismo, factores metabólicos, como la diabetes y las dislipidemias de acuerdo al balance realizado en dos estudios denominados Tornasol y II, efectuados por la Sociedad Peruana de Cardiología. Es por ello que el mayor grupo de los hipertensos se encuentran entre los 20 y 50 años, existiendo también hipertensos hasta la octava década de vida. “Hay que indicar que en dichas evaluaciones del grupo que conocían que eran hipertensos solo el 70 % tenía un tipo de tratamiento, y de ellos solo el 43 % estaban controlados adecuadamente. En el Tornasol II, cinco años después hubo una ligera mejoría en el porcentaje de controlados, sin embargo permanecían altos bordeando 40 % , que no estaban debidamente controlados y medicados”. El estudio comprendió 26 ciudades, las de mayor incremento de hipertensos de la Costa encontramos en Chiclayo, Trujillo, Chimbote, Callao, Lima e Ica; en ciudades de la Sierra: Chachapoyas, Huánuco, Cusco, Huancavelica y Puno y en la Selva: Iquitos y Tarapoto. “Asimismo los peruanos se han vuelto sedentarios, consumiendo mucha sal en exceso, la comida “chatarra”, el alcohol, el cigarrillo y algunos recurren a una adicción a las drogas, lo cual conlleva a una reducción en su nivel de vida. “La hipertensión arterial por si no se transmite, lo que se transmiten son los malos hábitos, por ello uno ve en la calle que los niños gorditos son producto de padres que mantienen una pésima alimentación(2)

Méndez y otros(3) en la investigación “Estilos de vida en pacientes hipertensos atendidos en un Hospital Público”, mencionan que el sexo que predomina en los encuestados fue el femenino, observando una mínima diferencia en cuanto al sexo masculino. En cuanto a la edad de los pacientes con hipertensión la más frecuente fue de 50 y 54 años este dato coincide de forma similar con el Plan Nacional de Salud 2001-2006; el cual menciona que la frecuencia de la hipertensión arterial aumenta con la edad después de los 50 años, casi el 50% de la población la padece. Con respecto a la medición del índice de masa corporal se encontró que un 30.5% presenta obesidad de grado I y un 26.3% obesidad de grado II. Al recolectar los datos a los pacientes si realizaban ejercicio el 61.1% contestó que no, y solo el 38.9% respondió que sí, de estos la actividad que más realizan es caminar, algunos de diariamente de 30 a 45 minutos.

El control eficaz de la presión arterial resulta esencial en las personas hipertensas, incluso en los pacientes renales crónicos. Su tratamiento produce un profundo impacto en la morbilidad y la mortalidad, sobre todo a causa de enfermedad cardiovascular. La etiología de la hipertensión arterial todavía es poco clara, aunque se sabe que los factores que influyen en la integridad de los vasos sanguíneos también intervienen en la evolución de la enfermedad. El hábito de fumar, la inactividad física y, probablemente, el estrés emocional son factores de riesgo. Varios aspectos nutricionales han sido relacionados con el desarrollo de hipertensión arterial, entre ellos la obesidad, el consumo excesivo de alcohol y la ingesta eficiente de potasio, magnesio y calcio. El sodio posee un papel importante en el tratamiento, sobre todo en los individuos sensibles a la sal. tales como los ancianos y los negros. Dado que todos estos factores son pasibles de modificación independientemente de la genética, es importante un trabajo intensivo con los pacientes que induzca cambios alimentarios y del estilo de vida para una mejor prevención y tratamiento de la hipertensión arterial.

Janampa (5) en la tesis titulada “Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa educativo de hipertensión arterial en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2012” Lima, Perú los hallazgos indican que Del 100% (38), 58%(22) tienen estilos de vida saludable y 42% (16) tienen estilos de vida no saludable; en relación a alimentación 37%(14) tienen estilos de vida no saludable y 63% (24) tienen estilos de vida saludable; en relación a actividad física 50%(19) tienen estilos de vida saludable y 50% (19) no tienen estilos de vida saludable; en relación al consumo de sustancias psicoactivas, 47%(18) tienen estilos de vida no saludable y 53% (20) tienen estilos de vida saludable. Conclusiones. El mayor porcentaje tienen estilos de vida saludable porque consumen dietas, bajo en grasa y alto contenido de proteínas, realizan ejercicio como: caminatas, trotar por 30 minutos como mínimo diario, no fuma cigarrillos ni tabaco, ni consume licor al menos 2 veces por semana, mientras que un porcentaje significativo tienen estilos de vida no saludable referidos a que no participan en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión, que no practican algún tipo de deporte como: natación, tenis, cardio-box y spinning 3 a 4 veces a la semana, no prohíben que fumen en su presencia.

MATERIAL Y MÉTODOS.

El estudio fue de nivel descriptivo. La muestra estuvo conformada por 191 usuarios hipertensos que pertenecen al Club de Diabetes e Hipertensión Arterial “Amigos de la vida”. El método de investigación utilizado fue el deductivo, inductivo y estadístico. El diseño de investigación fue no experimental, transversal, descriptivo; la muestra estuvo conformada por 191 usuarios hipertensos. El instrumento de recolección de datos utilizado fue una escala.

RESULTADOS.

Figura N° 01. Edad y sexo de usuarios hipertensos que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016.

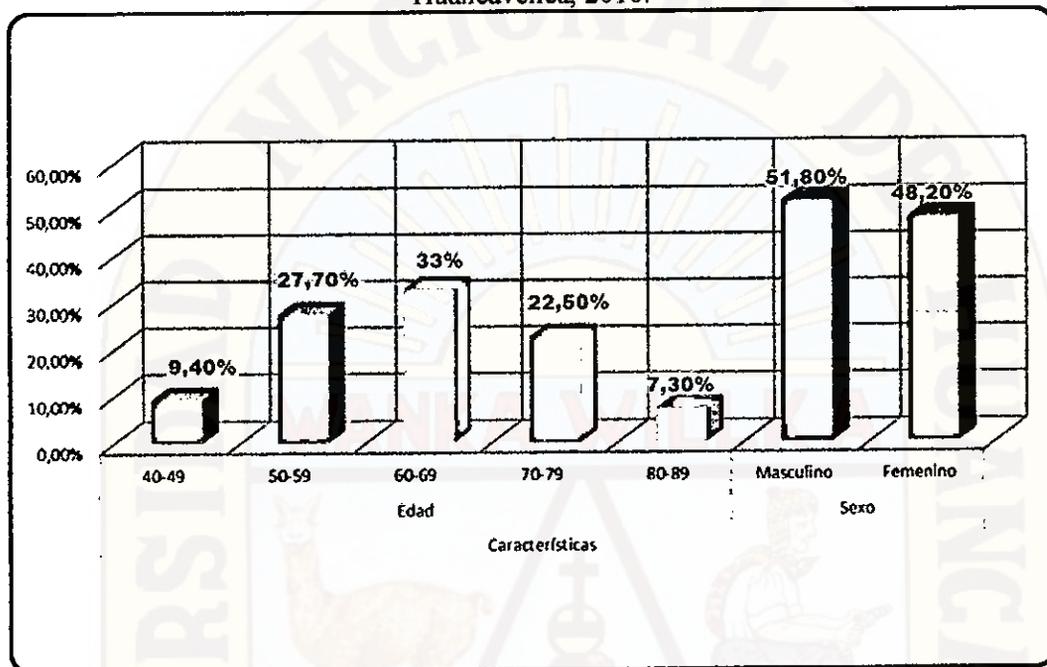
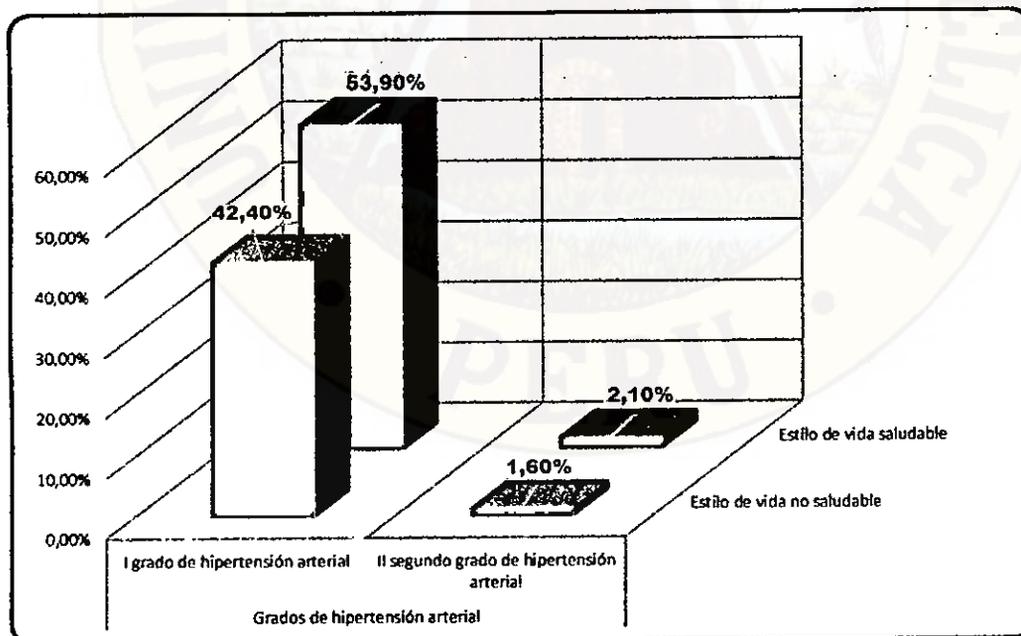


Figura N° 02. Estilos de vida según grados de hipertensión arterial de usuarios que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, 2016..



DISCUSIÓN

Los resultados del estudio indican que del 100% de usuarios hipertensos que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, el 33,0% (63) se encuentran entre 60 a 69 años de edad, seguido del 27,7% (53) entre de 50 a 59 años de edad. El 51,8% (99) pertenecen al sexo masculino y el 48,2%(92) al sexo femenino, por lo tanto estos hallazgos son similares con respecto al estudio de Janampa (5) quien precisa que del 100% (38) de pacientes hipertensos que asisten al programa educativo de hipertensión arterial del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 58%(22) tienen estilos de vida saludables y 42% (16) tienen estilos de vida no saludables. El Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Nola Pender (6) sirve de base en el estudio por ser aplicable a cualquier situación de cambio de conducta para ampliar la calidad de vida no solo de las personas que se encuentran aparentemente sanos sino también de aquéllos que presentan alguna enfermedad. Como sugerencia se deben de tomar en cuenta las características y experiencias individuales (conducta previa relacionada y factores personales) para obtener en la persona un resultado conductual positivo y para su beneficio como lo es una conducta promotora de salud. Así mismo el Modelo de Promoción de la Salud permite explicar y predecir las conductas de salud, es por ello que al ser aplicado en el proceso Enfermero se desarrollan intervenciones de enfermería que nos permiten alcanzar y mantener un estilo de vida saludable. Es decir el modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. Por lo tanto hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la persona y se mejora hacia el futuro”.

CONCLUSIONES

- Del 100% (191) de usuarios hipertensos que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica, el 33,0% (63) se encuentran entre 60 a 69 años de edad, seguido del 27,7% (53) entre de 50 a 59 años de edad. El 51,8% (99) pertenecen al sexo masculino y el 48,2% (92) al sexo femenino.
- El 56% de usuarios hipertensos que acuden al Hospital II Essalud – Huancavelica (107) presentan estilos de vida saludables seguido del 44,0%(84) con estilos de vida no saludables. Con respecto a los grados de hipertensión arterial, existe un predominio en el I grado de hipertensión arterial, es decir el 53,9% (103) presentan estilos de vida saludables y el 42,4% (81) no saludables, existiendo una mínima proporción con II grado de hipertensión arterial equivalente al 2,1% con estilos de vida saludable y 1,6% no saludable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Día Mundial de la Hipertensión. 2016.
2. INEI. Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2014. Lima Perú2015. Available from: <https://www.google.com/search?q=datos+estadisticos+de+hipertension+arteri>

- al+en+el+año+2016,+Peru&bav=on.2,or.&biw=1920&bih=945&client=firefox-b&ech=1&psi=s_qwV67qHoO4eM.
3. Méndez V, Soriano C, Hernández R, Plantas SA. Estilos de vida en pacientes hipertensos atendidos en un hospital público. Revista horizontes. 2009..
 4. Mataix J. Nutrición para educadores 2005. Available from: https://books.google.com.pe/books?id=Ow5O1EQzqHAC&pg=PA536&dq=GRADOS+DE+HIPERTENSION&hl=es-419&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=GRADOS%20DE%20HIPERTENSION&f=false
 5. Janampa F. Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa educativo de hipertensión arterial en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, 2012 [Tesis de pos grado]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.
 6. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. España: Elsevier 2011 18 de junio del 2013. 816 p.

