



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL
QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD N° 1 DE LA CIUDAD
DE AZOGUES 2015.**

Tesis previa a la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

AUTORAS:

MARCIA BEATRÍZ BARRERA MOROCHO
MARÍA MAGDALENA FALCÓN GUAMÁN

DIRECTORA:

MGT. CARMEN LUCÍA CABRERA CÁRDENAS

**CUENCA–ECUADOR
2015**



RESUMEN

La Calidad de Vida significa tener buenas condiciones o formas de vida, un alto grado de bienestar que incluye satisfacción individual y colectiva de necesidades, que caracterizan a cada grupo social.

Objetivo: Determinar la Calidad de Vida de los pacientes con Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N° 1 de la Ciudad de Azogues. 2015.

Métodos y materiales: La investigación fue cuali – cuantitativa, el estudio descriptivo; el universo conformado por 347 usuarios Crónico – degenerativos, la muestra comprendió 120 personas, los resultados se presentan mediante gráficos y tablas, las técnicas empleadas: la entrevista elaborada con enfoque en el concepto de Epidemiología crítica, cuestionario de Calidad de Vida (CHAL) en hipertensión arterial y la guía del grupo focal.

Resultados: Existe una Calidad de vida buena según CHAL con el 59,17%; la entrevista determina que la Calidad de Vida está deteriorada y la guía del grupo focal indica la relación entre Calidad de vida e Hipertensión arterial desde la percepción de los usuarios.

Conclusiones: La Calidad de Vida de los adultos mayores está deteriorada según la teoría de formas de Vida de Jaime Breilh, pues cada grupo social de acuerdo a su inserción en la esfera productiva, consumo, se desenvuelven en un sistema contradictorio por un lado las fuerzas benéficas que protegen la salud y por otro los aspectos destructivos que deterioran la Calidad de vida, evidenciándose esta realidad en el estudio. Pero según el cuestionario CHAL tienen una buena calidad de vida, observándose una contradicción.

PALABRAS CLAVES: CALIDAD DE VIDA, HIPERTENSION ARTERIAL, CRONICO DEGENERATIVOS, CENTRO DE SALUD N° 1. AZOGUES - ECUADOR



ABSTRACT

Life's quality, means to have a good life's condition, a high level of wellness which includes individual and group satisfaction of the needs, that characterized each social group.

Objective: To determine the quality of life in patients with Arterial Hypertension who go to the health center N.1 in the city of Azogues. 2015.

Methodology and materials: The investigation was quality and quantitative, the research descriptive; the universe was made by 347 Chronic- Degenerative users, the sample comprised 120 people, the results are going to be presented through graphs and draws, the used techniques: the interview made with focus on the concept of critical Epidemiology, a questionnaire of the quality lifestyle (CHAL) in Arterial Hypertension and the focus group guide.

Results: There is a good quality of life according CHAL with 59,17%, the interview determine that the quality of life is deteriorated and the guide from the focal group shows the relation between the quality of life and Arterial Hypertension from the users' points of view.

Conclusions: Elderly people's quality of life is deteriorated according to Jaime Breilh's theory of lifestyle, thus every group according to its productive sphere, consumption develops in a contradictory system, on one hand the beneficent forces which protect their health, and on the other side the destructive aspects which deteriorate the quality of lifestyle evidencing this reality in this research. But according to the CHAL questionnaire they have a good quality lifestyle, seeing there a contradiction.

KEY WORDS: QUALITY LIFESTYLE, ARTERIAL HYPERTENSION, CHRONICALLY DEGENERATIVE, HEALTH CENTER No. 1. AZOGUES - ECUADOR



ÍNDICE

RESUMEN.....	2
ABSTRACT.....	3
ÍNDICE	4
CLÁUSULA DE RESPONSABILIDAD	7
CLÁUSULA DE DERECHOS DE AUTOR.....	9
AGRADECIMIENTO	11
DEDICATORIA.....	12
CAPÍTULO I	14
1.1. INTRODUCCIÓN.....	14
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
1.3 JUSTIFICACIÓN	19
CAPÍTULO II	20
2. MARCO TEÓRICO.....	20
2.1 ANTECEDENTES	20
2.2 SUSTENTO TEÓRICO	21
2.2.1 La calidad de vida.	21
2.2.2 Trabajo.....	21
2.2.2.1 Elementos del trabajo.....	22
2.2.2.2 Jornada de trabajo.....	23
2.2.2.3 Intensidad de trabajo	23
2.2.2.4 El polo positivo del trabajo.....	25
2.2.2.5 El no trabajo y la salud	26
2.2.2.6 Salud de la mujer trabajadora	27
2.2.2.7 El trabajo doméstico.....	28
2.2.2.8 Proceso de trabajo en la agricultura.....	30
2.2.2.9 Ambiente laboral.....	32
2.2.3 Consumo	35
2.2.3.1 Las formas de consumo	35



2.2.3.2	Variación de la calidad del consumo en el espacio.....	44
2.2.3.3	El problema habitacional y de servicios complementarios	44
2.2.3.4	El acceso a los servicios de salud.....	45
2.2.4	Perfil epidemiológico de salud – enfermedad.....	45
2.2.5	Aspectos sociodemográficos	46
2.2.6	Los determinantes sociales de la salud y de la enfermedad	46
2.2.7	Hipertensión arterial	47
2.2.7.1	Definición.....	48
2.2.7.2	Clasificación de hipertensión.....	48
2.2.7.3	Los factores de riesgo	49
2.2.7.4	Tratamiento	54
2.2.7.5	Prevención.....	57
CAPÍTULO III		58
3.	OBJETIVOS	58
3.1	OBJETIVO GENERAL	58
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	58
CAPÍTULO IV		59
4.	DISEÑO METODOLÓGICO	59
4.1	Metodología	59
4.2	Tipo de estudio	59
4.3	. Universo	59
4.4	Muestra.....	59
4.5	.Unidad de análisis y observación.....	60
4.6	Criterios de inclusión	60
4.7	Criterios de exclusión	60
4.8	Análisis de resultados.....	61
4.9	. Técnicas de Investigación	61
4.10	Marco analítico o indicadores de análisis.....	62
CAPÍTULO V		64



5. RESULTADOS	64
CAPÍTULO VI	88
5 DISCUSIÓN	88
CAPÍTULO VII	92
7.1 CONCLUSIONES	92
7.2 RECOMENDACIONES	94
CAPÍTULO VIII	95
8 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
CAPÍTULO IX	100
9. ANEXOS	100
9.1 ANEXO 1: Operacionalización de variables	100
9.2 ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO	104
9.3 ANEXO 3: CUESTIONARIO CHAL	105
9.4 ANEXO 4: ENTREVISTA	108
Encuesta	108
9.5 ANEXO 5: GUÍA DE GRUPO FOCAL	111
9.6 ANEXO 6: CUADROS COMPLEMENTARIOS	113



RESPONSABILIDAD

Yo, Marcia Beatríz Barrera Morocho; autora de la tesis: “Calidad de Vida de los pacientes con hipertensión arterial que acuden al centro de salud N° 1 de la ciudad de Azogues 2015.”, certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su/s autor/as.

Cuenca, 9 de diciembre de 2015.

A handwritten signature in blue ink, reading 'Marcia Barrera', written over a horizontal line.

Marcia Beatríz Barrera Morocho

CI: 010512767-4



RESPONSABILIDAD

Yo, María Magdalena Falcón Guamán; autora de la tesis: "Calidad de Vida de los pacientes con hipertensión arterial que acuden al centro de salud N° 1 de la ciudad de Azogues 2015.", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su/s autor/as.

Cuenca, 9 de diciembre de 2015.

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "M. Mag. F. G.", written over a horizontal line.

María Magdalena Falcon Guamán

CI: 030239537-1



DERECHOS DE AUTOR

Yo, Marcia Beatríz Barrera Morocho; autora de la tesis: “CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD N° 1 DE LA CIUDAD DE AZOGUES.2015.”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 9 de diciembre de 2015

Marcia Beatríz Barrera Morocho

CI: 010512767-4



DERECHOS DE AUTOR

Yo, María Magdalena Falcón Guamán; autora de la tesis: “CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD N° 1 DE LA CIUDAD DE AZOGUES.2015.”, reconozco y acepto el derecho de la Universidad de Cuenca, en base al Art. 5 literal c) de su Reglamento de Propiedad Intelectual, de publicar este trabajo por cualquier medio conocido o por conocer, al ser este requisito para la obtención del título de Licenciada en Enfermería. El uso que la Universidad de Cuenca hiciera de este trabajo, no implicará afección alguna de mis derechos morales o patrimoniales como autora.

Cuenca, 9 de diciembre de 2015

María Magdalena Falcon Guamán

CI: 030239537-1



AGRADECIMIENTO

Nuestro más sincero agradecimiento va dirigido a la prestigiosa Universidad de Cuenca, a nuestra querida Escuela de Enfermería por abrirnos sus puertas y al cuerpo docente por darnos la confianza necesaria para triunfar en la vida y transmitir sabiduría para nuestra formación profesional; existen palabras adecuadas que en realidad son las palabras más simples, las que entienden todos, las que quedan grabadas en el corazón, expresamos nuestro grato agradecimiento de manera muy especial a nuestra directora – asesora Magister Carmen Cabrera por su esfuerzo dedicación, colaboración y sabiduría para el desarrollo de esta tesis de igual manera, agradecemos al Personal de Salud del Centro de Salud N° 1 de Azogues y al Club de pacientes con Hipertensión arterial que nos supieron brindar su total colaboración para llevar a una culminación exitosa de la presente investigación.

LAS AUTORAS



DEDICATORIA

Este proyecto de tesis dedico de manera especial a Dios y a mi familia:

A Dios porque está conmigo a cada paso que doy, cuidándome, dándome fortaleza y salud para continuar cumpliendo mis sueños, por darme la vocación para velar por la salud de las personas que necesitan de mí ayuda; con toda la humildad que mi corazón puede emanar, dedico mi profesión a Dios.

A mis padres, mi gran ejemplo a seguir; por formarme con sentimientos y valores que me han ayudado a salir adelante de las adversidades que se han presentado a lo largo de mi vida, quienes han velado por mi bienestar y educación siendo mi pilar fundamental y brindarme su apoyo incondicional en todo momento.

A mis hermanos Iván y Silvia, que me han apoyado y brindado sus consejos para ser cada día una mejor persona y cumplir mis propósitos.

Marcia Barrera



DEDICATORIA

Esta tesis va dedicada a las personas más importantes de mi vida, a mis amados dos padres Manuel y María por haberme brindado su completo apoyo y ser un pilar importante para poder cumplir metas y sueños.

Así mismo a mi querido hermano David por darme consejos y cuidarme, a mi amado esposo Pedro quien con paciencia y entrega me supo comprender en los momentos más difíciles, por lo que en mi vida se ha constituido una parte fundamental por el apoyo y amor que sigue brindándome y por ser el padre de nuestro hijo próximo a nacer por quien daré todo lo mejor de mí para que sea muy feliz.

A todas aquellas personas que con su notable apoyo mediante los conocimientos transmitidos representan el enriquecimiento de los conocimientos y valores.

Magdalena Falcón



CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

La Calidad de Vida es un concepto multidimensional significa tener buenas condiciones de vida o formas de vida que caracterizan a cada grupo social, sus patrones de trabajo y consumo, sus modalidades de actividad práctica, también representa tener un alto grado de bienestar, incluyendo satisfacción individual y colectiva de necesidades, acceso a políticas públicas. (1)

Las personas de cada grupo social de acuerdo a su inserción en la esfera productiva, a los patrones de consumo, a su forma de organización y cultura se desenvuelven en un sistema contradictorio en el que se oponen por un lado los bienes o fuerzas benéficas que protegen y perfeccionan la salud, el avance de los procesos biológicos y por otro los aspectos destructivos que los constriñen y deterioran. (2)

Actualmente, el estudio de la Calidad de Vida es de suma importancia para el proceso sanitario como una forma de evaluar la efectividad de los procesos de atención y cuidado brindados para la supervivencia de las personas mediante el seguimiento de las enfermedades crónico – degenerativas a través del control de factores de riesgo individual y familiar de la Hipertensión arterial.

Uno de los objetivos centrales de la atención de salud a este grupo etéreo es disminuir la morbimortalidad, los factores de riesgo o predisponentes, disminuir las complicaciones y secuelas relacionada con la Hipertensión arterial para mejorar la Calidad de Vida; para valorarla se debe considerar dos dimensiones la una objetiva mediante la determinación de las formas de trabajo, de consumo, de participación, organización y cultura y la otra subjetiva e individual mediante la medición del bienestar para lo cual se valorará la percepción sobre los aspectos del funcionamiento de una persona, sobre los que se supone pueden influir la enfermedad o su tratamiento, según el investigador y psicólogo Hornsquist. (3)



Hornsquist define las áreas que comprende el concepto de Calidad de Vida en su percepción del bienestar siendo las dimensiones de la Calidad de Vida: Físico, psicológico, social, actividades, material, estructural y de la vida cotidiana. (4)

En los últimos años se incrementa la utilización de los indicadores de Calidad de Vida en todas las áreas médicas, mediante métodos de valoración para enfermedades crónicas, en respuesta a la creciente importancia social, que se le atribuye en los países desarrollados.

La hipertensión arterial es un factor de riesgo para enfermedad cardiovascular, de alta prevalencia en los países de bajo y medianos ingresos, según informes recientes de la OMS las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial constituyen un obstáculo para el logro de un buen estado de salud, de los objetivos de desarrollo sumado a la deficiente aplicación de la estrategia de Atención Primaria de Salud renovada generan patrones de salud o enfermedad, vida o muerte, bienestar o deterioro.

La Calidad de Vida, está condicionada por factores externos a la persona, el entorno familiar, comunitario, estado nutricional, acceso a bienes de consumo, algunos de ellos no son modificables. En el caso del sexo femenino se trata de una de las variables que presenta una persistente correlación entre género, Calidad de Vida y perfil de salud - enfermedad debido a las características del fenotipo, genotipo y a la doble práctica que dispone laboral y doméstica lo que incrementa su vulnerabilidad y capacidad de respuesta.

En síntesis, la Calidad de Vida del paciente crónico, es el resultado de la integración de factores individuales – internos y externos familiares, laborales y medio ambientales con las formas de trabajo y consumo, el acceso a políticas públicas de salud, bienestar e inclusión social.

La tesis está estructurada en varios capítulos:



Capítulo I: Introducción, planteamiento del problema y justificación en donde se resalta la importancia de la Calidad de Vida de los pacientes con Hipertensión arterial, se realiza una descripción empírica del problema de investigación planteando los factores internos y externos que la caracterizan y la relevancia social, científica y metodológica.

Capítulo II: Marco teórico; en el que se abordan los antecedentes en donde se citan trabajos de investigación Nacionales e Internacionales sobre las evaluaciones de la Calidad de Vida.

Sustento teórico que contiene categorías conceptuales como las formas de vida, trabajo y consumo; el perfil epidemiológico, hipertensión arterial, epidemiología, formas de prevención y componentes de la Calidad de Vida.

Capítulo III: Los objetivos están dirigidos a determinar la Calidad de Vida de los pacientes con Hipertensión arterial mediante la aplicación de formatos de Calidad de Vida CHAL y entrevista con enfoques en la Epidemiología crítica.

Capítulo IV: Diseño metodológico donde esta descrito el tipo de metodología, técnicas e instrumentos que se aplicó en la investigación y variables.

Capítulo V: Procesamiento y análisis de los resultados obtenidos de las entrevistas aplicadas y grupo focal, la presentación se realiza en tablas y gráficos con frecuencias y porcentajes.

Capítulo VI: Contiene la discusión de los datos de la investigación en donde se realiza una confrontación y comparación de los resultados de la investigación con otros estudios, confirmando la mayoría de los resultados encontrados.

Capítulo VII: Consta de conclusiones y recomendaciones, donde se resaltan los hallazgos de la investigación y sus relaciones internas y externas que determinaron sus características mostrando la relación y el condicionamiento mutuo que tiene con el problema de investigación.



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica que actualmente representa uno de los problemas de salud pública más importantes en los países subdesarrollados y desarrollados por la alta prevalencia y por ser considerada un factor de riesgo cardiovascular, su principal característica es que suele ser asintomática, de diagnóstico tardío, así como las lesiones de los órganos diana suelen ser variables, la latencia y gravedad de la enfermedad depende de la coexistencia de factores de riesgo como las dislipidemias, diabetes o tabaquismo.

La hipertensión arterial es el diagnóstico primario más frecuente en América Latina aproximadamente 35 millones de visitas médicas, sin embargo las tasas de control son muy bajas, no alcanzan los objetivos de la Organización Mundial de la Salud de alcanzar los controles en el 50% de los hipertensos, pues el 30% de pacientes desconocen su situación y en el 40% el tratamiento es insuficiente.

Los efectos que produce la hipertensión compromete el proceso de envejecimiento, pues la conducta adoptada por las personas que lo padecen es inadecuada porque los estilos de vida son insalubres, sumado a la falta de prevención y control de la enfermedad, la falta de aplicación de las políticas públicas de salud y de la estrategia de Atención Primaria de Salud deterioran la calidad de vida, independencia y autonomía de los pacientes hipertensos.

La mayoría de los países de bajos y medianos ingresos, disponen de estrategias deficientes de la atención primaria de la salud lo que constituye un obstáculo para un buen control de la presión arterial. La epidemiología de la hipertensión, las enfermedades relacionadas, los recursos y las prioridades de salud, junto al estado socioeconómico de la población, varían considerablemente en diferentes países y regiones e inciden en la prevención y control de la enfermedad crónico - degenerativa.



“La hipertensión arterial es la más común de las patologías que afectan la salud de los individuos y las poblaciones en todas partes del mundo, es una de las enfermedades que más padece la persona adulta considerado como un problema de salud de grandes proporciones en el siglo XX, constituye un problema de salud pública en la sociedad occidental por su trascendencia sanitaria, económica y social. Esta patología tiene un carácter insidioso que puede provocar complicaciones que pueden resultar incapacitantes como accidentes cerebro – vasculares, cardiopatía isquémica, cuanto mayor sea la presión mayor el riesgo de accidentes vasculares, ataques coronarios e insuficiencia renal.....”. (5)

La diabetes mellitus y la hipertensión frecuentemente están asociadas, aumentando su efecto negativo sobre el sistema cardiovascular. Más del 80% de la carga mundial atribuida a estas enfermedades se localizan en países de bajos y medianos ingresos. En Latinoamérica, el 13% de las muertes y el 5,1% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) pueden ser atribuidos a la hipertensión. La prevalencia ajustada para la edad de la hipertensión en la población adulta general en diferentes países varía entre el 26 al 42%. (6)

En el mundo actual los estudios han demostrado que la Calidad de Vida influye de manera directa sobre el desarrollo y complicación de la enfermedad; así tenemos que existe una relación dialéctica entre la hipertensión arterial y la Calidad de Vida; pues afectan a las personas por ser una enfermedad crónica que perturban su régimen de vida, formas de trabajo, consumo, hábitos alimenticios y de comportamiento así como su percepción sobre el bienestar.



1.3 JUSTIFICACIÓN

La hipertensión arterial es una epidemia silenciosa como la denomina la Organización Mundial de la Salud y la atención primaria de salud se transforma en una herramienta efectiva, para prevenir la enfermedad y controlar los factores de riesgo.

La hipertensión Arterial constituye la sexta causa de mortalidad en el Ecuador, patología con una alta incidencia de discapacidad que representa un alto costo para el estado, tiene graves consecuencias personales, familiares y comunitarias. (7)

Por ello el estudio se justifica porque tiene impacto y relevancia científica, metodológica y social. La investigación considera la calidad de vida como una categoría conceptual multidimensional que considera varios aspectos como las condiciones o formas de vida representadas por el trabajo, el consumo, la organización, la cultura, la satisfacción de las necesidades colectivas ligando dialécticamente con la satisfacción personal de las necesidades, la percepción del bienestar por el acceso a recursos.

El aporte metodológico del trabajo estuvo dado para el desarrollo de la investigación que se vinculó en la recolección de la información la medición de la Calidad de Vida por técnicas cuantitativas mediante la valoración del trabajo, consumo y de las percepciones mediante la aplicación del cuestionario de la Calidad de Vida CHAL.

El aporte social de la investigación dio a conocer la calidad de vida de los pacientes hipertensos para prevenir las complicaciones y tener un mayor control de los factores de riesgo para disminuir las secuelas de la enfermedad y promocionar estilos de vida saludables, mejorar las formas de trabajo y consumo para disminuir los procesos peligrosos y el riesgo de prevalencia de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de estos pacientes que acuden al Centro de Salud N° 1 de Azogues.



CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

En Latinoamérica existen múltiples investigaciones sobre la Calidad de Vida de pacientes hipertensos aplicando el cuestionario CHAL, destacándose: El estudio “Calidad de Vida relacionado con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve” realizado en Medellín de autoría de Stefano Vinaccia, Margarita Quicena y Lina Montaya aplicando el cuestionario CHAL obtuvieron resultados como nivel de vida baja en los pacientes con hipertensión arterial sobre todo en los dominios relacionados con el estado de ánimo observándose ansiedad, depresión, relaciones interpersonales, visión de futuro deterioradas, disminución de la autoeficacia y aparecimiento de síntomas somáticas físicas como taquicardia, vértigo, disnea, astenia, neuropatías entre otros. (8)

El autor Francisco Javier Cuevas Fernández realiza un trabajo investigativo con el título “Percepción de la Calidad de Vida de los pacientes hipertensos: factores influyentes” manifestando que el envejecimiento y el sexo femenino son los condicionantes dentro de las variables sociodemográficas, de mayor peso para la percepción de la Calidad de Vida de los pacientes con hipertensión arterial. (9)

Los autores: Dra. Mireya Álvarez Toste, Lic Karen Alfonso Sague, Dr Mariano Bonet Gorbea, Dr. Manuel Romero Placeres, plantean un trabajo titulado “Calidad de Vida Relativa a Salud e Hipertensión Arterial en Cuba”, este estudio señala que los hipertensos tienen una Calidad de Vida deteriorada especialmente por lo que ya han sido diagnosticados y reflejan sentirse peor en comparación con los normotensos, al valorar su estado general de salud en los últimos 12 meses con la escala visión análoga EQ-ED presentan algunos elementos: Movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor o Barrera Marcia, Falcón Magdalena



malestar y ansiedad o depresión; que inciden negativamente en su calidad de vida. (10)

Otro estudio titulado “Calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial sistémica” de los autores María del Rosario Gómez Gómez, Cleotilde García Reza, Vicenta Gómez Martínez, Patricia Belén Mondragón Sánchez, muestran como resultados del estudio, que la calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial sistémica es muy buena debido a que la población presenta una presión arterial controlada, sin embargo, existe un porcentaje mínimo con regular Calidad de Vida, lo que implica la necesidad de planear estrategias dirigidas a mejorarla y disminuir las complicaciones que afectan su capacidad de autocuidado. (11)

2.2 SUSTENTO TEÓRICO

2.2.1 La calidad de vida: Es un concepto multidimensional significa tener buenas condiciones de vida, es decir formas de vida que caracterizan a cada grupo social, sus patrones de trabajo y consumo, sus modalidades de actividad práctica, significa también tener un alto grado de bienestar, incluye la satisfacción colectiva e individual de necesidades y el acceso a políticas públicas. (12)

2.2.2 Trabajo: Para Oscar Betancourt “El trabajo no solo es una cualidad biológica, sino una característica del hombre como ser social que se encuentra relacionado con el proceso de transformación y dominio de la naturaleza. Es algo inseparable del ser humano se impregna en él las 24 horas del día, incide tanto en lo que sucede durante la jornada laboral como en los otros momentos de la vida del trabajador”. (13)

En los últimos años, en algunos grupos y sectores de la población, la formación de recursos humanos, la investigación y la prestación de servicios de salud han incorporado al trabajo como un elemento de referencia para entender de manera integral el proceso salud-enfermedad relacionado con la Hipertensión arterial.



El trabajo, uno de los aspectos más importantes de la vida, ha permitido la existencia de los seres humanos y el desarrollo de la sociedad, pero sí se intenta abordar los problemas de salud de manera integral, no se puede dejar de considerar la forma como el trabajo influye en la salud. (14)

Al mismo tiempo que entra en contacto con el objeto de trabajo, con herramientas y maquinarias para obtener un producto, el ser humano va adquiriendo nuevos tipos de conocimientos, modificaciones en su organismo y en las relaciones con sus semejantes, interacción entre ser y naturaleza, trabajador y trabajo, que es necesario tener siempre presente para intervenir de mejor manera en la salud de la población. En el desarrollo histórico de la sociedad han ido surgiendo diferentes formas de trabajo y además diferentes ubicaciones del ser humano en el proceso productivo, situación que de la misma manera genera formas diferenciales de enfermar y morir.

Las formas de trabajo son muy heterogéneas teniendo en cuenta que los elementos del proceso del trabajo son los mismos, varían según la actividad que realice cada ser humano. En el proceso del trabajo se debe tomar en cuenta los elementos que lo integran como: Objeto, medios, organización y división del trabajo, actividad misma y el entorno. (15)

2.2.2.1 Elementos del trabajo

- **Objeto del trabajo:** Se refiere a la materia prima que se utilice en algunas de las actividades que realiza una persona.
- **Medios de trabajo:** Son las herramientas que se utilizan para realizar los diferentes tipos de trabajo, que van desde los más rudimentarios hasta las maquinas modernas. Dentro de los medios de trabajo se encuentran también el transporte y medios de protección.



- **Organización y división del trabajo:** Es la manera como los seres humanos se organizan para trabajar y a las formas como se dividen las tareas o puestos de trabajo.

2.2.2.2 Jornada de trabajo

La cantidad de horas que se trabajan se relacionan de diferentes formas con la salud del trabajador, implica un tiempo prolongado de exposición a algún riesgo, por rutinización y mecanización del proceso causando estrés, ansiedad que junto con los estilos de vida poco saludables predisponen para la Hipertensión arterial por lo que su actividad laboral tiene que ser controlada intercalando periodos de descanso largos durante la jornada junto con estilos de vida saludables.

2.2.2.3 Intensidad de trabajo

La carga de trabajo es el conjunto de requerimientos mentales, físicos y psicológicos a los que se ve sometido el trabajador para la realización de su actividad; que son factores de riesgo que pueden agravar o ayudar en la recuperación de enfermedades profesionales y comunes que se pueden dar aunque este o no relacionada con el ambiente laboral.

Para desarrollar las actividades laborales se valoran:

- **Postura:** Se trata de adoptar varias posturas y movimientos, usando menos esfuerzo muscular, en postura estática y venciendo una mayor fuerza que se le opone; sin embargo en personas de edad avanzada y con proceso patológico como Hipertensión arterial existen dificultades para adoptarlas, debido a que la postura estática puede contribuir a incrementar el riesgo de vida sedentaria y aumentar la vulnerabilidad para la Hipertensión arterial.



- **Tiempo de exposición:** Es el tiempo y esquema de pausa al realizar las tareas; de acuerdo al estado de salud del trabajador dependerá su permanencia en el lugar de trabajo y en la actividad que realiza, el trabajador con hipertensión arterial tiene mayor compromiso del funcionamiento del sistema circulatorio por lo que no debe realizar trabajos que están expuestos a tiempos prolongados y en posición sentada por largo tiempo porque aumenta la carga circulatoria y fuerza en el trabajo cardíaco aumentando el riesgo de complicaciones.
- **Movimientos en forma repetitiva:** Cualquier parte del cuerpo que se hace trabajar muchas veces con cortos periodos de tiempo, se daña por falta de reposo adecuado entre un movimiento y otro, además que crea una rutinización, creando deterioro y ansiedad que influyen en la salud mental incrementando la vulnerabilidad de complicaciones.
- **Forma de realización de la fuerza:** La capacidad de una fuerza muscular depende de la postura que adopte el trabajador mientras más mala es la postura más disminuye la capacidad de realizar fuerza, por lo que los pacientes con enfermedad crónica no debería realizar una fuerza excesiva ya que la presión arterial tiende a elevarse y puede complicar el estado de salud.

En el esfuerzo mental predomina el desgaste neurológico porque se realizan procesos mentales complejos, sin embargo tanto los procesos mentales como manuales producen la aparición de estrés por sobrecarga laboral y que las personas deben afrontar para cumplir con las exigencias de su ocupación laboral; niveles de estrés que descompensan e incrementan los niveles de la presión arterial.

Las situaciones vitales y el estrés cumplen un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de la hipertensión arterial, debido a que el estrés provoca el aumento del gasto cardíaco de origen simpático, disminuye la actividad vagal,



aumenta los niveles de catecolaminas, potencia el sistema renina angiotensina aldosterona y disminuye la sensibilidad del reflejo vaso receptor, aumentando la presión arterial.

En el desempeño de la ocupación laboral se produce el incremento de los valores de la presión arterial, que pueden ser diferentes en hombres y mujeres, pues en el hombre se afecta su estado emocional por situaciones de agresividad e ira reprimidas, mientras que en la mujer como madre de familia presenta mayor resiliencia al estrés doméstico que al laboral lo que se traduce en niveles de presión arterial.

Organización del trabajo: En la actividad laboral moderna están organizados los tiempos de trabajo, las funciones y las relaciones entre los individuos de manera, que una organización del trabajo puede contribuir a un mejoramiento del nivel de bienestar de los trabajadores.

Es aquí donde surgen los procesos peligrosos y las potencialidades del trabajo, de acuerdo al grupo de población que lo realice, los adultos mayores y personas con enfermedades crónico degenerativas son un grupo vulnerable que al momento de realizar una actividad laboral requieren mayor demanda de esfuerzo físico, mental y psicológico, pueden afectar su bienestar, por lo que debe existir preferencia y flexibilidad en la ubicación de los puestos de trabajo y las actividades que estos serán capaces de realizarlas. (15)

2.2.2.4 El polo positivo del trabajo

El trabajo como esencialidad del ser, ha permitido el desarrollo y transformación de la humanidad, hasta en las condiciones más precarias el trabajo puede cumplir con esa esencialidad.



- El desarrollo de las capacidades físicas, intelectuales y emotivas surgen al realizar una actividad y todas estas son plasmadas al ofrecer un servicio.
- Permiten el desarrollo de actitudes de solidaridad y compañerismo que crean un ambiente agradable de trabajo.
- Las relaciones armónicas es una condición importante para el bienestar, a la hora de ejecutar una actividad laboral.
- Múltiples cualidades, capacidades y valores del ser humano contribuyen a las manifestaciones positivas en los trabajadores.
- La capacidad física para el trabajo permite desarrollar la musculatura el rendimiento cardio - pulmonar y adquirir habilidades y destrezas.

2.2.2.5 El no trabajo y la salud

El trabajo puede originar múltiples problemas de salud en una persona, incluso hipertensión arterial o ser un potencializador de las capacidades y del bienestar del ser humano.

- Cuando las personas han perdido o no encuentran un sustento económico surgen manifestaciones que afectan a la propia persona, familia y sociedad, debido a que en algunos empleadores existe discriminación hacia personas con enfermedades crónicas por lo que consideran como un ser que no puede realizar las actividades de manera eficaz y eficiente, afectando emocionalmente y limitando las posibilidades de conseguir trabajo para mantener su hogar.
- También se deterioran las relaciones familiares, disminuye la comunicación, aumentan los conflictos, se potencializan agresiones, debido a los cambios de conducta, personalidad y de las relaciones interpersonales por el estado de ánimo cambiante, lo que le puede llevar a cometer actos negativos contra su propia salud y de la familia.



- Se deteriora la calidad y la cantidad de la alimentación, el vestido, la recreación y el cuidado de la salud; complicando la estabilidad familiar y el surgimiento de nuevos problemas de salud, situación que agrava los procesos mórbidos crónico – degenerativos.
- Cuando el desempleo y subempleo va en aumento, predispone a la delincuencia, con todas las repercusiones en el individuo, familia y sociedad. (16)

La calidad de vida en las personas con hipertensión arterial condiciona el estilo de vida que adopta, por lo tanto el desempleo influye en la satisfacción de las necesidades básicas y complementarias que permiten el bienestar de esta población en riesgo.

2.2.2.6 Salud de la mujer trabajadora

El binomio salud – enfermedad se agrava debido al aumento de la participación femenina en el área productiva. Según Raymond Torres de la OIT, dice “aunque el empleo sea actualmente más diversificado es cada vez menos seguro y agrega que la temporalidad en los empleos está generando enfermedades”. (17)

Es necesario enfatizar en algunas acciones para la protección de la mujer, en el ámbito doméstico como laboral:

- Promover la organización y el fortalecimiento de los planteamientos de la promoción y la prevención de complicaciones en la salud.
- Impedir que los salarios sean inferiores que los de los hombres en las mismas categorías.
- Oponerse a la segregación de las mujeres en puestos de dirección.
- Controlar que se eliminen las prácticas de acoso sexual.
- Generar mecanismos adecuados de control que consideren el embarazo y la lactancia como derecho, que garanticen la estabilidad laboral.
- Asegurar la atención perinatal, parto y puerperio de la mujer trabajadora.



- Tomar las medidas adecuadas para que las condiciones de trabajo y las exposiciones en el ambiente laboral no afecten a las mujeres en edad fértil y durante el embarazo.
- La madre trabajadora debe disponer de tiempo para la atención al niño en los aspectos de inmunización, alimentación y guarderías.

Las mujeres en su mayoría están sometidas a realizar el trabajo doméstico debido a la falta de instrucción, machismo y falta de iniciativa para realizar una actividad distinta, práctica rutinaria, desgastante que les predispone a contraer enfermedades crónicas como hipertensión arterial, depresión, sobrepeso, fibromialgia.

Sumado a esta situación se evidencia la falta de prevención de medicina del trabajo, que otorgue mejores condiciones laborales para la salud, brinde accesibilidad a la educación, vivienda, recreación, salarios dignos para la persona y familia afectada.

2.2.2.7 El trabajo doméstico

La mujer aparte de enfrentarse a la responsabilidad laboral y sobrellevar la hipertensión arterial; extiende su actividad en la práctica doméstica, de esa manera el tiempo lo distribuye en una "jornada interminable", con exigencias extremas sin ofrecer pausas ni descanso, ni durante el día, ni la noche, lo que produce sobreenvjecimiento, pérdida de elasticidad y resistencia periférica, Hipertensión arterial y muerte que interrumpe el trabajo de las mujeres de las clases sociales subordinadas.

Las mujeres de las clases populares no pueden comprar servicios de apoyo doméstico, no pueden disfrutar de los beneficios de los nuevos equipos y electrodomésticos que alivian el trabajo en el hogar. Además, los procesos destructivos que enfrentan durante el trabajo doméstico varían de acuerdo a la calidad de vivienda y entorno, características que varían considerablemente entre las diversas clases; el nivel educativo y el contexto cultural en el que Barrera Marcia, Falcón Magdalena



viven, reafirman los patrones machistas de sobrecarga femenina de las tareas del hogar y les impiden el acceso a las expresiones superiores de la reproducción social; por lo que se encuentran con mayor vulnerabilidad a sufrir complicaciones propias de su enfermedad y disminuir la eficiencia de su trabajo conllevando a un deterioro físico y emocional.

Los enfoques predominantes sobre la problemática de la mujer en el espacio doméstico se dirigen a las tareas de la casa, las cuales se desglosan y hay esfuerzos por clasificarlas y mantenerlas de manera sistemática y ordenada que todo esté al alcance de los miembros del hogar, para así enfrentar mayores exigencias en las trabajadoras domésticas, que les permiten permanecer tranquilas y prevenir factores de estrés que alteren la presión arterial.

En primer término hay que reconocer como válida la preocupación de algunas autoras y autores sobre los "quehaceres domésticos" como una forma de trabajo y que en ese trabajo se enmascara lo que se llama el "trabajo invisible" o "producción oculta". Para realizar el trabajo doméstico se debe considerar:

- a) La diferencia del trabajo doméstico de las diversas clases no es sólo cuantitativa y tecnológica, sino histórico.
- b) El papel de la reproducción familiar en la sociedad es diferenciar el trabajo doméstico de la práctica social doméstica, estos son dos procesos ocurren simultáneamente.

Los tipos de tareas que se cumplen en el espacio doméstico según el tiempo de duración se clasifican en:

- Tareas de reproducción
- Tareas de ejecución (limpieza, alimentación, vestido)
- Tareas de gestión (administración, representación, mercadeo)
- Tareas de socialización y atención afectiva (cuidado de enfermos, ancianos y niños). (18)



En nuestro grupo de estudio el trabajo doméstico está ejecutado mayoritariamente por las mujeres y gran parte de ellas se encuentran dentro de la población del adulto mayor, la falta de empleo y la existencia de alteraciones orgánicas determinan que asuman este trabajo, sin recibir ningún salario, sino únicamente el aprecio familiar.

2.2.2.8 Proceso de trabajo en la agricultura

Entre los trabajos más comunes que desarrollan los participantes de esta investigación tanto hombres como mujeres se encuentra la agricultura, esta actividad es realizada principalmente por personas que habitan en el sector rural para su subsistencia, durante el desarrollo de este proceso no tienen en cuenta que instrumentos, medidas de protección y jornada de trabajo son adecuados, pues influyen así en la Calidad de Vida.

El producto final del trabajo agrícola es transformar el suelo, para producir alimentos para una diversidad de usos, entre ellos para la autosustentación.

Para este proceso de trabajo existen elementos comunes que deben ser considerados:

- a) **Objeto de trabajo:** Es la tierra, semillas y/o pequeñas plantas.
- b) **Medios de trabajo:** Se utilizan herramientas manuales como: machete, hacha, azadón, pala, ganchos, etc.; además de máquinas modernas como cosechadoras, piladoras, destronadoras, tractores, escarificadoras, palas mecánicas, arado mecánico, trasplantadoras, segadoras, que demanda un gran gasto de energía y uso de la fuerza física; se incluyen además los medios de transporte, vías a las áreas de cultivo, edificaciones, invernaderos, etc. Otro componente indispensable son los denominados insumos, fertilizantes, plaguicidas y desinfectantes; en nuestro medio solamente ocupan las herramientas manuales puesto que los participantes de este estudio no cuentan con la economía



suficiente para trabajar con máquinas modernas y no trabajan en industrias agrícolas donde tengan el acceso a maquinaria electrónica.

- c) **Actividad misma:** Son los distintos procedimientos y tareas que desarrolla el trabajador para cumplir con la finalidad del trabajo interactuando con los objetos y medios de trabajo.
- d) **Organización y división del trabajo:** Puede ser autárquica, auto determinada o impuesta.

En la agricultura existen fases comunes, al margen de los aspectos específicos de cada producción. Cada una de ellas exige procedimientos, técnicas y medios de trabajo diferentes, por lo tanto los procesos peligrosos y los impactos en la salud igualmente serán diferentes.

A continuación las fases de la producción serán las siguientes:

- Desmante y movimiento de tierra
- Preparación del terreno
- Siembra
- Manejo del cultivo
- Cosecha
- Empaque

En el trabajo agrícola, al igual que en otras ramas de la economía, es importante considerar el clima, la temperatura ambiental, la radiación solar, la iluminación, los vientos, la humedad que interactúan con la población laboral y con los medios de trabajo. (19)

El ambiente de trabajo en el área agrícola es fundamental que sea adecuado sobre todo cuando la persona está enferma de Hipertensión arterial, pues una temperatura ambiental alta junto con el esfuerzo físico que representa la



actividad agrícola producen una mayor demanda circulatoria por incremento de la tasa metabólica incrementando el gasto cardíaco y la presión arterial.

2.2.2.9 Ambiente laboral

Comprende componentes físicos como la temperatura, iluminación, ruido, vibraciones y otras cualidades atmosféricas, componentes químicos, biológicos y los factores tecnológicos presentes en un proceso laboral. Incluyen las políticas de recursos humanos que afectan directamente a los empleados tales como compensaciones y beneficios, proyección profesional, diversidad del trabajo, tiempo libre, horarios flexibles, programas de salud y bienestar, seguridad laboral, planes y beneficios familiares y dependientes.

El ambiente de trabajo funciona estrechamente interrelacionado con el trabajador y sus atributos de estatura, anchuras, fuerza, rasgos de movimientos, intelecto y educación. Otras características físicas, mentales y el puesto de trabajo que comprende las herramientas, mobiliario, paneles, indicadores, controles y otros objetos.

Los daños a la salud producidos por efecto del trabajo surgen de la combinación de diversos factores y mecanismos, siendo más evidentes los accidentes y las enfermedades profesionales que comprometen grave o levemente al trabajador y más aún si sufre de una enfermedad crónica degenerativa que podría comprometer su estado de salud.

FACTORES DE RIESGO EN EL AMBIENTE LABORAL

Riesgos del trabajo: Son los factores de tipo físico, químico, biológico, psicosocial, ergonómico y ambiental presentes en el proceso del trabajo que pueden afectar la salud con complicaciones de la hipertensión arterial para ello debe haber una disminución a la exposición frente a estos factores.

1. Condiciones generales e infraestructura sanitaria del local de trabajo



Todo trabajo que se realice en áreas cerradas o al aire libre debe tener un espacio físico establecido con límites precisos y que brinden confortabilidad como la ventilación, iluminación, etc; contar con techos, pisos, paredes y ventanales en buen estado de manera que proteja a los trabajadores contra el frío y reduzca accidentes. Si se trabaja en espacios al aire libre se debe mantener una protección contra inclemencias climáticas, disponer de agua potable, servicios sanitarios, condiciones que ayudan a prevenir de infecciones y malestares gastrointestinales. Estas medidas son indispensables para este grupo de personas ya que ayudaran a proteger contra los factores externos.

2. Condiciones de seguridad

La seguridad implica el uso de técnicas que permitan eliminar o reducir el riesgo de sufrir lesiones en forma individual o daños materiales en equipos, máquinas y herramientas.

Las personas con enfermedades crónico – degenerativas sumado de la condición adulto mayor determinan que el cuerpo pierde capacidad de adaptación temprana a cambios bruscos y capacidad de respuesta a estímulos lo que les predispone a accidentes laborales por lo que se tienen que tener cuidado.

El ambiente y las personas interactúan positiva o negativamente; cuando la interacción es negativa puede causar daño. Los procesos de trabajo en general producen una modificación del ambiente aumentando los factores de riesgo, que generarán mayor probabilidad de producir manifestaciones cerebrovasculares por la presión excesiva a la que está sometida.

Los principales factores del ambiente físico son:

- **Ruido:** La permanencia de un ruido molesto de fondo aumenta la sensación de fatiga al término de la jornada o aumenta la monotonía y el estrés del trabajo, dificulta la comunicación, audición, y capacidad



de análisis, induciendo a cometer errores y accidentes produciéndose la sordera como un riesgo para la salud del trabajador.

- **Vibraciones:** Son movimientos oscilatorios de un cuerpo alrededor de un punto de referencia y se producen por efecto del propio funcionamiento de una máquina o un equipo. Las personas expuestas de manera constante a vibraciones suelen sufrir problemas del equilibrio y cuando hay exposición directa de extremidades, especialmente manos, brazos se producen pequeñas lesiones musculares y articulares que se van acumulando hasta llegar a transformarse en problemas musculoesqueléticas.

- **Iluminación:** La luz es un elemento esencial de nuestra capacidad de ver y necesaria para apreciar la forma, el color y la perspectiva de los objetos que nos rodean; una iluminación inadecuada en el trabajo puede originar fatiga ocular, cansancio, cefalea, estrés y accidentes. El trabajo con una intensidad de iluminación deficiente daña la vista, como también los cambios bruscos que pueden ser peligrosos, pues ciegan temporalmente, mientras el ojo se adapta a la nueva iluminación, el grado de seguridad con el que se ejecuta el trabajo depende de la capacidad visual, la cantidad y calidad de la iluminación; un ambiente bien iluminado no es el que tiene suficiente cantidad de luz.

- **Temperatura:** La exposición prolongada a elevadas temperaturas puede suponer una agresión importante para el organismo de las personas pero con mayor intensidad afecta a las personas con Hipertensión arterial demandando mayor gasto de esfuerzo físico y modificando así su funcionamiento orgánico, por aumento del gasto cardiaco.

El calor es un peligro para la salud porque para funcionar con normalidad, necesita mantener invariable la temperatura en su interior en torno a los 37°C. Cuando la temperatura central del cuerpo supera los 38 °C se pueden producir daños y a partir de los 40,5 °C, la muerte.



El estrés térmico por calor, es la carga de calor que los trabajadores reciben y acumulan en su cuerpo y que resulta de la interacción entre las condiciones ambientales del lugar donde trabajan, la actividad física que realizan y la ropa que llevan. La exposición intensa al calor produce efectos locales como quemaduras, efectos generales la deshidratación desmayo, pérdida de consciencia.

- **Frío:** El cuerpo humano se protege del frío más que del calor y los mecanismos naturales de defensa que emplea para ello serían: Temblores/ escalofríos, vasoconstricción de los vasos sanguíneos de la piel. Produce efectos en la salud del trabajador de manera que los mecanismos funcionan relativamente poco.

2.2.3 Consumo: No se ejerce por parte de individuos desprovistos de una especificidad biológica sino que se especifica y configura también de acuerdo a las mediaciones biológicas; dentro de este se adopta varias formas: consumo de bienes producidos y mediados por la distribución, consumo de los bienes producidos en el trabajo doméstico y las actividades “improductivas”, consumo de los valores de uso naturales (oxígeno del aire, radiaciones ultravioletas). (2)

2.2.3.1 Las formas de consumo

Están definidas por el conjunto de bienes naturales directos y medios de subsistencia socialmente producidos a los que tiene acceso un grupo social.

El consumo implica la asimilación de valores de uso o bienes de todo género que contribuyen a mantener y perfeccionar a los miembros de un grupo social, pero además implican la asimilación de contravalores.

Hay dos formas principales de consumo:



A. **Consumo simple:** Incluye los bienes o contravalores de mantenimiento alimentario, vestido, vivienda y los bienes naturales directos (aire, agua, microclima, etc). (20)

- **Alimentación.-** Es el acceso a alimentos necesarios para mantener el funcionamiento orgánico y conservar la salud, forma parte del consumo simple, es un indicador de equidad social y determina la Calidad de Vida.

El actual deterioro del impacto económico determina una disminución de la producción de alimentos y una pérdida de la capacidad adquisitiva monetaria que dificulta la compra de la canasta básica familiar.

La seguridad alimentaria es el acceso de todas las personas en todo momento a los alimentos necesarios para tener una vida activa y saludable, en el ámbito familiar es la capacidad del hogar para asegurar la disponibilidad de alimentos adecuados para cubrir las necesidades nutricionales de todos los miembros. La seguridad alimentaria en los pacientes con enfermedades crónico – degenerativos es esencial para mantener hábitos nutricionales saludables, garantizando niveles económicos, y la disponibilidad de alimentos según la enfermedad patológica que les aqueja. (21)

El paciente hipertenso tiene la necesidad de una dieta especial, debe mantener la energía suficiente que le permita un buen funcionamiento orgánico este plan alimentario debe mantenerse durante toda la vida, la dieta debe contener hidratos de carbono en un 50 % en menor de proteínas y una mínima cantidad de grasas evitando consumir grasas saturadas, carnes rojas, evitando el exceso de sal y azúcares, debe haber una adecuada distribución de las comidas es decir cinco veces al día, evitar la obesidad; es importante señalar que se debe tener en cuenta la calidad de los alimentos que debe ingerir ricos en fibra (frutas y vegetales), gran cantidad de líquidos por lo menos ocho vasos de agua al día.



El paciente de esta característica debe llevar una alimentación adecuada y saludable de acuerdo a las necesidades requeridas que demanda su estilo de vida, puesto que existen alimentos muy convenientes e inconvenientes:

- a. *Alimentos muy convenientes*: son los que contienen mucha agua y pueden comerse libremente, dentro de ellos tenemos: acelga, apio, alcachofa, berenjena, brócoli, entre otros.
 - b. *Alimentos convenientes*: son alimentos que pueden ser consumidos sin excederse en la cantidad entre ellos tenemos: el arroz, pastas, papa, yuca, plátano, avena, cebada, etc.
 - c. *Alimentos inconvenientes*: carbohidratos simples como el azúcar, la panela, miel, dulces en general y grasas de origen animal (embutidos, cremas de leche, mantequilla, mayonesa). (22)
- **Nutrición.**- Los cambios de estilos de vida en los patrones alimentarios, el incremento del sedentarismo y la inactividad; empiezan a reflejar como parte de estos cambios que han incrementado los indicadores de morbilidad y mortalidad de la población.

Hoy en día, en familias con ingresos medios y bajos están atravesando por una etapa de transición nutricional caracterizada por cambios en los hábitos alimentarios pasando del consumo de dietas con alto contenido de carbohidratos complejos y fibra, al consumo de dietas ricas en grasa, grasas saturadas y azúcares simples; acompañada de una disminución de la actividad física lleva a un aumento de peso y por ello conlleva a la obesidad.

La prevalencia de consumo excesivo de carbohidratos y grasas en el 29,2% de la población superando la recomendación máxima establecida para la prevención de la obesidad y enfermedades cardiovasculares, sin observarse mayores diferencias entre ambos sexos, es mayor el consumo en personas de 51 a 60 años de edad en comparación con los demás grupos etáreos. Con respecto al consumo de grasas, es mayor la prevalencia en áreas más desarrolladas del país y en los quintiles de mayores ingresos económicos, el



país se encuentra atravesando por distintas etapas de transición nutricional.
(23)

Según INEC 2011, en Ecuador, la diabetes mellitus tipo 2, la enfermedad hipertensiva y la enfermedad cardiovascular fueron las principales causas de muerte en el país.

Estilos de vida saludables

Es un conjunto de patrones o creencias que inciden en las actitudes y conductas relacionadas con la salud, determinando así las elecciones que hacen las personas en su modo de vida.

Desde esta perspectiva integral, los estilos de vida no pueden estar aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo, que pretende dignificar a la persona en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar. (24)

Aspectos socioculturales en la nutrición

Requiere conocer el peso e incidencia de los aspectos culturales en los hábitos alimenticios para las regiones del mundo y desde luego los factores culturales que inciden directamente en la familia actual y la alimentación ligada a factores de la dimensión económica y productiva del país.

Factores de las creencias y costumbres propias: en el interior de la propia familia se han dado cambios en las formas de alimentación de los integrantes, cada generación conserva y aplica las practicas alimentarias que aprenden en el crecimiento y desarrollo de su familia y los incorporan generación tras generación.

Factores sociales: están las situaciones como la migración del campo a la ciudad, urbanizando las ciudades, la incorporación de las personas en la mano



de obra laboral, procurando llevar ingresos que promuevan y mantengan el sustento de su familia, son factores que han influenciado directamente en los aspectos socioculturales de la nutrición en las personas y su familia.

Factores culturales: los medios de comunicación, la migración de las poblaciones de unas regiones a otras, la globalización de la vida, que disminuye fronteras entre los países, favoreciendo a los intercambios culturales en todos los ámbitos de la vida de las personas; aspecto que incide en la preparación, práctica y en los alimentos que prefieren los miembros de la familia.

Factores económicos: el cambio de paradigma del campo a la ciudad y la industrialización de la economía, promoviendo el consumo de productos alimenticios procesados ha incrementado de manera rápida, incidiendo en los patrones alimenticios de la familia de hoy. (25)

Factores que influyen la nutrición en la familia

La producción de alimentos: Depende del trabajo de las personas que laboran en la tierra y de la orientación y apoyo para el uso de la tierra por parte de las políticas intergubernamentales, los mismos han traído una disminución en la producción agrícola del país.

La producción está ligada a la distribución de alimentos, que en la actualidad se ve afectado por problemas de transporte, dificultad en la comunicación, situaciones que limitan al abastecimiento en determinadas zonas del país; que limita el acceso de las familias a los alimentos.

El ingreso familiar: Limita o facilita el acceso de las personas a comprar la comida que requieren sus miembros, existen familias con ingresos adecuados pero su alimentación dista mucho de ser saludable y completa, mientras que otras familias tienen bajos recursos pero orientan sus presupuestos y los gastan en otros aspectos innecesarios, yendo en contra de la salud de la familia.



El tamaño de la familia: Este factor está relacionado con los ingresos familiares, teniendo en cuenta que a mayor tamaño de la familia menos ingresos familiares mayor probabilidad de desnutrición o bajo peso en adultos y en niños.

Hábitos alimentarios familiares: Las costumbres de la familia juega un papel importante en los hábitos alimenticios, para el consumo de alimentos saludables o no tanto en cantidad como en calidad.

Preferencias individuales: Es importante la inclusión de actitudes y hábitos en la alimentación de la persona y como estas prácticas lo acompañan en la mayoría de las situaciones de su vida adulta. (25)

El sedentarismo, sobrepeso y obesidad

Sedentarismo: Conocido también como la falta de actividad física; es considerado como una de los principales factores de riesgo para enfermedades del corazón y problemas respiratorios.

Causas del sedentarismo:

Personal: Está relacionado con varios aspectos como es la forma que ha asumido el ejercicio en etapas de la infancia y adolescencia también con la posibilidad de ver o no el ejercicio como un factor protector de vida, con el manejo del tiempo y las diferentes responsabilidades que tiene dentro o fuera de la casa y el acceso a los espacios abiertos seguros para poder realizar alguna actividad física.

La pereza y la falta de compromiso: Existen personas que dedican su tiempo al trabajo, estudio entre otras actividades, no le dan importancia al ejercicio físico, no desarrollan la conciencia respecto a las desventajas y efectos sobre la salud de la vida sedentaria.



La concepción del trabajo en la sociedad y en la vida de las personas: En muchas sociedades el trabajo y la parte productiva juegan un papel fundamental en la sobrevivencia y en el acúmulo de capital, trayendo grandes jornadas laborales para las personas, olvidándose de sí mismas, de sus familias, del sentido de la vida; no crean espacios personales ni familiares para invertir en ellos a través del ejercicio.

Los desarrollos tecnológicos: Varias personas dedican su tiempo a comunicarse a través de estos elementos (iPhone, internet, Facebook, tv, entre otros); dejando de invertir tiempo para el ejercicio.

Según la OMS (Organización mundial de la salud); el 17% de los adultos de la población global es físicamente inactivo y el 141% es solo insuficientemente activo para obtener beneficios en salud, según estimaciones de este organismo, la inactividad física causa 1,9 millones de muertes prematuras cada año globalmente. (26)

Sobrepeso y obesidad: Es la excesiva acumulación de tejido adiposo que altera la salud de la persona, con el aumento del índice de masa corporal. El IMC (Índice de Masa Corporal), relaciona el peso en kilogramos, sobre la talla en metros elevado al cuadrado. A mayor IMC mayor posibilidad de sobrepeso y obesidad.

Causas del sobrepeso y obesidad

Nutrición no saludable: Existen varias prácticas consideradas no saludables, como la ingesta de alimentos ricos en grasas, consumo excesivo de calorías que deposita como triglicéridos en las células grasas del tejido adiposo y se acumula debajo de la piel.

La falta de ejercicio: La poca actividad física, sumado a una tasa metabólica baja el reposo o su termogénesis se acumula más grasa.



Hábitos alimenticios: Son los hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en la alimentación, significa llevar una dieta equilibrada, variada y suficiente acompañada de la práctica de ejercicio físico que nos permitirá llevar una vida sana. La dieta variada debe incluir alimentos de todos los grupos y en cantidades suficientes para cubrir las necesidades energéticas y nutritivas. (27)

- **Vivienda:** Espacio físico donde convive una familia interactúan y solventan sus necesidades.

Se toma en cuenta los datos estadísticos del adulto mayor según el censo del año 2010, el 68.5 % de las personas adultas mayores se declara propietaria de su vivienda aunque no todas están en condiciones óptimas, un 20 % de los adultos mayores residen en viviendas con condiciones precarias presentando carencias en su estructura y disponibilidad de servicios esta cifras se elevan en las áreas rurales el acceso a la luz eléctrica de este grupo alcanzan el 96.2%, los servicios higiénicos con condición de agua el 73.9% y el alcantarillado tan solo el 55.5%; 1 de cada 3 adultos mayores sufre de hipertensión arterial, más de 1000 millones de individuos, de acuerdo al último informe estadístico de la organización de la salud. Estas enfermedades son la causa más importante de muertes prematuras y discapacidades, unos 9.4 millones de ciudadanos mueren anualmente como consecuencia de enfermedades del corazón donde la Hipertensión arterial juega un papel preponderante. (28)

B. Consumo ampliado: incluye los bienes o contravalores de perfeccionamiento tales como educación, recreación estructurada, actividad creativa artística o científica y en otro dominio la organización política.

- **Educación:** En el Ecuador la educación es uno de los deberes primordiales del estado y un derecho de las personas a lo largo de su vida, forma parte de los objetivos del plan nacional para el buen vivir.



De acuerdo al censo de población y vivienda realizado en el año 2010 el total nacional de tasa de analfabetismo es del 6,75 %. El Ecuador posee una tasa de analfabetismo de 5,8% para hombres y 7.7 % en mujeres, que presentan un total de 280.823 y 391.273 personas respectivamente. (29)

El grado de escolaridad de la población de 24 años y más disminuye a medida que la edad aumenta. La mayor escolaridad presenta el grupo de 24 a 34 años con 11.1 grados, los adultos mayores presentan el menor grado de escolaridad con un promedio de 5.4 es decir, alcanzan el quinto año de Educación General Básica. No se observan diferencias significativas en los grupos de edad entre hombres y mujeres. En nuestro país, el mayor grado de escolaridad lo tienen la población que reside en el área urbana con 10.9 grados, el área rural alcanza el 7.2 grados de escolaridad. (30)

Según Breilh J. El atraso educativo: Es otro indicador del deterioro de la calidad de consumo, una forma para medirlo es el índice global de atraso educativo. (20)

Los indicadores del deterioro educacional en la mujer alcanzan altos relieves que llevan a una profunda reflexión acerca de las consecuencias e impacto de en la Calidad de Vida en la salud en países como el Ecuador. La educación es un componente clave del consumo y normalmente vulnerable pero ciertos grupos sociales que no han podido acceder a ella debido a la lógica distributiva del estado.

- **Recreación:** Formas de descanso que permiten recuperar la fuerza de trabajo y disminución de los niveles de estrés laboral, es uno de los componentes del consumo ampliado más afectado y deteriorado por la situación de crisis y recesión económica, esta falta de aplicación sumado al sedentarismo está causando índices de obesidad y sedentarismo que incrementan problemas como Diabetes, Hipertensión arterial.



Estos indicadores de morbilidad han determinado que el Ministerio de Deporte implemente políticas públicas para mantener una vida activa desde edades tempranas hasta edades avanzadas, promocionando acciones para mantener ocupados en formas de recreación como bailo terapia, gimnasia, ejercicios: caminar, trotar, paseos, entre otras actividades que pueden realizar de manera independiente.

En la actualidad, la población a nivel mundial sin diferencia de grupos etáreos, crean espacios de recreación realizando ejercicios, paseos familiares, realizan algún deporte; con la finalidad de mantener condiciones óptimas de vida y llegar a un envejecimiento activo y digno, esto contribuirá para la disminución de la prevalencia de enfermedades crónicas como Diabetes Mellitus, Hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares.

2.2.3.2 Variación de la calidad del consumo en el espacio

La distribución de las condiciones de consumo va ligada a la composición social y a la segregación regional de las características laborales, esto constituye un nivel importante de determinación de la salud.

El proceso de reproducción social unifica e interrelaciona las formas de trabajo e inserción productiva con la calidad y cuantía del consumo de bienes a los que acceden los grupos sociales, en otras palabras, la calidad de los medios de subsistencia básicos como alimentación, vivienda y bienes de consumo ampliado como servicios de salud y educación, está estrechamente relacionado con el tipo de inserción y ejercicio laboral.

2.2.3.3 El problema habitacional y de servicios complementarios

Las deficiencias de alimentación forman un único “sistema de deficiencias” que caracteriza a cada clase social. En la investigación sobre la “Epidemiología del hambre” en el Ecuador muestran la relación, entre el deterioro de la vivienda y el de la alimentación.



En efecto, las familias que habitan viviendas totalmente adecuadas presentan una adecuación calórico proteica de su dieta, los núcleos familiares que moran en viviendas de mediano deterioro solo llegaron a cubrir un 67% de adecuación calórica y 93% de adecuación proteica y las familias de peor condición que viven en viviendas altamente deficitarias y peligrosas, mostraron un alarmante menos cabo de su dieta con apenas el 59% de adecuación calórica y 86% de adecuación de ingesta de proteínas.

Otro de los componentes clave de la calidad del consumo es la vivienda; los servicios complementarios de las viviendas experimentaron una nítida deficiencia en el país para el año del censo de 1982, aspecto que agrava, pues en esta década de crisis estos índices han desmejorado por la creciente insuficiencia de producción de viviendas.

2.2.3.4 El acceso a los servicios de salud

El acceso al consumo de servicios de salud es un elemento de la calidad de vida que también muestra características particulares en los diferentes grupos sociales que conforman una sociedad.

2.2.4 Perfil epidemiológico de salud – enfermedad

Según Breilh J, el perfil epidemiológico es una categoría que expresa las contradicciones de salud – enfermedad, y explica el “perfil productivo” de cada clase social, así como su “perfil de salud - enfermedad”.

Cuando existe un predominio de los bienes o valores de la clase social se desarrolla el polo de la salud existiendo bienestar, crecimiento y desarrollo de la clase social, pero cuando existe un predominio de los contravalores de la clase en sus condiciones objetivas, de conciencia y organización, se desarrolla el polo de la enfermedad y aparece la mortalidad de ese grupo social.



Los pacientes con Hipertensión arterial pertenecen a diferentes clases sociales, son un grupo vulnerable, que padecen de enfermedades crónico – degenerativos, como Hipertensión arterial con altas tasas de morbi - mortalidad debido al incumplimiento del tratamiento médico, ingresos socioeconómicos inestables, alimentación inadecuada, falta de información acerca de los servicios que ofrece el personal de salud, falta de apoyo familiar; en la población estudiada la mayoría de los participantes corresponden al grupo etario del adulto mayor por lo que su organismo se encuentra en un deterioro progresivo de funcionamiento físico – biológico, que condicionan para un deterioro de la calidad de vida.

2.2.5 Aspectos sociodemográficos

El Ecuador experimenta un “envejecimiento progresivo”, cerca de la tercera parte de la población 31% tiene edades entre 0 y 14 años y la población adulta mayor (65 y más años), bordea el 7% de la población. (Población y Buen Vivir en el Ecuador Julio 2012). (31)

Edad: Es el tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo, la noción de edad brinda la posibilidad entonces de segmentar la vida humana en diferentes periodos temporales.

Sexo: Es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en: hombre y mujer, la diferencia entre estos dos sexos es reconocible según sus características biológicas y físicas, en el grupo de estudio predomina el sexo femenino.

Estado civil: Es la situación de las personas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco que establece ciertos derechos y deberes.

2.2.6 Los determinantes sociales de la salud y de la enfermedad



“Los determinantes sociales son un conjunto de elementos condicionantes de la salud – enfermedad en individuos, grupos y colectividades, estos interactúan con las condiciones de vida que son los procesos generales de reproducción social o trabajo y consumo que actúan como mediadores para conformar el modo de vida de la sociedad como un todo y la situación de salud específica de un grupo poblacional dado”. (32)

El nivel de la salud y/o enfermedad de una población depende en gran medida del desarrollo económico. Las desigualdades de los individuos en materia de salud y atención sanitaria van aumentando paulatinamente, debido a importantes determinantes sociales que determinan una mala salud; el tipo de trabajo desempeñado, el entorno ambiental en que se vive, la exclusión social, la situación económica, etc.

2.2.7 Hipertensión arterial

La aparición de la hipertensión arterial depende de la interacción entre la predisposición genética y factores ambientales; sin embargo va acompañada de alteraciones funcionales del sistema nervioso simpático (Adrenérgico), del riñón, del sistema renina- angiotensina y otros mecanismos humorales. La hipertensión produce diferentes cambios estructurales del sistema cardiovascular que amplían los estímulos hipertensivos e inician las lesiones cardiovasculares, produce un lento y progresivo deterioro funcional si está controlada, pues es indolora y silenciosa. (8)

Los factores de riesgo están presentes durante todo el ciclo de vida de la población, pueden ser modificables como: condiciones ambientales, alimentación, sedentarismo, estado nutricional y no modificables: edad, sexo, herencia, etnia.

La prevalencia de las enfermedades crónicas es mayor en las mujeres, últimamente hay preocupación con el aumento de la obesidad en los adolescentes y niños siendo necesario desarrollar acciones preventivas.



2.2.7.1 Definición

Es una enfermedad sistémica de etiología multifactorial, consiste en la elevación crónica de las cifras de presión arterial por encima de los valores considerados como normales. El valor óptimo de la presión arterial sistólica son iguales o mayores a 140 mmHg y 90 mmHg de presión arterial diastólica, ante la presencia de comorbilidades como diabetes, enfermedad renal crónica estos valores están en límite de 130/80 mmHg. Produce daños importantes en los órganos blancos como: corazón, riñones, vasos sanguíneos, órgano de la visión y encéfalo, aumentando los riesgos de eventos cardiovasculares. (33)

2.2.7.2 Clasificación de hipertensión

Según el VII Comité Nacional Conjunto para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la Hipertensión arterial es importante destacar que cuando la Tensión arterial sistólica y la Tensión arterial diastólica caen en diferentes categorías, debe seleccionarse la más alta para la clasificación de la hipertensión arterial. (33)

Clasificación TA	TAS mm Hg	TAD mm Hg
Normal	< 120	< 80
Pre hipertensión	121 – 139	81 – 89
Hipertensión estadio 1	140 – 159	90 – 99
Hipertensión estadio 2	≥ 160	≥ 100

Tomado: VII Joint National Committee Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure.

Epidemiología

En el mundo se estima que 691 millones de personas la padecen. De los 15 millones de muertes causadas por enfermedades circulatorias, 7,2 millones son por enfermedades coronarias del corazón y 4,6 millones por enfermedad vascular encefálica. La HTA está presente en la mayoría de ellas. (34)



En el Ecuador las 3 primeras causas de muerte son las cardiovasculares, cerebrovasculares y diabetes. La hipertensión Arterial constituye la 6ta causa de mortalidad, pues de cada 100.000 personas 1.373 tienen problemas de hipertensión, así lo afirma el informe 2012 de la Organización Mundial de la Salud (OMS). (35)

Etiología

En el 95% de los pacientes con hipertensión no existe una causa orgánica, es causada por componentes genéticos y factores de riesgo externos como obesidad, estrés y consumo excesivo de alcohol y sal. Las enfermedades orgánicas o los trastornos hormonales son responsables de la hipertensión sólo en el 5% de los casos. (36)

2.2.7.3 LOS FACTORES DE RIESGO

Factores de riesgo modificables

- **Ambientales:** El ambiente espacio físico donde vive, trabaja las personas y que puede ser positivo favoreciendo a situaciones de Bienestar salud o ser negativo generando estrés que contribuye para la aparición de problemas cardíacos.
- **Cambios en la dieta:** La ingesta de grasa sobresaturada eleva los niveles de colesterol en sangre, estos hábitos poco saludables pueden elevar el riesgo para una presión arterial, acumulación de grasa en las paredes de las arterias, disminuyendo la luz arteriolar aumentando la resistencia periférica al paso de la volemia.
- **Actividad física:** El efecto antihipertensivo del ejercicio incluye una disminución de la estimulación simpática al potenciar el efecto de los barorreceptores, también disminuye la rigidez de las arterias e incrementa la sensibilidad a la insulina. En el ejercicio aumenta las lipoproteínas de alta densidad (DHL) y reduce las de baja densidad



(LDL), relaja los vasos sanguíneos y puede bajar la presión arterial; otro beneficio es mantener al cuerpo en movimiento contribuyendo a quemar kilocalorías que existan en los alimentos y por lo tanto no existirá acumulación de tejido adiposo excesivo que perjudique al organismo. (37)

Factores de riesgo no modificables

- **Historia familiar:** El riesgo es mayor si existen antecedentes familiares de enfermedades del corazón, el riesgo es aún más alto si un pariente cercano murió joven por un paro cardíaco.
- **Sexo:** Los hombres tienen un factor de riesgo alto para cardiopatía isquémica e hipertensión arterial, entre los 35 y 40 años existen tasas de mortalidad entre 4 a 5 veces más que la mujer. En la mujer posmenopáusica existe mayor prevalencia de Hipertensión arterial, así como un deterioro del perfil lipídico, con aumento del colesterol y las lipoproteínas de baja densidad.
- **Raza:** Estudios longitudinales han demostrado que la raza negra es la de mayor incidencia, pero actualmente debido a los cambios en el ritmo de vida y la no modificación de los factores de riesgo, está aumentando la incidencia en las demás etnias.
- **Edad:** La Hipertensión arterial tiene una alta prevalencia en los adultos mayores alcanzando una cifra de hasta 45% después de los 65 años. Personas con más de 45 años o una mujer de más de 55, corren más riesgo para presión arterial alta, sin embargo los avances científico – tecnológico han creado situaciones laborales estresantes que han determinado que la Hipertensión arterial se presente en personas cada vez más jóvenes desde los 32 años. (38)

•



ENFERMEDADES PREDISPONENTES QUE PUEDEN CONTRIBUIR EN LA APARICIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

1. La arterioesclerosis

Uno de los responsables principales de la Hipertensión arterial es la arterioesclerosis, caracterizada por el endurecimiento de las arterias y la dificultad de la sangre para circular, esta falta de flexibilidad produce varios problemas circulatorios, que generan lesiones a órganos del cuerpo. El trabajador tiene que sobrellevar esta enfermedad e iniciar un tratamiento temprano para poder prevenir complicaciones mayores en su salud.

2. Enfermedades renales

Los problemas renales aumentan el riesgo de sufrir alteraciones en la presión arterial un funcionamiento anormal del sistema renal, ya que los vasos sanguíneos de los riñones sufren una vasoconstricción que les impiden eliminar los desechos y el exceso de líquidos del cuerpo, aumentando la resistencia periférica y por ende la presión arterial; cuando el trabajador presenta enfermedades graves que comprometa el sistema renal debe mantenerse con controles médicos periódicos para prevenir la aparición de la Hipertensión arterial.

3. Enfermedades endocrinológicas

Se incluye el Síndrome de Cushing, hiperaldosteronismo primario, entre otros; en los que existen desequilibrios hormonales endógenos y exógenos; por ende algunas de estas enfermedades requieren la administración de corticoides que ocasionarán efectos colaterales como retención de líquidos lo que incrementa la volemia y por ello la resistencia periférica dando como resultado una elevación de los valores de la presión arterial. (39)

Fisiopatología



La presión arterial es producto del gasto cardíaco y la resistencia vascular sistémica. Por lo tanto, los factores determinantes de la presión arterial son factores que afectan al gasto cardíaco, la fisiología y estructura de las arteriolas. Cualquier cambio en el aumento de la viscosidad sanguínea tiene efectos significativos al bombeo sanguíneo produciendo aumento persistente de la presión arterial.

Las condiciones de maleabilidad de la pared de los vasos sanguíneos afectan la velocidad del flujo sanguíneo, y la regulación de la presión arterial.

Además, los cambios en el espesor de las paredes vasculares afectan la resistencia vascular periférica en los pacientes hipertensos, lo que produce una refracción de ondas en dirección a la aorta y opuestas al flujo sanguíneo, aumentando la presión arterial sistólica. El volumen de sangre circulante es regulado por el Sodio en el riñón y junto con el agua, juega un papel importante en la hipertensión sensible a las concentraciones de Sodio sanguíneas.

Diagnóstico

El diagnóstico de la Hipertensión arterial, se realiza promediando dos o más mediciones tomadas con un intervalo de dos minutos, si esta varía entre 5 mm Hg, se deben obtener mediciones adicionales. El diagnóstico debe ser establecido por dos o más controles de presión arterial y cuando las cifras están elevadas.

La primera manifestación de la Hipertensión arterial es el daño en órganos blanco, con aparición de:

Enfermedad coronaria: Una afección en la que la placa de ateromas se depositan dentro de las arterias coronarias, estas arterias suministran sangre rica en oxígeno al músculo cardíaco.

Enfermedad renal crónica: Funcionamiento anormal de los riñones por más de 3 meses por alteración estructural, es muy frecuente a pesar de contar con estrategias efectivas para su prevención y detección precoz, frecuentemente no



es reconocida hasta los estadios terminales de la enfermedad requiriendo tratamiento de diálisis o trasplante renal.

Complicaciones

El exceso de presión en las arterias mantenida durante un período de años y no tratada puede llevar a un gran número de complicaciones. Se describen las más importantes:

Cardiopatía hipertensiva: Cuando la arteriosclerosis afecta a los vasos que alimentan el músculo cardíaco, el corazón se ve obligado a trabajar más para mantener el flujo sanguíneo en los tejidos. En algunos casos lo hace aumentando de tamaño, con una hipertrofia del músculo cardíaco, haciéndose más rígido y menos eficaz. El resultado final puede ser la insuficiencia cardíaca congestiva: El corazón se queda atrás en el bombeo de la sangre circulante no cubre las necesidades y los líquidos se estancan en todo el organismo.

Enfermedad renal: La quinta parte de la sangre bombeada por el corazón va a los riñones, estos filtran los productos de deshecho y ayudan a mantener los valores químicos adecuados, también controlan el balance de ácidos, sales, y agua.

Los riñones son especialmente sensibles a las variaciones del flujo sanguíneo resultantes de la Hipertensión arterial y de sus complicaciones, no pueden funcionar bien si el flujo decrece, donde secretándose más enzima renina, que constriñen todas las arterias del cuerpo, elevando la presión arterial en un intento de restaurar el flujo renal, sin embargo, en última instancia, lo que producen es un círculo vicioso que termina en Hipertensión arterial y aumentando la función hasta llegar al fallo renal.

Accidente vascular cerebral: Cuando la arteriosclerosis afecta a los vasos del cerebro, puede ocurrir un bloqueo de sangre a alguna parte del cerebro por una estrechez o un coágulo (trombosis cerebral), o una rotura de un vaso



(hemorragia cerebral). Todo ello es mucho más frecuente en hipertensos; el riesgo disminuye al tratar la Hipertensión arterial. (40)

2.2.7.4 Tratamiento

➤ Tratamiento no farmacológico

Son estrategias que se pueden realizar para los cambios de estilo vida con la finalidad de reducir las cifras de presión arterial y controlar los factores de riesgo modificables.

Educación para el paciente hipertenso

Reforzar la post consulta: Constituye una parte fundamental en el tratamiento, la educación es un derecho de la persona con hipertensión arterial y una obligación de los prestadores de salud.

Ejercicio

El riesgo de enfermedad cardiovascular predomina en los pacientes con hipertensión arterial, se debe realizar una prueba de esfuerzo antes de iniciar la rutina de ejercicio, recomendado para identificar isquemia, arritmias e isquemia miocárdica asintomática, la prueba de esfuerzo también puede proporcionar datos acerca de la frecuencia cardíaca máxima y la respuesta de la presión arterial, lo que servirá para establecer la prescripción de ejercicio. La presión arterial puede disminuir con 30 minutos de actividad física moderadamente intensa como trotar (en forma acelerada) seis a siete días a la semana o por ejercicios más intensos y menos frecuentes.

Alimentación

El paciente con hipertensión arterial debe consumir una dieta rica en frutas, verduras, fibras, lácteos con bajos porcentajes de grasa. Disminuir la ingesta



de sodio a menos de 5 gramos por día con lo cual se logra hacer disminuciones de hasta 10 mmHg de presión arterial.

Tabaco y alcohol: Son elementos perjudiciales para la salud el consumo debe ser disminuido para evitar complicaciones, puesto que los niveles de nicotina aumentan los niveles de catecolaminas que alteran el sistema circulatorio. (33)

➤ **Tratamiento farmacológico**

El objetivo principal del tratamiento antihipertensivo es la reducción de la morbilidad y mortalidad cardiovascular, lo que se logra con la reducción de la presión arterial y el control de factores de riesgo modificables.

Para el tratamiento de la Hipertensión arterial existen 5 grupos de medicamentos: diuréticos, betabloqueantes, calcioantagonistas, IECA y ARAII. Todos los pacientes, sean prehipertensos o hipertensos, deben adoptar modificaciones de estilos de vida, a la vez que se inicia el manejo farmacológico.

Diuréticos: Son fármacos antihipertensivos eficaces, económicos y bien tolerados a dosis bajas, los efectos secundarios como la depleción de potasio, la intolerancia a la glucosa y la impotencia se asocia con el empleo de dosis altas; en varios estudios se demostró la eficacia de los diuréticos en la prevención de las complicaciones cardiovasculares del paciente hipertenso, estos medicamentos están especialmente indicados en el tratamiento de la hipertensión arterial aislada y diabetes se obtienen un beneficio especial con este tipo de tratamiento.

Betabloqueantes: Son fármacos seguros, eficaces y económicos, están indicados en las distintas formas de cardiopatía isquémica y determinadas arritmias, la asociación de betabloqueantes, al tratamiento básico con diuréticos, IECA y digoxina ha determinado una gran importancia en el tratamiento de la hipertensión arterial. Existe además un riesgo de desarrollo



de diabetes asociado con el uso de betabloqueantes con respecto al tratamiento antihipertensivo basado en fármacos modernos.

Calcioantagonista: Son medicamentos bien tolerados, eficaces de acción prolongada evitando el empleo de fármacos de acción rápida y corta. Las dihidropiridinas de acción prolongada son eficaces en pacientes de edad avanzada con Hipertensión sistólica. Los calcio antagonistas no dihidropiridínicos han ofrecido una eficacia similar a diuréticos y betabloqueantes en la prevención de las complicaciones cardiovasculares del síndrome hipertensivo, estos están contraindicados en pacientes con insuficiencia cardíaca o disfunción ventricular.

IECA (Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina): Son fármacos seguros y ofrecen una prevención cardiovascular similar a los fármacos utilizados en el paciente con hipertensión arterial y probablemente superior en casos con Hipertensión arterial y diabetes y en pacientes hipertensos de edad avanzada.

Los IECA son el tratamiento básico en la insuficiencia cardíaca y presentan una especial eficacia en la prevención secundaria tras un infarto de miocardio, sobre todo en casos de disfunción ventricular. El efecto secundario más frecuente en este grupo es la tos, la hipotensión de primera dosis se observa con frecuencia en casos de hipovolemia.

El inicio de tratamiento se realizará con dosis bajas y se aumenta progresivamente, es recomendable mantener una monitorización de la creatinina y el potasio séricos a los 7 – 14 días de iniciado el tratamiento para descartar deterioro de función renal o hiperpotasemia, en pacientes de edad avanzada, diabéticos, con insuficiencia renal o cardíaca o con enfermedad aterosclerótica difusa.

Antagonistas de los receptores de la angiotensina II: Este grupo de fármacos se caracteriza por la tolerabilidad, la principal indicación es la sustitución del tratamiento con IECA, no tolerado por la tos; el tratamiento en Barrera Marcia, Falcón Magdalena



pacientes con Hipertensión arterial e hipertrofia ventricular izquierda demuestra una protección cardiovascular superior al tratamiento con betabloqueantes, también los pacientes con hipertensión arterial sistólica aislada y en casos de edad avanzada. Una asociación entre ARA II al tratamiento con IECA puede ocasionar un beneficio añadido en el tratamiento de la insuficiencia cardiaca. (41)

2.2.7.5 Prevención

Si bien no es posible eliminar por completo la hipertensión, varias acciones son útiles y necesarias para prevenir su aparición y evitar el empeoramiento de los síntomas:

- Incrementar la actividad física aeróbica.
- Mantener un peso corporal dentro de los estándares correspondientes a la edad y la estatura, según el sexo, el IMC correspondiente.
- Reducir al mínimo el consumo de alcohol
- Reducir el consumo de sodio.
- Consumir una dieta rica en frutas y vegetales; lácteos bajos en grasa con reducido contenido de grasa saturada y total.
- Privarse de todo tipo de tabaco.
- Control de la cifras de presión arterial.
- Controlar la glucemia (sobre todo si la persona padece diabetes). (42)



CAPÍTULO III

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la calidad de vida de los Pacientes con hipertensión arterial que acuden al centro de salud N° 1 de la ciudad de Azogues 2015.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes con hipertensión arterial.
2. Identificar las características de la calidad de vida o las formas de trabajo y consumo de los pacientes hipertensos.
3. Describir la percepción del bienestar y los niveles de calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial.
4. Identificar la influencia de la calidad de vida en los pacientes hipertensos que acuden al centro de salud N°1 Azogues.



CAPÍTULO IV

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Metodología

La investigación fue cuali - cuantitativa.

4.2 Tipo de estudio

El tipo de estudio fue descriptivo porque refiere las características de la Calidad de Vida, los determinantes de salud de cada uno de los pacientes con Hipertensión arterial.

Área de estudio

La investigación se desarrolló en el Centro de Salud N°1 de Azogues, 2015. El centro de Salud N° 1 de Azogues es una institución de Salud Pública de tercer nivel, ubicado en la Avenida 24 de Mayo y Samuel Abad, presta servicios de salud a la elevada afluencia de pacientes que asisten para recibir atención médica, el horario de atención es de lunes a viernes de 7am a 7pm, sábado y domingo de 8am a 4 pm (incluido feriados), dentro de la cobertura de la unidad se centra en la población del área urbana y urbano marginal de la ciudad de Azogues, desarrollando todos los programas del Ministerio de Salud dirigidos a los diversos grupos etáreos.

4.3. Universo

El universo de trabajo estuvo constituido por 347 pacientes con Hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud N°1 de Azogues

4.4 Muestra



Se tomaron 120 pacientes con Hipertensión arterial, de acuerdo a la formula calculada:

$$n_0 = \frac{NZ^2 p.q}{E^2 N + Z^2 pq}$$

$$N_0 = \frac{347(1,96)^2 (0,5 \times 0,5)}{(0,05)^2 (347) + (1,96)^2 (0,5 \times 0,5)}$$

$$N_0 = \frac{347(3,84) (0,25)}{(0,0025)(347) + (3,84) (0,25)}$$

$$N_0 = 182,3 = \underline{182,3} = 182 \text{ hipertensos}$$

Ajuste de la muestra

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{n_0}{N}}$$

$$N = \frac{182}{1 + 182/347} = \frac{182}{1,52} = 119,7 = \text{Muestra } \underline{120} \text{ hipertensos.}$$

4.5.Unidad de análisis y observación

Usuarios con hipertensión arterial que acudieron al centro de salud N°1 de Azogues y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

4.6 Criterios de inclusión

- Pacientes con Diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden a Centro de Salud N° 1, que participaron en la investigación.
- Pacientes que firmaron el consentimiento informado para la aplicación de los instrumentos formulados para la recolección de datos.

4.7 Criterios de exclusión



- Pacientes que no firmaron el consentimiento informado, porque no deseaban participar en la investigación.
- Pacientes que tenían algún tipo de discapacidad especial ya sean: psíquicas, sensoriales y motoras; por la dificultad de recolectar la información necesaria.

4.8 Análisis de resultados

- La tabulación de los datos obtenidos se realizaron mediante el programa Microsoft Excel y SPSS.
- Los resultados se representó mediante la utilización de gráficos y tablas estadísticas con frecuencias y porcentajes, los mismos que fueron analizados.
- Con respecto a la guía del grupo focal se analizó las respuestas dadas desde la percepción de los usuarios sobre la relación entre la Calidad de Vida e Hipertensión Arterial.

4.9. Técnicas de Investigación

La información fue obtenida mediante la entrevista directa y el cuestionario de Calidad de Vida CHAL a cada uno de los participantes, se utilizó también la observación directa.

Para la recolección de la información se utilizaron 3 instrumentos: Entrevista, la guía de grupo focal y el cuestionario CHAL.

1. **Cuestionario de la calidad de vida CHAL:** Este instrumento fue desarrollado, validado y modificado en España por Roca-Cusachs. El mismo que contiene dos dimensiones: Estado de ánimo (EA) y manifestaciones somáticas (MS). Lo que permite determinar la Calidad de Vida mediante la interpretación y el análisis de la información obtenida.



Se aplica el cuestionario en donde el usuario contesta los puntos solicitados, se valoran las respuestas mediante la escala Likert que da cuatro opciones de respuesta: 0 (no, en absoluto); 1 (sí, algo); 2 (sí, bastante); 3 (sí, mucho); de acuerdo a la puntuación son interpretadas desde muy buena Calidad de Vida hasta mala Calidad de Vida; lo que permite obtener una puntuación global y una puntuación para cada una de las dimensiones (Ver anexo III).

2. **Entrevista:** elaborada en base al instrumento de Calidad de Vida de Jaime Breilh con enfoque en el concepto de Epidemiología crítica; constituida por 15 preguntas, que ayudaron a determinar las condiciones socio - demográficas, Calidad de Vida e Hipertensión arterial, la información recolectada de este instrumento contribuyó de gran manera a esta investigación (Ver anexo IV).
3. **Guía de grupo focal:** La técnica de los grupos focales es una reunión con modalidad de entrevista grupal abierta y estructurada, donde discutieron desde la experiencia personal una temática de esta investigación, donde se formaron dos grupos constituidos cada uno de 7 participantes. (Ver anexo V).

4.10 Marco analítico o indicadores de análisis

Cuestionario de la Calidad de Vida CHAL: Calificación e interpretación: Este instrumento está estructurado por 55 preguntas agrupadas en dos dimensiones: Estado de ánimo (EA) constituido por 36 ítems y manifestaciones somáticas (MS) constituidas por 19 ítems. La respuesta a los ítems se obtiene de una escala Likert de cuatro puntos cuya interpretación es 0, mejor nivel de calidad de vida y la puntuación de 3 peor nivel de calidad de vida. Se obtiene la puntuación para cada una de las dimensiones asignadas a los ítems correspondientes: EA de 0 a 108, MS de 0 a 57 y la puntuación global es de 0 a 165. Las puntuaciones más bajas indican mejor nivel de Calidad de Vida, considerando una puntuación de 0-41 = muy buena, 42-82 = buena, 83-123 = regular y 124- 165 = mala Calidad de Vida.



Vivienda saludable: La vivienda saludable considerada como un espacio que promueve la salud de los moradores, esta carece o presenta factores de riesgo controlados y prevenibles e incluye agentes promotores de la salud y el bienestar; este espacio incluye: la casa, el hogar, el entorno y la comunidad.

Cumple con las siguientes condiciones fundamentales:

- Tenencia segura
- Ubicación segura, diseño y estructura adecuada y espacios suficientes para una convivencia sana
- Dormitorios suficientes según el número de miembros
- Servicios básicos de buena calidad
- Muebles, utensilios domésticos y bienes de consumo seguros y eficientes
- Entorno adecuado que promueva la comunicación y la colaboración
- Hábitos de comportamiento que promueven la salud.

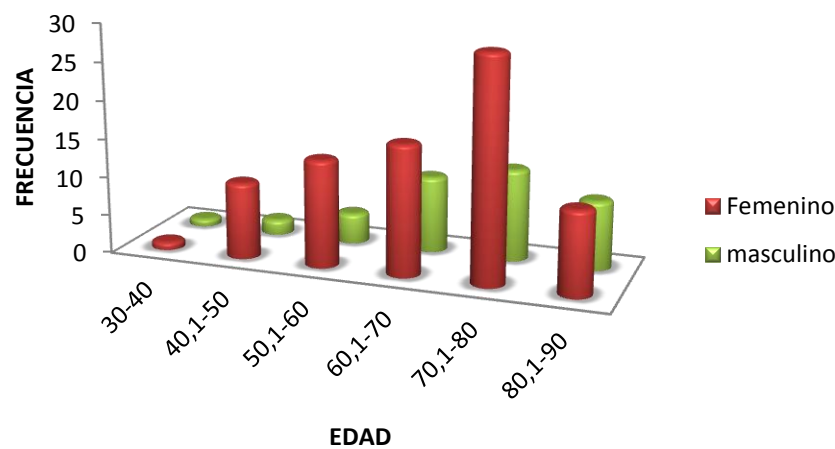
Canasta familiar básica: Conjunto de bienes y servicios esenciales para satisfacer las necesidades básicas para el bienestar de todos los miembros de la familia consiste en: alimentación, vivienda, indumentaria y misceláneos.

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS

GRÁFICO N°1

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según edad y sexo, Azogues. 2015.



Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

Elaboración: Las autoras

Análisis

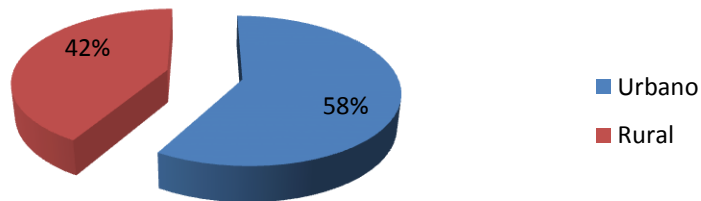
El gráfico muestra que el 68,33% de pacientes con hipertensión arterial pertenecen al sexo femenino, lo que confirma lo dicho en el marco teórico que uno de los factores predisponentes para sufrir dicha enfermedad es el sexo femenino por sus características y formas de enfrentamiento de los problemas, además la edad que predomina es de 70,1 – 80 años tanto en hombres como en mujeres, lo que ratifica una vez más lo que dice el sustento teórico que con la edad se pierde la elasticidad de los vasos sanguíneos volviéndose rígidos, lo que incrementa los factores predisponentes como la resistencia periférica, aumentando el riesgo y vulnerabilidad para las complicaciones de la hipertensión arterial, situación



que deteriora la Calidad de Vida por el impacto incapacitante que produce a la persona que lo padece.

GRÁFICO N° 2

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según el lugar de residencia, Azogues. 2015.



Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

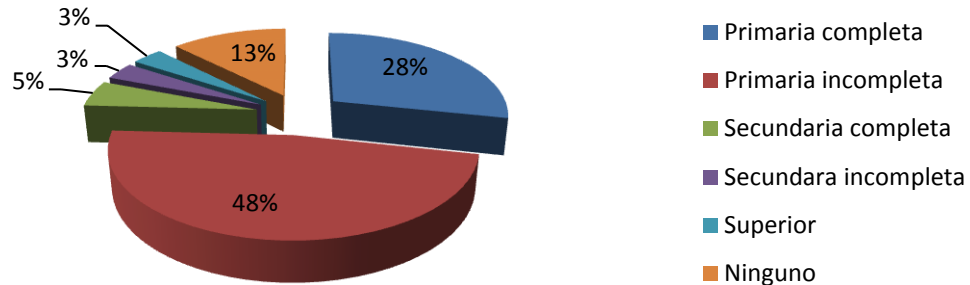
Elaboración: Las autoras

Análisis

En el gráfico nos señala que el 58,33 % de personas con Hipertensión arterial corresponden al área urbana, este elemento constituye un factor protector para el grupo estudiado porque les permite tener mayor accesibilidad a bienes de consumo a diferencia de las personas que viven en el sector rural que con un porcentaje de 41,67% este puede ser un factor de riesgo porque debido a a la situación geográfica y de movilidad presentan dificultades de acceso a los servicios básicos, también podemos observar que la distribución de la enfermedad entre el sector rural y urbano es pequeña entre los dos grupos con una diferencia del 17 %, lo que muestra que el problema de salud no solo se relaciona con el lugar donde vive sino con las condiciones de vida del área rural que en los últimos años ha cambiado presentándose problemas nutricionales, sedentarismo, hábitos nutricionales dañinos porque asumen nuevos estilos de vida producto del factor migratorio y del cambio de patrones nutricionales; producto de la globalización de los medios de comunicación, conceptos teóricos que muestran una relación directa entre residencia, formas y estilos de vida.

GRÁFICO N°3

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según el nivel de instrucción, Azogues. 2015.



Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

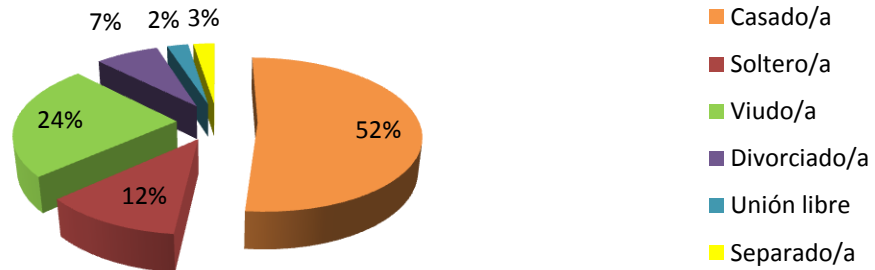
Elaboración: Las autoras

Análisis

El gráfico muestra que el nivel de instrucción de los usuarios que destaca es la primaria incompleta con el 47,50% de escolaridad que sumado al alto índice de analfabetismo de 12,50% nos da un porcentaje de 60% que según la UNESCO corresponde a un nivel de escolaridad baja, constituyéndose en un factor de riesgo para la salud, porque muestra el poco acceso a este bien de consumo básico, además es un indicador del deterioro de la calidad de vida, este nivel de escolaridad disminuye la capacidad para el autocuidado de la salud y le coloca en situación de vulnerabilidad.

GRÁFICO N°4

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según el estado civil, Azogues. 2015.



Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

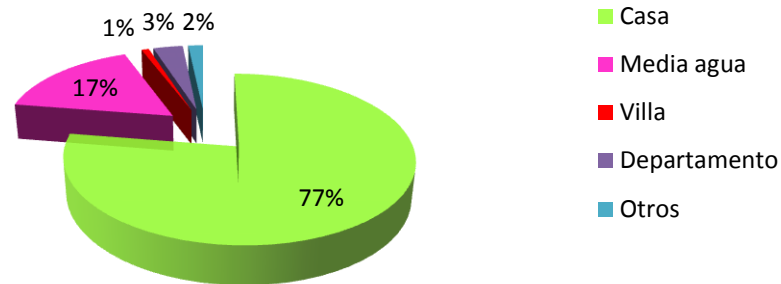
Elaborado: Las autoras

Análisis

Como se demuestra en el gráfico el 51,67% son personas casadas, lo que constituye un factor protector porque el compartir sus experiencias con un alguien hace que se sienta apoyado, ligado afectivamente, lo que disminuye la ansiedad, estado emocional que ayuda a la regulación de la presión arterial, fortalece su autoestima para desarrollar un envejecimiento, como nos indica en el marco teórico que la mayor parte de la población de nuestro País están casados y viven con su pareja y que el estrés, ansiedad, depresión influyen sobre los mecanismos fisiológicos de control de la presión, siendo un indicador del deterioro de la calidad de vida; mientras que el 24,17% son viudos son de edad avanzada rebasando la perspectiva de vida de 77,4 años de edad según las Naciones Unidas, siendo un grupo de mayor vulnerabilidad para las complicaciones de la hipertensión arterial.

GRÁFICO N°5

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según el tipo de vivienda, Azogues. 2015.



Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

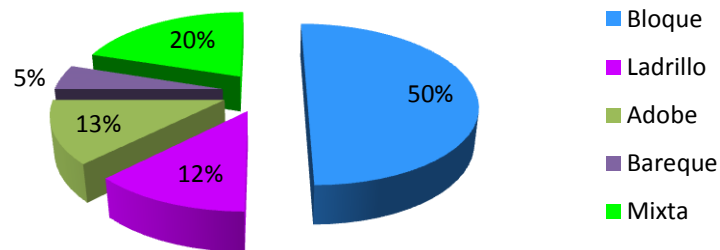
Elaborado: Las autoras

Análisis

El gráfico nos demuestra que el 77,50% de los participantes del grupo de estudio tienen una casa, espacio físico que le permite descansar y desarrollar sus actividades básicas, pues, uno de los derechos del ser humano es tener una vivienda habitable, de calidad, asequible y accesible, que le brinde seguridad, paz y dignidad, en el medio rural la vivienda no tiene los mismos indicadores de calidad que la urbana, pues los servicios y dotaciones en la zona todavía no llegan al 100% de la Población según el Censo del INEC 2010.

GRÁFICO N°6

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según el material de la vivienda, Azogues. 2015.



Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

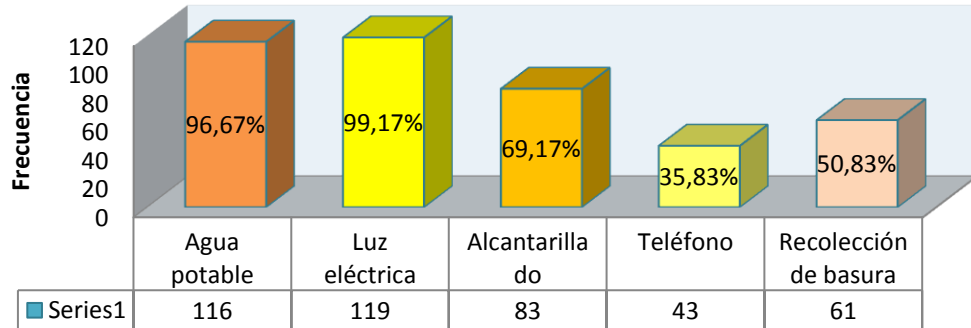
Elaborado: Las autoras

Análisis

Como se muestra en el gráfico el 62% de viviendas es de construcción moderna bloque y ladrillo, con buena ventilación e iluminación natural, esto constituye un factor protector por que las personas dispongan de un espacio físico que les protege, en el que conviven e interactúan, este tipo de construcción es un indicador de mejoramiento de la vivienda y contribuye a mejorar el nivel de vida, lo que demuestra la accesibilidad económica para adquirir estos materiales y al mismo tiempo brinda mayor seguridad para el descanso a las personas que habitan en ella, porque este material da mayor estabilidad y protección contra los cambios climáticos y otras situaciones de peligro. El 5% las viviendas son de construcción de bareque con poca ventilación e iluminación natural, este tipo de construcción tiene ventajas como conservar la temperatura ambiental ayudando a conservar la temperatura corporal de los adultos mayores, pero tiene la desventaja de incrementar la posibilidad de sufrir enfermedades respiratorias por la inhalación de partículas de polvo que se desprende de las paredes, enfermedades dermatológicas por contacto directo, deteriorando la calidad de la vivienda y la salud de sus habitantes.

GRÁFICO N°7

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según los servicios básicos, Azogues. 2015.



Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

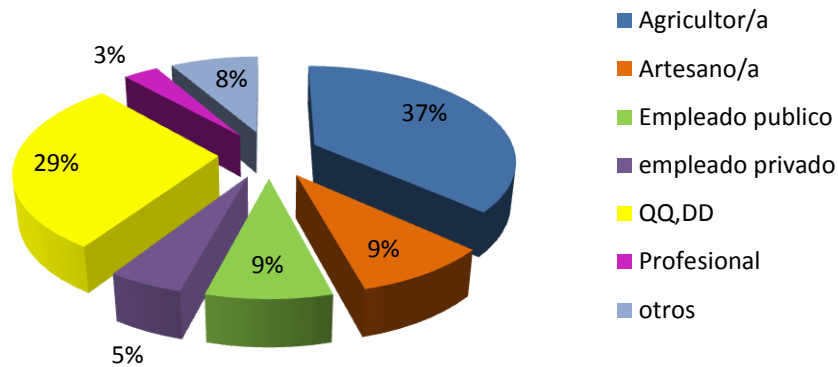
Elaborado: Las autoras

Análisis

El gráfico nos demuestra que la mayoría de los usuarios 64% disponen de una vivienda poco saludable, pues según San Martín en su obra de Salud Pública, para que una vivienda sea considerada como saludable debe disponer de toda la infraestructura sanitaria y comunicacional, estas viviendas disponen de agua potable el 96,67%, luz el 99,17%, el teléfono solo disponen en un 35,83% y recolección de basura en el 50,83%, por lo tanto no cumplen con los indicadores establecidos para viviendas saludables; la mayoría de integrantes del grupo de estudio está constituido por adultos mayores que presentan alteraciones de los sentidos propios de la edad y sumados a las alteraciones derivadas de la hipertensión donde se afectan los vasos sanguíneos de la retina por la presión a la que está sometida, hacen que la vivienda poco saludable se constituya en un riesgo que aumenta su vulnerabilidad para accidentes domésticos lo que agravaría su condición de salud, deteriora su calidad de vida si consideramos que es un paciente crónico – degenerativo.

GRÁFICO N°8

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según la ocupación, Azogues. 2015.



Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

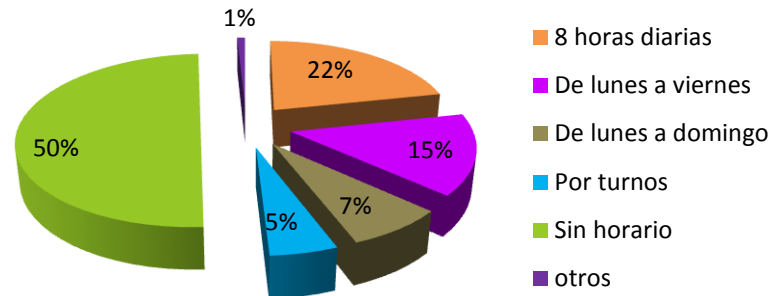
Elaborado: Las autoras

Análisis

En el siguiente gráfico se observa que la ocupación que predomina en los pacientes hipertensos es la agricultura en un 36,67% para autoconsumo, esta actividad demanda el uso de herramientas rudimentarias, manuales que demandan un gran gasto de energía y uso de la fuerza física con aumento de la temperatura ambiental, corporal, mayor demanda circulatoria por incremento de la tasa metabólica incrementando el gasto cardiaco y por ende la presión arterial como consta en el marco teórico página 32rutini; el 19,17% se dedican a los quehaceres domésticos esta actividad es rutinaria, repetitiva de las mismas actividades, generando situaciones de estrés que afectará al estado emocional que altera los niveles de presión arterial como consta en el marco teórico.

GRÁFICO N°9

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según la jornada laboral, Azogues. 2015.



Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

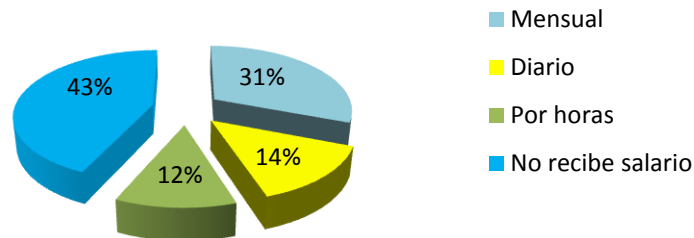
Elaborado: Las autoras

Análisis

Como nos señala el gráfico en el grupo de estudio predominan las 8 horas diarias de jornada laboral en un 21,67%, mostrando que son jornadas laborales adecuadas para personas que no tienen las funciones orgánicas afectadas, lo que no es aplicable para las personas con hipertensión arterial y además son adultos mayores que por sus características morfológicas y funcionales no pueden laborar jornadas laborales prolongadas porque implica un riesgo por la rutinización y mecanización del trabajo causando estrés, ansiedad y cansancio; que afectan la capacidad de funcionamiento cardiovascular causando fatiga del sistema musculo esquelético, pérdida de la fuerza y masa muscular en un 30 – 40% en adultos mayores como se señala en el marco teórico, página 24; mientras que el 0,83% no señalan una jornada laboral de trabajo específico.

GRÁFICO N°10

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según el salario, Azogues. 2015.



Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

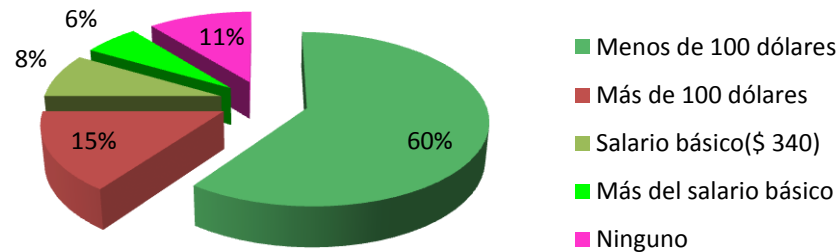
Elaborado: Las autoras

Análisis

El gráfico señala que el 43,33% de usuarios no recibe ningún salario lo que es un factor de riesgo porque las personas necesitan un sustento para satisfacer sus necesidades básicas y si no tienen surgen manifestaciones que afectan a la persona, familia y sociedad; presentándose cambios de conducta; deterioro de las relaciones interpersonales, inestabilidad económica y en algunos casos hasta dependencia económica familiar, lo que ratifica lo manifestado en el marco teórico que determina la importancia del sustento económico para mantener la salud; el 11,67% reciben un salario por horas que resulta insuficiente como se observa en la gráfico número 11 para satisfacer sus necesidades básicas requeridas, enfrentándose a un deterioro progresivo de la Calidad de vida.

GRÁFICO N°11

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según el aporte económico, Azogues. 2015.



Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

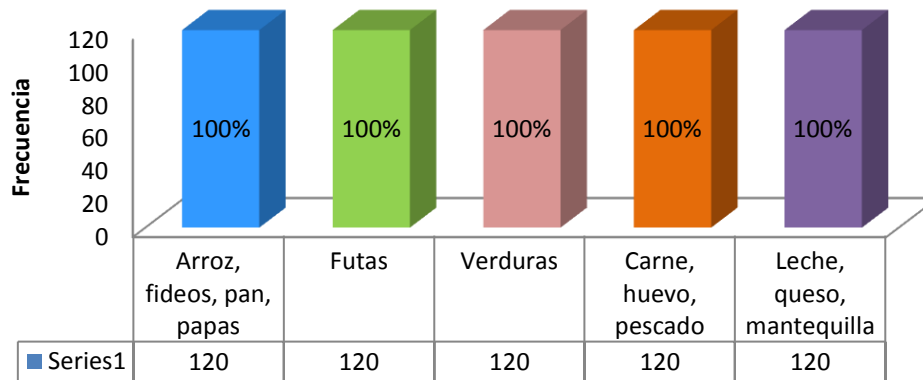
Elaborado: Las autoras

Análisis

El gráfico muestra que el 60% de los usuarios reciben menos de 100 dólares mensuales, lo que constituye un factor de riesgo porque el salario resulta insuficiente para satisfacer sus necesidades básicas, si consideramos el costo de la canasta familiar lo que muestra la inaccesibilidad a bienes de consumo como: Vivienda, alimentación, indumentaria y misceláneos; trayendo como consecuencia afecciones emocionales, situaciones de ansiedad que influyen en el control de la enfermedad incrementando el deterioro de la Calidad de salud y el bienestar; tan solo el 5,83% tienen un salario básico lo que influye para que las condiciones de vida sean mejores porque combinan con actividades agrícolas de autosostenimiento.

GRÁFICO N°12

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según los alimentos que consume, Azogues. 2015.



Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

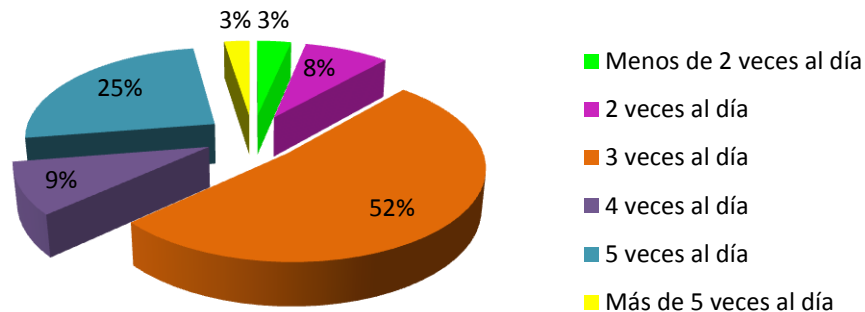
Elaborado: Las autoras

Análisis

Como se observa en el gráfico todas las personas que participan en el estudio llevan una dieta variada y balanceada en un 100%, demostrando que a pesar de la inestabilidad económica tienen una alimentación saludable, de calidad no así en cantidad lo que podría incidir en el estado nutricional negativamente porque la seguridad alimentaria determina que se debe garantizar tanto cantidad como calidad de alimentación.

GRÁFICO N°13

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según la frecuencia alimentaria, Azogues. 2015.



Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

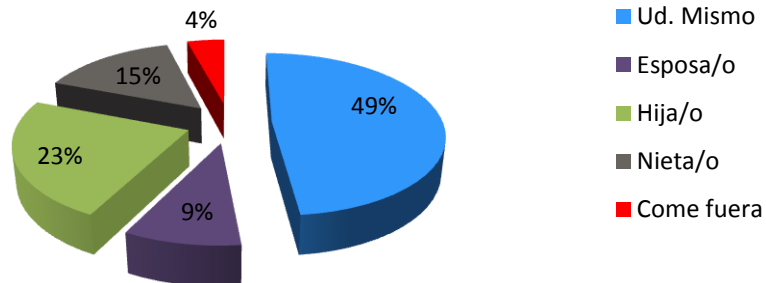
Elaborado: Las autoras

Análisis

En el gráfico indica el 51,67% de los participantes mantienen una alimentación de tres veces al día, manifiestan consumir cantidades suficientes y quedar satisfechos; esto resulta insuficiente si tomamos en consideración que la recomendación teórica sobre frecuencia alimentaria adecuada es de 5 veces al día, régimen que permite mantener el peso ideal; sin embargo existen factores limitantes que disminuyen la accesibilidad a los alimentos como inestabilidad económica, prohibición de ciertos alimentos por la enfermedad; el 3% se alimentan 2 veces al día presentando un déficit en el aporte de micronutrientes que exponen al organismo a adquirir enfermedades, porque se afecta el sistema inmunológico; en cambio el 3% tienen una alimentación de más de cinco veces al día, esto si no es controlado puede transformarse en un factor predisponente para sufrir complicaciones derivadas de la Hipertensión arterial y un deterioro de Calidad de Vida.

GRÁFICO N°14

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según la persona que prepara los alimentos, Azogues. 2015.



Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

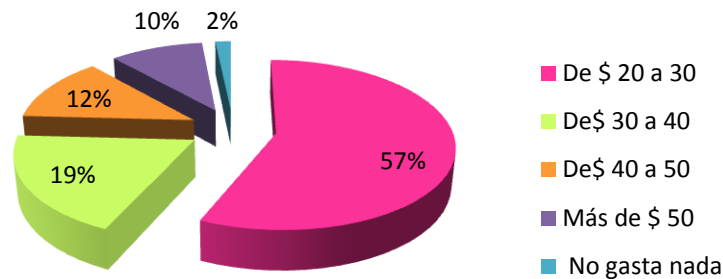
Elaborado: Las autoras

Análisis

Como se expone en el gráfico el 48,33% preparan los alimentos por sí mismos, lo que representa mayor seguridad en el proceso de selección, preparación y consumo, en función de los requerimientos diarios, lo que podría garantizar una alimentación variada, balanceada un mayor control en la ingesta de sodio y calorías evitando la acumulación de tejido graso, retención de líquidos lo que permite prevenir las complicaciones derivadas de la enfermedad; el 4,17% come fuera del hogar siendo un factor de riesgo por el desconocimiento higiénico – dietético en la preparación de los alimentos sin ningún control de la dieta requerida.

GRÁFICO N°15

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según los gastos de la alimentación semanal, Azogues. 2015.



Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

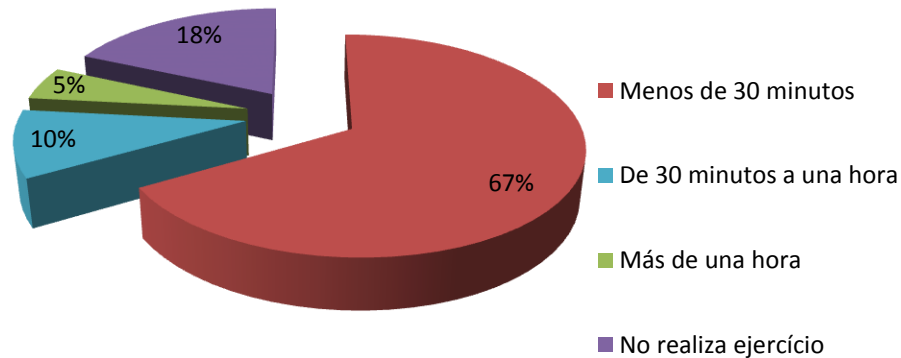
Elaborado: Las autoras

Análisis

En el gráfico el 56,67% gasta semanalmente de 20 a 30 dólares en alimentación, esto muestra una vez más la crisis económica que afecta al sector estudiado, la precarización de la salud de los enfermos crónico degenerativos, modificando sustancialmente sus hábitos nutricionales y su calidad de vida, que sumado al costo de los alimentos les induce a adquirir alimentos de bajo costo y de calidad limitada modificándose los hábitos de salud con incremento del índice de masa corporal lo que empeora el riesgo cardiovascular; el 1,67% no invierte económicamente en alimentación porque están al cuidado de sus familiares.

GRÁFICO N°16

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según el tiempo de actividad física, Azogues. 2015,.



Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

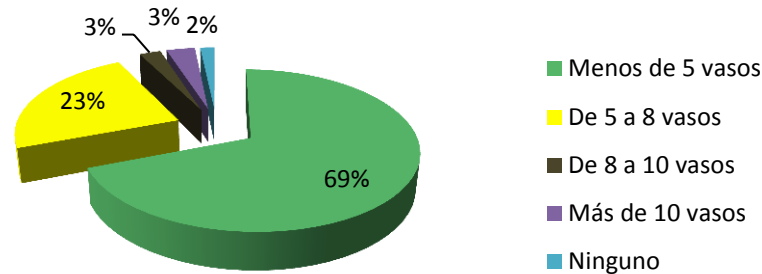
Elaborado: Las autoras

Análisis

En el gráfico el 66,67% realiza actividad física menos de 30 minutos diarios factor que resulta insuficiente para controlar los niveles de presión, pues la recomendación terapéutica es realizar ejercicio por 30 minutos y con una intensidad moderada, la falta de actividad física permite la acumulación de grasa y predispone a la formación de ateromas que elevan la presión arterial por pérdida de resistencia periférica, emocionalmente permite acumular tensiones que causan ansiedad y dificultan el control de la presión; el 5% realizan ejercicio físico por más de una hora, como una actividad cotidiana y de adaptación del organismo así como demuestra preocupación por su salud y bienestar; previniendo la obesidad, sedentarismo factores predisponentes para el apareamiento de complicaciones cardiovasculares, según se indica en el marco teórico.

GRÁFICO N°17

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según la cantidad de líquidos que consume, Azogues. 2015.



Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

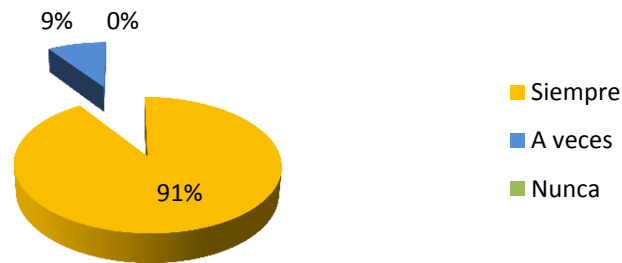
Elaborado: Las autoras

Análisis

El gráfico indica que el 69,17% de usuarios consumen menos de 5 vasos de agua diarios, según lo expuesto en el marco teórico el agua es el componente principal del cuerpo humano que permite mantener una salud física y mental; este elemento es de gran importancia se compromete el sistema renal, el agua ayuda a mantener el funcionamiento renal, lo que es básico cuidar porque una de las complicaciones de la hipertensión arterial es la insuficiencia renal crónica por la disminución de la filtración glomerular y la acumulación de cantidades excesivas de sodio que provoca la retención de líquidos, e incrementa la volemia y por ende la presión arterial, el 3,33% de usuarios consumen más de 10 vasos de agua al día en respuesta a las necesidades del organismo siendo necesario regular el ingreso de agua en estos pacientes para evitar que se produzca sobrecarga circulatoria y aumento del gasto cardíaco que incide sobre la presión arterial elevándola.

GRÁFICO N°18

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según el cumplimiento del tratamiento para la enfermedad, Azogues. 2015.



Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

Elaborado: Las autoras

Análisis

Como se ve expuesto en el gráfico el 90,83% cumple con el tratamiento para la enfermedad demostrando el interés y preocupación por su salud, lo que es un factor protector porque el tratamiento antihipertensivo le permite mantener controlada las cifras de presión arterial, que junto con una alimentación saludable, ejercicio adecuado y terapia psicológica de sostén controlan y mantiene los niveles de presión; el 9,17% no cumple correctamente el tratamiento constituyendo un factor de vulnerabilidad para presentar manifestaciones somáticas tempranas y modificaciones en el estado de ánimo viéndose deteriorada su Calidad de Vida por las complicaciones que padecen.



Tabla N°19

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según la medición de la Calidad de Vida de acuerdo al cuestionario CHAL Azogues. 2015.

Nivel de Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje
Muy buena	46	38,33%
Buena	71	59,17%
Regular	3	2,5%
Mala	0	0%
Total	120	100%

Fuente: Cuestionario de la Calidad de Vida CHAL

Elaborado: Las autoras

Análisis

Como se ve expuesto en la tabla según el Cuestionario de Calidad de Vida en hipertensión arterial utilizada en Atención primaria; el 59,17% de los participantes del grupo de estudio tienen una Calidad de Vida buena en relación con dos dimensiones estado de ánimo y manifestaciones somáticas encontrando que los usuarios a pesar del riesgo se encuentran estables en relación con el estado emocional y fisiológico del organismo, esto disminuye el riesgo de complicaciones y les permitirá superar la perspectiva de vida en el Ecuador según la OMS, el 38,33% tienen una muy buena Calidad de Vida de acuerdo a lo que expone el marco teórico significa tener buenas condiciones de vida, es decir formas de vida saludables, sus patrones de trabajo y consumo tienen una influencia positiva sobre la salud, las modalidades de actividad práctica, obteniendo un alto grado de bienestar individual y colectiva por satisfacción de sus necesidades y el acceso a políticas públicas; mientras que el 2,5% tienen una Calidad de Vida regular



encontrándose en riesgo potencial de deterioro por falta de redes familiares y sociales de apoyo incrementándose la vulnerabilidad para las complicaciones de hipertensión arterial.



ANÁLISIS DE LA GUÍA DEL GRUPO FOCAL

En la presente investigación se utilizó el instrumento del grupo focal que nos permitió obtener los diferentes puntos de vista de 7 participantes de diferentes edades sobre la Calidad de Vida y la hipertensión arterial, la misma que se realizó el 9 de julio del presente año en el Centro de Salud N°1 de la ciudad de Azogues obteniéndose los siguientes resultados.

1. ¿Qué es para usted la calidad de vida?

Todos los participantes dieron sus diferentes puntos de vista pero la mayoría coinciden que la Calidad de vida para ellos es el mantener su salud, tener todos los servicios básicos, tener su tiempo de descanso y tranquilidad, poseer los alimentos suficientes y mantenerse psicológicamente estables.

2. ¿Cómo afectado la enfermedad en su diario vivir?

Para algunos de ellos esta enfermedad les ha afectado física y emocionalmente ya que sienten limitaciones al realizar las actividades cotidianas que antes las realizaban sin problemas, así mismo se ha reducido el apoyo familiar, pero la minoría piensan que esta enfermedad no es muy grave mientras se lleve un buen control médico.

3. ¿Cómo hace la relación entre calidad de vida e hipertensión arterial?

En su punto de vista manifiestan que la calidad de vida abarca el estar sanos o el estar enfermos; mientras que si no cuidan de su salud van a contraer complicaciones y otras enfermedades que les empeorara su bienestar.

4. ¿En qué consiste su porción de alimentación diaria?

Señalan que algunos de ellos de acuerdo a la economía familiar consumen los alimentos básicos que lo constituyen en su mayor frecuencia los carbohidratos, proteínas, verduras y en baja cantidad las frutas por su alto costo en los mercados.



5. ¿Por cuánto tiempo usted realiza ejercicio?

Los participantes expresan que no tienen el tiempo suficiente para realizar los ejercicios físicos debido a que se sienten cansados por mucho trabajo que realizan, pero en su concepción ellos hacen ejercicios al caminar, realizar trabajo doméstico, agricultura y en otras actividades.

6. ¿Cómo se siente al realizar actividades que a usted le gusta e indique por qué?

Para algunas de las participantes mujeres expresan que al realizar el trabajo doméstico se sienten satisfechas ya que han podido alimentar a su familia preparada por si misma; mientras que los hombres se sienten conformes el compartir con sus amigos ya que la socialización es muy importante.

7. ¿Cómo se relaciona usted en el lugar donde vive?

Manifiestan que las relaciones son buenas porque les permite compartir experiencias y sobre todo se sienten protegidos entre todos ante cualquier situación que se presente.

8. ¿Cómo le apoyan sus familiares en el proceso de su enfermedad?

Para alguno de ellos sus familiares son un pilar fundamental ya que si no fuera por ellos nunca hubieran tenido el interés por asistir al servicio de salud para mejorar su nivel de salud, pero otros expresan que sus familias al saber que está enfermo no les prestan atención a sus necesidades.

9. ¿Cada que tiempo usted acude al Centro de Salud a recibir atención médica?

Algunos manifiestan que gracias al apoyo familiar acuden mensualmente para recibir atención médica que esto les beneficia mucho para el control de su enfermedad, mientras que otros no lo pueden hacer con regularidad ya que necesitan algún tipo de apoyo emocional también ayuda económica.



10. ¿Usted cómo se siente al asistir a las citas médicas?

Comentan que sienten una satisfacción grande ya que reciben mucha educación por parte del personal de salud, una atención carismática y que les incentiva regresar a un próximo control y participar de los programas dispuestos por el Centro de Salud.

La guía del Grupo Focal permite englobar y analizar las respuestas dadas desde la percepción de los usuarios sobre la relación entre la Calidad de Vida e Hipertensión Arterial; obteniendo testimonios que rescatan las creencias y saberes populares de los pacientes relacionados con la enfermedad, hábitos de salud y sentimientos que indican satisfacción por el tipo de atención recibida desde la unidad de salud, por la posibilidad de relacionarse con otros pacientes y la educación que reciben sobre asesoramiento nutricional, actividad física, señales de peligro, para mejorar su capacidad de autocuidado y de prevención de complicaciones de la enfermedad.



CAPÍTULO VI

5 DISCUSIÓN

Este trabajo de investigación determina la Calidad de Vida que posee cada uno de los participantes que conforman el Club de Hipertensión arterial del Centro de Salud N°1 de la Ciudad de Azogues.

Estudios realizados sobre el impacto de la Hipertensión arterial en la Calidad de vida afirman que se trata de una enfermedad crónica que trae consigo varias modificaciones del régimen de vida, hábitos alimenticios y de comportamiento (tabaco, alcohol, ejercicio físico o cambios de actitudes sexuales), factores predisponentes que deterioran la calidad de vida en caso de que el paciente con esta enfermedad no lleve correctamente su tratamiento antihipertensivo y su autocuidado adecuado para su estilo de vida.

En las personas con esta enfermedad existe la subjetividad de relacionar las cifras altas de la presión arterial con el riesgo de muerte, motivo por el cual debe existir un apoyo emocional y una información entendible sobre la enfermedad, tratamiento antihipertensivo, estilos de vida adecuados, un aspecto indispensable es que la persona afectada tenga un apoyo familiar incondicional, para mantenerse en un ambiente de tranquilidad y de protección ante cualquier complicación.

Según el informe de Organización Mundial de la Salud (OMS año 2012) señala que a nivel mundial uno de cada diez adultos sufre de diabetes y uno de cada tres padece de hipertensión arterial, condición responsable de la mitad de las muertes por infartos y enfermedades del corazón, esto ha sido considerado un factor de riesgo significativo para el desarrollo de otras enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. Cabe destacar que los hombres tienen mayor predisposición a desarrollar esta enfermedad, situación que se modifica cuando las mujeres llegan a la etapa de la menopausia, porque la frecuencia se iguala entre ambos sexos.



En el Ecuador de acuerdo a la investigación realizada por el INEC en el año 2011 al analizar por grupos de edad, los más vulnerables a sufrir hipertensión arterial son los adultos mayores, que representan el 52,39%. Sin embargo, el grupo de 36 a 64 años muestra una proporción considerable con el 40,63% de los casos registrados.

Estos resultados confirman lo encontrado en nuestra investigación donde también la enfermedad ataca a los adultos mayores convirtiéndose en el 34,17% que pertenecen a esta población, grupo prioritario que requiere una atención integral debido por encontrarse en los límites de vida y por la vulnerabilidad de sufrir enfermedades que deterioran su calidad de vida.

El INEC en el año 2014 nos indica que el 82,8% se dedican a realizar tareas manuales, 3 de cada 10 personas dicen sentirse desamparados frecuentemente, 5 de cada 10 adultos mayores viven en zonas rurales son pobres, 9 de cada 10 viven con alguna persona que los acompaña, el 27 por ciento de adultos mayores enviudó, el 23% tienen discapacidad permanente y el 16% ha sufrido violencia psicológica, además nos demuestra que en la Provincia de Azuay hay 15.524 adultos mayores, siendo aún más importante la frecuencia de este grupo en nuestra provincia del Cañar tenemos a 5.210 en comparación a otras provincias nos encontramos con un índice bajo de la población adulto mayor.

Una investigación realizada en nuestro país, en la Ciudad de Quito según la aplicación del Cuestionario de Calidad de Vida (CHAL) encontró que el 71,9% son mujeres, mientras que el 28,1% son hombres, la edad promedio es de 63 años. Las mujeres son un grupo más vulnerable ya que tienen 1.4 veces más riesgo de mantener mala calidad de vida a diferencia de los hombres. Así como también estar sobre la edad promedio ya que los pacientes mayores a 63 años tiene 1.7 veces más riesgo de tener mala calidad de vida. Mientras tanto el tener pareja, la escolaridad y una profesión son factores protectores para evitar tener mala calidad de vida.



En comparación a la investigación anterior existen una similitud de acuerdo al grupo predominante del sexo femenino en 68,33% y en menor promedio el 31,67% que corresponde al sexo masculino, con respecto al grupo de edad existe una diferencia que en nuestro grupo de estudio predomina de 70,1 – 80 años con el 34,17 %, estos aspectos diferentes nos permiten diferenciar la mala calidad de vida de la investigación anterior pero esto se contrapone con nuestra investigación cuyos resultados muestran una Calidad de Vida buena en el 59,17% de pacientes.

En una comunidad del estado de México se realizó un estudio en el que de acuerdo a la evaluación de la Calidad de Vida, 80% de los participantes la consideró como muy buena y 16.7% buena, sin embargo nadie percibió una mala de Calidad de Vida, se observa también que la escolaridad es de menos 5 años con el 56,7%, analfabetas 23.3%, estudios de secundaria 16.7% y 3.3% con estudios universitarios; con respecto a la ocupación, predominaron las amas de casa 46.7%.

Existen coincidencia, con los hallazgos de nuestro estudio destacándose la primaria incompleta en el 47,50%, que sumado al alto índice de analfabetismo de 12,50% nos da un porcentaje de 60 % que según la UNESCO corresponde a un nivel de escolaridad baja, lo que constituye en un factor de riesgo para la salud porque muestra el poco acceso de servicios de consumo básicos, además es un riesgo del deterioro de la calidad de vida, observando así una diferencia con el estudio anterior del 5 % con secundaria completa, mientras que el 3,33% tienen estudios superiores lo que les permite tener buenas estrategias para mantener estilos de vida adecuados, así mismo existe una diferencia con el trabajo doméstico con el 29,27% ocupando su segundo lugar ya que la agricultura se encuentra como la actividad más relevante con el 36,67%.

En la actualidad, el personal de salud realiza detección temprana de enfermedades crónico – degenerativos, intervienen en la creación de estrategias de información, atención integral y participación de las personas en actividades para la utilización del tiempo, para mantener su estado emocional y

Barrera Marcia, Falcón Magdalena



UNIVERSIDAD DE CUENCA

funcional activo, aprovecha las aptitudes y destrezas para el autocuidado, la promoción de estilos de vida saludables para mejorar la Calidad de Vida.



CAPÍTULO VII

7.1 CONCLUSIONES

OBJETIVOS	CONCLUSIONES
<p>General</p> <ul style="list-style-type: none">• Determinar la calidad de vida de los Pacientes con Hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud N° 1 de la Ciudad de Azogues. 2015	<p>Se determinó que en el grupo de estudio según el cuestionario de Calidad de Vida CHAL el 59,17% tiene una Calidad de Vida buena y según la entrevista se determina que la Calidad de Vida se encuentra en deterioro.</p>
<p>Específicos</p> <p>1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud N°1 de Azogues.</p>	<p>En el grupo de estudio se obtuvo los siguientes resultados relevantes: sexo femenino 68,33%, sexo masculino 31,67%; edad predominante 70,1 – 80 años en el 34,17%; casados/as 51,67% nivel de escolaridad baja con el 47,50% corresponde a la primaria incompleta.</p>
<p>2. Identificar las características de la Calidad de Vida o las formas de trabajo y consumo de los pacientes hipertensos.</p>	<p>El 36.67% de los usuarios trabajan en la agricultura, el 29,17% de mujeres realizan; con respecto a las formas de consumo: el 64% disponen de una vivienda poco saludable, el 100% mantienen una dieta variada y balanceada.</p>



<p>3. Describir la percepción del bienestar y los niveles de Calidad de Vida de los pacientes con hipertensión arterial.</p> <p>4. Identificar la influencia de la calidad de vida en los pacientes hipertensos.</p>	<p>Calidad de Vida e Hipertensión Arterial se obtuvo testimonios que rescatan las creencias y saberes populares manifiestan que el estado nutricional es muy importante, así mismo que al asistir a la unidad de salud, les permite educarse para saber las señales de peligro, mejorar su capacidad de autocuidado y la prevención de complicaciones de la enfermedad.</p>



7.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda ampliar la información sobre la prevención y promoción de la salud con estrategias adecuadas de acuerdo al nivel de escolaridad del grupo para que exista un entendimiento sencillo y que sea aplicable en su vida cotidiana.
- Crear formas de seguimiento continuo a los usuarios que tengan un alto índice de factores de riesgo que influyan en el deterioro de la calidad de vida.



CAPÍTULO VIII

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Calderón L, Zapata I. Identificación de los indicadores de la Calidad de Vida aplicables a la clase media de la Ciudad de Quito. [Online].; 2013 [cited 2015 Mayo 22]. Available from: <http://www.dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/5352/1/UPS-ST001032.pdf>.
2. Breilh J. LA SALUD-ENFERMEDAD COMO HECHO SOCIAL. [Online].; 2008 [cited 2015 Febrero 13]. Available from: http://terceridad.net/PyPS/Por_temas/14_Proc-Pol_metodo/Apoyo_3/Breilh_RepSocial.doc.
3. Consiglio , Belloso W. NUEVOS INDICADORES CLINICOS LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD. sCIELO. 2003 Marzo - Abril ; 63(2).
4. Jarillo , Moreno F, Rodriguez J, Lázaro. CALIDAD DE VIDA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL. [Online]. [cited 2015 Junio 18]. Available from: [file:///C:/Users/Usuario%20MC/Downloads/calidad%20de%20vida%20argo%20\(9\).pdf](file:///C:/Users/Usuario%20MC/Downloads/calidad%20de%20vida%20argo%20(9).pdf).
5. González I. ESTUDIO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN HIPERTENSOS EN SANTA ANA. [Online].; 2008-2009 [cited 2015 Enero 20]. Available from: <http://www.monografias.com/trabajos76/calidad-vida-hipertensos/calidad-vida-hipertensos2.shtml>.
6. Sanchez , Ayala M, Baglivo H, Velázquez C, Burlando , Kohlmann O, et al. GUIAS LATINOAMERICANAS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. sCIELO. 2010 Marzo; 29(1).
7. Aguas N. PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y FACTORES DE RIESGO EN POBLACIÓN ADULTA AFROECUATORIANA DE LA COMUNIDAD LA LOMA, CANTÓN MIRA, DEL CARCHI. [Online].; 2011 [cited 2015 Enero 22]. Available from:



<http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2070/1/TESIS%20COMPLETA%20ONELLY%20AGUAS.pdf>.

8. Vinaccia S, Quiceno J, Gómez Á, Montoya L. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. sCielo. 2007 Junio; 3(2).
9. Cuevas F. PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS: FACTORES INFLUYENTES. [Online].; 2003-2004 [cited 2015 Febrero 02. Available from: <ftp://tesis.bbt.ull.es/ccppytec/cp197.pdf>.
- 10 Álvarez M, Alfonso K, Bonet M, Romero M. CALIDAD DE VIDA RELATIVA A SALUD E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN CUBA. Redalyc.org. 2009 Septiembre ; 47(3).
- 11 Gómez M, García C, Gómez V, Mondragón P. CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES QUE VIVEN CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA. Enfermería Cardiológica. 2011 Enero-Abril; 19(1).
- 12 Palomba R. CALIDAD DE VIDA: CONCEPTOS Y MEDIDAS. [Online].; 2002 [cited 2015 Febrero 11. Available from: http://www.cepal.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientorp1_ppt.pdf.
- 13 Betancourt O. LA SALUD Y EL TRABAJO. In Yépez , Valle E, editors. LA SALUD Y EL TRABAJO. Quito: Ediciones electrónicas FUNSAID; 1995. p. 39.
- 14 Alejo M, Puertas , Vargas. AUTOCUIDADO DE LA SALUD DE LAS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA. Revista médica electrónica Portales medicos.com. 2013 Abril.
- 15 Montaña , Montero , Morales D. FORMAS DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE LAS PARROQUIAS DEL CANTÓN GHORDELEG PROVINCIA DEL AZUAY. [Online].; 2013 [cited 2015 Marzo 10. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/4865/1/ENF175.pdf>.
- 16 Betancourt. SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO. In Granda , editor. SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO. Quito: OPS/OMS-FUNSAID; 1999. p. 111-114.
- 17 Leduc M. LA SALUD DE LA MUJER EN MANOS DEL SISTEMA PATRIARCAL.



- [Online].; 2015 [cited 2015 Junio 02. Available from: http://www.laizquierdadiario.com/spip.php?page=gacetilla-articulos&id_article=17013.
- 18 Breilh. EL GÉNERO ENTRE FUEGOS: INEQUIDAD Y ESPERANZA. In Valle , editor. EL GÉNERO ENTRE FUEGOS: INEQUIDAD Y ESPERANZA. Quito: Ediciones CEAS; 1996. p. 196-208.
- 19 Betancourt. SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO. Primera ed. Granda , editor. Quito: OPS/OMS-FUNSAD; 1999.
- 20 Breilh J, Campaña A, Granda. REGIONALIZACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y SALUD MATERNO-INFANTIL. 1st ed. León , Moya A, Soria E, editors. Quito: CEAS; 1991.
- 21 Organización de la naciones unidas para la agricultura y la alimentación, Organización Mundial de la Salud. CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE NUTRICIÓN. [Online].; 1992 [cited 2015 Febrero 10. Available from: <http://www.fao.org/docrep/017/z9730s/z9730s.pdf>.
- 22 Quimica. Es. DIABETES MELLITUS. [Online]. [cited 2015 Marzo 23. Available from: http://www.quimica.es/enciclopedia/diabetes_mellitus.html.
- 23 Freire , Ramírez , Belmont P, Mendieta , Silva K, Romero , et al. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD Y NUTRICIÓN. Primera ed. Freire W, Larrea , Larrea , Montoya R, Ramírez , Siva , editors. Quito; 2011-2013.
- 24 Maya. LOS ESTILOS DE VIDA SALUDABLES: COMPONENTE DE LA CALIDAD DE VIDA. [Online].; 2001 [cited 2015 Marzo 01. Available from: <http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm>.
- 25 Cuellar. EL CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA SALUD INDIVIDUAL, FAMILIAR Y COMUNITARIA. [Online]. [cited 2015 Marzo 12. Available from: http://es.slideshare.net/Enfermera_Leonor_Cuellar/introduccion-y-unidad-i.
- 26 Ministerio de Salud Pública del Ayuntamiento de Madrid. SEDENTARISMO Y SALUD. [Online]. [cited 2015 Junio 23. Available from: http://www.madridsalud.es/temas/sedentismo_salud.php.



- 27 Confederación de consumidores y usuarios. HÁBITOS ALIMENTARIOS . SALUDABLES. [Online].; 2008 [cited 2015 Abril 13. Available from: http://cecu.es/publicaciones/habitos_alimentarios.pdf.
- 28 Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional. INSTITUTO NACIONAL DE . ESTADÍSTICAS Y CENSOS. [Online].; 2014 [cited 2015 Abril 23. Available from: <http://www.igualdad.gob.ec/adulto-a-mayor/cuantos-son-adulto-mayor.html>.
- 29 López , Mitau , Ordoñez , Agila , Andrade , Guerra , et al. ESTUDIO SOBRE LA . REALIDAD PERIODÍSTICA Y DE LOS MEDIOS INFORMATIVOS EN ECUADOR. [Online].; 2013 [cited 2015 Abril 12. Available from: <http://www.comunicacionudlh.edu.ec/media/docs/investigacion/sistemasdeinformacionecuador.pdf>.
- 30 Gavilanes , Oviedo V, Flores , Aguilar. NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LOS . ECUATORIANOS. E-Análisis. 2012 Septiembre.
- 31 Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. POBLACIÓN Y BUEN VIVIR EN . EL ECUADOR. [Online].; 2012 [cited 2015 Marzo 09. Available from: <http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/08/Ecuador-presenta-importantes-avances-en-reduccion-de-brechas-e-inequidad.pdf>.
- 32 Ávila. HACIA UNA NUEVA SALUD PÚBLICA: DETERMINANTES DE LA SALUD. . sCIELO. 2009 Abril ; 51(2).
- 33 Ministerio de Salud Pública. Protocolos Clínicos y terapéuticos para la atención de . las enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes 1, diabetes 2, dislipidemias, hipertension arterial). [Online].; 2011 [cited 2015 Febrero 10. Available from: https://www.iess.gob.ec/documents/10162/51880/Protocolos_ECNT_01_de_junio_2011_v.pdf.
- 34 Curbelo V, Quevedo G, Leyva L, Ferrá B. Comportamiento de las crisis . hipertensivas en un centro médico de diagnóstico integral. sCielo. 2009 Julio-Septiembre; 25(3).
- 35 Andes Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica. En Ecuador, de cada . 100.000 personas, 1.373 tienen problemas de hipertensión. [Online].; 2013 [cited



- 2015 Febreo 12. Available from: <http://www.andes.info.ec/es/sociedad/ecuador-cada-100000-personas-1373-tienen-problemas-hipertension.html>.
- 36 Hartmann Tensoval. Causas y consecuencias de la hipertensión. [Online].; 2015 . [cited 2015 Marzo 07. Available from: <http://www.tensoval.es/Causas-y-consecuencias.php>.
- 37 Sánchez G. Plan para el tratamiento de la hipertensión arterial por medio de . ejercicios físicos y la educación para la salud en los habitantes del CDR 6 del distrito Cándido González de la provincia de Camaguey. EFDeportes. 2011 mayo;(156).
- 38 Huerta B. Factores de riesgo para la Hipertensión Arterial. [Online].; Enero-Marzo . 2001 [cited 2015 abril 18. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/acs-2001/acs011aq.pdf>.
- 39 DMedicina.com. HIPERTENSIÓN ARTERIAL. [Online]. [cited 2015 Agosto 18. . Available from: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/enfermedades-vasculares-y-del-corazon/hipertension-arterial.html#causas>.
- 40 tuotromedico.com. Complicaciones en hipertensión arterial HTA. [Online].; 2015 . [cited 2015 Julio 01. Available from: http://www.tuotromedico.com/temas/complicaciones_en_hipertension_arterial.htm.
- 41 Guía española de hipertensión arterial. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO. . [Online].; 2005 [cited 2015 Julio 23. Available from: http://www.seh-lelha.org/pdf/guia05_8.pdf.
- 42 Radio morena. HIPERTENSIÓN ARTERIAL ¿ENFERMEDAD SILENCIOSA? . [Online].; 2015 [cited 2015 Junio 24. Available from: <http://www.radiomorena640.com/hipertension-arterial-enfermedad-silenciosa/>.



CAPÍTULO IX

9. ANEXOS

9.1 ANEXO 1: Operacionalización de variables.

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Calidad de vida	Concepto multidimensional significa tener condiciones de vida, es decir formas de vida que caracterizan a cada grupo social, sus patrones de trabajo y consumo, sus modalidades de actividad práctica esto constituye lo objetivo, significa también tener un alto grado de bienestar que representa lo subjetivo, también incluye satisfacción colectiva e individual de necesidades, el acceso a políticas públicas.	Vivienda	Infraestructura de la vivienda 1. Tipo de vivienda Casa Villa Departamento Media agua Cuarto 2. Material de la vivienda Adobe Bareque Bloque Ladrillo Mixta Servicios básicos Agua Luz eléctrica	Nominal



		<p>Educación</p> <p>Trabajo</p>	<p>Alcantarillado Teléfono Otros</p> <p>Características de educación Primaria Secundaria Superior ninguno</p> <p>Características del trabajo Tipos de ocupación Agricultor/a Artesano/a Quehaceres domésticos Empleado/a profesional Otros</p> <p>Jornada laboral 8 horas diarias Por turnos (mañana, tarde. Noche) De lunes a viernes De lunes a domingo Sin horario Otros</p> <p>Salarios Mensual Diario Por hora</p> <p>Características del consumo Alimentación</p>	
--	--	---	--	--



		Consumo	1. Alimentos que consumen con mayor frecuencia Carbohidratos Proteínas Frutas Verduras 2. Frecuencia de la alimentación 2 veces al día 3 veces al día 4 veces al día 5 veces al día 3. Horario de alimentación 06:00H, 12:00H, 18:00H 06:00H, 10:00H, 12:00H, 16:00H, 18:00H 07:00H,19:00H 13:00H Otro horario 4. Persona que prepara los alimentos Esposa Hija Nieta Otras personas Come fuera 5. Gasto en la alimentación semanal \$ 20 a \$ 30 \$30 a \$ 40 \$40 a \$ 50 +de \$ 50	
--	--	----------------	--	--



<p>Hipertensión arterial</p>	<p>Es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de la presión sanguínea en las arterias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Promoción: educación ➤ Prevención: Factores de riesgo 	<p>Estilos de vida saludable</p> <p>Obesidad Sedentarismo Hábitos alimenticios, etc</p>	<p>Nominal</p>
<p>Características sociodemográficas</p>	<p>Son el conjunto de características biológicas, socioeconomicoculturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que pueden ser medibles.</p>	<p>Según edad</p> <p>Según sexo</p> <p>Estado civil</p> <p>Residencia</p> <p>Procedencia</p>	<p>< de 30 años De 30 a 35 años De 35 a 40 años De 40 a 45 años De 45 a 50 años > de 50 años</p> <p>Sexo Masculino Sexo Femenino</p> <p>Casado/a Soltero/a Viudo/a Divorciado/a Unión libre Separado/a</p> <p>Urbano Rural</p> <p>Lugar de nacimiento Cantón Ciudad parroquia</p>	<p>Intervalo</p>



9.2 ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Azogues, 2015

Señor/a participante

Nosotras: MARCIA BARRERA MOROCHO Y MAGDALENA FALCÓN GUAMÁN; estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Cuenca estamos realizando una tesis investigativa sobre la **“CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD N°1 DE AZOGUES. 2015”** para la obtención del título de licenciada en Enfermería.

El objetivo central es determinar la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial. Con la finalidad de identificar las condiciones sociodemográficas, calidad de vida e hipertensión; el número de participantes serán de 120 personas, con una duración de 6 meses; a los que se les aplicara los diferentes instrumentos de valoración: la contestación del cuestionario de la calidad de vida CHAL con una duración de 15 minutos, la entrevista duración 10 minutos y la guía de grupo focal con 40 minutos.

Este estudio no implicará riesgo o daño alguno para el participante, cabe mencionar que no tendrá ningún costo económico para la institución ni para el participante, así mismo no obtendrá remuneración alguna.

Su participación será de forma voluntaria, y podrá retirarse de la investigación cuando usted así lo desee.

Con los resultados de la investigación se elaborará un análisis de la información, la misma que será utilizada solamente para este estudio.

Si usted está de acuerdo en formar parte de esta investigación le solicitamos de la manera más comedida firmar el presente documento, así mismo consignar el número de cédula de identidad.

Agradecemos su participación y colaboración.

Nombres y apellidos

Nº Cedula

Firma

Nota: En caso de que requiera alguna información comunicarse con Magdalena Falcón y Marcia Barrera, al número celular 0992876392.



9.3 ANEXO 3: CUESTIONARIO CHAL

Aplicación y valoración del Cuestionario de calidad de vida de la hipertensión arterial (CHAL).

PREGUNTAS	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. ¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño?				
2. ¿Ha tenido sueños que le asustan o le son desagradables?				
3. ¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas?				
4. ¿Se despierta y es incapaz de volverse a dormir?				
5. ¿Se despierta cansado?				
6. ¿Ha notado que tiene con frecuencia sueño durante el día?				
7. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas que realiza habitualmente?				
8. ¿Ha tenido dificultades en llevar a cabo sus actividades habituales (trabajar, tareas domésticas, estudiar)?				
9. ¿Ha perdido interés en su apariencia y aspecto personal?				
10. ¿Ha tenido dificultades para continuar con sus relaciones sociales habituales?				
11. ¿Se ha sentido insatisfecho en sus relaciones personales?				
12. ¿Le ha resultado difícil entenderse con la gente?				
13. ¿Siente que no está jugando un papel útil en la vida?				
14. ¿Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas?				
15. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?				
16. ¿Tiene la sensación de que es incapaz de superar sus dificultades?				
17. ¿Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua?				
18. ¿Se siente incapaz de disfrutar de sus actividades?				



habituales de cada día?				
19. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?				
20. ¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?				
21. ¿Ha perdido confianza en usted mismo y cree que no vale nada?				
22. ¿Ve su futuro con poca esperanza?				
23. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no vale la pena vivirse?				
24. ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?				
25. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?				
26. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?				
27. ¿Teme decir cosas a la gente por temor a hacer el ridículo?				
28. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas?				
29. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?				
30. ¿Ha notado flojedad en las piernas?				
31. ¿Cree que tiende a caminar más lentamente en comparación con las personas de su misma edad?				
32. ¿Ha padecido pesadez o dolor de cabeza?				
33. ¿Ha notado sensación de inestabilidad, mareos o que la cabeza se le va?				
34. ¿Le cuesta concentrarse en lo que hace?				
35. ¿Ha sufrido visión borrosa?				
36. ¿Ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente?				
37. ¿Ha tenido dificultad al respirar andando sobre terreno llano en comparación con personas de su edad?				
38. ¿Ha padecido sofocos?				
39. ¿Se le han hinchado los tobillos?				
40. ¿Han aparecido deposiciones sueltas o líquidas (diarrea)?				
41. ¿Nota que ha tenido que orinar más a menudo?				
42. ¿Ha notado tos irritante o picor en la garganta?				



43. ¿Ha notado sequedad de boca?				
44. ¿Ha notado que la nariz se le tapa a menudo?				
45. ¿Ha tenido con frecuencia ganas de vomitar o vómitos?				
46. ¿Ha padecido picores en la piel o le ha salido alguna erupción?				
47. ¿Se le han puesto los dedos blancos con el frío?				
48. ¿Ha disminuido su apetito?				
49. ¿Ha aumentado de peso?				
50. ¿Ha notado palpitaciones frecuentemente?				
51. ¿Ha tenido dolor de cabeza?				
52. ¿Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo?				
53. ¿Ha notado dolor muscular (cuello, extremidades, etc.)?				
54. ¿Ha notado sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo?				
55. ¿Ha notado que su deseo sexual es menor de lo habitual?				

ÍTEMES DE PUNTUACIÓN

Nada	0
Poco	1
Bastante	2
Mucho	3



9.4 ANEXO 4: ENTREVISTA



UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

“Calidad de vida en los Pacientes con Hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud N° 1 de Azogues. 2015”.

Encuesta

1. DATOS PERSONALES

Edad: _____

Sexo

Masculino []

Femenino []

Procedencia

Lugar de procedencia: _____

Residencia

Lugar de residencia: _____

Sector de residencia:

Urbana []

Rural []

Instrucción:

Primaria completa []

Secundaria completa []

Superior []

Primaria incompleta []

Secundaria incompleta []

Ninguno []

Estado Civil

Casado/o []

Viudo/a []

Unión libre []

Soltero/o []

Divorciado/a []

Separado/a []

2. ¿EN QUÉ TIPO DE VIVIENDA VIVE?

Casa []

Villa []

Media Agua []

Departamento []

Otro []

3. ¿DE QUÉ MATERIAL ESTÁ CONSTRUIDA SU VIVIENDA?

Bloque []

Adobe []

Ladrillo []

Bareque []

Mixta []



4. ¿CON QUE SERVICIOS BÁSICOS USTED CUENTA?

Agua potable Alcantarillado
Luz eléctrica Teléfono Recolección de basura

5. ¿CUÁL ES SU OCUPACIÓN?

Agricultor/a Empleado/a público Quehaceres domésticos
Artesano/a Empleado/a privado Profesional Otros

6. INDIQUE SU JORNADA LABORAL

8 horas diarias De lunes a viernes De lunes a domingo
Por turnos (mañana, tarde, noche) Sin horario Otros

7. ¿USTED RECIBE UN SALARIO?

Mensual Por horas
Diario No recibe salario

8. CUANTO ES SU APORTE ECONÓMICO

Menos de 100 dólares Salario básico (340 dólares)
Más de 100 dólares Más del salario básico Ninguno

9. INDIQUE LOS ALIMENTOS QUE CONSUME CON MAYOR FRECUENCIA

Arroz, fideos, pan, papas Carnes, huevos, pescado
Frutas Verduras Leche, queso, mantequilla

10. CON QUÉ FRECUENCIA USTED SE ALIMENTA

Menos de 2 veces al día 3 veces al día 5 veces al día
2 veces al día 4 veces al día Más de 5 veces

11. ¿QUIÉN PREPARA LOS ALIMENTOS EN EL HOGAR?

Usted mismo Hija/o
Esposa/o Nieto/a Come fuera



12. ¿CUÁNTO GASTA EN LA ALIMENTACIÓN SEMANAL?

De 20 a 30 dólares

De 40 a 50 dólares

De 30 a 40 dólares

Más de 50 dólares

No gasta nada

13. ¿POR CUÁNTO TIEMPO USTED REALIZA EJERCICIO?

Menos de 30 minutos

Más de 1 hora

De 30 minutos a 1 hora

No realiza ejercicio

14. ¿CUÁNTOS VASOS DE AGUA CONSUME DIARIAMENTE?

Menos de 5 vasos

De 8 a 10 vasos

De 5 a 8 vasos

Más de 10 vasos

Ninguno

15. ¿USTED SIGUE EL TRATAMIENTO PARA SU ENFERMEDAD COMO EL MÉDICO LO INDICA?

Siempre

A veces

Nunca

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN



9.5 ANEXO 5: GUÍA DE GRUPO FOCAL

1. OBJETIVOS

Objetivo principal de la Investigación
Determinar la calidad de vida de los Pacientes con Hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud N° 1 de la Ciudad de Azogues. 2015
Objetivo para el Grupo Focal
<ul style="list-style-type: none">• Conseguir que un grupo discuta desde la experiencia personal sobre la calidad de vida en hipertensión arterial e indique su punto de vista respecto al tema.

2. Identificación del moderador

Nombre del moderador
Magdalena Falcón Marcia Barrera
Nombre de los observadores
Magdalena Falcón y Marcia Barrera

3. Participantes

	Lista de los asistentes
1	
2	
3	
4	
5	
6	



7	
---	--

4. Preguntas – temáticas estímulos

1	Preguntas
1	¿Qué es para usted la calidad de vida?
2	¿Cómo ha afectado la enfermedad en su diario vivir?
3	¿Cómo hace la relación entre calidad de vida e hipertensión arterial?
4	¿En qué consiste su porción de alimentación diaria?
5	¿Por cuánto tiempo a la semana usted realiza ejercicios?
6	¿Cómo se siente al realizar actividades que a usted le gusta e indique por qué?
7	¿Cómo se relaciona usted en el lugar donde vive?
8	¿Cómo le apoyan sus familiares en el proceso de su enfermedad?
9	¿Cada que tiempo usted acude al centro de salud a recibir atención médica?
10	¿Usted cómo se siente al asistir a las citas médicas?

5. Pauta de chequeo (evaluación)

Chequear elementos presentes en el grupo focal (evaluación del observador)	
Lugar adecuado en tamaño y acústica.	
Lugar neutral de acuerdo a los objetivos del Grupo focal.	
Moderador respeta tiempo para que los participantes desarrollen cada tema Moderador escucha y utiliza la información que está siendo entregada.	
Se cumplen los objetivos planteados para esta reunión.	
Explicita en un comienzo objetivos y metodología de la reunión a participantes Permite que todos participen. Reunión 40 minutos.	



9.6 ANEXO 6: CUADROS COMPLEMENTARIOS

TABLA N°1

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según edad y sexo, Azogues. 2015.

EDAD	SEXO				TOTAL	
	Femenino		Masculino		Frecuencia	Porcentaje
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje		
30-40	1	0,83%	1	0,83%	2	1,67%
40,1-50	10	8,33%	2	1,67%	12	10,00%
50,1-60	14	11,67%	4	3,33%	18	15,00%
60,1-70	17	14,17%	10	8,33%	27	22,50%
70,1-80	29	24,17%	12	10,00%	41	34,17%
80,1-90	11	9,17%	9	7,50%	20	16,67%
SUBTOTAL	82	68,33%	38	31,67%	120	100,00%

Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

Elaboración: Las autoras

Tabla N°2

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según el sector de residencia, Azogues. 2015.

RESIDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Urbano	70	58,33%
Rural	50	41,67%
TOTAL	120	100,00%

Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

Elaboración: Las autoras



Tabla N°3

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según el nivel de instrucción Azogues. 2015.

INSTRUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primaria completa	34	28,33%
Primaria incompleta	57	47,50%
Secundaria completa	6	5,00%
Secundaria incompleta	4	3,33%
Superior	4	3,33%
Ninguno	15	12,50%
TOTAL	120	100,00%

Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

Elaborado: Las Autoras

Tabla N°4

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según el estado civil, Azogues. 2015.

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Casado/a	62	51,67%
Soltero/a	14	11,67%
Viudo/a	29	24,17%
Divorciado/a	9	7,50%
Unión libre	3	2,50%
Separado/a	3	2,50%
TOTAL	120	100,00%



Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

Elaborado: Las autoras.

Tabla N° 5

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según el tipo de vivienda Azogues. 2015.

TIPO DE VIVIENDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Casa	93	77,50%
Media agua	20	16,67%
Villa	1	0,83%
Departamento	4	3,33%
Otros	2	1,67%
TOTAL	120	100,00%

Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

Elaborado: Las autoras

Tabla N°6

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según el material de la vivienda Azogues. 2015.

MATERIAL DE LA VIVIENDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Bloque	60	50,00%
Ladrillo	15	12,50%
Adobe	15	12,50%
Bareque	6	5,00%
Mixta	24	20,00%
TOTAL	120	100,00%



Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

Elaborado: Las autoras

Tabla N°7

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según los servicios básicos, Azogues. 2015.

SERVICIOS BÁSICOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE EN RELACION AL 100%
Agua potable	116	96,67%
Luz eléctrica	119	99,17%
Alcantarillado	83	69,17%
Teléfono	43	35,83%
Recolección de basura	61	50,83%

Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

Elaborado: Las autoras

Tabla N°8

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial pertenecientes al Club de hipertensos que acuden al Centro de Salud N°1, según la ocupación, Azogues. 2015.

OCUPACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Agricultor/a	44	36,67%
Artesano/a	11	9,17%
Empleado publico	10	8,33%
empleado privado	6	5,00%
QQ,DD	35	29,17%



Profesional	4	3,33%
Otros	10	8,33%
TOTAL	120	100,00%

Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

Elaborado: Las autoras

Tabla N°9

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según la jornada laboral, Azogues. 2015.

JORNADA LABORAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
8 horas diarias	26	21,67%
De lunes a viernes	18	15,00%
De lunes a domingo	9	7,50%
Por turnos	6	5,00%
Sin horario	60	50,00%
Otros	1	0,83%
TOTAL	120	100,00%

Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

Elaborado: Las autoras

Tabla N°10

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según el salario, Azogues. 2015.

SALARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Mensual	37	30,83%



Diario	17	14,17%
Por horas	14	11,67%
No recibe salario	52	43,33%
TOTAL	120	100,00%

Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

Elaborado: Las autoras

Tabla N°11

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según el aporte económico, Azogues. 2015.

APORTE ECONÓMICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 100 dólares	72	60,00%
Más de 100 dólares	18	15,00%
Salario básico(\$ 340)	10	8,33%
Más del salario básico	7	5,83%
Ninguno	13	10,83%
TOTAL	120	100,00%

Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

Elaborado: Las autoras

Tabla N°12

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según los alimentos consumidos con mayor frecuencia, Azogues. 2015.



ALIMENTOS CONSUMIDOS CON MAYOR FRECUENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE EN RELACION AL 100%
Arroz, fideos, pan, papas	120	100,00%
Futas	120	100,00%
Verduras	120	100,00%
Carne, huevo, pescado	120	100,00%
Leche, queso, mantequilla	120	100,00%

Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

Elaborado por: Las autoras

Tabla N°13

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según la frecuencia alimentaria, Azogues. 2015.

FRECUENCIA ALIMENTARIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 2 veces al día	4	3,33%
2 veces al día	10	8,33%
3 veces al día	62	51,67%
4 veces al día	11	9,17%
5 veces al día	30	25,00%
Más de 5 veces al día	3	2,50%
TOTAL	120	100,00%

Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

Elaborado: Las autoras



Tabla N°14

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según la persona que prepara sus alimentos, Azogues. 2015.

PERSONA QUE PREPARA SUS ALIMENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ud. Mismo	58	48,33%
Esposa/o	11	9,17%
Hija/o	28	23,33%
Nieta/o	18	15,00%
Come fuera	5	4,17%
TOTAL	120	100,00%

Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

Elaborado: Las autoras

Tabla N°15

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según los gastos de la alimentación semanal, Azogues. 2015.

GASTOS DE LA ALIMENTACIÓN SEMANAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
De \$ 20 a 30	68	56,67%
De\$ 30 a 40	23	19,17%
De\$ 40 a 50	15	12,50%
Más de \$ 50	12	10,00%
No gasta nada	2	1,67%



TOTAL	120	100,00%
--------------	------------	----------------

Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

Elaborado: Las autoras

Tabla N°16

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según el tiempo de actividad física, Azogues. 2015.

TIEMPO DE ACTIVIDAD FÍSICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menos de 30 minutos	80	66,67%
De 30 minutos a una hora	12	10,00%
Más de una hora	6	5,00%
No realiza ejercicio	22	18,33%
TOTAL	120	100,00%

Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

Elaborado: Los autores

Tabla N°17

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según la cantidad de líquidos que consume, Azogues. 2015.

CANTIDAD DE LÍQUIDOS QUE CONSUME	FRECUENCIA	PORCENTAJE
---	-------------------	-------------------



Menos de 5 vasos	83	69,17%
De 5 a 8 vasos	28	23,33%
De 8 a 10 vasos	3	2,50%
Más de 10 vasos	4	3,33%
Ninguno	2	1,67%
TOTAL	120	100,00%

Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

Elaborado: Las autoras

Tabla N°18

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según el cumplimiento del tratamiento para la enfermedad, Azogues. 2015.

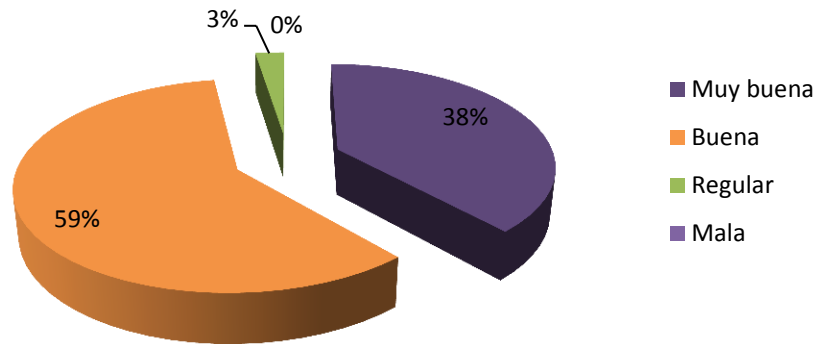
CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO PARA LA ENFERMEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Siempre	109	90,83%
A veces	11	9,17%
Nunca	0	0,00%
TOTAL	120	100,00%

Fuente: Entrevista en base a la Epidemiología crítica

Elaborado: Las autoras

Gráfico N°19

Clasificación de los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud N°1, según la medición de la calidad de vida de acuerdo al cuestionario CHAL Azogues. 2015.



Fuente: Cuestionario de la Calidad de Vida CHAL

Elaborado: Las autoras