



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Enfermería

Estilos de vida relacionados con la hipertensión arterial en pacientes de 40 a 60 años, Azogues 2019.

Proyecto de investigación previa a la
obtención del título de
Licenciado en Enfermería.

Autoras:

Jheymy Lilibeth Rodríguez Pillaga CI 0302942396

Mirian Janeth Pulgarin Siavichay CI 0105721443

Directora:

Lcda. Nube Janeth Clavijo Morocho CI 0105204325

Cuenca – Ecuador

16-Julio-2019



RESUMEN

Antecedentes: la Hipertensión Arterial a nivel mundial, es una enfermedad con alta prevalencia que aumenta cada año y ocasiona un número apreciable de incapacidad y muerte en la población, siendo considerada como una enfermedad silenciosa, invisible y sobre todo letal.

Objetivo general: determinar los estilos de vida relacionados con la hipertensión arterial en pacientes de 40 a 60 años, Azogues 2019.

Metodología: se realizó una investigación cuantitativa descriptiva de corte transversal en 150 personas de 40 a 60 años con diagnóstico de HTA. Se utilizó instrumento de López-Carmona denominado "FANTÁSTICO". Se trabajó con el programa SPSS, con Word 2016; los resultados se presentan en tablas de frecuencias y porcentajes.

Resultados: el estudio se realizó a 150 usuarios entre 40-60 años con HTA donde la población sociodemográfica estuvo representada por el 74% de mujeres, estado civil casado (46.6%), con estado nutricional de peso ideal 28%, 40% sobrepeso, y 32%obesidad; el 50.7% casi nunca hace actividad física, alrededor del 81% consume poca azúcar, más del 70% se siente triste y abrumado; El 58.3% de la población indican no poder manejar el estrés o la presencia de tensión en su vida diaria. El resultado según el instrumento "Fantastic" señaló que el 72%tiene un estilo de vida entre adecuado y bueno.

Conclusión: Se concluye que la población de estudio según el instrumento "fantastico" presenta un estilo de vida entre adecuado y bueno, el estado nutricional que sobresale es el sobrepeso, y se observó un alto nivel de sedentarismo que presentan los pacientes.

PALABRAS CLAVE: Hipertensión arterial. Estilos de vida. Estado nutricional.



ABSTRACT

Background: Arterial hypertension worldwide is a disease with high prevalence that increases every year and causes an appreciable number of disability and death in the population, being considered a silent disease, invisible and above all lethal. **General objective:** to determine lifestyles related to hypertension in patients aged 40 to 60 years, Azogues 2019.

Methodology: descriptive, quantitative cross-sectional research was carried out on 150 people aged 40 to 60 years with a diagnosis of hypertension. An instrument by López-Carmona called "FANTASTIC" was used. We worked with the SPSS program, with Word 2016; the results are presented in tables of frequencies and percentages. **Results:** the study was carried out on 150 users between 40-60 years with HBP where the sociodemographic population was represented by 74% of women, marital status married (46.6%), with nutritional status of ideal weight 28%, 40% overweight, and 32% obesity; 50.7% almost never do physical activity, about 81% consume little sugar, more than 70% feel sad and overwhelmed; 58.3% of the population indicate that they can not handle stress or the presence of tension in their daily lives. The result according to the "Fantastic" instrument indicated that 72% have a lifestyle between adequate and good. **Conclusion:** It is concluded that the study population according to the "fantastic" instrument presents a lifestyle between adequate and good, the nutritional status that stands out is overweight, and a high level of sedentary lifestyle was observed.

KEYWORDS: Hypertension. Lifestyles. Nutritional status.



CONTENIDO

RESUMEN	2
ABSTRACT.....	3
CAPITULO 1	14
1.1 INTRODUCCION	14
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.3 JUSTIFICACIÓN	18
2 CAPITULO II	20
2.1 MARCO REFERENCIAL	20
2.2 MARCO CONCEPTUAL	25
2.2.1 Definición de hipertensión arterial	25
2.2.2 Estilos de vida	28
2.2.3 Tipos de estilos de vida	29
2.2.4 Reducción de las cifras de tensión arterial según la intervención	37
3 CAPITULO III	38
3.1 Objetivo general	38
3.2 Objetivos Específicos	38
4 CAPITULO IV	39
DISEÑO METODOLÓGICO	39
4.1 Tipo de investigación y estudio	39
4.2 Área de estudio	39
4.3 Universo	39
4.4 Criterios de inclusión y exclusión	39
4.5 Variables	40
4.6 Operacionalización de las variables	40
Ver anexo 3.....	40
4.7 Métodos técnicas e instrumentos	40
4.8 Procedimientos	41
4.9 Plan de tabulación y análisis.	43
4.10 Aspectos éticos	43



4.11 RECURSOS	44
4.11.1 RECURSOS HUMANOS	44
4.11.2 RECURSOS MATERIALES	44
5 CAPITULO V	45
RESULTADOS	45
5.1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS	45
5.2 ESTADO NUTRICIONAL	49
5.3 ESTILOS DE VIDA	50
6. CAPITULO VI	61
DISCUSION	61
7. CAPITULO VII	65
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	65
BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	75
ANEXO 1 OFICIO A LA DIRECTORA DEL CENTRO DE SALUD N°1 DE AZOGUES.	75
ANEXO 2 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.	76
ANEXO 3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	79
ANEXO 4 CONSENTIMIENTO INFORMADO	83
ANEXO 5 PLAN DE TRABAJO O CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	86

INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Clasificación de los estadios de la tensión arterial	25
Tabla 2 Reducción de las cifras de Presión arterial según el tipo de intervención.	37
Tabla 3 Clasificación del IMC según la OMS	42
Tabla 4 Distribución de 150 pacientes de 40 a 60 años con hipertensión arterial que asisten al Centro de Salud N°1 de la ciudad de Azogues, según: Sexo.	45
Tabla 5 Distribución de 150 pacientes de 40 a 60 años con hipertensión arterial que asisten al Centro de Salud N°1 de la ciudad de Azogues, según: el nivel de instrucción ..	46
Tabla 6 Distribución de 150 pacientes de 40 a 60 años con hipertensión arterial que asisten al Centro de Salud N°1 de la ciudad de Azogues, según: Procedencia.	47
Tabla 7 Distribución de 150 pacientes de 40 a 60 años con hipertensión arterial que asisten al Centro de Salud N°1 de la ciudad de Azogues, según: Ocupación.	47
Tabla 8 Distribución de 150 pacientes de 40 a 60 años con hipertensión arterial que asisten al Centro de Salud N°1 de la ciudad de Azogues, según: Estado civil.	48



Tabla 9 Distribución de 150 pacientes de 40 a 60 años con hipertensión arterial que asisten al centro de salud N°1 de la ciudad de Azogues, Azogues 2019; según IMC (índice de masa corporal).49

Tabla 10 Distribución de 150 pacientes de 40 a 60 años con hipertensión arterial que asisten al centro de salud N°1 de la ciudad de Azogues, Azogues 2019, según interrelaciones.50

Tabla 11 Distribución de 150 pacientes de 40 a 60 años con hipertensión arterial que asisten al centro de salud N°1 de la ciudad de Azogues, 2019, según la actividad social y nivel de actividad física.51

Tabla 12 Distribución de 150 pacientes de 40 a 60 años con hipertensión arterial que asisten al centro de salud N°1 de la ciudad de Azogues, Azogues 2019, según sus hábitos de alimentación y variabilidad en el peso.52

Tabla 13 Distribución de 150 pacientes de 40 a 60 años con hipertensión arterial que asisten al centro de salud N°1 de la ciudad de Azogues, Azogues 2019, según consumo de drogas (tabaco) y nivel de automedicación.53

Tabla 14 Distribución de 150 pacientes de 40 a 60 años con hipertensión arterial que asisten al centro de salud N°1 de la ciudad de Azogues, Azogues 2019, según consumo de drogas (Alcohol)54

Tabla 15 Distribución de 150 pacientes de 40 a 60 años con hipertensión arterial que asisten al centro de salud N°1 de la ciudad de Azogues, Azogues 2019, según su calidad de sueño.55

Tabla 16 Distribución de 150 pacientes de 40 a 60 años con hipertensión arterial que asisten al centro de salud N°1 de la ciudad de Azogues, Azogues 2019, según su percepción del trabajo y personalidad.56

Tabla 17 Distribución de 150 pacientes con hipertensión arterial que asisten al centro de salud N°1 de la ciudad de Azogues 40 a 60 años, Azogues 2019, según su nivel de introspección.....57

Tabla 18 Distribución de 150 pacientes de 40 a 60 años con hipertensión arterial que asisten al centro de salud N°1 de la ciudad de Azogues, Azogues 2019, según el control de su salud y la conducta sexual.....58

Tabla 19 Distribución de 150 pacientes con hipertensión arterial que asisten al centro de salud N°1 de la ciudad de Azogues 40 a 60 años, Azogues 2019, según otros hábitos o estilos de vida.59

Tabla 20 Distribución de 150 pacientes de 40 a 60 años con hipertensión arterial que asisten al centro de salud N°1 de la ciudad de Azogues, Azogues 2019, según los tipos de estilo de vida.60

Tabla 21. Cronograma86



**Cláusula de licencia y autorización para Publicación en el Repositorio
Institucional**

Jheymy Lilibeth Rodríguez Pillaga en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“Estilos de vida relacionados con la hipertensión arterial en pacientes de 40 a 60 años, Azogues 2019.”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 16 de julio del 2019

Jheymy Lilibeth Rodríguez Pillaga

CI 0302942396



Cláusula de propiedad intelectual

Jheymy Lilibeth Rodríguez Pillaga, autora del proyecto de **“Estilos de vida relacionados con la hipertensión arterial en pacientes de 40 a 60 años, Azogues 2019.”**, certifico que todas las ideas, opiniones, y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 16 de julio del 2019

A handwritten signature in blue ink that reads 'Lilibeth Rodríguez'. The signature is written in a cursive style and is enclosed within a blue oval.

Jheymy Lilibeth Rodríguez Pillaga

CI 0302942396



**Cláusula de licencia y autorización para Publicación en el Repositorio
Institucional**

Mirian Janeth Pulgarin Siavichay, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del proyecto de investigación **“Estilos de vida relacionados con la hipertensión arterial en pacientes de 40 a 60 años, Azogues 2019.”**, de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN, reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Así mismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este proyecto de investigación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 16 de julio del 2019

Mirian Janeth Pulgarin Siavichay

CI 0105721443



Cláusula de propiedad intelectual

Mirian Janeth Pulgarin Siavichay, autora del proyecto de investigación “**Estilos de vida relacionados con la hipertensión arterial en pacientes de 40 a 60 años, Azogues 2019.**”, certifico que todas las ideas, opiniones, y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 16 de julio del 2019



Mirian Janeth Pulgarin Siavichay

CI 0105721443



DEDICATORIA

Con profunda humildad y gratitud, dedico este trabajo de investigación primeramente a Dios quien ha sido mi guía principal y mi apoyo en mis grandes momentos de dificultad durante esta etapa de estudios, ya que es por su infinita bondad, amor, y misericordia me ha permitido culminar una meta más en mi vida que son mis estudios universitarios.

Quiero dedicarle este trabajo de igual forma a toda mi familia mis hermanos, y en especial a mi madre que han estado en todo momento siendo mi pilar fundamental, siendo mi gran ejemplo de superación y que, por su constancia y humildad, por sus grandes sacrificios, por todos sus consejos me han permitido llegar a finalizar mis estudios superiores, sin ella no hubiese llegado a cumplir todas mis aspiraciones, a mi padre que a pesar de la distancia nunca me han faltado sus consejos y sus grandes palabras de aliento y apoyo moral, a ellos gracias por confiar y creer en mí.

Agradezco y dedico también este trabajo también a mis grandes amigos quienes estuvieron ahí a lo largo de mi vida académica y que siempre fueron un apoyo moral y de superación, no me dejaron caer en varios momentos difíciles de mi vida y que compartieron sus conocimientos conmigo ayudándome a ser una mejor profesional.

Lilibeth Rodríguez



DEDICATORIA

Dedico este trabajo primeramente a Dios por haberme dado la vida y estar conmigo en cada paso que he dado y permitirme llegar a este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres José y Lucía a quienes les debo todo lo que soy en la vida, por ser los pilares más importantes y brindarme siempre su amor y comprensión, por darme siempre su apoyo incondicional y la fortaleza necesaria para seguir adelante y haberme formado con buenos sentimientos y valores los cuales me han ayudado a seguir por el buen camino. Muchos de mis logros se los debo a ustedes pues me formaron con reglas y libertades que al final me motivaron constantemente a alcanzar mis anhelos.

Mirian Janeth Pulgarin Siavichay



AGRADECIMIENTO

Queremos agradecer primeramente a Dios que nos ha permitido alcanzar nuestros objetivos y logros, hasta llegar a cumplir nuestra meta guiándonos en cada paso de nuestra vida académica, con gran sabiduría y amor.

Agradecemos de igual manera a nuestras familias por habernos apoyado de gran manera con cada palabra de aliento y por no dejarnos solas en cada paso y etapa de nuestras vidas y en cada año cursado en esta prestigiosa universidad.

Agradecemos también a la unidad de salud “Centro de salud N°1 de la ciudad de Azogues”, por abrirnos las puertas y facilitarnos datos de gran importancia para el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Agradecemos a la Universidad de Cuenca por habernos permitido cursar nuestros estudios superiores muy importantes para nuestra vida profesional futura, de igual manera a todas las docentes que constituyen la carrera de Enfermería, por su esfuerzo y dedicación al brindarnos todos sus conocimientos, en especial a nuestra Directora y asesora de tesis la Lcda. Nube Janeth Clavijo Morocho quien con su paciencia y dedicación nos supo guiar en la elaboración del presente trabajo de investigación.

Lilibeth Rodríguez

Mirian Pulgarin

AUTORAS



CAPITULO 1

1.1 INTRODUCCION

Según la OMS el estilo de vida es una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta establecidos por factores socioculturales y características personales que se encuentran determinadas por las elecciones de la persona según las opciones disponibles y las oportunidades que su propia vida le ofrece; es decir que está posibilitada o limitada por su situación social y sus condiciones de vida(1)(2).

La hipertensión arterial es la elevación de las cifras de la presión arterial por encima de los parámetros considerados como normales, los valores que se consideran adecuados en personas adultas son los valores por debajo de 140/90 mmHg. El tratamiento de la hipertensión arterial puede ser de dos maneras tanto farmacológico donde se incluyen varios medicamentos para su manejo y el no farmacológico donde se incluye el manejo o mejoramiento de los estilos de vida como son mejorar la actividad física, abandono del tabaco, abandono del alcohol, reducción del estrés, control de peso, moderación en el consumo de sodio, debido a la multicausalidad de la enfermedad.(3)

El adoptar estilos de vida saludables (ejercicio físico diario, alimentación saludable, bajo consumo de sodio, evitar hábitos tóxicos) reducen en gran parte la aparición de enfermedades como la hipertensión, además de evitar la aparición de complicaciones de esta patología que pueden llevar a la discapacidad o la muerte. Si se adoptan o se cambian este tipo de factores se puede incluso evitar un tratamiento farmacológico o reducir la dosis de medicamento prescrito.(4)

De acuerdo a la guía Latinoamericana de hipertensión las causas que favorecen la aparición de enfermedades crónicas son principalmente la migración del área rural a la



urbana y a otros países y la adopción de varios estilos de vida propios de países desarrollados que aumentan la incidencia de enfermedades cardiovasculares por lo que en la actualidad son la principal causa de muerte de alrededor de 31 de 35 países latinoamericanos.(5)

Como nos dicen varios estudios realizados en Ecuador acerca de los estilos de vida, existe una alta incidencia de sobrepeso desde la niñez, con cifras de aproximadamente 41% y sedentarismo con un 35%, debido al alto consumo de alimentos ricos en carbohidratos asociado al alto consumo de sal o alimentos ricos en sodio, todo esto sumado al consumo de cigarrillo con un 25%. (6)(7)(8)



1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al ser la hipertensión arterial uno de los más grandes problemas de salud del mundo y a nivel de Ecuador, una de las principales causas de ingresos hospitalarios y de asistencia a centros de salud, ha llegado a ser calificada como una enfermedad crónica degenerativa que afecta al aparato circulatorio dando origen en muchos casos a un fallo renal y a enfermedades cerebrovasculares, que pueden llevar a producir la muerte o una discapacidad mayor en los pacientes, complicaciones que surgen debido a la falta de información acerca de esta patología y la manera inadecuada de controlarla después de su diagnóstico.(9)

Un estudio realizado en Cuba, indica que en este país la prevalencia de hipertensos es de aproximadamente 2.6 millones lo que representa al 31% de la población, igualmente en el anuario estadístico del Ministerio de salud Pública de este mismo país en el año 2015, informa una prevalencia de hipertensión arterial de 217.5 (tasa por 1000 habitantes).(10)

Debido a su carácter multicausal varias son las corrientes etiológicas que rigen a la hipertensión arterial entre ellas se encuentra el factor psicológico o las características emocionales que posee el paciente, según la revista cubana de medicina en un artículo sobre la influencia del estrés y las emociones sobre la hipertensión arterial, afirma que los pacientes hipertensos tienden a presentar con mayor frecuencia estados que afectan negativamente al proceso de la enfermedad como son la inquietud, la ansiedad, la inseguridad, la ira y la angustia, estados que junto con los estilos de vida negativos que los pacientes llevan se relacionan con la evolución de la enfermedad.(11)



El estudio CARMELA (Evaluación del riesgo cardiovascular en siete ciudades de Latinoamérica), realizado en siete ciudades de Latinoamérica entre ellas la ciudad de Quito indica que la prevalencia de hipertensión arterial es del 18%. Y el riesgo de presentar algunas de las complicaciones de la Hipertensión debido a trastornos nutricionales es de 14% por hipercolesterolemia, 7% por diabetes, 23% por obesidad y 30% por tabaquismo.(12)

La hipertensión arterial es conocida como el enemigo silencioso debido a que casi no tiene síntomas en su inicio, sino es hasta que se haya producido alguna de sus complicaciones, las cuales afectan principalmente a los conocidos como órganos diana, estas complicaciones son las encefalopatías hipertensivas, accidentes cerebrovasculares, angina de pecho inestable, infarto agudo de miocardio, insuficiencia ventricular aguda con edema pulmonar, aneurisma disecante de la aorta entre otras, que son las causantes de muchas muertes en pacientes, por la falta de información y educación acerca de este problema y la manera correcta de controlarlo, así también por la falta de diagnóstico precoz, un tratamiento oportuno y un cambio en cuanto al estilo de vida del paciente.(13)

Pregunta de investigación

¿Cuáles son los estilos de vida relacionados con la HTA en los pacientes hipertensos que acuden al centro de salud N° 1 de la ciudad de Azogues?



1.3 JUSTIFICACIÓN

Según la OMS en sus investigaciones realizadas en el año 2013 indica que alrededor del mundo, 17 millones de muertes por año son causadas debido a las enfermedades cardiovasculares, es decir casi un tercio del total de muertes. Las mayores causas entre ellas están las complicaciones de la hipertensión, que causan anualmente 9,4 millones de muertes de las cuales el 45% son por cardiopatías, y el 51% por accidente cerebrovascular. Todas ellas relacionadas con el estilo de vida malsano, excesivo consumo de alcohol, cigarrillo, sedentarismo y exposición prolongada al estrés. (14)

La Guía Latinoamericana de hipertensión indica la prevalencia de esta enfermedad en países como: Colombia con 23% y Perú con 24% con incidencia baja, Argentina, y se presenta con mayor incidencia en países como Brasil, Chile, Ecuador, México, Paraguay, Uruguay y Venezuela con cifras que van desde 25 al 35%; siendo las principales causas los estilos de vida inadecuados como el sedentarismo con el 35% y el 25% del hábito tabáquico. (8)

En la revista Panamericana de Salud Pública se encuentran estudios que demuestran que, a nivel de Perú, México y Brasil, no se realiza la actividad física recomendada para mantener la salud, elevando así las cifras de sedentarismo y sus riesgos en la salud.(15)

La alta incidencia de hipertensión arterial en el Ecuador, según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT-ECU 2012-2014), indica que esta patología se encuentra entre las diez principales causas de morbilidad y de mortalidad, mostrándose cifras



elevadas en la región costa y sierra. En la provincia de Cañar la tasa de mortalidad se encuentra en un nivel medio con un 19.98%, datos que han ido aumentando en la última década debido al sobrepeso y obesidad desde la niñez, ocasionado por los estilos de vida como malos hábitos alimenticios, sedentarismo, hábitos tóxicos como elementos principales para que se produzca dicha enfermedad y sus complicaciones.(16)



2 CAPITULO II

2.1 MARCO REFERENCIAL

Los estilos de vida son patrones de comportamiento de un individuo que tiene efecto sobre la salud, estos han sido estudiados a partir del año 1948 al ser relacionados con la hipertensión arterial, y considerados como un factor de riesgo de esta enfermedad. Un estudio denominado Framingham cuyo objetivo fue el control durante 20 años de las enfermedades coronarias y de la hipertensión arterial en la población, indica que dichas enfermedades se pueden prevenir y controlar mediante el uso de fármacos, pero también a través de otros factores como el control y mantenimiento de estilos de vida saludables, por ejemplo, la regulación del peso corporal, la práctica de ejercicio físico y sobre todo mantener una dieta hipo sódica con un consumo de sal por debajo de los 5 g/día ya que favorece la reducción de la presión sistólica entre 4 y 5 mm Hg. (17)(18)

En cuanto al nivel de instrucción, un estudio realizado en la República de Paraguay denominado “Nivel de educación y su relación con la comprensión y aceptación de la Hipertensión Arterial (HTA) y la (DM) Diabetes Mellitus en el año 2007”, concluye que la comprensión en los pacientes hipertensos con instrucción primaria fue de 78,4%, lo cual corrobora que independientemente del nivel educativo del paciente, la enfermedad sigue siendo la misma y el paciente está en capacidad de comprender y aceptar su enfermedad, así como el tratamiento previo a una explicación de la patología por parte del personal médico.(19)

En un estudio realizado por Pajuelo Ramírez y Sánchez en Perú, 2010, mostraron como hallazgos de su investigación la relación entre un elevado IMC y la presencia de hipertensión arterial, debido a que existió prevalencia de sobrepeso y obesidad en los pacientes hipertensos que participaron en la investigación obteniendo como resultado que el 32.6% tiene sobrepeso, y el 14.2% eran obesos, y por lo tanto presentan riesgos cardiovasculares entre ellos la hipertensión arterial.(20)



El estudio DHS (Dallas Heart Study), realizado por el Colegio Americano de Cardiología, para demostrar la relación entre la obesidad y la Hipertensión arterial, se dio seguimiento a 903 pacientes durante una media de 7 años, y se concluyó que los pacientes con índice mayor a 27.5 kg/m^2 desarrollaron la enfermedad, y que el aumento de la grasa a nivel visceral se asocia a un mayor índice de HTA, a comparación del aumento de la grasa o tejido adiposo a nivel subcutáneo.(21)

En el estudio europeo denominado CARMEN (Carbohydrate Ratio Management in European National diets), se demostró que al bajar la ingesta de grasas y mantener en equilibrio los valores de carbohidratos en la dieta, se puede lograr una reducción de 1 a 2 kg en pacientes obesos, con sobrepeso, y con un IMC mayor a 25 Kg/m^2 , estos resultados fueron obtenidos en el 65% de la población de estudio, dato importante ya que una reducción de peso a largo plazo, puede suponer un descenso del 15% al 30% de la población con sobrepeso.(22)

El ejercicio físico como medida terapéutica fue aplicado en un estudio realizado en Manta, Ecuador, en el que aproximadamente el 90% de los participantes afirmaron no practicar ejercicios físicos y luego de practicarlos se demostró una disminución en las cifras de presión arterial.(23) La falta de actividad física junto al consumo de grasas saturadas, y el consumo excesivo de sal conduce a un aumento en las cifras de presión arterial y puede desencadenar varias de sus complicaciones. (24)

En Chile en el año 2017, en el estudio de Leiva Martínez y Celis Morales, titulado “El sedentarismo se asocia a un incremento de factores de riesgo cardiovascular y metabólicos independiente de los niveles de actividad física”, obtuvo como resultado que el 66.7% de la población no cumplía con la actividad física recomendada internacionalmente es decir eran sedentarios y por ende presentaron sobrepeso u obesidad, demostrándose el efecto del sedentarismo sobre los factores de riesgo



cardiovascular debido a un gasto energético reducido, por el excesivo tiempo destinado a actividades sedentarias y por falta de actividad física.(25)

Gonzales Pérez en su estudio titulado “Trastornos del sueño asociados a la Hipertensión arterial, 2008”, concluye que la tasa de mortalidad por hipertensión arterial y trastornos isquémicos, aumenta para individuos que duermen menos de siete horas que para aquellos que duermen 8 horas o más, y se ha demostrado que los pacientes hipertensos son vulnerables de presentar trastornos del sueño como apneas, ronquidos, insomnios, entre otros, y que las cifras de su presión arterial se ven aumentadas debido a este factor importante dentro de los estilos de vida.(26)

Hay que recalcar también que el estado de ánimo es una parte importante dentro del control de la hipertensión, ya que un estado de ánimo ansioso y depresivo, está relacionado con la elevación de la tensión arterial, así también el estrés y los estados de angustia son causantes de patologías orgánicas y el aumento de las cifras de la tensión arterial.(27)

En Cuba, el estudio denominado “Estrés y emociones negativas en adultos con Hipertensión arterial esencial”, comprobó la hipótesis de que el estrés es un importante factor a tener en cuenta tanto como agente causal como en el desarrollo de la HTA, los hallazgos de este estudio indican que el 90% de personas sufrían estrés y un 80% son vulnerables al estrés, concluyendo que los pacientes hipertensos presentan mayor predisposición a padecer estrés y situaciones depresivas, esta predisposición es mayor en mujeres debido a la práctica de malos estilos de vida como trastornos del sueño, sedentarismo, practica de hábitos tóxicos, entre otros, y que desencadenan o agravan la hipertensión arterial.(28)



Los estilos de vida son formas generales de la vida basadas en patrones individuales de conducta, determinados por factores socioculturales y características personales que tomados como parte del tratamiento de la hipertensión arterial permitirán disminuir significativamente los niveles de tensión arterial. Diego Barzillos, afirma la importancia de conocer y modificar de manera positiva el tipo de estilos de vida que lleva la población, en su investigación realizada en la ciudad de Cuenca en el año 2017, la población de estudio lleva un estilo de vida “bueno” representado con el 54,8% siguiéndole el “excelente” con un 24,1%.(29)

La investigación de Cáceres Plasencia realizada en Lima-Perú en el año 2016 acerca de los estilos de vida, revela que la mayoría de la población estudiada presentaba estilos de vida poco saludables especialmente relacionado con factores como una alimentación inadecuada, y poca actividad física, lo que conlleva a un desbalance de las cifras de presión arterial.(30)

En Santa Marta, perteneciente a la República de Colombia, un estudio realizado en el año 2014, nos muestra como resultados que, del total de personas estudiadas, hubo un predominio de los malos estilos de vida y por lo tanto un alto riesgo a padecer enfermedades crónicas o desarrollar complicaciones ya que aproximadamente el 60% estaban dentro de la “Zona de peligro” y que el 40% se ubicaban en el nivel “algo bajo” en conductas saludables. (31)

Otro estudio acerca de los estilos de vida, realizado en Bogotá, Colombia, titulado “Evaluación de estilos de vida saludable en la facultad de medicina de la fundación universitaria de ciencias de la salud”, se da a conocer que aproximadamente el 72% de las personas presentaron estilos de vida buenos o saludables, pero que hay otros factores dentro de sus estilos de vida que no son adecuados como actividad física, peso y descanso.(32)



Se destaca la importancia que el cambio de estilo de vida en el paciente hipertenso ayuda a mejorar la calidad de vida del mismo, ya que se mejora su estado de salud, ayuda a evitar el progreso de la enfermedad o que surjan sus complicaciones, permitiendo reducir la carga farmacológica y con ello prevenir efectos secundarios que puedan provocar estos.



2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Definición de hipertensión arterial

✚ Según la OMS y la MD. Nubia L. Roa B, especialista de medicina interna y cardiología del hospital San Ignacio de la ciudad de Bogotá Colombia, definen la hipertensión arterial como una afección en la cual la presión en los vasos sanguíneos está continuamente por encima de los parámetros normales, lo que lleva a complicaciones cardiovasculares en un individuo de acuerdo con su perfil de riesgo (riesgo cardiovascular, compromiso de órgano blanco, y posiblemente presencia de marcadores tempranos de enfermedad). (33)(14).

✚ De acuerdo a la Guía de práctica clínica 2019 la HTA se define con valores ≥ 140 mmHg TAS y/o ≥ 90 mmHg TAD.

En base a estos valores surge la siguiente clasificación: (34)

Tabla 1 Clasificación de los estadios de la tensión arterial

ESTADIO	SISTOLICA	DIASTOLICA
Optima	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal alta	130-139	85-89
Hipertensión grado I	140-159	90-99
Hipertensión grado II	160-179	100- 109
Hipertensión Grado III	≥ 180	≥ 110
Hipertensión sistólica aislada	≥ 140	<90

Fuente: Guía de práctica clínica 2019 - Estadios de la Hipertensión arterial

Elaboración: Lilibeth Rodríguez, Mirian Pulgarin.



2.2.1.1 Factores de riesgo

- ✚ La hipertensión arterial afecta tanto el bienestar físico como el bienestar social y emocional del paciente o su calidad de vida, es decir que esta patología influye en el estado psicológico, en el nivel de independencia, en las relaciones sociales y en el entorno del individuo. (35)
- ✚ Dentro de las causas o factores de riesgo de la hipertensión arterial se menciona dos tipos, los modificables que incluyen la alta ingesta de sal, la baja ingesta de potasio, el exceso de peso y la alta ingesta de alcohol, y los factores de riesgo no modificables los cuales son edad, sexo, historia familiar, etnia y los genes es decir que no dependen de nuestro accionar para cambiarlos.(36)

2.2.1.2 Prevalencia

La prevalencia de la hipertensión arterial a nivel mundial es alta y ocasiona un número apreciable de discapacidad y al menos un total de 9.4 millones de muertes. Su creciente prevalencia es atribuida al mal estilo de vida de la población, como dieta tóxica, inactividad física, estrés, consumo nocivo de alcohol y cigarrillo, (14).

Las cifras mundiales según datos de la Organización Mundial de la Salud en el año 2008, indican que el 40% de los adultos de edades mayores a 25 años presentaban hipertensión, presentando un aumento a 1000 millones de pacientes con hipertensión arterial entre los años 1980 a 2008.(36)

De acuerdo a las características socio demográficas la hipertensión arterial tiene mayor prevalencia en los hombres que en las mujeres, esto debido a la presencia de las hormonas estrógenos en la mujer que actúan como protectores cardiovasculares, Por tal



razón los hombres de entre 35 a 40 tienen mayor índice de prevalencia y un índice de mortalidad de cuatro a cinco veces más que la mujer. (23)

2.2.1.3 Diagnóstico

El diagnóstico se realiza en la atención primaria de salud y se le denomina “Diagnóstico precoz”. La toma de la presión arterial se realiza de la forma estándar, a los pacientes a los que se le detectó cifras altas de presión arterial se realizarán tres tomas posteriores en tres semanas, si el resultado es positivo se diagnosticará a la paciente como hipertenso.

2.2.1.4 Tratamiento

El paciente con diagnóstico de hipertensión arterial debe comprender y aceptar que este es un problema de salud crónico que implicará un control periódico con el fin de controlar la enfermedad y por ende intentar evitar las complicaciones que suelen tener una repercusión importante sobre el estado de salud general del paciente.

✓ Tratamiento farmacológico

Se basa en el cuadro clínico del paciente, presenta pautas individualizadas tomando en cuenta la acción, indicaciones y contraindicaciones del medicamento, y otros padecimientos del individuo. Los fármacos a utilizar para el tratamiento están: diuréticos, betabloqueadores, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina. (37)

Para iniciar el tratamiento se utilizarán las dosis más bajas del medicamento seleccionado para así disminuir efectos adversos, posteriormente se valora la respuesta al medicamento y se optará por mantener la dosis, aumentarla o agregar otro medicamento con el fin de potenciar su efecto hipotensor. (37)



✓ **Tratamiento no farmacológico**

Este tratamiento implica cambios en los hábitos y conductas del individuo o sus estilos de vida, como es la restricción de sodio, ejercicio físico, disminución del consumo de alcohol y tabaco, mantenimiento de un peso ideal. (38)

Es importante realizar un análisis exhaustivo del estilo de vida de los pacientes hipertensos, pues esta enfermedad tiene también un fundamento social ya que, durante las últimas décadas, la industrialización, urbanización y globalización han producido cambios en el estilo de vida como la transición alimentaria, pasando de una dieta rica en frutas, legumbres y verduras a una hipercalórica rica en azúcares y grasas; aumentando también el sedentarismo y la obesidad. (29)

2.2.2 Estilos de vida

- La Organización Mundial de la Salud –OMS- define los estilos de vida saludables como una "Forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales". (39)
- El estilo de vida según Pender es un patrón multidimensional de acciones auto iniciadas y percepciones que sirven para mantener o ampliar el nivel de bienestar y la autorrealización. Alcanzar un estilo de vida saludable tal como llevar una buena nutrición, realizar ejercicio, manejar adecuadamente el estrés y cultivar la responsabilidad en salud, disminuyen el riesgo de enfermedades crónico degenerativas. (40)



2.2.3 Tipos de estilos de vida

2.2.3.1 Interrelaciones

Los estilos de vida no son prácticas sencillas o individuales sino más bien son construcciones sociales complejas donde la familia y sociedad conforman un papel vital puesto que de ellas se aprende a superar y actuar ante los procesos de salud enfermedad, así como su adherencia a los programas de tratamiento o prevención de enfermedades. (41)

La interrelación hace referencia a la relación mutua entre personas. Este aspecto se relaciona con el estado de salud del individuo; estudios demuestran que una mala red social se asocia con valores altos de presión arterial, siendo una posible causa el aislamiento que provocaría a la vez una limitación en la recepción de apoyo social, emocional, informativo, mal cumplimiento de recomendaciones médicas y hábitos de vida poco saludables. (42)

2.2.3.2 Actividad física

Actividad física es cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. (43)

Al ser la hipertensión arterial un problema de salud a nivel mundial, se han logrado grandes avances en cuanto su tratamiento farmacológico como no farmacológico por lo que se reconoce como parte de este, el entrenamiento físico especialmente el ejercicio aeróbico mismo que está asociado con una reducción de 4,9/3,7 mmHg en la presión arterial y con ello una disminución de la tasa de mortalidad en los pacientes hipertensos físicamente activos. (44)



El Colegio americano de medicina deportiva indica que existen dos tipos de efectos positivos del ejercicio sobre la hipertensión arterial y son los efectos agudos y los efectos crónicos. Los efectos agudos son la reducción de 10 a 20 mmHg en la presión sistólica después de una sesión de ejercicio de 30 a 45 minutos, este efecto tiene una duración de 22 horas, los efectos crónicos causan la reducción de la presión arterial sistólica y diastólica de 5 a 7 mmHg, estos ejercicios combinados con un tratamiento farmacológico llevan a la reducción de 7.4 a 5.8 mmHg.(45)

2.2.3.3 Nutrición

Según la OMS la nutrición es la ingesta equilibrada de alimentos según las necesidades dietéticas del organismo.(46)

El estado nutricional depende directamente del tipo de dieta, para los pacientes hipertensos existe un enfoque dietético alimentario para detener la hipertensión, esta dieta es la denominada DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) indica las porciones adecuadas del consumo de frutas, vegetales y lácteos descremados, incluyendo granos enteros, pollo, pescado, semillas y reducir la ingesta de carnes rojas, grasas, y dulces con el fin de disminuir la presión arterial, esto permite que la dieta sea rica en potasio, magnesio, calcio y fibra, y reducida en grasa total, grasa saturada y colesterol. (47)

La dieta DASH ayuda a la reducción de la presión arterial sistólica de 8 a 14 mmHg menos.(48)

La mala alimentación es provocada debido a la industrialización de los alimentos ya que se han ido convirtiendo en productos básicos fabricados y comercializados que han



provocado cambios en la dieta y los hábitos alimenticios, así como el estilo de vida sedentario(49).

El sodio es un elemento relacionado con la HTA, la reducción de su ingesta permite la disminución de 2.56 mmHg de presión arterial sistólica, conjuntamente con una dieta rica en potasio cuyo efecto en el organismo es ser un protector de los vasos sanguíneos contra el daño provocado por el sodio. (1)(50)

En lo que respecta al peso corporal, es otro de los factores importantes dentro de los estilos de vida, ya que el sobrepeso y la obesidad causan graves problemas de salud entre ellos problemas cardiovasculares, un peso adecuado se logra con una dieta balanceada y complementándose con la actividad física reduciendo con esta también el sedentarismo.(51)(24)

Se estima que el control de la obesidad puede eliminar un 48% de hipertensión en la población, así mismo la pérdida de peso de 5.1 kg permite la reducción de la presión arterial sistólica en 4.44 mmHg y la presión diastólica en 3,57 mmHg. (47)

2.2.3.4 Consumo de drogas (alcohol, Tabaco) y automedicación.

- **Drogas:** la OMS define a las drogas como toda sustancia que introducida en el organismo vivo puede modificar una o varias de sus funciones alterando los pensamientos, emociones, percepciones y conductas de manera q sea deseable a repetir la experiencia, provocando mecanismos de tolerancia y dependencia, independientemente del estado de salud del individuo. (52)
- Tanto el tabaco como el alcohol son drogas de fácil adquisición y son las causantes de la mayor cantidad de muertes por complicaciones cardiovasculares y que pueden ser evitables en la actualidad.



Tabaco

El consumo de sustancias psicotrópicas como el alcohol y el tabaco, son considerados como un problema emergente. Se estima que a nivel de América Latina cerca del 30% de la población es fumadora expresando que su consumo ayuda a manejar de forma efectiva situaciones de ansiedad o estrés. Cada vez son menores las edades en las que se inicia el consumo del tabaco, y según estudios hay homogenización en ambos sexos para el consumo del cigarrillo. Aunque las organizaciones de salud han comenzado la lucha contra el tabaquismo en conjunto con más organizaciones, este sigue siendo un problema que amenaza con la salud a nivel mundial.(53)

El tabaquismo está relacionado con la HTA, pues se estima que después de 15 a 30 minutos de fumar un cigarrillo se elevan los niveles de presión arterial debido a que su composición incrementa la rigidez arterial y disminuye la síntesis del óxido nítrico, sustancia que posee reconocidos efectos Vasodilatadores.(48)

Alcohol

El balance entre los beneficios del consumo moderado de alcohol por su efecto protector contra ciertas enfermedades cardiovasculares y el riesgo para la salud por su consumo excesivo sigue sin ser resuelto. Aunque se habla que su consumo excesivo es un factor de riesgo de hipertensión arterial y es también un contribuyente de importantes efectos adversos para la salud como muerte prematura, accidente cerebro vascular, insuficiencia renal.(54).

Un consumo moderado o el cese de consumo de alcohol reducen las cifras de presión arterial en hipertensos bebedores, esta reducción en las cifras de presión arterial es de 3 a 2 mmHg, o más intensa si el paciente tenía un alto consumo de alcohol.(48)



Automedicación.

La automedicación o en inglés “Self medicación”, se define como la autoadministración de medicación no prescrita por un médico o de una manera no dirigida por un médico(55).

La automedicación es una principal forma de autocuidado y consiste en el consumo de medicamentos por iniciativa propia o por consejo de alguien más, sin consultar a un médico, ante algún síntoma o problema de salud. Su impacto está reflejado en las reacciones adversa que puede provocar, la resistencia a los antibióticos debido a su uso prolongado o mal uso de los fármacos. (56)

También se conoce a la automedicación como un hábito, debido a la frecuencia con la que las personas optan por este método, para curar varios malestares que presentan en sus vidas diarias. Pero como señala la doctora Inés Bignone, jefa del Departamento de Farmacovigilancia de la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) de Argentina, para los pacientes con enfermedades crónicas tales como diabetes o hipertensión arterial se deben tener especial cuidado en cuanto a la automedicación , debido a que muchos medicamentos para el resfrío puede provocar complicaciones, las drogas como la aspirina, si no se consume con responsabilidad podrían ocasionar hemorragias que podrían ser mortales asociados a una enfermedad cardiovascular.(57)

La automedicación en los pacientes hipertensos provoca riesgos concretos, pues del total de personas hipertensas que se auto medican el 5% termina hospitalizado, del total de los internados, el 10% sufre reacciones adversas a medicamentos, y el 1% muere. Esto debido a que los medicamentos que usualmente son de venta libre como el paracetamol, Ibuprofeno en forma de comprimidos efervescentes contienen sal, así también los antigripales contienen pseudoefedrina y fenilefrina sustancias que ocasionan el alza de los niveles de tensión arterial. (58)



2.2.3.5 Calidad del sueño

El sueño es un proceso fisiológico importante que tiene por objetivo el restablecimiento de la energía, regulación y restauración de la actividad eléctrica cortical, regulación térmica, regulación metabólica y endocrina, activación inmunológica, consolidación de la memoria. La falta o privación del sueño provoca alteraciones conductuales y fisiológicas que van más allá de un simple malestar, pues es causante de morbilidad y mortalidad y se encuentran asociados significativamente con la aparición de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial con una prevalencia de 31.2 %. (59)(60)

La capacidad de descansar y dormir en los pacientes hipertensos esta disminuida, pues el 81.07% de los pacientes hipertensos presentan trastornos del sueño existiendo una relación directa entre los trastornos del sueño y la hipertensión arterial. Los trastornos del sueño más frecuentes son: el insomnio y roncar con un (57.7%), determinando la presencia de cifras elevadas de Tensión arterial, fundamentalmente en la mañana y que mejoraban al tratar dichos disturbios del sueño.(26)

2.2.3.6 Actividad laboral

El tipo de trabajo o área laboral en la que una persona se desarrolla es también un factor de influencia sobre la hipertensión arterial, en los denominados trabajos de alta tensión en el cual se encuentra incluido la enfermería, los pacientes presentan tensión nerviosa la cual es un riesgo, como alerta biológica elevando los niveles de ansiedad lo que a su vez provoca la elevación de las cifras de presión arterial.(61)



2.2.3.7 Introspección

La introspección hace referencia a mirar dentro, es decir que está orientada a la reflexión y meditación sobre sí mismo y a su estado anímico.

Debido a su carácter multicausal varias son las corrientes etiológicas que rigen a la hipertensión arterial, entre ellas se encuentra el factor psicológico o las características emocionales que posee el paciente y que afectan negativamente al proceso de la enfermedad como son la inquietud, la ansiedad, la inseguridad, la ira y la angustia, estados que pueden estar relacionados con los años de evolución de la enfermedad y los medios de afrontamiento a esas emociones así como el estilo de vida negativo que los pacientes llevan.(11)

El estado de ánimo es muy importante en el control de la hipertensión, ya que un estado de ánimo ansioso y depresivo, están relacionados con la elevación de la tensión arterial. Así también está el estrés causante de patologías orgánicas entre ellas la hipertensión arterial, ya que es el autor de estados de angustia que a su vez genera que suba las cifras de la tensión arterial.(27)

2.2.3.8 Control de la salud – sexualidad

La promoción de la salud permite a los pacientes mejorar y controlar su salud, fortalece el autocuidado y su capacidad de elección sobre cómo vivir y crear ambientes saludables.

El autocuidado hace referencia a tres formas de estilo de vida: como hábitos diarios rutinarios de vida que pueden afectar la salud (fumar, beber, rutinas sedentarias, entre otros), como conductas que conscientemente buscan mantener la salud, y como conductas que responden a los síntomas de enfermedad.(62)



La hipertensión arterial tiene varios efectos en la vida diaria del paciente, conlleva a consecuencias que en muchos casos son negativos para la salud emocional o familiar, entre estos aspectos está la vida sexual o salud sexual, esta puede verse afectada debido a las complicaciones que provoca la hipertensión arterial como una enfermedad coronaria, en la que el paciente no puede realizar esfuerzo cardiaco ya que le provocaría un infarto de miocardio, así también otro problema que conlleva la hipertensión arterial es la disfunción eréctil por lo que la vida sexual de estos pacientes se ve afectada seriamente.(63)

La disfunción eréctil es una de las patologías más prevalentes presentándose en un 50% de la población hipertensa. Su aparición está relacionada con los valores de presión arterial y la coexistencia de otros factores de riesgo cardiovascular. (64)

Cabe recalcar que el cambio de estilo de vida en el hipertenso ayuda a mejorar la calidad de vida del paciente en cuanto a su estado de salud y al estado de ánimo y percepción de la vida, permite reducir la carga farmacológica y con ello prevenir efectos secundarios que puedan provocar estos.(63)



2.2.4 Reducción de las cifras de tensión arterial según la intervención

En las pautas nutricionales en prevención y control de la Hipertensión arterial se indica que la reducción de las cifras de la presión arterial según su adherencia al tratamiento es de:

Tabla 2 Reducción de las cifras de Presión arterial según el tipo de intervención.

Modificación	Reducción de las cifras de presión arterial sistólica
✓ Reducción de peso	• 5 – 20 mmHg / 10 Kg de peso perdido
✓ Modificación en la dieta (DASH)	• 8 – 14 mmHg
✓ Actividad física	• 4 – 9 mmHg
✓ Disminución de la ingesta de sodio	• 2 – 8 mmHg
✓ Consumo moderado de alcohol	• 2 – 4 mmHg

Fuente: Revista Nutrición Hospitalaria

Elaboración: Lilibeth Rodríguez, Mirian Pulgarin



3 CAPITULO III

OBJETIVOS

3.1 Objetivo general

- Determinar los estilos de vida relacionados con la hipertensión arterial en pacientes de 40 a 60 años, azogues 2019.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar la población de estudio según edad, sexo, procedencia, nivel de instrucción, estado civil, ocupación.
- Determinar el índice de masa corporal de la población de estudio.
- Identificar los estilos de vida predominantes de los Pacientes hipertensos que acuden al centro de N°1 de la ciudad de Azogues.



4 CAPITULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de investigación y estudio

La presente investigación es cuantitativa, el tipo de estudio es descriptivo de corte transversal, para valorar los estilos de vida relacionados con la hipertensión arterial en los pacientes de 40 a 60 años.

4.2 Área de estudio

Esta investigación se desarrolló en el Centro de salud N°1 Azogues, unidad perteneciente al sector público de la provincia de Cañar.

4.3 Universo

Se trabajó con un universo finito de 150 personas adultas hipertensas entre 40 a 60 años, que acuden a la consulta en el Centro de salud N°1 Azogues. El universo se correlaciona con la muestra.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Pacientes de 40 a 60 años que hayan sido diagnosticados de hipertensión arterial.
- Pacientes que acepten participar y firmen voluntariamente el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes con algún déficit cognitivo.



4.5 Variables

- Caracterización sociodemográfica: sexo, estado civil, nivel de instrucción, procedencia.
- Estado nutricional.
- Estilos de vida.

4.6 Operacionalización de las variables

Ver anexo 3

4.7 Métodos técnicas e instrumentos

Método: el método utilizado fue el método de investigación cuantitativa, en el que se realizó la medición de las características del problema planteado, procedente de un marco conceptual.

Técnica: se aplicó como técnica de investigación cuantitativa una encuesta validada, que consta de preguntas cerradas, que valora los estilos de vida que lleva el paciente denominado “Fantastic”, validada en México, en el año 2003, cuyo Alpha de Conbrach es de 0.81.

Instrumento: los instrumentos que se utilizaron para el proyecto de investigación fueron:

- La traducción realizada por López-Carmona et al 2000 del cuestionario denominado “FANTASTIC” en inglés, o “FANTASTICO” en español, (Anexo 2) acrónimo que representa las primeras letras de diez dominios, en los cuales se encuentran incluidas treinta preguntas. Formulario que nos permitirá evaluar y conocer además de las características sociodemográficas, los estilos de vida de los pacientes en estudio en varias dimensiones como son: interrelaciones, actividad social y nivel de actividad física, tipo de alimentación y nivel de sobrepeso, Consumo de tabaco y alcohol, y el nivel de automedicación que tienen los pacientes hipertensos.
- No se realiza prueba piloto debido a que la encuesta ya está validada.



4.8 Procedimientos

Recolección de datos

1. Se envió una solicitud correspondiente a la directora distrital de la ciudad de Azogues, constando en dicho documento el propósito de la investigación y los pasos que se seguirán para cumplirla, para obtener el permiso correspondiente para realizar el estudio en la unidad de salud.
2. Se realizó también una solicitud a la directora del centro de salud N°1 de la ciudad de Azogues, con el propósito de obtener el permiso y datos acerca de los pacientes hipertensos que acuden al área de salud.
3. Para la caracterización socio demográfica de la población se utilizó una encuesta donde consta: sexo, estado civil, nivel de instrucción, procedencia.
4. Para evaluar el índice de masa muscular se procedió a medir y pesar a los pacientes.
5. Para evaluar sus estilos de vida en este estudio se utilizó el instrumento "Fantastic" antes mencionado.
- 6.

Procedimiento para calificar el instrumento utilizado en el estudio.

F: familia y amigos

T: trabajo - personalidad

A: actividad Física

I: introspección

N: nutrición

C: control de salud, sexualidad

T: tabaco

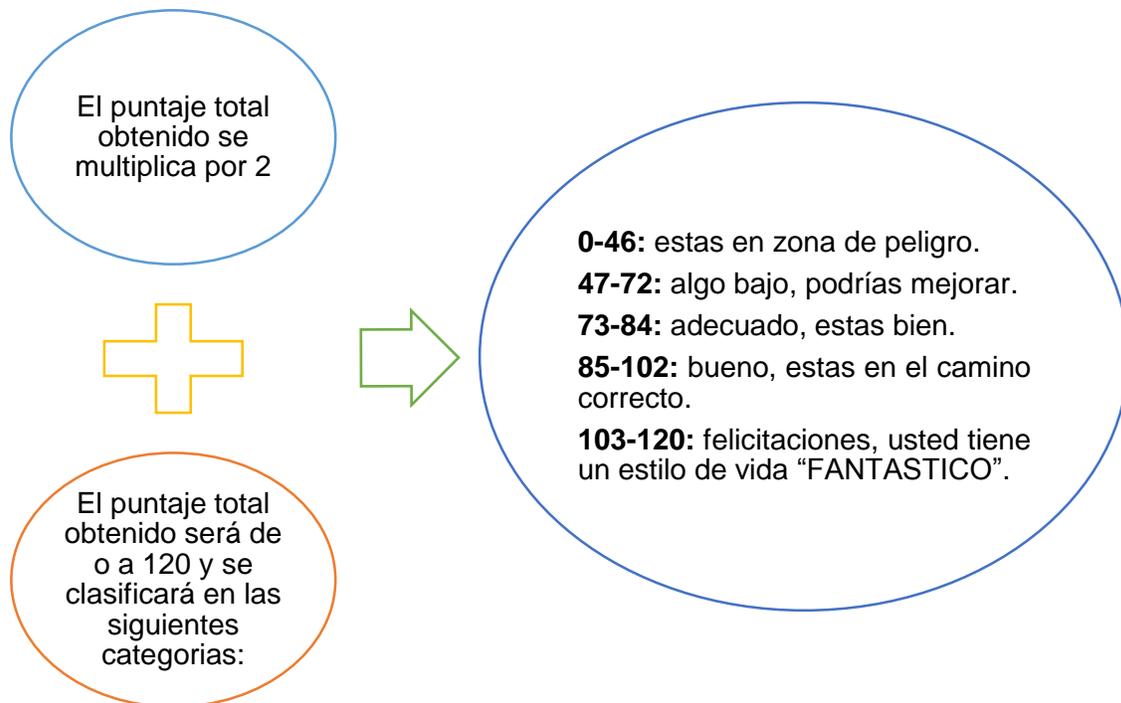
O: otras (peatón, sigo las reglas, uso cinturón de seguridad y tengo claro el objetivo de mi vida.

A: alcohol

S: sueño



Cada una de las 30 preguntas tiene 3 opciones de respuesta, las cuales tendrán un puntaje de 0 - 2.



- El parámetro que se utilizó para clasificar el estado nutricional de las personas encuestadas, fue la tabla de clasificación de la OMS, la cual describe los siguientes datos.

Tabla 3 Clasificación del IMC según la OMS

IMC	CLASIFICACION DEL IMC SEGÚN LA OMS
IMC < 18.5	Bajo Peso
IMC 18.5 - 24.9	Peso Normal
IMC 25 – 29.9	Sobrepeso
IMC >= 30	Obesidad
IMC >= 30 – 34.9	Obesidad (grado I)
IMC >=35 – 39.9	Obesidad (grado II)
IMC >= 40	Obesidad (grado III)

Fuente: Clasificación del IMC según la OMS

Elaboración: Lilibeth Rodriguez, Mirian Pulgarin.



Autorización

El presente estudio se realizó en el Centro de salud N°1 de la ciudad de Azogues, se llevó a cabo después de solicitar previamente autorización a el/la Director/a de la misma unidad, oficio que se encuentra adjuntado en la sección de anexos del presente proyecto.

Capacitación

Para la realización del presente proyecto, los investigadores nos capacitamos a través de una revisión bibliográfica amplia a través de libros, artículos científicos o papers en internet, así también se realizó una consulta con el personal de enfermería y con la directora del Centro de salud de Azogues, acerca de datos necesarios para redactar el proyecto.

Supervisión

El proceso de supervisión, tutoría y asesoramiento de la presente investigación estuvo a cargo de la Lcda. Nube Janeth Clavijo Morocho.

4.9 Plan de tabulación y análisis.

Para el procesamiento de la información del presente proyecto se utilizó el programa de Microsoft Word 2016, y Microsoft Excel 2016, información que fue procesada y analizada con el programa estadístico SPSS 20.0, y para la presentación del análisis estadístico se utilizó tablas de doble entrada, y el análisis de los datos se desarrolló en relación a las frecuencias y porcentajes.

4.10 Aspectos éticos

Beneficencia: la información y datos obtenidos y recolectados en el presente estudio servirán de base para futuras investigaciones al beneficio de la comunidad y de la unidad de salud en la que se realizara el estudio.

No maleficencia: la información y datos obtenidos y recolectados en el presente estudio no perjudicó a los participantes en el estudio ni a la institución.



Confidencialidad: los datos obtenidos son confidenciales para las investigadoras, por lo que se guardara la reserva de la identidad de cada encuestada/o.

Participación: la participación fue voluntaria por parte de cada encuestado con la respectiva firma del consentimiento informado (Anexo 4)

4.11 RECURSOS

4.11.1 RECURSOS HUMANOS

Autoras	Asesora de tesis
Miriam Janeth Pulgarin Siavichay Jheimy Lilibeth Rodríguez Pillaga	Lcda. Nube Janeth Clavijo Morocho

4.11.2 RECURSOS MATERIALES

Cantidad	Materiales	Costo	
		Valor Unitario	Valor Total
	Materiales de escritorio		50.00
1	Memoria Flash	12.50	12.50
2000	Impresiones	0.10	200.00
4000	Copias	0.02	80.00
70	Alimentación	2.50	175.00
70	Transporte	2.25	157.50
Total			675.00

**5 CAPITULO V****RESULTADOS**

- ❖ La información obtenida a través del instrumento utilizado fue analizada de acuerdo a los objetivos y variables planteadas.
- ❖ Los resultados a continuación se muestran en función de tablas simples, de doble entrada.

5.1 CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

Tabla 4 Distribución de 150 pacientes de 40 a 60 años con hipertensión arterial que asisten al Centro de Salud N°1 de la ciudad de Azogues, según: Sexo.

Características socio demográficas		#	%
Sexo	Masculino	39	26%
	Femenino	111	74%
Total		150	100

Fuente: formulario de datos

Elaboración: Lilibeth Rodriguez, Mirian Pulgarin

Observando la tabla vemos que existe un porcentaje de 74% de pacientes que corresponden al sexo femenino y un 26% de pacientes de sexo masculino, existiendo una diferencia considerable en relación al sexo femenino, que corresponde a una razón de 3 a 1, es decir que por cada 3 mujeres con hipertensión arterial existe un hombre con hipertensión.



Tabla 5 Distribución de 150 pacientes de 40 a 60 años con hipertensión arterial que asisten al Centro de Salud N°1 de la ciudad de Azogues, según: el nivel de instrucción

Características socio demográficas		#	%
Nivel de instrucción	Ninguna	9	6%
	Primaria	56	37.3%
	Secundaria	47	31.4%
	Superior	38	25.3%
Total		150	100

Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Lilibeth Rodriguez, Mirian Pulgarin.

El nivel de instrucción predominante fue el bajo con un 37.3% correspondiente a la primaria, factor de riesgo a pesar de que estudios que afirman que el nivel de instrucción no está ligado a la comprensión del paciente acerca de la enfermedad o de los tratamientos de la misma.



Tabla 6 Distribución de 150 pacientes de 40 a 60 años con hipertensión arterial que asisten al Centro de Salud N°1 de la ciudad de Azogues, según: Procedencia.

Características socio demográficas		#	%
Procedencia	Urbana	84	56%
	Rural	66	44%
Total		150	100

Fuente: Formulario de datos.

Elaboración: Lilibeth Rodríguez, Mirian Pulgarin.

En lo que respecta a la procedencia hay prevalencia del área urbana con un 56%, resultado que si relacionamos con los datos de revisiones teóricas de este estudio se confirma que hay mayor incidencia de HTA en el área urbana debido a la mayor accesibilidad a alimentos de bajo valor nutricional y al estrés.

Tabla 7 Distribución de 150 pacientes de 40 a 60 años con hipertensión arterial que asisten al Centro de Salud N°1 de la ciudad de Azogues, según: Ocupación.

Características socio demográficas		#	%
Ocupación	Agricultor Jornalero	75	50%
	Trabajador publico	50	33.3%
	No trabaja	25	16.7%
Total		150	100

Fuente: Formulario de datos.

Elaboración: Lilibeth Rodríguez, Mirian Pulgarin.

Del total de participantes en el presente estudio, en lo que se refiere a la ocupación el 50% de los pacientes eran agricultores o jornaleros, lo que significaría un factor de riesgo según lo demuestran varios artículos realizados, al considerar el esfuerzo que demanda esta actividad en las personas.



Tabla 8 Distribución de 150 pacientes de 40 a 60 años con hipertensión arterial que asisten al Centro de Salud N°1 de la ciudad de Azogues, según: Estado civil.

Características socio demográficas		#	%
Estado Civil	Soltero	28	18.7%
	Casado	70	46.6%
	Divorciado	19	12.7%
	Viudo	17	11.3%
	Unión libre	16	10.7%
Total		150	100

Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Lilibeth Rodríguez, Mirian Pulgarin.

En la investigación hubo un predominio de pacientes con estado civil casado representado con el 46.6%, por lo que se determina que en este tipo de paciente hay mayor incidencia de HTA debido a la falta de tiempo y despreocupación en su autocuidado.



5.2 ESTADO NUTRICIONAL

Tabla 9 Distribución de 150 pacientes de 40 a 60 años con hipertensión arterial que asisten al centro de salud N°1 de la ciudad de Azogues, Azogues 2019; según IMC (índice de masa corporal).

Estado Nutricional	#	%
Sobrepeso	60	40
Normal	42	28
Obesidad I	30	20
Obesidad II	9	6
Obesidad III	6	4
Obesidad Severa	2	1,33
Obesidad Moderada	1	0,67
Total	150	100%

Fuente: formulario de datos

Elaboración: Lilibeth Rodríguez, Mirian Pulgarin

Acerca del estado nutricional el 40% de la población total estudiada presentó sobrepeso, una cifra de importancia significativa en este estudio ya que, según estudios, el sobrepeso en el estilo de vida de un paciente, es un factor de riesgo muy importante para el desarrollo de HTA y sus complicaciones que afectan la salud y por lo tanto la vida y bienestar del paciente.



5.3 ESTILOS DE VIDA

Tabla 10 Distribución de 150 pacientes de 40 a 60 años con hipertensión arterial que asisten al centro de salud N°1 de la ciudad de Azogues, Azogues 2019, según interrelaciones.

Interrelaciones	Siempre		A veces		Casi nunca	
	#	%	#	%	#	%
Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mi	68	45,3	72	48	10	6,7
Doy y recibo cariño.	94	62,7	53	35,3	3	2
Me cuesta decir buenos días, perdón, gracias o lo siento.	3	2	36	24	111	74

Fuente: formulario de datos

Elaboración: Lilibeth Rodríguez, Mirian Pulgarin

Dentro del ámbito de interrelaciones de los pacientes en el presente estudio, se obtuvo como resultado que aproximadamente el 62.7% da y recibe cariño, es decir se siente amado en su vida, y el 74% de la población estudiada manifiestan que no les cuesta decir buenos días, perdón, gracias o lo siento, cuando han visto que ha sido necesario. Aspectos importantes dentro de los estilos de vida, ya que de la manera en que el paciente se relaciona con su entorno influye en su nivel de estrés físico y emocional factores que influyen en el ascenso o descenso de las cifras de presión arterial.



Tabla 11 Distribución de 150 pacientes de 40 a 60 años con hipertensión arterial que asisten al centro de salud N°1 de la ciudad de Azogues, 2019, según la actividad social y nivel de actividad física.

Actividad social	Siempre		A veces		Casi nunca	
	#	%	#	%	#	%
Soy integrante activo de grupos de apoyo a la salud o social.	24	16	48	32	78	52
Nivel de actividad física	3 veces a la semana		2 veces a la semana		Rara vez o nunca	
	#	%	#	%	#	%
Realizo actividad física por 30 minutos.	32	21,3	42	28	76	50,7
Camino al menos 30 min. Diariamente.	45	30	49	32,7	56	37,3

Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Lilibeth Rodríguez, Mirian Pulgarin

El 52% de personas no están vinculadas a grupos de apoyo de salud o social, esto provoca que el paciente no esté bien informado acerca de su patología y por lo tanto no tome las medidas necesarias para el control de su enfermedad. En lo que se relaciona a la actividad física el 50.7% afirma no realizar ejercicio físico y el 37.3% no realiza caminatas diarias realiza rara vez, esto constituye un factor de riesgo y un aspecto negativo dentro de los estilos de vida, debido a que la falta de actividad física o sedentarismo provoca la aparición de enfermedades crónicas, aumenta el riesgo de padecer complicaciones y la tasa de mortalidad por HTA.



Tabla 12 Distribución de 150 pacientes de 40 a 60 años con hipertensión arterial que asisten al centro de salud N°1 de la ciudad de Azogues, Azogues 2019, según sus hábitos de alimentación y variabilidad en el peso.

Hábitos de alimentación y variación de peso.	Siempre		A veces		Casi nunca	
	#	%	#	%	#	%
Como dos porciones de frutas y tres de verduras.	43	28,7	89	58,3	18	12
A menudo consumo mucha azúcar.	28	18,7	62	41,3	60	40
Variabilidad en el peso	Sobrepeso hasta 4 Kg		Sobrepeso hasta 8 Kg		Más de 8 Kg	
	#	%	#	%	#	%
Exceso de peso que presenta el usuario.	20	13,3	19	12,7	111	74

Fuente: Formulario de datos

Elaboración: Lilibeth Rodríguez, Mirian Pulgarin

En lo que respecta a los hábitos alimenticios se observa que un 58.3% de la población consume regularmente frutas y verduras, a pesar de ello el 74% presenta un sobrepeso de más de 8Kg, factor de riesgo para el desarrollo de HTA, la elevación de los niveles de tensión y la aparición de complicaciones cardiovasculares.



Tabla 13 Distribución de 150 pacientes de 40 a 60 años con hipertensión arterial que asisten al centro de salud N°1 de la ciudad de Azogues, Azogues 2019, según consumo de drogas (tabaco) y nivel de automedicación.

Consumo de tabaco y nivel de automedicación.	No los últimos 5		No, el último año		Si, el último año	
	#	%	#	%	#	%
Fumo cigarrillo	114	76	19	12,7	17	11.3
	Ninguno		De 1 – 10		Más de 10	
	#	%	#	%	#	%
Cigarrillos fumados por día.	130	86,7	18	12	2	1,3
	Rara vez o nunca		Algunas veces		Frecuentemente	
	#	%	#	%	#	%
Uso excesivamente medicamentos sin prescripción médica o me automedico.	54	36	80	53,3	16	10,7

Fuente: formulario de datos

Elaboración: Lilibeth Rodríguez, Mirian Pulgarin

Según la tabla podemos observar que el consumo de tabaco en la población de estudio es mínimo, pues el 86.7 % aproximadamente, indica no fumar ni un cigarrillo al día. Con estos datos podemos afirmar que la población de estudio no tiene problemas en este aspecto dentro de su estilo de vida, lo cual es un factor positivo teniendo en cuenta los riesgos de consumir cigarrillo en especial en pacientes hipertensos ya que incrementa la rigidez arterial, entre otros efectos nocivos

En cuanto a la automedicación el 53.3% de los pacientes indican en cierto momento de su vida se han administrado algún tipo de medicación sin previa consulta médica, factor negativo dentro de los estilos de vida de los participantes ya que un consumo prolongado de ciertos medicamentos sin supervisión médica, podría elevar la tensión arterial, provocar complicaciones y hasta la muerte.



Tabla 14 Distribución de 150 pacientes de 40 a 60 años con hipertensión arterial que asisten al centro de salud N°1 de la ciudad de Azogues, Azogues 2019, según consumo de drogas (Alcohol)

Dependencia al Alcohol	Menos de 2 bebidas		2 bebidas		Más de 2 bebidas	
	#	%	#	%	#	%
Número promedio de tragos por día.	144	96	5	3,3	1	0,7
	Siempre		A veces		Casi nunca	
	#	%	#	%	#	%
Bebo más de 4 tragos en una misma ocasión.	1	0,7	19	12,7	130	86,6
Manejo el auto luego de beber alcohol.	0	0	10	6,7	140	93,3

Fuente: formulario de datos.

Elaboración: Lilibeth Rodríguez, Mirian Pulgarin.

El consumo de alcohol según la población estudiada según los resultados es mínimo ya que el 96% afirma beber menos de 2 bebidas, el 93.3% indica casi nunca manejar el vehículo luego de haber ingerido alcohol, confirmándose un consumo mínimo de esta droga dentro de los estilos de vida de los participantes del estudio, con lo que a su vez estos disminuyen el riesgo de contraer complicaciones de la HTA causado por el alcohol, o también muerte súbita por consumo de esta droga.



Tabla 15 Distribución de 150 pacientes de 40 a 60 años con hipertensión arterial que asisten al centro de salud N°1 de la ciudad de Azogues, Azogues 2019, según su calidad de sueño.

Calidad del Sueño	Siempre		A veces		Casi nunca	
	#	%	#	%	#	%
Duermo bien y me siento descansado.	63	42	80	53,3	7	4,7
Me siento capaz de manejar el estrés o la tensión de mi vida.	55	36,7	87	58	8	5,3
Me relajo y disfruto mi tiempo libre.	100	66,7	42	28	8	5,3

Fuente: formulario de datos

Elaboración: Lilibeth Rodriguez, Mirian Pulgarin

Del total de participantes el 53,3% expresan que su calidad de sueño no es lo suficientemente renovadora, se observa también que el 58% no tiene la capacidad de manejar el estrés y la tensión en su vida diaria, datos que significan un factor negativo dentro de los estilos de vida para la HTA, debido a que el estrés y sueño no reparador está predispone al paciente a una elevación en los niveles de tensión arterial y con ello un incremento en las probabilidades de sufrir alguna complicación.



Tabla 16 Distribución de 150 pacientes de 40 a 60 años con hipertensión arterial que asisten al centro de salud N°1 de la ciudad de Azogues, Azogues 2019, según su percepción del trabajo y personalidad.

Percepción del trabajo y personalidad	Siempre		A veces		Casi nunca	
	#	%	#	%	#	%
Parece que ando acelerado.	70	46,7	67	44,7	13	8,6
Me siento enojado o agresivo.	48	32	92	61.3	10	6,7
Me siento contento con mi trabajo y actividades.	105	70	43	28.7	2	1,3

Fuente: formulario de datos

Elaboración: Lilibeth Rodríguez, Mirian Pulgarin

El 47,7% de encuestados afirman que en su diario vivir andan muy acelerados, lo que ocasiona estrés y tensión dentro de su vida, considerando esto un factor de riesgo para los hipertensos según artículos revisados, el 69.54% afirma estar contento con su trabajo y sus actividades diarias.



Tabla 17 Distribución de 150 pacientes con hipertensión arterial que asisten al centro de salud N°1 de la ciudad de Azogues 40 a 60 años, Azogues 2019, según su nivel de introspección.

Nivel de Introspección	Siempre		A veces		Casi nunca	
	#	%	#	%	#	%
Soy un pensador positivo.	110	73,3	38	25,4	2	1,3
Me siento tenso o abrumado.	19	12,7	125	83,3	6	4
Me siento deprimido o triste.	14	9,3	110	73,3	26	17,4

Fuente: formulario de datos

Elaboración: Lilibeth Rodríguez, Mirian Pulgarin

Existe un 83,3% de las personas encuestadas que expresan que en algún momento de su vida se han sentido tensos o abrumados, también se sintieron deprimidos expresándose esto en un porcentaje de 73.3%, ocasionando problemas en su diario vivir y en su salud, así como en su personalidad y en sus relaciones interpersonales.



Tabla 18 Distribución de 150 pacientes de 40 a 60 años con hipertensión arterial que asisten al centro de salud N°1 de la ciudad de Azogues, Azogues 2019, según el control de su salud y la conducta sexual.

Control de su Salud y su conducta sexual	Siempre		A veces		Casi nunca	
	#	%	#	%	#	%
Me realizo controles de salud en forma periódica.	52	34,7	71	47,3	27	18
Converso con mi pareja o familia aspectos de sexualidad.	28	18,7	55	36,7	67	44,6
En mi conducta sexual me preocupo de mi autocuidado y del cuidado de mi pareja.	40	26,7	58	38,7	52	34,6

Fuente: formulario de datos

Elaboración: Lilibeth Rodríguez, Mirian Pulgarin

El 47.3% se realiza controles o chequeos médicos de su salud a veces, resultados significativos en lo que se refiere al cuidado de la salud. Así también se observa un 38.7% de los participantes afirman preocuparse de su salud sexual y de su autocuidado, así como el de su pareja, parte positiva ya que podemos decir que la población de estudio esta predispuesta a mejorar su estilo de vida y a adquirir nuevas prácticas para su propio beneficio, para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.



Tabla 19 Distribución de 150 pacientes con hipertensión arterial que asisten al centro de salud N°1 de la ciudad de Azogues 40 a 60 años, Azogues 2019, según otros hábitos o estilos de vida.

Otros hábitos o estilos de vida.	Siempre		A veces		Casi nunca	
	#	%	#	%	#	%
Como peatón, pasajero del transporte público sigo las reglas.	62	41,3	78	52	10	6,7
Uso cinturón de seguridad.	52	34,7	25	16,7	73	48,6
Tengo claro el objetivo de mi vida.	137	91,3	6	4	7	4,7

Fuente: formulario de datos

Elaboración: Lilibeth Rodríguez, Mirian Pulgarin.

Se puede observar que el 52% de personas encuestadas siguen o cumplen a veces las reglas como peatón, lo cual según el instrumento utilizado es un factor a tomar en cuenta dentro de los estilos de vida ya que, aunque no interfiere en la presión arterial del paciente, y que es parte de sus conductas diarias para cuidar y mantener su salud.



Tabla 20 Distribución de 150 pacientes de 40 a 60 años con hipertensión arterial que asisten al centro de salud N°1 de la ciudad de Azogues, Azogues 2019, según los tipos de estilo de vida.

Tipos de Estilos de vida	#	%
Adecuado	56	37.3%
Buen trabajo	52	34.7%
Algo Bajo	38	25.4%
Zona de Peligro	2	1.3%
Felicitaciones	2	1.3%

Fuente: formulario de datos

Elaboración: Lilibeth Rodríguez, Mirian Pulgarin.

El tipo de estilo de vida predominante en la población de estudio es ADECUADO (37.3%), en lo que respecta a la escala de calificación, a pesar que estos resultados son positivos se observaron aspectos y hábitos dentro de los estilos de vida de los pacientes que deben ser mejorados para el control y tratamiento de la hipertensión arterial.



6. CAPITULO VI

DISCUSION

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica que si no se la controla a tiempo y si no se lleva un plan de tratamiento adecuado puede ser fatal, además que constituye una de las principales causas de muerte a nivel nacional e internacional. Un aspecto dentro del tratamiento de la hipertensión son los estilos de vida saludables (comer sano, hacer ejercicio físico, evitar hábitos tóxicos, dormir adecuadamente, evitar el estrés, conseguir el peso adecuado), es decir la manera en la que desarrollamos nuestras actividades diarias o nuestra vida de manera saludable, ya que estas actividades influyen en nuestra salud y por lo tanto en el control de esta enfermedad.(38)

El 74% de la población estudiada fue de sexo femenino, predomina el estado civil casado con el 46.7%, estos resultados son similares al estudio realizado en Colombia por Triviño, Uribe, Jerez y Ramírez, donde nos muestra que el sexo femenino (52.7%) fue el predominante, mientras que existe diferencias en cuanto al estado civil cuyos resultados mostraron que el grupo mayoritario fueron los de estado civil casado con un 52.4%. (65)

En la presente investigación se observó una prevalencia de pacientes con nivel de instrucción primaria representado por el 37.3%, constituyendo la mayoría, coincidiendo estos hallazgos con los del estudio realizado en la República de Paraguay titulado “Nivel de educación y su relación con la comprensión y aceptación de la Hipertensión Arterial (HTA) y la (DM) Diabetes Mellitus en pacientes del consultorio externo en el año 2007” en el que se encontró que el 78.4% de los pacientes eran de instrucción primaria.(19)

En lo que respecta al estado nutricional, la población de estudio presentó un porcentaje alto de sobrepeso, siendo este de 40%, el 32% presentan algún grado de obesidad y tan



solo el 28% presentan un peso normal, coincidiendo con los resultados de Pajuelo Ramírez y Sánchez en Perú, 2010 donde se concluye que hay prevalencia de sobrepeso y obesidad más que de bajo peso, así que el 32.6% tenían sobrepeso, y 14.2% eran obesos, presentando riesgos cardiovasculares entre ellos la hipertensión arterial.(20)

Estos resultados coinciden también con los del estudio DHS (Dallas Heart Study), realizado por el Colegio Americano de Cardiología, para demostrar la relación entre la obesidad y la Hipertensión arterial, en el cual se dio seguimiento a 903 pacientes durante una media de 7 años, se encontró los siguientes resultados en lo que respecta al estado nutricional el 60% con un IMC de 27.5 kg / m², y desarrollaron hipertensión incidente, en los análisis los participantes con un IMC más alto se asociaron significativamente con hipertensión arterial.(21)

El 51% de los pacientes hipertensos del presente estudio no realizan actividad física o son sedentarios. En Chile en el año 2017 en el estudio de Leiva Martínez, Celis Morales, se obtuvo como resultado que el 66.7% de la población no cumplía con la actividad física recomendada internacionalmente son sedentarios y por ende presentaron sobrepeso u obesidad debido al bajo gasto energético por falta de actividad física.(25)

De igual manera estos resultados coinciden o son similares a los de un estudio realizado en Manta, Ecuador por Lic. Ebson Mauricio Briones Arteaga, en los que aproximadamente el 90% de los participantes afirmaron no practicar actividad física en su vida diaria.(23)

En cuanto a la alimentación en nuestro estudio, se obtuvo que la población no consume azúcar o consumen en poca cantidad representado con un porcentaje del 81% y un consumo medio de frutas y verduras expresado por el 58.9%. Según un artículo de la



Organización Mundial de la Salud denominado “Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas” indica que la prevalencia de HTA, está relacionada a una dieta mal sana y una alta ingesta de sodio.(49)

En lo que respecta a la calidad del sueño el 53.3% de los participantes de la presente investigación presentó dificultades para dormir y obtener un descanso reparador, estos resultados coinciden con un estudio realizado en Cuba en 2008 por Gonzales Pérez, titulado “Trastornos del sueño asociados a la Hipertensión arterial”, en el cual se concluyó que aproximadamente el 81.07% de los pacientes hipertensos presentaban trastornos del sueño y consecuentemente elevación de las cifras de su presión arterial.(26)

El 58% de la población del presente estudio indican no poder manejar el estrés o la presencia de tensión en su vida diaria, estos resultados, coinciden en lo alto de sus cifras con los obtenidos en el estudio realizado en Cuba por Rodríguez San Pedro, titulado “Estrés y emociones negativas en adultos con Hipertensión arterial esencial”, en el cual una cifra del 90% de personas sufrían estrés y un 80% tenían vulnerabilidad al mismo problema, concluyendo que los pacientes hipertensos son los que mayor vulnerabilidad tiene al estrés y a situaciones depresivas.(28)

En nuestra población de estudio se encontró que el estilo de vida predominante según la escala de calificación de la encuesta aplicada, fue el adecuado con un 37.3%, por lo que la población tiene riesgo de caer en un mal estilo de vida si no se modifican aspectos como su estado nutricional y actividad física que como anteriormente se menciona sus estadísticas son bastante altas en cuanto a los malos hábitos alimenticios, el sobrepeso, la obesidad y el sedentarismo. Al comparar nuestros resultados con los de un estudio similar realizado en la ciudad de Cuenca por Diego

Barzallos cuyos resultados muestran que en el año 2017 el estilo de vida predominante fue el “bueno” representado con el 54,8% siguiéndole el “excelente” con un 24,1%.(29)

En nuestro estudio observamos que los estilos de vida inadecuados o bajos representan un 25.3% y los adecuados están representados por el 37.3%, comparando estos



UNIVERSIDAD DE CUENCA

resultados con los de una investigación realizada por Cáceres Plasencia en Lima-Perú en el año 2016, los resultados se asemejan ya que aproximadamente el 71% de los pacientes encuestados presentaba estilos de vida poco saludables o inadecuados y el 29% presentaron estilos de vida saludables(30).

En nuestro estudio acerca de los estilos de vida en las personas encuestadas, se obtuvo que los resultados mayoritarios correspondieron al 34.6% perteneciente al nivel “Adecuado” y el 34.6% al nivel de “Buen trabajo”. En un estudio similar realizado en Santa Marta, perteneciente a la República de Colombia, en el año 2014, nos muestra como resultados que del total de personas estudiadas, aproximadamente el 60% presentaban estilos de vida dentro de la “Zona de peligro” y que el 40% se ubicaban en el nivel “algo bajo” en conductas saludables, difiriendo estas cifras de las nuestras(31)

Este estudio muestra que el 37.3% de la población presentaban adecuados estilos de vida y el 34.7% estaban dentro del nivel de “Buen trabajo”, correspondientes a buenos estilos de vida o estilos de vida saludables, resultados que se asemejan a los de un estudio acerca de los estilos de vida, realizado en Bogotá, Colombia, titulado “evaluación de estilos de vida saludable en la facultad de medicina de la fundación universitaria de ciencias de la salud” en el que aproximadamente el 72% de las personas presentaron estilos de vida buenos o saludables.(32)



7. CAPITULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

En base a los objetivos planteados en la investigación realizada se llegó a las siguientes conclusiones:

- La población de estudio está representada usuarios principalmente de sexo femenino, nivel de instrucción primaria
- El estado nutricional con sobrepeso seguido de la obesidad
- Entre los estilos de vida saludables se observó que no tenían el hábito de fumar y de beber alcohol, bajo consumo de azúcar.
- Entre los estilos de vida no saludables están: incapacidad manejar el estrés, tienen tendencia a la depresión y tristeza, tienen dificultad para dormir bien.
- Según el instrumento “FANTASTIC”, la población tiene un estilo de vida “Adecuado”.

Recomendaciones

Tomando como base los resultados obtenidos en la presente investigación se realiza las siguientes recomendaciones:

- Realizar por parte del personal de salud intervenciones planificadas con el fin de valorar, diagnosticar oportunamente, ofrecer un tratamiento y vigilar sus resultados de forma continua. Esto con el fin de disminuir la prevalencia de morbilidad y mortalidad de las enfermedades crónicas.
- Educar periódicamente a la población acerca de estilos de vida saludables como el ejercicio físico moderado, evitar el sedentarismo, para prevenir el sobrepeso y la obesidad con el fin de evitar enfermedades como la hipertensión arterial.



- Concientizar a las personas sobre la importancia de mantener un peso adecuado, y de las consecuencias sobre la salud, en especial sobre la Hipertensión arterial, que tienen el sobrepeso y la obesidad.
- Fomentar principalmente en la población joven estilos de vida saludables con el fin de que al llegar a la vida adulta la persona goce de salud y bienestar.



BIBLIOGRAFÍA

1. Sanches E, Pinos Ortega J. Estilo de vida y salud [Internet]. Campus universitario de San Javier; 2009 [citado 10 de enero de 2018]. Disponible en: <https://files.zotero.net/13940814116/Trivi%C3%B1o%20et%20al.%20-%202009%20-%20A%20study%20of%20lifestyle%20and%20its%20relationship%20with%20ris.pdf>
2. Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf.
3. Organización Panamericana de la Salud. Guía atención integral hipertensión arterial [Internet]. Impresora Pacífico; 2009 [citado 28 de marzo de 2019]. Disponible en: https://www.paho.org/pan/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publications&alias=298-guia-de-atencion-integral-a-las-personas-con-hipertension-arterial&Itemid=224
4. Healthy Weight. Hábitos y Estilos de vida saludables. [Internet]. CDC; 2017. Disponible en: <http://www.fao.org/3/i3261s/i3261s10.pdf>
5. Armas de hernandez MJ, Armas Padilla MC, Hernández Hernández R. LA hipertención en Latinoamérica. marzo de 2006;1:10-7.
6. Salazar Lugo R, Nicolalde Saavedra J, Maldonado Novoa V, Santamaría Coronado M. Prevalencia de parámetros nutricionales, bioquímicos y estilos de vida en adultos con fenotipos cardiometabólicos de Imbabura, Ecuador. Nutr Clínica Dietética Hosp. 2016;36(3):153–161.



7. INEC, Freire et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, Ecuador [Internet]. Ensanut; 2011 [citado 29 de septiembre de 2018]. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/webinec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/Presentacion%20de%20los%20principales%20%20resultados%20ENSANUT.pdf
8. Benavides RO, Benavides AO, Villalobos M, Rojas J, Valdez MT, Cruz S, et al. Prevalencia de hipertensión arterial en individuos adultos de las parroquias urbanas de la ciudad de Cuenca, Ecuador. 2014;4(1):13.
9. Camacho Murillo DG. Situación actual de la hipertensión arterial en el Ecuador en relación con Latinoamérica. [Internet]. 2017 [citado 29 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/10878/1/CAMACHO%20MURILLO%20DIEGO%20GABRIEL.pdf>
10. Rivero Canto O, Martínez Rivero A, Muñoz Escobar E, María E. Hipertensión Arterial. Prevalencia y factores de riesgo en la población de un consultorio de Morón. 2018;7.
11. Pérez M, García Romagosa. Revista Cubana de Medicina - Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial. Rev Cuba Med [Internet]. [citado 3 de agosto de 2019]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232004000200007
12. Pramparo P, Boissonnet C, Schargrodsky H. Evaluación del riesgo cardiovascular en siete ciudades de Latinoamérica: las principales conclusiones del estudio CARMELA y de los subestudios. Rev Argent Cardiol. 2011;79:6.
13. Soca P, Sarmiento Y. Hipertensión arterial, un enemigo peligroso. 2009;3(20):9.



14. OMS. Información general sobre la Hipertension en el mundo. [Internet]. 2013 [citado 10 de agosto de 2018]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf;jsessionid=002AF9C9C781F060BF1F91E0914F297A?sequence=1
15. Jacoby E, Bull F, Neiman A. Cambios acelerados del estilo de vida obligan a fomentar la actividad física como prioridad en la Región de las Américas. Rev Panam Salud Pública [Internet]. octubre de 2003 [citado 10 de mayo de 2018];14(4). Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v14n4/18120.pdf>
16. Peña M. La nueva situación epidemiológica del Ecuador. Comunigraf SA. 2014;(32):101.
17. Balsells M. El estudio de Framingham. Neurosci Hist. 2016;4(1):43-6.
18. Guadiana GHG de. Guía de Hipertensión Arterial 2a ed. Capitel Editores; 2002. 356 p.
19. Galeano I. Nivel de educación y su relación con la comprensión y aceptación de la Hipertensión Arterial (HTA) y la (DM) Diabetes Mellitus en pacientes del consultorio externo de la Primera Cátedra de Clínica Médica (ICCM-HC) en el año 2007. An Fac Cienc Médicas. 17 de febrero de 2015;42(1):11-18-18.
20. Pajuelo Ramírez, Sánchez Abanto. Estado nutricional del adulto en relación al riesgo cardiovascular. [Internet]. Revistas Especializadas Peruanas s. a. c.; 2010 [citado 23 de mayo de 2019]. Disponible en: https://files.zotero.net/401651110/revista_spmi_2010_n3%20relacion%20del%20sobrepeso%20con%20la%20hta.pdf
21. Chandra A, Neeland IJ, Berry JD, Ayers CR, Rohatgi A, Das SR, et al. La relación entre masa corporal y distribución de grasa con hipertensión incidente. J Am Coll Cardiol. septiembre de 2014;64(10):997-1002.



22. Dr. Gerardo Aguilar y Dra. Rosa Gutiérrez SJ. El estudio CARMEN demuestra los beneficios de los carbohidratos en la prevención de la obesidad [Internet]. 2018 [citado 8 de junio de 2019]. Disponible en: <file:///C:/Users/adfan/Downloads/El%20estudio%20CARMEN.pdf>
23. Briones E. Ejercicios físicos en la prevención de hipertensión arterial. Medisan [Internet]. 2016 [citado 10 de diciembre de 2018]; Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v20n1/san06201.pdf>
24. de Luis Román D, Aller R, Bustamante J. Aspectos terapéuticos de la dieta en la hipertensión arterial. Nefrología. 1 de febrero de 2008;1(1):0.
25. Leiva AM, Martínez MA, Cristi-Montero C, Salas C, Ramírez-Campillo R, Díaz Martínez X, et al. El sedentarismo se asocia a un incremento de factores de riesgo cardiovascular y metabólicos independiente de los niveles de actividad física. Rev Médica Chile. abril de 2017;145(4):458-67.
26. Gonzales S, López N, Pérez J. Trastornos del sueño asociados a la hipertensión arterial. 2008;9.
27. Alvarez Muriel DM, Benavides Campos JL, Bueno Duque O, Cuadros Zuleta VP, Echeverry Piedrahita DR, Gomez Ibañez L, et al. Estrés e hipertensión. Arch Med Manizales. 30 de junio de 2006;10:13.
28. Pedro LRS, Hernández CA, González AMV, Pomares JA, Angulo LML. Estrés y emociones negativas en adultos medios con hipertensión arterial esencial Stress and Negative Emotions in Middle-aged Adults with Essential Hypertension. 2018;10.
29. Barzallo Zeas D. Trabajo de titulación previo a la obtención de título de Médico. julio de 2018;18.



30. Juana Marisol Cáceres Plasencia. Estilos de vida en pacientes del programa de hipertensión arterial del Hospital I Carlos Alcántara Butterfield [Internet]. 2016 [citado 24 de mayo de 2019]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/5250/Caceres_pj.pdf?sequence=1&isAllowed=y
31. Ferrel Ortega FR, Ortiz Gonzales AL, Forero Ortega LP, Herrera Ospino MI, Peña Serrano YP. Estilos de vida y factores sociodemográficos asociados en adolescentes escolarizados del distrito de Santa Marta, Colombia. Duazary. 29 de julio de 2014;11(2):105.
32. Mora SL, Múnera FA. Evaluacion de estilos de vida saludables en la facultad de medicina de la fundacion universitaria de ciencias de la salud. 2015;8.
33. Baez L, Blanco M, Gomez A, Roa N. Guias de hipertension arterial. febrero de 2007;3(1):139.
34. gpc_hta192019.pdf [Internet]. [citado 5 de julio de 2019]. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_hta192019.pdf
35. Esther S-G, Belén M-OM, Rigoberto F-M, Anaid GO, Gibran F-SR. Calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial. :6.
36. PESANTEZ JARA NADIA CAROLINA,, VELASCO MÉNDEZ ALBERTO DAVID. Hipertension arterial asociados a las cardiopatias. 2017.
37. Pescio S. Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial. Medwave [Internet]. 1 de febrero de 2001 [citado 5 de julio de 2019];1(02). Disponible en: </link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1908>
38. Sosa Rosado JM. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. :4.
39. Ceron C, Ceron C. Estilos de vida - OMS. Univ Salud. diciembre de 2012;16:115.



40. Arrijoja G. Estilo de vida en el paciente con hipertensión arterial. 2001;(1):108.
41. Mejía J, Gómez Peñaloza SA. Trayectoria de vida familiar y estilos de vida: hipertensión arterial y diabetes mellitus II. Rev Salud Pública. 1 de mayo de 2017;19(3):291-6.
42. Redondo-Sendino Á, Guallar-Castillón P, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Relación entre la red social y la hipertensión arterial en los ancianos españoles. Rev Esp Cardiol. 1 de noviembre de 2005;58(11):1294-301.
43. OMS. OMS | Actividad física [Internet]. WHO. [citado 5 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
44. Moraga Rojas C. Prescripción de ejercicio en pacientes con hipertensión arterial. Rev Costarric Cardiol. diciembre de 2008;10(1-2):19-23.
45. Rodríguez M. La actividad física en la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev. Las Sedes Reg. 2012;13(26):142-56.
46. OMS. OMS | Nutrición [Internet]. WHO. [citado 5 de julio de 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>
47. Esquivel V, Jiménez M. Aspectos nutricionales en la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev. Costarr. 2010;19(1):42-7.
48. Soto J. Tratamiento no farmacológico de la Hipertensión arterial. REV MED CLIN CONDES. 2018;1(29):61-8.
49. OMS, Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas: informe de una consulta mixta de expertos OMS/FAO. [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003 [citado 11 de mayo de 2018]. 152 p. Disponible en: https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_916_spa.pdf



50. Ortega RM, Jiménez Ortega AI, Perea Sánchez JM, Cuadrado Soto E, López Sobaler AM. Pautas nutricionales en prevención y control de la hipertensión arterial. *Nutr Hosp*. 12 de julio de 2016;4(33):53.58.
51. Frenk J, Tapia R, Velázquez O, Lara A, Tapia F. Guía técnica para capacitar al paciente hipertenso [Internet]. *Salud*; 2002 [citado 10 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7515.pdf>
52. OMS. OMS | La dependencia de sustancias es tratable, sostiene un informe de expertos en neurociencias [Internet]. WHO. [citado 5 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr18/es/>
53. Juárez R, Orlando A. Factores de riesgo para el consumo de tabaco en población adolescente. :6.
54. Núñez-Córdoba JM, Martínez-González MA, Bes-Rastrollo M, Toledo E, Beunza JJ. Consumo de alcohol e incidencia de hipertensión en una cohorte mediterránea: el estudio SUN. :9.
55. Ruiz-Sternberg ÁM. Automedicación y términos relacionados. :15.
56. Salazar J, Bello L, Toledo A, Gonzales L, Rojas J. Comportamiento epidemiológico de la automedicación y polifarmacia en individuos adultos del sector Dalia de Fernández, Municipio San Francisco. *Soc Venez Farmacol Clínica Ter Caracas Venezuela*. 2013;32(1):1-15.
57. ANMAT. Automedicación [Internet]. [citado 15 de mayo de 2019]. Disponible en: http://www.anmat.gov.ar/consumidores/indicaciones_hipertensos_diabeticos.pdf



58. SAHA. La automedicación y sus riesgos en pacientes con hipertensión [Internet]. Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial. [Citado 9 de julio de 2019]. Disponible en: <http://www.saha.org.ar/prensa/detalle/la-automedicacion-y-sus-riesgos-en-pacientes-con-hipertension>
59. Carrillo-Mora P, Ramírez-Peris J, Magaña-Vázquez K. Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. :11.
60. Torre-Bouscoulet L, Fernández-Plata R, Martínez-Briseño D, Pérez-Padilla R, Guzmán-Barragán A, García-Sancho MC. Los síntomas de sueño son predictores del número de comorbilidades. Estudio poblacional. Neumol Cir Torax. 2016; 75(3):6.
61. Betancourt MCP, Nande LMR. Working tension and arterial pressure. 2011;17(4):4.
62. Vega A. OM, Suárez R. J, Acosta G. S. Agencia de autocuidado en pacientes hipertensos del Hospital Erasmo Meoz. Rev Colomb Enferm. 23 de octubre de 2015;10(10):45.
63. Sosa Rosado JM. Actividad sexual y enfermedad cardiovascular. An Fac Med. 13 de marzo de 2013;73(4):331.
64. Llisterri Caro JL, Sánchez Sánchez F, Brotons Muntó F. Disfunción sexual en la hipertensión arterial. Hipertens Riesgo Vasc. 2005;22(2):59-72.
65. Triviño LP, Dosman VA, Uribe YL, Agredo RA, Jerez AM, Ramírez R. Un estudio del estilo de vida y su relación con los factores de riesgo para el síndrome metabólico en adultos de mediana edad. 2009;34:6.



ANEXOS

ANEXO 1 OFICIO A LA DIRECTORA DEL CENTRO DE SALUD N°1 DE AZOGUES.

Azogues, 28 enero de 2019

Medica

Jessica Rojas

DIRECTORA DEL CENTRO DE SALUD N°1 DE LA CIUDAD DE AZOGUES.

Presente.

De mis consideraciones:

Después de llegar con un caluroso y fraterno saludo me dirijo a usted en calidad de estudiante de Enfermería de la Universidad Estatal de Cuenca, en virtud de la realización de la tesis de grado, para solicitarle se me conceda el permiso correspondiente para realizar las encuestas correspondientes en los pacientes hipertensos, actividad que me ayudara en la realización de mi proyecto de investigación.

Por la favorable acogida que dará a la presente, anticipo mis agradecimientos.

Atentamente.

Mirian Janeth PulgarinSiavichay

Estudiante de Enfermería

JheimyLilibethRodriguezPillaga

Estudiante de Enfermería.



ANEXO 2 INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS.

UNIVERSIDAD DE CUENCA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS CARRERA DE ENFERMERIA ENCUESTA ACERCA DE LOS ESTILOS DE VIDA RELACIONADOS CON LA HIPERTENSION ARTERIAL, AZOGUES 2019. TEMA: Estilos de vida relacionados con la hipertensión arterial en pacientes de 40 a 60 años - Azogues 2019. OBJETIVO: Determinar los estilos de vida relacionados con la hipertensión arterial en pacientes de 40 a 60 años - Azogues 2019. El siguiente cuestionario tiene como objetivo evaluar las prácticas acerca de los estilos de vida relacionados con la hipertensión arterial, por favor lea atentamente cada ítem y conteste. Instructivo Marque con una (x) la respuesta que mejor describa su comportamiento.					
DATOS GENERALES.					
Edad					
Sexo					
Procedencia urbano() Rural()					
Instrucción			Ocupación: Jornalero agricultor () Trabajador público () No trabajo ()		
Estado civil					
Estado nutricional					
PESO (KG)		TALLA(m)		P. CINTURA	
			2	1	0
FAMILIA AMIGOS	Y	Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí.	Siempre	A veces	Casi nunca
		Doy y recibo cariño.	Siempre	A veces	Casi nunca
		Me cuesta decir buenos días, perdón, gracias o lo siento.	Casi nunca	A veces	Siempre
ASOCIATIVIDAD, ACTIVIDAD FÍSICA		Soy integrante activo de grupos de apoyo a la salud o sociales.	Siempre	A veces	Casi nunca
		Realizo actividad física por 30 min.	3 veces a la semana	2 veces a la semana	Rara vez o nunca
		Camino al menos 30 min diariamente.	3 veces a la semana	2 veces a la semana	Rara vez o nunca



NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN	Como dos porciones de frutas y tres de Verduras.	Siempre	A veces	Casi nunca
	A menudo consumo mucha azúcar.	Casi nunca	A veces	Siempre
	Estoy pasado de mi peso ideal.	Sobrepeso o hasta 4 Kg	Sobrepeso o hasta 8 Kg	Más de 8 kg
TABACO, DEPENDENCIA	Fumo cigarrillos.	No los últimos 5 años	No, el último año	Si, el último año
	Cigarrillos fumados por día.	Ninguno	De 1-10	Más de 10
	Uso excesivamente medicamentos sin prescripción médica o me automedico.	Rara vez o nunca	Algunas veces	Frecuente mente
ALCOHOL	Número promedio de tragos por día	Menos de 2 bebidas	2 bebidas	Más de 2 bebidas
	Bebo más de 4 tragos en una misma ocasión.	Casi nunca	A veces	Siempre
	Manejo el auto luego de beber alcohol.	Casi nunca	A veces	Siempre
SUEÑO	Duermo bien y me siento descansado.	Siempre	A veces	Casi nunca
	Me siento capaz de manejar el estrés o la tensión de mi vida.	Siempre	A veces	Casi nunca
	Me relajo y disfruto mi tiempo libre.	Siempre	A veces	Casi nunca
TRABAJO Y PERSONALIDAD	Parece que ando acelerado.	Casi nunca	A veces	Siempre
	Me siento enojado o agresivo.	Casi nunca	A veces	Siempre
	Me siento contento con mi trabajo y actividades.	Siempre	A veces	Casi nunca
INTROSPECCION	Soy un pensador positivo.	Siempre	A veces	Casi nunca



	Me siento tenso o abrumado.	Casi nunca	A veces	Siempre
	Me siento deprimido o triste.	Siempre	A veces	Casi nunca
CONTROL DE SALUD Y SEXUALIDAD	Me realizo controles de salud en forma periódica.	Siempre	A veces	Casi nunca
	Converso con mi pareja o familia aspectos de sexualidad.	Siempre	A veces	Casi nunca
	En mi conducta sexual me preocupo de autocuidado y del cuidado de mi pareja.	Siempre	A veces	Casi nunca
OTROS.	Como peatón, pasajero del transporte público sigo las reglas.	Siempre	A veces	Casi nunca
	Uso cinturón de seguridad.	Siempre	A veces	Casi nunca
	Tengo claro el objetivo de mi vida.	Siempre	A veces	Casi nunca



ANEXO 3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Características socio demográficas	Son el conjunto de características biológicas, socioeconómicas y culturales, que están presentes en una población que está sujeta a estudio.	Sexo	Fenotipo	Masculino - Femenino
		Procedencia	Zona geográfica	Urbano – rural
		Instrucción	Años de escolaridad	Primaria. - Secundaria Estudios superiores. Ninguna.
		Ocupación	Campos de trabajo en el que se desempeña	Agricultor, Jornalero Trabajador público. No trabaja
		Estado civil	Relación social – cedula de identidad	Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Unión libre.



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Estado nutricional	Son las características anatómicas y fisiológicas del individuo, relacionados con los parámetros normales, según la ingesta, la utilización y la excreción de nutrientes.	Índice de masa corporal	Peso / talla ²	Bajo peso <18.5kg/m ² Normal 18.5 - 24.99 kg/m ² Sobrepeso > 25 kg/m ² Obesidad > 30 kg/m ² Moderada 30 – 34.99 kg/m ² Severa 35 – 39.99 kg/m ² Muy severa >40 kg/m ²	
Estilos de vida	Forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales.	Interrelaciones	Ítem 1,2,3	-Casi nunca -A veces -Siempre	
		Nivel de actividad física	Ítem 4,5,6	-Casi nunca -A veces -Siempre	-3 veces a la semana -2 veces a la semana -Rara vez o nunca
		Hábitos de alimentación y variabilidad en el peso.	Ítem 7,8,9	-Casi nunca -A veces -Siempre	-Sobrepeso hasta 4 Kg -Sobrepeso hasta 8 Kg -Más de 8 Kg



UNIVERSIDAD DE CUENCA

		Consumo de drogas y automedicación	Tabaco	Ítem 10,11.	-No los últimos 5 años -No, el último año -Sí, el último año	-Ninguno -De 1-10 -Más de 10	
			Alcohol	Ítem 13, 14, 15	-Casi nunca -A veces -Siempre	Menos de 2 bebidas -2 bebidas -Más de 2 bebidas	
			Automedicación	Ítem 12	- Rara vez o nunca -Algunas veces Frecuente mente		
		Calidad del Sueño			Ítem 16,17,18	-Casi nunca -A veces -Siempre	
		Percepción del trabajo y personalidad			Ítem 19, 20, 21.	-Casi nunca -A veces -Siempre	



UNIVERSIDAD DE CUENCA

		Introspección	Ítem 22,23,24	-Casi nunca -A veces -Siempre
		Control de salud y conducta sexual	Ítem 25,26,27,	-Casi nunca -A veces -Siempre
		Otros hábitos o estilos de vida	Ítem 28,29,30	-Casi nunca -A veces -Siempre

**ANEXO 4 CONSENTIMIENTO INFORMADO****FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Título de la investigación: Estilos de vida relacionados con la Hipertensión arterial en pacientes de 40 a 60 años. Azogues, 2019

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Mirian Janeth Pulgarin Siavichay	0105721443	Escuela de Enfermería

¿De qué se trata este documento? (Realice una breve presentación y explique el contenido del consentimiento informado). Se incluye un ejemplo que puede modificar

Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en el centro de salud N° 1 de Azogues. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir. Si es necesario, lleve a la casa y lea este documento con sus familiares u otras personas que son de su confianza.

Introducción

Los estilos de vida saludables reducen la aparición de enfermedades como la hipertensión, además de evitar la aparición de complicaciones de esta patología que pueden llevar a la discapacidad o la muerte. Es importante recalcar que el cambio de estilo de vida en el paciente hipertenso ayuda a mejorar la calidad de vida del paciente en cuanto a su estado de salud y al estado de ánimo y percepción de la vida, permite reducir la carga farmacológica y con ello prevenir efectos secundarios que puedan provocar estos. Por tal motivo usted ha sido elegido para participar en esta invitación por pertenecer a este grupo de riesgo.

Objetivo del estudio

Esta investigación tiene por objeto conocer los estilos de vida relacionados con la hipertensión arterial en pacientes de 40 a 60 años de edad.

Descripción de los procedimientos

Para llevar a cabo la investigación se estudiara un total de 150 pacientes de 40 a 60 años de edad que acudan al Centro de Salud N° 1 de la ciudad de Azogues y que acepten participar voluntariamente, a los cuales se les aplicara un cuestionario de 30 preguntas de opción múltiple el cual llevara un tiempo de 15 20 minuto.

Riesgos y beneficios



Derechos de los participantes <i>(debe leerse todos los derechos a los participantes)</i>
Usted tiene derecho a: <ol style="list-style-type: none">1) Recibir la información del estudio de forma clara;2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;7) Derecho a reclamar una indemnización, en casode que ocurra algún daño debidamente comprobado por causadel estudio;8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;9) El respeto de su anonimato (confidencialidad);10) Que se respete su intimidad (privacidad);11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.
Manejo del material biológico recolectado <i>(si aplica)</i>
Describa cómo manejará los materiales biológicos que serán recogidos: origen del material, cantidad, donde serán almacenados y procesados, vida útil, y la eliminación del material. Utilice lenguaje sencillo. Si su proyecto de investigación no tiene ninguna colección de material biológico, quite este tema, no haga constar en este formulario.
Información de contacto
Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0990867503 que pertenece a <u>Mirian Pulgarin</u> o envíe un correo electrónico a jannethps02@hotmail.com
La investigación que se llevara a cabo puede generar riesgos psicológicos ya que los participantes pueden verse afectados debido a la invasión a su privacidad por lo cual el investigador utilizara un código para remplazar los datos del participante. La información obtenida será utilizada en beneficio de la comunidad, pues con este estudio se conseguirá identificar los estilos de vida relacionados a la hipertensión arterial en pacientes de 40 a 60 años.
Otras opciones si no participa en el estudio
La participación en este estudio es estrictamente voluntaria, usted está en libre elección de decidir participar en el estudio y contestar las preguntas sobre los estilos de vida en pacientes hipertensos.



Consentimiento informado *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieren el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

_____	_____	_____
Nombres completos del/a participante	Firma del/a participante	Fecha
_____	_____	_____
Nombres completos del testigo <i>(si aplica)</i>	Firma del testigo	Fecha
_____	_____	_____
Nombres completos del/a investigador/a	Firma del/a investigador/a	Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. José Ortiz Segarra, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: jose.ortiz@ucuenca.edu.ec



ANEXO 5 PLAN DE TRABAJO O CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tabla 21. Cronograma

Actividades	Distribución de actividades por meses											
	1				2				3			
Revisión bibliográfica	X	X	X	X								
Elaboración del marco teórico		X	X	X	X	X						
Recolección de datos				X	X	X	X	X				
Procesamiento y análisis de datos.								X	X	X		
Elaboración del informe final										X	X	
Entrega del informe final											X	X