

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

ESCUELA DE POSGRADO



UNIDAD DE POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS

DE LA SALUD

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS

TESIS:

**ESTILOS DE VIDA Y VIVENCIAS DE LOS ADULTOS MAYORES
CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL - CENTRO DE SALUD LAJAS-
CHOTA 2024.**

Para optar el Grado Académico de

MAESTRO EN CIENCIAS

MENCIÓN: SALUD PÚBLICA

Presentada por:

WILDER GAVIDIA HERRERA

Asesora:

Dra. CARMEN YRENE YUPANQUI VÁSQUEZ

Cajamarca, Perú


2026

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador:
Wilder Gavidía Herrera
DNI: 927266781
Escuela Profesional/Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud.
Programa de Maestría en Ciencias, Mención: Salud Pública
2. Asesora: Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez
3. Grado académico o título profesional
 Bachiller Título profesional Segunda especialidad
 Maestro Doctor
4. Tipo de Investigación:
 Tesis Trabajo de investigación Trabajo de suficiencia profesional Trabajo académico
5. Título de Trabajo de Investigación:
Estilos de vida y vivencias de los adultos mayores con hipertensión arterial – Centro de Salud Lajas – Chota 2024
6. Fecha de evaluación: **16/03/2026**
7. Software antiplagio: TURNITIN URKUND (OURIGINAL) (*)
8. Porcentaje de Informe de Similitud: **15%**
9. Código Documento: **3117:568195679**
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:
 APROBADO PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: **27/03/2026**

*Firma y/o Sello
Emisor Constancia*



Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez
DNI: 26663814

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

COPYRIGHT © 2026 by
WILDER GAVIDIA HERRERA
Todos los derechos reservados



PROGRAMA DE MAESTRÍA EN CIENCIAS


ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Siendo las *9 a.m.* horas, del día 10 de febrero de dos mil veintiséis, reunidos en el Auditorio de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, el Jurado Evaluador presidido por la **Dra. MARINA VIOLETA ESTRADA PÉREZ** como Directora de la Unidad de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado y Jurado, **Dra. MARÍA ELENA BARDALES URTEAGA**, **Dra. DOLORES EVANGELINA CHÁVEZ CABRERA** y en calidad de Asesora la Dra. **CARMEN YRENE YUPANQUI VÁSQUEZ**. Actuando de conformidad con el Reglamento Interno y el Reglamento de Tesis de Maestría de la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca, se dio inicio a la Sustentación de la Tesis titulada “**ESTILOS DE VIDA Y VIVENCIAS DE LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL – CENTRO DE SALUD LAJAS – CHOTA 2024.**” presentado por el **Bachiller en Enfermería WILDER GAVIDIA HERRERA**.

Realizada la exposición de la Tesis y absueltas las preguntas formuladas por el Jurado Evaluador, y luego de la deliberación, se acordó... *aprobada* con la calificación de *1.0 (Diciembre 11, 2025) Sobresaliente* mencionada Tesis; en tal virtud, el **Bachiller en Enfermería WILDER GAVIDIA HERRERA**, está apto para recibir en ceremonia especial el Diploma que la acredita como **MAESTRO EN CIENCIAS**, de la Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, con Mención en **SALUD PÚBLICA**.

Siendo las *10:30* horas del mismo día, se dio por concluido el acto.


.....
Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez
Asesora


.....
Dra. Marina Violeta Estrada Pérez
Directora de la Unidad de Ciencias de la Salud
Jurado Evaluador


.....
Dra. María Elena Bardales Urteaga

Jurado Evaluador


.....
Dra. Dolores Evangelina Chávez Cabrera

Jurado Evaluador

DEDICATORIA

A Dios, Todopoderoso que, con su infinita bondad y misericordia, me ha dado sabiduría, y por ser el camino que me guía para poder lograr mis metas y objetivos.

A mis padres por su apoyo incondicional económica y emocionalmente, quienes me enseñaron el honor, responsabilidad, servicio, amor al prójimo y la disciplina de la lucha constante para mejorar cada día y con su ejemplo y sacrificio han construido en mí una persona con calidad humana en la práctica de buenos valores.

WILDER

AGRADECIMIENTO

Agradecimiento infinito:

A Dios, por permitirme cumplir con una meta más en mi vida y lograr mis objetivos, además de brindarme su infinita bondad y amor.

A mi asesora Dra. Yrene Yupanqui Vásquez, quien con responsabilidad y mucho esmero dedico su valioso tiempo para ser realidad esta tesis.

A la Escuela de Post Grado de la Universidad Nacional de Cajamarca, y a cada uno de los docentes por sus enseñanzas, orientación, amistad y apoyo incondicional en todo momento de nuestra formación y desarrollo como futuros maestros.

A los adultos mayores que participaron en el estudio, quienes depositaron su confianza en mi persona y en el presente estudio, ya que, sin su colaboración no habría sido concretado este trabajo.

Saber envejecer es la mayor de las sabidurías y uno de los más difíciles capítulos del gran arte de vivir.

-Enrique Federico Amiel

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS	x
LISTA DE ABREVIATURAS	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	xiv
CAPÍTULO I	1
1.1.Planteamiento del problema	1
1.2.Formulación del problema	5
1.3.Pregunta orientadora	5
1.4.Justificación	5
1.5.Objetivos	6
CAPÍTULO II	7
MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes	7
2.2. Bases teóricas	10
2.3. Bases conceptuales	12
2.4. Bases legales	29
2.5.Definición de términos	30
2.6.Variables	30
2.7.Operacionalización de Variables	31
CAPÍTULO III	34
MARCO METODOLÓGICO	34
3.1. Área geográfica y ámbito de estudio	34
3.2. Método y diseño de investigación	34
3.3. Población y muestra	35
3.4. Criterios de inclusión y exclusión	37
3.5. Unidad de análisis	37
3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	37

3.7. Proceso de recolección de información	38
3.8. Validez y confiabilidad de los instrumentos	40
3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de los datos	41
3.10. Criterios éticos	42
CAPÍTULO IV	43
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	43
4.1. Análisis, interpretación y discusión de resultados	43
CAPÍTULO V	58
CONCLUSIONES	58
RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	69

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores con hipertensión arterial. Centro de Salud de Lajas - Chota 2024	43
Tabla 2: Estilos de vida en los adultos mayores con hipertensión arterial – Centro de Salud Lajas– Chota 2024	46
Tabla 3: Estilos de vida según las características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores con hipertensión arterial. Centro de Salud de Lajas - Chota 2024	51

LISTA DE ABREVIATURAS

CIAM:	Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor
DIRESA:	Dirección Regional de Salud
ENAHO:	Encuesta Nacional de Hogares
HTA:	Hipertensión Arterial
INEI:	Instituto Nacional de Estadística Informática
MINSA:	Ministerio de Salud
ONU:	Organización de las Naciones Unidas
OMS:	Organización Mundial de la Salud
PLANPAM:	Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo: determinar los estilos de vida y las vivencias de los adultos mayores con hipertensión arterial. Centro de Salud de Lajas - Chota 2024. Presentó un abordaje cuanti – cualitativo, en el aspecto cuantitativo la muestra estuvo constituida por 123 adultos mayores y para la parte cualitativa fue conformada por 8 participantes, para la recolección de la información se utilizó un cuestionario y una entrevista a profundidad. Los resultados fueron: 36,6 % de participantes oscila entre 60 a 69 años. Prevalece la presencia de hombres con 54,5%; el 49,6% son casados; predomina la religión católica con 82,1%. Sobre el grado de instrucción, 63,4% son analfabetos y 34,2% tiene primaria incompleta; el 44,7% vive con su esposo/a, 29,3% viven solos. El 74,8% padecen hipertensión arterial por más de 11 años. Por otro lado, el 61,8% toman un medicamento al día. En cuanto al estilo de vida el 38,2% de los adultos mayores tiene estilos de vida no saludables y 61,8%, estilos de vida saludables. Los estilos de vida no saludables se presentaron en mayor porcentaje en: adultos mayores de 80 años a más con un 75,6%; en mujeres 42,9%, en los adultos mayores viudos 73,7%, así como también en los participantes evangélicos 46,2%, también en 50% de los analfabetos, en 44,6% que padecen HTA por más de 11 años, así mismo en quienes toman más de dos medicamentos al día 40,4%. Las vivencias revelan que la hipertensión arterial ha repercutido en su vida diaria sobre todo en su alimentación, causando tristeza, los participantes revelan temor a las complicaciones irreversibles de la enfermedad.

Palabras Clave: estilos de vida, vivencias, adulto mayor

ABSTRACT

The objective of the research was to determine the lifestyles and experiences of older adults with arterial hypertension at the Lajas Health Center – Chota, 2024. A quantitative–qualitative approach was used. In the quantitative component, the sample consisted of 123 older adults, while the qualitative component included 8 participants. Data collection was carried out using a questionnaire and in-depth interviews. The results were 36.6% of the participants were between 60 and 69 years old. The male population predominated with 54.5%; 49.6% were married, and the Catholic religion was predominant with 82.1%. Regarding educational level, 63.4% were illiterate and 34.2% had incomplete primary education. In terms of living arrangements, 44.7% lived with their spouse, while 29.3% lived alone. A total of 74.8% had been suffering from arterial hypertension for more than 11 years, and 61.8% reported taking one medication per day. Regarding lifestyle, 38.2% of the older adults had unhealthy lifestyles, while 61.8% had healthy lifestyles. Unhealthy lifestyles were more prevalent among adults aged 80 years and older (75.6%), women (42.9%), widowed older adults (73.7%), Evangelical participants (46.2%), illiterate individuals (50%), those who had suffered from hypertension for more than 11 years (44.6%), and those who took more than two medications per day (40.4%). The experiences revealed that arterial hypertension has affected their daily lives, particularly their diet, causing feelings of sadness. Participants also expressed fear of the irreversible complications of the disease.

Keywords: lifestyles, experiences, elderly

INTRODUCCIÓN

La población mundial envejece; todos los países del mundo experimentan un aumento del número y la proporción de personas mayores. A nivel mundial, entre el 2020 y 2050 la población de 60 años y más se elevará de 900 millones a 1.400 millones de personas. Ello supone un incremento del 64% en tan solo 30 años, siendo el grupo de edad que más crece. En términos relativos, el porcentaje de la población de 60 años y más pasará del 12% en el 2020 al 22% en 2050. Aunque la situación de las regiones es marcadamente distinta, Europa es y seguirá siendo el continente más envejecido del mundo, en nuestra región el proceso de envejecimiento se produce de manera más rápida, pasando de 70 millones de personas mayores a 119 millones en el mismo período, lo que supone un aumento del 59% (1).

Así como la población adulta mayor está en constante crecimiento las enfermedades no transmisibles también están en incremento en este grupo etáreo tal es el caso de la hipertensión arterial, siendo un problema de salud pública puesto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere que esta enfermedad no trasmisible causa al menos 45% de las muertes por cardiopatías y 51% por enfermedad vascular cerebral; afecta desproporcionadamente a las poblaciones de bajos y medianos ingresos: casi 80% de las muertes de causa cardiovascular corresponden a países con estas características económicas y sociales. Además, constituye la cuarta causa como factor de riesgo de defunción y de años de vida saludable perdidos. Cabe mencionar que la presión arterial aumenta con la edad debido al proceso de envejecimiento, por incremento en la rigidez de las arterias, el remodelado vascular y por cambios en los mecanismos renales y hormonales, por tanto, se espera que se eleve la incidencia de hipertensión arterial en los adultos mayores (2).

De otro lado las vivencias de los adultos mayores hipertensos pueden variar de acuerdo al sexo, edad, grado de instrucción, grado de severidad de la enfermedad, las posibles complicaciones, el apoyo de la familia, e incluso la situación económica del enfermo, es decir cada persona vivencia la hipertensión arterial desde su particular percepción y contexto.

En la investigación titulada: Estilos de vida y vivencias de los Adultos Mayores con hipertensión arterial, busca que los resultados permitan conocer los estilos de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial, así mismo, el aspecto subjetivo del problema son las vivencias, desconocidas tanto por los familiares y el personal de salud. La contribución del estudio radica en la triangulación de métodos que permiten a los lectores y futuros investigadores abordar el problema de forma integral para así buscar soluciones que optimicen la calidad de vida de los adultos mayores que padecen de hipertensión arterial.

La tesis está estructurada en cinco capítulos como sigue:

El capítulo I, se considera el planteamiento del problema, en ella se explica el plano que sigue para la formulación del problema, pregunta orientadora, justificación, objetivo general y específicos.

En el capítulo II, incluye el marco teórico: los antecedentes de la investigación, las bases teóricas, conceptuales y legales, se aborda variables con su definición conceptual y operacional.

En el capítulo III, se presenta el marco metodológico de la investigación: área geográfica y ámbito de estudio, tipo, y diseño de investigación, población y muestra, criterios de inclusión y exclusión, técnicas e instrumentos de recolección de datos; procedimiento de recolección de datos, técnicas de procedimiento y análisis de datos.

El capítulo IV, se plasma los resultados de la investigación, donde se realiza la presentación de tablas, su interpretación análisis y discusión de resultados.

El capítulo V, se considera las conclusiones, recomendaciones y/o sugerencias.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

A nivel mundial en el año (2021), 761 millones de personas tenían más de 60 años, cifra que aumentará a 1 600 millones en el año 2050. Según las previsiones de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), este número se habrá duplicado a mediados de siglo, por lo que los derechos y el bienestar de las personas mayores deben ser prioritarios en los esfuerzos por lograr un futuro sostenible. El norte de África, Asia occidental y el África subsahariana están en vías de experimentar el crecimiento más rápido del número de personas mayores en los próximos 30 años. En la actualidad, Europa y Norteamérica juntas, tienen la mayor proporción de esta población (3).

En América Latina y el Caribe, de acuerdo a las estimaciones y proyecciones de las Naciones Unidas, en el 2023, las personas de 60 años y más representaron el 13,8% de la población total. Sin embargo, al final de la década del envejecimiento saludable, en el 2030, la población de 60 años y más en la región aumentará de 23 a 115 millones, lo que representará el 16,5% de la población total. Se proyecta, en particular, un fuerte crecimiento del grupo de personas de 80 años y más, del 2023 al 2030 se estima que existirá un aumento considerable en la región pasando de 12 a 16 millones de personas, dos tercios de las cuales serán mujeres (4).

En el Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) dio a conocer que, acorde con las proyecciones de población al año 2023, existen 4 millones 598,000 personas de 60 años y más, que representan el 13,6% de la población total del país. Según sexo, 52,4% son mujeres y el 47,6%, hombres. A escala nacional y de acuerdo con la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), el 32,7% de los hogares son conducidos por una persona adulta mayor. En cuanto al sexo, el 61,1% de estos hogares son dirigidos por hombres y el 38,9% por mujeres. Por grupo de edad, se aprecia que el 4%; 3,2%; 2,5%; 2,1%; tiene de 60 a 64, de 65 a 69, de 70 a 74, y de 80 años a más respectivamente (5).

En Cajamarca, a nivel de región, en el año 2019, este grupo poblacional estaba conformado por 160 mil 321 adultos mayores. Por ello, se busca visibilizar iniciativas y avances en beneficio de estas personas. Abordar la problemática de este grupo etáreo significa un desafío y no sólo en temas de salud, sino también en el desarrollo de servicios y ambientes más cercanos con los mayores. Contar con entornos físicos y sociales más amigables y reinventar las suposiciones que se tiene de la vejez para fomentar su participación y visibilidad en la sociedad (6). El distrito de Lajas para el 2024 contaba con aproximadamente 3200 adultos mayores distribuidos en el área rural y urbana según reporte del padrón nominal (7).

Uno de los grupos más vulnerables es el adulto mayor para padecer hipertensión arterial (HTA) la cual es considerada como un “enemigo silencioso” que genera un aumento de la presión arterial, lo que a su vez incrementa el riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, renales, etc. Entre los factores de riesgo más importantes se encuentran la edad, sexo, raza, ingesta excesiva de sal, tabaquismo y el sedentarismo. La hipertensión arterial en la mayoría de casos es asintomática, no obstante, existen algunas manifestaciones clínicas como la cefalea (8).

En las próximas décadas, el incremento de la población mayor de 60 años y la mayor prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en este grupo etáreo harán que este trastorno pueda ser considerado una «pandemia». Todo ello ha adquirido una particular relevancia en los últimos años, y también será así en los próximos periodos, dado que se está produciendo una serie de cambios demográficos, fundamentalmente en las sociedades industrializadas, que conllevan a un incremento muy importante de la población mayor de 60 años, con desmedro en su calidad y expectativa de vida (9).

A nivel mundial la hipertensión arterial sigue siendo una de las causas más importantes de discapacidades y fallecimientos. Se estima que alrededor de 1 130 millones de habitantes, de todas las edades, han sido afectados. El número de casos de personas con hipertensión están en aumento a nivel mundial, afectando más del 30% de la población adulta mayor y es el principal factor de riesgo para sufrir enfermedad cardiovascular y llegar a la muerte (10).

La hipertensión arterial (HTA) es reconocida como la principal causa de mortalidad prevenible. Afecta a más de 7000 millones de personas adultas mayores en el mundo, mayormente a aquellos de países de mediano y bajos ingresos. Para el 2021 la prevalencia agregada de hipertensión fue de 22,0%, ligeramente mayor en varones (24%) que en mujeres (23%). Estudios poblacionales en países de mediano y bajo ingreso han demostrado un incremento de la prevalencia de HTA en comparación a los países de alto ingreso, en donde existe una disminución sostenida (11). Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) del 2022, la prevalencia en seis países de América Latina (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Perú y Uruguay), alcanzó un 32,3%, siendo el 68 y 32% en áreas urbanas y rurales de estos países, respectivamente (12).

En el Perú la hipertensión arterial en el adulto mayor constituye la primera causa de consulta ambulatoria en el MINSA y ESSALUD, debido a que es la enfermedad crónica más frecuente en este grupo etario. Según los estudios TORNASOL I y II, la prevalencia es de 46,3% entre 60 a 69 años; 53,2% entre 70 a 79 años y de 56,3% en los mayores de 80 años (13). En cuanto a la distribución geográfica del país, la región con mayor prevalencia de hipertensión arterial fue la costa (24,4%), seguida de la sierra (18,7%) y la selva (17,2%). Sin embargo, la mayor prevalencia se reportó en las áreas urbanas del país, con un 17,2 % en comparación con el 11,9% en el área rural. En cambio, a nivel departamental, las mayores prevalencias se registraron en Lima (27,1%), Loreto (24,0%), y Tumbes (23,2%), mientras que los departamentos con menor prevalencia fueron Apurímac (12,9%), y Ucayali (9,4%) (12).

En Cajamarca la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles ha registrado un incremento significativo, de acuerdo a lo manifestado por el personal de la Dirección Regional de Salud – DIRESA Cajamarca en los talleres participativos realizados; la hipertensión arterial en los adultos mayores representó el 21,7% en el año 2020 (14). La magnitud del problema en los adultos mayores se extiende presentando complicaciones de su enfermedad que conllevan a hospitalización e incluso a la muerte.

El incremento de casos puede estar explicado por los estilos de vida no saludables que llevan los pacientes, por la falta de conocimiento representada por el consumo excesivo de sal, dietas malsanas, tabaco, alcoholismo, estrés y no practicar ejercicio. Por lo tanto, promover estilos de vida saludables es trascendental como profesionales de la salud para el control de esta enfermedad, en donde se debe priorizar las buenas prácticas alimenticias, la realización de ejercicios, educar a los adultos mayores, también incluir a la familia, y lograr que el adulto mayor lleve un mejor manejo de su enfermedad.

De otro lado, el distrito de Lajas está ubicado al oeste de la provincia de Chota, es una zona mayoritariamente rural, sus pobladores se dedican en su mayoría a la agricultura, ganadería y a la crianza de animales menores, las mujeres a labores de la casa; cuenta con un Centro de Salud, donde se atienden 139 adultos mayores con hipertensión arterial el año 2024. En este lugar no se han realizado estudios sobre estilos de vida y vivencias de los adultos mayores con hipertensión arterial, por lo que se torna importante e interesante investigar sobre este fenómeno.

Se desconoce las vivencias de los adultos mayores con hipertensión arterial, a través de la entrevista y de las actividades de triaje como el control de funciones vitales, peso y talla que se realiza cuando acuden al establecimiento de salud a solicitar atención médica, refieren su molestia al tomar medicamentos todos los días, por los cambios en su dieta al comer menos sal, comentan sobre su temor a las complicaciones de la enfermedad y por los signos y síntomas apremiantes como cefalea y edema de miembros inferiores. Es evidente la necesidad de estudiar el aspecto subjetivo de la enfermedad en los adultos mayores, al ser una zona nueva de investigación. Por tanto, realizar un estudio cuanti-cualitativo a través de la triangulación de métodos se torna importante e interesante para conocer el aspecto objetivo y subjetivo del fenómeno en estudio y así brindar una visión más integral de este problema de salud en esta población más vulnerable.

Cabe recalcar que la hipertensión arterial es una condición crónica frecuente en los adultos mayores de la zona de estudio; el investigador a través de su labor como enfermero en el contacto con este grupo etáreo ha podido observar temor y angustia durante el control de su presión arterial ya sea en su consulta mensual en el establecimiento de salud o durante la visita domiciliaria de seguimiento. El

hipertenso, así como la familia refiere cambios drásticos en su estilo de vida luego del diagnóstico, esta situación impacta en su calidad de vida, en su salud mental y en sus relaciones interpersonales con la familia y amigos.

1.2. Formulación del problema

¿Cuáles son los estilos de vida y características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores con hipertensión arterial, Centro de Salud Lajas-Chota 2024?

1.3. Pregunta orientadora

¿Cómo son las vivencias de los adultos mayores con hipertensión arterial que se atienden en el Centro de Salud Lajas-Chota 2024?

1.4. Justificación

La investigación se plantea en razón al escaso número de estudios cualitativos sobre el tema en la provincia de Chota y específicamente en el distrito de Lajas, por este motivo, se torna interesante al existir un vacío en el conocimiento sobre el estudio de este fenómeno social. Por tanto, esta investigación brindará evidencia científica a través de los resultados sobre los estilos de vida y vivencias de los adultos mayores con hipertensión arterial, para poder suministrar información actualizada en estudios posteriores que formulen actividades intervencionistas en base a los resultados recopilados en la presente investigación.

La investigación se enfoca en la hipertensión arterial; porque es un problema de salud pública a nivel mundial, latinoamericano, nacional y local; enfermedad que afecta a las personas sin distinción de raza y estatus social. Por lo que los profesionales de salud, tenemos mayor responsabilidad para aplazar o reducir las complicaciones que causa la hipertensión en los diferentes órganos del cuerpo humano los que alteran el equilibrio homeostático y ocasionar la muerte si no se detectan oportunamente.

La investigación se torna importante porque a partir de ello, las autoridades competentes puedan desarrollar estrategias y planes en base a los resultados que se obtengan, interviniendo de forma oportuna en la situación actual, beneficiando

directamente a esta población más vulnerable. Asimismo, la realización del estudio, es viable, porque se obtendrá datos directamente de los adultos mayores, de manera que no será perjudicial para su integridad debido a que no se realizará ningún tipo de experimento.

El presente estudio con abordaje cuanti-cualitativo pretende aportar información completa sobre el fenómeno en estudio abordando el aspecto objetivo y subjetivo para brindar una mirada integral a este problema de salud. Por tanto, esta investigación es una herramienta que aportará valiosos resultados para mejorar el trabajo y brindar un mejor cuidado y apoyo a los adultos mayores, desarrollando estrategias y actividades relacionadas a programas preventivos – promocionales, dirigidos a los estilos de vida saludable.

1.5. Objetivos

Objetivo general

- ✓ Determinar los estilos de vida y las vivencias de los adultos mayores con hipertensión arterial. Centro de Salud de Lajas - Chota 2024

Objetivos específicos

- a. Describir las características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores con hipertensión arterial. Centro de Salud de Lajas - Chota 2024.
- b. Identificar los estilos de vida en los adultos mayores con hipertensión arterial - Centro de Salud Lajas– Chota 2024.
- c. Describir los estilos de vida según las características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores con hipertensión arterial. Centro de Salud de Lajas - Chota 2024
- d. Develar las vivencias de los adultos mayores con hipertensión arterial Centro de Salud de Lajas – Chota 2024.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Antecedentes internacionales

Cachimuel E. (2019), en su estudio realizado en Ecuador, tuvo como objetivo determinar los estilos de vida en los pacientes hipertensos de 45 a 75 años. Es un estudio descriptivo, de corte transversal y con enfoque cuantitativo; la muestra estuvo constituida por 60 pacientes hipertensos de 45 a 75 años de edad. Los resultados obtenidos demostraron que hay un predominio del sexo femenino con un 58%, su principal ocupación son los que hacen labores domésticas con el 63%, el 62% son de etnia afrodescendiente y su edad se encuentra en un rango de 45 a 55 años con el 42%; los estilos de vida en estos pacientes no son saludables ya que no tienen una dieta equilibrada, el 65% de los pacientes no realizan ejercicio y permanecen más de tres horas frente al televisor, además sus hábitos de consumo de alcohol 78% y el 58% cigarrillo (15).

Alonzo M. et al. (2019), en su investigación llevada a cabo en Paraguay, tuvo como objetivo determinar los estilos de vida de los adultos mayores hipertensos del Centro del Adulto Mayor Renta Luque. La investigación usa el método descriptivo de tipo cuantitativo. La muestra se constituyó por 100 adultos mayores de ambos sexos con edades comprendidas entre los 60 y 80 años, con patología de base hipertensión arterial. Para conocer los estilos de vida se aplicó el cuestionario validado por expertos en metodología de investigación y especialistas médicos que consiste en 21 ítems de distintos criterios relacionados con el estilo de vida. Los resultados del estilo de vida en los adultos mayores hipertensos, muestran que el 87% presentan un estilo de vida poco saludable, 8% tienen un estilo de vida saludable y solo un 5% lleva un estilo de vida no saludable (16).

Padilla J. (2022), en su trabajo realizado en Ecuador, tuvo como objetivo determinar la influencia de los estilos de vida en los adultos mayores con hipertensión arterial del barrio Mariscal Sucre, Cantón la Libertad. Estudio observacional, no experimental, cuantitativo, descriptivo y transeccional con método deductivo, la muestra fue de 62 adultos mayores. Los resultados hallados

evidenciaron que el 79% tenían malos estilos de vida y el restante 21% tenían regulares estilos de vida que les impedía gozar de buena salud, esto debido a conductas afectadas como un 100% que nunca asistían a grupos sociales y 40% no siempre realizaban actividad física; en la nutrición 42% no siempre tenían dieta baja en azúcar/sal y 61% nunca controlaban su peso; en el alcohol 36% consumieron alcohol de 1 a 3 veces en los últimos 6 meses, en la presión arterial sistólica el 34% tenía hipertensión nivel 2 y 26% la tenían elevada; en la presión arterial diastólica el 42% tenían valores normales y 32% tenían hipertensión nivel 1 (17).

Antecedentes nacionales

Castillo Y. Cueva N. (2018), en su estudio llevado a cabo en Trujillo, tuvo como objetivo describir y analizar para develar las vivencias de los adultos mayores con hipertensión arterial. Estudio de tipo cualitativo – fenomenológico, Se desarrolló en el Hospital Pacasmayo – La Libertad, los sujetos participantes estuvieron constituidos por 8 adultos mayores. Para la recolección de datos se utilizó la entrevista, Los hallazgos muestran que la estructura de las vivencias de los adultos mayores está relacionada con la presencia de sentimientos negativos al enterarse de su enfermedad, pero con el transcurrir del tiempo logran vivenciar actitudes de aceptación de la misma, por lo cual poco a poco empiezan a sentir como muy importante cumplir con sus controles y tratamientos, vivenciando la importancia de llevar una alimentación balanceada y realizar ejercicio. La enfermedad constituyó un determinante esencial para el desencadenamiento de una diversidad de sentimientos y comportamientos que fueron modificándose con el transcurrir del tiempo (18).

Puican M. (2019), en su estudio realizado en Lima presenta como objetivo, determinar los estilos de vida en pacientes ancianos con hipertensión en el Centro de Salud de Surco. Material y método: estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. El tamaño de la muestra fue de 120 personas ancianas con hipertensión. Resultados: 60,8% tenía un estilo de vida no saludable y 39,2% un estilo saludable. En la dimensión nutricional, 59,2% presentó un estilo de vida no saludable y el 40,8% un estilo saludable. En la dimensión del ejercicio, 94,2% de los pacientes tenía un estilo de vida no saludable. En la dimensión de

responsabilidad en salud: 70% de los pacientes presentaban un estilo de vida no saludable. En la dimensión de manejo del estrés, 90% tenía un estilo no saludable. En la dimensión de apoyo interpersonal: 54,2% tiene un estilo de vida saludable. En la dimensión de la autorrealización, 60% tiene un estilo de vida saludable (19).

Suárez S. (2019), en su trabajo tuvo como objetivo, determinar el perfil de estilos de vida en el adulto mayor con hipertensión arterial que acuden al centro de salud público la Victoria - Lima, teniendo un tipo de investigación cuantitativo, descriptiva y un diseño no experimental, transversal; la población de estudio conformada por 66 adultos mayores de ambos sexos, se utilizó como técnica la entrevista; obteniendo como resultados según encuestas, el 56,1 % de adultos mayores no tienen un estilo de vida saludable y principalmente los varones, mientras que el 43,9% presenta un estilo de vida saludable (20).

Matta M. et al. (2021) en su estudio estableció como objetivo, determinar los estilos de vida saludable en los adultos mayores con hipertensión en la asociación Santa Rosa en el Distrito de Los Olivos en Lima. El tipo de investigación fue básica, descriptivo con diseño no experimental de corte transversal, se utilizó la encuesta para recolectar datos aplicando como instrumento el Cuestionario de estilos de vida de Nola Pender. En los resultados obtenidos se evidenció que 76% de adultos mayores con hipertensión llevaron un estilo de vida no saludable. Se concluyó que el estilo de vida saludable se encontró en menos de la tercera parte del total de adultos mayores con hipertensión en estudio (21).

Aguilar R. et al. (2021), en su investigación establecieron como objetivo, determinar los estilos de vida en pacientes con hipertensión arterial en el Centro Materno Infantil Manuel Barreto, San Juan de Miraflores - Lima. Materiales y métodos: el enfoque fue cuantitativo, diseño no experimental, transversal y descriptivo. La población estuvo conformada por los 102 pacientes hipertensos. Resultados: respecto al sexo 42,2% son del sexo femenino y el 57,8% son del sexo masculino, 59,8% tienen un estilo de vida algo bajo, 27,4% tienen estilo de vida adecuado, 10,8% tienen estilo de vida bueno, 1% tiene estilo de vida en peligro y el 1% tiene un estilo de vida muy bueno (22).

Antecedentes locales

Mejía D. (2022), en su estudio tuvo como objetivo, determinar la relación entre estilos de vida y la hipertensión arterial en adultos y adultos mayores en la Microred Patrona de Chota. El enfoque utilizado fue cuantitativo de diseño no experimental, correlacional, trabajado con una muestra no probabilística de 215 adultos de 40 a 59 años y 93 adultos mayores de 60 a más años. Los resultados muestran que: 69,8% tenían entre 40 a 59 años; 67% eran mujeres; 79,9% tenían como estado civil conviviente/casado(a); 90,3% eran católicos; 43,5% tienen grado de instrucción primaria completa y el 70,1% proceden de la zona rural. Respecto al estilo de vida en adultos mayores hipertensos el 89,7% tienen un estilo de vida no saludable y los no hipertensos en un 67,8 % presentaron un estilo de vida saludable. En cuanto a los adultos hipertensos 66,7% tienen un estilo de vida no saludable y los no hipertensos en un 84,4% estilo de vida saludable (23).

Pérez K. Castañeda L. (2024), en su investigación tuvo como objetivo comprender las vivencias de los adultos mayores con hipertensión arterial en la comunidad de Llangodén Bajo – Lajas, 2023. Estudio cualitativo, exploratorio, de diseño fenomenológico- hermenéutico. Se trabajó con 15 adultos mayores, los que respondieron de forma presencial a una entrevista guiada por un cuestionario de seis preguntas abiertas, que contó con validez de contenido. Donde se concluye que 10 adultos mayores con HTA, se encontraron predispuestos emocionalmente para afrontar de manera positiva la enfermedad, porque contaban con la compañía de su familia, quienes les brindan apoyo económico, psicológico y afectivo, no obstante, habían 5 adultos mayores que manifestaron vivencias desfavorables, por no contar con la presencia familiar, estar imposibilitados de solventar sus gastos, lo que les conllevó a una alimentación poco saludable, incumplimiento del tratamiento farmacológico indicado, deficiencias en el autocuidado, entre otros (24).

2.2. Bases teóricas

Modelo de promoción de la salud

Nola Pender, es un modelo a seguir del trabajo de enfermería orientada a interpretar las conductas que promueven la salud resaltando lo importante de practicar un estilo de vida saludable. La promoción de la salud está motivada por el deseo de

aumentar el bienestar y de actualizar el potencial humano. Por tanto, este modelo tiene como característica principal la prevención resaltando aquellas medidas preventivas que las personas realizan con el fin de evitar las enfermedades en general. De otro lado diversas investigaciones han confirmado la veracidad y eficacia de su modelo aplicado a varios estudios concernientes con el estilo de vida de los individuos, donde las personas consiguen tener un cuidado mejor con su salud ejecutando actividades saludables (25).

Pender en su teoría de promoción de la salud presenta aspectos importantes donde interfieren modificaciones de las conductas de los individuos, la actitud y motivación orientadas a promover su salud, afirma que existen procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos para que se comprometan con las conductas destinadas al fomento de la salud. Por ello su modelo teórico se basa en educar a la población sobre cómo cuidarse y vivir saludablemente, promoviendo estilos de vida saludables evitamos las enfermedades, sus complicaciones y las muertes. Su modelo son guía donde representan conductas positivas que los individuos adoptamos y si lo practicamos en nuestras vidas diarias mejoraremos, evitaremos riesgos que afecten la salud de las personas (25).

Teoría del Entorno

La teoría de Nightingale se centró en el entorno. El objetivo fundamental de su modelo es conservar la energía vital del paciente y partiendo de la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocarlo en las mejores condiciones posibles para que actuara sobre él. Ella nunca utilizó el término entorno en sus escritos, definió y describió con detalle los conceptos de ventilación, temperatura, iluminación, dieta, higiene y ruido, elementos del entorno que se han acabado conociendo como entorno en discusiones de su obra. Definió los conceptos con exactitud, no separó aspectos del entorno del paciente en aspectos físicos, emocionales o sociales. Cabe resaltar que incluyó el concepto de dieta en su teoría. Enseñó a las enfermeras a valorar no sólo la ingesta alimenticia, sino también el horario de las comidas y su efecto sobre el paciente. Creía que los pacientes con enfermedades crónicas corrían el peligro de morir de inanición involuntariamente y que las enfermeras debían saber satisfacer las necesidades nutricionales de sus pacientes (25).

2.3. Bases conceptuales

2.3.1. Estilos de vida

El estilo de vida es el conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal (26).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1986 el estilo de vida 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”(26).

Los estilos de vida son un modo de concebir la realidad y proyectarse en la vida. En general, se entiende el estilo de vida como la forma de vida de las personas o de los grupos. En lo que no todos coinciden es si estos patrones conductuales son elegidos voluntaria o involuntariamente por los individuos. Sin embargo, la orientación psicosocial entiende la elección como involuntaria en cierta medida, reconociendo la influencia de las variables psicosociales en la adquisición y mantenimiento del estilo de vida, toda vez que se aprenden a lo largo del proceso de socialización del individuo y una vez adquiridos son difíciles de modificar (27).

Los estilos de vida de los adultos mayores son los hábitos aprendidos desde jóvenes y que se mantienen a lo largo de la vejez, pueden ser influenciadas por factores socioeconómicos y culturales y determinan los cambios que tienen: fisiológicos, morfológicos, bioquímicos, funcionales y psicológicos, éstos tienen un impacto no sólo en la salud del adulto mayor sino también social y económico. A medida que envejecemos, nuestras experiencias pasadas y los hábitos adquiridos durante nuestra juventud influyen significativamente en nuestra calidad de vida (28).

A. Estilos de vida saludables

El estilo de vida saludable es un proceso social que involucra una serie de tradiciones, hábitos y conductas de los individuos y grupos, que conllevan a la satisfacción de necesidades humanas para alcanzar el bienestar y una vida más satisfactoria. Así mismo, los estilos de vida saludable son todas aquellas conductas

que tenemos asumidas como propias en nuestra vida cotidiana y que inciden positivamente en nuestro bienestar físico, mental y social. Dichos hábitos son principalmente la alimentación, el descanso y la práctica de la actividad física correctamente planificada (29).

a. Dimensiones de los estilos de vida saludable

- ❖ **Estilo de vida biológico:** a través del cual la persona desenvuelve su vida en base a necesidades básicas como la alimentación, actividad física, descanso y sueño (30).

-Alimentación saludable: la OMS recomienda una dieta de modo que contenga un 12% de proteínas donde las dos terceras partes serían de origen animal y un tercio vegetal, un 30 a 35% de grasas no sobrepasando el 10% en saturados y hasta un 15 a 18% de mono insaturados. Los hidratos de carbono fundamentalmente complejos deben aportar más del 50% del total de energía y por debajo del 8 al 10% de azúcares refinados. También recomienda por lo menos consumir tres comidas durante el día, controlar la cantidad de sal y evitar el alcohol, un buen patrón alimenticio, se refleja en una dieta equilibrada o balanceada es decir aquella que contenga todos los nutrientes predominando carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales y proteínas, por ser esenciales para nuestro organismo un patrón alimentario regular se caracteriza por que en la dieta prevalece más los carbohidratos, vitaminas y minerales; y un patrón alimenticio malo es cuando en la dieta impera los carbohidratos y lípidos (30).

-Proteínas: los requerimientos proteicos se justifican por el aumento de masas muscular, aumento de masa ósea. Las proteínas deben aportar entre el 12 a 15% de la energía total de la dieta. La calidad de proteínas depende del contenido de aminoácidos esenciales. Un alimento es considerado de alto valor biológico cuando contiene todos los aminoácidos esenciales, como la leche, el huevo. También son buenas fuentes de proteínas las carnes, pescados y en general las proteínas de origen animal (30).

-Carbohidratos: la función principal es proveer energía, principalmente al cerebro y el sistema nervioso. Los carbohidratos deben aportar entre el 50 a 60% de la energía total de la dieta (30).

-Vitaminas: estas se encuentran principalmente en frutas y verduras. Son necesarias para proteger la salud y prevenir enfermedades cardiovasculares y el cáncer. También contienen fibras, que favorece la digestión, baja el colesterol y el azúcar en la sangre. Su consumo debe ser de forma diaria: 3 frutas de diferente variedad (desayuno, almuerzo, cena, 1 en cada horario) (30).

-Minerales: se encuentran principalmente en frutas, verduras, carnes, menestras. La falta de minerales puede ocasionar calambres, alteraciones del ritmo cardíaco, irritabilidad nerviosa, lesiones en la piel, etc. Una dieta equilibrada debe contener todos los grupos de alimentos y las cantidades suficientes de nutrientes para que el organismo pueda realizar todas sus funciones (reguladoras, plásticas y energéticas) (30).

-Descanso y Sueño: el sueño es el periodo de descanso para el cuerpo y la mente, durante el cual la voluntad y la conciencia están inhibidas de forma parcial o total y las funciones corporales parcialmente suspendidas. Las personas deben descansar un promedio de siete a ocho horas diarias (30).

-Actividad física: nuestro cuerpo es una máquina diseñada para el movimiento. Al contrario de lo que ocurre con cualquier aparato construido por el hombre, en nuestro organismo la inactividad produce mayor desgaste que el ejercicio. Está comprobado que las personas que realizan 30 minutos diarios de ejercicio físico de intensidad moderada cada día durante todos los días de la semana proporcionan beneficios de salud importante. Tienen menos riesgo de infarto y de enfermedades circulatorias. El ejercicio combate la hipertensión arterial, evita la obesidad y mantiene en buena forma todo el organismo (30).

❖ **Estilo de vida psicológico:** la dimensión psicológica abarca las emociones y el intelecto; existe una necesidad de dar y recibir afecto, compartir emociones, eliminar tensiones ya sean tristes o de estrés, tener confianza en sí mismo, encontrar un lugar en el mundo, ósea ubicarte y tomar decisiones por tu parte para llevar una vida plena de buenos caminos para ti y otros (30).

-Estado emocional: la auto confianza, la estabilidad emocional, la fortaleza, la afectividad positiva y la autoestima pueden condicionar los niveles de bienestar en cualquier etapa del ciclo vital. Las emociones se encuentran presentes a lo largo de nuestra vida, nos sentimos a gusto con un amigo o un ser querido cuando salimos a pasear o a visitarlos con el fin de pasarlo bien, nos enfadamos cuando las cosas no nos salen bien y nos alegramos cuando tenemos éxito en lo que nos hemos propuesto (30).

-Manejo del estrés: el manejo del estrés se refiere al esfuerzo que hace el adulto mayor por controlar y reducir la tensión que surge cuando la situación es considerada difícil o inmanejable, mediante acciones coordinadas sencillas o complejas para sobrellevar la presión, las emergencias o el estrés. El estrés es la respuesta del cuerpo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de la persona. El resultado fisiológico de este proceso es un deseo de huir de la situación que lo provoca o confrontarla violentamente (30).

❖ **Estilo de vida social:** es el conjunto de relaciones sociales que se da en un hábitat. La vida humana está influenciada por relaciones sociales que pueden favorecer o entorpecer la calidad de vida de las personas en las distintas áreas de su desarrollo. Una historia de aprendizaje rica en relaciones socialmente funcionales, aumenta la probabilidad de un desarrollo integral armónico y saludable que está conformado por actividades y prácticas libremente elegidas, según la preferencia de cada individuo cuya finalidad sea el descanso, la diversión, la creación o el desarrollo del sujeto. Contrario a estas conductas sanas como el aburrimiento y la falta de creatividad para organizar el tiempo libre de

forma sana comunitaria y humanizadora se alcanzan conductas adictivas relacionadas con el alcoholismo, consumo de tabaco y otros (30).

-Tiempo Libre: es aquel tiempo que está conformado por las actividades y prácticas libremente elegidas según las preferencias de cada individuo; un tiempo caracterizado por la libre elección y realización de actividades que satisfagan necesidades personales; y un tiempo cuya finalidad sea el descanso, la diversión, la recreación o el desarrollo del sujeto (30).

-Consumo de tabaco: una de las principales causas prevenibles de muerte en el mundo. El hábito de fumar cigarrillos a menudo lleva al uso de otras drogas más fuertes y se asocia con determinados problemas de salud, tales como cánceres de pulmón, boca, vejiga y garganta, enfermedades cardíacas y pulmonares. Fumar viene asociado a placer y vínculo social se revela con la asociación del hábito a determinados momentos y lugares: fiestas, después de la comida, entre otros (30).

-Consumo de alcohol: es un hábito, forma parte de los llamados estilos de vida, estando ampliamente extendido y culturalmente aceptado en la mayoría de los países occidentales. Por tanto, no es sólo un comportamiento individual, sino que se encuentra fuertemente influenciado por normas sociales y por el contexto socioeconómico y cultural en el que vivimos. Cambios en estos contextos se acompañan de cambios en el uso/abuso de alcohol. Son numerosos los problemas de salud relacionados con el consumo de licor, existe una relación dosis respuesta entre el consumo de alcohol y la frecuencia y gravedad de numerosas enfermedades. A mayores niveles de consumo de alcohol corresponden tasas de mortalidad y morbilidad más elevadas (30).

-Salud con responsabilidad: la responsabilidad es la clave del éxito en el estilo de vida, implica reconocer que el sujeto, y solo él, controla su vida; es el único que puede tomar decisiones sobre su estilo de vida y de él depende si fomenta o no su propia salud. (30).

B. Estilos de vida no saludables

a. Tabaquismo

Se ha definido como la principal causa evitable de mortalidad, Además provoca lesiones orgánicas al fumador activo y pasivo que se asocia con algunas enfermedades comunes y muy frecuentes en la comunidad, como son, las enfermedades respiratorias crónicas: Enfisema pulmonar, la bronquitis crónica, los problemas circulatorios, el cáncer y otros (23).

Las siguientes son consecuencias del tabaco o cigarro para la salud en fumadores:

- ✓ Existe un incremento de la osteoporosis y en las fracturas de hueso.
- ✓ Corren mayor riesgo de degeneración y de prolapso en la región lumbar.
- ✓ La cicatrización de las heridas tras intervenciones quirúrgicas es más lenta.
- ✓ Padecen en mayor índice de infecciones postoperatorias.
- ✓ Hay descenso de la fertilidad y una menor calidad del semen.
- ✓ La elasticidad de la piel parece reducirse dando lugar a cambios característicos en el rostro de estas personas.
- ✓ El cigarro provoca tinciones en los dientes.
- ✓ Se ven tinciones en las restauraciones y prótesis.
- ✓ Se observa un aumento de las arrugas de la cara (31).

b. Estrés

El estrés es un síndrome inespecífico constituido por cambios inespecíficos del organismo inducido por las demandas que se le hacen. Es inevitable experimentar cierto grado de estrés en la vida y en las ocasiones apropiadas resulta benéfica, no obstante, demasiado estrés es peligroso para la salud en general, ya que se alteran en forma prolongada y perjudicial las funciones de muchos sistemas del organismo (23).

c. El alcoholismo

Constituye otro factor de riesgo vinculado al estilo de vida y a las condiciones de vida de las personas. El alcohol es veneno hepático que directamente causa la muerte o daño a las células del hígado. Este daño causa mayor estrés y aumenta la necesidad de esta sustancia. El alcohol constituye una droga que tiene acción depresora del sistema nervioso central, que provoca dependencia y síndrome de abstinencia (31).

d. Los malos hábitos alimentarios

Los malos hábitos alimentarios favorecen el desarrollo de trastornos endocrinos-metabólicos y el de algunas enfermedades; Entre estos malos hábitos se citan: La falta de horarios fijos para la alimentación, el exceso de sal, grasa y azúcar en la dieta, y la dieta a base de carbohidratos (23).

En una persona adulta esto es fundamental para llevar una vida sana, y más aún en una persona de mayor edad. Se debe cuidar de manera habitual el consumo de algún tipo de sustancias como la sal y el azúcar; es vital adoptar una postura positiva, buscar soluciones que aporten sabor a los platos, evitando su uso.

e. El sedentarismo

El estilo de vida sedentario, que tantas complicaciones de salud causa durante toda la vida. El sedentarismo se relaciona con la reducción de la esperanza de vida y la pérdida del validismo, al influir en el desarrollo de enfermedades del aparato locomotor y de sostén. Entre estas tenemos:

- ✓ La cardiopatía.
- ✓ Enfermedades cerebro vasculares.
- ✓ Obesidad.
- ✓ Diabetes mellitus.
- ✓ Hipertensión arterial.
- ✓ Artritis, artrosis y dolores lumbares (31).

2.3.2. Hipertensión arterial

Según la OMS, define a la hipertensión, como presión arterial alta o elevada, afección en la que los vasos sanguíneos tienen una presión elevada persistentemente. La sangre se transporta desde el corazón a todas las partes del cuerpo en los vasos. Cada vez que el corazón late, bombea sangre a los vasos. La presión arterial se crea por la fuerza de la sangre que empuja contra las paredes de los vasos sanguíneos (arterias) mientras es bombeada por el corazón. Cuanto mayor es la presión, más fuerte tiene que bombear el corazón (32).

El Colegio Americano de Cardiología/Asociación Americana del Corazón sugirió en 2017 las siguientes definiciones y sistema de estadificación, que se basan en la medición adecuada de la presión arterial, la técnica de medición adecuada, que se detalla a continuación, es de suma importancia al identificar a los pacientes que tienen hipertensión (33).

- ✓ Presión arterial normal: sistólica <120 mmHg y diastólica <80 mmHg
- ✓ Presión arterial elevada: sistólica de 120 a 129 mmHg y diastólica <80 mmHg
- ✓ Hipertensión:
 - Etapa 1: sistólica de 130 a 139 mmHg o diastólica de 80 a 89 mmHg
 - Etapa 2: sistólica de al menos 140 mmHg o diastólica de al menos 90 mmHg (33).

A. Patogenia

El mantenimiento de la presión arterial es necesario para la perfusión de órganos. En general, la presión arterial se determina mediante la siguiente ecuación: presión arterial (PA) = Gasto cardíaco (CO) x Resistencia vascular sistémica (RVS) (34). La presión arterial reacciona a los cambios en el entorno para mantener la perfusión de los órganos en una amplia variedad de condiciones. Los principales factores que determinan la presión arterial son el sistema nervioso simpático, el sistema renina-angiotensina-aldosterona y el volumen plasmático (mediado en gran medida por los riñones) (34).

B. Factores de riesgo de la hipertensión primaria (esencial)

Aunque la etiología exacta de la hipertensión primaria sigue sin estar clara, una serie de factores de riesgo están asociados fuerte e independientemente con su desarrollo, entre ellos:

Factores no modificables

- ✓ **Edad y sexo:** se ha encontrado relación directamente proporcional entre el aumento de la edad del individuo y la frecuencia de aparición de las enfermedades cardiovasculares. Cuatro de cada cinco pacientes que fallecen por enfermedad cardiovascular son mayores de 65 años. El mecanismo básico por el que la presión arterial aumenta conforme la edad lo hace, es por la pérdida de la distensibilidad y la elasticidad de las arterias, principalmente en las personas mayores de 50 años y edad mayor de 60 años (59%) (35).

Se ha demostrado que la aterosclerosis a menudo se inicia a una edad temprana. En algunos estudios se han demostrado la presencia de estrías grasas en pacientes muy jóvenes, y puede tardar 20-40 años en producir un bloqueo suficiente como para producir un infarto. Cuanto más joven sea el paciente a quien se le diagnostique hipertensión arterial mayor es la reducción de vida si se deja sin tratamiento. Los hombres tienen un mayor riesgo de sufrir HTA que las mujeres, después de la menopausia el riesgo se iguala en ambos sexos (35).

- ✓ **Raza:** estudios longitudinales han demostrado que la raza negra es la de mayor incidencia, pero actualmente por los cambios en el ritmo de vida y la no modificación de los factores de riesgo está aumentando la incidencia en las demás etnias (35).
- ✓ **Herencia:** si uno de los padres tiene hipertensión arterial existe aproximadamente el 25 % de probabilidad de desarrollar la enfermedad en alguna etapa de la vida. Si tanto la madre como el padre tienen la presión alta, se tiene el 60 % de probabilidades de desarrollarla (35).

Factores modificables

Son aquellos factores asociados al estilo de vida y pueden ser susceptibles de ser controlados y/o modificados por comportamientos saludables. Dentro de estos factores se destacan:

- ✓ **Consumo de grasas:** en los países industrializados en donde las dietas son ricas en productos con elevadas cantidades de hidratos de carbonos simples, grasa de origen animal y sal en exceso, a la vez que pobres en frutas y verduras frescas. Consumir demasiada grasa, especialmente las grasas sobresaturadas elevan los niveles de colesterol en sangre, las grasas saturadas se encuentran principalmente en los alimentos de origen animal como: carne, leche entera, quesos y mantequilla, limitar el consumo de margarina, aderezos, carnes rojas, de pollo y pescado a 6 onzas diarias y aumentar el consumo de fibra alimenticia ayuda a reducir el colesterol (35).
- ✓ **Ingesta de sodio:** un elevado consumo de sal contribuiría al aumento de la TA relacionado con la edad. El consumo recomendado de la OMS que se establece entre 5gr. y 6gr. por persona y día (35).
- ✓ **Exceso de peso:** estudios de Ávila et al (2010) relatan que el exceso de peso se asocia con mayor predominio a la hipertensión arterial desde edades jóvenes, y que, en la vida adulta, incluso entre individuos no sedentarios, un incremento de 2,4kg/m² en el índice de masa corporal resulta en mayor riesgo de desarrollar la hipertensión (36).
- ✓ **Sedentarismo:** en cuanto al sedentarismo, Ávila et al (2010) refieren que la actividad física reduce la incidencia de hipertensión arterial sistólica en individuos pre hipertensos además de reducir la mortalidad y los riesgos de desarrollar enfermedades cardiovasculares. Las actividades físicas reducen la mortalidad por problemas cardiovasculares, independientemente de la presión arterial y de otros factores de riesgo, existiendo fuertes evidencias de que la actividad física disminuye la presión sanguínea, prediciendo un envejecimiento saludable (36).

- ✓ **Ingestión de alcohol:** para Ávila et al (2010) la ingestión prolongada de alcohol puede, además de aumentar la presión sanguínea, aumentar la mortalidad cardiovascular en general (36).
- ✓ **Tabaquismo:** Costa et al. (2009), refiere que el tabaquismo es la mayor causa de mortalidad por problemas cardiovasculares del mundo, aunque el cese del hábito de fumar no disminuya los niveles de presión arterial, el abandono es la medida más efectiva para la reducción de los riesgos de problemas cardiovasculares (36).

C. Cuadro clínico

- ✓ Náuseas y vómito
- ✓ Dolor de cabeza
- ✓ Sensación de calor
- ✓ Falta de aire
- ✓ Sangrado de nariz
- ✓ Enrojecimiento de la cara
- ✓ Derrames en los ojos
- ✓ Visión doble
- ✓ Dolor en la nuca
- ✓ Sudoración profusa
- ✓ Desmayos (37).

D. Diagnóstico

El diagnóstico de la hipertensión casi nunca es directo. El diagnóstico se realiza en base a las cifras de tensión arterial tomadas con un esfigmomanómetro. Se mide tanto la presión arterial sistólica o máxima, como la presión arterial diastólica o mínima (37).

El diagnóstico tiene como propósito principal:

- ✓ Confirmar la elevación crónica de la presión arterial y su nivel.
- ✓ Excluir causas secundarias y/o potencialmente curables de HTA.
- ✓ Determinar la presencia de daño en órgano blanco y cuantificar su magnitud.

- ✓ Buscar otros factores de riesgo cardiovascular y condiciones clínicas asociadas (38).

E. Clasificación de la Hipertensión según el daño orgánico

Estadio I: sin signos objetivos de cambios orgánicos

Estadio II: al menos uno de los siguientes signos orgánicos se hace presente:

- ✓ Hipertrofia ventricular izquierda (radiografía, electrocardiografía, ecocardiografía)
- ✓ Estrechamiento de las arterias retinianas en formas generalizada y focal (fondo de ojo).
- ✓ Proteinuria y/o leve elevación de la concentración plasmática de creatinina: 1,2 a 2 mg/dl.
- ✓ Evidencia de placa ateromatosa por medio de ultrasonido o radiología: arterias carótidas, aorta, iliacas femorales.

Estadio III: aparición de signos y síntomas como resultados de daño orgánico:

- ✓ Corazón: angina de pecho; infarto agudo al miocardio; insuficiencia cardiaca.
- ✓ Cerebro: isquemia cerebral transitoria; accidente cerebro vascular; encefalopatía hipertensiva.
- ✓ Fondo de ojo: hemorragia y exudados retinianos con o sin papiledema.
- ✓ Riñón: concentración plasmática de creatinina por encima de 2 mg/dl; insuficiencia renal.
- ✓ Vasos: aneurisma disecante; enfermedad oclusiva arterial sintomática (39).

F. Tratamiento

- ✓ **Tratamiento no farmacológico.**

El primer paso en el tratamiento, una vez confirmado el diagnóstico de HTA, será la adopción de medidas no farmacológicas. Está establecido que

la adopción de cambios en el estilo de vida puede reducir las cifras de tensión arterial sistólica y diastólica entre 8 y 10 mmHg. La eficacia de algunas medidas está suficientemente contrastada por estudios bien controlados, mientras que otras no están bien demostradas (37).

✓ **Tratamiento farmacológico**

El objetivo del tratamiento es reducir la tensión arterial para que las patologías relacionadas con esta enfermedad no se presenten, o tarden el mayor tiempo posible en hacerlo. El primer paso en el tratamiento al paciente hipertenso es el tratamiento no farmacológico, ya que el cambio en los hábitos dietéticos y de ejercicio pueden por si mismos volver las cifras de la presión arterial a la normalidad (37).

Cuando las medidas no farmacológicas no han conseguido bajar las cifras de tensión arterial puede ser necesario comenzar con un tratamiento farmacológico que incluye los diuréticos, que facilitan la excreción renal de agua y sal reduciendo el trabajo que el corazón debe realizar para bombear la sangre; los betabloqueantes, que reducen el tono cardíaco y favorecen la vasodilatación arterial; los antagonistas de los canales del calcio, que facilitan la vasodilatación arterial y coronaria; y otros como los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA), los estimuladores de los receptores alfa centrales y los bloqueantes alfaadrenérgicos. En ocasiones se pueden administran estos fármacos combinados (37).

G. Prevención

Prevención primaria

Comprende las actividades dirigidas a evitar la aparición del factor de riesgo (HTA). Actualmente las estrategias más aceptadas como prevención primaria son las siguientes:

- ✓ Disminuir el aporte calórico de la dieta, aumentando la riqueza de la fibra.

- ✓ Favorecer y fomentar el ejercicio físico de carácter aeróbico moderado, adaptado a las posibilidades de cada individuo.
- ✓ Evitar las dietas con alto contenido en sodio y fomentar el consumo de potasio magnesio y calcio.
- ✓ Evitar la ingesta excesiva de grasas en concreto las saturadas (37).

Prevención secundaria

Reducir el impacto del factor de riesgo (HTA) una vez desarrollado, por medio de la detección precoz y su tratamiento. Por ello las estrategias de prevención secundaria deben de estar dirigidas hacia poblaciones de riesgo, en las cuales la intervención aporte más beneficios, siendo estas la HTA moderada y la severa (37).

Dentro de las estrategias a emplear en la prevención secundaria podemos reseñar las siguientes:

- ✓ Técnicas de despistaje. Se debe evaluar la PA a todos los individuos que acuden a la consulta de forma sistemática, sobre todo a aquellos que utilizan escasamente el sistema sanitario. En este campo se debe ser especialmente meticuloso con la población joven y con los poco frequentadores.
- ✓ Dirigir las técnicas de cribaje prioritariamente hacia aquella población de mayor riesgo que en última instancia es la que se puede beneficiar en mayor medida de las actividades que desarrollemos.
- ✓ Incidir especialmente en tratamientos no farmacológicos.
- ✓ No abusar de los tratamientos farmacológicos en especial en la población de bajo riesgo. Tener siempre presente que el tratamiento suele ser de por vida y la actuación con fármaco sobre grandes sectores poblacionales puede tener también sus efectos deletéreos.
- ✓ Individualizar siempre el tratamiento valorando otros factores de riesgo adicionales, interviniendo de forma coordinada sobre todos ellos.

- ✓ Enfocar las actividades a largo plazo siendo realista en la asunción de las diferentes estrategias.
- ✓ Ser muy meticuloso en la técnica de la determinación de la presión arterial para evitar clasificar erróneamente al paciente con los riesgos que ello conlleva.
- ✓ Utilizar de una manera racional los recursos sanitarios disponibles que permitan un enfoque más preciso y adecuado de la HTA y sus posibles complicaciones (37).

Prevención terciaria

Medidas destinadas a reducir los efectos producidos por la aparición de las complicaciones secundarias a la HTA.

Las medidas de intervención son:

- ✓ En esta fase se debe ser especialmente agresivo para minimizar los efectos de las complicaciones ya establecidas y evitar la aparición de otras nuevas.
- ✓ Actuación con medidas farmacológicas adquiere en la mayoría de los casos un papel primordial, sin olvidar la intervención sobre otros factores de riesgo (37).

2.3.3. Vivencias

Minayo M. destaca el término vivencia para hablar de aquello que es aprendido y vivido por el individuo y por el grupo y se expresa en el sentido común. Para este autor la vivencia constituye una objetivación de la experiencia en forma de la realidad pensada. La vivencia se diferencia de la experiencia porque constituye la elaboración del individuo sobre todo lo que experimenta (40).

Minayo, define a vivencia como la experiencia viva y humana cuyo contenido está formado por la actuación de la totalidad de las fuerzas psíquicas. La

vivencia se distingue de la experiencia, pues constituye el criterio individual responsable de la caracterización de lo real (40).

El contexto social, económico, político, cultural e incluso religioso, donde vive y se desenvuelve el adulto mayor ejerce influencia directa en sus vivencias dentro del grupo familiar y la comunidad, aspectos como el estado civil, grado de instrucción, ocupación, etc. Pueden definir sus vivencias en este contexto, de tal forma que otro adulto mayor puede tener diferentes vivencias, aunque compartan la misma zona geográfica de procedencia.

De otro lado, las vivencias de los adultos mayores que se relacionan con la hipertensión arterial, pueden variar de acuerdo al sexo, edad, grado de instrucción, grado de severidad de la enfermedad, las posibles complicaciones, el apoyo de la familia, e incluso el aspecto económico de la familia para afrontar la enfermedad, es decir cada persona vivencia la hipertensión arterial desde su particular percepción y contexto.

Cabe mencionar que las vivencias de adultos mayores con hipertensión arterial a menudo se constatan que se enfrentan a desafíos emocionales como estrés, ansiedad y depresión, vinculados a la fragilidad y falta de recursos, junto a un estilo de vida en circunstancias poco saludable con poca actividad física y dietas altas en sal. La convivencia se complica por el manejo de múltiples fármacos, el riesgo de efectos adversos como caídas o deterioro cognitivo, y la necesidad de adaptarse a cambios en la rutina y el cuerpo, afectando su calidad de vida familiar y personal, aunque el apoyo social y familiar es crucial.

2.3.4. Adulto mayor

Según el Ministerio de salud (MINSA) integra a la población constituida por todas las personas mayores de 60 años a más (41). De otro lado la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adulta mayor a toda persona mayor de 60 años (42).

Según el MINSA, las cuatro categorías de clasificación de las personas adultas mayores:

A. Persona adulta mayor activa saludable: es aquella sin antecedentes de riesgo, sin signos ni síntomas atribuibles a patologías agudas, sub agudas o crónicas y con examen físico normal (41). En el PLANPAM 2013-2017 se refiere al envejecimiento saludable como: La mejora del bienestar físico, psíquico y social de las personas adultas mayores se logra a través del incremento en la cobertura y calidad de los servicios sociosanitarios, la garantía de una asistencia alimentaria y nutricional, la generación de oportunidades para una vida armónica dentro de su familia y su comunidad (42).

La OMS considera al envejecimiento activo como: El proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. El envejecimiento exitoso es un estado donde un individuo es capaz de invocar mecanismos adaptativos psicológicos y sociales para compensar limitaciones fisiológicas, para lograr una sensación de bienestar y una alta autoevaluación de la calidad de vida y un sentido de realización personal, incluso en el contexto de la enfermedad y discapacidad (42).

B. Persona adulta mayor enferma: es aquella que presenta alguna afección aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidable y que no cumple los criterios de persona adulta mayor frágil o paciente geriátrico complejo (41).

C. Persona adulta mayor frágil: es aquella que cumple dos o más de las siguientes condiciones:

- ✓ Edad de 80 años a más
- ✓ Dependencia parcial
- ✓ Deterioro cognitivo leve o moderado
- ✓ Manifestación depresiva
- ✓ Riesgo social

- ✓ Caídas: una caída en el último mes o más de dos caídas en el último año
- ✓ Tres o más patologías crónicas
- ✓ Polifarmacia: toma más de tres fármacos por patología crónica y por más de 6 meses
- ✓ Hospitalización en los últimos 12 meses
- ✓ Índice de masa corporal menor de 23 o mayor de 28 (41).

D. Paciente geriátrico complejo: es aquel que cumple con tres o más de las siguientes condiciones:

- ✓ Edad de 80 años a mas
- ✓ Tres o más enfermedades crónicas
- ✓ El proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante
- ✓ Deterioro cognitivo severo (41).

2.4. Bases legales

La Ley N° 28803 - Ley de las Personas Adultas Mayores, en su artículo 8°, dispone la creación de los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM) en las municipalidades provinciales y distritales. En el artículo 6° del reglamento de la Ley N° 28803, aprobado por Decreto Supremo N° 013-2006-MIMDES, encargan a la dirección de personas adultas mayores del Ministerio de la mujer y desarrollo social, la responsabilidad de coordinar la elaboración de las pautas y recomendaciones para el buen funcionamiento de los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM), con la finalidad de promover su instalación en los gobiernos locales. Así como también en el artículo 6° del reglamento de la Ley N.º 28803, establece que el objetivo de los CIAM es asegurar espacios saludables integrales de socialización, beneficiando a la población adulta mayor y garantizando la inclusión de las personas adultas mayores con discapacidad, así como de las familias que tienen a su cargo personas adultas mayores con dependencia (43).

MINSA establece en el artículo 1° aprobar la NTS N° 043-MINSA/DGSP-V.01: norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultas mayores, tiene como finalidad mejorar la atención integral de salud que se brinda a las personas adultas mayores en los establecimientos de salud públicos y privados, en un marco de respeto a los derechos, equidad de género, interculturalidad y calidad, contribuyendo a un envejecimiento activo y saludable y con el objetivo general de establecer la normatividad técnico – administrativa para la atención integral de salud de las personas adultas mayores en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (41).

2.5. Definición de términos

Estilos de vida: El estilo de vida es el conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal (26).

Vivencias: Minayo, define a vivencia como la experiencia viva y humana cuyo contenido está formado por la actuación de la totalidad de las fuerzas psíquicas.

Adulto mayor: Según el Ministerio de salud (MINSA) integra a la población constituida por todas las personas mayores de 60 años a más(41).

Hipertensión arterial: Según la OMS, define a la hipertensión, como presión arterial alta o elevada, afección en la que los vasos sanguíneos tienen una presión elevada persistentemente (32).

2.6. Variables

Variable 1: estilos de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial.

Variable 2: características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores con hipertensión arterial.

2.7. Operacionalización de Variables

Variable 1	Definición conceptual de la variable	Definición operacional	Valor final	Categoría	Tipo de variable	Fuente o instrumento
Estilos de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial	Conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas (5).	Escala de estilos de vida de los Adultos Mayores. (Walker, K.)	76 - 120 30 - 75	Saludable No saludable	Cuantitativa de intervalo	Cuestionario: Escala de estilos de vida de los Adultos Mayores.

Características sociodemográficas y de salud

Variable 2	Definición conceptual de la variable	Categoría	Tipo de variable	Fuente o instrumento
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento (años) (44).	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 60 a 69 años ✓ 70 a 79 años ✓ 80 a más 	✓ Cuantitativa de intervalo	Cuestionario
Sexo	Características biológicas físicas y psicológicas que distinguen a un hombre de una mujer (44).	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hombre ✓ Mujer 	✓ Cualitativa nominal	Cuestionario
Grado de instrucción	Es el curso de un proceso educativo adquirido por una persona logrando el más alto nivel de escolaridad (44).	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Analfabeto/a ✓ Primaria ✓ Secundaria ✓ Superior 	✓ Cualitativa ordinal	Cuestionario
Estado Civil	Situación jurídica de un individuo en la familia y en la sociedad que lo habilita para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones. Se trata básicamente del “estado de familia” en cuanto es la situación de un sujeto en la familia la que determina su estado civil (44).	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Soltero (a) ✓ Conviviente ✓ Casado (a) ✓ Separado (a) ✓ Divorciado (a) ✓ Viudo (a) 	✓ Cualitativa nominal	Cuestionario
Con quien	Convivir la mayor parte del día con un familiar ya sea adulto	✓ Sola (o)	✓ Cualitativa	Cuestionario

vive	mayor u otras personas que se encuentren en el mismo espacio o lugar y se brindan apoyo mutuo (44).	<input checked="" type="checkbox"/> Esposo (a) <input checked="" type="checkbox"/> Familia <input checked="" type="checkbox"/> Otros (o)	nominal	
Tiempo de enfermedad	Tiempo que pasa desde el diagnóstico de una enfermedad o el comienzo del tratamiento hasta que la enfermedad empieza a empeorar o se disemina a otras partes (45).	<input checked="" type="checkbox"/> Menos de un año <input checked="" type="checkbox"/> 1 a 5 años <input checked="" type="checkbox"/> 6 a10 años <input checked="" type="checkbox"/> Mas de 11 años	<input checked="" type="checkbox"/> Cuantitativa de intervalo	Cuestionario
Número de medicamentos que toma al día	Cantidad de medicamentos suministrados durante el día, los cuales son una de las herramientas fundamentales en la terapéutica médica actual, los que al utilizarse después de la aplicación de un método diagnóstico específico adecuado permiten la prevención, curación, atenuación y tratamiento de las diferentes enfermedades y sus síntomas (46).	<input checked="" type="checkbox"/> Un medicamento <input checked="" type="checkbox"/> 2 a 5 medicamentos <input checked="" type="checkbox"/> Mas de 6 medicamentos	<input checked="" type="checkbox"/> Cuantitativa de intervalo	Cuestionario

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Área geográfica y ámbito de estudio

El estudio se realizó en el distrito de Lajas, provincia de Chota, departamento de Cajamarca, el distrito fue creado mediante Ley N° 12301 el 29 de diciembre de 1856, se ubica a una altura de 2134 msnm, al oeste y a 6 km de la provincia de Chota, por el norte limita con el distrito de Cochabamba, por el este con la provincia de Cutervo. Es una zona mayoritariamente rural, sus pobladores se dedican en su mayoría a la agricultura, ganadería y a la crianza de animales menores, las mujeres a labores de la casa. El ámbito de estudio fue en el mismo Centro de Salud en donde se atienden los 139 adultos mayores con hipertensión arterial (47).

3.2. Método y diseño de investigación

La investigación corresponde a un estudio cuanti - cualitativo, en el aspecto cuantitativo es de tipo descriptivo y de corte trasversal. Es descriptivo porque permitió describir fenómenos, contextos; esto es, detallar como son y como se manifiestan las variables en estudio (Estilos de vida y características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores con HTA). Además, es cualitativa porque permite develar las vivencias de los adultos mayores participantes del estudio.

Estos estudios son considerados como mixtos, ya que, representan un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la información recabada (metainferencias) y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio. Los métodos mixtos utilizan evidencia de datos numéricos, verbales, textuales, visuales, simbólicos y de otras clases para entender problemas en las ciencias (48).

En el estudio se realizó triangulación entre los datos numéricos, que son presentados en las tablas estadísticas, con los discursos de los participantes, luego se interpretó y analizó, lo que permitió validar ambos hallazgos para presentar este problema social desde ambos aspectos.

3.3. Población y muestra

La población estuvo conformada por 139 personas de 60 años a más con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud de Lajas provincia de Chota, según reporte estadístico del establecimiento de salud, evidenciado en el padrón nominal de hipertensos (49). En el aspecto cuantitativo se utilizó el muestreo probabilístico aleatorio simple, donde todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos y se obtienen definiendo las características de la población y el tamaño de la muestra, y por medio de una selección aleatoria o mecánica de las unidades de muestreo y/o análisis (48); donde, la muestra se calculó a través de la siguiente fórmula.

$$n = \frac{z^2 * p * q * N}{E^2 (N - 1) + z^2 * p * q}$$

n= tamaño de la muestra

N= tamaño de la población

p/q= probabilidades con las que se presenta el fenómeno.

Z= nivel de confianza

E= margen de error permitido

$$n = \frac{1.96^2 * 50 * 50 * 139}{3^2 (139 - 1) + 1.96^2 * 50 * 50}$$

Después de realizar el cálculo, el tamaño de la muestra fue: n= 123

En el aspecto cualitativo la muestra se alcanzó por saturación de información, utilizando el muestreo en cadena o por redes (“bola de nieve”). En este caso, se identifican participantes clave y se agregan a la muestra, se les pregunta si conocen a otras personas que puedan proporcionar más datos o ampliar la información, y una vez contactados, los incluimos también (48). Además, los informantes se seleccionaron por conveniencia lo que permitió seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Esto fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador (50). Finalmente, los adultos mayores entrevistados fueron 8 personas que cumplieron con los criterios de inclusión.

Cuadro 01. Participantes del estudio

N°	Fecha de entrevista	Seudónimo	Edad	Sexo	Grado de instrucción
01	06/11/2024	El Emprendedor	65 años	Hombre	Superior no universitaria
02	06/11/2024	La Flor	62 años	Mujer	secundaria completa
03	06/11/2024	El Solitario	68 años	Hombre	Primaria incompleta
04	06/11/2024	La Ganadera	70 años	Mujer	Primaria incompleta
05	20/11/2024	El Alegre	69 años	Hombre	Primaria incompleta
06	20/11/2024	El Consentido	61 años	Hombre	Primaria incompleta
07	20/11/2024	La cristiana	68 años	Mujer	Analfabeta
08	20/11/2024	La Huerfanita	65 años	Mujer	Analfabeta

3.4. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

Adultos mayores, hombres o mujeres de 60 años a más.

- Quienes aceptaron voluntariamente participar en el trabajo de investigación.
- Participantes sin alteraciones mentales, orientadas en tiempo, espacio y persona.
- Residentes en la zona de estudio.
- Adultos mayores sin alteraciones auditivas.
- Adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial.

Criterios de exclusión

- Adultos mayores que no se encuentren en padrón nominal de hipertensos.

3.5. Unidad de análisis

Estuvo constituida por cada uno de los adultos mayores hipertensos que eran atendidos en el Centro de Salud de Lajas de la Provincia de Chota, que formaron parte de la muestra y que cumplieron con los criterios de inclusión.

3.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Los datos se recolectaron en dos etapas; en la primera se recolectó los datos cuantitativos y luego se hizo el recojo de la información cualitativa. En el aspecto cuantitativo se realizó entrevista cerrada a los adultos mayores con hipertensión arterial. Se aplicó un cuestionario para identificar los estilos de vida denominado: Escala de estilo de vida de los adultos mayores, fue elaborado por Walker, K. Sechrist (Anexo 1). Los autores aplicaron el formato a 485 adultos mayores hispanos. Dicho cuestionario está conformado por 30 preguntas distribuidas en tres dimensiones: Estilo de vida biológico, estilo de vida psicológico y estilo de vida social. Además, se basa en la escala de Likert: Nunca (1), algunas veces (2), Frecuentemente (3), Siempre (4). (23) Contó con la siguiente escala valorativa:

- Estilos de vida no saludable. 30-75 puntos
- Estilos de vida saludable: 76-120 puntos

También se presentan preguntas encaminadas a conocer las características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores: edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, personas con quienes viva, tiempo de enfermedad y número de medicamentos que consume al día.

Para recopilar la información cualitativa, se utilizó la entrevista a profundidad también denominada por algunos autores como entrevista abierta. Según Minayo, M. Es el procedimiento de trabajo de campo más común o más utilizado. A través de ella el investigador busca obtener información contenida en el discurso de los actores sociales (adultos mayores con hipertensión arterial). No significa una conversación sin pretensiones y neutral, ya que es parte de la recopilación de hechos reportados por los actores, como sujetos-objeto de la investigación que experimentan una cierta realidad que se está enfocando. Sus formas de recolección pueden ser de naturaleza individual y / o colectivo (51).

Las preguntas fueron:

¿Qué cambios a causado en su vida la hipertensión arterial?

¿Cuál cambio ha sido el más difícil?

¿Si pudiera comparar esta enfermedad con que sería?

¿Cuál es su mayor miedo en el futuro con respecto a su hipertensión?

3.7. Proceso de recolección de información

Fase de mucha importancia debido que se procedió a recoger toda la información relacionada con el objeto de estudio, tal y cual los adultos mayores con hipertensión arterial lo conciben y revelan en sus expresiones; por tal motivo, se procuró generar un clima de confianza y comprensión en todo el proceso de organización y ejecución de la recolección de información.

El proceso de recojo de la información, tuvo como primera etapa, la inmersión inicial en el Centro de Salud, y en la segunda etapa, la aplicación tanto del cuestionario y entrevista para recolección propiamente. La primera fase consistió:

- a. Se coordinó con el Gerente y Trabajadores del Centro de Salud de la Lajas, a su vez se le hizo conocer el motivo de la investigación y se solicitó su apoyo necesario en el estudio.
- b. Se procedió a identificar a los adultos mayores teniendo en cuenta los criterios de inclusión. Este momento sirvió también para tener una aproximación para conocer y familiarizarse con los participantes y explicar el motivo de la aplicación de un cuestionario y entrevista a los adultos mayores que sea crea por conveniente, solicitar su participación, acordar fecha ahora y pedir el consentimiento informado.

La recolección de la información:

Aspecto cuantitativo:

- a. Se aplicó un cuestionario para conocer los estilos de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial, en la fecha y hora señalada por los adultos mayores, solicitando que sus respuestas sean lo más verás posible de tal manera nos permita obtener una información confiable.
- b. Durante el desarrollo del cuestionario, se logró establecer una relación de confianza y empatía con los adultos mayores, se escuchó con atención y mucho cuidado sus manifestaciones.

Aspecto cualitativo:

- a. Se realizó una entrevista para conocer las vivencias de los adultos mayores con hipertensión arterial en la fecha y hora señalada por los adultos mayores, solicitando permiso para grabar la conversación, con la finalidad evitar perder información valiosa, cumplir con el objetivo de la entrevista, y posteriormente se pueda verificar las respuestas dadas por cada uno de los entrevistados.
- b. Durante la entrevista, se logró establecer un clima de confianza con los adultos mayores, se escuchó con atención y mucho cuidado sus manifestaciones, para conseguir que expresen libremente sus vivencias.

- c. Se consideró importante, llevar una libreta con la finalidad de realizar anotaciones de las comunicaciones verbal y no verbal, relacionadas con reacciones gestuales, formas de expresiones, posturas y actitudes relevantes o comentarios adicionales que los adultos mayores presentaron durante las entrevistas.
- d. Al finalizar las entrevistas se indicó a cada participante la posibilidad de retomar la entrevista para confirmar algunas interpretaciones de los mensajes que no hayan quedado clarificados.

3.8. Validez y confiabilidad de los instrumentos

Para conocer la validez de los instrumentos de recolección de información se realizó una prueba piloto, que ha implicado dos etapas:

En la primera se aplicó el cuestionario para conocer los estilos de vida de los participantes, ésta prueba se realizó el 20 de agosto del 2024, en la comunidad de Tayal en la provincia de Chota, con 12 adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en este Establecimiento de Salud del Tayal, el resultado de la estadística de fiabilidad fue de 0,836, que indica que tiene un alto nivel de confiabilidad según Alfa de Cronbach (Anexo N° 04)

Para conocer la validez del cuestionario semiestructurado, se realizaron entrevistas el 21 de agosto 2024, donde participaron 4 adultos mayores que fueron atendido en el Centro de Salud de Lajas. Se han hecho cambios en algunas palabras de las preguntas que fueron poco entendidas por los entrevistados, estos cambios se hicieron teniendo en cuenta la procedencia de los adultos mayores, mayoritariamente rural, se ha constatado que los cuestionamientos recogen la información coherente con el objetivo y objeto de investigación planteado (anexo N° 02).

3.9. Técnicas de procesamiento y análisis de los datos

a. Para el aspecto cuantitativo

En primer lugar, los datos fueron ingresados en una hoja Excel y posteriormente se exportaron al software estadístico IBM SPSS Statistics V.26 para ser procesados, los resultados son presentados en tablas simples y se tuvo en cuenta el uso de la estadística descriptiva para la interpretación de los datos recolectados.

b. Para el aspecto cualitativo

Se hizo uso del análisis de contenido, el cual es un proceso donde se organiza y manipula la información recogida por los investigadores para establecer relaciones, interpretar, extraer significados y conclusiones. El análisis de datos cualitativos se caracteriza, por su forma cíclica y circular, frente a la posición lineal que adopta el análisis de datos cuantitativos. Gracias a este proceso circular, el investigador, casi sin darse cuenta, comienza a descubrir que las categorías se solapan o bien no contemplan aspectos relevantes; estas pequeñas crisis obligan al investigador a empezar nuevos ciclos de revisión, hasta conseguir un marco de categorización potente que resista y contemple la variedad incluida en los múltiples textos (52).

Luego de las entrevistas el investigador transcribió los discursos de los participantes obteniendo un discurso emic es decir tal cual el adulto mayor expresó sus vivencias luego a través de la lectura se cambiaron algunos términos poco entendibles, conservando la esencia del discurso para obtener un texto etic. Luego se identificaron las unidades de significado asignándoles un código para luego plantear la convergencia o divergencia de ideas.

Finalmente se agruparon estas unidades obteniendo categorías preliminares que fueron confrontadas con la literatura para realizar el análisis y obtener las categorías finales.

3.10. Criterios éticos

La investigación, se asienta en criterios que tienen como finalidad asegurar la calidad y la objetividad de la investigación. La investigación para la salud se ejecuta de acuerdo a los tres principios universales de investigación, descritos en el Informe Belmont: respeto por las personas, beneficencia y justicia (53).

De manera que el estudio tendrá en cuenta aspectos éticos de investigación como: beneficencia, donde el investigador aseguró y protegió los intereses de los participantes, erradicando cualquier prejuicio que atente contra la integridad; no maleficencia, no se causó daño o lesión alguna, ni intencional ni premeditada; los participantes fueron protegidos en su dignidad e identidad, otorgándole en ejercicio de sus plenos derechos; justicia, recibieron un trato igualitario de principio a fin; en el principio de autonomía, los Adultos Mayores tuvieron el pleno derecho de decidir su participación en el estudio y las condiciones en las que lo harán (54).

El rigor científico de la investigación estuvo asegurado por la confidencialidad de la información personal de los colaboradores; por la credibilidad, asegurando que los reportes pertenezcan a los partícipes directamente observados; por la confirmabilidad, con datos veraces y que no hayan sufrido alteración alguna; y por la transferibilidad, asegurando la generalización y la replicabilidad de los resultados en otros escenarios (55).

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Análisis, interpretación y discusión de resultados

Tabla 1. Características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores con hipertensión arterial. Centro de Salud de Lajas - Chota 2024.

Características sociodemográficas y de salud	N°	%
Edad		
De 60 a 69 años	45	36,6
De 70 a 79 años	37	30,1
De 80 a más años	41	33,3
Sexo		
Hombre	67	54,5
Mujer	56	45,5
Estado civil		
Soltero (a)	1	0,8
Conviviente	11	8,9
Casado (a)	61	49,6
Separado (a)	8	6,5
Divorciado (a)	4	3,3
Viudo (a)	38	30,9
Religión		
Católico	101	82,1
Evangélica	13	10,6
Otras	9	7,3
Grado de instrucción		
Analfabeto (a)	78	63,4
Primaria incompleta	42	34,2
Primaria completa	2	1,6
Secundaria incompleta	1	0,8
Con quien vive		
Solo (a)	36	29,3
Esposo (a)	55	44,7
Familia	31	25,2
Otros	1	0,8
Tiempo de enfermedad		
De 1 a 5 años	3	2,4
De 6 a 10 años	28	22,8
De 11 a más años	92	74,8
Medicamentos que toma		
Un medicamento	76	61,8
De 2 a 5 medicamentos	47	38,2
Total	123	100,0

En la tabla 01, los datos muestran que el 36,6 % de participantes oscila entre 60 a 69 años y 33,3% de 80 años a más, es mayor la presencia de hombres con 54,5% en relación a las mujeres. Con respecto al estado civil, 49,6% son casados y el 6,5% están separados. En cuanto a su religión predomina la católica con 82,1%. Al indagar sobre el grado de instrucción, 63,4% son analfabetos, 34,2% tiene primaria incompleta. De otro lado, 44,7% vive con su esposo (a), 29,3% viven solos. El 74,8% tiene hipertensión arterial por más de 11 años. Finalmente, 61,8% toman un medicamento al día para controlar su enfermedad.

Los resultados difieren con el estudio de Mejía, D. donde 30,2% tienen de 60 años a más, el 67% son mujeres; 79,9% son casados y 43,5% tienen grado de instrucción primaria completa (23). También con Cachimuel, E. que concluye: hay predominio del sexo femenino con 58% y la oscila entre 45 a 55 años con el 42% (13).

Así mismo, en relación a estos datos estadísticos de los participantes, el INEI en el año 2021, afirmó que, como resultado de los grandes cambios demográficos en las últimas décadas, la proporción de la población adulta mayor ha pasado de 5,7% en el año 1950 a 12,4% en el año 2019. De otro lado el 39% de los hogares del país tenía entre sus miembros al menos una persona de 60 y más años de edad. Así mismo, el 12,4% de la población adulta mayor no cuenta con un nivel educativo o tiene nivel inicial, 38,3% alcanzó estudiar primaria; el 27,9% secundaria y 21,4%, nivel superior (56).

De otro lado, la HTA afecta a numerosas personas a nivel global, y su incidencia está en constante aumento. Este incremento se atribuye a cambios en el estilo de vida, incluyendo una dieta no saludable, falta de actividad física, escaso descanso, presencia de estrés y hábitos perjudiciales. Los estilos de vida poco saludables contribuyen al aumento de la HTA, elevando así el riesgo de enfermedades no transmisibles y mortalidad posterior (57).

Los resultados muestran que la mayor parte de la población en estudio oscila entre 60 a 69 años, es posible que la hipertensión arterial se haya iniciado en la etapa adulta relacionada con factores de riesgo, tal es el caso de una alimentación rica en grasas saturadas, sedentarismo, hábito de fumar o ingerir alcohol (39). De otro lado, existe mayor presencia de hombres hipertensos, esta situación puede asociarse a sus estilos

de vida poco saludables y quizás menor cuidado de su salud al dedicarse a su trabajo siendo ellos el sustento económico de su familia. En cuanto al estado civil, la mayoría de los participantes son casados seguido están los viudos, en este caso al convivir en pareja e hijos, se comparte hábitos y estilos de vida poco saludables, como el consumo de una dieta rica en grasas, sobrepeso entre otros, esta situación puede producirse durante mucho tiempo, pero es en la vejez donde el individuo puede presentar los primeros signos y síntomas de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial. Por otro lado, la viudez agrava la situación en los adultos mayores puesto que ellos presentan soledad, tristeza, angustia, que implica vivir muchos años con su pareja para luego quedarse solos, este cambio puede afectar su calidad de vida, ya que muchos dependen de su pareja para realizar sus actividades cotidianas.

Los participantes en su mayoría son analfabetos, este es un conocido factor de riesgo ya que limita el autocuidado al desconocer, por ejemplo, los alimentos que incrementan su presión arterial, usualmente requieren del apoyo de otra persona para ingerir su tratamiento en el horario indicado por la dificultad para leer. En referencia a con quien vive el adulto mayor en su mayoría viven con su esposo/a, esta situación es usual en la zona de estudio ya que una persona mayor de 60 años vive solo cuando es soltero o es viudo/a; en muchos casos el o la cónyuge es la única compañía ya que los hijos o familiares cercanos viven lejos e incluso se han desentendido de ellos, las visitas son esporádicas y cortas, aduciendo trabajo o múltiples ocupaciones provocando sentimientos tristeza y de abandono.

En cuanto al tiempo de enfermedad la mayoría refieren que padecen hipertensión arterial por más de 11 años, se puede inferir que ésta se inició antes que el participante alcanzara los 60 años, es muy posible que sea resultado de estilos de vida no saludables en especial los relacionados con la alimentación. Finalmente, los adultos mayores en mayor proporción consumen un medicamento al día, en este caso en la mayoría está indicado el captopril o en casos cuando la presión arterial es difícil de controlar ingieren losartán (58), aunque muchos refieren consumir plantas medicinales como llantén, valeriana, manzanilla para controlar su presión arterial.

Tabla 2. Estilos de vida en los adultos mayores con hipertensión arterial - Centro de Salud Lajas– Chota 2024

Estilos de vida	N°	%
No saludables	47	38,2
Saludables	76	61,8
Total	123	100,0

En la tabla 02, se observa que 38,2% de los adultos mayores en estudio tiene estilos de vida no saludables y 61,8% presentan estilos de vida saludables.

Los hallazgos difieren del estudio de Cáceres, J. donde 71% de los participantes refieren practicar estilos de vida no saludables (59). También con Suárez, S. que concluye, 56,1% de adultos mayores no tienen un estilo de vida saludable y principalmente los varones, mientras que 43,9% presenta un estilo de vida saludable (20). De otro lado Matta, M. et al, en su estudio evidencia que 76% de adultos mayores con hipertensión llevaron un estilo de vida no saludable (21).

Los estilos de vida son el conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal. La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió al estilo de vida 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”(26).

Los resultados indican que los adultos mayores con hipertensión tienen estilos de vida mayormente saludables, esta situación puede entre otros factores asociarse a que viven en una zona rural, donde se dedican a la agricultura, ganadería y de alguna manera realizan actividad física, aunque su alimentación sea mayormente rica en grasas y carbohidratos.

Aunque los resultados estadísticos refieran que los estilos de vida son mayormente saludables, durante la entrevista surgieron los siguientes discursos que se presentan en la **Categoría 1: Cambios de la hipertensión arterial en los estilos de vida:**

***Participante 1:** La hipertensión ha repercutido grandemente en mi vida, y los cambios fueron muchos, tenemos el estilo de la alimentación, así podemos superar la hipertensión, tratándonos bien y cumpliendo con las órdenes del médico y cuidando especialmente la comida...*

***Participante 2:** Bueno yo desde el momento que me enteré que tenía hipertensión arterial he tenido cambios, tanto de salud como de conducta, las personas nos volvemos violentas, sensibles a las impresiones fuertes, en cuanto a mi alimentación a partir de mi diagnóstico hubo variación en los alimentos...antes consumía bastante café y grasas y me dijeron que no consuma esos alimentos, tenía que comer más verduras, frutas y evite las grasas...al principio fue muy difícil.*

***Participante 3:** Esta enfermedad ha producido muchos cambios en mi vida a veces solo queda pensar que Dios nos recoja y más cuando no hay quien nos atienda yo vivo solo y a pesar que me siento mal tengo que hacer mis cosas, en cuanto a mi alimentación ha cambiado mucho desde que me enteré que tengo esta enfermedad, ya no consumo carne de choncho y otras comidas que me hacen daño, mi esposa murió hace 10 años y tengo 3 hijos, pero están lejos.*

***Participante 4:** Es muy triste, nos prohíbe de muchas cosas, trato de no preocuparme, porque siento que me hace daño, en mi alimentación si habido muchos cambios, ya no puedo comer grasas, con poca sal, el azúcar también trato de no consumir mucho porque es dañina, es muy difícil acostumbrarse a no poder comer el pellejo del choncho, los chicharrones, la manteca, aunque a veces*

lo hago pero muy poquito, porque tengo miedo de empeorarme y me dé un derrame.

Participante 5: Desde hace 15 años que me dijeron que sufro de presión alta, los primeros años no tenía muchos cambios debido a que no daba mucha importancia a esta enfermedad, pero luego sentía molestias sobre todo me sentía mareado, con dolores de cabeza muy seguido, para 10 años que mi alimentación ya no es la misma, trato que mis alimentos no tengan mucha sal, evito la carne de chanco y comidas grasosas.

Participante 6: Los cambios son que ya no puedo comer como antes, también pienso que es por mi edad...que ya todo me hace daño, de vez en cuando consumo mi pellejo de chanco, pescado saldo, pero siento que me hace mal, hace unos meses han empezado hincharse mis pies y me dijeron que es por mi enfermedad, cuando camino es peor, allí tomo las pastillas para que se me quite, yo si camino todos los días por mis animales hago el esfuerzo... a veces como frutas y verduras porque ya no vamos mucho al pueblo.

Participante 7: Dios pone las enfermedades y él nos quita, yo solo ruego a Dios que me cuide, yo sí creo que tengo esa enfermedad, incluso me desmayado y me han llevado de emergencia, lo único que recuerdo es que me preocupé y luego sentí que todo daba vuelta, allí empecé a tomar medicamento para mi presión, mi alimentación ya no es como antes...evito ciertas comidas, será también por lo que me hace daño me hace arder el estómago, y también el doctor nos dice que debemos evitar las grasas, la sal el azúcar lo utilizo menos.

Participante 8: Ha causado muchos cambios en mi vida y más desde que perdí a mis padres, mi papacito tenía la misma enfermedad, en ese entonces no cuidábamos nuestras comidas, yo tenía HTA pero igual no lo dábamos importancia, mi papá no tomaba los medicamentos que nos daban en la Posta y hasta que un día tuvo una preocupación y lo dio un ataque al corazón y lo mato y los doctores nos dijeron que era una complicación de su presión, por eso yo me cuidó en mis comidas, si como mi pellejo de chanco, la manteca, pero jamás ya será como antes que comíamos 2 a 3 veces a la semana.

Los participantes en sus discursos relatan sus vivencias en cuanto a los cambios que debieron hacer en sus estilos de vida luego de ser diagnosticados con hipertensión arterial, al parecer el cambio radical más importante fue en sus hábitos alimentarios que provocaron angustia ya que, su dieta solía ser a base de carnes rojas con abundante sal, además también existe mucho temor a complicaciones.

Muchos participantes viven desde su nacimiento en la zona de estudio, de tal modo que sus estilos de vida fueron conocidos desde su infancia en especial la alimentación, el entorno ejerce una fuerte influencia en los hábitos y estilos de vida, sin embargo, la hipertensión arterial los obligó a cambiar este aspecto importante de su vida, por lo tanto, fue un cambio difícil de asumir y presentaron inicialmente resistencia frente a la dieta con mayor presencia de verduras, frutas, menos sal y además mayor actividad física y control permanente de la presión arterial en el establecimiento de salud, sin embargo, muchos aceptaron los cambios con resignación.

Al respecto la teoría del Entorno de Nightingale se centra en el entorno priorizando la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos; definió y describió con detalle los conceptos de ventilación, temperatura, iluminación, dieta, higiene y ruido, elementos del entorno. Cabe resaltar que incluyó el concepto de dieta en su teoría, valorando no sólo la ingesta alimenticia, sino también el horario de las comidas y su efecto sobre el paciente (25).

Por otro lado, se observa que 38,2% de los adultos mayores en estudio tiene estilos de vida no saludables y 61,8% presentan estilos de vida saludables. Esto evidencia que la mayoría de los participantes presentan un estilo de vida saludable; sin embargo, manifiestan que la enfermedad ha repercutido en su vida, todo ello fundamentado en los cambios que se ha producido en su salud, alimentación, conducta, llegando a momentos de tristeza, preocupación, desesperación, llanto, y temor a las complicaciones de su enfermedad y algunos casos no contando con el apoyo familiar.

La divergencia entre los resultados estadísticos de la tabla y los discursos de los participantes, se centra en que los adultos mayores pueden contestar el cuestionario basándose en las preguntas planteadas con alternativas inalterables, sin embargo, en la entrevista aflora el aspecto subjetivo de su cotidianidad y los cambios en su día a día.

Tabla 3. Estilos de vida según las características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores con hipertensión arterial. Centro de Salud de Lajas - Chota 2024

Características sociodemográficas y de salud	Estilos de vida				Total	
	No saludables		Saludables		n°	%
	n°	%	n°	%		
Edad						
De 60 a 69 años	6	13,3	39	86,7	45	100,0
De 70 a 79 años	10	27,0	27	73,0	37	100,0
De 80 a más años	31	75,6	10	24,4	41	100,0
Sexo						
Hombre	23	34,3	44	65,7	67	100,0
Mujer	24	42,9	32	57,1	56	100,0
Estado civil						
Soltero (a)	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Conviviente	3	27,3	8	72,7	11	100,0
Casado (a)	15	24,6	46	75,4	61	100,0
Separado (a)	1	12,5	7	87,5	8	100,0
Divorciado (a)	0	0,0	4	100,0	4	100,0
Viudo (a)	28	73,7	10	26,3	38	100,0
Religión						
Católico	39	38,6	62	61,4	101	100,0
Evangélica	6	46,2	7	53,8	13	100,0
Otras	2	22,2	7	77,8	9	100,0
Grado de instrucción						
Analfabeto (a)	39	50,0	39	50,0	78	100,0
Primaria incompleta	7	16,7	35	83,3	42	100,0
Primaria completa	1	50,0	1	50,0	2	100,0
Secundaria incompleta	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Con quien vive						
Solo (a)	25	69,4	11	30,6	36	100,0
Esposo (a)	18	32,7	37	67,3	55	100,0
Familia	3	9,7	28	90,3	31	100,0
Otros	1	100,0	0	0,0	1	100,0
Tiempo de enfermedad						
De 1 a 5 años	0	0,0	3	100,0	3	100,0
De 6 a 10 años	6	21,4	22	78,6	28	100,0
De 11 a más años	41	44,6	51	55,4	92	100,0
Medicamentos que toma						
Un medicamento	28	36,8	48	63,2	76	100,0
De 2 a 5 medicamentos	19	40,4	28	59,6	47	100,0

En la tabla 3, los resultados indican que los estilos de vida no saludables se presentaron en mayor porcentaje en el 75,6% de los adultos mayores de 80 años a más; en las mujeres con 42,9%, en los participantes de estado civil viudos con 73,7%. En relación a la religión se evidencia que 46,2% pertenecen a los que profesan la religión evangélica, así como también en el 50% de los analfabetos. Los que viven con personas diferentes a sus familiares en un 100%. En relación al tiempo de enfermedad un 44,6% padecen la enfermedad por más de 11 años. Finalmente, aquellos que toman más de dos medicamentos al día representa el 40,4%.

Los hallazgos difieren del estudio de Puican, M. donde según edad el mayor porcentaje fue de 60-69 años de los cuales el 43,3% presentaban un estilo de vida no saludable, al igual que las mujeres con 15,8%; mientras que los varones presentaron 30%; de acuerdo al estado civil el 23,3% eran casados tenían un estilo de vida saludable y 20,8% de los viudos representaron estilos de vida no saludable, y según grado de instrucción, el 30,8% y 23,3% de quienes tenían primaria y secundaria presentaron estilos de vida no saludables (19).

Los resultados del estudio muestran que la mayor parte adultos mayores con hipertensión tienen de 80 años a más y tienen estilos de vida no saludables, todo ello guarda relación con el grado de instrucción y sexo de los participantes, ya que el analfabetismo al ser elevado como se mencionaba anteriormente limita el acceso a información sobre su padecimiento así como a menor sensibilización frente a las complicaciones a largo plazo, de otro lado, las mujeres al permanecer en casa no tienen un acceso oportuno a una atención de salud de tal manera que la identificación de la hipertensión se da cuando ésta solo puede controlarse con IECAS y diuréticos.

En relación al estado civil los viudos presentan estilos de vida no saludables en mayor porcentaje, donde ellos mencionan que ciertos días no consumen sus alimentos a sus horas correspondientes, debido que en ciertas oportunidades ellos se encuentran solos sin tener a alguien que cocine para ellos, cabe mencionar que para los participantes la soledad implica sentimiento de tristeza. En relación a la religión los participantes evangélicos presentan estilos de vida no saludable en mayor proporción, esto puede deberse a las normas que rigen al interior de su congregación que no les permite consumir alimentos que benefician su salud como el cuy, gallina,

sangre de animales; realizan largos ayunos lo que repercuten de manera negativa en su salud.

Los estilos de vida son un modo de concebir la realidad y proyectarse en la vida. En general, el estilo de vida es la forma de vida de las personas o de los grupos. En lo que no todos coinciden es si estos patrones conductuales son elegidos voluntaria o involuntariamente por los individuos. Sin embargo, la orientación psicosocial entiende la elección como involuntaria en cierta medida, reconociendo la influencia de las variables psicosociales en la adquisición y mantenimiento del estilo de vida, toda vez que se aprenden a lo largo del proceso de socialización del individuo y una vez adquiridos son difíciles de modificar (27).

Los estilos de vida no saludables que se presentan en la tabla 03, pueden refrendarse con los discursos relacionados con **la categoría 02: Significado de la hipertensión arterial en la vida del adulto mayor:**

Participante 1: Yo lo compararía la hipertensión con algo depresivo, porque es una enfermedad del alma, repercute en nuestro sistema nervioso, y sentimientos, nos cohibe en nuestra alimentación, al ver que otros comen algo agradable y tu comes por decir sin sal, sin azúcar, no vas a sentir esa alegría, esa satisfacción que debe tener todo ser humano para tener éxitos en la vida y poder obtener la victoria con provecho y que nuestro rostro inspire ternura a otros y no dejar que vean ese sentimiento de negatividad que genera la hipertensión.

Participante 2: Bueno yo comparo a esta enfermedad con desesperación, porque nos limita a muchas cosas sobre todo en los alimentos y eso no nos deja estar bien, desesperación porque siento que me complico y no sé qué hacer, en la actualidad tengo controlado mi presión, asisto a la posta para que tomen mi presión, caso contrario los trabajadores nos traen nuestro medicamento, por ahora solamente tomo una sola pastilla al día y con lo que me cuido en mi alimentación así lo controlo mi enfermedad.

Participante 3: Yo lo compararía a la hipertensión con la muerte porque eso fue que lo mató a mi esposaella no se cuidaba, se preocupaba mucho por los hijos y eso acabó con su vida, aunque yo también solo pienso en cómo será mi

final, como será cuando Dios me recoja, también lo compararía con desesperación porque no sé qué hacer cuando pienso en que algún momento me empeore o me complique y no tenga quien me vea, mis hijos quieren que vaya con ellos pero yo no me acostumbro en la costa...quizás vaya cuando no pueda hacer mis cosas o me complique con mi enfermedad.

Participante 4: *Yo lo comparo con miedo, tristeza, porque ya no es bonito tener una enfermedad que a veces nos da dolor de cerebro hasta sentimos que nos desvanecemos, como si no tuviéramos fuerza, nos deja débil, miedo porque no sé cómo Dios determinará nuestra vida algún momento porque él es el que decide, con eso yo lo comparo porque imagínese enfermero que me complique algún momento y no pueda moverme o comer y necesite de otros.*

Participante 5: *Esta enfermedad lo compararía con desesperación, porque algún momento nos podemos empeorar y no sabemos qué hacer y estamos propensos cuando nos olvidamos de tomar el medicamento o no cuidamos nuestras comidas y sé que eso es muy difícil, porque siempre queremos comer como lo hacíamos antes, también lo compararía con la muerte porque esta enfermedad lo mato a mi hermano hace para 20 años, él no se cuidaba a pesar que estaba enfermo seguía comiendo con demasiada sal, manteca y eso creo yo que también lo complicó.*

Participante 6: *Yo lo compararía con un veneno que día a día nos va matando por dentro, el cuerpo se pone más débil, solo esperar lo que Dios decida, porque cuando me preocupo siento que me empeoro y eso también nos dicen en el puesto de salud que las preocupaciones nos van a empeorar, yo asisto la posta para que nos midan la presión y allí nos dan pastillas para tomar todos los días, también lo compararía con algo triste, preocupante.*

Participante 7: *Yo lo compararía con preocupación sé que yo tengo a Dios a mi lado que él no me va abandonar, pero uno nunca sabe lo que pueda pasar, y a si no quiera preocuparme siempre llega a la mente de lo que ya no podemos estar sanos, a veces me preocupo por mis hijos que están lejos y ya no se puede estar tranquilos del todo.*

***Participante 8:** Yo lo compararía con miedo porque a veces pienso que eso también me podría matar y no solo eso peor sería que me deje invalida y que no pueda hacer nada, mi esposo también está enfermo, el solo sacudiéndose esta ya no puede hacer mucho sus cosas y a veces digo con el tiempo quizá me quede sola, también lo comparo con tristeza, con angustia, imagínese estar enfermos y tener que pensar todas las noches en eso.*

Los adultos mayores revelan sus vivencias en cuanto al significado de la enfermedad en su vida, al parecer la hipertensión arterial ha creado un impacto negativo en su cotidianidad, sin discriminar edad, sexo, estado civil, religión, con quien vive o cuantos medicamentos consume al día, el significado de esta afección es negativo al compararla con depresión o desesperación, veneno, preocupación o miedo.

De acuerdo a los resultados cuantitativos y cualitativos, se hace relevante la labor del personal de salud en la prevención de enfermedades no transmisibles como la hipertensión arterial conocida por ser una enfermedad silenciosa, haciendo uso de herramientas educativas respetando la cultura de la población y hagan uso de su experiencia y conocimiento previo para lograr cambios sostenibles y mejorar sus estilos de vida.

En este sentido Ordunez, P. refiere que la hipertensión constituye un problema de salud masivo a nivel poblacional. Su prevención y control exigen una estrategia de curso de vida y un enfoque de la salud que involucre a toda la sociedad por medio de políticas y medidas multisectoriales, el empoderamiento de las personas y las comunidades, y una atención primaria que sea el pilar fundamental de los servicios de salud integrados.

Por lo tanto, los programas sobre hipertensión requieren una fuerte voluntad política, mecanismos de coordinación que rindan cuentas en todos los niveles del sistema de salud, la implicación de las partes interesadas, un fuerte activismo comunitario, la presencia de mecanismos de protección económica y de la salud, una asignación presupuestaria y un enfoque de atención primaria de salud que sea eficaz y tenga la capacidad de abarcar a toda la población (60).

Indicar también que los estilos de vida no saludables se presentaron en mayor porcentaje en los adultos mayores de 80 años en adelante, guardando relación que a mayor edad la autonomía es menor, viéndose deteriorada su salud y con el pasar de los años presentando mayor fragilidad y dependencia comprometiendo su estilo de vida; así mismo, en un alto porcentaje en las mujeres debido a que en su mayoría se dedican a los quehaceres del hogar y no tienen espacios recreativos fomentando el sedentarismo, lo que afecta negativamente su salud; los participantes viudos presentan estilos de vida no saludables, en tal sentido el adulto mayor debe preparar sus alimentos consumir su medicación entre otros cuidados sin el apoyo de una pareja.

Aquellos que profesan la religión evangélica presentan estilos de vida no saludables, esto es debido a que se limitan en consumir algunos alimentos ricos en proteínas como la carne de cuy, gallina y sangre de los animales importantes para mantener su peso y su inmunidad, así como también en la mitad de los analfabetos, esto por el escaso conocimiento sobre la importancia de mantener hábitos saludables para su salud. Los que viven con personas diferentes a sus familiares ellos presentan en su totalidad estilos de vida no saludables, donde se puede mencionar que la compañía y cuidado de un familiar es importante para el apoyo de actividades cotidianas que van en beneficio de su salud.

En relación al tiempo de enfermedad un alto porcentaje padecen la enfermedad por más de 11 años y presentan un estilo de vida no saludable, se puede mencionar que muchos de los participantes padecen la enfermedad desde la edad adulta, por eso cuán importante es mantener hábitos de vida saludables desde una edad más temprana y así poder prevenir estas enfermedades no transmisibles. Finalmente, aquellos que toman más de dos medicamentos al día presentan estilos de vida no saludables en un alto porcentaje, estos medicamentos aumentan la probabilidad de que interactúen peligrosamente provocando confusiones, reacciones adversas o empeorar condiciones existentes en los adultos mayores que presentan la hipertensión arterial.

La divergencia de las ideas entre los resultados de la tabla y los discursos pueden fundamentarse en la edad mayor de 80 años, en el sexo de los participantes o estado civil, es decir aquellos participantes mayores de 80 años, mujeres o viudos pueden presentar vivencias particulares de acuerdo a su entorno, social, familiar o amical, incluso en su interacción con el personal de salud que brinda atención de salud brinda consejería, al respecto Pender en la Teoría de Promoción de la Salud presenta aspectos importantes donde interfieren modificaciones de las conductas de los individuos, la actitud y motivación orientadas a promover su salud, señala que existen procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos para que se comprometan con las conductas destinadas al fomento de la salud (25).

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

1. En relación a las características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores con hipertensión arterial. La mayoría de participantes tiene entre 60 a 69 años. Existe mayor presencia de hombres. La mayor proporción son casados. Predomina la religión católica. El mayor porcentaje de los participantes son analfabetos y vive con su esposo/a. El mayor porcentaje padecen la enfermedad por más de 11 años y toma un medicamento al día.
2. En cuanto a los estilos de vida de los participantes la mayor parte presenta estilos de vida saludables.
3. Los estilos de vida no saludables se presentaron en mayor porcentaje en los adultos mayores que tienen de 80 años a más; en las mujeres más que en los varones, en los participantes de estado civil viudos, en los que profesan la religión evangélica y en los que presentan grado de instrucción analfabetos. Los que viven con personas diferentes a sus familiares (vecinos). En relación al tiempo de la enfermedad el porcentaje de estilos de vida no saludables es mayor en aquellos con HTA por más de 11 años. Finalmente, en aquellos que toman más de dos medicamentos al día.
4. Las vivencias de los adultos mayores con hipertensión arterial, revelan angustia y temor frente a los cambios en su vida diaria a partir del diagnóstico de la HTA, sobre todo en su alimentación; comparan a la enfermedad con tristeza, desesperación e incluso con la muerte.
5. En relación a los cambios de la hipertensión arterial en los estilos de vida, los participantes develan que ha repercutido de manera negativa en su salud, alimentación, estado emocional experimentado vivencias de tristeza, preocupación, desesperación, llanto, y temor a las complicaciones de su enfermedad.

6. La hipertensión arterial en la vida del adulto mayor ha significado un impacto negativo en su cotidianidad, sin discriminar edad, sexo, estado civil, religión, con quien vive o cuantos medicamentos consume al día.

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

A los profesionales que laboran en el Centro de Salud Lajas

- Se propone llevar a cabo un trabajo intersectorial con la finalidad de fomentar el respeto de los derechos establecidos para los adultos mayores en el Reglamento de la Ley N° 30490. Este esfuerzo se dirigiría a las instituciones de salud y entidades gubernamentales, responsables de determinar y aplicar las directrices políticas en beneficio de los adultos mayores.
- Se recomienda llevar a cabo actividades preventivo promocionales, tanto masivas como individuales, Todo ello con el fin de fomentar estilos de vida más saludables en beneficio de nuestra población adulta mayor.

A las instituciones educativas (primaria, secundaria y superior)

- Implementar en las horas de tutoría programas sobre el buen trato al adulto mayor.
- Concientizar a la población estudiantil en el cuidado de las personas adultas mayores poniendo énfasis en el cuidado humanizado, y satisfacer todas sus necesidades.

A la Escuela de Posgrado de la Universidad Nacional de Cajamarca.

- A los directivos de la Escuela de Posgrado, Mención Salud Pública, y a los estudiantes de la Maestría se les sugiere realizar investigaciones futuras sobre los estilos de vida y vivencias de los adultos mayores con hipertensión arterial.
- En base a estos resultados difundir a través de los medios de comunicación actividades preventivas promocionales (estilos de vida, hábitos alimenticios, etc.) con el fin de tener una vejez digna y saludable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huenchuan, S. Envejecimiento, Personas Mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: Perspectiva Regional y de Derechos Humanos [Internet]. Naciones Unidas: UN; 2019 [citado 31 de enero de 2025]. 259 p. (ECLAC Books). Disponible en: <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210586405>
2. Cruz, J. Manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor. Medicina interna de México. agosto de 2021;35(4):515-24.
3. Organización de las Naciones Unidas. Una población que envejece exige más pensiones y más salud | Noticias ONU [Internet]. 2023 [citado 11 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2023/01/1517857>
4. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Nuevo documento analiza los efectos de la transición demográfica, las grandes tendencias existentes y los perfiles poblacionales en América Latina y el Caribe [Internet]. Comisión Económica para América Latina y el Caribe; [citado 11 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/noticias/nuevo-documento-analiza-efectos-la-transicion-demografica-grandes-tendencias-existentes>
5. Diario el peruano. Adultos mayores conducen 32.7% de hogares peruanos [Internet]. [citado 11 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia/221604-adultos-mayores-conducen-327-de-hogares-peruanos>
6. Gobierno Regional de Cajamarca. Población adulta mayor de Cajamarca supera 160 mil personas [Internet]. [citado 11 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://portal.regioncajamarca.gob.pe/noticias/poblacion-adulta-mayor-de-cajamarca-supera-160-mil-personas>
7. Padrón Nominal. Reporte de adultos mayores distrito de Lajas. 2024.
8. Martínez, C. Guillen, M. Quintana, D. Prevalencia, factores de riesgo y clínica asociada a la hipertensión arterial en adultos mayores en América Latina. Dominio de las Ciencias. 2021;7(Extra 4):152.

9. Sierra, A. La hipertensión arterial en el anciano | Medicina Integral. [citado 7 de enero de 2024]; Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la-hipertension-arterial-el-anciano-13041793>
10. Contreras, R. Senmache, A. Conocimiento y estilos de vida en los adultos con hipertensión arterial del Centro de Salud la Victoria i, 2021 [Internet]. Universidad Señor de Sipan; 2021 [citado 9 de enero de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/9713/Contreras%20Ventura%2c%20Rut%20%26%20Senmache%20Serquen%2c%20Alejandra.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Ruiz, A. Ortiz, A. Prevalencia e incidencia de hipertensión arterial en Perú: revisión sistemática y metaanálisis. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 22 de diciembre de 2021;521-9.
12. Hernández, A. Carrillo, M. Azurin, V. Análisis espacial de la hipertensión arterial en adultos peruanos, 2022. Archivos peruanos de cardiología y cirugía cardiovascular. abril de 2023;4(2):48-54.
13. Salazar, P. Rotta, A. Otiniano, F. Hipertensión en el adulto mayor. Revista Médica Herediana. enero de 2016;27(1):60-6.
14. Plan de desarrollo regional concertado. Proceso de construcción participativo del Plan de Desarrollo Regional Concertado Cajamarca 2033 [Internet]. [citado 3 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.regioncajamarca.gob.pe/media/portal/KJDIG/documento/48191/Plan_de_Desarrollo_Regional_Concertado_-_PDRC_Cajamarca_203_sV2jeK3.pdf?r=1699734890
15. Cachimuel, E. “Estilos de vida en pacientes hipertensos de 45 a 75 años que acuden al Centro de Salud Tipo C – San Rafael, Esmeraldas 2019” [Internet]. [Ibarra-Ecuador]: Universidad Técnica del Norte; 2029 [citado 24 de enero de 2024]. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/9829/2/06%20ENF%201104%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>

16. Alonzo, M. Valle, M. Cardoso J. Importancia de estilos de vida en adultos mayores hipertensos. centro del adulto mayor “Renta Luque”. 2019. Más Vita Rev. Cienc. Salud. 21 de junio de 2021;3(2):23-9.
17. Padilla, J. Estilos de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial del barrio Mariscal Sucre, Cantón La Libertad, 2022 [Internet]. [La libertad]: Universidad Estatal Península de Santa Elena Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud carrera de Enfermería; 2023 [citado 13 de enero de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.upse.edu.ec/bitstream/46000/9580/1/UPSE-TEN-2023-0046.pdf>
18. Castillo, Y. Cueva, N. “Vivencias de los Adultos Mayores con Hipertensión Arterial” [Internet]. [Trujillo]: Universidad Nacional de Trujillo; 2018 [citado 17 de diciembre de 2025]. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/2a692e30-b78d-4ac0-aeba-b73634c627de/content>
19. Puican, M. Estilos de vida en pacientes ancianos con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud de Surco, 2019 [Internet]. [Lima]: Universidad Privada Norbert Wiener; 2019 [citado 13 de enero de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/3175/TESIS%20Puican%20Maria.pdf?sequence=1>
20. Suárez, S. Perfil de estilos de vida del adulto mayor con hipertensión arterial que acude al centro de salud público, la Victoria-2019 [Internet]. [Pimentel-Perú]: Señor de Sipán; 2021 [citado 13 de enero de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/9114/Su%C3%A1rez%20Hern%C3%A1ndez%20Sonia%20Isela.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
21. Matta, M. Santisteban, G. Estilos de vida saludable en adultos mayores con hipertensión en la Asociación Santa Rosa – Los Olivos – Lima, 2021. [Internet]. [Lima]: Cesar Vallejo; 2021 [citado 13 de enero de 2024]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/91427/Matta_AMG-Santisteban_MG-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
22. Aguilar, R. Huamán, E. “Estilo de vida en pacientes con hipertensión arterial en el centro materno infantil Manuel Barreto, San Juan De Miraflores – 2021” [Internet].

- [Lima]: María Auxiliadora; 2022 [citado 13 de enero de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/755/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Mejía, D. Estilos de vida e hipertensión arterial en los adultos y adultos mayores en la Microred Patrona de Chota, 2021 [Internet]. [Chota]: Universidad Nacional de Cajamarca; 2023 [citado 17 de enero de 2024]. Disponible en: https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/5808/14.06.2023__Dagoberto%20mej%C3%8da_Enf_Unc%20chota..pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. Pérez, K. Castañeda, L. Vivencias de Adultos Mayores con Hipertensión Arterial en la Comunidad de Llangodén Bajo, Lajas – 2023 [Internet]. [Lajas]: Universidad Nacional Autónoma de Chota; 2024 [citado 17 de diciembre de 2025]. Disponible en: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://repositorio.unach.edu.pe/server/api/core/bitstreams/86dd8c14-5a66-4f34-bb91-10470b1c6ac0/content>
25. Raile, M. Modelos y teorías de Enfermería. Séptima. España: Edic. séptima, S.L.; 2010. 809 p.
26. Gerencia asistencial en atención primaria. Atención Primaria. 2021 [citado 27 de mayo de 2023]. Estilos de Vida. Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/hospital/atencionprimaria/ciudadanos/estilos-vida>
27. Bastías, E. Stieповich, J. Una revisión de los estilos de vida de estudiantes universitarios Iberoamericanos. Ciencia y enfermería. agosto de 2014;20(2):93-101.
28. Cavero, E. et al. Estilos de Vida del Adulto Mayor desde un Enfoque Social, Biológico y Psicológico. Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar. 13 de noviembre de 2023;7(5):6753-69.
29. Campo, Y. Pombo, L. Teherán, A. Estilos de vida saludable y conductas de riesgo en estudiantes de medicina. Salud UIS [Internet]. 9 de agosto de 2016 [citado 13 de enero de 2024];48(3). Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/5667>

30. Jauregui, M. Estilos de vida e hipertensión arterial, en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva, Chachapoyas - 2017 [Internet]. [Perú-Chachapoyas]: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas; 2018 [citado 17 de enero de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14077/1287/Maribel%20Jauregui%20Sanchez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. Sarabia, M. Vásquez, L. Nápoles, N. Estilos saludables de vida y su relevancia en la salud del individuo. *Humanidades Médicas*. agosto de 2005;5(2):0-0.
32. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión [Internet]. 2023 [citado 26 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/hypertension>
33. Rubio, A. Nuevas guías del American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension para el tratamiento de la hipertensión. ¿Un salto en la dirección correcta? *Medicina interna de México*. abril de 2018;34(2):299-303.
34. Instituto Mexicano del Seguro Social. Promoción, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención. 11410, Ciudad de México. 2021;122.
35. Maguiña, P. Factores de riesgo que predisponen a hipertensión arterial en adultos que acuden al servicio de triaje del Centro De Salud “Max Arias Schreiber” - 2013 [Internet]. [Lima-Perú]: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2014 [citado 3 de febrero de 2024]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3536/Magui%C3%B1a_dp.pdf?sequence=1
36. Weschenfelder, D. Gue, J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. *Enfermería Global*. abril de 2012;11(26):344-53.
37. Valero, R. García, A. Normas, consejos y clasificaciones sobre hipertensión arterial. *Enfermería Global*. febrero de 2009;(15):0-0.
38. Vidalón, A. Clínica de la hipertensión arterial, para el médico general. *Anales de la Facultad de Medicina*. diciembre de 2010;71(4):237-9.

39. Contreras, F. Rivera, M. Rodríguez, S. et al. Valoración del Paciente Hipertenso. Revista de la Facultad de Medicina. enero de 2000;23(1):11-8.
40. Minayo, M. Los conceptos estructurantes de la investigación cualitativa. Salud Colectiva. 3 de diciembre de 2010;6(3):251.
41. Ministerio de Salud. Norma técnica de hipertensión del adulto mayor [Internet]. 2010 [citado 13 de enero de 2024]. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3132.pdf>
42. Varela, L. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. abril de 2016;33(2):199-201.
43. Ministerio de la mujer y desarrollo social. Pautas y Recomendaciones para el Funcionamiento de los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM) [Internet]. 2009. Disponible en: https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/CIAM_boletin.pdf
44. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Glosario de términos. 2014;24.
45. Instituto Nacional del Cáncer. Definición de tiempo transcurrido hasta la progresión - Diccionario de cáncer del NCI - NCI [Internet]. 2011 [citado 3 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/tiempo-transcurrido-hasta-la-progresion>
46. Vera, O. Uso racional de medicamentos y normas para las buenas prácticas de prescripción. Revista Médica La Paz. 2020;26(2):78-93.
47. Centro de epidemiología, prevención y control de enfermedades. Análisis de la situación de salud Chota. 2017.
48. Hernández, R. Metodología de la investigación [Internet]. 7.^a ed. México: mexicana; 2018 [citado 23 de enero de 2024]. 736 p. Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>

49. Padrón Nominal. Adultos mayores con hipertensión arterial Centro de salud Lajas. 2024.
50. Otzen, T. Manterola, C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int J Morphol.* marzo de 2017;35(1):227-32.
51. Minayo, M. *Investigación social. Teoría, método y creatividad.* 2001;10.
52. Quiles, O. Sabiote, C. Herrera, L. *Teoría y práctica del análisis de datos cualitativos. proceso general y criterios de calidad.* 2005;23.
53. Observatorio de bioética i Dret. *Principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación.* 1979;11.
54. Asociación Médica Mundial. Ferney-Voltaire, Francia. 2024 [citado 20 de diciembre de 2025]. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
55. Polit, D. et al. *Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos* [Internet]. 2024 [citado 20 de diciembre de 2025]. Disponible en: https://bibliotecadigital.uchile.cl/discovery/fulldisplay?vid=56UDC_INST:56UDC_INST&tab=Everything&docid=alma991002122819703936&lang=es&context=L&adaptor=Local%20Search%20Engine&query=sub,exact,Historia%20natural,AND&mode=advanced&virtualBrowse=true
56. Instituto Nacional de estadística informática. *Situación de la población adulta mayor* [Internet]. Lima; 2021 [citado 27 de diciembre de 2024] p. 50. Report No.: 04. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/04-informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor-iii-trim-2021.pdf>
57. Zubeldia, L. et al. *Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunidad Valenciana.* España. 2021;90:11.

58. Sociedad colombiana de cardiología y cirugía cardiovascular. Hipertensión arterial en pacientes de edad avanzada: una revisión estructurada [Internet]. [citado 24 de diciembre de 2025]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-pdf-S012056331830024X>
59. Cáceres, J. Estilos de vida en pacientes del programa de hipertensión arterial del Hospital I Carlos Alcántara 2014 [Internet]. Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2016 [citado 13 de enero de 2024]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/323346204.pdf>
60. Ordunez, P. HEARTS en las Américas: impulsar el cambio en el sistema de salud para mejorar el control de la hipertensión en la población. Panamá. 2024;48(17):16.

ANEXOS
ANEXO: N°1

ESCALA DE ESTILO DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES

Elaborado por: Walker, K. Sechrist (2007)

I. PRESENTACIÓN

La presente investigación se realizará con el objetivo de determinar los estilos de vida y las vivencias de los adultos mayores con hipertensión arterial. Centro de Salud de Lajas - Chota 2024. Para ello, solicito contestar con veracidad las preguntas que a continuación se presentan, precisando que los datos son de carácter anónimo y para fines exclusivos de la investigación.

II. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Edad	<input type="checkbox"/> 60 a 69 años <input type="checkbox"/> 70 a 79 años <input type="checkbox"/> 80 a más
2. Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
3. Estado civil	<input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a)
4. Religión	<input type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> Ninguna
5. Grado de instrucción	<input type="checkbox"/> analfabeto (a) <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Primaria completa

	<input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Superior no universitaria <input type="checkbox"/> Superior universitaria
6. Con quien vive	<input type="checkbox"/> Sola (o) <input type="checkbox"/> Esposo (a) <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Otros (o)
7. Tiempo de enfermedad	<input type="checkbox"/> Menos de un año <input type="checkbox"/> 1 a 5 años <input type="checkbox"/> 6 a 10 años <input type="checkbox"/> Mas de 11 años
8. Medicamentos que toma al día	<input type="checkbox"/> Un medicamento <input type="checkbox"/> 2 a 5 medicamentos <input type="checkbox"/> Mas de 6 medicamentos

III. INSTRUCCIONES

- ✓ Nunca (N), es una conducta que no realiza, 0 veces.
- ✓ Algunas veces (Av.), es una conducta que pocas veces realiza, de 1 a 2 veces.
- ✓ Frecuentemente (F), conducta que realiza varias veces, de 3 a 5 veces.
- ✓ Siempre (S), conducta que realiza diariamente o a cada instante

N° de ítems	Ítems	1	2	3	4
Estilo de vida biológico					
9.	Come usted tres veces al día: desayuno, almuerzo y cena.				
10.	Todos los días, consume alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carne, leche, menestras y cereales.				
11.	Consume de 4 a 8 vasos de agua al día.				

12.	Consume usted 2 a 3 frutas diarias.				
13.	Consume alimentos bajo en grasas				
14.	Limita el consumo de azúcares (dulces).				
15.	Consume alimentos con poca sal				
16.	Realiza Ud., ejercicio físico por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana (correr, trotar, caminar, otros)				
17.	Diariamente realiza actividad física que incluya el movimiento de todo su cuerpo (como utilizar las escaleras en vez de utilizar el ascensor, caminar después de almorzar, u otros)				
18.	Duerme usted de 5 a 6 horas diarias como mínimo.				
19.	Tiene usted diariamente un horario fijo para acostarse a dormir.				
Estilo de vida psicológico					
20.	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica.				
21.	Usted lee o ve programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud.				
22.	Usted identifica situaciones que le preocupan en su vida.				
23.	Usted utiliza métodos para afrontar el estrés.				
24.	Desahoga usted de manera positiva sus tensiones (conversando, llorando)				
25.	Realiza siestas después de desayunar, almorzar o cenar como parte de una relajación.				
26.	Se concentra en pensamientos agradables a la hora de acostarse.				

27.	Practica ejercicios de respiración como parte de una relajación.				
28.	Usted se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida				
29.	Usted se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza.				
30.	Usted se cuida y se quiere a sí mismo				
Estilo de vida social					
31.	Participa en actividades recreativas (caminatas, bailes, manualidades, ir de paseos)				
32.	Se relaciona bien con los demás (familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc.)				
33.	Tiene facilidad para demostrar sus preocupaciones, amor, cariño a otras personas				
34.	Pasa tiempo con su familia.				
35.	Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de su familia.				
36.	Tiene usted facilidad para demostrar y aceptar contacto físico con las personas que le importan (un abrazo, apretón de manos, palmadas, otros)				
37.	Consume usted cigarrillos				
38.	Consume usted bebidas alcohólicas (cerveza, cortos, sangría, etc.)				

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

**ESTILOS DE VIDA Y VIVENCIAS DE LOS ADULTOS MAYORES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL - CENTRO DE SALUD LAJAS- CHOTA 2024.**

ANEXO: N° 2

ESTRUCTURA DEL CUESTIONARIO SEMIESTRUCTURADO

ENTREVISTA N°:

FECHA:

SEUDÓNIMO:

EDAD:

OCUPACIÓN:

SEXO:

1. ¿Qué cambios a causado en su vida la hipertensión arterial?
2. ¿Cuál cambio ha sido el más difícil?
3. ¿Si pudiera comparar esta enfermedad con que sería?
4. ¿Cuál es su mayor miedo en el futuro con respecto a su hipertensión?

ANEXO: N° 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto: ESTILOS DE VIDA Y VIVENCIAS DE LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL - CENTRO DE SALUD LAJAS-CHOTA 2024.

Investigador: Licenciado en Enfermería Wilder Gavidia Herrera

Estimado participante

Mediante la presente, usted es invitado a participar en un estudio sobre estilos de vida y vivencias de los adultos mayores con hipertensión arterial - Centro de Salud Lajas-Chota 2024.

Este estudio tiene como propósito aportar, a partir de sus resultados, una mejor comprensión sobre los estilos de vida y vivencias de los adultos mayores con hipertensión arterial.

En este contexto, deseo solicitarle su participación en el proyecto, lo que se materializaría realizando la siguiente actividad:

Llenar un cuestionario y participar en una entrevista.

Para su conocimiento se puntualiza que su participación es voluntaria y anónima.

Libremente acepto participar en este estudio, para la cual me han explicado la metodología, los alcances y los beneficios del mismo. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo rehusarme a la participación de este estudio y retirarme voluntariamente en cualquier momento, sin que esto me genere ningún tipo de consecuencia.

Los datos obtenidos de la entrevista y los instrumentos aplicados serán manejados con privacidad y confidencialidad.

.....

Atentamente

ANEXO N° 04
GRADO DE CONFIABILIDAD

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	12	100,0
	Excluido^a	0	,0
	Total	12	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,836	38