

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**

SECCIÓN JAÉN



TESIS

**“RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y LA PRÁCTICA DE
LOS ADULTOS MAYORES SOBRE PREVENCIÓN DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL. PROGRAMA DE ADULTO
MAYOR. HOSPITAL GENERAL DE JAÉN, 2016”**

TESIS PARA OPTAR TÍTULO PROFESIONAL DE

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR

Bach. Enf. Cécile Catherine Lozada Paredes

ASESORA:

Enf. MCs María Amelia Valderrama Soriano

JAÉN – PERÚ

2017

COPYRIGHT © 2017 By
CÉCILE CATHERINE LOZADA PAREDES
Todos los derechos reservados.

DEDICATORIA

A:

Dios por haberme otorgado una maravillosa familia, quienes han creído en mí siempre. A todos ellos dedico este trabajo porque han fomentado en mí el deseo de superación y triunfo en la vida.

AGRADECIMIENTOS

Dios, en nombre de Jesucristo:

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

A mi madre Pilar

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

A mi padre Evelio

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

A mis maestros

Por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales.

A la Lic. Amelia Valderrama Soriano

Por su asesoría, apoyo y colaboración en la culminación de esta tesis.

A mis compañeros/as

Que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora, seguimos siendo amigos.

Gracias a todos ¡

**RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y LA PRÁCTICA DE
LOS ADULTOS MAYORES SOBRE PREVENCIÓN DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL. PROGRAMA DE ADULTO
MAYOR. HOSPITAL GENERAL DE JAÉN, 2016**

CONTENIDO

Ítem	Página
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
LISTA DE ABREVIACIONES	ix
GLOSARIO	x
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	5
2.1. Antecedentes	5
2.2. Base Teórica	10
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	34
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	37
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	

LISTA DE ILUSTRACIONES

Tablas

N°		Página
1	Datos generales de los Adultos Mayores, Hospital General de Jaén, 2016	
2	Peso y presión arterial de los Adultos Mayores, Hospital General de Jaén, 2016.	

Gráficos

Nº	Página
1	Conocimiento sobre medidas de prevención de Hipertensión Arterial en los Adultos Mayores, Hospital General de Jaén. 2016.
2	Prácticas de medidas de prevención de Hipertensión Arterial en los Adultos Mayores, Hospital General de Jaén. 2016

LISTA DE ABREVIACIONES

- OMS : Organización Mundial de la Salud.
- INEI : Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- HTA : Hipertensión Arterial
- MINSA : Ministerio de Salud.
- ENDES : Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
- RAE : Real Academia Española.
- ASH : Sociedad Americana de Hipertensión.

GLOSARIO

- Prevención** Medida o disposición que se toma de manera anticipada para evitar que una cosa mala suceda.
- Conocimiento** Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje.
- Promoción** Es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.
- Educación** Comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad.
- Salud** Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia.
- Control** Se refiere a la convicción de que hay que seguir luchando, ya que podemos influir en los resultados, en lugar de dejarse llevar por la pasividad y la impotencia.

- Hábitos** Costumbre, tendencia latente a realizar una misma acción en situaciones similares. Los hábitos son patrones involuntarios de conductas y pensamientos, a veces están originados por tendencias instintivas.
- Diagnóstico** Es la identificación y calificación de una enfermedad a través de la observación de los síntomas y signos clínicos del paciente. También se atiende al historial médico del paciente y se encargan pruebas de laboratorio si se precisa.
- Tratamiento** Conjunto de actuaciones médicas y sanitarias que se realizan con el objetivo de prevenir, aliviar o curar una enfermedad, un trastorno o una lesión.

RESUMEN

El estudio es de tipo descriptivo- correlacional, de diseño transversal, el cual tuvo como objetivo determinar la relación entre el conocimiento y la práctica de los adultos mayores sobre la prevención de la hipertensión arterial, en el Programa de adulto mayor del Hospital General de Jaén durante el año 2016. El estudio fue desarrollado con una población muestral ascendente a 90 adultos mayores. El instrumento utilizado fue el cuestionario, considerado válido y con una confiabilidad buena (82%); aplicado a través de la entrevista y visitas domiciliarias. Se concluye que el Conocimiento de medidas de prevención de hipertensión arterial en la mayoría de los adultos mayores fue malo y la práctica de medidas de prevención de hipertensión arterial, fue inadecuado. No se encontró relación significativa (($p=0.744$) respecto al conocimiento y la práctica de los adultos mayores sobre prevención de la hipertensión arterial.

Palabras claves: conocimiento, práctica, prevención, adulto mayor.

ABSTRACT

Descriptive-correlational study, transversal design, which aimed to determine the relationship between knowledge and practice of older adults on the prevention of arterial hypertension, in the Adult Senior Program of General Hospital of Jaén during the year 2016. It was developed with a sample population ascending to 90 older adults. The instrument used was the questionnaire, considered valid and with good reliability (82%); applied through the interview and home visits. It is concluded that the knowledge of measures in prevention of hypertension in the majority of the elderly was bad and the practice of measures of prevention of arterial hypertension, was inadequate. There was no significant relationship ($p = 0.744$) to the knowledge and practice of older adults on prevention of hypertension.

Keywords: knowledge, practice, prevention, elderly.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El conocimiento y la práctica en los Adultos Mayores sobre la prevención de la hipertensión arterial es muy importante ya que les permite comprender mejor y tomar consciencia sobre su propio estado de salud, es por esta razón que se hace necesario que los profesionales de enfermería manejen y apliquen los conocimientos referidos a la prevención en hábitos de salud y autocuidado en pacientes con hipertensión arterial, con el fin de disminuir los riesgos de accidentes cardiovasculares que pueden derivarse de su condición.

La prevención de la hipertensión arterial es la medida más importante, universal y menos costosa. El perfeccionamiento de la prevención y el control de la presión arterial es un desafío importante para todos los países, lo cual debe constituir una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos. La adecuada percepción del riesgo que significa padecer de hipertensión arterial nos obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de educación y promoción dirigidas a la disminución de la Presión Arterial media de la población¹.

El Ministerio de Salud (MINSA) viene realizando acciones para prevenir esta problemática a través de: “Campañas de prevención y control de la hipertensión arterial”, con el propósito de informar y sensibilizar a la población sobre la prevención y detección de esta enfermedad².

Uno de los grandes problemas a nivel mundial es el incremento de las enfermedades crónicas degenerativas o no transmisibles, haciendo que el mayor grupo de población afectada sean los adultos o adultos mayores.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que la Hipertensión Arterial, es la primera causa de muerte en el mundo, con una prevalencia de un 26% en países como: Canadá con un 55%, Alemania y Estados Unidos con un 50%; además se encuentra distribuida en todas las regiones del mundo, teniendo una incidencia del 26% en la población entre 20 y 69 años de edad³.

En América Latina la prevalencia de hipertensión arterial es de un 19% en Jamaica, 28% en Paraguay y 37 % en México. Estudios muestran que la frecuencia de Hipertensión Arterial aumenta con la edad; lo que evidencia entonces, que después de los cincuenta años casi el 50% de la población la padece⁴.

La prevalencia de personas con hipertensión arterial a nivel nacional es del 23,7% de la población total (varones 13,4% y mujeres 10,3%), para la sierra 22,1%, la selva 22,7% y la costa 27,3%. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), informó que la Hipertensión afecta a una de cada cuatro personas de 50 y más años de edad, que en términos absolutos asciende a 1'193,000 personas; 604,000 hombres y 589,000 mujeres. Del total de personas con hipertensión solo el 32,7% cuenta con tratamiento de un médico u otro profesional de la salud. Las mujeres (35,8%) son quienes en mayor proporción que los hombres (29,5%) reciben tratamiento para controlar la presión arterial.

Así también el 60% de personas con hipertensión arterial, no tienen conocimiento acerca de esta enfermedad, así como sus factores de riesgo, los niveles de presión arterial, el tratamiento y la prevención⁵.

A nivel provincial según la Dirección de Salud, se reportó 3,819 casos de hipertensión arterial en adultos mayores de 60 años a más, y en sus diferentes distritos con un total de 2,252 casos⁶.

La Encuesta Demográfica y Salud Familiar muestra que 29,7% de la población adulta mayor declaró haber sido informada en algún momento por un médico o profesional de la salud que padece de hipertensión arterial; el 70,1% seguían tratamiento antihipertensivo; y el 29,9% ningún tratamiento⁷.

Por lo expuesto anteriormente, se decidió plantear la siguiente interrogante:

¿No existe relación entre el conocimiento y la práctica de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial del programa de adulto mayor del Hospital General de Jaén, 2016?

La hipótesis que guó la investigación estuvo tendiente a demostrar que no existe relación significativa entre el conocimiento y la práctica de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial.

El objetivo general de la investigación fue: Determinar la relación entre el conocimiento y la práctica de los adultos mayores sobre la prevención de la hipertensión arterial del programa de adulto mayor del Hospital General de Jaén, 2016, como **objetivos específicos**: i) Identificar el nivel de conocimiento de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial, ii) Identificar la práctica de medidas de prevención de hipertensión arterial en los adultos mayores, iii) Establecer la relación entre el conocimiento y la práctica de los adultos mayores sobre la prevención de la hipertensión arterial del programa de adulto mayor del Hospital General de Jaén.

El contexto de la presente investigación fue en el Hospital General de Jaén, el estudio correspondió a una investigación de tipo descriptivo – correlacional, de corte transversal, que permitió determinar la relación entre el conocimiento y la práctica de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial. Programa de Adulto Mayor. La investigación se desarrolló con una población constituida por 90 Adultos Mayores durante el año 2016, utilizando los criterios de inclusión. La técnica utilizada fue la entrevista; el instrumento fue el cuestionario, previamente se realizó la validez del contenido y el análisis de la confiabilidad del instrumento. Los datos fueron procesados y analizados electrónicamente con el paquete estadístico SPSS, versión 21.0. Se obtuvieron frecuencias y porcentajes, luego se procedió a la elaboración de tablas y gráficos estadísticos para el análisis e interpretación de los mismos; para la determinación de la relación entre el conocimiento y la práctica de los adultos mayores sobre la prevención de la hipertensión arterial del programa de adulto mayor del Hospital General de Jaén, se aplicó la correlación de Chi –cuadrado de Pearson.

El trabajo de investigación está constituido en cinco partes. *Capítulo I:* La introducción, recoge el problema, hipótesis y objetivos; *Capítulo II:* el marco teórico, que contiene los antecedentes de la investigación, fundamentos teóricos; *Capítulo III:* describe la metodología; *Capítulo IV:* aborda los resultados y discusión; *Capítulo V:* conclusiones y recomendaciones. Finalmente se presenta las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

A nivel Internacional, encontramos el estudio realizado por Arizaga, et al⁸, estudió “Conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes con diagnóstico de hipertensión que acuden al servicio de cardiología de la consulta externa del Instituto Ecuatoriano de Seguro social, seguro de salud central, Cuenca”, 2016, concluyendo que el padecimiento de la hipertensión arterial está dado como resultado de los estilos de vida no saludables. Las causas que influyeron son el alto consumo de sal (2.9%); el 10.8% fuma cigarrillo; el sedentarismo con el 35.3% que realiza actividad física \leq de 30 minutos al día; 4.9% de ellos no ha recibido tratamiento aún y el 6% no toma la medicación correctamente.

Medina, et al⁹, investigaron los “Conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes que asisten al club de Adulto Mayor Francisco Jácome, Guayaquil”, 2015, Concluyeron que en la práctica de la dieta, aseo y actividad física de los Adultos mayores, el 30% consumen frituras varios días a la semana, 38% nunca realizan actividad física, 44% no se asean todos los días, 14% no se lavan los dientes todos los días, solo 24% visitaron el centro de salud y odontológico con frecuencia, 20% siempre acude a establecimientos de recreación y 14% se cortó las uñas con frecuencia. Se identificó que la mayoría de los adultos mayores sufren de hipertensión arterial y diabetes (62%), el 46% consumen antihipertensivos, y 66% se auto medicó, sin tener conocimiento de los efectos secundarios de estas enfermedades.

A nivel nacional, el estudio realizado por Álvarez¹⁰, realizó el estudio sobre “Nivel de conocimientos de los Adultos Mayores sobre prevención de Hipertensión en un centro de salud”, 2015, concluyeron que del 100% (30) adultos mayores sin hipertensión arterial, se encontró que en relación al sexo 100% (30) de los encuestados, 66.6% (20) son del sexo femenino y el 33.4% (10) corresponden al sexo masculino. En cuanto al grado de instrucción el 66.6% (20) tiene grado de instrucción primaria completa frente a un 33.4% (10) que no tiene primaria completa. En cuanto al conocimiento de su peso 81.81% (26) si conoce su peso frente a un 18.19% (4) que no conoce su peso. En lo que respecta a conocer el valor de su presión arterial 72% (21) tiene conocimiento frente a un 28% (9) que no tiene conocimiento., en el nivel de conocimiento el 80 por ciento tiene un nivel de conocimiento medio y el 6,6% un conocimiento bajo.

Duran¹¹, investigó sobre los “Conocimientos, prácticas y actitudes de autocuidado en pacientes hipertensos pertenecientes a la cartera del Adulto Mayor en el Hospital Uldarico Rocca Fernández Villa el Salvador”,2015, Concluyeron que del 100% (91), 75% (68) tienen de 61 a 80 años; 60% (55) son de sexo femenino; 24% (22) tienen primaria incompleta y secundaria completa respectivamente; 43% (39) tienen un tiempo de enfermedad de 1mes a 5 años y un 40% (36) tienen de 6 a 15 años, Respecto a los conocimientos sobre autocuidado que tienen los pacientes hipertensos, del 100% (91); 52% (47) conocen y 48% (44) no conocen. Acerca de las prácticas sobre autocuidado del 100% (91); 64% (84) realizan prácticas inadecuadas de autocuidado y 36% (33) realizan prácticas adecuadas de autocuidado.

Vanegas¹², cuya investigación fue titulada “Conocimientos y prácticas en hipertensión arterial en personas que acuden al Subcentro de Salud Rural Tayuza-

Morona Santiago. Ecuador”, 2014, Llegaron a la conclusión que la comunidad de Tayuza el 60% de hipertensos son hombres, el 50% están casados, el 46% son amas de casa; el 78% se consideran mestizos; la medida de peso se encuentra entre 67,8 kg, Talla 1,55, Índice de Masa Corporal 27, 91, Tensión Arterial sistólica 141, 48, Tensión Arterial Diastólica 79,84. Circunferencia abdominal 95,49 cm y en cuanto a conocimientos todas las variables presentan una diferencia estadísticamente significativa. De manera general el nivel de conocimientos pre intervención es inadecuado (54,2%), mientras tanto el nivel pos intervención es adecuada (87,4%).

Rivera, et al¹³, investigó sobre “Conocimientos, actitudes y prácticas del paciente Hipertenso de la Empresa Social del Estado del Hospital Comunal Malvinas Colombia”, 2014, Concluyeron que los pacientes hipertensos presentaron conocimientos, actitudes y prácticas favorables y tendrá mayor probabilidad de llevar a cabo un manejo adecuado de la enfermedad y el régimen terapéutico.

Lagos¹⁴, estudió la “Efectividad de la estrategia educativa en un incremento de conocimientos del autocuidado en Adultos Mayores hipertensos Centro de Atención del Adulto Mayor “Tayta-Wasi”, 2014, Concluyeron que los 30 Adultos Mayores (100%); antes de la aplicación de la estrategia educativa, 16 (53,3%) Adultos Mayores presentaron un nivel de conocimientos bajo, 12 (40%) Adultos Mayores un nivel medio y 2 (6,7%) Adultos Mayores con un nivel alto. Después de aplicada la estrategia educativa, 21 (70%) Adultos Mayores presentaron un nivel de conocimientos alto, 9 (30%) Adultos Mayores un nivel medio y nadie presentó un nivel bajo.

Echeverría, et al¹⁵, al evaluar el “Nivel de conocimiento y calidad de autocuidado del Adulto Mayor con Hipertensión”, 2014, Concluyeron que el 42% de los

adultos mayores presentaron un nivel de conocimiento medio y el 36%, un nivel de conocimiento alto. El 51 % de adultos mayores presentan una calidad de autocuidado medio y el 27% de calidad de autocuidado alto. Existe relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento y calidad de autocuidado de los adultos mayores con hipertensión.

Fanarraga¹⁶, investigó el “Conocimiento y práctica de autocuidado domiciliario en pacientes Adultos con Hipertensión Arterial, en consultorios externos de Cardiología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen EsSalud”,2013, Concluyeron que el mayor porcentaje de los pacientes conocen sobre los valores de la hipertensión arterial, el daño que la hipertensión ocasiona a otros órganos, la importancia de la caminata durante el día, importancia del descanso, signos y síntomas de la hipertensión y dieta baja en sal y el mayor porcentaje de los pacientes desconocen que la hipertensión se agrava a través del tiempo, la edad y la obesidad así como un porcentaje significativo desconocen los daños ocasionados por la hipertensión y que sus efectos son irreversibles.

Condori, et al¹⁷, sobre “Relación entre el conocimiento y la práctica del autocuidado e Hipertensión Arterial en los Adultos Mayores de 35 años del Distrito misionero de Chaclacayo de la Iglesia Adventista del Séptimo Día”, 2011, Concluyeron que existe una relación positiva muy débil entre el conocimiento y la hipertensión, a diferencia de las prácticas de autocuidado con la Hipertensión Arterial, debido a que existe una relación positiva considerable. Asimismo, en relación entre el nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado con la hipertensión arterial muestran que existe una relación positiva débil.

Prado, et al¹⁸, al evaluar el “Programa Educativo Sobre Hipertensión Arterial A Los Pacientes Que Acuden Al Club De Hipertensos La Sabanita. Bolívar”, 2010,

concluyeron que el 66,67% de los pacientes eran del sexo femenino, predominando el grupo etáreo de 54 - 61 años de edad con 38,10%. El estado civil que más prevalece es el de casados y concubinos ambos con un 38,10%. En cuanto al nivel académico el 38,10% de los pacientes son bachilleres; El 66.67% pertenecen al estrato social III. Antes de la implementación del programa el 57,14% de los encuestados no tenían ningún conocimiento, el 38,10% poseían poco conocimiento y el 4,76% tenían suficiente conocimiento. Después de la implementación del programa el 80,95% de los encuestados poseen suficiente conocimiento, el 14,29% tienen poco conocimiento y 4,76% no tienen ningún conocimiento. Las respuestas obtenidas en el pre-test y pos-test fueron comparadas, dando como resultados un valor de “t” de student a 12,25 con un nivel significativo de $p > 0,05$ (t: 12,25 $p > 0,05$).

Estos estudios son de gran interés, ya que permitirán orientar mejor el problema de investigación, destacándose aspectos importantes sobre la relación entre el conocimiento y la práctica de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial. Programa de Adulto Mayor; así también permite circunscribir mejor las variables de estudio sobre todo el nivel de conocimiento y las prácticas de prevención de la Hipertensión Arterial y además son útiles como punto de partida de la revisión teórica de los autores mencionados en cada estudio.

2.2. Base Teórica.

2.2.1. Conocimiento

Según Kaplan, el conocimiento es una información esencial, adquirida de diferentes maneras, que se espera que sea una reflexión exhaustiva de la realidad, y que se incorpora y se usa para dirigir las acciones de una persona.

Según Muños et al, el conocimiento es la capacidad de resolver un determinado conjunto de problemas con una efectividad determinada. el conocimiento es un conjunto integrado por información, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia, que ha sucedido dentro de una organización, bien de una forma general o personal. El conocimiento solo puede residir dentro de un conocedor, una persona determinada que lo interioriza racional o irracionalmente.

Según Bunge, el conocimiento como conjunto de ideas, conceptos, enunciados que pueden ser claros, precisos, ordenados, fundados, vagos e inexactos, en base a eso especifica el conocimiento científico y el conocimiento ordinario o vulgar. En conclusión, se puede decir que el conocimiento es un fenómeno complejo que implica los cuatro elementos (Sujeto, Objeto, Operación y Representación interna) de tal manera que si fuera uno de estos, aquel no existe. La representación interna es el proceso cognoscitivo¹⁹.

Características del conocimiento

- Es un proceso de carácter dialogal, de nosotros como sujeto con algo, lo conocido, que es el objeto, este dialogo se mediatiza por la conciencia, este actúa como frontera que, al mismo tiempo que une, separa o divide.
- Es un fenómeno consciente.
- Proceso consciente supone siempre una dualidad, sujeto-objeto.

Tipos de conocimientos

Conocimiento empírico. - Se define como el conocimiento basado, en la experiencia y en la percepción, que todo hombre adquiere debido a las diversas necesidades que se presentan en la vida, adquirido muchas veces por instinto y no pensamiento fundamentado donde todo conocimiento que se genera no implica a la ciencia o leyes.

Conocimiento científico. - A diferencia del conocimiento empírico el conocimiento empírico, el conocimiento científico es un saber crítico con fundamentos, metódico, verificable, sistemático, unificado, ordenado, universal, objetivo, racional, provisorio y que implica los sucesos a partir de leyes. Cabe indicar que para esto se utiliza también el método científico que aparte de otras cosas muchas veces empieza trabajando en base a algo empírico que necesita ser probado.

Conocimiento explícito. - A diferencia del conocimiento tácito, de esta sabemos que lo toleramos y para ejecutarlos somos conscientes de ello. Por esto es más fácil de transmitir o representarlos en un lenguaje, debido a que sus características son: ser Estructurado y Esquemático.

Conocimiento tácito. -Es conocido como el tipo de conocimiento inconsciente, del cual podemos hacer uso, lo que hace que podamos implementarlo y ejecutarlo, como se diría, de una forma mecánica sin darnos cuenta de su contenido.

Conocimiento intuitivo. - El conocimiento intuitivo está definido como la aprehensión inmediata de las experiencias internas o externas en su experimentación o percepción²⁰.

Niveles de conocimiento

Los niveles de conocimiento se derivan del avance en la producción del saber y representan un incremento en la complejidad con que se explica o comprende la realidad.

Es la acumulación de información eleva la calidad de vida y proporciona a las personas un nivel de supervivencia más estable y segura, más agradable y cómoda, más humana para el individuo y para el colectivo social; de estas frases el autor quiere decir que las personas tienen mayor conocimiento sobre determinados temas, van a saber afrontar con mayor eficacia los problemas que se les presente, observándose la vida más agradable, seguro y cómoda tanto para él y su entorno social²¹.

2.2.2. Conocimiento de prevención de Hipertensión Arterial

Es toda aquella información que refieren poseer los pacientes hipertensos acerca de los cuidados que tienen que realizar en beneficio de su salud²².

2.2.3. Prácticas

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española: las define como la “realización de una actividad de una forma continuada y conforme a su regla” o como “aplicación de una idea, teoría o doctrina²³.”

2.2.4. Prácticas de prevención de Hipertensión arterial

Son las actividades que refieren realizar los pacientes hipertensos para favorecer su autocuidado y así evitar las complicaciones de la enfermedad. Poner en práctica las medidas de prevención de hipertensión arterial nos va permitir tener hábitos de vida saludable, sobre todo, evitar el sobrepeso y la obesidad que son los principales factores para prevenir la aparición de la hipertensión. Los

especialistas señalan que llevar una dieta sana y practicar ejercicio puede ayudar a que la población general esté exenta de sufrir esta patología.

La Sociedad Americana de Hipertensión afirma que: Los hábitos alimenticios saludables son importantes para el control de la presión arterial. Un hábito saludable es ingerir bocadillos y comidas con bajo contenido de sal. Recuerde mirar las etiquetas de los alimentos para conocer el contenido de sodio (sal). Los alimentos saludables también proporcionan nutrientes que ayudan a disminuir la presión arterial²⁴.

2.2.5. Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial es un síndrome caracterizado por elevación de la presión arterial y sus consecuencias. Sólo en un 5% de casos se encuentra una causa (hipertensión secundaria); en el resto, no se puede demostrar una etiología (hipertensión arterial primaria); pero se cree, cada día más, que son varios procesos aún no identificados, y con base genética, los que dan lugar a elevación de la presión arterial. La hipertensión arterial es un factor de riesgo muy importante para el desarrollo futuro de la enfermedad vascular (enfermedad cerebrovascular, cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca o renal). La relación entre las cifras de hipertensión arterial y el riesgo cardiovascular es continua (a mayor nivel, mayor morbimortalidad), no existiendo una línea divisoria entre presión arterial normal o patológica. La definición de hipertensión arterial es arbitraria. El umbral elegido es aquel a partir del cual los beneficios obtenidos con la intervención, sobrepasan a los de la no actuación. A lo largo de los años, los valores de corte han ido reduciéndose a medida que se han ido obteniendo más datos referentes al valor pronóstico y los efectos beneficiosos de su tratamiento²⁵.

2.2.6. Fisiopatología

La organización funcional de la circulación de la sangre, necesita del constante mantenimiento de la presión arterial para asegurar la perfusión hística adecuada, esto es un flujo sanguíneo que responda a los requerimientos permanentes de los parénquimas vitales, como corazón y cerebro, y de otros órganos como los riñones. En condiciones normales y de reposo esto se satisface con una presión arterial media de 90-100 mmHg y su constancia depende de un complejo mecanismo de regulación.

La conducción del flujo sanguíneo a los tejidos se realiza a través de un sistema de vasos distensibles, de calibre variado, de diferente composición de pared, que determina tensiones parietales distintas a lo largo del sistema vascular; presenta componentes musculares con funciones de esfínter a nivel de metarteriolas y arteriolas, que permiten una regulación local del flujo sanguíneo, lo que resulta sustancial para los ajustes según demanda particular; la regulación local está gobernada por factores metabólicos, hormonales y nerviosos. Como el flujo sanguíneo es continuo y pulsátil (no intermitente ni discontinuo), se puede resumir que la presión arterial resulta de:

La cantidad de sangre que ingresa al sistema arterial por unidad de tiempo (volumen minuto cardíaco), la capacidad del sistema, la viscosidad del fluido y la resistencia que opone la luz arteriola a su salida hacia el sector capilar y venoso (resistencia periférica).

Considerando que tanto la viscosidad sanguínea como la capacidad del sistema arterial, dada su constancia, no participan activamente en la regulación de la presión arterial, puede decirse que todos los mecanismos de regulación de la presión arterial operan a través de Volumen Minuto Cardíaco y Resistencia

Periférica. Estas dos variables, no son las determinantes de la presión arterial, sino que son los mecanismos de los que se vale el sistema regulador para ajustar las cifras tensionales.

Si bien existen distintas hipótesis para intentar explicar los mecanismos participantes en la autorregulación de la presión arterial, en general todas desembocan en última instancia en la modificación del radio de las arteriolas, independientemente del control hormonal o nervioso, por eso el nombre de autorregulación.

Los mecanismos que intervienen en la autorregulación serían:

- Factores metabólicos: como la concentración arterial de O₂, CO₂ y pH arterial.
- Calibre de los vasos sanguíneos.
- Metabolitos vasoactivos.
- Presión tisular.

Los mecanismos nerviosos están mediados por el sistema nervioso autónomo y otras sustancias no adrenérgicas del tipo de la histamina, o el factor de relajación endotelial, que modifica el calibre del vaso por relajación del músculo liso a través de un mecanismo aún no muy bien dilucidado.

- Los receptores alfa 1, cuyo mediador químico es la norepinefrina, son los responsables de la vasoconstricción en arteriolas.
- Los receptores beta 1, cuyo mediador químico es tanto la epinefrina como la norepinefrina, son los responsables del aumento de la frecuencia cardíaca y de la contractilidad miocárdica.

- Los receptores beta 2, cuyo mediador químico es la epinefrina, son los responsables de la vasodilatación arteriolar.

Los mecanismos hormonales que participan en la regulación de la presión arterial incluyen el de renina-angiotensina-aldosterona (r-a-a), a través de la acción vasoactiva potente de la angiotensina y de la reabsorción de agua y sodio mediada por la aldosterona. Las prostaglandinas de la médula renal, desempeñan un importante rol como antihipertensivas. La prostaglandina A2 y la prostaglandina E2, a través de la vasodilatación cortical, provocan natriuresis y diuresis junto con vasodilatación periférica para estabilizar la presión arterial²⁶.

Factores de riesgo de hipertensión.

Sobrepeso: A medida que se aumenta de peso se eleva la tensión arterial. No se sabe con claridad si es la obesidad por sí misma es la causa de la hipertensión o si hay un factor asociado que aumente la presión en personas con sobrepeso, aunque las últimas investigaciones apuntan a que en la obesidad se asocian otra serie de alteraciones que serían en parte responsables del aumento de presión arterial. Además una alimentación rica en sal y grasas saturadas aumenta la tensión arterial.

Edad y etnia: A medida que las personas van envejeciendo se produce un endurecimiento de las arterias que dificulta el paso de la sangre por las arterias y conlleva al aumento de la presión arterial. Hay un factor de riesgo que es a partir de los 65 años. En cuanto a la etnia, los individuos de etnia negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión que los de etnia blanca.

Sexo: Los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que estas llegan a la edad de la menopausia, a partir de la cual la frecuencia en ambos sexos es igualada. Esto es así porque la naturaleza ha dotado a la mujer mientras se encuentra en edad fértil con unas hormonas protectoras que son los estrógenos y por ello tiene menos riesgo de padecer enfermedades cardio-vasculares.

Estrés: Se considera que el estrés permanente suele producir muchas veces ésta enfermedad. Además según estudios realizados se ha demostrado que la situación económica de un individuo puede generar estrés. Y éste estrés a su vez produce aumento de la presión arterial.

Alcohol y tabaco: Un uso no moderado de alcohol conlleva a un aumento de la presión arterial y la posibilidad de caer en el alcoholismo. El tabaco es uno de los peores enemigos del aparato circulatorio. Además de producir numerosas enfermedades vasculares, impide que los tratamientos o las sustancias sean absorbidos por el organismo²⁷.

2.2.7. Prevención de la Hipertensión Arterial.

El Ministerio de Salud anualmente dedica en el mes de mayo, una semana a la Campaña de Prevención y Control de la Hipertensión Arterial”, con el propósito de informar y sensibilizar a la población sobre la prevención, detección de esta enfermedad, así como las serias complicaciones: cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. Por lo tanto se creó una guía de práctica clínica para la prevención y control de la enfermedad hipertensiva en el primer nivel de atención.

Cuya finalidad es contribuir en la reducción de la morbilidad cardiovascular secundaria a la enfermedad hipertensiva, con el único objetivo de establecer criterios técnicos para la prevención, el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva, así como la prevención de las potenciales complicaciones siendo el ámbito de aplicación a nacional, regional y local, en todos los establecimientos de salud²⁸. Así tenemos:

Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive

El objetivo del manejo de la hipertensión arterial, es alcanzar niveles de presión arterial < 140/90 mmHg, lo que permite la reducción de las complicaciones cardiovasculares.

En personas con diabetes síndrome metabólico o con enfermedad renal, se requiere que el nivel de presión arterial sea <130/80 mmHg. Es importante involucrar a la familia en el manejo integral de la persona con hipertensión arterial²⁹.

Medidas generales y preventivas

- Dietético

Reducción del consumo de sal: Desde hace mucho tiempo, en forma empírica se recomienda disminuir la ingesta de sal para el tratamiento de la hipertensión arterial, sin embargo se conoce poco acerca de los mecanismos en los que está involucrada la sal para el aumento de la presión arterial.

En múltiples poblaciones el incremento de la presión arterial con la edad está directamente correlacionado con mayores niveles del consumo de sal. Asimismo a los que se les da alta carga de sal si están genéticamente predispuestos desarrollan incremento de la resistencia periférica y de la presión arterial. El 60% de los hipertensos son sensibles y estas variaciones se deben a la

heterogeneidad. Existe incremento de las concentraciones de sodio, presente en el tejido vascular y células sanguíneas de la mayoría de los hipertensos. La restricción de sal a 60-90 mg/día puede reducir la presión arterial en la mayoría de la gente.

Evite el colesterol y los ácidos grasos saturados (grasas animales) y cámbielos por los ácidos grasos poliinsaturados, sobre todo los omega-3 (que aparecen en los aceites vegetales como el de oliva y en el pescado).

Las necesidades diarias de sal están en torno a medio gramo al día (media cucharadita), pero en nuestra dieta normal se consume ocho veces más dicha cantidad.

Tomar una dieta pobre en sal. La sal excesiva en la dieta causa retención de líquidos y aumento de la tensión arterial. No tome los siguientes alimentos por su elevado contenido en sodio:

- Sal de cocina de mesa.
- Carnes saladas, ahumadas
- Aceitunas y salazones.
- Pescados ahumados
- Frutos secos.
- Moluscos y caviar.
- Condimentos y salsas saladas
- Caldos preparados y sopas de sobre.

Ingesta de potasio: La ingesta elevada de potasio, en la dieta, puede proteger el desarrollo de la hipertensión y mejorar el control de las cifras de presión arterial en los pacientes con hipertensión establecida.

Debe mantenerse un consumo adecuado, ya que una ingesta inadecuada puede elevar las cifras de presión arterial. El consumo de potasio debe situarse en torno a aproximadamente de 50 ó 90 mmol al día, preferiblemente a partir de alimentos tales como fruta fresca y vegetales. Durante el tratamiento de los pacientes con diuréticos hay que vigilar la aparición de hipopotasemia y si es necesario corregir ésta en base a suplementos de potasio, sales de potasio o diuréticos ahorradores de potasio.

Reducción del consumo de té y café: Aunque la ingesta de café puede elevar, agudamente, la presión arterial, se desarrolla rápidamente tolerancia, por lo que no parece necesario prohibir un consumo moderado.

Consumo de frutas y verduras: El aumento en el consumo de fruta y verdura reduce, la presión arterial; obteniendo un efecto adicional si se disminuye el contenido de grasa. El consumo habitual de pescado, incorporado en una dieta de reducción de peso, puede facilitar la disminución de la presión arterial en hipertensos, obesos; mejorando, además, el perfil lipídico. Por tanto, hay que recomendar una mayor ingesta de fruta, verdura y pescado, reduciendo el consumo de grasas.

Reducción del consumo excesivo de alcohol: En la mayor parte de los estudios, se ha observado que el incremento del riesgo de padecer hipertensión arterial ocurre a partir de consumos superiores a 30 g/día de alcohol puro.

La relación entre alcohol y presión arterial, sugiere que en los no bebedores y en los bebedores que sobrepasan el umbral de 30 g de alcohol/día, la prevalencia de hipertensión arterial es mayor que en los consumidores ligeros de alcohol. Los individuos cuyo consumo de alcohol es de cinco o más bebidas

estándares por día, pueden presentar una elevación de la presión arterial tras la supresión aguda de este consumo.

Abandono del tabaco: Existe mucha controversia sobre si el tabaco presenta un efecto presor o no; en general, la mayoría de los estudios indican que en la población fumadora la prevalencia de hipertensión no es mayor que entre la no fumadora. Esta controversia puede tener su explicación en el hecho de que el tabaco es capaz de producir una respuesta presora aguda de pocos minutos de duración.

Actividad física: Como respuesta al entrenamiento físico, en normotensos, se pueden alcanzar reducciones de presión de 4/-4 mmHg para sistólica y diastólica respectivamente, diferencia similar a la que se observa entre la población general que realiza ejercicio físico y la que no lo hace. Es conveniente que el ejercicio sea dinámico, prolongado y predominantemente isotónico de los grupos musculares mayores, como por ejemplo una caminata de 30 a 45 minutos a paso rápido, llevada a cabo la mayoría de los días de la semana. Se ha demostrado que el ejercicio físico ligero realizado de forma continuada es capaz de reducir la presión sistólica en casi 20 mmHg en pacientes con edades comprendidas entre los 60 y 69 años.

Reducción de peso: El sobrepeso/obesidad se considera el factor desencadenante ambiental más importante de los que contribuyen a la aparición de hipertensión. El exceso de grasa corporal contribuye a elevar la presión arterial y esto es así desde la primera infancia. Por lo tanto, el control ponderal se considera el pilar principal del tratamiento no farmacológico y todos los pacientes con hipertensión y sobrepeso deberían iniciar un programa de

reducción de peso, de forma controlada e individualizada, que conlleve una restricción calórica y un aumento de la actividad física.

Según Tamara, afirma que el 44 por ciento de las personas en realidad pierden peso en la segunda mitad de la vida, mientras que el 19 por ciento de ganancia. A pesar de los pesos más bajos, los individuos tienden a tener un mayor porcentaje de grasa corporal a medida que envejecen, generalmente alcanzando su nivel más alto en el momento en que una persona está en los 60 años. Una de las preocupaciones de los médicos es que las personas de más edad que pierden peso a menudo tienen una enfermedad subyacente pasando³⁰.

- Emocional

Relajación: El estrés emocional puede aumentar la tensión arterial de forma aguda, sin embargo en estudios realizados sobre terapias de relajación y Biofeedback, se ha observado que no tienen un efecto definitivo sobre el control de la presión arterial.

En la medicina ayurvédica, se trata a la persona y no a la enfermedad, según el tipo de cuerpo en general. Los tratamientos ayurvédicos consisten en el uso de remedios a base de hierbas, meditación y cambios dietarios y en el estilo de vida para curar a las personas enfermas y conservar la salud.

Meditación: La acupuntura es la medicina tradicional china que puede ayudar a reducir la tensión arterial. También puede ayudar a reducir la actividad del sistema nervioso simpático, responsable de los movimientos involuntarios, como el ritmo cardíaco y la tensión arterial. La acupuntura se utiliza con tanta frecuencia en conjunto con la medicina occidental que ya no se considera una medicina alternativa sino una medicina complementaria³¹.

2.2.8. Adulto Mayor

Mencionar a las personas adultas mayores es hacer referencia impostergable al envejecimiento del ser humano determinado como el proceso natural, dinámico, progresivo e irreversible, en el que intervienen múltiples factores biológicos, psíquicos y sociales, que consecuentemente incrementan la esperanza de vida, genera nuevas condiciones socio económicas a nivel nacional y mundial que repercuten en la calidad de vida de este grupo etareó. Por ello es que el nuevo enfoque del envejecimiento está centrado en el ciclo vital, con una visión holística que concibe a éste como un proceso activo, saludable, de actitud positiva, de autoaceptación del mismo, que permite a las personas adultas mayores tener mejores y más adecuados niveles de autoestima y desarrollo de relaciones interpersonales positivas. En este enfoque del envejecimiento, de la vejez y de la persona adulta mayor como centro de la preocupación colectiva nacional y mundial, se hace necesaria y urgente la formación continua de Enfermeros con especialidades en geriatría y gerontología.

Con el pasar de los años los diferentes órganos y sistemas van a sufrir alteraciones, sin embargo todas las personas no envejecemos igual: hay personas que a los 80-90 años se encuentran en un estado saludable, sin mayores enfermedades crónicas, y con una capacidad funcional adecuada, esto es lo que se denomina el envejecimiento exitoso; en cambio, va a haber otro grupo, portadores de múltiples enfermedades crónicas, muchas veces con gran discapacidad: eso es lo que se denomina el envejecimiento patológico, y el tercer grupo lo constituyen aquellas personas que tienen alguna que otra enfermedad crónica con menor o mayor grado de discapacidad, y esto es lo que

se denomina el envejecimiento normal, en el cual están la mayoría de las personas que envejecen³².

Cambios Bio-Psico-Sociales en el Adulto Mayor

Según Gastron, 'divide en trece, los cambios en el adulto mayor, estos son':

Biológicos

En esta etapa de la vida sobresalen dos tipos de procesos: la evolución y la involución, que corresponderían al crecimiento y al envejecimiento. A partir de los 35 años más o menos, aparece la involución: el desempeño de varios órganos a causa una disminución paulatina, el corazón bombea menos sangre; los pulmones absorben menos aire; la piel pierde elasticidad, el tono muscular declina, se endurecen las articulaciones y los vasos sanguíneos, disminuye la secreción hormonal de las glándulas endocrinas.

Psicológicos

Según Papalia, "después de los 65 años el individuo vive una etapa normal del desarrollo, los principales problemas que enfrentan los adultos mayores, son los que le creamos a través de la política y la economía, que afectan su status en mayor grado que el mismo envejecimiento. Debemos tener claro que las personas claves en el problema de envejecimiento son los grupos de edad más joven, porque ellos son los que determinan el status y la posición de tales personas en el orden social". Sin embargo, la vejez no tiene por qué ser el punto más bajo del ciclo de vida ya que el envejecimiento satisfactorio es posible, siendo la sociedad quien debe descubrir los componentes de ella, reorganizando nuestros pensamientos y estructuras sociales.

Según Hoffman, 'La principal tarea de las personas mayores es la de comprender y aceptar su propia vida y utilizar su gran experiencia para hacer

frente a los cambios personales o pérdida. Las personas han de adaptarse a la disminución de la fortaleza y salud física, a la jubilación y aceptar lo inminente de su propia muerte. A medida que tratan con estos temas, sus motivaciones pueden variar, de esta forma se presentan distintas teorías.

Sociales

Existen numerosas teorías que intentan explicar los cambios psicosociales que se producen con el envejecimiento y el origen de esos cambios. Las principales teorías que explican el fundamento de esos cambios, se concluyen en:

- La disminución o ausencia de actividad social no aparece de forma repentina en los mayores. Lo habitual es que esa actividad se vaya reduciendo paulatinamente con el paso del tiempo.
- Al reducirse la frecuencia de las relaciones sociales, se refuerza su valor y se hacen más gratificantes, dedicando más tiempo a su mantenimiento.
- Se observa que la calidad de la interacción resulta ser más determinante que la cantidad.

Fisiológicos

Biológicamente, el inicio de la vejez puede coincidir con el término del crecimiento, después del cual sigue la edad adulta, la madurez y finalmente la senescencia, que no es un término despectivo, sino una forma del idioma de expresar lo que ocurre con el paso de los años. Socialmente, coincide con la jubilación. La geriatría no solamente estudia las enfermedades relacionadas con el envejecimiento, sino que también se aboca al estudio de las enfermedades crónicas. Por lo tanto, podemos hablar de un envejecimiento natural que no es patológico, pero que es de alto riesgo, y de un envejecimiento

exitoso, que en los textos aparece como "successfully aging", que es de bajo riesgo y alta funcionalidad. La baja probabilidad de enfermedad y de discapacidad secundaria, elevan la capacidad cognitiva y funcional y el enfrentamiento activo de la vida.

Compartimentos corporales

Los cambios más evidentes en la edad avanzada ocurren en los compartimentos corporales: disminuye el hueso, el número de células y el compartimento del agua corporal total, que baja de 61 a 53%. En cambio, hay un incremento del compartimento graso; por esto, los fármacos más liposolubles tienden a tener mayor vida media y, en cambio, los fármacos hidrofílicos pueden tener una vida media más corta.

Masa de los órganos

La masa de algunos órganos como el hígado, el bazo o el páncreas puede ir experimentando una disminución a través de los años, lo que no siempre se correlaciona con disminución de la funcionalidad, excepto en condiciones críticas, como un ejercicio extenuante en el caso del corazón, deshidratación o sobre hidratación extrema en el caso del riñón. En la función renal sí hay una baja constante, por eso desde antiguo se calcula la creatinina de acuerdo a la edad; el flujo sanguíneo renal y la velocidad de filtración glomerular van bajando proporcionalmente de acuerdo a los años.

Farmacodinámicos

Desde el punto de vista farmacodinámico, saber lo que pasa con algunos neurotransmisores puede ser de interés para la prescripción o para la conducta en el perioperatorio. Hay disminución de los receptores de la dopamina y en el sistema de la acetilcolina disminuye el número de células colinérgicas. En el

sistema GABA, disminuye la capacidad psicomotora en respuesta a los benzodiazepinas. También hay modificaciones de órganos relacionados con la farmacocinética. El pH gástrico aumenta; existe aclorhidria relativa, según si hay o no atrofia gástrica por una respuesta autoinmune o por algún medicamento; se retarda el vaciamiento gástrico, sobre todo para líquidos; hay disminución del flujo esplácnico y de la motilidad intestinal; disminuyen la masa y el flujo hepáticos y hay una alteración de la fase 1 del metabolismo; la fase 2, que sería la fase de conjugación, estaría poco modificada; hay un déficit de albúmina y un aumento relativo de las a 1 glicoproteínas, que son transportadores de fármacos; el clearance de creatinina, la velocidad de filtración y la producción de creatinina se encuentran reducidos.

Sistema Nervioso Central

Se produce alguna reducción de neuronas en las áreas grises, cierta atrofia de la sustancia blanca y un aumento relativo del volumen del líquido cefalorraquídeo. Existe cierta alteración de la circulación cerebral, si bien la autorregulación del flujo se mantiene más o menos sin variación. Todo esto podría explicar pequeñas alteraciones en la inteligencia "cristalizada" y en la inteligencia "fluida". En general, se altera la velocidad de respuesta a un determinado estímulo, el procesamiento de la información es un poco más lento, pero no se altera tanto la calidad final de la respuesta.

Sistema Nervioso Autónomo

Esta área es tremendamente interesante e importante y ha sido muy poco estudiada. Hay degeneración de la neurona autonómica, con atrofia del ganglio autonómico y disminución de la sensibilidad de los receptores adrenérgicos. No hay del adrenérgico en condiciones fisiológicas; se puede elevar la

noradrenalina periférica, y se altera el barorreceptor como control hemodinámico. La respuesta a la hipoxia en algunos quimiorreceptores se reduce y existe alteración de la homeostasia térmica. Por eso es más fácil caer en shock térmico o hipotermia. Pocas veces nos preocupamos de medir la temperatura rectal con un buen termómetro al paciente geriátrico hospitalizado, pero debemos recordarlo, porque la hipotermia es más frecuente de lo que creemos. También se altera la variabilidad de cada latido o de cada R-R del electrocardiograma: hay una variabilidad fisiológica llamada arritmia sinusal, en la que se produce un acortamiento del R-R durante la inspiración y un alargamiento en la espiración; esa variabilidad del R-R se altera, lo que da origen incluso a exámenes especializados para determinar el equilibrio simpático-vagal, que muchas veces está alterado con el envejecimiento y que no somos capaces de detectar. Si observamos el intervalo R-R del electrocardiograma, en un anciano normal sin patología cardiovascular, y lo ponemos de pie, vemos que se mantiene más o menos constante. En el individuo sano, el ortostatismo produce una cardioaceleración brusca inicial y posteriormente, una bradicardia relativa de 35 latidos por minuto; en el anciano eso no ocurre. Al referirnos a la homeostasia global y al sistema nervioso central y autonómico, podemos asimilar la homeostasia a un chip con diferentes aferencias como respiración, presión sanguínea, gasto cardíaco, termorregulación, sistema renina-angiotensina, etc., todo lo cual está regulado por el sistema nervioso, con sus respuestas parasimpática y simpática. En el anciano, las alteraciones de la variabilidad de la frecuencia cardíaca pueden servir como índice de la alteración del equilibrio simpático-vagal.

Endocrinológicos

Se sabe que la glicemia en ayunas y postprandial va aumentando sobre los 60 años, pero en límites que no llegan a ser diabéticos. Se produce una cierta pérdida de la sensibilidad a la insulina periférica, demostrable mediante la prueba de tolerancia a la glucosa. Podemos demostrar también que disminuye la noradrenalina periférica, y se altera el barorreceptor como control hemodinámico.

Hoy en día se proponen tratamientos paliativos con hormona de crecimiento para enfermos geriátricos en situaciones de fragilidad, como se llama a la presencia de sarcopenia o pérdida de masa muscular. Hay disminución de la dehidroepiandrosterona (DEHAS), andrógeno natural y del sulfato también, dando cuenta del 50% de la disminución de andrógenos en el hombre; la alteración funcional, en ancianos mayores de 80, se correlaciona con bajos niveles de DEHAS debido a la testosterona sulfato; el eje hipotálamo-hipófisis-cortisol también tiene un retardo en la retroalimentación y la tiroides puede tener reducción en la T3 y la T4. Hay cambios metabólicos en el sistema del calcio, que ocasionan la conocida osteoporosis de la postmenopausia en la mujer, que también ocurre en el hombre, debido a un aumento de la hormona paratiroidea.

Pulmonares

Hay disminución de la distensibilidad torácica y aumento del volumen residual. El volumen de cierre de la vía aérea pequeña aumenta. La PaO₂ disminuye, lo que da cuenta del aumento del gradiente alvéolo-arterial con la edad; por eso, siempre corregimos la PaO₂ según la edad. Hay un espacio muerto, más bien un shokt pulmonar, debido a la presencia de alvéolos no

oxigenados pero perfundidos. El VEF1 también va disminuyendo, el volumen residual aumenta en ambos sexos y la capacidad vital disminuye, o sea, la capacidad pulmonar total es menor.

Cardiovasculares

Aumenta la presión de pulso, por el endurecimiento de las arterias; es por eso que el pulso se siente más "lleno", nos pega más fuerte cuando lo palpamos. Hay una tendencia a la hipertensión sistólica; hoy día se sabe que la hipertensión sistólica aislada del anciano debe ser tratada, ya que si bien es un cambio fisiológico debido al aumento de la impedancia aórtica, tiene riesgo cardiovascular. A nivel cardíaco, se observa que disminuye la fase de llene rápido, porque el ventrículo es menos distensible, de modo que la contribución de la sístole auricular es tremendamente importante; a medida que pasan los años, más contribuye la aurícula al volumen diastólico final. Por ello, un anciano en fibrilación auricular puede caer en disnea muy rápidamente y disminuir su reserva fisiológica cardíaca.

Funcionales globales

Los cambios fisiológicos descritos se traducen en cambios funcionales globales, que es lo que ocupa a los geriatras. Estos cambios se manifiestan en las actividades de la vida diaria: caminar, transferirse, ir al baño, hacerse el aseo personal, comer. Curiosamente, caminar es la actividad que más se altera, junto al aseo y las transferencias; el baño un poco menos; comer no se altera tanto. También hay que agregar un aspecto cognitivo. En un trabajo finlandés, de 1999, en la revista *Envejecimiento y Medicina Experimental*, se estudió alrededor de 1.000 a 3.000 mil ancianos, la sensación de estar bien, la propia percepción de salud. En el caso de los hombres ancianos, la capacidad

cognitiva es la que más interfiere en la capacidad de estar bien. Curiosamente, en la mujer lo que más interfiere la sensación de bienestar es la depresión, la distimia o la alteración de índole afectiva³³.

Teoría de la Disonancia Cognoscitiva

El punto central de la teoría de Festinger consiste en afirmar que los seres humanos buscan un estado de armonía en sus cogniciones, cognición se refiere a cualquier conocimiento, opinión o creencia acerca del ambiente, acerca de la propia persona o acerca de su conducta. Las relaciones entre las cogniciones pueden ser relevantes cuando se encuentran en disonancia si al considerarlos exclusivamente a ellos e irrelevantes cuando el contrario de uno aparece a continuación del otro.

Según esto, las opiniones que una persona sostiene (a no ser cosas incuestionablemente reales), no serían elementos de conocimiento según ésta conceptualización que Festinger hace de la cognición.

Festinger, sustituye el concepto de inconsistencia por el de disonancia (debe entenderse como un factor emocional y no cognitivo). La disonancia tiene un componente de activación fisiológica que produce sensaciones desagradables: motiva el cambio para buscar la coherencia ó reducción de la disonancia.

Entre dos elementos de conocimiento, pueden existir 3 tipos de relaciones:

- *Irrelevantes*: no tienen nada que ver uno con otro.
- *Relevantes*: importantes el uno para el otro. Serán disonantes cuando uno es contradictorio o incoherente con el otro (A no supone siempre B).
- *Consonantes*: Cuando, considerados aisladamente, de uno de ellos se puede inferir el otro.

A veces, la disonancia entre elementos, proviene de las normas sociales pueden ser incoherentes en una cultura y no en otra.

La disonancia también puede surgir cuando hay incoherencia entre una actitud general y otra más concreta, que se supone que es característica fundamental de la actitud general (ser ecologista y contaminar).

No es la incoherencia entre cogniciones lo que va a motivar el cambio sino el malestar psicológico que se vive como tensión.

No se busca la consistencia cognitiva sino la recuperación del bienestar psicológico.

El grado de disonancia que una persona experimenta depende de:

- La importancia de los elementos cognitivos para la persona. La disonancia aumenta según aumenta la importancia que concedemos a los elementos disonantes (Una persona que aprecie el orden, experimentará disonancia si no ordena su cuarto).
- La proporción de elementos cognitivos disonantes en relación con los consonantes: A mayor proporción de elementos disonantes mayor consonancia.
- La motivación para reducir la disonancia depende del grado o intensidad con la que se manifiesta: Cuanto mayor sea la experiencia de inquietud psicológica, mayor será el interés por restablecer el equilibrio.

Una vez que el sujeto se decide por una conducta que es disonante con su actitud, existen 4 alternativas para reducir la disonancia, entre las que se escogerá la que reduzca la disonancia de modo más fácil y eficaz:

✓ Cambiar uno de los elementos de forma que sean más coherentes entre sí (retractarse de la conducta o modificar sus creencias o actitudes). Rara vez se cambia el elemento conductual (no siempre es posible). Lo mas sencillo es cambiar el elemento cognitivo.

✓ Cambiar la importancia de los elementos (considerar que son más importantes aquellas creencias que apoyan la conducta elegida).

Reducir la inquietud recurriendo a tranquilizantes (actuando pues sobre aspectos fisiológicos)³⁴.

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

La investigación fue desarrollada en el Hospital General de Jaén. Ubicado en la provincia de Jaén, Departamento Cajamarca, geográficamente se ubica al Nororiente del país en la región natural de la selva alta.

La extensión territorial de la provincia de Jaén, es de 527.25 Kms², se encuentra a una altitud de 729 m.s.n.m., presenta un clima cálido todo el año, acompañado muchas veces por frecuentes y refrescantes lluvias, es una zona estratégicamente y netamente comercial por su movimiento comercial con las ventas de arroz y café, productos principalmente producidos en sus alrededores.

El referido establecimiento de salud; cuenta con diversos servicios para la atención a toda la población, dentro de estos servicios se encuentra el programa de adulto mayor que atienden a los adultos mayores. Las enfermedades más prevalentes en los adultos mayores son la hipertensión arterial, diabetes.

El estudio correspondió a una investigación de tipo descriptivo – correlacional, de diseño transversal, que permitió determinar la relación entre el conocimiento y la práctica de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial. Programa de Adulto Mayor. Hospital General de Jaén.

El estudio fue desarrollado con una población muestral constituida por 90 Adultos Mayores atendidos en el Hospital General de Jaén, durante el año 2016, utilizando los siguientes criterios de inclusión:

- Adultos de 60 años a más de ambos sexos.
- Adulto mayor inscrito en el programa del adulto mayor.
- Adulto mayor que aceptó firmar el consentimiento informado.

- Asistan regularmente al programa del adulto mayor.

La recolección de datos se realizó en el programa de adulto mayor a los adultos mayores, se les explicó sobre los objetivos de la investigación y sobre el instrumento a aplicar. La técnica utilizada fue la entrevista y el instrumento fue el cuestionario.

El mismo que fue validado a través del juicio de expertos, contando con la participación de cinco profesionales de ciencias de la salud (Licenciadas de Enfermería que laboraban en el Programa del Adulto Mayor) con experiencia en el tema, quienes evaluaron la pertinencia, coherencia y claridad de los ítems, mediante sus aportes permitieron realizar los ajustes necesarios (Apéndice 5). Además se utilizó la prueba estadística binomial, los puntajes obtenidos mostraron que el error de significancia no superó los valores establecidos para $p=0,05$; por lo que se concluyó que hay concordancia entre los jueces en cuanto a la coherencia con los objetivos, estructura y comprensibilidad; considerando al instrumento como válido (Apéndice 3).

Para la confiabilidad del instrumento se aplicó una prueba piloto, a 13 adultos mayores pertenecientes al programa del adulto mayor de ESSALUD, con características similares a la muestra en estudio, calculado a través del estadístico Alpha de Cronbach. Se obtuvo un valor de 0,820 (82%), dando una confiabilidad de bueno. (Apéndice 4)

Antes de ser aplicados los instrumentos se procedió a la firma del consentimiento informado por parte de los adultos mayores, quienes aceptaron participar en el estudio.

La recolección de los datos se realizó durante la espera a la atención a los adultos mayores y en algunos casos visitas domiciliarias. Utilizando dos instrumentos: un

cuestionario estructurado con 29 ítems de preguntas para determinar el nivel del conocimiento; se consideró los siguientes niveles de conocimiento.

Bueno de 21 a 29 puntos.

Regular de 11 a 20 puntos.

Malo de 0 a 10 puntos.

Para la recolección de datos de la práctica de medidas preventivas, se utilizó un formulario con 20 aseveraciones; las que fueron consideradas como:

Adecuado 11 a 20

Inadecuado menor de 10

El tiempo promedio utilizado para la aplicación de los instrumentos fue de 25-30 minutos y se efectuó durante el mes agosto del año 2016.

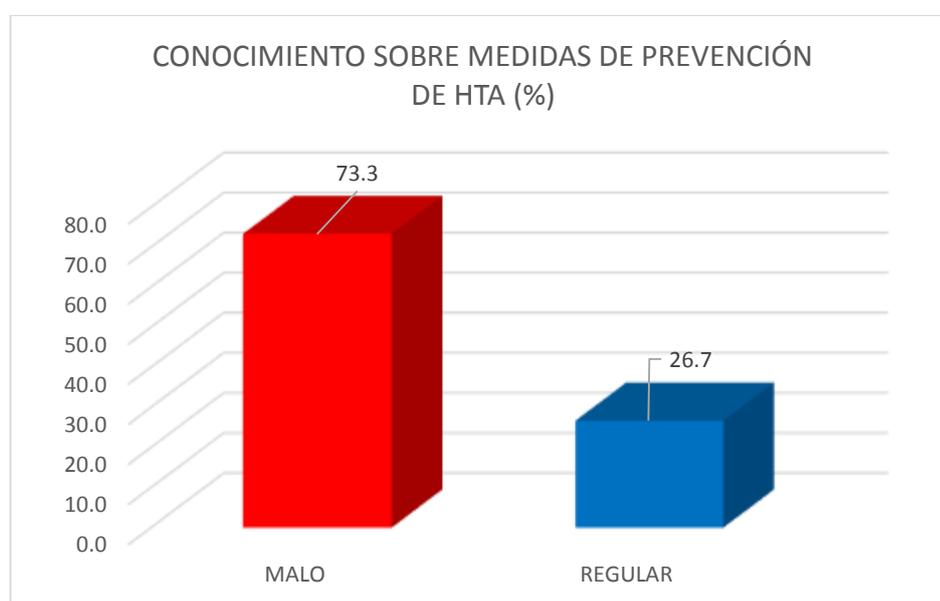
Los datos fueron procesados y analizados electrónicamente con el paquete estadístico SPSS, versión 21.0. Se obtuvieron frecuencias y porcentajes, luego se procedió a la elaboración de tablas y gráficos estadísticos para el análisis e interpretación de los mismos; para la determinación de la relación entre el conocimiento y la práctica de los Adultos Mayores sobre la prevención de la Hipertensión Arterial del Programa de Adulto Mayor del Hospital General de Jaén, se aplicó la correlación de Chi –cuadrado de Pearson.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Conocimiento sobre medidas de prevención de hipertensión arterial en los adultos mayores, Hospital General de Jaén.

Gráfico 1, Conocimiento sobre medidas de prevención de Hipertensión Arterial en los Adultos Mayores, Hospital General de Jaén. 2016



Fuente: tabla 1 (Anexo A)

El gráfico 1, muestra que el conocimiento sobre las medidas de prevención de hipertensión arterial en los adultos mayores, en su mayoría es malo (73,3%).

Los resultados evidencian que la mayoría de los adultos mayores encuestados tienen un conocimiento malo sobre las medidas preventivas de hipertensión arterial, posiblemente estarían influyendo muchos factores puesto que el adulto mayor con más edad va perdiendo memoria a medida que ellos más se centran en la información interna que externa, y esto influye en sus estilos de vida.

Estudios como el de Prado, et al¹⁸, respecto a la aplicación de un Programa Educativo sobre Hipertensión Arterial a los pacientes que acuden al Club de Hipertensos La

Sabanita, muestran diferencia con nuestro estudio, puesto que observaron que antes de la implementación del programa educativo el 57,14% de los encuestados no tenían ningún conocimiento.

Lagos¹⁴, en su estudio reportó que de los 30 Adultos Mayores (100%); antes de la aplicación de la estrategia educativa, el 53,3% de participantes presentaron un nivel de conocimientos bajo.

También Echeverría, et al¹⁵, difiere con nuestros resultados, al obtener en su estudio sobre el Nivel de conocimiento y calidad de autocuidado del Adulto Mayor con Hipertensión, que el 42 por ciento de los adultos mayores presentaron un nivel de conocimiento medio y el 36 por ciento, un nivel de conocimiento alto.

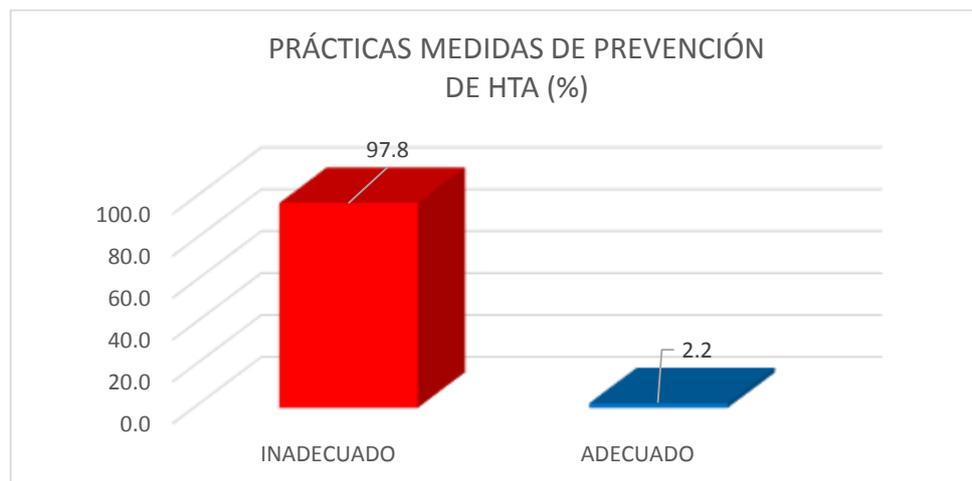
Notamos significativa diferencia con nuestros resultados; y sobre todo preocupación; por el hecho que el conocimiento es la acumulación de información que eleva la calidad de vida y proporciona a las personas un nivel de supervivencia más estable y segura, más agradable y cómoda, más humana para el individuo y para el colectivo social²²; lo que implicaría que las personas que tienen mayor conocimiento sobre determinados temas, van a saber afrontar con mayor eficacia los problemas que se les presente, observándose la vida más agradable, seguro y cómoda tanto para él y su entorno social.

Al respecto, la OMS, mencionada en Condori et al¹⁷, considera que muchas veces todas las personas que padecen una enfermedad presentan una sensación de ansiedad al ser diagnosticada de hipertensión y/o presentar síntomas y es ahí cuando las personas recién buscan información en los centros de salud o buscan participar de algún programa de control.

Específicamente el conocimiento de medidas de prevención de Hipertensión Arterial es toda aquella información que refieren poseer los pacientes hipertensos acerca de los cuidados que tienen que realizar en beneficio de su salud²¹. Información baja en la mayoría de participantes en el estudio, por lo que consideramos necesario diseñar estrategias de información, educación y comunicación para que los adultos mayores tengan mejor conocimientos de prevención acerca prevención de HTA.

4.2. Prácticas de medidas de prevención de hipertensión arterial en los adultos mayores, Hospital General de Jaén

Gráfico 2, Prácticas de medidas de prevención de Hipertensión Arterial en los Adultos Mayores, Hospital General de Jaén. 2016



Fuente: Tabla 2 (Anexo A)

En el gráfico 2, los resultados muestran que la práctica de medidas de prevención de hipertensión arterial en los adultos mayores, es inadecuado en su mayoría (97,8%).

Datos concordantes con Duran¹¹, puesto que en su estudio sobre, Conocimientos, prácticas y actitudes de autocuidado en pacientes hipertensos pertenecientes a la cartera del Adulto Mayor en el Hospital Uldarico Rocca Fernández Villa el Salvador, obtuvo en sus resultados que las prácticas sobre autocuidado del 100 % (91); el 64 % (84) realizaron prácticas inadecuadas de autocuidado.

Echeverría, et al¹⁵, difieren con nuestro estudio; ya que en su investigación sobre, Nivel de conocimiento y calidad de autocuidado del Adulto Mayor con Hipertensión obtuvieron que el 51 por ciento de adultos mayores presenten una calidad de autocuidado medio y el 27 por ciento de calidad de autocuidado alto.

Resultados muy preocupantes puesto que casi la totalidad de adultos mayores que acuden al programa no realizan prácticas de prevención de HTA; al respecto la literatura refiere que poner en práctica las medidas de prevención de hipertensión arterial va permitir tener hábitos de vida saludable, sobre todo, evitar el sobrepeso y la obesidad que son los principales factores para prevenir la aparición de la hipertensión²³.

Por lo que se estaría incrementando el riesgo de presentar HTA; urge por lo tanto establecer estrategias incorporando a los familiares, considerando sus características como su edad, grado de instrucción entre otras, de esta manera favorecer el afianzamiento de las buenas prácticas preventivas de HTA.

4.3. RELACIÓN ENTRE EL CONOCIMIENTO Y LA PRÁCTICA DE LOS ADULTOS MAYORES SOBRE PREVENCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Tabla 1. Prueba de correlación entre conocimiento y la práctica de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial en los Adultos Mayores, Hospital General de Jaén. 2016

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,744	1	0,388
N de casos válidos	90		

Luego de realizar las pruebas del estadístico de asociación Chi-cuadrado de Pearson, muestra que $p=0.744(74,4\%)$, mayor que 0.05, dando como resultado que no existe relación significativa entre el conocimiento y la práctica de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial. Lo que confirma la hipótesis, “no existe relación significativa entre el conocimiento y la práctica de los Adultos Mayores sobre prevención de Hipertensión Arterial”.

Condori, et al ¹⁷, difieren con el estudio; ya que en su investigación sobre, Relación entre el conocimiento y la práctica del autocuidado e Hipertensión Arterial en los Adultos Mayores de 35 años del Distrito misionero de Chaclacayo de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, obtuvo que la relación entre el nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado con la hipertensión arterial muestran que existe una relación positiva débil.

Así mismo Echeverría, et al¹⁵, en su investigación sobre, “Nivel de conocimiento y calidad de autocuidado del Adulto Mayor con Hipertensión”, obtuvo la existencia de una relación estadística significativa entre el nivel de conocimiento y calidad de autocuidado de los adultos mayores con hipertensión.

Los resultados evidencian que no existe una relación significativa entre el conocimiento y la práctica de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial, debiendo resaltar que al tener un conocimiento bajo las prácticas no siempre serán inadecuadas; lo que significa que los adultos mayores requieren mayor conocimiento y también poner en práctica las medidas de prevención de la hipertensión arterial, reforzado por la Teoría de la Disonancia Cognoscitiva que afirma que los seres humanos buscan un estado de armonía en sus cogniciones, que se refiere a cualquier conocimiento, opinión o creencia

acerca del ambiente, de la propia persona o de su conducta. Además cambiar la importancia de los elementos (considerar que son más importantes aquellas creencias que apoyan la conducta elegida) y añadir nuevos elementos cognitivos consonantes con su conducta³⁴.

Se debe dar más importancia en cuanto a la educación de los adultos mayores sobre la prevención de la hipertensión arterial para que ellos puedan poner en práctica las medidas de prevención de la hipertensión arterial y tener un mejor estilo de vida saludable, sobre todo fortalecer el programa de Adulto Mayor de la Institución, logrando espacios de educación a través de las diferentes técnicas que involucre a los adultos mayores.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

En relación a los resultados, se puede concluir lo siguiente:

1. El Conocimiento sobre medidas de prevención de hipertensión arterial en los adultos mayores fue malo.
2. La práctica de medidas de prevención de hipertensión arterial predominante en la mayoría de los adultos mayores, fue inadecuado.
3. No existe una relación significativa ($p=0.744$) entre el conocimiento y la práctica de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial; lo que confirma la hipótesis, “No existe relación significativa entre el conocimiento y la práctica de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial”.

5.2. RECOMENDACIONES

Los hallazgos orientan a las siguientes recomendaciones

1. Diseñar estrategias, técnicas, y teorías específicas de educación información y comunicación en salud; haciendo uso de la andragogía.
2. Fortalecer el programa de Adulto Mayor de la Institución, procurando espacios para educación información y comunicación en salud, poniendo énfasis en prevención de la hipertensión arterial.
3. Realizar Campañas masivas sobre Control de hipertensión arterial y medidas de prevención a los adultos mayores y detección oportuna a través de tamizaje de presión arterial.
4. Realizar estudios de investigación con implementación de programas educativos sobre prevención de hipertensión arterial utilizando estrategias para el adulto mayor; favoreciendo el afianzamiento de las buenas prácticas preventivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aguado E, Arias M, Sarmiento G, Danjoy D. Asociación entre Conocimiento y Autocuidado sobre Hipertensión Arterial en Pacientes Hipertensos 7(2):132-139.Peru; 2014. [Acceso el 26 de mayo del 2016]. Disponible en:
<http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article>.
2. Ministerio de salud. Día mundial de la hipertensión.2015. [Acceso el 27 de mayo del 2016]. Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16532>
3. Prado H, Rojas I. Programa educativo sobre Hipertensión Arterial a los pacientes que acuden al club de hipertensos la sabanita, [Tesis]. Universidad De Oriente Núcleo De Bolívar; 2010.
4. Lagos k. Efectividad de la estrategia educativa en un incremento de conocimientos del autocuidado en Adultos Mayores hipertensos en el centro de atención del Adulto Mayor Tayta Wasi. [Tesis]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
5. Condori D, Sánchez E , Miranda K, Relación entre el Conocimiento y la Práctica del Autocuidado e Hipertensión Arterial en los Adultos Mayores de 35 Años del Distrito Misionero de Chaclacayo de la Iglesia Adventista del Séptimo Día. Revista Científica de Ciencias de la Salud 2011; 4(4). [Acceso el 27 de mayo del 2016]. Disponible en:
http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/download/160/161.

6. Dirección de salud-Jaén. Morbilidad general por categorías según grupo atareó y sexo.2015.[acceso el 26 de mayo del 2016].disponible en:
<http://www.disa.gob.pe>
7. Ministerio de Salud. Manteniendo tu peso adecuado y consumiendo menos sal previenes la Hipertensión Arterial.2015. [Acceso el 27 de mayo del 2016]. Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/hipertension/index.html>
8. Arízaga M, Asitimbay J, Conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes con diagnóstico de hipertensión que acuden al servicio de cardiología de la consulta externa del IESS seguro de salud central. [Tesis]. Universidad de Cuenca; 2016.
9. Medina M, Yuquilema M, Conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes que asisten al club de adulto mayor francisco Jácome.[Tesis]. Universidad de Guayaquil; 2015.
10. Álvarez E. Nivel de conocimientos de los Adultos Mayores sobre prevención de Hipertensión Arterial en un Centro de Salud. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
11. Duran L. Conocimientos, prácticas y actitudes de autocuidado en pacientes hipertensos pertenecientes a la cartera del adulto mayor en el Hospital Uldarico Rocca Fernández villa el salvador. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
12. Vanegas D. Conocimientos y prácticas en Hipertensión Arterial en personas que acuden al Subcentro de Salud Rural Tayuza-Morona Santiago. [Tesis de grado]. Universidad De Cuenca; 2014.

13. Rivera A, Orozco B, Gómez C, Suarez M, Conocimientos, actitudes y prácticas del paciente hipertenso de la Empresa Social del Estado del Hospital Comunal Malvinas. [Tesis de especialidad]. Universidad surcolombiana; 2014.
14. Lagos k. Efectividad de la estrategia educativa en un incremento de conocimientos del autocuidado en Adultos Mayores hipertensos en el centro de atención del Adulto Mayor Tayta Wasi. [Tesis]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
15. Echeverría Y, Jara G, Nivel de conocimiento y calidad de autocuidado del Adulto Mayor con Hipertensión. Universidad Nacional de Trujillo; 2014.
16. Fanarraga J, Conocimiento y práctica de autocuidado domiciliario en pacientes adultos con hipertensión arterial, en consultorios externos de Cardiología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen EsSalud. [Tesis]. Escuela de enfermería de padre Luis tezza afiliada a la universidad Ricardo Palma; 2013.
17. Condori D, Sánchez E, Miranda K, Relación entre el Conocimiento y la Práctica del Autocuidado e Hipertensión Arterial en los Adultos Mayores de 35 Años del Distrito Misionero de Chaclacayo de la Iglesia Adventista del Séptimo Día. Revista Científica de Ciencias de la Salud 2011; 4(4). [Acceso el 27 de mayo del 2016]. Disponible en:
http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/download/160/61

18. Prado H, Rojas I, Programa Educativo Sobre Hipertensión Arterial A Los Pacientes Que Acuden Al Club De Hipertensos La Sabanita. [Tesis]. Universidad de Oriente Núcleo de Bolívar; 2010.
19. Organización del Bachillerato Internacional. Guía de teoría del conocimiento.2013. [Acceso el 27 de mayo del 2016]. Disponible en: <http://www.uaa.mx/centros/cem/bi/Guias%20de%20asignaturas%20y%20componentes%20del%20BI/Teoria%20del%20conocimiento.pdf>.
20. Psicología Online. Clínica Psicológica.2016. [Acceso el 26 de mayo del 2016]. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com>.
21. Hernández D. Conocimientos, Actitudes y Prácticas de Autocuidado de los Pacientes Diabéticos de 40 a 60 Años que Asisten a la Consulta Externa del Hospital Nacional de Amatitlán. [Tesis]. Universidad de San Carlos de Guatemala; 2011.
22. González J. Los niveles de conocimiento. El Aleph en la innovación curricular. México: Instituto Politécnico Nacional; 2014. [Acceso el 27 de mayo del 2016]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665.
23. El Diccionario de la © Real Academia Española (DRAE) A. Edición 22ª; 2001. [Acceso el 27 de mayo del 2016].
24. Revista Cubana Médica. Programa nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial. Cuba; 1999. [Acceso el 26 de mayo del 2016]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/med/vol38_4_99/med01499.pdf

25. Sociedad Americana de Hipertensión. La presión arterial y su salud. 2014. [Acceso el 27 de mayo del 2016]. Disponible en:
<https://www.ashus.org/documents/BloodPressureHealthSpanish.pdf>.
26. Tagle R. Hipertensión Arterial. 2006. El camino inverso de la práctica clínica a la fisiopatología de la Hipertensión Arterial. 31:16 – 23. Chile: Universidad Católica de Chile, 2006. [Acceso el 26 de mayo 2016]. Disponible en:
<http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/20061/HipertensionArterial.pdf>.
27. Araya O, hipertensión arterial y diabetes mellitus. Revista Costarricense de Ciencias Médicas. vol.25 n.3-4. Costa Rica: 2004. [Acceso el 26 de mayo 2016]. Disponible en:
Http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253.
28. Álvarez E. Nivel de conocimientos de los Adultos Mayores sobre prevención de Hipertensión Arterial en un Centro de Salud. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
29. Ramiro A. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. Grupo Latinoamericano de Expertos. 27:905-922. Argentina: Buenos Aires. 2010. [Acceso el 27 de mayo 2016]. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718
30. Ratser. El peso normal para un hombre de 70 años de antigüedad.2015. [Acceso el 06 de octubre del 2016]. Disponible en:
<http://www.ratser.com/el-peso-normal-para-un-hombre-de-70-anos-de-antigüedad/>

31. Ministerio de Salud. Hipertensión arterial. 2015. [Acceso el 27 de mayo 2016]. Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/hipertension/index.html>.
32. Álvarez E. Nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial en un Centro de Salud. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015.
33. Landínez N, Contreras K, Villamil A, Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. Revista cubana de Salud 38(4): 562-580; 2012. [Acceso el 26 de mayo 2016]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662012000400008.
34. Díaz F, Hernández G, Estrategias docentes para un aprendizaje significativo. Una interpretación constructivista, 2da edición pag.202 México; 2002. [Acceso el 27 de mayo del 2016]. Disponible en:
<http://mapas.eafit.edu.co/rid%3d1k28441nz-1w3h2n919h/Estrategias%2520docentes%2520para-un-aprendizaje-significativo.pdf>.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXOS A

- Tabla 1 Conocimiento de Medidas de Prevención de Hipertensión Arterial en los Adultos Mayores, Hospital General de Jaén, 2016
- Tabla 2 Practica de Medidas de Prevención de Hipertensión Arterial en los Adultos Mayores, Hospital General de Jaén, 2016.
- Tabla 3 Datos generales de los Adultos Mayores, Hospital General de Jaén, 2016.
- Tabla 4 Peso y presión arterial de los Adultos Mayores, Hospital General de Jaén, 2016.

ANEXOS B

- APÉNDICE 1 Operacionalización de variables
- APÉNDICE 2 Matriz de evaluación de juicio de expertos.
- APÉNDICE 3 Validez del instrumento
- APÉNDICE 4 Prueba de confiabilidad del instrumento
- APÉNDICE 5 Modificación del cuestionario
- APÉNDICE 6 Consentimiento informado
- APÉNDICE 7 Instrumento de recolección de datos.

ANEXOS A

Tabla 1 Conocimiento de Medidas de Prevención de Hipertensión Arterial en los Adultos Mayores, Hospital General de Jaén, 2016

Conocimiento	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
MALO	66	73.3	73.3
REGULAR	24	26.7	100.0
Total	90	100	-

Tabla 2 Practica de Medidas de Prevención de Hipertensión Arterial en los Adultos Mayores, Hospital General de Jaén, 2016.

Prácticas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
INADECUADO	88	97.8	97.8
ADECUADO	2	2.2	100.0
Total	90	100	-

Tabla 3: Datos generales de los Adultos Mayores, Hospital General de Jaén, 2016.

Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
60 - 70	33	36.7	36.7
70 - 80	45	50.0	86.7
80 - 90	12	13.3	100.0
Total	90	100.0	-
Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Femenino	55	61.1	61.1
Masculino	35	38.9	38.9
Total	90	100	100
Grado de Instrucción	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Analfabeta	19	21.1	21.1
Analfabeto	11	12.2	33.3
Primaria	48	53.3	86.7
Secundaria	11	12.2	98.9
Superior	1	1.1	100.0
Total	90	100	-

Los resultados muestran que la edad predominante de los adultos mayores en estudio osciló entre 70-80 años (50%) seguido de 60 a 70 años (36,7); referente al sexo, el femenino fue el de mayor porcentaje (61,1%); respecto al grado de instrucción notamos que el 53,3 por ciento tuvieron primaria, seguido del 33,3% que fueron analfabetos.

Tabla 4: Peso y presión arterial de los Adultos Mayores, Hospital General de Jaén,
2016.

PESO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
31.30 - 42.87	4	4.4	4.4
42.87 - 54.43	19	21.1	25.6
54.43 - 66.00	46	51.1	76.7
66.00 - 77.57	15	16.7	93.3
77.57 - 89.13	4	4.4	97.8
89.13 - 100.70	2	2.2	100.0
Total	90	100	-
Presión Arterial Normal?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
SI	72	80.0	80.0
NO	18	20.0	100.0
Total	90	100	-

Se puede observar que el 51,1 por ciento de los participantes en el estudio tuvieron un peso que osciló entre 54,43 a 66 Kg; referente a la presión arterial el 80,0% tuvieron la presión arterial normal.

ANEXOS B

APENDICE 1

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	ITEMS	ESCALA	FUENTE DE INFORMACION
Conocimientos de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial.	Es toda información que refieren tener los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial (Díaz, et al)	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial • Peso • Alimentación/dietético 	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento sobre hipertensión arterial - Conocimiento de la influencia del peso en la Hipertensión Arterial. - Reconocimiento del tipo de alimentación adecuada para la prevención de Hipertensión Arterial. 	<ul style="list-style-type: none"> - El valor normal de la presión arterial es 120/80 mmHg. - La presión alta es una enfermedad contagiosa. - La presión alta generalmente no se siente, pero puede haber dolor de cabeza, visión borrosa, mareos, vómitos - La presión alta no tiene complicaciones. - El peso tiene relación con la presión alta por lo que debe controlarse cada mes. - La frecuencia del consumo de alimentos alados, ricos en grasa, no influye en la presión alta. - La preparación de sus alimentos de manera sancochada ayudan a controlar la presión alta. - La preparación de sus alimentos en forma de fritura controlan la presión alta. - Se puede consumir cualquier tipo de aceite para evitar la presión alta. - Los pescados como: jurel, caballa fresca, bonito son alimentos que se consideran importantes en la dieta para evitar 	<p>Ordinal</p> <p>SI</p> <p>NO</p>	Cada uno de las personas adultos mayores que acuden al programa de adulto mayor del HGJ.

		<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos nocivos • Actividad física • Emocional • Control, tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Identifica los hábitos nocivos para la Hipertensión Arterial - Reconoce las actividades físicas necesarias para la prevención de Hipertensión Arterial. - Reconoce el aspecto emocional como esencial en la prevención de la Hipertensión Arterial. - Cumplimiento del control, tratamiento 	<p>presión alta.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El consumo de ajos y apio aumentan la presión alta. - La sal es un condimento necesario en la prevención de la presión alta. - Los alimentos que se recomienda consumir para evitar la presión alta son: pescados, pollo, pavo, aceite vegetal, frutas y verduras - No es recomendable consumir frutas como: Piña, melocotones, ciruelas, plátanos, uvas, naranjas, fresas, maracuyá. - El mayor consumo de café y té aumentan el riesgo de tener presión alta. - El descanso es necesario en la prevención de la presión alta. - El sueño insuficiente no influye en la presión alta. - Considera usted que dormir 8 horas es bueno para su salud. - No es necesario realizar ejercicios diariamente para prevenir la presión alta. - El tiempo recomendable para realizar ejercicios físicos de moderada intensidad es cinco veces por semana por 30 minutos. - La caminata y los ejercicios son algunas actividades físicas no recomendadas para mejorar la presión alta. - La relajación ayuda a la prevención de la presión alta. - La meditación ayuda a prevenir la 		
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

		médico y de enfermería.	médico y de enfermería.	<p>presión alta.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los medicamentos que se toma para con la presión alta, es solo cuando se s molestias. - Los medicamentos que se recetan controlar la presión alta es para toda la vida. - Asistir a sus controles médicos puntualm no es tan importante. - El control de la presión arterial se debe periódicamente, para prevenir la HTA. - Asistir a los controles con la enfer puntualmente no es importante par detección de la presión alta. 		
--	--	-------------------------	-------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

<p>Prácticas de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial.</p>	<p>Conjunto de actividades que realizan los adultos mayores para prevenir la HTA. (Morfi Samper R.).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Peso • Alimentación/dietético • Hábitos nocivos • Actividad física • Emocional • Tratamiento farmacológico. • Control médico y 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoreo de su peso - Alimentación saludable - Prácticas de hábitos nocivos. - Realización de actividad física - Desarrollo de acciones para el control de estrés. - Ingesta de tratamiento indicado. - Control médico. 	<ul style="list-style-type: none"> -Control de peso mensualmente. -Restricción de algunos alimentos para mantener su peso -Generalmente usted prepara sus alimentos fritos. -Consumo de alimentos mínimo de 3 veces/ día. -Generalmente usted prepara sus alimentos sancochados -Prepara sus alimentos con aceite de origen vegetal. -La frecuencia con la que usted consume jurel, caballa fresca, bonito es tres veces por semana. -La frecuencia con la que usted consume ajos y apio es de 3 a 4 veces a la semana -Frecuentemente utiliza poca cantidad de sal en la preparación de sus alimentos. - Consume café y té frecuentemente. - Fuma, toma cerveza y vino de vez en cuando en una reunión de familia - Duerme menos de 8 horas. - Realiza caminatas y ejercicios durante la semana - Realiza ejercicios de moderada intensidad cinco veces por semana por 30 minutos. - Realiza acciones para el control de estrés (relajación, meditación) - Cumplimiento del tratamiento farmacológico 	<p>Ordinal</p> <p>SI</p> <p>NO</p>	
-------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------	--

		de enfermería.	- Control de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> - Toma sus medicamentos sólo cuando se siente mal. - Acude a las citas médicas - Asiste a los controles de enfermería solo para recibir sus medicamentos. -Asiste a los controles de enfermería porque no sólo recibe sus medicamentos, sino le enseñan otras actividades que mejoran su presión <p>Se controla la presión arterial sólo cuando asiste a sus controles con la Enfermería cuando siente molestias.</p>		
--	--	----------------	-------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

APENDICE 2

MATRIZ DE EVALUACIÓN DE JUICIO DE EXPERTOS

VALIDACION DEL INSTRUMENTO POR JUICIO DE EXPERTOS

I. **DATOS GENERALES**

Apellidos y nombres del profesional experto:
Moisés Campoude Taluua

Cargo e Institución en la que labora:
Responsable del programa TARGA

Investigador(a):

II. **ASPECTOS DE VALIDACION**

N°	Criterios	Indicadores	Si	No
1	Claridad	Los términos utilizados en las preguntas son formulados con lenguaje claro y comprensible.	/	
		El grado de complejidad de los ítems es aceptable.	/	
2	Organización	Los ítems del instrumento no tienen una organización lógica.	/	
3	Pertinencia	Los ítems permiten medir el problema de investigación.	/	
		Los ítems permitirán contrastar la hipótesis.	/	
4	Metodología	Los ítems permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.	/	
5	Objetividad	El instrumento abarca las variables e indicadores precisos y claros.	/	
6	Coherencia	Existe coherencia entre variables e indicadores.	/	
7	Consistencia	Los ítems se basan en los aspectos teóricos científicos.	/	
8	Vocabulario	Los ítems son apropiados al nivel educativo de los participantes de la investigación.	/	

III. **SUGERENCIAS (Recomendaciones, críticas y opiniones que considere pertinentes para mejorar el instrumento)**

.....

.....

.....

IV. **OPINIONES:**

.....

.....

.....

Fecha: *03.08.2016*



 Firma

DNI: *41978389*

APÉNDICE 3

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

CONCORDANCIA ENTRE JUECES

PRUEBA BINOMIAL DE JUICIO DE EXPERTOS

ITEM	EXPERTO					TOTAL	P VALOR \leq A	SIGNIFICADO ESTAD.
	1	2	3	4	5			
1	1	1	1	1	1	5	0.0313	Significativo
2	1	1	1	1	1	5	0.0313	Significativo
3	1	1	1	1	1	5	0.0313	Significativo
4	1	1	1	1	1	5	0.0313	Significativo
5	1	1	1	1	1	5	0.0313	Significativo
6	1	1	1	1	1	5	0.0313	Significativo
7	1	1	1	1	1	5	0.0313	Significativo
8	1	1	1	1	1	5	0.0313	Significativo
9	1	1	1	1	1	5	0.0313	Significativo
10	1	1	1	1	1	5	0.0313	Significativo

*El error de significancia no superó los valores establecidos para $p=0,05$; por lo que se concluyó que hay concordancia entre los jueces en cuanto a la coherencia con los objetivos, estructura y comprensibilidad; considerando al instrumento como válido.

APENDICE 4

PRUEBA DE CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Resumen del procesamiento de los casos

	N	%
Válidos	13	100,0
Casos Excluidos ^a	0	,0
Total	13	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,820	49

*El instrumento es bueno.

APENDICE 5

MODIFICACIÓN DEL CUESTIONARIO

PREGUNTAS DE CONOCIMIENTO	MODIFICACIÓN
2. La hipertensión arterial es una enfermedad contagiosa.	2. La presión alta es una enfermedad contagiosa.
3. La HTA generalmente no se siente, pero puede haber dolor de cabeza, visión borrosa, mareos, bochornos.	3. La presión alta generalmente no se siente, pero puede haber dolor de cabeza, visión borrosa, mareos, vómitos.
4. La HTA no tiene complicaciones.	4. La presión alta no tiene complicaciones.
5. El peso es un factor de riesgo para tener presión arterial alta por lo que debe controlarse cada mes.	5. El peso tiene relación con la presión alta por lo que debe controlarse cada mes.
6. La frecuencia del consumo de alimentos no influye en la HTA.	6. La frecuencia del consumo de alimentos salados, ricos en grasa, no influye en la presión alta.
7. La preparación de sus alimentos de manera sancochada y a la plancha ayudan a controlar la presión arterial.	7. La preparación de sus alimentos de manera sancochada ayudan a controlar la presión arterial.
8. La preparación de sus alimentos en forma de fritura controlan la presión arterial.	8. La preparación de sus alimentos en forma de fritura controlan la presión alta.
9. El aceite compuesto se debe consumir para evitar la HTA.	9. Se puede consumir cualquier tipo de aceite para evitar la presión alta.
10. Los pescados como: atún, caballa, trucha son alimentos que se consideran importantes en la dieta para evitar HTA	10. Los pescados como: jurel, caballa fresca, bonito son alimentos que se consideran importantes en la dieta para evitar presión alta.
11. El consumo de ajos y apio parecen aumentar la presión arterial.	11. El consumo de ajos y apio aumentan la presión alta
12. La sal es un condimento necesario en la prevención de HTA	12. La sal es un condimento necesario en la prevención de la presión alta
13. Los alimentos que se recomienda consumir para evitar la HTA son: pescados, pollo, pavo, aceite vegetal, frutas y verduras.	13. Los alimentos que se recomienda consumir para evitar la presión alta son: pescados, pollo, pavo, aceite vegetal, frutas y verduras.
15. El mayor consumo de café y té aumentan el riesgo de tener HTA.	15. El mayor consumo de café y té aumentan el riesgo de tener presión alta.
16. El consumo de alcohol y tabaco no está relacionado con la Presión alta.	16. El consumo de alcohol y cigarro no está relacionado con la Presión alta.
17. El descanso es necesario en la prevención de la HTA.	17. El descanso es necesario en la prevención de la presión alta.
18. El sueño insuficiente no influye en la presión arterial.	18. El poco sueño no influye en la presión arterial.
19. Considera usted que dormir 8 horas es bueno para su salud.	19. Considera que dormir 8 horas es bueno para su salud.

23. La relajación ayuda a la prevención de HTA.	23. La relajación ayuda a la prevención de presión alta.
24. La meditación ayuda a prevenir la HTA.	24. La meditación ayuda a prevenir la presión alta.
25. Las citas médicas periódicas no son tan importantes.	ANULADA POR DUPLICIDAD
26. Los medicamentos que se toma para controlar la HTA, es solo cuando se siente molestias.	26. Los medicamentos que toma para controlar la presión alta, es solo cuando siente molestias.
27. Los medicamentos que se recetan para controlar la HTA es para toda la vida.	27. Los medicamentos que se recetan para controlar la presión alta es para toda la vida.
29. El control de la presión arterial se debe hacer periódicamente, para prevenir la HTA.	29. El control de la presión arterial se debe hacer periódicamente, para prevenir la presión alta.
30. Asistir a los controles con la enfermera puntualmente no es importante para la detección de la HTA.	30. Asistir a los controles con la enfermera puntualmente no es importante para la detección de la presión alta.

APENDICE 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: “Relación entre el conocimiento y la práctica de los Adultos Mayores sobre la prevención de la Hipertensión Arterial del Programa de Adulto Mayor del Hospital General de Jaén, 2016”, habiendo sido informada del propósito de la misma, así como de los objetivos y teniendo la confianza plena que la información que se vierte en el instrumento será sólo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información asegurándose la máxima confidencialidad.

Firma.....

Nº DNI.....

APÉNDICE 7

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

CUESTIONARIO

PRESENTACIÓN: Buenos días Sr. (a), mi nombre es Cécile Catherine Lozada Paredes, Bachiller en Enfermería de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca Sección Jaén, en esta oportunidad estoy realizando un estudio de investigación, en coordinación con la enfermera jefe encargada del Programa de Adulto Mayor con el fin de obtener información sobre la relación entre el conocimiento y la práctica de los Adultos Mayores sobre la prevención de la Hipertensión Arterial del Programa de Adulto Mayor del Hospital General de Jaén. Para lo cual se le solicita su colaboración, respondiendo a las preguntas en forma sincera y veraz.

INSTRUCCIONES

A continuación se presenta una serie de preguntas, para lo cual le pedimos que marque con un aspa (X), la respuesta correcta. En caso de duda, consulte con la investigadora.

A.- DATOS GENERALES:

- 1.- Edad:.....
- 2.- Sexo: Masculino () Femenino ()
- 3.- Grado de instrucción:
- 4.- Peso:
- 5.- Valor de su presión arterial:.....

B. CONOCIMIENTO DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE HTA.

ITEMS	SI	NO
1. El valor normal de la presión arterial es 120/80 mmHg.		
2. La presión alta es una enfermedad contagiosa.		
3. La presión alta generalmente no se siente, pero puede haber dolor de cabeza, visión borrosa, mareos, vómitos.		
4. La presión alta no tiene complicaciones.		
5. El peso tiene relación con la presión alta por lo que debe controlarse cada mes.		
6. La frecuencia del consumo de alimentos salados, ricos en grasa, no influye en la presión alta.		
7. La preparación de sus alimentos de manera sancochada ayudan a controlar la presión arterial.		
8. La preparación de sus alimentos en forma de fritura controlan la presión alta.		
9. Se puede consumir cualquier tipo de aceite para evitar la presión alta.		
10. Los pescados como: jurel, caballa fresca, bonito son alimentos que se consideran importantes en la dieta para evitar presión alta.		
11. El consumo de ajos y apio aumentan la presión alta		
12. La sal es un condimento necesario en la prevención de la presión alta		
13. Los alimentos que se recomienda consumir para evitar la presión alta son: pescados, pollo, pavo, aceite vegetal, frutas y verduras.		
14. No es recomendable consumir frutas como: Piña, melocotones, ciruelas, plátanos, uvas, naranjas, fresas, maracuyá.		
15. El mayor consumo de café y té aumentan el riesgo de tener presión alta.		
16. El consumo de alcohol y cigarro no está relacionado con la presión alta.		
17. El descanso es necesario en la prevención de la presión alta.		
18. El poco sueño no influye en la presión arterial.		
19. Considera que dormir 8 horas es bueno para su salud.		
20. No es necesario realizar ejercicios diariamente para prevenir la presión alta.		
21. El tiempo recomendable para realizar ejercicios físicos de moderada intensidad es cinco veces por semana por 30 minutos.		
22. La caminata y los ejercicios son algunas actividades físicas no recomendadas para mejorar la presión arterial.		
23. La relajación ayuda a la prevención de presión alta.		
24. La meditación ayuda a prevenir la presión alta.		
25. Los medicamentos que toma para controlar la presión alta, es solo cuando siente molestias.		
26. Los medicamentos que se recetan para controlar la presión alta es para toda la vida.		
27. Asistir a sus controles médicos puntualmente no es tan importante.		
28. El control de la presión arterial se debe hacer periódicamente, para prevenir la presión alta.		
29. Asistir a los controles con la enfermera puntualmente no es importante para la detección de la presión alta.		

C. PRACTICA DE MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE HTA.

PRACTICA	SI	NO
1. Se controla el peso mensualmente.		
2. Restringe algunos alimentos para mantener su peso		
3. Generalmente usted prepara sus alimentos fritos		
4. Consumo de alimentos mínimo de 3 veces/ día		
5. Generalmente usted prepara sus alimentos sancochados y a la plancha.		
6. Prepara sus alimentos con aceite de origen vegetal.		
7. La frecuencia con la que usted consume atún, caballa y trucha es tres veces por semana.		
8. La frecuencia con la que usted consume ajos y apio es de 3 a 4 veces a la semana		
9. Frecuentemente utiliza poca cantidad de sal en la preparación de sus alimentos.		
10. Consume café y té frecuentemente.		
11. Fuma, toma cerveza y vino de vez en cuando en una reunión de familia		
12. Realiza ejercicios de moderada intensidad cinco veces por semana por 30 minutos.		
13. Realiza caminatas y ejercicios durante la semana		
14. Duerme menos de 8 horas.		
15. Realiza acciones para el control de estrés (relajación, meditación)		
16. Toma sus medicamentos sólo cuando se siente mal.		
17. Cumple con el tratamiento médico.		
18. Acude a las citas médicas		
19. Asiste a los controles de enfermería porque no sólo recibe sus medicamentos, sino le enseñan otras actividades preventivas.		
20. Se controla la presión arterial sólo cuando asiste a sus controles con la Enfermera y cuando siente molestias.		

Observaciones:.....