

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA-FILIAL CHOTA**



TESIS

**ESTILOS DE VIDA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS
ADULTOS Y ADULTOS MAYORES EN LA MICRORED
PATRONA DE CHOTA, 2021**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR: Bach. Dagoberto Mejía
Vásquez**

**ASESORA: M.Cs. Luz Amparo Núñez
Zambrano**

CAJAMARCA, PERÚ

2023

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA-FILIAL CHOTA**



TESIS

**ESTILOS DE VIDA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS
ADULTOS Y ADULTOS MAYORES EN LA MICRORED
PATRONA DE CHOTA, 2021**

**PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADO EN
ENFERMERÍA**

**PRESENTADO POR: Bach. Dagoberto Mejía
Vásquez**

**ASESORA: M.Cs. Luz Amparo Núñez
Zambrano**

CAJAMARCA, PERÚ

2023

© Copyright.

Dagoberto Mejía Vásquez

Todos los Derechos

Reservados

Mejía, D. 2022. **Estilos de vida e hipertensión arterial en los adultos y adultos mayores en la Microred Patrona de Chota, 2021.** Dagoberto Mejía Vásquez/ 80 págs.

Asesora: M.Cs. Luz Amparo Núñez Zambrano.

Disertación académica para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería –
UNC 2022

ESTILOS DE VIDA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS ADULTOS Y ADULTOS MAYORES EN LA MICRORRED PATRONA DE CHOTA, 2021

AUTOR: Dagoberto Mejía Vásquez

ASESORA: M.Cs. Luz Amparo Núñez Zambrano

Tesis evaluada y aprobada para la obtención del Título Profesional De Licenciado En Enfermería, por los siguientes jurados:

JURADO EVALUADOR



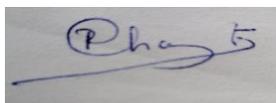
.....
Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez

PRESIDENTA



.....
Dra. Juana Aurelia Ninatanta Ortiz

SECRETARIA



.....
M.Cs. Rosa Ricardina Chávez Farro

VOCAL

CAJAMARCA 2023

DEDICATORIA

Este presente trabajo de investigación de tesis, está dedicado en agradecimiento a Dios por ser el dueño de la vida y la salud.

Especialmente a mis queridos padres Sr. Anaximandro Mejía Cóndor y a la Sra. Audina Vásquez Medina, a mis hermanos, Roberto y Rosa Nelly Mejía Vásquez y a mi querida tía Hermelinda Mejía Guevara, gracias, por su amor, cariño y apoyo incondicional que llenaron mi vida de fortaleza y lucha constante para lograr todo lo propuesto y soñado. Y con la bendición de Dios todopoderoso, se logró cumplir importantes metas una de ellas ser profesional con vocación de servicio y espíritu de ayuda humanitaria al que lo necesita, de manera responsable, adecuada y con voluntad de trabajo.

AGRADECIMIENTO

A Dios por guiarme y darme la fortaleza para seguir adelante y cumplir mis metas de ser un profesional de servicio.

Agradecer a mis padres, hermanos, y familiares cercanos por el apoyo incondicional a mi persona, tanto económica como moralmente y de esa manera llevar a cabo mis estudios y cumplir con mi objetivo de ser un profesional.

Así mismo también quisiera agradecer de un modo especial a mis profesores y formadores por transmitir sus conocimientos, experiencias y habilidades y de esa manera realizarme profesionalmente.

A la Mg. Luz Amparo Núñez Zambrano, por su apoyo y por ser una excelente guía en la realización de este estudio.

A las personas, que participaron y formaron parte en este trabajo de investigación, ya que todo esto es para ustedes y por ustedes.

También agradecer a mi alma mater Universidad Nacional de Cajamarca, a la Escuela Académico Profesional de Enfermería-Sección Chota por cobijarme bajo su techo y por las gratas experiencias en un templo de conocimientos que se dio dentro y fuera de sus aulas.

Finalmente quisiera hacer llegar mis agradecimientos a todos mis compañeros de estudio que durante los años cursados me apoyaron y estuvieron allí cuando uno los necesitaba, además de las experiencias y anécdotas compartidas.

ÍNDICE DE CONTENIDO

| | |
|---|------|
| DEDICATORIA..... | vii |
| AGRADECIMIENTO..... | viii |
| ÍNDICE DE CONTENIDO..... | ix |
| LISTA DE TABLAS..... | xi |
| LISTA DE ANEXOS..... | xii |
| RESUMEN..... | xiii |
| ABSTRACT..... | xiv |
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| CAPÍTULO I EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN..... | 3 |
| 1.1. Definición y delimitación del problema de investigación..... | 3 |
| 1.2. Justificación del estudio..... | 6 |
| 1.3. Objetivos: General y específicos..... | 6 |
| 1.3.1. Objetivos General..... | 6 |
| 1.3.2. Objetivos específicos:..... | 7 |
| CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO..... | 8 |
| 2.1. Los antecedentes del estudio..... | 8 |
| 2.2. Bases teóricas..... | 12 |
| 2.2.1. Modelo de promoción de la salud de Nola Pender..... | 12 |
| 2.2.2. Estilos de vida..... | 12 |
| 2.2.3. Hipertensión arterial..... | 22 |
| 2.3. Hipótesis de investigación..... | 27 |
| 2.3.1. Hipótesis General:..... | 27 |
| 2.4. Variables del estudio y matriz de operacionalización..... | 28 |
| CAPÍTULO III DISEÑO METODOLÓGICO..... | 30 |
| 3.1. Diseño y tipo de estudio..... | 30 |
| 3.2. Población de estudio..... | 30 |
| 3.3. Criterios de inclusión y exclusión..... | 30 |
| 3.4. Unidad de Análisis..... | 31 |
| 3.5. Marco muestral..... | 31 |
| 3.6. Muestra o tamaño muestral..... | 31 |
| 3.7. Selección de la muestra o procedimiento de muestreo..... | 31 |
| 3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos..... | 31 |

| | |
|---|----|
| 3.9. Procesamiento y análisis de datos | 32 |
| 3.10. Consideraciones éticas | 33 |
| 3.11. Dificultades y limitaciones para el estudio | 33 |
| CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... | 34 |
| CONCLUSIONES | 46 |
| RECOMENDACIONES | 47 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 48 |
| ANEXOS..... | 58 |

LISTA DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Elecciones personales que afectan la salud según la FAO..... | 20 |
| Tabla 2. Características sociodemográficas de los adultos y adultos mayores en la Microred Patrona de Chota, 2021 | 34 |
| Tabla 3. Estilo de vida en Adultos Mayores con hipertensión y sin Hipertensión Arterial en la Microred Patrona de Chota, 2021. | 37 |
| Tabla 4. Estilo de vida de los Adultos Hipertensos y no Hipertensos. Microred Patrona de Chota, 2021..... | 41 |
| Tabla 5. Estilo de vida y su relación con la Hipertensión en los Adultos y Adultos Mayores. Microred Patrona de Chota,2021..... | 43 |

LISTA DE ANEXOS

| | |
|--|----|
| Anexo 1. Instrumento de recolección de datos | 58 |
| Anexo 2. Consentimiento informado | 61 |
| Anexo 3. Ficha técnica del cuestionario | 63 |
| Anexo 4. Análisis de fiabilidad del instrumento..... | 65 |

RESUMEN

El objetivo del estudio fue determinar la relación entre estilos de vida y la hipertensión arterial en adultos y adultos mayores en la Microred Patrona de Chota, 2021. El enfoque utilizado fue cuantitativo de diseño no experimental, correlacional, trabajado con una muestra no probabilística de 215 adultos de 40 a 59 años y 93 adultos mayores de 60 a más años. Para el proceso de recolección de datos se utilizó la Escala de estilo de vida para adultos mayores de Walker y Sechrist, adaptado y validado por 3 expertos, con una confiabilidad de Alfa de Cronbach de 0,80. Los resultados demuestran que respecto a las características sociodemográficas, el 69,8% tenían entre 40 a 59 años; 67% eran mujeres; 79,9% tenían como estado civil conviviente/casado(a); 90,3% eran católicos; 43,5% tienen grado de instrucción primaria completa y el 70,1% proceden de la zona rural. Respecto al estilo de vida en adultos mayores hipertensos el 89,7% tienen un estilo de vida no saludable y los no hipertensos en un 67,8 % presentaron un estilo de vida saludable. En cuanto a los adultos hipertensos 66,7% tienen un estilo de vida no saludable y los no hipertensos en un 84,4% estilo de vida saludable. Al relacionar el estilo de vida con la hipertensión arterial se encontró una relación altamente significativa ($p= 0,000$). Conclusión: La práctica de estilos de vida saludables tiene relación con la hipertensión arterial en los adultos y adultos mayores.

Palabras clave: Estilos de vida, hipertensión arterial, adultos, adultos mayores (Tesauros Decs).

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the relationship between lifestyles and arterial hypertension in adults and older adults in the Microred Patrona de Chota, 2021. The approach used was a quantitative, non-experimental, correlational design, worked with a non-probabilistic sample of 215 adults from 40 to 59 years old and 93 adults over 60 years of age. For the data collection process, the Walker and Sechrist Lifestyle Scale for Older Adults was used, adapted and validated by 3 experts, with a Cronbach's Alpha reliability of 0.80. The results show that regarding sociodemographic characteristics, 69.8% were between 40 and 59 years old; 67% were women; 79.9% had cohabiting/married as marital status; 90.3% were Catholic; 43.5% have a complete primary education degree and 70.1% come from rural areas. Regarding lifestyle in hypertensive older adults, 89.7% have an unhealthy lifestyle 67.8% of non-hypertensives had a healthy lifestyle. Regarding hypertensive adults, 66.7% have an unhealthy lifestyle and 84.4% non-hypertensives have a healthy lifestyle. When relating Lifestyle to Arterial Hypertension, a highly significant relationship was found ($p= 0.000$). Conclusion: The practice of healthy lifestyles is related to arterial hypertension in adults and older adults.

Keywords: Lifestyles, arterial hypertension, adults, older adults (Thesauri Decs).

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es considerada un importante desafío de salud pública a nivel mundial, debido a su alta prevalencia y al incremento del riesgo a desarrollar enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y enfermedades renales. Es un trastorno circulatorio que muchas veces se asocia a la presencia de hábitos alimentarios inadecuados, ingesta excesiva de sal, abuso de alcohol, sedentarismo, sobrepeso, tabaquismo y trastornos del metabolismo de la glucosa y los lípidos (1).

Según la evidencia científica, la reducción del consumo de alcohol y sal, el abandono del hábito tabáquico, la realización de una actividad física aeróbica regular, la corrección del sobrepeso con la adopción de una dieta equilibrada, rica en frutas y verduras frescas y baja en grasas saturadas, son los principales cambios en el estilo de vida que determinan los mejores resultados para la prevención y el tratamiento de la hipertensión (2).

Sin embargo, educar a los adultos y adultos mayores sobre los cambios en el estilo de vida se torna una tarea difícil, pues en la actualidad se ha evidenciado que gran parte de esta población no lleva un estilo de vida saludable, contribuyendo de forma negativa a su salud. En este sentido, se manifiesta la importancia de brindar un seguimiento adecuado a los adultos y adultos mayores, pues son los que están más propensos a desarrollar este padecimiento, e identificar la importancia de un estilo de vida saludable como una forma de prevención o de mejora hacia la hipertensión arterial.

Bajo este contexto, el presente estudio titulado estilos de vida e hipertensión arterial en los adultos y adultos mayores en la microred patrona de Chota, 2021, tuvo como objetivo principal determinar la relación entre estilos de vida y la hipertensión arterial en adultos y adultos mayores en la Microred Patrona de Chota, 2021.

La elaboración de esta investigación ha permitido revisar información actualizada sobre el tema de investigación, permitiendo conocer la relación entre estilos de vida y la hipertensión arterial en la población adulta y adulta mayor, significando un aporte relevante para el campo de la salud. Tal información permitirá a las instituciones de salud elaborar estrategias que contribuyan a la adquisición de conductas saludables, siendo relevante para prevenir complicaciones y evitar graves eventos en el desarrollo de la salud de los adultos y adultos mayores con hipertensión arterial.

La presente investigación cuenta con la siguiente estructura: En el capítulo I se hizo énfasis en el problema de investigación, justificación y objetivos. Capítulo II se describieron las bases teóricas relacionadas a las variables de estudio y presentaron los antecedentes en cuanto al ámbito internacional, nacional y local. Capítulo III se detalló la metodología utilizada en la investigación como tipo y diseño de estudio, población, muestra, técnicas de recolección de datos; además, del procesamiento y análisis estadístico de los datos. En el capítulo IV se presentan los resultados, discusión, conclusiones, recomendaciones y finalmente se incluyó los anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Definición y delimitación del problema de investigación

La hipertensión arterial es un importante problema de salud mundial y un importante factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, con alta prevalencia en adultos y adultos mayores. (3) A nivel mundial, las estadísticas brindadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) revelan que aproximadamente 128 millones de adultos de 30 a 79 años presentan hipertensión, existiendo mayor concentración en países de ingresos bajos y medianos (4). Además, 1.6 millones de personas mueren cada año por enfermedades cardiovasculares y más del 50% de la población sufre hipertensión, lo que significa que cerca de 250 millones de personas padecen hipertensión arterial (5).

En España, el 33% de las personas adultas tienen hipertensión arterial (6); en Estados Unidos a pesar de ser una potencia en salud mundial, el 46% de los adultos tienen presión arterial alta, sin embargo, la tasa de control es solo del 25%, y la tasa de mortalidad aumentó en un 25.7% entre los últimos 13 años (7). En las Américas, de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la hipertensión afecta entre el 20-40% de la población adulta, ello significa que aproximadamente 250 millones de habitantes padecen de presión alta; además, son responsables del 30% de las muertes en la región (2).

Un estudio realizado en Corea identificó que el aumento de peso, la inactividad física y el alto consumo de sal son algunos de los factores que generan un inadecuado control de la presión arterial (8). Además, otros factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial son: la carga laboral, antecedentes familiares positivos a hipertensión y el bajo nivel de educación (9).

En cuanto a los estilos de vida, se identificó a nivel mundial que sólo el 9.0% mantienen estilos de vida saludables, el 17.9% poco saludable, el 35% estilos de vida con riesgos y el 38.1 % no saludables, demostrándose que para prevenir enfermedades como la hipertensión y para aumentar la calidad de vida es importante modificar sus estilos de vida hacia hábitos más saludables (10).

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en América Latina 1 de cada 3 adultos padece hipertensión arterial; aproximadamente unos 250 millones de personas sufren esta

condición que es causa principal de la mitad de las muertes por problemas cardiovasculares (11). En Latinoamérica, específicamente en Brasil, el 25% de la población tiene hipertensión arterial (12). En Ecuador, 1 de cada 5 personas de 18 a 69 años tiene hipertensión arterial, estimándose que al menos el 20% de la población mayor de edad padece esta enfermedad y de ellos aproximadamente el 45 % desconoce que padece esta enfermedad (13). En Colombia de los casos de hipertensión arterial, el 90% de los casos no tienen causa identificable y corregible por lo que se recurre a un tratamiento crónico, siendo el 23% personas adultas con esta enfermedad (14).

A nivel nacional, en el Perú se aproxima al 27% de personas que padecen de hipertensión arterial; por otro lado, en el 2018, el 9.5% de la población de 15 y más años de edad fue diagnosticada con hipertensión arterial. En Cajamarca se encontró que el 13.9% de adultos tienen esta enfermedad, el 10% de estas personas fumaron cigarrillos en los últimos doce meses, además se encontró que el 46.6% de adultos tomaron bebidas alcohólicas en los últimos doce meses y generalmente empiezan a beber desde los 19 años; menos del 10% de adultos que consumen frutas y el 30% de los adultos que en la actualidad sufren de sobrepeso (15,16).

En una investigación en Lima, en el análisis multivariado de las personas con hipertensión arterial se evidenció una asociación significativa entre el estilo de vida no saludable y el no control de la enfermedad hipertensiva (RP=2,538; p=0,000; IC95%=1,608-4,006) (17). En Lambayeque, se reveló que el 82% de los adultos mayores presentan estilos de vida saludable, con respecto a alimentación 99%; en relación a actividad física 49% y 71% en descanso y sueño (18). Por otro lado, en Ica, se evidenció que el 72.1% tienen un estilo de vida regular, el 15.5% malo y bueno el 12,4%. Según dimensiones el estilo de vida fue regular en la alimentación 60,8%, consumo de sustancias nocivas 80,4%, actividad física 74,2% y responsabilidad por la salud 79.4% (19).

Se considera que la medicación es una parte importante del tratamiento de esta enfermedad, sin embargo, los cambios en el estilo de vida cumplen un rol importante en el mantenimiento de la salud de quien la padece (20). Al respecto, la OPS ha indicado que la hipertensión se puede prevenir si se adoptan conductas saludables como reducción del consumo de salud en la alimentación, mantener una dieta rica en frutas y verduras o incorporar el ejercicio como parte de las actividades diarias (2).

Los estilos de vida se vinculan mucho con la salud de las personas adultas, y más aún con los

adultos mayores; pues una vida poco saludable conlleva a la aparición de enfermedades crónicas; pues estudios afirman que las personas adultas y adultas mayores con estilos de vida poco saludables tienden a ocasionar enfermedades no transmisibles (21). Así mismo, los estilos de vida son determinantes en la presencia de factores de riesgo y factores protectores para el bienestar (9).

Bajo este contexto, se ha identificado que las pautas para la modificación del estilo de vida no se siguen ampliamente. A pesar de los beneficios bien conocidos de la intervención dietética, el cumplimiento de las pautas dietéticas para la hipertensión es más deficiente para los comportamientos relacionados con la salud, como no fumar, el consumo moderado de alcohol y la actividad física, y se ha informado que la dieta poco saludable es una barrera importante para el manejo de enfermedades (22).

La OMS explica que el estilo de vida es un conjunto de actividades, actitudes y comportamientos que las personas adoptan y desarrollan individual o colectivamente para satisfacer sus necesidades como seres humanos y lograr el desarrollo personal, ya que es una enfermedad crónica que requiere cambio (23).

El riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular (ECV) aumenta por una alimentación poco saludable, la cual se caracteriza por un bajo consumo de frutas y verduras y un consumo elevado de sal, azúcares y grasas. Una alimentación poco saludable contribuye a la obesidad y el sobrepeso, los cuales a su vez son factores de riesgo para las ECV (24).

A nivel local en la Microred Patrona de Chota, las personas adultas y adultas mayores vienen practicando inadecuados estilos de vida, pues sustentando lo mencionado se observa que la mayoría de adultos practica escasamente actividad física, lo que traería como consecuencia sobrepeso. Esta realidad la evidencia una investigación realizada en Chota donde se encontró que el 61,5% de mujeres entre las edades de 25 a 60 presentan sobrepeso y obesidad, del mismo modo el 72,4% de hombres de esta provincia. Además, el 13,8% de los hombres entre las edades de 25 a 60 años padecen de presión arterial alta (25). Esto posiblemente se debe a una mala alimentación, como exceso de grasas, azúcar y sal; por otro lado, se encuentran los hábitos de fumar y beber alcohol. Todos estos estilos están ocasionando que la prevalencia de enfermedades no transmisibles como la hipertensión arterial se incremente (26).

En general la sociedad, evidencia estilos de vida preocupantes, donde tiende a realizar acciones

no saludables que afectan su salud. Además, a pesar del conocimiento sobre los hábitos adecuados tienden a no respetarlos, vulnerando su integridad física. Específicamente, los hábitos de vida de la población anciana condicionan el riesgo de enfermedades cardiovasculares, sumado a la influencia de factores sociodemográficos y clínicos (10). En consecuencia, el presente estudio buscó responder a la pregunta de investigación: ¿Existe relación entre el estilo de vida y la hipertensión arterial del adulto y adulto mayor en la Microred Patrona De Chota, 2021?

1.2. Justificación del estudio

La investigación presentó justificación teórica pues brindó información sobre la relación entre el estilo de vida y la hipertensión arterial en la población adulta y adulta mayor, significando un aporte relevante para el campo de la salud.

Desde el aspecto social, se ha indicado que la hipertensión arterial representa un gran problema de salud pues está asociado a los altos índices de mortalidad en la población adulta y adulta mayor. Por tanto, el estudio servirá para que las autoridades sanitarias elaboren estrategias que contribuyan a la adquisición de conductas saludables, siendo relevante para prevenir complicaciones y evitar graves eventos en el desarrollo de la salud de los adultos y adultos mayores con hipertensión arterial. Para los profesionales de Enfermería es primordial ayudar al paciente a evitar eventos desfavorables que comprometan la salud del adulto, por lo que el estudio permitió conocer si tener un estilo de vida saludable favorece a la prevención de hipertensión arterial.

Desde el aspecto práctico, la investigación es importante debido a que los sujetos de estudio son parte de la población más vulnerable y propensa a sufrir enfermedades debido a su edad, por ello la importancia de conocer para crear protocolos de seguridad y así mejorar los estilos de vida. Además, las instituciones de salud lograron identificar en qué aspectos relacionados al tratamiento existen mayores deficiencias para la creación de planes de promoción y de capacitación a los usuarios para un mejor autocuidado y una mejor adherencia al tratamiento.

1.3. Objetivos: General y específicos

1.3.1. Objetivos General

Determinar la relación entre estilos de vida y la hipertensión arterial en adultos y adultos mayores en la Microred Patrona de Chota, 2021.

1.3.2. Objetivos específicos:

- a) Caracterizar sociodemográficamente a los adultos y adultos mayores de la Microred Patrona de Chota.
- b) Identificar el estilo de vida en los adultos con hipertensión y sin hipertensión arterial de la Microred Patrona de Chota.
- c) Describir el estilo de vida en los adultos mayores con hipertensión y sin hipertensión arterial de la Microred Patrona de Chota

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Los antecedentes del estudio

Antecedentes internacionales

Ponce-Soledispa y Lois-Mendoza (27) en Ecuador, desarrollaron en el 2020 un estudio denominado: Prevalencia de hipertensión arterial y estilos de vida en adultos mayores, con la finalidad de conocer la relación entre hipertensión arterial y estilos de vida en adultos mayores. Los hallazgos reflejaron que el 42,06% presentó hipertensión arterial estadio 2; además, el 55,5% tuvo un estilo de vida saludable, 25,40% poco saludable y el 19,40% muy saludable. En conclusión, no hubo relación entre la prevalencia de hipertensión arterial y los estilos de vida en el adulto mayor; por ello, debe analizarse otros factores que alteren la calidad de vida.

Cedeño (28) en Ecuador, ejecutó en el año 2020 una investigación denominada Estilos de vida saludables desde la perspectiva en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro de Salud Tipo B-2 del Distrito de Esmeraldas, con la finalidad de analizar los estilos de vida saludables desde la perspectiva en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro de Salud Tipo B “2”. Se utilizó un método cuantitativo, transversal, descriptivo, se analizaron a 124 pacientes con diagnóstico de hipertensión. Los hallazgos evidenciados fueron que el 53% presentó una actitud regular sobre la calidad de vida del paciente, el 25% presentaron un nivel positivo en referencia a sus actividades que realiza y el 22% se determinó como deficiente en base a la calidad de vida. En conclusión, se valora de manera positiva la calidad de vida de los pacientes.

Quispe (29) en Bolivia, elaboró en el 2019 un estudio denominado: Hipertensión arterial relacionado a malos hábitos en la alimentación y estilos de vida no saludables en pacientes del centro de salud Copacabana ciudad del el Alto-primer semestre de gestión 2019, con el propósito de conocer la relación que existe entre hipertensión arterial con los malos hábitos de alimentación y los estilos de vida no saludables. Para ello, se utilizó una metodología cuantitativa, correlacional y transversal, donde se analizaron a 64 adultos mayores de 60 años, a quienes se les aplicó un cuestionario. Los hallazgos reflejaron que el 71,9% eran de sexo femenino, el 51,6% tenían entre 60 a 64 años y el 76,6% eran casados; además, el 78,1% no realizan ningún tipo de actividad física y el 100% no mantiene una alimentación adecuada. En

conclusión, las mujeres son las que más padecen hipertensión arterial; además, el grupo etario de 60 a 64 años es donde más se presentaron casos de hipertensión arterial.

Cachimuel (30) en Ecuador, presentó un estudio en el año 2019 denominado Estilos de vida en pacientes hipertensos de 45 a 75 años que acuden al Centro de Salud Tipo C - San Rafael, Esmeralda 2019, con el fin de determinar los estilos de vida en los pacientes hipertensos de 45 a 75 años que acuden al Centro de Salud Tipo C. El método presentado fue descriptivo, transversal, cuantitativo con una muestra conformada por 60 pacientes hipertensos. Los datos obtenidos fueron que estos pacientes tenían un estilo de vida poco saludable, ya que no tenían una dieta balanceada, el 65% no hacía ejercicio y pasaba más de tres horas frente al televisor, además, el 78% bebía alcohol y el 58% fumaba. En conclusión, se identificó que los estilos de vida de los pacientes hipertensos no son saludables.

Montero (31) en Ecuador, realizó una investigación en el año 2019 denominada Estilo de vida e influencia en hipertensión arterial en pacientes de 40 a 65 años que acuden al Centro de Salud Montalvo, Los Ríos, octubre 2019-abril 2019 con el propósito de determinar la influencia de los estilos de vida en la hipertensión arterial, en pacientes de 40 a 65 años que acuden al Centro de Salud Montalvo. El método utilizado fue inductivo-deductivo, cuali-cuantitativo, descriptivo, exploratorio con una muestra de 30 pacientes. Los resultados obtenidos fueron que el 50% de los pacientes tiene sobrepeso, el 40% realiza ejercicios una vez a la semana, el 50% no tiene cuadro de estrés, el 50% si fuma, el 43% no toma bebidas alcohólicas. En consecuencia, se evidenció estilos de vida poco saludables.

Antecedentes nacionales

Vargas y Orosco (32) en Apurímac, desarrollaron un estudio en el 2022 denominado, correlación entre estilos de vida e hipertensión arterial adultos mayores. Puesto de salud Argama Andahuaylas 2021, con el fin de conocer el vínculo entre estilos de vida e hipertensión arterial. Estudio de enfoque cuantitativo, nivel correlacional y transversal; cuya muestra de estudio estuvo conformada por 33 adultos mayores, a quienes se les aplicó un cuestionario. Los resultados evidenciaron que el 84,8% presentaron estilos de vida en peligro y en el 15,2% fue bajo; además, se identificó que el 51,5% presentó hipertensión arterial estadio I y el 33,3% hipertensión arterial estadio II. En conclusión, no se halló relación entre estilos de vida e hipertensión arterial.

Bustamante (33) en Chiclayo, elaboró un estudio en el año 2021 titulado, relación de hipertensión arterial y estilos de vida en adultos mayores del centro de salud Pucalá 2020, con el propósito de conocer el vínculo entre hipertensión arterial y estilos de vida. Investigación de enfoque cuantitativo, nivel correlacional y de diseño no experimental donde se trabajó con una muestra de 50 adultos mayores. Los resultados reflejaron que el 58% presentó un estilo de vida no saludable mientras que el 42% presentó un estilo de vida saludable; además, se identificó que el 30% presentó hipertensión arterial estadio III, el 16% estadio II y el 12% estadio I. En conclusión, el estilo de vida no se relaciona con la estadificación de la hipertensión arterial ($p>0.05$).

Molina (34) en Ayacucho desarrolló en el 2018 un estudio sobre los Estilos de vida e hipertensión arterial en adultos mayores del distrito de Chiapao, Lucanas, con el objetivo de conocer el vínculo entre los estilos de vida y la hipertensión arterial. Estudio cuantitativo, nivel correlacional y de diseño no experimental donde se trabajó con un grupo de 161 adultos mayores. Se obtuvo que el 67% eran mujeres y el 33% eran varones, el grupo etario que más predominó fue de 71-80 años (35,8%); el 48,6% no presentaban estudios. El 42,8% de las mujeres y el 23,7% de varones llevan estilos de vida saludable; y, el grupo etario que llevaba estilos de vida más saludables fue el de 71 a 80 años. También, de aquellos que presentaron hipertensión arterial (73,4%), el 41,6% tenían un estilo de vida sano y el 31,8% no sano; y, de aquellos que no fueron diagnosticados con hipertensión arterial, el 13,3% presentaron un estilo de vida no saludable. En conclusión, no existe relación entre estilos de vida e hipertensión arterial.

Sandoval y Rojas (35) en Tarapoto, desarrollaron en el 2018 una investigación denominada: Relación entre hipertensión arterial y estilos de vida de los adultos atendidos en el centro de salud Nueve de Abril, enero-junio 2017, con el propósito de conocer el vínculo entre hipertensión arterial y estilos de vida en adultos. Estudio de enfoque cuantitativo, nivel correlacional y de diseño no experimental, donde se trabajó con un grupo de 53 adultos. Los hallazgos evidenciaron que el 86,8% eran de sexo masculino, el 28,3% tenían entre 41-50 años, el 50,9% eran casados, el 60,4% tenían procedencia urbana y el 50,9% tenían grado de instrucción secundaria; además, se identificó el 56,6% presentó hipertensión grado 1 y el 43,4% grado normal. Respecto al estilo de vida, el 64,2% presentó un estilo de vida poco saludable y el 32,1% un estilo de vida saludable. En conclusión, existe un vínculo significativo entre la hipertensión y estilos de vida de los adultos.

Chinchayan y Von (36) en Lima, ejecutaron un estudio en el año 2018 denominado: Estilos de vida no saludables y grados de hipertensión arterial en pacientes adultos maduros, con el fin de establecer la relación entre los estilos de vida no saludables y la hipertensión arterial. Estudio de enfoque cuantitativo, nivel correlacional; cuya muestra estuvo conformada por 132 pacientes adultos entre 45 a 60 años a quienes se les aplicó un cuestionario. Se halló que 52,5% no realiza actividad física, un 62,4% consume alimentos con grasa, el 50,6% consume alcohol y el 47,4% fuma, presentando una hipertensión estadio I; por consiguiente, en pacientes con prehipertensión, el 38,1% no realiza actividad física, el 31,2% que consume alimentos con grasa en su dieta, el 44,9% consume alcohol y el 40,8% fuma de manera nociva. Se concluye que los estilos de vida no saludables se relacionan con la hipertensión arterial ($p=0,002$).

Jauregui (37) en Chachapoyas desarrolló un estudio en el año 2018 sobre los estilos de vida e hipertensión arterial, en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva, con el fin de conocer los estilos de vida e hipertensión arterial en adultos mayores. Estudio de enfoque cuantitativo, nivel correlacional y transversal; cuya muestra de estudio estuvo conformada por 50 adultos mayores, a quienes se les aplicó un cuestionario. Se evidenció que el 54% tuvo un estilo de vida no saludable y 46% una vida saludable, el 8% tuvo pre hipertensión, el 46% tuvo hipertensión, el 28 % tuvo HTA estadio I, el 16 % tuvo HTA estadio II y el 2 % tuvo HTA estadio III. En conclusión, no existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida y la hipertensión arterial en los adultos mayores, por lo tanto, se contrastó la hipótesis nula, mismo que indica que no hay relación entre variables ($p=0,095 > 0,05$).

Antecedentes locales

Ilatoma en Chota, Cajamarca (38) desarrolló un estudio en el año 2019 denominado: Estilos de vida y presencia de hipertensión arterial en el adulto mayor del centro de salud Conchán, con el objetivo de conocer el vínculo entre estilos de vida e hipertensión. Estudio cuantitativo, descriptivo correlacional y no experimental donde se aplicó un cuestionario a 140 adultos mayores. Los hallazgos revelaron que el 55,71% presentó un estilo de vida regular, en el 22,86% fue bueno y en el 21,43% malo; además, se identificó que el 71,4% no presentaron hipertensión arterial mientras que el 28,57% si lo presentaron. Se concluye con la relación directa entre las variables en mención ($\rho = 0,676$; $p = 0,000$).

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Modelo de promoción de la salud de Nola Pender

El Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender se desarrolló en el año 1960 como una alternativa para agrupar las teorías de Enfermería con las ciencias del comportamiento, a partir del concepto de promoción de la salud (39). Se basa en la teoría cognitiva social según la cual los factores cognitivos perceptivos influyen en la participación en comportamientos que promueven la salud, identificando cuatro requisitos para modelar el comportamiento como la atención, retención, reproducción y motivación (40). Este modelo ha sido utilizado por los enfermeros para comprender comportamientos saludables y desarrollar acciones de promoción de la salud que traen beneficios significativos para la calidad de vida de las personas; además, permite construir una base sólida para la práctica clínica de los enfermeros, posibilitando planificar, implementar intervenciones y evaluar sus acciones (41).

La promoción de salud, se refiere principalmente al desarrollo de patrones de vida sanos, la salud se promueve dando un nivel de vida adecuado, educación, actividad física y mecanismos para el descanso y la ocupación de tiempo libre (42). En este sentido, esta teoría permite comprender los comportamientos relacionados con la salud de los pacientes con hipertensión arterial, y a su vez, orienta hacia el fomento de conductas saludables. Ello significa que se tendrá conocimiento sobre los aspectos que influyen de forma significativa en las conductas realizadas por cada paciente, así como actitudinales y motivacionales (43).

2.2.2. Estilos de vida

2.2.2.1. Conceptualización

El estilo de vida es el modo de vivir de una persona fundamentado en el vínculo existente entre las condiciones generales de la vida, las características personales y del entorno y, los patrones y los hábitos de vida incorporados, los cuales tienen influencia en la salud a largo plazo. El concepto de las condiciones generales de vida hace referencia a las distintas maneras en que las personas desarrollan su vida, considerando las características individuales, en su espacio de tiempo y en un entorno determinado; y, los patrones y hábitos de vida se refieren a los factores visibles y externos de la personalidad como la alimentación, interacciones sociales, actividad física, entre otros (44).

Desde otra perspectiva, es el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales tiene mayor o menor control, como la falta de recreación, la escasez de ejercicio o los distintos modelos de consumo referidos a alimentos, alcohol, tabaco o drogas (45). Por tanto, los estilos de vida se adquieren, están condicionadas a través de las experiencias de aprendizajes, las cuales se adaptan, se adquieren o modifican de acuerdo con los comportamientos deseados (42).

Actualmente, el concepto de estilo de vida se utiliza en el campo de la salud, y la mayoría de las definiciones se centran en la atención de las personas al estilo de vida, que es una actividad o comportamiento que un individuo elige adoptar de acuerdo con supropia situación. Sociedad; por lo tanto, también se define como un patrón único de comportamientos y hábitos que dificultan que las personas se sientan mejor. Los modelos biomédicos hacen del estilo de vida el objeto de investigación y de investigación de las ciencias de la salud, y los ciudadanos se dan cuenta de que algunos de sus comportamientos conllevan riesgos para la salud. Además, el modelo se encarga de introducir el término "estilo de vida saludable" y darse cuenta de su uso y el término "estilo de vida", y difundirlo en el lenguaje y la literatura cotidianos sobre salud (46).

La adopción de un estilo de vida saludable es recomendable a lo largo de todo el ciclo vital, con el objetivo de preservar la vida, mantenerse sano y atenuar la discapacidad y dolor en la vejez. La alimentación correcta junto con la práctica de actividad física habitual, son conductas de gran relevancia para el mantenimiento de la salud para todos y todas las edades. Otras conductas son también concluyentes con las que tienen relación con el reposo y el sueño, el nivel de estrés, el comportamiento sexual, el tabaquismo, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas o el uso de drogas, entre otros (47).

Un estilo de vida saludable consta de una serie de factores que deben funcionar de manera armónica y completa. Algunas de las variables más influyentes en un estilo de vida saludable son los hábitos alimentarios, el ejercicio físico, la falta de ejercicio físico y el estado de ánimo. Un estilo de vida saludable es un componente clave para promover un envejecimiento saludable y reducir el riesgo de eventos cardiovasculares, esto también requiere, entre otras cosas, ejercicio físico regular, reducir el sedentarismo y mantener una buena calidad de vida (48).

Algunas culturas interpretan el sobrepeso como un símbolo de belleza, salud y riqueza, mientras que otras consideran lo extremadamente delgado como hermoso y lo consideran un

cuerpo "ideal". En otras, la delgadez también se considera un signo de enfermedad o debilidad. La energía necesaria para mantener un peso saludable depende de la edad, el sexo, la condición física y el nivel de actividad de una persona. Si bien las personas necesitan ganar, perder o mantener peso, es importante comprender la relación entre la energía consumida por el cuerpo y la energía consumida por el cuerpo a través de sus funciones internas, actividades diarias y actividades físicas (49).

Todo afecta la salud: dietas, nuestra vida y el entorno físico y social en el que vivimos y trabajamos. Para lograr y mantener la mejor salud en general, debe aprender cómo tomar buenas decisiones de estilo de vida personal y cómo mantener estas buenas prácticas a lo largo de su vida. Primero, significa elegir buenos alimentos para preparar comidas saludables y nutritivas. También implica adoptar comportamientos favorables a la salud, como el ejercicio físico regular, y evitar comportamientos que sean perjudiciales para la salud, como fumar, drogadicción, alcoholismo y exposición a enfermedades de transmisión sexual (49).

2.2.2.2. Componentes de un estilo de vida relacionado con la salud.

Según De la Cruz, J. y Pino J. (2008), el estilo de vida es un conjunto de patrones de conductas relacionados con la salud, determinado por las elecciones que hacen las personas de las opciones disponibles acordes con las oportunidades que les ofrece su propia vida, presentan algunos componentes de los estilos de vida (50).

- Poseer una naturaleza conductual observable, actitudes, valores y motivaciones.
- Continuidad de estas conductas en el tiempo.
- Asociación y combinación entre conductas de forma consistente.

Figura 1.

Componentes y determinantes del estilo de vida relacionado con la salud.



Fuente: De la Cruz, J. y Pino J. (2008)

Estilo de vida biológico

– Nutrición

En las últimas décadas según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), con el aumento del suministro de alimentos, la producción agrícola mundial ha sido suficiente para satisfacer las necesidades dietéticas de toda la población. Sin embargo, el suministro de alimentos no significa necesariamente que todos ingieran lo suficiente. Primero, la desigualdad en los ingresos y otras formas de sustento explica la enorme diferencia en el acceso a los alimentos. En segundo lugar, los hogares más pobres no tienen acceso a instalaciones de almacenamiento, utensilios de cocina y agua potable, así como a servicios médicos o educativos, lo que dificulta una nutrición adecuada. De manera similar, la transición de la dieta se debe a que las personas obtienen alimentos más nutritivos, como carne, productos lácteos, frutas y verduras, pero no necesariamente en la proporción correcta (51).

El estado nutricional es la condición física causada por los nutrientes de los alimentos que comemos y nuestras necesidades nutricionales, y su capacidad para digerir, absorber y utilizar estos nutrientes. Necesitamos comer suficientes alimentos nutritivos y seguros, y tener agua limpia y potable. Tener buenas condiciones de higiene y de vida, acceso a servicios de salud y los conocimientos y habilidades para nutrirse y cuidar de sí mismos y sus familias. Cada una de estas condiciones suele estar interrelacionada y es fundamental para un buen estado nutricional. Si falta alguno, el resultado puede ser desnutrición o enfermedad (49).

Nutrición y estilos de vida

La infección destruye el estado nutricional; una persona infectada pierde el apetito y come menos. Esta pérdida de alimentos durante una enfermedad puede poner en peligro su salud porque tiene pocas o ninguna reserva de energía. Las personas desnutridas son más susceptibles a enfermedades, enfermedades más graves y vidas más largas que las personas ricas en nutrientes. Cuando las personas tienen diarrea, su cuerpo pierde agua, no puede absorber nutrientes y el almacenamiento de nutrientes se agota rápidamente. Esto conduce a un círculo vicioso de infecciones y una mala alimentación, lo que debilita la capacidad del cuerpo para resistir las enfermedades (49).

Para reducir la propagación de enfermedades, es necesario contar con agua potable limpia, instalaciones de saneamiento efectivas para eliminar los desechos humanos y la basura, hacer el espacio libre de insectos, roedores y parásitos, y evitar el hacinamiento. Los trabajadores de la salud también pueden desempeñar un papel importante en la educación de la comunidad sobre las causas y consecuencias de las enfermedades y en brindar asesoramiento sobre cómo mejorar y mantener una buena salud y bienestar nutricional (49).

Necesidades nutricionales de las personas mayores (65 años a más)

Mientras las personas mayores tienden a comer menos y pueden necesitar menos calorías, sus necesidades de vitaminas y minerales se mantienen o pueden aumentar si su cuerpo los digiere en forma menos eficiente. El ingerir alimentos también puede disminuir debido a las dificultades para comprar, cultivar y prepararlos; por la dependencia de otras personas, por tener que dar alimentos a otros miembros de la familia y a veces también debido a la soledad y la depresión. Todos estos factores y otros problemas de salud que puedan tener, tienden a afectar el bienestar nutricional de las personas mayores. Por ello cuando estas personas son

menos activas necesitan resolver sus necesidades de nutrientes consumiendo menor cantidad de alimentos ricos en energía. Aquellos que continúan siendo bien activos necesitan comer más para mantener su peso corporal ideal.

Una buena nutrición en la edad adulta puede mejorar la capacidad de una persona para mantener una familia y una comunidad activas y saludables. La necesidad de vitaminas y minerales en la vejez puede permanecer igual o aumentar, especialmente vitamina D y calcio. Una buena alimentación para las personas mayores debe aportar todos los nutrientes necesarios y ser apetitosa, fácil de comer y digerir.

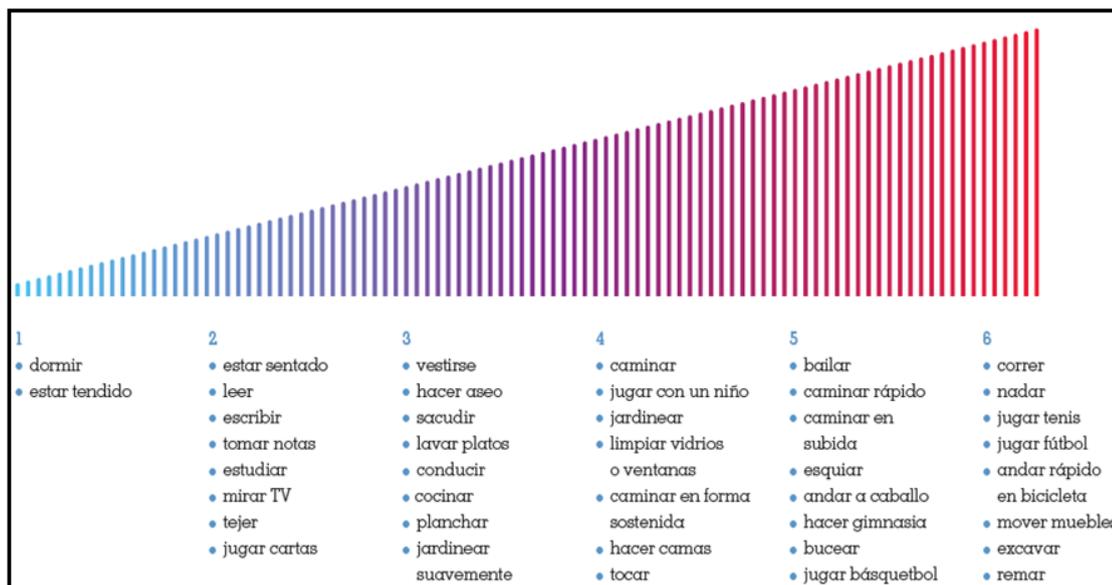
– Actividad física

Conceptualizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como todo movimiento corporal gestionado por músculos, huesos, que conllevan un consumo de energía y por ende desgaste físico satisfactorio para la salud. Estas actividades están relacionadas al trabajo, dinámicas sociales y paseos; también se consideran las actividades del hogar y dinámicas recreativas. Es necesario no confundir este término con “ejercicio físico”, siendo este una parte el cual tiene por objetivo mantener uno o más componentes de nuestro organismo en forma; mientras que la actividad física en sus niveles, bajo, medio e intenso, es beneficioso para nuestra salud. Por eso cualquier actividad, ya sea moverse de un lado a otro o trabajar resulta muy beneficioso para la salud (52).

Uno de los mayores beneficios del ejercicio es el control de peso, que puede reducir el riesgo de enfermedades cardíacas, diabetes y enfermedades de las articulaciones. También puede mejorar la función del corazón y los pulmones. Contribuye a la salud, aumenta la flexibilidad del ejercicio y ayuda a aliviar el dolor de la artritis. Se debe intentar agregar algunas (49). Las actividades aeróbicas son caminar a paso ligero, trotar y nadar, puede acelerar el ritmo cardíaco y la respiración, y mejorar la condición del corazón y los pulmones. Las actividades de resistencia involucran el ejercicio, el soporte de peso y la caminata a menudo hacen que los huesos y los músculos resistan la gravedad, lo que ayuda a la formación y el mantenimiento de los huesos. Las actividades de balance y estiramiento incluyen estiramientos suaves, baile, yoga, artes marciales, etc. mejoran la estabilidad y flexibilidad del cuerpo y reducen el riesgo de lesiones o lesiones (53).

Figura 2.

Niveles de intensidad de la actividad física.



Fuente: La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), 2017.

Al respecto, la OMS otorga ciertas recomendaciones para adultos y adultos de 65 años a más (52):

- En promedio es necesario completar 150 minutos semanales de actividad física en una combinación entre actividad moderada e intensa.
- Si se requiere de mayores beneficios para la salud se debe completar sesiones semanales de 300 minutos de actividad física entre moderada e intensa.
- Si se tiene problemas de movilidad se deben practicar sesiones de actividad física que mejoren el equilibrio y prevenir caídas por lo menos 3 días a la semana.
- Si es necesario el fortalecimiento muscular 2 o más días a la semana se debe realizar actividad física ejercitando grandes conjuntos musculares.

La intensidad con que se practican distintas formas de actividad física varía según las personas, pero lo que se realice debe beneficiar la salud cardiorrespiratoria.

Por otro lado, existen muchos factores generados por la urbanización de las ciudades que pueden desalentar a las personas de mantenerse más activos (52):

- El miedo a la violencia y la delincuencia de las calles.
- Tráfico denso

- Mala calidad del aire y la contaminación ambiental.
- Falta de parques, veredas, instalaciones deportivas y recreativas.

Estilo de vida psicológico

El tener un buen estilo de vida permite afrontar los problemas de manera positiva, superar obstáculos, intentar sacar el máximo partido a la situación y buscar soluciones contribuye a la buena salud mental y al bienestar emocional. Los estilos de vida influyen positivamente en la autoestima y el bienestar general, reduce el estrés y la ansiedad y mejora el dormir. Muchos de los beneficios de ser activos pueden alcanzarse sin necesidad de realizar ejercicios muy demandantes o intensos (53).

La confianza, la estabilidad emocional, la fuerza, las emociones positivas y la autoestima pueden regular la felicidad en cualquier etapa del ciclo de vida. La emoción recorre nuestra vida. Salimos a caminar o visitamos a los amigos para pasar un buen rato y llevarnos bien con amigos o seres queridos; cuando las cosas salen mal, enojos; cuando hay sentimientos, felicidad. El éxito de nuestra propuesta. Las emociones son respuestas a los principales estímulos que ocurren en tres sistemas o componentes: neurológico, fisiológico y bioquímico, que producen una gran cantidad de cambios físicos y preparan al cuerpo para responder a los requerimientos ambientales (54).

La intensidad de la respuesta emocional puede ser leve o excesiva, y puede llevar a las personas a formular respuestas decisivas para adaptarse al nuevo entorno o, por el contrario, producir conductas desadaptativas a nivel emocional, conductual o cognitivo, solo que limitan la visualización. Son funciones humanas y, en muchos casos, no permiten una adecuada toma de decisiones (55).

Responsabilidad en salud

La responsabilidad de cuidar nuestra salud es el primer paso para la salud física, pero la salud mental y el bienestar social también son esenciales. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social, no solo la ausencia de enfermedad. Esto significa que, para estar saludables, debemos cuidar nuestro cuerpo, mente y emociones, y debemos prestar atención al estilo de vida y al entorno. La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) reconoce

que todas las personas son complejas y no solo deben ser valoradas por las personas con discapacidades o enfermas, sino que también pueden mejorar sus condiciones psicológicas y sociales para mantener una buena calidad de vida y contribuir en su familia y la sociedad (53).

Aunque se puede ser responsable de algunos factores importantes que afectan la salud, no podemos controlar todos estos factores. Nuestra salud también depende de otros factores, como el acceso a buenos servicios médicos y de salud, acceso a condiciones sanitarias y agua potable, provisión de alimentos seguros y saludables, oportunidades laborales, condiciones de vivienda adecuadas, buenas escuelas, paz y seguridad, y el reconocimiento de los derechos humanos básicos. La salud de un individuo o comunidad es una combinación de responsabilidades públicas y personales. Todos deben aprender a tomar decisiones personales para garantizar sus mejores opciones de salud, y las comunidades deben brindar servicios básicos que ayuden a proteger o mejorar nuestra salud. Para mejorar la salud y el bienestar, tanto las personas como las comunidades deben hacer esfuerzos. Las personas pueden contribuir a la mejora del servicio comunitario participando voluntariamente en la toma de decisiones sobre servicios comunitarios y participando en comités locales, grupos cívicos o asociaciones políticas (53).

Tabla 1.

Elecciones personales que afectan la salud según la FAO.

| ELECCIONES SALUDABLES | ELECCIONES DAÑINAS |
|---|---------------------------------------|
| SALUD FÍSICA | |
| No fumar, evitar fumar. | Abuso de alcohol y consumo de drogas |
| Mantener el cuerpo aseado. | Fuma |
| Ser activo físicamente. | Comer poco saludablemente |
| Tener una alimentación balanceada. | Sexo sin protección |
| Adecuado cuidado de la salud al enfermar. | Falta de ejercicio o actividad física |
| SALUD MENTAL | |
| Rezar y meditar. | Ser amargado o estar enojado. |
| Pensamientos positivos. | Ser irritable. |
| Ser cuidadoso y entusiasta. | Guardar rencor. |
| Ser relajado y reducir el estrés. | Sentir odio. |
| Sentirse bien con uno mismo. | Sentir miedo. |
| Tener valor. | Ser ansioso. |
| Saber perdonar. | |
| SALUD SOCIAL | |

| | |
|---|--|
| Compartir con otros. | Chismear. |
| Ayudar a otros. | Pelear. |
| Ser amable y respetuoso | Tener pocos amigos. |
| Hacer amigos y ser amistoso. | Aislarse. |
| Ser responsable. | Ser un matón. |
| Ser miembro de grupos sociales y clubes. Ser honesto y sincero. | Herir a la gente. Mentir o engañar a la gente. |
| Hacer voluntariado. | Robar |
| Aprender nuevas destrezas. | |
| Participar con la comunidad. | |

Fuente: La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), 2017.

Estilo de vida social

Una de las principales causas de muerte evitables en el mundo. Se estima que actualmente hay mil millones de fumadores en el mundo. Para 2030, mil millones de jóvenes comenzarán a fumar. Fumar a menudo conduce al uso de otras drogas más poderosas y está asociado con ciertos problemas de salud, como cáncer de pulmón, boca, vejiga y garganta, enfermedades cardíacas y pulmonares. El tabaquismo se asocia al placer y los hábitos sociales se revelan a través de la asociación con momentos y lugares específicos: reuniones sociales, después de las comidas, etc. Relacionado con la enfermedad. Aunque la enfermedad alguna vez estuvo asociada con el tabaquismo excesivo, actualmente está directamente relacionada con el tabaquismo (37).

El tabaquismo se asocia con una variedad de enfermedades bucales (incluidas las enfermedades periodontales) durante mucho tiempo. Los estudios realizados en las últimas dos décadas han demostrado que fumar puede ser un factor de riesgo real de periodontitis. Existe mucha evidencia de que fumar puede tener efectos nocivos en la cavidad bucal. El humo del cigarrillo puede tener un efecto negativo y provocar más caries, ya que aumentará el número de bacterias anaerobias, cambiando así el equilibrio microbiano de la cavidad bucal. Los fumadores tienen índices más altos de placa y cálculos, así como gingivitis, periodontitis y cambios en la cicatrización (56).

Fumar es un factor de riesgo conocido para muchas infecciones respiratorias y puede aumentar la gravedad de estas enfermedades. Después de revisar varios estudios, un grupo de expertos en salud pública convocados por la Organización Mundial de la Salud determinó que los fumadores tienen más probabilidades de experimentar síntomas graves en el caso del COVID-

19 que los no fumadores, dado que el estudio se da en un contexto de pandemia, se precisó este punto (57).

Por otro lado, el consumo de alcohol forma parte del llamado estilo de vida, que se promueve ampliamente y se acepta culturalmente en la mayoría de los países occidentales. Por lo tanto, no es solo un comportamiento personal, sino que también está fuertemente influenciado por las normas sociales y el contexto socioeconómico y cultural en el que vivimos. Los cambios en estas situaciones van acompañados de cambios en el uso / abuso del alcohol. Hay muchos problemas de salud relacionados con la bebida y existe una relación dosis-respuesta entre la bebida y la frecuencia y gravedad de muchas enfermedades. Cuanto mayor es el nivel de consumo de alcohol, mayor es la mortalidad y la morbilidad (42).

El consumo de alcohol es un problema de salud pública que requiere medidas preventivas y de promoción de la salud inmediata. Esto se considera un determinante de ciertas enfermedades neuropsiquiátricas y enfermedades no transmisibles (como enfermedades cardiovasculares, cirrosis hepática y varios tipos de cáncer). En la actualidad, el consumo de alcohol se considera una práctica socialmente reconocida, y se considera un medio de actividades sociales en diversos grupos sociales como los adolescentes. El alcohol es una droga legal activa y su consumo aumenta el riesgo de involucrarse en otro tipo de sustancias ilegales, como la marihuana y la cocaína (58).

El consumo de alcohol aumenta el riesgo de causar una variedad de problemas sociales de una manera dependiente de la dosis sin ninguna evidencia de efecto umbral. Para los bebedores, cuanto más alcohol beben, mayor es el peligro. El daño causado por beber a un tercero va desde molestias sociales menores (por ejemplo, permanecer despierto por la noche) hasta consecuencias más graves (por ejemplo, deterioro de las relaciones maritales, abuso infantil, violencia, crimen e incluso asesinato). Generalmente, cuanto más grave es el delito o la lesión, es más probable que consuma alcohol. La posibilidad de causar daño a un tercero es una razón de peso para intervenir en situaciones en las que se observa un consumo nocivo y peligroso (59).

2.2.3. Hipertensión arterial

2.2.3.1. Conceptualización:

La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre que circula en las paredes de las arterias,

que son grandes vasos sanguíneos a través de los cuales circula la sangre en el cuerpo. Cuando es demasiado alta, se considera presión arterial alta. La presión arterial está representada por dos números: el primero (presión arterial sistólica) representa la presión ejercida por la sangre sobre los vasos sanguíneos cuando el corazón se contrae o late, y el segundo (presión arterial diastólica) representa la presión ejercida por la sangre sobre los vasos sanguíneos cuando el corazón se relaja entre latidos. El corazón se relaja entre latidos. Para confirmar el diagnóstico de hipertensión, las medidas deben tomarse en dos días diferentes y en ambas lecturas la presión arterial sistólica debe ser mayor o igual a 140 mm / Hg y la presión arterial diastólica debe ser mayor o igual a 90 mm / Hg (60).

La hipertensión es el principal factor de riesgo de enfermedad cardiovascular. En las Américas, 1,6 millones de personas mueren cada año por enfermedades cardiovasculares, de las cuales alrededor de 1 millón tienen menos de 700.000 años, lo que se considera una muerte precoz y prevenible. La hipertensión afecta al 20-40% de la población adulta de la región, lo que significa que aproximadamente 250 millones de personas en las Américas padecen hipertensión. La hipertensión se puede prevenir y retrasar mediante una serie de medidas preventivas, que incluyen la reducción de la ingesta de sal, una dieta rica en frutas y verduras, el ejercicio físico y el mantenimiento de un peso saludable. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) promueve políticas y programas que afectan la salud pública y previenen la hipertensión a través de políticas que reducen el consumo de sal, promueven la alimentación saludable, el ejercicio físico y previenen la obesidad. Promueve y apoya proyectos que promueven el acceso a medicamentos esenciales para el tratamiento de la hipertensión y promueven la formación de recursos humanos en salud (61).

La hipertensión es un problema de salud reconocido, pero aún hoy, no parece fácil determinar en la comunidad y en un momento dado de manera factible y clara quién tiene presión arterial alta y quién no. Según el conocimiento, la evidencia existente y las percepciones predominantes en todas partes hoy en día, la cantidad de presión arterial que las personas consideran presión arterial alta ha cambiado con el tiempo. Estas pautas constituyen una serie de herramientas metodológicas para mejorar la calidad de la atención y garantizar la seguridad del paciente (62).

2.2.3.2. Factores de riesgo

Los factores de riesgo modificables incluyen una dieta poco saludable (ingesta excesiva de sal,

dieta rica en grasas saturadas y grasas trans, e ingesta insuficiente de frutas y verduras), falta de ejercicio, tabaquismo y abuso de alcohol, y sobrepeso u obesidad. Por otro lado, existen factores de riesgo inalterables, como los antecedentes familiares de hipertensión, la edad (mayores de 65 años) y la aparición de otras enfermedades (como la diabetes o la enfermedad renal) (60).

2.2.3.3. Síntomas frecuentes

Esta enfermedad no siempre va acompañada de signos o síntomas de alerta, por lo que se dice que esta enfermedad se puede matar tranquilamente. Por lo tanto, es muy importante medir la presión arterial con regularidad. Pueden aparecer síntomas como dolores de cabeza matutinos, hemorragias nasales, latidos cardíacos irregulares y alteraciones visuales. La presión arterial alta severa puede causar fatiga, náuseas, vómitos, confusión, ansiedad, dolor de pecho y temblores musculares. La única forma de detectar la presión arterial alta es que los profesionales de la salud midan nuestra presión arterial. Este es un proceso rápido e indoloro, y también podemos utilizar equipos automáticos para operarlo, aunque es muy importante que los profesionales evalúen los riesgos existentes y las enfermedades relacionadas (60).

2.2.3.4. Complicaciones de la hipertensión no controlada:

Entre otras complicaciones, la presión arterial alta también puede causar daños cardíacos graves. La presión excesiva endurece las arterias, lo que reduce el flujo de sangre y oxígeno al corazón (60). Esto puede provocar un aumento de la presión y una disminución del flujo sanguíneo:

- Dolor torácico (angina de pecho).
- Infarto de miocardio, que se produce cuando se obstruye el flujo de sangre que llega al corazón y las células del músculo cardíaco mueren debido a la falta de oxígeno. Cuanto mayor sea la duración de la obstrucción, más importantes serán los daños que sufra el corazón.
- Insuficiencia cardíaca, que se produce cuando el corazón no puede bombear suficiente sangre y oxígeno a otros órganos vitales.
- Ritmo cardíaco irregular, que puede conllevar la muerte súbita.

La presión arterial alta también puede causar un bloqueo o ruptura de las arterias que

transportan sangre y oxígeno al cerebro, lo que puede provocar accidentes cerebrovasculares. También puede causar daño renal, lo que lleva a insuficiencia renal.(60)

2.2.3.5. Reducción de la carga de la hipertensión:

Reducir la hipertensión previene infartos, accidentes cerebrovasculares y daños renales, además de otros problemas de salud. La OMS (60) propone las siguientes medidas:

Prevención

- Reducir la ingesta de sal (a menos de 5 g diarios)
- Consumir más fruta y verdura
- Mantener una actividad física regular
- Evitar el consumo de tabaco
- Reducir el consumo de alcohol
- Limitar la ingesta de alimentos ricos en grasas saturadas
- Eliminar/reducir las grasas trans de la dieta

Tratamiento

- Reducir y gestionar el estrés
- Controlar periódicamente la tensión arterial
- Tratar la hipertensión
- Tratar los demás trastornos.

2.2.3.6. Componentes de la hipertensión arterial

La prehipertensión es la primera categoría en la clasificación, basada en cifras, de la hipertensión arterial (HTA), incorporada por el VII reporte del Joint National Committee (JNC) de los Estados Unidos para el estudio de esta afección, emitido y publicado en el año 2003. La prehipertensión para el JNC se reserva para las personas que reiteradamente presentan cifras de presión arterial sistólica (PAS) de 120 a 139 mm/Hg y de 80 a 89 mm/Hg de presión arterial diastólica (PAD) o ambas; la categoría de presión arterial normal queda para los individuos con valores inferiores a estas cifras (62).

- Tensión sistólica: Es el número más alto. Representa la tensión que genera el corazón cuando bombea la sangre al resto del cuerpo.

- Tensión diastólica: Es el número más bajo. Se refiere a la presión en los vasos sanguíneos entre los latidos del corazón.

Ahora se procederá a clasificar la tensión arterial para los fines de la investigación

2.2.3.7. Niveles de Hipertensión:

Según Coca A. y Sierra C. (63), los niveles de hipertensión son:

- Pre hipertensión: de 80 a 139 mmHg.
- HTA Estadio I: de 140/90 a 159/99 mmHg.
- HTA Estadio II: de 160/100 a 179/109 mmHg.
- HTA Estadio III: mayor de 179/109 mmHg.

Mediante cambios en el estilo de vida para determinar el nivel de hipertensión y una intervención temprana se puede prevenir la hipertensión y sus daños posteriores. Se ha estimado que la prehipertensión tiene más probabilidades de tener eventos cardiovasculares que los de presión arterial normal (64).

En una investigación se encontró también que los adultos jóvenes y mediana edad - la gente menor de 65 años- con prehipertensión tiene casi 80% más probabilidad de sufrir una Enfermedad Vascul ar Cerebral (EVC) que la gente de la misma edad con presión normal (65).

2.2.3.8. Epidemiología de la Hipertensión arterial (HTA)

La HTA afecta a más del 30% de toda la población adulta del globo terráqueo, convirtiéndose en el principal factor de riesgo asociada a las enfermedades cardiovasculares como cardiovasculares, coronaria, cerebrovascular cardiaca y demencia. Mayormente esta enfermedad tiene mayor carga en países bajos y medianos en forma desproporcionada, agrupando a los dos tercios de los adultos con HTA. Se conoce también que más de la mitad de hipertensos no saben que padecen la enfermedad, dejándoles en riesgo de complicaciones que pueden ocasionar la muerte (61).

En la etapa de adultez comienza a producirse el declive físico, aunque aún se dispone de energía suficiente para llevar una vida plena y satisfactoria (66). En esta etapa ocurren cambios fisiológicos importantes por lo que es relevante valorar el estado de salud general durante este periodo. Los cambios más notorios son el encanecimiento del cabello, las arrugas de la piel y

el engrosamiento de la cintura. La disminución de la agudeza auditiva y visual a menudo es evidente durante ese periodo (67).

La etapa de la vejez involucra una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales que son inevitables y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo. En esta fase existe un porcentaje de la población que vive su proceso de envejecimiento de manera que sus capacidades funcionales no se ven afectadas por ningún tipo de enfermedad o discapacidad, aunque la mayor parte de ellos suelen manifestar algún tipo de déficit asociado con el envejecimiento, especialmente en las edades avanzadas. Por otro lado, se encuentra el conjunto de personas mayores que envejecen con un alto grado de dificultad de autonomía personal, enfermedades crónicas, entre otros, que dificultan su calidad de vida, ocasionando dependencia (68).

Desde otra perspectiva, el envejecimiento es un proceso continuo y progresivo que resulta en una disminución de la función fisiológica en todos los sistemas de órganos. Estas disminuciones fisiológicas dan como resultado una mayor vulnerabilidad a infecciones y enfermedades que elevan drásticamente el riesgo de mortalidad. De hecho, en comparación con las personas de 25 a 44 años de edad, el riesgo de mortalidad entre los adultos mayores es 100 veces mayor por accidente cerebrovascular y enfermedad pulmonar crónica, aproximadamente 90 veces por enfermedad cardíaca, neumonía e influenza, y más de 40 veces por cáncer (69).

Los cambios más comunes en el sistema cardiovascular más comunes son el engrosamiento en las paredes de los vasos sanguíneos, estrechamiento del canal de los vasos, pérdida de la elasticidad de los vasos, menor gasto cardíaco, disminución del número de fibras musculares cardíacas, disminución de la elasticidad y calcificación de las válvulas del corazón, aumento de la tensión vascular pulmonar, aumento de la presión arterial sistólica, disminución de la circulación periférica, entre otros (67).

2.3. Hipótesis de investigación

2.3.1. Hipótesis General:

H1: Existe relación significativa entre el estilo de vida y la hipertensión arterial en adultos y adultos mayores en la Microred Patrona de Chota, 2021.

H0: No existe relación significativa entre el estilo de vida y la hipertensión arterial en adultos y adultos mayores en la Microred Patrona de Chota, 2021.

2.4. Variables del estudio y matriz de operacionalización

| Variable | Definición conceptual | Definición operacional | Dimensiones | Indicadores | Ítems | Tipo de variables | Escala de medición |
|--|--|--|---|--|--------------------|-------------------|--------------------|
| Variable 1: Estilo de vida | Un estilo de vida es un componente clave para promover un envejecimiento saludable y reducir el riesgo de enfermedades cardiovasculares, requiere ejercicio físico regular, reduciendo los estilos de vida sedentarios y manteniendo una buena calidad de vida (27). | Caracteriza la calidad de vida y salud de una persona: Saludable: de 76 a 120 puntos No saludable: de 30 a 75 puntos | Biológico | <ul style="list-style-type: none"> - Nutrición - Actividad física - Descanso | Ítems del 7 al 17 | Cualitativa | Nominal |
| | | | Psicológico | <ul style="list-style-type: none"> - Responsabilidad en salud - Manejo de estrés - Autorrealización | Ítems del 18 al 28 | | |
| | | | Social | <ul style="list-style-type: none"> - Relaciones sociales - Apoyo familiar - Consumo de tabaco y alcohol | Ítems del 29 al 36 | | |
| Variable 2: Hipertensión arterial | Es la fuerza que ejerce la sangre que circula en las paredes de las arterias, que son grandes vasos sanguíneos en el cuerpo. Cuando es demasiado alta, se considera presión arterial alta (39). | Presencia o ausencia de hipertensión arterial en adultos y adultos mayores. | Se toma como alteración de presión arterial cuando la sistólica es de o mayor de 140 mmHg y la presión diastólica es de o mayor a 90 mmHg | <p>Presión Sistólica < 140 mmHg, Presión diastólica < 90. (sin hipertensión)</p> <p>presión Sistólica ≥ 140 y diastólica ≥ 90 (con hipertensión)</p> | 37 | Cualitativa | Nominal |
| Covariable: Características sociodemográficas | Son los aspectos que identifican a las personas y la diferencia de los demás (70). | Características del sujeto con respecto a la edad, sexo, estado civil, religión, nivel de estudios y procedencia. | Edad | Años cumplidos | 1 | Cuantitativa | De razón |
| | | | Sexo | <ul style="list-style-type: none"> - Hombre - Mujer | 2 | Cualitativa | Nominal |
| | | | Estado civil | <ul style="list-style-type: none"> Soltero Conviviente/Casado Viudo Separado Divorciado | 3 | Cualitativa | Nominal |

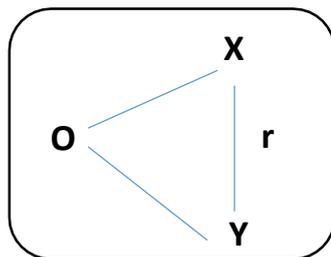
| | | | | | | | |
|--|--|--|-------------------|--|---|-------------|---------|
| | | | | | | | |
| | | | Religión | <ul style="list-style-type: none"> - Católico - Evangélica - Otras - Ninguna | 4 | Cualitativa | Nominal |
| | | | Nivel de estudios | <ul style="list-style-type: none"> - Sin nivel - Primaria incompleta - Primaria completa - Secundaria incompleta - Secundaria completa - Superior no universitaria - Superior universitaria | 5 | Cualitativa | Ordinal |
| | | | Procedencia | <ul style="list-style-type: none"> - Urbana - Rural | 6 | Cualitativa | Nominal |

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Diseño y tipo de estudio

El diseño fue no experimental puesto que, ocurre cuando no se da la intervención del investigador, es decir, no hay manipulación de las variables, solo se observó y se describió las variables.



O: Observación
X_i: Estilos de vida
Y_i: Hipertensión arterial
r: relación

El tipo de investigación fue básica porque se pretendió descubrir la realidad sobre las variables estilos de vida e hipertensión arterial de adultos y adultos mayores. (71) El enfoque fue cuantitativo puesto que, se midió las variables de estudio a través de datos estadísticos, reflejando la realidad del problema. (72) El nivel fue correlacional, ya que en la investigación se buscó la relación entre estilos de vida y la hipertensión arterial, y así responder al propósito del estudio. (73)

3.2. Población de estudio

La población es el conjunto de elementos o individuos con características similares (74). En este sentido, la población de estudio fue proporcionada por la Microrred Patrona de Chota y estuvo conformada por 3039 pacientes adultos a partir de los 40 años de los cuales 2127 fueron de 40 a 59 años (70%) y 912 adultos mayores de 60 a más años (30%), que acudieron a los establecimientos de salud de la Microred Patrona de Chota en el año 2021.

Es importante mencionar que en esta Microred no fue posible obtener información de la población adulta segmentada a partir de los 30 años, sino solo a partir de los 40.

3.3. Criterios de inclusión y exclusión

Para la presente investigación se consideraron los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes de 40 años a más que acudan a las instituciones de salud que formen parte de la Microred Patrona de Chota, 2021.
- Adultos y adultos mayores que participen de manera voluntaria, bajo un consentimiento previo.
- Adultos y adultos mayores de ambos sexos.

Criterios de exclusión:

- Adultos y adultos mayores con cuadros de inconsciencia.
- Adultos y adultos mayores con limitaciones para comunicarse con otras personas.
- Adultos y adultos mayores que no hayan firmado el consentimiento informado.

3.4. Unidad de Análisis

La unidad de análisis, la constituyen cada una de las personas o elementos seleccionados como parte de la muestra (75). Las unidades de análisis en la investigación es el adulto y adulto mayor que pertenecieron a la Microred Patrona de Chota, 2021; con y sin hipertensión que sean mayores a 30 años.

3.5. Marco muestral

Estuvo constituido por los adultos y adultos mayores de la Microred Patrona de Chota

3.6. Muestra o tamaño muestral

La muestra fue proporcional a la población donde se obtuvo 215 adultos a partir de los 40 años (70%) y 93 adultos mayores de 60 años a más (30%) de la Microred Chota, obteniendo un total de 308 participantes.

3.7. Selección de la muestra o procedimiento de muestreo

La muestra de estudio fue seleccionada de forma no probabilística por conveniencia, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la medición de las variables se utilizó como instrumento el cuestionario denominado “Escala de estilo de vida de los adultos mayores”, el cual fue elaborado por Walker, K. Sechrist en el año 2007 y fue aplicado en Nueva Jersey USA. Estos autores lo aplicaron a

485 adultos mayores hispanos. Dicho cuestionario estuvo conformado por 30 preguntas distribuidas en tres dimensiones: Estilo de vida biológico, estilo de vida psicológico y estilo de vida social. Además, se basó en la escala de Likert: Nunca (1), algunas veces (2), Frecuentemente (3), Siempre (4). Contó con la siguiente escala valorativa:

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

Para medir la variable de hipertensión arterial se obtuvieron datos secundarios a través de las historias clínicas de cada adulto y adulto mayor.

Proceso de recogida de información

Para la recolección de datos se solicitó el permiso correspondiente a la dirección de la Microred Patrona de Chota. Además, fue relevante que los participantes firmen el consentimiento informado para avalar su participación en el estudio y se procedió a recolectar los datos en el periodo de febrero a abril del año 2021, en este periodo las encuestas se aplicaron en el mismo centro de salud en el momento que los pacientes iban a realizar su control médico, pero también se recolecto información a través de visitas domiciliarias. Para el caso de la toma de Presión arterial, esta información fue recolectada de las Historias clínicas de los pacientes.

Validez y confiabilidad del instrumento

En el caso de la validez fue realizado y aplicado en su estudio de Aparicio y Delgado en el 2011, por tanto, en nuestro estudio solo se determinó la confiabilidad del instrumento Estilos de Vida a través de una prueba piloto trabajada en el Centro de Salud de Lajas con 16 personas con hipertensión arterial y sin hipertensión arterial, de las cuales 8 fueron hipertensos y 8 no hipertensos de ellos 5 eran adultos de 40 a 59 años y 11 eran adultos mayores de 60 años a más. Los datos obtenidos se calcularon a través del Alfa de Cronbach obteniendo como resultado general un 0.938 y por las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales se obtuvo un 0.79, 0.82 y 0.95 respectivamente.

3.9. Procesamiento y análisis de datos

Una vez aplicado el instrumento se elaboró una base de datos en el programa Microsoft Excel y exportados al programa SPSS Versión 23. Posteriormente se realizó un análisis univariado y

posteriormente bivariado. Se utilizó la estadística descriptiva para analizar de forma individual cada variable y la estadística inferencial a través de la prueba estadística Chi-Cuadrado de Pearson para determinar la relación entre estilos de vida y la hipertensión arterial en adultos y adultos mayores.

3.10. Consideraciones éticas

El presente estudio cumplió con los tres principios éticos establecidos en el informe de Belmont (76):

- **El principio de respeto a las personas:** Los participantes que aceptaron participar en la investigación, firmaron el consentimiento informado por libre elección, resaltando que su participación fue anónima y se indicó a cada uno que sus datos fueron usados con fines de investigación (ver anexo 4). Además, se aseguró que toda la información proporcionada se utilizó únicamente para fines de la investigación.
- **El principio de beneficencia:** La investigación se caracterizó por buscar beneficiar a la población participante, cuidando el bienestar, con la previa indicación de su absoluta autonomía, pudiendo retirarse en cualquier momento de la investigación.
- **El principio de justicia:** El investigador aseguró que los beneficios del estudio fueran distribuidos para todos de forma equitativa, sin excluir a nadie.

3.11. Dificultades y limitaciones para el estudio

Dentro de las dificultades acontecidas durante la ejecución de la investigación se identificó la cercanía con la población, ya que se realizó durante la época de pandemia, donde el contacto personal era escaso para proteger la salud.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar la relación entre estilos de vida y la hipertensión arterial en adultos y adultos mayores en la Microred Patrona de Chota, 2021. Para el desarrollo de la investigación se precisó aplicar el análisis estadístico correspondiente por objetivos empezando por lo específicos y finalizando por el general, para mantener la lógica de investigación. Los resultados se explicarán a continuación, contrastándolos con indagaciones previas y con las teorías relacionadas a la variable de estudio.

Tabla 2. Características sociodemográficas de los adultos y adultos mayores en la Microred Patrona de Chota, 2021

| Características sociodemográficas | | N° | % |
|--|---------------------------|-----------|----------|
| Edad | 40-59 años | 215 | 69,8 |
| | 60 años a más | 93 | 30,2 |
| Sexo | Mujer | 206 | 67,0 |
| | Hombre | 102 | 33,0 |
| Estado civil | Soltero(a) | 33 | 10,7 |
| | Conviviente/Casado(a) | 246 | 79,9 |
| | Separado(a) | 8 | 2,6 |
| | Divorciado(a) | 1 | 0,3 |
| | Viudo(a) | 20 | 6,5 |
| Religión | Católica | 278 | 90,3 |
| | Evangélica | 28 | 9,1 |
| | Ninguna | 2 | 0,6 |
| | Sin nivel | 37 | 12,0 |
| Nivel de estudios | Primaria incompleta | 79 | 25,6 |
| | Primaria completa | 134 | 43,5 |
| | Secundaria incompleta | 20 | 6,5 |
| | Secundaria completa | 18 | 5,8 |
| | Superior Universitaria | 9 | 2,9 |
| Procedencia | Superior no universitaria | 11 | 3,6 |
| | Urbana | 92 | 29,9 |
| | Rural | 216 | 70,1 |

En la tabla 2 se evidencia que el 69,8% son adultos de 40 a 59 años y 30,2% de 60 años a más. El 67% del total de la muestra son mujeres y 33% hombres, 79,9% tenían estado civil conviviente/casado (a); y el 90,3% eran de religión católica. Además, se identificó que el 43,5% tienen grado de instrucción primaria completa; el 12,0% no tenían estudios y el 25,6% tenían primaria incompleta; y el 70,1% eran de procedencia rural. Ello significa que gran parte de los pacientes que asisten a la Microred Patrona de Chota eran mujeres, adultos, de estado civil convivientes/casados (as), de grado de instrucción primaria completa y de procedencia rural.

Estos resultados presentan coincidencias con el estudio realizado en el año 2018 por Molina (34), quien identificó que el 67% eran mujeres y el 33% eran varones, el 48,6% de los adultos mayores no presentaban estudios. También, se halló semejanzas con la investigación de Burbano (14), quien identificó que el 72% eran del sexo femenino, el 50% tenían grado de instrucción primaria y el 56% eran convivientes. Asimismo, se relaciona parcialmente con lo encontrado por Sandoval y Rojas en el año 2017 quien encontró que el 47.2% tenía entre 41 a 60 años resultados hallados en una población de un Centro de Salud en San Martín.

Bajo este contexto, conocer las características sociodemográficas de la población ayuda a identificar el grupo con mayor riesgo de tener hipertensión y estilos de vida no saludables para la implementación de estrategias que contribuyan a disminuir tal problemática.

Al respecto, se ha indicado que la implementación temprana de medidas beneficiosas en el estilo de vida ayudará a disminuir la presión arterial o al menos reducirá la necesidad de una intervención farmacológica o la dosis del fármaco que finalmente se utilice. Las modificaciones del estilo de vida también pueden contribuir al control de las condiciones asociadas como la hipertensión arterial. Aunque la adherencia a largo plazo a los cambios de estilo de vida es difícil, se ha demostrado una mejoría en la presión arterial en pacientes con hipertensión que realizan dichas alteraciones (61).

También, es importante mencionar que la presión arterial promedio tiende a aumentar de manera progresiva a medida que el individuo envejece. Este incremento en la frecuencia de hipertensión arterial sobre la base de la edad, es siempre mayor para la sistólica, que puede aumentar hasta los 80 años, que, para la diastólica, lo cual debe tenerse en cuenta a la hora de trazar estrategias de prevención (77) para disminuir posibles complicaciones.

No obstante, existen estudios como los de Framingham donde se demuestra que las mujeres presentan HTA después de los 50 años con mayor frecuencia que los hombres, y la relacionan con el hecho de que la menopausia despoja de actividad estrogénica a las mujeres, lo cual es aceptado por la mayoría de los autores (78).

De hecho, la investigación muestra que hay más mujeres adultas y adultas mayores de procedencia rural las cuales tienen un mayor riesgo de padecer hipertensión arterial (67). Por tanto, se debe hacer un trabajo con respecto a medidas de prevención y control, así como sobre conductas saludables que pueden contribuir a reducir el riesgo de este problema de salud tan frecuente en este grupo poblacional.

En cuanto al estado civil la mayoría de adultos son casados o convivientes. Al respecto un estudio realizado en España encontró que los ancianos casados o con pareja tenían mejor presión arterial (79); sin embargo, este país en cuanto a la situación económica de su población muestra significativas diferencias por ser un país europeo más desarrollado donde los ancianos tienen una mejor protección social, lo que permite tener una cierta seguridad en la atención de salud por tener mayor acceso, por tanto, menos preocupaciones. En cambio, en Perú se ha indicado que en el 2018 menos de la mitad de los peruanos presentaron HTA, donde los grupos poblacionales con un menor diagnóstico y control de la HTA fue en personas que residían en comunidades rurales y con un bajo nivel socioeconómico (80).

El grado de instrucción en este grupo de estudio, muestra que en su mayoría es bajo ya que no tienen algún estudio o si lo tienen estos en su mayoría tienen primaria, lo que dificulta en muchos de los casos la comprensión respecto a obtener información sobre la HTA, limitando a un mejor autocuidado.

Por tanto, conocer las características sociodemográficas de la población de estudio permitirá comprender la carga de morbilidad y las inequidades para facilitar el desarrollo e implementación de estrategias efectivas para mejorar los estilos de vida saludables en la comunidad.

Tabla 3. Estilo de vida en Adultos Mayores con hipertensión y sin Hipertensión Arterial en la Microred Patrona de Chota, 2021.

| Estilo de vida | Sin HTA | | Con HTA | |
|----------------|---------|-------|---------|-------|
| | n° | % | n° | % |
| No Saludable | 19 | 32,2 | 26 | 89,7 |
| Saludable | 40 | 67,8 | 3 | 10,3 |
| Total | 59 | 100,0 | 29 | 100,0 |

HTA: Hipertensión Arterial

En la tabla 3 se evidencia que, del total de pacientes adultos mayores con HTA el 89,7% tiene un estilo no saludable, mientras que, el 10,3% precisa un estilo saludable. Asimismo, observamos que el 32,2% de las personas adultas mayores sin Hipertensión Arterial presentaron un estilo de vida no saludable y el 67,8% precisa un estilo de vida saludable

Los adultos mayores con hipertensión arterial mayormente practican estilos de vida no saludables. Hallazgos que se relacionan con lo evidenciado por Ilatoma (38), quien encontró que, del total de pacientes adultos mayores con hipertensión arterial, el 55,7% presentó un estilo de vida regular. También, en la investigación de Puican (81) se identificó que el 60,8% de los pacientes adultos mayores con hipertensión arterial tenía un estilo de vida no saludable y el 39,2% tenía un estilo de vida saludable. Ambos estudios reflejan que las personas adultas mayores a pesar de haber sido diagnosticadas con hipertensión arterial, aún siguen practicando conductas no saludables, situación que en un futuro traería consecuencias negativas en su salud.

Por su parte, Chinchayan *et al.* (36) buscó describir el estilo de vida de pacientes adultos mayores con hipertensión, identificando que el 52,5% no realiza ninguna actividad física, un 62,4% consume alimentos con grasa en su dieta diaria, un 50,6% consume alcohol como hábito nocivo y el 47,4% tuvo un hábito nocivo de fumar presentando una hipertensión estadio I; por consiguiente, en pacientes con prehipertensión, el 38,1% no realiza actividad física, el 31,2% que consume alimentos con grasa en su dieta, el 44,9% consume alcohol y el 40,8% fuma de manera nociva (18).

Estos resultados reflejan que el aumento de la edad se asoció con la inactividad física o la práctica de otros comportamientos no saludables; además, las personas mayores tienden a tener múltiples comorbilidades y, por lo tanto, una peor percepción de su salud. Ello se corrobora con los mencionado por Buford (69), quien manifiesta que el envejecimiento es un

proceso continuo y progresivo que resulta en una disminución de la función fisiológica en todos los sistemas de órganos. Estas disminuciones fisiológicas dan como resultado una mayor vulnerabilidad a infecciones y enfermedades que elevan drásticamente el riesgo de mortalidad. De hecho, en comparación con las personas de 25 a 44 años de edad, el riesgo de mortalidad entre los adultos mayores es 100 veces mayor por accidente cerebrovascular y enfermedad pulmonar crónica, y, aproximadamente 90 veces por enfermedad cardíaca, neumonía e influenza, y más de 40 veces por cáncer.

Para evitar ello, se debe de lograr y mantener la mejor salud, por tal motivo, se debe aprender cómo tomar buenas decisiones de estilo de vida personal y cómo mantener estas buenas prácticas a lo largo de su vida. Primero, significa elegir buenos alimentos para preparar comidas saludables y nutritivas. También implica adoptar comportamientos favorables a la salud (49).

Por tanto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que se adopte un estilo de vida saludable con intervenciones que consisten principalmente en modificaciones generales del comportamiento, con el fin de preservar la vida, mantenerse sano; los pacientes adultos maduros diagnosticados deben ser concientizados sobre la importancia de cambiar los estilos de vida no saludables (36). Además, se manifiesta por las decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales tiene mayor o menor control, como la falta de recreación, la escasez de ejercicio o los distintos modelos de consumo referidos a alimentos, alcohol, tabaco o drogas (45).

En este sentido, se enfatiza que el cumplimiento del estilo de vida saludable sigue siendo uno de los pilares del tratamiento de la hipertensión en todos los niveles del curso de la enfermedad, sobre todo en los pacientes adultos mayores. Esto incluye la capacidad del paciente para adaptar la modificación dietética, adoptar una dieta baja en sodio y realizar ejercicio regularmente, restringir la ingesta de alcohol y dejar de fumar.

La Organización Mundial de la salud indica que hay cambios de hábitos que ayudan a reducir la tensión arterial alta, entre ellos: Tomar una dieta saludable y baja en sal, Perder peso Practicar actividad física, Dejar de fumar (82).

La práctica de un estilo de vida saludable puede controlar la hipertensión sin causar efectos secundarios, mejora la eficacia de los fármacos antihipertensivos, puede mejorar la salud cardiovascular en general y disminuye el riesgo cardiovascular total. Por lo tanto, se espera

que los pacientes con hipertensión cumplan con estas formas de vida saludables para disminuir el impacto causado por la enfermedad.

En lo referente a los Adultos Mayores sin hipertensión los hallazgos muestran mayormente la práctica de un estilo de vida Saludable, tales hallazgos muestran similitudes con el estudio de Molina (34), quien identificó que el grupo etario que llevaba estilos de vida más saludables fue el de 71 a 80 años. Sin embargo, se encontró discrepancias con el estudio de Vargas y Orosco (32), quien identificó que gran parte de los adultos mayores presentaron un estilo de vida en peligro (84,8%). Así mismo, en el estudio de Bustamante (33) se determinó que los pacientes adultos mayores presentaron estilos de vida no saludables (58%). Estas diferencias se pueden asociar a las diferentes características sociodemográficas presentadas en cada muestra de estudio, como el lugar de procedencia o el nivel de educación, que pueden ser factores que pueden incidir en la adopción de estilos de vida saludables.

A pesar de ello, se ha señalado que el envejecimiento es un proceso continuo y progresivo que resulta de una disminución de la función fisiológica en todos los sistemas de órganos. Representa una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales que son inevitables y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo. En esta fase existe un porcentaje de la población que vive su proceso de envejecimiento de manera que sus capacidades funcionales no se ven afectadas por ningún tipo de enfermedad o discapacidad, aunque la mayor parte de ellos suelen manifestar algún tipo de déficit asociado con el envejecimiento, especialmente en las edades avanzadas. Por otro lado, se encuentra el conjunto de personas mayores que envejecen con un alto grado de dificultad de autonomía personal, enfermedades crónicas, entre otros, que dificultan su calidad de vida, ocasionando dependencia (68).

Así mismo, las personas mayores tienden a comer menos y pueden necesitar menos calorías, sus necesidades de vitaminas y minerales se mantienen o pueden incrementar si su cuerpo los digiere en forma menos eficiente. La ingesta de alimentos puede reducirse debido a las dificultades para comprar, cultivar y prepararlos; por la dependencia de otras personas, por tener que dar alimentos a otros miembros de la familia y a veces también debido a la soledad y la depresión.; la mayoría de adultos mayores en el estado en que se encuentran y con mayor vulnerabilidad se evidencia en la zona rural, que el cuidador mayormente no está con ellos y hay un descuido en su alimentación, esto afecta el bienestar nutricional de las personas mayores.

Cuando las personas son menos activas necesitan resolver sus necesidades de nutrientes consumiendo menor cantidad de alimentos ricos en energía (53). Por tanto, una buena nutrición es importante para mantener una buena salud y prevenir la presencia de enfermedades, como la hipertensión, la cual es una condición altamente prevalente con numerosos riesgos para la salud, y la incidencia de hipertensión es mayor entre los adultos mayores.

De acuerdo a las estadísticas, este padecimiento es el principal factor de riesgo de enfermedad cardiovascular, afectando al 20-40% de la población en las Américas (61). En este sentido, es importante que las personas adultas mayores cambien ciertos hábitos no saludables por comportamientos que favorezcan su salud. En este proceso se destaca el rol del profesional de enfermería, quienes tienen la responsabilidad de lograr modificaciones en las conductas de riesgo y promover la práctica de conductas saludables en la población adulta mayor. Al respecto, el Modelo de Promoción de la Salud identifica en el individuo factores cognitivos-perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación (36).

En general, la adopción de un estilo de vida saludable es recomendable a lo largo de todo el ciclo vital, con el objetivo de preservar la vida, mantenerse sano y atenuar la discapacidad y dolor en la vejez. La alimentación correcta junto con la práctica de actividad física habitual, son conductas de gran relevancia para el mantenimiento de la salud para todos y todas las edades. Otras conductas son también concluyentes con las que tienen relación con el reposo y el sueño, el nivel de estrés, el comportamiento sexual, el tabaquismo, el consumo excesivo de bebidas alcohólicas o el uso de drogas, entre otros (47).

Tabla 4. Estilo de vida de los Adultos Hipertensos y no Hipertensos. Microred Patrona de Chota, 2021.

| Estilo de vida | Sin HTA | | Con HTA | |
|----------------|---------|-------|---------|------|
| | n° | % | n° | % |
| No saludable | 33 | 15,6 | 6 | 66,7 |
| Saludable | 178 | 84,4 | 3 | 33,3 |
| Total | 211 | 100,0 | 9 | 100 |

HTA: Hipertensión Arterial

Del resultado obtenido, se encontraron 211 participantes adultos sin hipertensión, donde el 15,6% precisaron estilo de vida no saludable y 84,4% caracteriza su estilo de vida como saludable, lo cual significa que gran parte de los adultos sin hipertensión arterial llevan una vida saludable. Asimismo, se observa que del total de Adultos con Hipertensión el 66,7% tienen un estilo de vida no saludable y 33,3% tienen un estilo de vida saludable.

Estos resultados tienen relación con lo encontrado por Ilatoma (38) quien identificó que el 55,7% presentó un estilo de vida de nivel regular y en el 21,43% fue malo, donde la mayor parte se concentró en pacientes sin hipertensión arterial (71,4%). Si bien es cierto, existen diferencias significativas en ambos estudios, aún se refleja la práctica de comportamientos no saludables en la población adulta.

Ante ello, es importante destacar que uno de los factores de riesgo asociados a la presencia de hipertensión arterial mencionados en la literatura científica es la edad (50). Por tanto, es fundamental la práctica de conductas saludables, sobre todo en la etapa adulta, con la finalidad de prevenir la aparición de tal enfermedad. Al respecto, la OPS manifiesta que la hipertensión es una enfermedad cardiovascular que se puede prevenir y retrasar mediante una serie de medidas preventivas, que incluyen la reducción de la ingesta de sal, una dieta rica en frutas y verduras, el ejercicio físico y el mantenimiento de un peso saludable (61).

La participación de los profesionales de la salud en la prevención y control de la hipertensión y en especial el profesional de Enfermería son muy importantes en la promoción de los estilos de vida saludables ya que en la mayoría de los casos son los profesionales de enfermería que establecen el primer y último contacto con el usuario, ejerciendo un carácter educativo en su rol de docente, la HTA es una enfermedad que requiere de modificaciones de los hábitos de

vida y el desarrollo de una conciencia crítica individual, que le permita asumir los autocuidados en relación a la dieta, actividad física y hábitos nocivos (36).

Ello significa que el estilo de vida que más predominó en los adultos con hipertensión arterial fue el no saludable. Tales hallazgos también son similares al estudio de Sandoval y Rojas (35), quienes identificaron que el 64,2% presentó un estilo de vida poco saludable y el 32,1% un estilo de vida saludable. Por su parte, Quispe (29) identificó en su estudio que, del total de pacientes adultos y adultos mayores con HTA que acuden a un centro de salud, el 78,1% no realizan ningún tipo de actividad física y el 100% no mantiene una alimentación adecuada

Tales estudios revelan que, en gran medida, las personas adultas con HTA no llevan un estilo de vida saludable, lo cual puede afectar de forma negativa su salud, favoreciendo los índices de mortalidad en el mundo. Al respecto, la OPS estableció en sus políticas de prevención contra la hipertensión la práctica de conductas saludables como la reducción del consumo de sal, la alimentación saludable, y la práctica de ejercicio físico (61). Además, se considera que la adopción de un estilo de vida saludable es recomendable a lo largo de todo el ciclo vital, con el objetivo de preservar la vida, mantenerse sano y atenuar la discapacidad y dolor en la vejez (47).

En este sentido, se hace hincapié que el estilo de vida es el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales tiene mayor o menor control, como la falta de recreación, la escasez de ejercicio o los distintos modelos de consumo referidos a alimentos, alcohol, tabaco o drogas (45). Por tanto, los estilos de vida se adquieren y están condicionadas a través de las experiencias de aprendizajes, las cuales se adaptan, adquieren o modifican de acuerdo con los comportamientos deseados (42). Algunas de las variables más influyentes en un estilo de vida saludable son los hábitos alimentarios y el ejercicio físico. En la ciudad de Chota se evidencia que cada día las personas adultas ya no practican ejercicios diariamente como hábitos de un buen estilo de vida, y, si es que hacen ejercicios, es por diversión.

Por ejemplo, un partido de fútbol una vez al mes, y no lo combinan con otros ejercicios; además del estado de ánimo bajo y los inadecuados hábitos alimenticios. En la zona rural las personas no ponen énfasis en una adecuada alimentación que contenga los nutrientes necesarios uno por desconocimiento de una dieta balanceada, así como por que no cuentan

con un ingreso económico que les permita acceder a alimentos que ayuden a mejorar su dieta.

En general, un estilo de vida saludable es un componente clave para promover un envejecimiento saludable y reducir el riesgo de eventos cardiovasculares, esto también requiere, entre otras cosas, ejercicio físico regular, reducir el sedentarismo y mantener una buena calidad de vida (40,41). Así mismo, para lograr y mantener la mejor salud en general, debe aprender cómo tomar buenas decisiones de estilo de vida personal y cómo mantener estas buenas prácticas a lo largo de su vida (49).

Por tanto, se infiere que la poca práctica de conductas saludables puede contribuir al incremento de complicaciones y del índice de mortalidad en adultos, especialmente en adultos mayores. La adopción de estilos de vida saludables por parte de todas las personas es fundamental para la prevención primaria de la hipertensión arterial y es una parte indispensable del tratamiento de las personas con hipertensión.

Tabla 5. Estilo de vida y su relación con la Hipertensión en los Adultos y Adultos Mayores. Microred Patrona de Chota, 2021.

| Estilo de vida | Sin HTA | | Con HTA | |
|----------------|---------|------|---------|------|
| | N° | (%) | N° | % |
| No saludable | 52 | 62 | 32 | 38 |
| Saludable | 218 | 97 | 6 | 3 |
| Total | 270 | 87,7 | 38 | 12,3 |

Prueba Chi-cuadrado para establecer la relación entre el estilo de vida y la hipertensión arterial en adultos y adultos mayores en la Microred Patrona de Chota, 2021

| Prueba estadística | | | |
|-------------------------|---------------------|----|--------------------------------------|
| | Valor | df | Significación asintótica (bilateral) |
| Chi-cuadrado de Pearson | 70,851 ^a | 1 | 0,000 |

En esta tabla se evidencia que el 62% de las personas adultas y adultas mayores sin hipertensión arterial presentaron un estilo de vida no saludable. Asimismo, el 97 % de personas que no tienen hipertensión arterial tienen estilo de vida saludable y solo el 3% tienen estilo de vida saludable.

De acuerdo a la presente tabla, se puede evidenciar que existe relación entre el estilo de vida y la hipertensión arterial en adultos y adultos mayores, dado que el valor de prueba chi-cuadrado de Pearson ($p=0,000$) es menor a 0,05. Ello significa que se acepta la hipótesis de investigación, al manifestar que existe relación entre el estilo de vida y la hipertensión arterial. Estos hallazgos coinciden con lo evidenciado en el estudio de Ilatoma (38), quien identificó la existencia de una relación directa entre estilos de vida e hipertensión arterial ($p=0,000$). También, mostró coincidencias con el estudio de Chinchayan *et al.* (36), quien determinó que los estilos de vida no saludables se relacionan con la presencia de hipertensión arterial ($p=0,002$). Ello significa que la adopción de una dieta y un estilo de vida saludables es importante para prevenir la hipertensión entre las personas que no la padecen y tiene un papel central en la mejora del control de la presión arterial entre los pacientes con hipertensión.

Ello se corrobora con lo mencionado por la OPS, quien enfatiza que la hipertensión se puede prevenir si la población adopta una serie de medidas preventivas, que incluyen la reducción de la ingesta de sal, ingesta de café, tener una dieta rica en frutas y verduras, el ejercicio físico y el mantenimiento de un peso saludable (61). Incluso se ha establecido que una dieta poco saludable (ingesta excesiva de sal, dieta rica en grasas saturadas y grasas trans, e ingesta insuficiente de frutas y verduras), falta de ejercicio, tabaquismo y abuso de alcohol son factores de riesgo asociados a la hipertensión que se pueden modificar (60). Por tanto, la promoción de prácticas saludables en la población adulta y adulta mayor debe ser una de las prioridades de las instituciones de salud.

La hipertensión ha sido reconocida como un importante factor de riesgo para el desarrollo de varias enfermedades cardiovasculares. Sobre la base de los datos de la literatura disponibles en la actualidad, existe una clara evidencia de que los hábitos de estilo de vida pueden influir en el valor de la presión arterial. Entonces, los cambios en el estilo de vida pueden proporcionar efectos beneficiosos en pacientes hipertensos, reduciendo el riesgo cardiovascular global y la mortalidad por todas las causas.

Es por ello que investigadores como Bennassar M. (26) y Dos santos *et al.* (27) señalan que un estilo de vida saludable es un componente clave para promover un envejecimiento saludable y reducir el riesgo de eventos cardiovasculares, esto también requiere, entre otras cosas, ejercicio físico regular, reducir el sedentarismo y mantener una buena calidad de vida. Además, se considera que para obtener un buen estilo de vida se debe agregar actividades que involucren los ejercicios, las emociones positivas, la buena alimentación, puesto que estas actividades deben de mantener un balance para reducir los riesgos de enfermedades cardiovasculares (53).

Para los pacientes con hipertensión, las intervenciones dietéticas y de estilo de vida se recomiendan comúnmente como estrategia inicial o como complemento de la medicación antihipertensiva para controlar la presión arterial y mejorar el perfil de riesgo cardiovascular (61). Esto es debido a que, las personas mayores tienen a alimentarse con menor frecuencia y pueden necesitar bajo índice de calorías y mucha más cantidad de vitaminas y minerales para así mantener y aumentar el bienestar del organismo puesto que la persona mayor de edad tiene mayor dificultad de mantener un estilo de vida saludable.

En general, es necesario mejorar el estilo de vida de las personas que no practican un estilo de vida saludable por lo que es necesario que los profesionales de Enfermería participen con acciones promotoras de salud para mejorarlo. La Promoción de Salud es una intervención de enfermería que facilita a las personas y grupos sociales a incrementar el control sobre los determinantes de su salud para mejorarla, otorgando un fortalecimiento de los conocimientos mediante la información, aprendizaje, y emociones al adquirir un juicio que permita potencializar, promover, fortalecer un estilo de vida saludable. La promoción de la salud a través de la educación, pretende proporcionar las herramientas necesarias para modificar conductas nocivas para la salud (35).

CONCLUSIONES

- Los adultos y adultos mayores sujetos de estudio presentaron las siguientes características sociodemográficas: En su mayoría fueron mujeres de 40 a 59 años de edad y cerca de la tercera parte de 60 a más años, de estado civil conviviente/casado (a), de religión católica y grado de instrucción primaria completa de procedencia rural.
- El estilo de vida de los adultos mayores hipertensos en su mayoría fue no saludable, y en los no hipertensos predominó el estilo de vida saludable.
- En los adultos hipertensos se identificó un mayor estilo de vida no saludable y en los no hipertensos un estilo de vida saludable.
- Al relacionar los estilos de vida con la Hipertensión Arterial en los adultos y adultos mayores se encontró que existe relación significativa entre el estilo de vida y la hipertensión arterial, siendo su significancia $p = 0,000$ es $< a 0,05$. Ello significa que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna.

RECOMENDACIONES

- De acuerdo a los resultados del presente estudio se recomienda a las instituciones de salud, establecer programas para promover la práctica de conductas saludables dirigidos a los adultos y adultos mayores, con la finalidad de prevenir problemas relacionados a un estilo de vida no saludable.
- Se sugiere a las autoridades sanitarias, elaborar intervenciones educativas dirigidas al paciente y el personal de salud, para mejorar el conocimiento respecto a los factores sociodemográficos que incrementan el riesgo de causar estas complicaciones.
- Se recomienda a los profesionales de la salud, reforzar el conocimiento a los pacientes hipertensos para disminuir las complicaciones de la enfermedad para mejorar la calidad de vida del paciente mediante la cultura de la prevención promoviendo los estilos de vida para la salud.
- Se sugiere elaborar programas de diagnóstico para detectar con anticipación el riesgo de complicar esta enfermedad y evitar complicaciones.
- Se sugiere a los profesionales de la salud, informar a los pacientes sobre las buenas prácticas de conductas saludables a fin de prevenir la aparición de futuras enfermedades relacionadas a la vida sedentaria.
- Se recomienda a futuros investigadores, desarrollar trabajos de investigación en función a estas variables, considerando una mayor cantidad muestral y una metodología de intervención para elaborar propuestas y validarlas.
- Se sugiere realizar estudios con poblaciones jóvenes, ya que la Hipertensión es un problema de Salud pública que en esta época se presenta en jóvenes y en la mayoría de ellos no es detectado a tiempo por tanto hay un mayor riesgo de adquirir complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prieto-Peña A, Molina-Estévez M, Sánchez-Hernández D, García-Prieto H. Valoración de los factores de riesgo para la hip. *Revista Médica Electrónica* [Internet]. 2021 Agosto 01 [citado 2023 Junio 05]; 43(5): p. 1371 - 1382. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v43n5/1684-1824-rme-43-05-1371.pdf>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Hipertensión [Internet]; 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>.
3. Meer R, Boateng D, Klipstein-Grobusch K, Norris S, Kagura J. Incidence and correlates of high blood pressure from childhood to adulthood: the Birth to Twenty study. *J Hypertens* [Internet]. 2022; 40(2): p. 274-282. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8728753/>.
4. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión. [Internet]; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
5. OMS; OPS. Día Mundial de la Hipertensión 2022. Organización Mundial de la Salud. 2022 [Citado 2022 Abr 13];: p. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-hipertension-2022>.
6. Gijón-Conde T, Gorostidi M, Camafort M, Abad-Cardiel M, Martín-Rioboo M, F MO, et al. Documento Delaware la Sociedad Española Delaware Hipertensión-Liga Española paraca la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC / AHA 2017. *Hipertens Riesgo Vasc* [Internet]. 2018 [cited 2021 Jan 12]; 35(3): p. 119-129. Available from: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S1889183718300333?token=61C53C36B033ADC86B9F45B4A4A7B577F68CBCED1D7ED9F71A69A313BD218F58154E53D99BED3D3C86E2AFA284784A17>.
7. Mei-Lan C, Jie H, McCoy T, Letvak S, Ivanov L. Associations of Lifestyle Intervention Effect with Blood Pressure and Physical Activity among Community-Dwelling Older Americans with Hypertension in Southern California. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 Aug 5 [cited 2021 Oct 18]; 17(16): p. 1-10. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/16/5673/htm>.
8. Myung Y, Seo K, Jung L, Young K, Eun S, Ka-Young L, et al. The effect of lifestyle changes on blood pressure control in hypertensive patients. *Korean Journal of Family*

- Medicine [Internet]. 2017 [cited 2020 Nov 15]; 38(4): p. Available from: chrome-extension://dagcmkpagjlhakfdhnbomgmjdpkdklff/enhanced-reader.html?pdf=https%3A%2F%2Fbrxt.mendeley.com%2Fcatalog%2Fcontent%2Fdc133577-f258-366a-a52d-4434f6fc63f2.
9. Nolasco C, Navas L, Carmona C, López D, Santamaría R, Crespo R. Análisis de los factores asociados a la calidad de vida del paciente hipertenso. *Enferm Nefro* [Internet]. 2015; 18(4): p. 282-289. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v18n4/06_original5.pdf.
 10. Mesa D, Valdés B, Espinosa Y, Verona A, García I. Estrategia de intervención para mejorar la calidad de vida del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [Internet]. 2020 Junio 18 [citado 2023 Junio 05]; 36(4): p. 1 - 10. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2020/cmi204j.pdf>.
 11. Organización de las Naciones Unidas. OPS: La hipertensión causa 800.000 muertes cada año en América Latina y el Caribe. [Internet]; [20 Mayo 2015; citado 16 may 2023]. Disponible en: <https://news.un.org/es/audio/2015/05/1409181>.
 12. Castro V, De Azevero M, Goldbaum M, Galvao C, Guimaraes M. Prácticas autoreferidas para controlar la hipertensión y la diabetes mellitus en adultos mayores de Campinas, Brasil, en tres períodos. *Salud Colectiva* [Internet]. 2020 [citado 19 Ene 2021]; 1(16): p. E 2407. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2020.v16/e2407/es>.
 13. Organización Panamericana de la Salud. Ecuador implementa el programa HEARTS para luchar contra la hipertensión. [Internet]; [17 May 2021; citado 16 may 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/17-5-2021-ecuador-implementa-programa-hearts-para-luchar-contr-hipertension>.
 14. De la Torre-Hasbum H, Trout-Guardiola G. Prevalencia de hipertensión arterial en pacientes residentes en la ciudad de Santa Marta (Colombia), atendidos en el Hospital Universitario Fernando Troconis. *Duazary* [Internet]. 2019; 16(2): p. 124-133. Available from: <http://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/2947/2354>.
 15. Segura L. Nuevas cifras de la presión arterial en las poblaciones peruanas de altura y la nueva guía americana de hipertensión arterial. *Rev Peru Ginecol Obstet* [Internet]. 2018 [citado 19 Ene 2021]; 64(2): p. 185-190. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgo/v64n2/a05v64n2.pdf>.
 16. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Enfermedades no transmisibles y

- transmisibles 2018. INEI; 2018. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1657/libro.pdf.
17. Callapiña-De Paz M, Cisneros-Núñez Y, Guillén-Ponce N, De La Cruz-Vargas J. Estilo de vida asociado al control de hipertensión arterial y diabetes mellitus en un centro de atención en lima, durante la pandemia de Covid-19. *Revista de la Facultad de Medicina Humana* [Internet]. 2021 [citado 2023 Junio 05]; 22(1): p. 79 - 88. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v22n1/2308-0531-rfmh-22-01-79.pdf>.
 18. Ventura A, Zevallos A. Estilos de vida: alimentación, actividad física, descanso y sueño de los adultos mayores atendidos en establecimientos del primer nivel, Lambayeque, 2017. *Acc Cientna Para el cuidado de la salud* [Internet]. 2019 Mayo 21 [citado 2023 Junio 05]; 6(1): p. 60 - 67. Disponible en: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/218/1627>.
 19. Huamán F. Información preventiva sobre hipertensión arterial y estilo de vida, en adultos mayores del centro de salud Los Aquijes, Ica 2019. *Revista Enfermería la Vanguardia* [Internet]. 2021 [citado 2023 Junio 05]; 9(1): p. 10 - 16. Disponible en: <https://mail.revistas.unica.edu.pe/index.php/vanguardia/article/view/390/541>.
 20. Elgendy M, Dawah A, Elawady M, Zidan S, Elmahady A. Lifestyle modification and Its effect on the control of hypertension. *Egypt J Hosp Med* [Internet]. 2022; 89(1): p. 4811-4816. Available from: https://ejhm.journals.ekb.eg/article_260745.html.
 21. Brandão A, Dantas J, Costa I, Santos M, Galvao E, Brandao P. Riesgo de enfermedades cardiovasculares en ancianos: hábitos de vida, factores sociodemográficos y clínicos. *Gerokomos* [Internet]. 2017; 28(3): p. 127-130. Disponible en: <http://www.gerokomos.com/wp-content/uploads/2017/11/28-3-2017-127.pdf>.
 22. Shim J, Heo J, Kim H. Factors associated with dietary adherence to the guidelines for prevention and treatment of hypertension among Korean adults with and without hypertension. *Clinical Hypertension* [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 12]; 26(5): p. Available from: <https://clinicalhypertension.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40885-020-00138-y#citeas>.
 23. Alonzo M, Valle M, Cardoso J. Importancia de estilos de vida en adultos mayores hipertensos. Centro del Adulto Mayor "Renta Luque". 2019. *Rev Cienc Salud* [Internet]. 20 may 2021 [citado 10 may 2023]; 3(2): p. 23-29. Disponible en:

<http://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/view/182>.

24. OPS. Hábitos y estilos de vida saludables: asesoramiento para los pacientes. [Paquete técnico para el manejo de las enfermedades cardiovasculares en atención primaria de salud]. Organización Panamericana de la Salud; 2019. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/50805/OPSNMH19001_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
25. Collantes D, Gonzales L. Hipertensión arterial y diabetes mellitus en adultos de la ciudad de Chota 2018. Revista científica Curae [Internet]. 2019 [citado 14 jun 2022]; 2(1): p. 93-103. Disponible en: <https://revistas.uss.edu.pe/index.php/curae/article/view/1115/951>.
26. Herrera J, Oblitas A. Calidad de vida del adulto mayor hipertenso, Chota 2017. ACC CIETNA: Revista De La Escuela De Enfermería [Internet]. 2020 [citado 14 jun 2022]; 7(1): p. 31-41. Disponible en: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/354>.
27. Ponce-Soledispa J, Lois-Mendoza N. Prevalencia de hipertensión arterial y estilos de vida en adultos mayores. Dominio de las Ciencias [Internet]. 2020; 6(4): p. 977-986. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/1517/2819>.
28. Cedeño A. Estilos de vida saludables desde la perspectiva en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro de Salud Tipo B-2 del Distrito de Esmeraldas. [Previo a la obtención del título de Magister en Salud Pública, mención Atención Integral en Urgencias y Emergencias]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Disponible en: <https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/2870>.
29. Quispe E. Hipertensión arterial relacionado a malos hábitos en la alimentación y estilos de vida no saludable en pacientes del centro de salud Copacabana ciudad de El Alto - primer semestre gestión 2019. [Tesis como requisito para obtener el título de maestría en Enfermería Médico Quirúrgico]. Universidad Autónoma Juan Misael Saracho; 2019. Disponible en: <https://repo.uajms.edu.bo/index.php/tesisdegrado/article/view/37/28>.
30. Cachimuel E. Estilos de vida en pacientes hipertensos de 45 a 75 años que acuden al Centro de Salud Tipo C - San Rafael, Esmeralda 2019. [Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería]. Universidad Técnica del Norte. Disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/9829>.

31. Montero Y. Estilo de vida y su influencia en hipertensión arterial en pacientes de 40 a 65 años que acuden al Centro de Salud Montalvo, Los Rios, octubre 2019-abril2019. [Informe final del proyecto de investigación previo a la obtención del título de licenciada en enfermería]. Universidad Técnica de Babahoyo. Disponible en: <http://dspace.utb.edu.ec/handle/49000/5827>.
32. Vargas Y, Orosco I. Correlación entre estilos de vida e hipertensión arterial adultos mayores puesto de salud Argama Andahuaylas 2021. [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en enfermería]. Universidad Tecnológica de los Andes; 2021. Disponible en: <https://repositorio.utea.edu.pe/bitstream/utea/352/1/Correlaci%c3%b3n%20Entre%20Estilos%20de%20Vida%20e%20Hipertensi%c3%b3n%20Arterial%20Adultos%20Mayores%20Puesto%20de%20Salud%20Argama.pdf>.
33. Bustamante C. Relación de hipertensión arterial y estilos de vida en adultos mayores del Centro de Salud Pucalá 2020. Universidad Particular de Chiclayo; 2021. Disponible en: http://repositorio.udch.edu.pe/bitstream/UDCH/1262/1/T044_74416118_T.pdf.
34. Molina I. Estilos de vida e hipertensión arterial en adultos mayores del distrito de Chipao, Lucanas, Ayacucho-2018. Universidad Autónoma de Ica; 2019. Disponible en: <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/autonomadeica/428>.
35. Sandoval C, Rojas D. Relación entre hipertensión arterial y estilos de vida de los adultos atendidos en el centro de salud Nueve de Abril-Junio 2017. [Tesis para optar el título profesional de Licenciado en enfermería]. Univrsidad Nacional de San Martín; 2018. Disponible en: <https://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/2994/ENFERMERIA%20-%20Carmencita%20Sandoval%20Rodr%c3%adguez%20%26%20Deisy%20Milagros%20Rojas%20Manuari.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
36. Chinchayan A, Rodas N, Von B. Estilos de vida no saludables y grados de hipertensión arterial en pacientes adultos maduros. [Trabajo académico para optar el Título de Especialista en Enfermería en Cuidado Cardiovascular]..Disponible en: http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3523/Estilos_ChinchayanAngulo_Alexandra.pdf?sequence=3&isAllowed=y.
37. Jauregui M. Estilos de vida e hipertensión arterial, en adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva, Chachapoyas - 2017. [Tesis para optar el título

- profesional de licenciada en enfermería]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNTR_1f3383a000e41ffb1137199cded3f9.
38. Ilatoma J. Estilos de vida y presencia de Hipertensión arterial en el adulto mayor del centro de Salud Conchan, Chota, Cajamarca. [Tesis para optar al título profesional de Licenciado en Enfermería]. Universidad Inca Garcilazo de la Vega; 2019; 02. Disponible en: http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/4723/CARATULA_ILATOMA_JOSE.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
 39. Barreto R, Pereira C, Gomes M, Alfradique P, Ferreira R. Modelo de promoción de envejecimiento saludable referido en la teoría Nola Pender. Rev Bras Enferm [Internet]. 2022 [citado 22 jul 2022]; 75(1): p. 1-9. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/reben/a/3q4xxH7VBQhg37bRT4ZZP3y/>.
 40. Khodaveisi M, Omid A, Farokhi S, Soltanian A. The effect of Pender's Health Promotion Model in improving the nutritional behavior of overweight and obese women. Int J Community Based Nurs Midwifery [Internet]. 2017 Apr [cited 2022 Jul 20]; 5(3): p. 165-174. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5385239/>.
 41. Cadena J, González Y. El cuidado de enfermería en pacientes con riesgo cardiovascular sustentado en la teoría de Nola J. Pender. Investig Enferm Imagen Desarr [Internet]. 2017 [citado 22 nov 2022]; 19(1): p. 107-121. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145249416008.pdf>.
 42. Gallardo P, Rodríguez A. La actividad física como fuente de salud y calidad de vida [en línea]: Wanceulen Editorial; 2017. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=xZoyDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>.
 43. Rodríguez M. La hipertensión, un enemigo oculto. Boletín Informativo CEI. 2021 [citado 20 nov 2022]; 8(1): p. 107-109, Disponible en: <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/2556/2821>.
 44. Suárez J. La educación consciente, estilo de vida y bienestar; 2022. Disponible: <https://books.google.com.pe/books?id=P6uZEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>.

45. Tomatis M, Delrivo M. Introducción al estudio de la medicina 2022: Facultad de Ciencias Médicas; 2022. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=riWGEEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>.
46. Domínguez J. Dirección y dinamización de actividades de entrenamiento en sala de entrenamiento polivalente. AFDA0210; 2017. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=vU8pEAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>.
47. Calvo S, Gómez C, López C, López B. Manual de alimentación. Planificación alimentaria [en línea]: Editorial UNED; 2016. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=ydvwCwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>.
48. Bennassar M. Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud. [Tesis doctoral para optar al grado de Doctor por la Universitat de les Illes Balears. Universidad de les Illes Balears; 2012. Disponible en: <https://www.tesisenred.net/handle/10803/84136#page=1>.
49. Menza V, Probart C. Alimentarnos bien para estar sanos. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura; 2013. Disponible en: <https://www.fao.org/3/i3261s/i3261s.pdf>.
50. De la Cruz E, Pino J. Estilo de vida relacionado con la salud. Analítico e inferencial. , Facultad de Ciencia del Deporte. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/6616/1/estilo%20de%20vida%20y%20salud.pdf>.
51. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. El futuro de la alimentación y la agricultura: Tendencias y desafíos. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura; 2017. Disponible en: <https://www.fao.org/3/i6881s/i6881s.pdf>.
52. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Online]; 2018. Acceso 29 de Octubre de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.
53. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Alimentarnos bien para estar sanos. Analítico y de diagnóstico. Roma, Italia:, FAO.
54. Aguilar G. Estilo de vida del adulto mayor que asiste al Hospital Materno Infantil Villa

- María del Triunfo. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014. Disponible en: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/3579>.
55. Muñoz-Fernández S, Molina-Valdespino D, Ochoa-Palacios R, Sánchez-Guerrero O, Esquivel-Acevedo J. Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Medigraphic* [Internet]. 2020; XLI(1): p. 127-136. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2020/apms201q.pdf>.
 56. Más M, Alberti L, Espero N. Nicotine effects on polymorfonuclear cells apoptosis and lipopoly sacchaaride-induce monocyte functions. *Researchgate*. 2001; 36(1): p. 32-39. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/262706940_Estilos_saludables_de_vida_y_su_relevancia_en_la_salud_del_individuo.
 57. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Online]; 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/11-05-2020-who-statement-tobacco-use-and-covid-19>.
 58. Ahumada-Cortez J, Gámez-Medina M, Valdez-Montero C. El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai* [Internet]. 2017 [citado 14 nov 2021]; 13(2): p. 13-24. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510001.pdf>.
 59. Organización Panamericana de la Salud. Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas. OPS; 2008. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf.
 60. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Online]; 2019. Acceso 29 de Octubre de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
 61. Organización Panamericana de la Salud. OPS. [Online]; 2020. Acceso 29 de Octubre de 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>.
 62. Espinosa-Brito A. Hipertensión arterial: cifras para definirla al comenzar 2018. *Vinlay* [Internet]. 2018 [citado 29 oct 2020]; 8(1): p. 1-8. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/594/1647>.
 63. Coca A, Sierra C. Diagnóstico del síndrome hipertensivo. *Medicina Integral* [Internet]. 2001; 37(5): p. 203-209. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-diagnostico-del-sindrome-hipertensivo-10022762>.

64. Iza A. Tratamiento de la hipertensión arterial primaria. Acta méd peruana [Internet]. 2006 [citado 12 oct 2021]; 23(2): p. 93-100. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200009.
65. BBC News Muno. BBC News Muno. [Online]; 2011. Disponible en: https://www.bbc.com/mundo/noticias/2011/09/110929_presion_arterial_derrame_men.
66. Rodríguez C. Apoyo psicológico en situaciones de emergencia: Ediciones Paraninfo, S.A; 2017. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=1enLDgAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>.
67. Potter P, Perry A, Stockert P. Fundamentos de enfermería: Elsevier Health Sciences; 2019. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=ILWXdWAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>.
68. García A, Lara P. Manual. Mantenimiento y rehabilitación psicosocial de las Personas Dependientes en Domicilio (UF0122). Certificados de profesionalidad. Atención sociosanitaria a personas en el domicilio (SSCS0108): Editorial CEP; 2019. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=PzCxDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>.
69. Buford T. Hypertension and aging. Ageing Research Reviews [Internet]. 2016 Mar [cited 2022 Nov 18]; 26: p. 96-11. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1568163716300071>.
70. Cornachione M. Psicología del Desarrollo. Vejez: Editorial Brujas; 2016.
71. Arias J, Holgado J, Tafur T, Vasquez M. Metodología de la investigación: El método ARIAS para realizar un proyecto de tesis Puno: Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú S.A.C.; 2022 [citado 11 may 2023].
72. Ramírez J, Calles R. Manual de metodología de la investigación en negocios internacionales: ECOE ediciones; 2021.
73. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta: McGraw Hill; 2018.
74. Ñaupas H, Valdivia M, Palacios J, Romero H. Metodología de la investigación:

- Cuantitativa - Cualitativa y redacción de la tesis Bogotá: Ediciones de la U; 2018.
75. Escudero C, Cortez L. Técnicas y métodos cualitativos para la investigación científica: Editorial UTMACH; 2018.
 76. De Lecuona I, Leyton F, Plana M. Derecho y bioética: Cuestiones jurídicas y éticas de la biomedicina y la biotecnología [en línea]: Editorial UOC; 2020.
 77. Vásquez A, Hernández D, Almerás J. Factores asociados a la hipertensión arterial en ancianos del Policlínico Milanés: 2003- 2006. Rev medica electron [Internet]. 2012; 34(2): p. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/cum-51367>.
 78. Gabriel R, Novella B, Alonso M, Vega S, López I, Suárez C, et al. El proyecto EPICARDIAN: Un estudio de cohortes sobre enfermedades y factores de riesgo cardiovasculares en ancianos españoles: Consideraciones metodológicas y principales hallazgos demográficos. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2004 [cited 29 nov 2022]; 78: p. 243-255. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v78n2/original4.pdf>.
 79. Redondo-Sendino A, Guallar-Castillón P, Banegas J, Rodríguez-Artalejo F. Relación entre la red social y la hipertensión arterial en los ancianos españoles. Rev Esp Cardiol [Internet]. 2005; 58(1): p. 1294-1301. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-pdf-13080958>.
 80. Ruiz-Alejos A, Carrillo-Larco R, Bernabé-Ortiz A. Prevalencia e incidencia de hipertensión arterial en Perú: Revisión sistemática y metaanálisis. Rev Perú Med Exp Salud Pública [Internet]. 4 abr 2022 [citado 20 nov 2022]; 38(4): p. 521-529. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/8502#:~:text=Resultados.,I2%3D99%2C2%25>).
 81. Puican M. Estilos de vida en pacientes ancianos con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud de Surco, 2019. Tesis de pregrado. Lima.
 82. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión. [Online]; [16 mar 2023; citado 16 may 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/hypertension>.

ANEXOS

Anexo 1. Instrumento de recolección de datos

ESCALA DE ESTILO DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES

(Elaborado por: Walker, K. Sechrist (2007))

I. PRESENTACIÓN:

La presente investigación se realizará con la finalidad de determinar la relación entre estilos de vida y la hipertensión arterial en adultos y adultos mayores en la Microred Patrona de Chota, 2021. Para ello, solicito contestar con veracidad las preguntas que a continuación se presentan, precisando que los datos son de carácter anónimo y para fines exclusivos de la investigación.

II. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

| | |
|-----------------------------|---|
| 1. Edad: | <input type="checkbox"/> Adulto (a) (30-59 años) <input type="checkbox"/> Adulto (a) mayor (de 60 años a más) |
| 2. Sexo | <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
| 3. Estado civil | <input type="checkbox"/> Soltero (a) <input type="checkbox"/> Conviviente/Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a)/Viudo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) |
| 4. Religión | <input type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/> Ninguna |
| 5. Nivel de estudios | <input type="checkbox"/> Sin nivel <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Superior no universitaria <input type="checkbox"/> Superior universitaria |
| 6. Procedencia | <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural |

III. INSTRUCCIONES:

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

| N° de ítems | Ítems | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----------------------------------|---|---|---|---|---|
| Estilo de vida biológico | | | | | |
| 7. | Come usted tres veces al día: desayuno, almuerzo y cena. | | | | |
| 8. | Todos los días, consume alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carne, leche, menestras y cereales. | | | | |
| 9. | Consume de 4 a 8 vasos de agua al día. | | | | |
| 10. | Consume usted 2 a 3 frutas diarias. | | | | |
| 11. | Consume alimentos bajo en grasas | | | | |
| 12. | Limita el consumo de azúcares (dulces). | | | | |
| 13. | Consume alimentos con poca sal | | | | |
| 14. | Realiza Ud., ejercicio físico por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana (correr, trotar, caminar, otros) | | | | |
| 15. | Diariamente realiza actividad física que incluya el movimiento de todo su cuerpo (como utilizar las escaleras en vez de utilizar el ascensor, caminar después de almorzar, u otros) | | | | |
| 16. | Duerme usted de 5 a 6 horas diarias como mínimo. | | | | |
| 17. | Tiene usted diariamente un horario fijo para acostarse a dormir. | | | | |
| Estilo de vida psicológico | | | | | |
| 18. | Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica. | | | | |
| 19. | Usted lee o ve programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud. | | | | |
| 20. | Usted identifica situaciones que le preocupan en su vida. | | | | |
| 21. | Usted utiliza métodos para afrontar el estrés. | | | | |
| 22. | Desahoga usted de manera positiva sus tensiones (conversando, llorando) | | | | |

| | | | | | |
|------------------------------|--|--|--|--|--|
| 23. | Realiza siestas después de desayunar, almorzar o cenar como parte de una relajación. | | | | |
| 24. | Se concentra en pensamientos agradables a la hora de acostarse. | | | | |
| 25. | Practica ejercicios de respiración como parte de una relajación. | | | | |
| 26. | Usted se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida | | | | |
| 27. | Usted se encuentra satisfecho con las actividades que actualmenterealiza. | | | | |
| 28. | Usted se cuida y se quiere a sí mismo | | | | |
| Estilo de vida social | | | | | |
| 29. | Participa en actividades recreativas (caminatas, bailes, manualidades, ir de paseos) | | | | |
| 30. | Se relaciona bien con los demás (familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc.) | | | | |
| 31. | Tiene facilidad para demostrar sus preocupaciones, amor, cariño a otras personas | | | | |
| 32. | Pasa tiempo con su familia. | | | | |
| 33. | Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de su familia. | | | | |
| 34. | Tiene usted facilidad para demostrar y aceptar contacto físico con las personas que le importan (un abrazo, apretón de manos, palmadas, otros) | | | | |
| 35. | Consume usted cigarrillos | | | | |
| 36. | Consume usted bebidas alcohólicas (cerveza, cortos, sangría, etc.) | | | | |

IV. PRESENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

37. Datos de presión arterial (x)

| | |
|---------------|--|
| Hipertenso | |
| No hipertenso | |

Anexo 2. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Institución: Microred PATRONA DE

CHOTA Investigador: Mejía Vásquez

Dagoberto

Título: Estilos de vida e hipertensión arterial en los adultos y adultos mayores de la Microred PATRONA DE CHOTA, 2021.

Estimado Paciente:

Se solicita su participación en la investigación Estilos de vida e hipertensión arterial en los adultos y adultos mayores de la Microred PATRONA DE CHOTA, 2021.

Fines del Estudio:

La investigación es desarrollada por un alumno de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, con el fin de determinar la relación entre estilos de vida y la hipertensión arterial en adultos y adultos mayores en la Microred Patrona de Chota.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se le pedirá que responda a las preguntas de 1 cuestionario que tiene una duración de 30 minutos aproximadamente.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en este estudio.

Beneficios:

Si lo desea se le informará de manera personal y confidencial los resultados que se obtengan.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole. Los costos del test y del programa serán cubiertos por el estudio y no ocasionarán gasto alguno.

Confidencialidad:

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación que garantiza la confidencialidad. Si los resultados de este programa son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso de la información:

La información una vez procesada será eliminada.

Derechos del participante:

Tiene el derecho de decidir participar del estudio, así como también de retirarse en el momento que crea oportuno, sin riesgo alguno. Si surge alguna duda por favor pregunte al investigador.

Si tiene preguntas acerca de los aspectos éticos del estudio, o siente que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca (+51) 076 599220.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo en que consiste mi participación en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Apoderado del Participante

Nombre:

DNI:

Fecha:

Investigador Nombre: DNI: Fecha:

Anexo 3. Ficha técnica del cuestionario

FICHA TÉCNICA DEL CUESTIONARIO DE ESTILO DE VIDA

| | |
|--|---|
| Nombre del Instrumento de Recolección de datos | Escala de estilo de vida de los adultos mayores (2007) |
| Autor | Walker, S y Sechrist, K. |
| Lugar | Nueva Jersey, USA |
| Muestra | 485 adultos mayores hispanos |
| Objetivo | Describir el desarrollo y la evaluación psicométrica inicial de una versión en español del Perfil de Estilo de Vida del adulto mayor. |
| Dimensiones | Biológico, Psicológico y Social |
| Nº de ítems | 30 |
| Escala de medición | <ul style="list-style-type: none"> - Nunca (N), es una conducta que no realiza, 0 veces. - Algunas veces (Av.), es una conducta que pocas veces realiza, de 1 a 2 veces. - Frecuentemente (F), conducta que realiza varias veces, de 3 a 5 veces. - Siempre (S), conducta que realiza diariamente o acada instante. |
| Escala total de medición | <p>El puntaje máximo del instrumento es 120 puntos y el mínimo es 30.</p> <p>Variable estilo de vida</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saludable: De 76 a 120 puntos - No saludable De 30 a 75 puntos |
| Escala por dimensiones | <p>Biológico: Puntaje mínimo 11 – Puntaje máximo 44</p> <p>Psicológico: Puntaje mínimo 11 – Puntaje máximo 44</p> <p>Social: Puntaje mínimo 11 – Puntaje máximo 44</p> |
| Validación | Se realizó una validación por constructo, aplicando un análisis factorial exploratorio y confirmatorio. |
| Confiabilidad | Se encontró una consistencia interna de 0.93 y por cada dimensión 0.70, 0.87 y 0.90 respectivamente. |
| Nombre del Instrumento de Recolección de datos | Escala de Estilo de Vida |
| Autor | Aparicio P. y Delgado, R. |
| Lugar | Nuevo Chimbote, Perú |
| Muestra | 130 adultos mayores |
| Objetivo | Determinar la validez y confiabilidad del instrumento de Walker, S y Sechrist, K, en este contexto. |
| Dimensiones | Biológico, Psicológico y Social |
| Nº de ítems | 30 |

| | |
|--|--|
| Escala de medición | <ul style="list-style-type: none"> - Nunca (N), es una conducta que no realiza, 0 veces. - Algunas veces (Av.), es una conducta que pocas veces realiza, de 1 a 2 veces. - Frecuentemente (F), conducta que realiza varias veces, de 3 a 5 veces. - Siempre (S), conducta que realiza diariamente o a cada instante. |
| Validación | Por el método de juicio de expertos y constructo para precisar la distribución de preguntas por las dimensiones. |
| Confiabilidad | Se encontró una consistencia interna de 0.80 y por cada dimensión 0.79, 0.82 y 0.95 respectivamente. |
| Codificación de respuestas del instrumento | Nunca (1) Algunas veces (2) Frecuentemente (3) Siempre (4) |

Anexo 4. Análisis de fiabilidad del instrumento

**ANÁLISIS DE FIABILIDAD DE LA ESCALA DE ESTILO DE VIDA DE
LOS ADULTOS MAYORES**

Análisis de fiabilidad de la Escala estilo de vida de los adultos mayores

| Alfa de Cronbach | N de elementos |
|------------------|----------------|
| ,807 | 30 |

De acuerdo a los resultados la fiabilidad es superior a 0.7 (coeficiente = 0.807), por lo que es el instrumento es aplicable.

Anexo 5. Prueba piloto

| | Características sociodemográficas | | | | | | Estilo de vida biológico | | | | | | | | | | | Estilo de vida psicológico | | | | | | | | | | Estilo de vida social | | | | | | | | |
|----|-----------------------------------|------|--------------|----------|----------|-------------|--------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|---------|----------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|-----------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| | Edad | Sexo | Estado civil | Religión | Estudios | Procedencia | Ítem 1 | Ítem 2 | Ítem 3 | Ítem 4 | Ítem 5 | Ítem 6 | Ítem 7 | Ítem 8 | Ítem 9 | Ítem 10 | Ítem 11 | Ítem 12 | Ítem 13 | Ítem 14 | Ítem 15 | Ítem 16 | Ítem 17 | Ítem 18 | Ítem 19 | Ítem 20 | Ítem 21 | Ítem 22 | Ítem 23 | Ítem 24 | Ítem 25 | Ítem 26 | Ítem 27 | Ítem 28 | Ítem 29 | Ítem 30 |
| 1 | 88 | M | b | a | b | a | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 1 | 1 |
| 2 | 81 | M | b | a | a | a | 4 | 3 | 3 | 2 | 3 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 1 | 1 |
| 3 | 85 | M | e | a | b | b | 4 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 1 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 1 | 1 |
| 4 | 95 | H | b | a | a | a | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 4 | 4 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 |
| 5 | 82 | H | b | a | c | a | 4 | 3 | 4 | 4 | 2 | 3 | 4 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 3 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 1 | 1 |
| 6 | 69 | M | a | a | c | b | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 4 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 1 | 1 |
| 7 | 90 | M | b | a | a | a | 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 1 | 4 | 2 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 |
| 8 | 72 | H | b | a | d | a | 4 | 3 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 1 | 1 |
| 9 | 53 | H | b | b | e | a | 4 | 3 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 2 |
| 10 | 62 | H | b | a | b | b | 4 | 3 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 3 | 2 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 3 | 2 | 3 |
| 11 | 56 | M | b | b | a | b | 4 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 4 | 3 | 2 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 3 | 4 | 1 | 1 |
| 12 | 53 | M | c | a | b | b | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 1 | 1 |
| 13 | 84 | H | b | b | b | b | 4 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 3 | 2 | 4 | 4 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | |
| 14 | 47 | M | b | b | e | a | 3 | 3 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 1 | 4 | 2 | 4 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 |
| 15 | 63 | M | e | a | b | b | 4 | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 | 1 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 1 | 1 |
| 16 | 52 | M | e | a | b | a | 4 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 3 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 1 | 1 |

**Acta de sustentación de tesis virtual, basado en el Reglamento de sustentación
de tesis virtuales Resolución 944-2020 artículo 8**

Siendo las 3.05 p.m. del día 09 de mayo del año 2023, se procedió a iniciar la sustentación virtual de la tesis titulada: **Estilos de Vida e Hipertensión Arterial en los Adultos y Adultos Mayores en la Microred “Patrona de Chota”, 2021.**

presentada por el(la) Bachiller en: Enfermería: Dagoberto Mejía Vásquez.

El Jurado Evaluador está integrado por:

Presidente: Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez

Secretario: Dra. Juana Aurelia Ninatanta Ortiz

Vocal: M.Cs. Rosa Ricardina Chávez Farro

Asesor: M.Cs. Luz Amparo Núñez Zambrano

Terminado el tiempo de sustentación estipulado en el Reglamento.

El tesista ha obtenido el siguiente calificativo: DIECISEIS (16); siendo las 4.45 p.m. del día 09 del mes mayo del año 2023, se dio por concluido el proceso de Sustentación Virtual de Tesis.

.....
Presidente

Yupanqui Vásquez Carmen Yrene

.....
Secretario

Ninatanta Ortiz Juana Aurelia

.....
Vocal

Rosa Ricardina Chávez Farro

.....
Asesor

Luz Amparo Núñez Zambrano

.....
Tesista

Dagoberto Mejía Vásquez