



**FACULTAD
DE MEDICINA**
Universidad Nacional
del Nordeste

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE

***FACULTAD DE MEDICINA. CARRERA DE LICENCIATURA EN
ENFERMERIA.***

MAESTRIA EN CIENCIAS DE LA ENFERMERIA COMUNITARIA.

Los estilos de vida de las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de salud “Brillard Pocard”, Barrio Sarmiento, Presidencia Roque Sáenz Peña (Chaco).

Autor: Lic. Isabel Rios.

Corrientes: enero 2023.



**FACULTAD
DE MEDICINA**
Universidad Nacional
del Nordeste

Universidad Nacional del Nordeste. Facultad de Medicina. Carrera de licenciatura en Enfermería.

Maestría en Ciencias de Enfermería Comunitaria.

Los estilos de vida de las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de salud “Brailard Pocard”, Barrio Sarmiento, Presidencia Roque Sáenz Peña (Chaco).

Por

Lic. Isabel Rios.

Directora de tesis.

Dra. Lic. Liliana Ramírez.

Enero.2023.

Agradecimiento y Dedicatoria.

A Dios, por haberme dado la vida y permitirme seguir creciendo como persona y profesional, a la Dra., Liliana Ramírez por su infinita paciencia para coordinar mi trabajo.

A la doctora Miriam Cabral, directora del CAPS, “Brillard Pocard”, donde se realizó dicha investigación, por su amplio y comprometido apoyo.

A mis hijos, Cesar, Maximiliano, Nicolás, siempre dispuestos para mí.

Dedico este trabajo a mí esposo Julio Cesar.

Isabel Rios

Resumen.

Título: Los estilos de vida de las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de salud “Brillard Pocard”, Barrio Sarmiento, Presidencia Roque Sáenz Peña (Chaco).

Objetivo General.

Describir los estilos de vida en las personas con hipertensión arterial que concurren al centro de Salud “Brillard Pocard”.

Objetivos Específico.

1. Describir qué actividades físicas, y con qué frecuencia realizan las personas con hipertensión arterial que concurren al centro.
2. Identificar cuáles son los alimentos que mayoritariamente consumen las personas con hipertensión arterial.
3. Reconocer cuáles son los estilos de vida nocivos, tabaco, alcohol que consumen las personas con hipertensión arterial.
4. Detectar respuesta situaciones de stress de las personas con hipertensión arterial.
5. Identificar el nivel de información que presentan sobre los estilos de vida e hipertensión arterial.

Tipo de estudio o diseño

Según el diseño de investigación, es un estudio no experimental u observacional de tipo descriptivo.

Según las cantidades de mediciones de la variable: fueron de tipo transversal; se recolectaron los datos de las variables que se midieron en un solo momento.

Según el tratamiento de los datos: de tipo cuantitativo. Los encuestados fueron 150 personas mayores de edad que concurrieron al centro de Salud, con diagnóstico de Hipertensión Arterial.

Resultados: se obtuvieron los siguientes hallazgos, En la dimensión, Actividad física, que realizaban las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud "Braillard Pocard" en la Ciudad de Sáenz Peña Chaco, el porcentaje de los que no realizaban ejercicio fue de 53,3%. Corren,7%, Caminan,39,3% Gym,6,7%.

- En la dimensión, Frecuencia de Actividad física, que realizaban las personas con hipertensión arterial que concurrían al Centro de Salud "Braillard Pocard" en la Ciudad de Sáenz Peña Chaco, realizaban de forma ocasional el 53,3%, 3 veces por semana, 39,3%, 3 o 4 veces por semana, 7,3%.
- En la dimensión, Alimentos que mayoritariamente consumían las personas con hipertensión arterial que concurrían al Centro de Salud " Braillard Pocard" en la Ciudad de Sáenz Peña Chaco, se halló que Harinas,44% carnes Rojas,46%, legumbres,10%.
- En la dimensión, alcohol que consumían las personas con hipertensión arterial que concurrían al Centro de Salud " Braillard Pocard" en la ciudad de Sáenz Peña Chaco, 70% consumían, 30% No.
- En la dimensión, tabaco, que consumían las personas con hipertensión arterial que concurrían al Centro de Salud " Braillard Pocard" en la ciudad de Sáenz Peña Chaco, fumador,62%, no fumador,38%.
- En la dimensión, Respuesta Física a situaciones de stress de las personas con hipertensión arterial que concurrían al Centro de Salud "Braillard Pocard" en la ciudad de Sáenz Peña Chaco, trastornos del sueño,10,7% fatiga crónica,16% dolores de cabeza o migraña,11,3% problemas de digestión,28% rascarse, morderse las uñas, frotarse,14,7% somnolencia, mayor necesidad de dormir,19,3%. En la dimensión, Reacciones Psicológicas a situaciones de stress de las personas con hipertensión arterial que concurrían al Centro de Salud "Braillard Pocard" en la ciudad de Sáenz Peña Chaco, Inquietud, 9,3%,

Tristeza,23,3%, Ansiedad,26,7%, Problemas de concentración, 8%, Agresividad, Irritable,32,7%.

- En la dimensión, Reacciones Conductuales a situaciones de stress de las personas con hipertensión arterial que concurrían al Centro de Salud "Brillard Pocard" en la ciudad de Sáenz Peña Chaco, Discutir,35,3% Aislarse,6,7% Desgano,14%, Aumento o consumo de alimentos,42,7% otros,1,3%.
- En la dimensión, Nivel de información que presentaban las personas, sobre los estilos de vida e hipertensión arterial que concurrían al Centro de Salud, "Brillard Pocard" en la ciudad de Sainz Peña Chaco, No tengo Información,52%, Tengo Poca Información,32,7%, tengo algo de información,12%, tengo mucha Información,3,3%.

Conclusión: los estilos de vida de las personas con Hipertensión Arterial que concurrían al centro de salud tenían estilos de vida inadecuados.

Palabras Claves: Estilos De vida, Hipertensión Arterial.

Abstract

Title: The lifestyles of people with high blood pressure who attend the "Brillard Pocard" Health Center, Barrio Sarmiento, Presidency Roque Sáenz Peña (Chaco).

General objective.

To describe the lifestyles of people with arterial hypertension who attend the "Brillard Pocard" Health Center.

Specific Objectives.

1. Describe what physical activities and how often people with high blood pressure who attend the center do.
2. Identify which are the foods that are mostly consumed by people with arterial hypertension.
3. Recognize which are the harmful lifestyles, tobacco, alcohol consumed by people with high blood pressure.
4. Detect response to stress situations of people with arterial hypertension.
5. Identify the level of information they present about lifestyles and arterial hypertension.

Study type or design

According to the research design, it is a non-experimental or observational study of a descriptive type.

According to the quantity of measurements of the variable: it is of a transversal type; the data of the variables that are measured are collected at a single moment.

According to the treatment of the data: quantitative. The respondents were 150 people of legal age who attended the Health Center, with the diagnosis of Arterial Hypertension.

Results: the following findings were obtained, In the dimension, Physical activity, carried out by people with arterial hypertension who attend the "Brillard Pocard" Health Center in the City of Sáenz Peña Chaco, the percentage that did not exercise was 53, 3%. They run, 7%, they walk, 39.3% Gym, 6.7%.

In the dimension, Frequency of Physical Activity, carried out by people with arterial hypertension who attend the "Brillard Pocard" Health Center in the City of Sáenz Peña Chaco, 53.3% perform occasionally, 3 times a week, 39.3%, 3 or 4 times a week, 7.3%.

In the dimension, Foods consumed mostly by people with arterial hypertension who attend the "Braillard Pocard" Health Center in the City of Sáenz Peña Chaco, it was found that Flours, 44% Red meat, 46%, legumes, 10%.

In the dimension, alcohol consumed by people with high blood pressure who attend the "Braillard Pocard" Health Center in the city of Sáenz Peña Chaco, 70% consume, 30% No.

In the dimension, tobacco, consumed by people with high blood pressure who attend the "Braillard Pocard" Health Center in the city of Sáenz Peña Chaco, smoker, 62%, non-smoker, 38%.

In the dimension, Physical response to stress situations of people with arterial hypertension who attend the "Braillard Pocard" Health Center in the city of Sáenz Peña Chaco, sleep disorders, 10.7% chronic fatigue, 16% headaches, headache or migraine, 11.3% digestion problems, 28% scratching, nail biting, rubbing, 14.7% drowsiness, increased need for sleep, 19.3%. In the dimension, Psychological Reactions to stress situations of people with high blood pressure who attend the "Braillard Pocard" Health Center in the city of Sáenz Peña Chaco, Restlessness, 9.3%, Sadness, 23.3%, Anxiety, 26.7%, concentration problems, 8%, aggressiveness, irritable, 32.7%.

In the dimension, Behavioral Reactions to stress situations of people with arterial hypertension who attend the "Braillard Pocard" Health Center in the city of Sáenz Peña Chaco, Discuss, 35.3% Isolation, 6.7% Reluctance, 14 %, Increase or consumption of food, 42.7% others, 1.3%.

In the dimension, Level of information that people present, about lifestyles and arterial hypertension that attend the Health Center, "Braillard Pocard" in the city of Sáenz Peña Chaco, I have no information, 52%, I have little information 32.7%, I have some information, 12%, I have a lot of information, 3.3%.

Conclusion: the lifestyles of people with Arterial Hypertension who attend the health center have inadequate lifestyles.

Keywords: Lifestyles, Arterial Hypertension.

Lista de abreviaturas:

HTA: hipertensión arterial.

P.A: presión arterial.

OMS. Organización mundial de la salud.

OPS: organización panamericana de la salud.

FRCV. Factores de riesgo cardio vasculares.

MPS: modelo de promoción de la salud.

ENFN. Encuesta nacional de factores de riesgo.

INDEC: instituto nacional de estadística y censos.

MAPA: monitoreo ambulatorio de presión arterial.

PAS: presión arterial sistólica.

PAD: presión arterial diastólica.

JNCVII: séptimo informe del joint nacional.

Prólogo:

En nuestro país, se ha impulsado el Buen Vivir de las personas como eje central de la salud, tratando de disminuir factores de riesgo promoviendo y rescatando las prácticas tradicionales desde el punto de vista natural; es decir, que a través de la cultura se identifique las formas adecuadas de llevar una vida sana para conseguir el bienestar individual y colectivo de todas las personas, sin ningún tipo de exclusión. Existen varios estudios sobre prevalencia de hipertensión arterial y la forma de comportamiento en las diferentes poblaciones y se ha establecido las causas y tratamiento de la misma, las cuales deben aplicarse según las características de las personas. En el país se han implementado guías clínicas para el manejo integral de este problema de salud. La Hipertensión Arterial es una enfermedad silenciosa, causa de muerte de la población a nivel mundial, sugiere a la salud pública un enfoque de tratamiento multidisciplinario, en donde, se enmarque la prevención y promoción de estilos de vida saludables como la base de la recuperación de la salud. Los factores de riesgo como el tabaquismo, consumo de alcohol, inadecuada alimentación caracterizada por el excesivo consumo de grasas saturadas y alimentos altos en energía contribuyen al aumento de sobrepeso y obesidad que junto al sedentarismo conllevan al deterioro de la salud y consecuentemente a la aparición de enfermedades crónico-degenerativas, entre ellas la hipertensión arterial, propias de las ciudades modernas del siglo XXI.

Índice.

Agradecimiento y Dedicatoria.....	4
Resumen.....	5
Lista de abreviaturas:	10
Prólogo:	11
CAPITULO I.	16
Introducción.	17
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	21
Planteamiento del problema.	21
Formulación del problema:	24
Justificación de la Investigación.	24
Objetivos.	26
Objetivo General.	26
Objetivo Específico.	26
Propósito.	27
Limitaciones.	27
CAPITULO II: Marco de referencia conceptual	28
Estado del Arte.....	29
Definiciones de términos.	50
Hipótesis.....	52
Operacionalización de Variables.	53
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	55
Diseño Metodológico:	56
Tipo de estudio o diseño.	56
Universo y Muestra:	57
Población:.....	58
Unidad de Análisis:	58
Criterios de Inclusión.....	58
Criterios de exclusión:	58
Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	59
Validez y confiabilidad.....	59
Ética del estudio.	59
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.	61
Estrategias de análisis.	62

Tabulación y Análisis de datos	62
Tabla de frecuencia.	62
Tabla. 1.	62
Actividad física, que realizan las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud "Braillard Pocard" en la Ciudad de Sáenz Peña Chaco, en el año 2019.....	62
Tabla: 2.	63
Frecuencia de Actividad física, que realizan las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud "Braillard Pocard" en la Ciudad de Sáenz Peña Chaco, en el año 2019.....	63
Tabla: 3.	63
Alimentos que mayoritariamente consumen las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud " Braillard Pocard" en la Ciudad de Saenz Peña Chaco, en el año 2019.....	63
Tabla: 4.	64
Estilos de vida nocivos, alcohol que consumen las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud " Braillard Pocard" en la ciudad de Sáenz Peña Chaco, en el año 2019.....	64
Tabla: 5.	64
Estilos de vida nocivos, tabaco, que consumen las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud " Braillard Pocard" en la ciudad de Sáenz Peña Chaco, en el año 2019.....	64
Tabla: 6	65
Respuesta Física a situaciones de stress de las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud "Braillard Pocard" en la ciudad de Sáenz Peña Chaco, en el año 2019.....	65
Tabla: 7.....	66
Reacciones Psicológicas a situaciones de stress de las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud "Braillard Pocard" en la ciudad de Sáenz Peña Chaco, en el año 2019.....	66
Tabla: 8.....	67
Reacciones Conductuales a situaciones de stress de las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud "Braillard Pocard" en la ciudad de Sáenz Peña Chaco, en el año 2019.....	67
Tabla: 9.....	68
Nivel de información que presentan las personas, sobre los estilos de vida e hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud, "Braillard Pocard" en la ciudad de Sáenz Peña Chaco, en año 2019.....	68
Garafico.1.	69

Gráfico:2.....	70
Gráfico: 3.....	71
Gráfico: 4.....	72
Gráfico:5.....	73
Gráfico:6.....	74
Gráfico:7.....	75
Gráfico:8.....	76
Gráfico:9.....	77
Capítulo V: Discusión, Conclusión, Recomendación.	78
Discusión.	79
Conclusión.....	83
Recomendaciones.	85
Bibliografía	86
Anexos.....	88
Anexo: 1	89
HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL SUJETO DE CUIDADO, CONSENTIMIENTO INFORMADO	89
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	90
Anexo:2	90
Instrumento:	90
Anexo: 3. Cronograma de Actividades.	93
Anexo.4. Informe de evaluación del Protocolo de Investigación.....	95
Anexo: 5. Croquis.	97
Área Programática del Centro de Salud “Brillard Pocard”, Barrio.....	97
Sarmiento, Presidencia Roque Sáenz Peña (Chaco).....	97
Anexo: 6. Fotos del Centro de Salud.	98
Foto: 1: Vista de frente del Centro de Salud. (Ingreso).....	98
Foto: 2. Ingreso del personal, y comunidad.....	99
Foto: 3. Salida de emergencia, del centro de Salud.....	100
Foto: 4. Interior del CAPS, en capacitación a la comunidad.	101
Foto: 5. Capacitación a cargo del Obstetra a la madre y el niño.	102
Foto: 6. Personal del CAPS.	103

RESOLUCIÓN N° 1691/23-C.D.
CORRIENTES, 5 de junio de 2023.

VISTO:

El Expte. N° 10-2023-02992, por el cual la Dirección de la Carrera de Post Grado "Maestría en Ciencias de la Enfermería Comunitaria" de esta Facultad eleva el Acta de la Defensa de Tesis de la maestrando Isabel Ríos; y

CONSIDERANDO:

Que a fs. 2 del expediente, figura la copia del Acta de Defensa y Aprobación de la Tesis presentada por la maestrando mencionada;

Que correspondería la aprobación del Acta y autorización para el inicio del trámite de otorgamiento del diploma correspondiente;

El Despacho favorable producido por la Comisión de Posgrado de esta Facultad;


Que el H. Cuerpo en su sesión ordinaria del día 19-5-23, ha tomado conocimiento y aprobado sin objeciones el Despacho mencionado precedentemente;

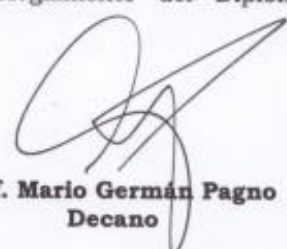
**EL H. CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE MEDICINA
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE
EN SU SESIÓN DEL DÍA 19-5-23
R E S U E L V E :**

ARTÍCULO 1°.- Aprobar el Acta de "DEFENSA Y APROBACIÓN" de la Tesis presentada por la alumna **Isabel Ríos**, maestrando de la Carrera de Post Grado "Maestría en Ciencias de la Enfermería Comunitaria".

ARTÍCULO 2°.- Autorizar el inicio del trámite de otorgamiento del Diploma correspondiente a la maestrando **Isabel Ríos**.

ARTÍCULO 3°.- Regístrese, comuníquese y archívese.


Prof. Diana Inés Cabral
Secretaría Académica


Prof. Mario Germán Pagno
Decano

mih


CAPITULO I.

Introducción.

La hipertensión arterial (HTA) tiene un origen multicausal, se caracteriza por la elevación sostenida y prolongada de la presión diastólica por encima de 90 mmHg, se acompaña de la elevación de presión sistólica por arriba de 140mmHg, es una enfermedad letal, silenciosa e invisible, que rara vez provoca síntomas, es grave por el daño discreto, progresivo e irreversible que produce en órganos blanco. La prevalencia actual de HTA en Argentina es del (36,3%), siendo significativamente mayor en hombres (43,67%) que en mujeres (30,39%). El 38,8% de los hipertensos (casi 4 de cada 10) desconocen su enfermedad, siendo este desconocimiento significativamente mayor en hombres (43,67%) que en mujeres (29,3%) y fundamentalmente en jóvenes. El 55,5% de los hipertensos están tratados farmacológicamente. El 24,2% del total de los pacientes hipertensos (conocidos y no conocidos) tiene la presión arterial (PA) controlada, significativamente más las mujeres que los hombres. (1)ⁱ

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han determinado que una de las causas principales de la hipertensión arterial son los estilos de vida poco saludables que se adquieren a lo largo de la vida, especialmente en la etapa escolar, momento en el cual se definen conductas que repercutirían a lo largo de la vida. El adulto maduro (45 a 60 años) tiene estilos de vida no saludables que están relacionados con factores económicos, sociales y ambientales, lo que predispone a la ingesta excesiva de alcohol, ingesta de dieta no saludable, sedentarismo, y tabaquismo, conformando así el grupo etario con mayor incidencia de hipertensión arterial. (2) Esta patología afecta a más del 30% de la población adulta mundial y es el principal factor de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares, especialmente enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular, pero también para la enfermedad renal crónica, la insuficiencia cardíaca y la demencia.

La carga de hipertensión recae de forma desproporcionada en países de ingresos bajos y medios, que tienen dos tercios de los casos, en gran parte debido al incremento de los factores de riesgo en esas poblaciones en las últimas décadas. Además, alrededor de la mitad de las personas con hipertensión no saben que tienen esta condición, lo que les pone en riesgo, cada año ocurren 1.6 millones de muertes por enfermedades cardiovasculares en la región de las Américas, de las cuales alrededor de medio millón son personas menores de 70 años, lo cual se considera una muerte prematura y evitable. La hipertensión afecta a una proporción comprendida

entre el 20 y el 40% de la población adulta de la región y significa que en las Américas alrededor de 250 millones de personas padecen de presión alta. La hipertensión es prevenible o puede ser pospuesta a través de un grupo de intervenciones preventivas, entre las que se destacan la disminución del consumo de sal, una dieta rica en frutas y verduras, el ejercicio físico y el mantenimiento de un peso corporal saludable. La OPS impulsa políticas y proyectos para incidir desde la salud pública, la prevención de la hipertensión arterial a través de políticas para disminuir el consumo de sal, para promover la alimentación saludable, la actividad física y prevenir la obesidad (OPS/OMS. 15/06/2020).

La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular. (3) Esta es el resultado de un proceso multifactorial que la persona, al conocerlo, puede modificarlo o corregirlo en forma positiva, y esas acciones se van asociando significativamente para prevenir que la enfermedad aparezca. Ello implica que la prevención mediante la educación y la modificación de los estilos de vida del paciente sigan siendo un desafío para el personal de enfermería.

Los estilos de vida se reflejan tanto en las condiciones económico-sociales, como las peculiaridades y las tradiciones, sería pues la forma como se comporta o manifiesta una determinada cultura, por lo que cada pueblo, nación o aún diferentes grupos sociales, pueden tener diferentes estilos de vida y haciéndolo más particular dependiendo de sus conocimientos, necesidades reales, posibilidades económicas. Son determinantes para la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social. Los estudios epidemiológicos han mostrado la relación existente entre el estilo de vida que las personas exhiben y el proceso salud-enfermedad. (4)

La ingesta excesiva de alcohol, la dieta, sedentarismo y tabaquismo, estrés, se relacionan directamente o indirectamente con los estilos de vida no saludables que lleva al adulto maduro ante situaciones diversas y ello determina la prevalencia de la hipertensión arterial a pesar de seguir un tratamiento farmacológico. Esta circunstancia ha generado la preocupación de instituciones internacionales como nacionales que buscan intervenir en la población para promover los estilos de vida saludables. En este sentido las Naciones Unidas (2017) han señalado los estilos no saludables, el consumo excesivo de alcohol, una dieta no saludable, el sedentarismo, el incremento

del consumo del tabaco, como los responsables de la hipertensión arterial, afectando a todas las naciones, tanto desarrolladas como en vías de desarrollo. (5)

Los cambios en los estilos de vida se refieren a prácticas cuyos procesos sociales son complejos, dinámicos, cambiantes y móviles. Es importante señalar que dentro de las patologías cardiovasculares se encuentra la hipertensión arterial, la cual es una enfermedad prevenible adquirida; siendo en este caso, el control, el cambio de los hábitos de vida. (6)

Al hablar de estilo de vida, nos referimos a comportamientos que disminuyen los riesgos de enfermar, tales como: un adecuado control y tratamiento de las tensiones (stress) y emociones negativas, un buen régimen de ejercicios, alimentación adecuada, sueño y distracción; así como el control sobre el consumo sustancias como la cafeína, nicotina y alcohol. (7)

Stress, se define como la respuesta orgánica ante un estímulo interno o externo real o percibido como tal. Este fenómeno se percibe cuando el individuo siente que las demandas son demasiado difíciles y/o el organismo actúa de manera instintiva huyendo, confrontándole de manera violenta, o protegiéndose ante la situación peligrosa. Pueden manifestarse de manera, física, conductuales, psicológicas, las reacciones ante el estrés no son universales y varía de individuo a individuo, por lo que no es propio de la conducta humana responder ante el stress. Según Palechano (2009) lo define como “estímulo o conglomerado de estímulos (sucesos) que son externos al individuo, todos ellos con características efectivamente negativas”.

Este problema sugiere a la salud pública un enfoque de tratamiento multidisciplinario, en donde, se enmarque la prevención y promoción de estilos de vida como la base de la recuperación de la salud. Los factores de riesgo como el tabaquismo, consumo de alcohol, inadecuada alimentación caracterizada por el excesivo consumo de sal, grasas saturadas y alimentos altos en energía contribuyen al aumento de sobrepeso y obesidad que junto al sedentarismo conllevan al deterioro de la salud y consecuentemente a la aparición de enfermedades crónico-degenerativas, entre ellas la hipertensión arterial. (8)

Lo descrito hasta ahora demuestra la importancia que tienen los estilos de vida en la aparición de enfermedades crónicas que bien pudieron ser prevenidas con el solo hecho de asumir conductas sanas como la reducción de la ingesta de alcohol, la buena alimentación, el ejercicio, el rechazo al tabaco.

Según Nola Pender la/los enfermera/os constituye el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal de manera responsable y modifiquen conductas en los estilos de vida, también este modelo desarrolla instrumentos teóricos para intervenir en los comportamientos y estilos de vida de las personas sanas y enfermas identificando prácticas en salud, relacionados con temas de nutrición saludables y actividad física, además evalúa la influencia de los mismos sobre prácticas saludables dentro de la vida diaria. (9)

En la Teoría Nola Pender el “Modelo de Promoción de la Salud” identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales 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 citado Modelo sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación.

En la actualidad las personas adultas desarrollan diferentes estilos de vida dentro de los cuales existen estilos de vida no saludables que conllevan a que la persona sea propensa a presentar diferentes grados de hipertensión arterial y en aquellas personas ya diagnosticada no favoreciendo su recuperación, muchas veces debido a la falta de información y en otras, a pesar de la educación en salud brindada, la persona no toma conciencia del riesgo que es para su vida.

Por tal motivo es de vital importancia la participación del profesional de enfermería 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.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Planteamiento del problema.

Según la OMS, en el año 1986, definió y lanzó al mundo el concepto de estilo de vida, que es resultado de un conjunto de hábitos que nos permiten disfrutar de un equilibrio entre bienestar físico, mental y social.

Es decir, la definición está formada por tres componentes que tienen un papel clave en el desarrollo de nuestro día a día:

1. La salud física: esta hace referencia al funcionamiento de nuestro organismo, así como a la ausencia de enfermedades. En este sentido, la prevención es imprescindible. Y, por ello, llevar una dieta equilibrada y alejada de azúcares, ultra procesados y sustancias tóxicas, como el tabaco, alcohol nos ayuda a sentirnos mejor.
2. La salud mental. En cuanto a la salud mental, se puede hablar de ausencia de estrés, cansancio, ansiedad y de cuidado personal, de autoestima y pensamientos positivos.
3. La salud social. Es el bienestar social hace alusión a las relaciones que tenemos con otras personas, nuestra participación en el desarrollo de la sociedad y otros factores que influyen en nuestra calidad de vida: tener una vivienda digna, condiciones laborales favorables, buena educación.

Hipertensión arterial es la elevación de la presión arterial por encima de los límites considerados como “normales”, tomada en reposo no menos de 15 minutos de descanso en la cual las presiones sistólicas y diastólicas pueden estar elevadas, ambas o sólo una de ellas.

Las cifras obtenidas se expresan mediante un binomio, cuyo numerador es la presión sistólica y el denominador es la presión diastólica, representada en milímetros de mercurio (mm Hg).

Los valores normales establecidos para la niñez y la adolescencia van de acuerdo a percentiles específicos de la medición de la presión sanguínea según sexo, altura en centímetros (cm) y peso en kilogramos (Kg).

Para las personas adultas se considera presión arterial normal, los valores inferiores a 140/90 y superiores a 100/60 mm Hg.

Para clasificar la hipertensión arterial, se pueden considerar tres criterios básicos:

- Según los niveles de presión arterial
- Según los niveles de riesgo
- Desde el punto de vista etiológico

La hipertensión arterial es un trastorno, daña el corazón, los vasos sanguíneos y los riñones. En etapas iniciales no causa alteraciones en la función cardiovascular; el nivel con que se regula cambia a lo largo de la vida.

Se llama tensión arterial a la fuerza o tensión que la sangre ejerce sobre las paredes de las arterias al pasar por ellas. Esta tensión alcanza su nivel máximo durante la sístole ventricular (presión sistólica) y el más bajo durante la relajación cardíaca (presión diastólica).

La presión arterial proporciona la fuerza impulsora que lleva la sangre a través del sistema vascular, esencial para la vida, además de proporcionar perfusión a órganos críticos como el cerebro, esta desempeña un papel clave en la optimización de las funciones de los demás órganos.

Existe una gran variedad de límites convencionales para catalogar a un individuo como hipertenso, todos arbitrarios. En Estados Unidos, según la JNC VII (Séptimo Informe del Joint Nacional del Comité sobre Prevención, Detección, Evaluación y tratamiento de la Hipertensión Arterial) se define como hipertensos a las personas adultas cuyos niveles de presión arterial sobrepasan el umbral de 140 mmHg para la sistólica y de 90mmHg para la diastólica.

La presión arterial permanece relativamente constante en la mayoría de los individuos durante la segunda y bien entrada la tercera década de la vida, después sube en este periodo se incrementa la presión diastólica que sobrepasa los 90mmHg.

Las personas con hipertensión no tienen síntomas específicos relacionados con su presión y solo se identifica con la inspección física. (10)

Pender (1996) en su modelo de promoción de la salud (MPS) explica que los individuos adquieren estilos de vida promotores de salud a través de la influencia de factores personales, cogniciones y efectos específicos de la conducta y del compromiso con el plan de acción. Por medio del modelo se han investigado varias conductas promotoras de salud de manera específicas, solo se ha encontrado un

estudio exploratorio que describe el estilo de vida del paciente con hipertensión arterial.

Los factores personales, una de las variables del modelo de promoción de la salud, se han estudiado en programas de rehabilitación cardíaca, en el apego al ejercicio y dieta en adultos con diabetes mellitus tipo 2, y en lactancia materna (Bañuelos, 1999; Pender *et al.* 1987; Peña; 2000), en estos estudios los factores han resultado ser parcialmente predictores de la conducta promotora.

La hipertensión es la causa prevenible más importante de enfermedades cardiovasculares y accidente cerebro vascular (ACV) del mundo; como profesionales de la salud debemos conocer, los estilos de vida, en las personas con HTA que concurre, al centro de salud, Brillard Pocard, por lo anterior se enuncia las siguientes preguntas que guían la investigación y con cuyas respuestas pretendemos responder al problema de investigación:

- ✓ Las personas hipertensas que pertenecen a la comunidad del barrio
¿Qué actividad física realizan en forma regular?
- ✓ Las personas hipertensas que pertenecen a la comunidad del barrio
¿Qué alimentos consumen?
- ✓ Las personas hipertensas que pertenecen a la comunidad del barrio
¿Qué tipo de drogas legalmente aceptadas consumen, (alcohol, tabaco-cigarrillos)?
- ✓ Las personas hipertensas que pertenecen a la comunidad del barrio
¿Qué acontecimientos estresantes vitales presentan diariamente?
- ✓ Las personas hipertensas que pertenecen a la comunidad del barrio
¿qué información tienen sobre hipertensión arterial?

Formulación del problema:

¿Cuáles son los estilos de vida de las personas con hipertensión arterial, que concurren al centro de salud “Brailard Pocard” del Barrio Sarmiento de Presidencia Roque Sáenz Peña (Chaco)?

Justificación de la Investigación.

La alta prevalencia e incidencia de Hipertensión Arterial, especialmente en la población de adulto medio a mayor, es un problema de salud a nivel mundial. El análisis de los estilos de vida, ayudará a buscar estrategias para prevención de la Hipertensión Arterial; el problema de estudio tiene su origen en la práctica profesional, es necesario comprender la manera cómo los individuos con hipertensión arterial toman decisiones sobre sus conductas promotoras de salud y contar con evidencias científicas que en el futuro apoyen intervenciones efectivas.

El estilo de vida es un proceso inconsciente que se forma en la infancia y es practicado durante la vida adulta hasta la vejez (Pender, 1987) el cual permite que estos sean promotores de salud. Para que ocurra el estilo vida adecuado existe una combinación e influencia de procesos biopsicosociales que motivan a los individuos a realizar acciones dirigidas a ampliar sus niveles de bienestar. Existe evidencia de que los estilos de vida saludables contribuyen al control del paciente con hipertensión arterial (Orbach & Lownthol, 2000; Wang & Abbott, 1998; Whelton, 1997).

En las últimas décadas, se observan avances en el estudio de las relaciones entre la manera que se organiza y se desarrolla una determinada sociedad y la situación de salud de su población.

Varios modelos explican la producción o pérdida de salud y sus determinantes; como ser el modelo de holístico de Labramboise (1973), desarrollado por Marc Lalonde (1974) según el autor el nivel de salud de una comunidad estaría influido por cuatro grandes grupos de determinantes. El informe Lalonde, constituyó un punto de inflexión y una herramienta de campo para el trabajo de Salud Pública ampliando la comprensión de la Salud.

El informe contribuyó desde entonces al pensamiento sanitarista conceptualizando el “campo de la Salud” en cuanto amplios componentes: biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organizaciones de la atención, estos componentes se identificaron mediante el examen de las causas y los factores básicos de la morbilidad y mortalidad, y como resultado del análisis del modo en cada elemento afecta el grado de salud en el país.

Por lo expuesto anteriormente la intención del presente estudio es construir y promover estrategias de Atención Primaria de la Salud (APS) a la comunidad, diseñando y desarrollando actividades para la población.

Los resultados de esta investigación, podrían ser un referente para posteriores investigaciones de esta manera, se estará contribuyendo, al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Objetivos.

Objetivo General.

Describir los estilos de vida en las personas con hipertensión arterial que concurren al centro de Salud "Brillard Pocard".

Objetivo Específico.

1. Describir qué actividades físicas, y con qué frecuencia realizan las personas con hipertensión arterial que concurren al centro.
2. Identificar cuáles son los alimentos que mayoritariamente consumen las personas con hipertensión arterial.
3. Reconocer cuáles son los estilos de vida nocivos, tabaco, alcohol que consumen las personas con hipertensión arterial.
4. Detectar respuesta situaciones de stress de las personas con hipertensión arterial.
5. Identificar el nivel de información que presentan sobre los estilos de vida e hipertensión arterial.

Propósito.

El propósito de la investigación es describir cuales son los estilos de vida de los pacientes con hipertensión arterial, de esta manera se espera determinar pautas, y orientar al sujeto de estudio que asiste a la consulta, plantear estrategias educativas orientadas a la prevención primaria, detección temprana, y un cumplimiento eficaz del tratamiento para evitar complicaciones en el paciente.

Limitaciones.

Los resultados solo se podrán aplicar a poblaciones con características similares.

CAPITULO II: Marco de Referencia Conceptual

Estado del Arte.

Como se afirma en los estudios investigados con relación al manejo de la Hipertensión Arterial, destacándose el determinante de estilos de vida del informe de Lalonde, se exponen los conocimientos, creencias ante esta enfermedad y la importancia de la promoción de la salud orientadas a la práctica del auto cuidado como cambio de conducta ante la evidencia. También es relevante el Modelo de Promoción de la Salud (MOS) (Pender, 1996), este modelo fue creado a partir del modelo de creencias sobre la salud y de la teoría del aprendizaje social de Bandura, y tiene la particularidad de ser el único que introduce de forma explícita el término de estilo de vida promotor de la salud en sus planteamientos.

En un principio, este modelo fue empleado para predecir el estilo de vida promotor de la salud en su globalidad (de hecho, en los estudios se utilizaba como variable dependiente una puntuación global de estilo de vida). Sin embargo, debido a que el porcentaje de varianza explicada era bajo, los investigadores empezaron a aplicarlo a la predicción de conductas de salud aisladas: consumo de alcohol, tabaco, ejercicio físico, conducta sexual, alimentación, etc.

Este modelo ilustra la naturaleza multidimensional de las personas que interactúan con su medio ambiente en busca de salud. Las bases teóricas son: la Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura (1977) y la Teoría de acción razonada de Feather Fishbein (1982). Según el MPS las conductas promotoras de salud son influidas de manera directa e indirecta por dos categorías: a) las características y experiencias individuales incluyen a la conducta previa, que se vincula con la percepción de eficacia que la hace mejor predictor, y comprende los hábitos de los individuos en el pasado; y los factores personales de tipo biológicos, psicológicos y socioculturales; b) las cogniciones y afectos específicos de la conducta son motivadores para que los individuos adquieran y mantengan conductas promotoras de salud. El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

“hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos personas enfermas, se gastan menos recursos, se les da independencia a las personas y se mejora el futuro”. Nola Pender.

Los efectos específicos consideran a las influencias interpersonales y estas a su vez comprenden: las normas, el modelamiento y el apoyo social. El apoyo social es la percepción del paciente sobre el apoyo (instrumental o emocional) que proviene de la familia, amigos y personal de salud; las influencias situacionales u opciones representan el medio ambiente en el que se puede facilitar o inhibir una determinada conducta promotora de salud.

El efecto o consecuencia conductual representa a los resultados esperados de la conducta promotora de salud. Dicha conducta se puede alcanzar a través de un compromiso con un plan de acción implica procesos cognitivos subyacentes (en tiempo, lugar, identificación de estrategias para iniciar, realizar y reforzar la conducta deseada. Tal compromiso compete con las demandas y las preferencias inmediatas contrarias refiere los conflictos que afinan las nociones de beneficios y obstáculos, mediante la visión de las posibles conductas alternativas a la planeada momentos antes de poner en práctica la conducta promotora de salud que es el producto de la acción deseada y se orienta a la consecución de resultados positivos en la salud de los individuos.

Desde la antigüedad han preocupado las causas, condiciones o circunstancias que determinan salud, lo que se conoce a partir de los años 70 como “determinantes”. Varios modelos han intentado explicar la producción o pérdida de salud y sus determinantes. Entre los modelos clásicos, toma especial relevancia el modelo holístico de Laframboise (1973), desarrollado por Marc Lalonde (1974) según el autor el nivel de salud de una comunidad estaría influido por, el componente de biología humana incluye todos los hecho relacionados con la salud, tanto físico como mental, que se manifiestan en el organismo como consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de la constitución orgánica del individuo, influye la herencia genética de la persona, los procesos de maduración y envejecimiento, y los diferentes aparatos internos del organismo como el esquelético, el nervioso, el muscular, el cardiovascular, el endocrino y el digestivo. Por ejemplo, dada la complejidad del cuerpo humano su biología puede repercutir sobre la salud, de manera múltiples, variadas y graves, además de que puede fallar de mil modos, este elemento contribuye a la mortalidad y

a toda una gama de problemas de salud; entre otros, muchas de las enfermedades crónicas (artritis, diabetes, aterosclerosis y cáncer y otras) los trastornos genéticos, las malformaciones congénitas, y el retraso mental. Los problemas de salud cuyas causas radican en la biología humana producen indecibles desdichas y el costo de su tratamiento es de miles de millones de dólares. Otro determinante que se considera dentro del modelo es el medio ambiente incluye todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control. Los individuos, por sí solos, no pueden garantizar la inocuidad ni la pureza de los alimentos, cosméticos, dispositivos o abastecimiento de agua, por ejemplo. Tampoco está en sus manos el control de los peligros para la salud que representan la contaminación del aire y del agua, ni los ruidos ambientales, ni la prevención de la diseminación de enfermedades transmisibles. Además, individualmente, no se puede garantizar la eliminación adecuada de los desechos y aguas servidas, ni que el medio social y sus rápidos cambios no produzcan efectos nocivos sobre la salud.

Otro determinante dentro del Modelo es el componente estilo de vida representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control. Desde el punto de vista de la salud, las malas decisiones y los hábitos personales perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo. Cuando esos riesgos tienen como consecuencia la enfermedad o la muerte, se puede afirmar que el estilo de vida de la víctima contribuyó a ellas.

La cuarta categoría de los determinantes es la organización de la atención de salud consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención. Incluye la práctica de la medicina y la enfermería, los hospitales, los hogares de ancianos, los medicamentos, los servicios públicos comunitarios de atención de la salud, las ambulancias, el tratamiento dental y otros servicios sanitarios como, por ejemplo, la optometría, la quiropráctica y la pediatría. Este cuarto componente del campo de la salud se define generalmente como sistema de atención de salud.

Hasta ahora, casi todos los esfuerzos de la sociedad encaminados a mejorar la salud, y la mayor parte de los gastos directos en materia de salud, se han concentrado en la organización de la atención sanitaria. Sin embargo, cuando se identifican las causas principales de muerte, se llega a la conclusión que su origen está en los otros tres componentes del concepto, es decir la biología humana, el medio ambiente y el estilo de vida humana, por consiguiente es evidente que se están gastando grandes sumas

de dinero en tratar enfermedades que desde un principio podían haberse prevenido con el fin de seguir reduciendo la discapacidad y las defunciones prematuras, debe dedicarse mayor atención a los primeros tres elementos del campo de salud.

Otro determinante importante es la pobreza los resultados del segundo semestre de 2020 correspondientes al total de aglomerados urbanos registraron que el porcentaje de hogares por debajo de la línea de pobreza (LP) alcanzo el 31,6%; en estos residen el 42,0% de las personas. Dentro de este conjunto se distingue un 7,8% de hogares por debajo de la línea de indigencia (LI), que incluyen al 10,5% de las personas. Esto implica que, para el universo de los 31 aglomerados urbanos de la EPH, por debajo de la LP se encuentran 2.926.890 hogares que incluyen a 12.000.998 personas y, dentro de ese conjunto, 720.678 hogares se encuentran por debajo de la LI, e incluyen a 3.007.177 personas indigentes.

Existe una relación directa entre todas estas circunstancias y los procesos de salud - enfermedad de las personas. El mayor impacto cae sobre las familias, comunidades, que deben desarrollar estrategias de supervivencias.

La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo de morbilidad cardiovascular. Además, la HTA ascendió en los últimos 25 años desde el cuarto al primer lugar en la clasificación global como carga de enfermedad y muerte por cualquier causa De la población general, el 40,6% tuvo la presión arterial elevada (mayor o igual a 140/90 mmHg) en la fase de mediciones objetivas. Al analizar los resultados según el reporte de presión arterial, 6 de cada 10 individuos que se reconocieron como hipertensos tuvieron registros de presión arterial elevada. Mientras que, entre quienes no se reportaron hipertensos, 3 de cada 10 registraron presión arterial elevada, según informe de la 4ta. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2019.

Un análisis de situación de salud durante el período 2007-2013 de las enfermedades no transmisibles fueron responsables de 90.000 defunciones por año, lo que indica que se perdieron en Argentina más de 600.000 años de vida saludable, en donde la hipertensión arterial presento mayor impacto con 37 por ciento tanto en los años de vida saludable como en los años potenciales de vida perdidos.

De acuerdo con las estadísticas de la sociedad argentina de hipertensión arterial (SAHA) se diagnosticaron cada año aproximadamente 1200 casos nuevos de hipertensión arterial y mueren aproximadamente 300.000 personas a causa de esta enfermedad. Visto el significativo incremento del riesgo asociado con PAS > 140

mmHg, PAD > 90 mmHg, o ambas, esos valores se consideran el umbral para el diagnóstico (Tabla 1). No obstante, el riesgo es continuo, aunque menor, desde valores más bajos y el riesgo global es mayor cuando la HTA se asocia con otros factores de riesgo cardiovascular (FRCV).

Los factores personales se han investigado en programas de rehabilitación cardíaca donde los predictores significativos del MPS fueron las características demográficas (edad, educación, sexo). Los factores como edad y el estado socioeconómico tuvieron caminos directos hacia el estilo de vida (Pender & cols.1987). Se ha hallado efecto significativo del sexo con la autoeficacia previa al ejercicio y posterior al ejercicio (McAuley & Coumeya 1992).

En cuanto a los factores personales biológicos se ha encontrado efecto indirecto a través del apoyo social y estilo de vida del paciente con diabetes mellitus ($p < .05$) (Esperanza, 1999). Se encontró efecto de la edad y sexo, e IMC (índice de masa corporal) con el apego al ejercicio y dieta en pacientes con diabetes tipo 2 ($p < .03$). La edad de pacientes con hipertensión arterial se ha correlacionado con los índices de estilo de vida: responsabilidad en salud, manejo del estrés, nutrición y no consumo de alcohol y tabaco ($p < .05$) (Garza & González, 2000). En factores biológicos como la edad se mostró efecto sobre el estilo de vida de la mujer ($p < .05$) (Salazar, 1996).

Los factores personales socioculturales como estado civil, escolaridad ocupación y nivel socioeconómico mostraron efecto sobre la responsabilidad en salud y apego al tratamiento en pacientes TBP ($p < .05$) explicando un 12 por ciento de la varianza total (Cadena, 1996). La escolaridad del paciente con hipertensión arterial se ha correlacionado positivamente con, manejo del estrés y no consumo de alcohol en una población de estrato socioeconómico bajo ($p < .05$). La ocupación se correlacionó con el estilo de vida general del paciente con hipertensión arterial ($p < .05$) (Garza y González, 2000).

De los factores personales psicológicos se ha estudiado el estado de salud percibido y ha mostrado efecto con el nivel socioeconómico y ejercicio en pacientes con diabetes tipo 2 ($p < .03$) (Acevedo, 1997). En los pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular la percepción del estado de salud se correlaciono con el evitar el tabaquismo ($p < .05$) (Zamora, 2000).

En un análisis de regresión Weitzel y Waller (citado por Duffy, 1997) encontraron que la autoeficacia percibida era predictor más importante de la práctica de conductas

promotoras de salud en obreros mexicanos y americanos aquí se explicó del 10 al 17 por ciento de la varianza.

Mc Auley y Courneya (1992) encontraron que la autoeficacia inicial y posterior a un programa de ejercicio fueron significativas ($p<.001$) en adultos sedentarios de mediana edad. Como así Ronquillo (1992) que realizó estudios en adultos con hipertensión arterial y analizó si el apoyo social percibido influiría en el paciente para que realizara actividades de autocuidado, y encontró una relación débil entre ambas variables, sin embargo, la correlación fue significativa entre el apoyo percibido y la realización de acciones de autocuidado ($p=.05$).

Wang (1998), en el desarrollo de un programa de prevención de diabetes e hipertensión en la comunidad china, encontró que los participantes redujeron su presión arterial ($p<.001$) y niveles de glucosa sérica ($p<.01$) debido al apoyo familiar recibido. En adultos con hipertensión arterial se encontró correlación positiva entre el apoyo emocional y tangible con el índice general de estilo de vida ($p<.05$) (Garza y González, 2000).

Paño, Paguay y Quito (2014) en Ecuador, realizaron un estudio: Estilos de Vida que inciden en la Hipertensión Arterial de los Adultos Mayores del Hogar Cristo Rey, Cuenca, 2013. El objetivo de este estudio fue el de identificar los estilos de vida que inciden en la hipertensión arterial de los adultos mayores alojados en el hogar Cristo Rey. Para ello el Instrumento empleado fue un cuestionario, con una muestra de 111 adultos mayores con Hipertensión Arterial; así concluyeron que los adultos mayores desarrollan la hipertensión arterial como consecuencia a sus estilos de vida. Los factores que influyen son: el sedentarismo, 22,52 % de ellos no realizan actividades físicas; 12,1% han consumido cigarro; 1.12% han consumido alcohol durante su vida, por lo cual desarrollan la enfermedad en algunos casos complicaciones como la diabetes 10,81% y problemas renales 3,60%. Finalmente, el 38,7% son hipertensos y tiene tratamiento farmacológico monitoreado por el médico de la institución.

Colman (2013) en Paraguay realizó un estudio: "participación del profesional de enfermería en la promoción de hábitos de salud y el autocuidado destinado a prevenir complicaciones por hipertensión arterial" se planteó el objetivo de determinar la participación del profesional de enfermería en la promoción de estilos de vida saludables relacionadas con la promoción de hábitos de salud y el autocuidado destinado a prevenir complicaciones por hipertensión arterial (HTA). Para lo que el instrumento empleado fue el cuestionario a través de la técnica de la encuesta, en una

muestra conformada por 90 pacientes con hipertensión arterial de ambos sexos que consultan en el hospital regional de Caazapá en el periodo de abril y mayo del 2013. Concluyó que se observa claramente que los profesionales de Enfermería que prestan asistencia sanitaria en el Hospital Regional de Caazapá participan activamente en la promoción de hábitos de salud y autocuidado destinados a prevenir complicaciones a causa de la hipertensión arterial.

Cáceres (2016) en Lima realizó un estudio: Estilos de vida en pacientes del programa de hipertensión arterial del Hospital I Carlos Alcántara Butterfield, se planteó el objetivo: Determinar los estilos de vida en pacientes del programa de hipertensión arterial del Hospital I Carlos Alcántara Butterfield. Para lo cual el instrumento fue un cuestionario, en una Muestra de 200 pacientes con hipertensión arterial concluyo que: de los 45 pacientes hipertensos del programa de hipertensión arterial del Hospital Carlos Alcántara Butterfield, el 71 por ciento refieren practicar estilos de vida no saludables y solo el 29 por ciento estilos de vida saludables.

Zela y Mamani (2015), en Juliaca realizaron un estudio: Hipertensión Arterial y Estilo de Vida en Adultos Mayores de la Micro Red de Salud Revolución San Román, Juliaca - 2015. Se plantearon el objetivo de determinar la relación entre Hipertensión Arterial y Estilo de vida en adultos mayores. Para lo cual el instrumento fue un cuestionario, en una muestra de 103 adultos mayores de 60 a 90 años concluyeron que: Aplicando la prueba de análisis de correlación de Rho de Spearman entre hipertensión arterial y estilo de vida en adultos mayores, se determina la existencia de una moderada correlación indirecta ($Rho = -.408$) y significativa ($sig. = .000$) es decir, a mejor estilo de vida menor grado de Hipertensión Arterial.

Puican Liza, María Yolanda (2019) realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar los estilos de vida en pacientes ancianos con hipertensión en el Centro de Salud de Surco, 2019. Los Materiales y Métodos empleados incluyeron un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. El tamaño de la muestra fue de 120 personas ancianas con hipertensión, muestreo no probabilístico por conveniencia, cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión. El instrumento utilizado fue el cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I) de Nola Pende. Los resultados indican que los estilos de vida en pacientes ancianos con hipertensión en el centro de salud de Surco fueron que el 60.8% tenía un estilo de vida no saludable y el 39.2% tenía un estilo de vida saludable. En la dimensión nutricional se encontró que el 59.2% presentó un estilo de vida no saludable y el 40.8% presentó un estilo de vida saludable. En la dimensión del ejercicio, el 94,2% de los pacientes tenía un estilo de

vida no saludable y el 5,8% un estilo saludable. En la dimensión de responsabilidad en salud, se encontró que el 70% de los pacientes presentaban un estilo de vida no saludable y el 30% de los pacientes tenía un estilo saludable. En la dimensión de manejo del estrés se observó que el 90% tenía un estilo no saludable y el 10% un estilo saludable. En la dimensión de apoyo interpersonal: el 54.2% tiene un estilo de vida saludable y el 45.8% tiene un estilo no saludable. En la dimensión de la autorrealización, el 60% de los pacientes tiene un estilo de vida saludable y el 40% tiene un estilo no saludable. Como conclusiones el estudio presentó mayor porcentaje de estilos de vida no saludables en la dimensión de nutrición, ejercicio, responsabilidad en la salud y manejo del estrés.

En relación con definir y clasificar los valores de hipertensión en el séptimo Informe del comité de prevención, tratamiento de la hipertensión, son claros en decir que las personas con valores de 140/90/ mmmHg son consideradas hipertensas.

Como así en personas con HTA en estadio 1 y factores de riesgo adicionales, sobrepeso, diabetes, fumador, conseguir una reducción sostenida de 12 mm Hg de la TAS en 10 años; evitara una muerte por cada 11 pacientes tratados, este comité realizó una encuesta sobre la tendencia en el conocimiento, control y tratamiento de la hipertensión arterial en adultos de 17 a 74 años, por fases en años. La técnica utilizada fue tendencia de medida de la Presión Arterial, el método: en la consulta, monitoreo Ambulatorio de la Presión Arterial (MAPA), auto medida de la Presión arterial.

Del 2003 hasta la fecha los informes fueron modificándose, tomando parámetros como pre hipertensión con el objeto de poder así crear conductas responsables de las personas ya que se considera un problema de salud grave el aumento de enfermedades cardiovasculares.

La comisión europea, afirma que el aumento de la presión arterial está relacionado con los determinantes de salud y estos ofrecen información a la encuesta realizada entre 2006 y 2009 que tuvo lugar en 19 países de los cuales 17 eran miembros del comité.

Tabla 1. Clasificación de la presión arterial en consultorio, en mayores de 16 años. Sin tomar fármacos antihipertensivos y sin enfermedad aguda. Cuando las presiones sistólica y diastólica califican en categorías diferentes, se debe elegir la más alta, basados en el promedio de dos mediciones obtenidas en dos o más visitas luego del examen inicial.

Categoría	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
PA normal.	< 130	< 85
PA limítrofe.	130-139	85-89
Hipertensión		
HTA nivel 1	140-159	90-99
HTA nivel 2	160-179	100-109
HTA nivel 3	≥ 180	≥ 110
HTA sistólica aislada	≥ 140	< 90

Esta enfermedad podría ser controlada y así aumentar la sobrevida de las personas afectadas con controles periódicos y un diagnóstico y tratamiento precoz; sugiere a la salud pública un enfoque de tratamiento multidisciplinario, en donde, se enmarque la prevención y promoción de estilos de vida saludables como base de la recuperación de salud y consecuentemente a la aparición de enfermedades crónico-degenerativas, entre ellas la hipertensión arterial, propias de las poblaciones modernas de este siglo.¹¹ Los estilos de vida sedentarios son una importante causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad, son una de las causas fundamentales de mortalidad y discapacidad en el mundo, la inactividad física aumenta las causas de mortalidad, duplica el riesgo de enfermedades cardiovasculares, la actividad física regular ha sido advertida como una importante modificación del estilo de vida para prevenir la

hipertensión. Caminar con una intensidad moderada aeróbica se considera una importante piedra angular en muchos programas de promoción de la salud; como caminar es muy popular y accesible a todos con un bajo riesgo de lesión, no hay necesidad de costosos equipos.

En nueve de veintisiete ensayos controlados aleatorios se vinculó el acto de caminar con el control de la presión arterial; el efecto beneficioso del caminar sobre la presión arterial se mostraba para la actividad moderada o alta. (11)

El ejercicio físico tiene dos clases de efectos diferentes en la presión arterial:

- a) Agudos: produce una disminución de 5-7 mmHg en la presión arterial inmediatamente después de una sesión de ejercicios.
- b) Crónicos: con ejercicios regular, las personas con HTA no normalizados y con tratamiento farmacológico pueden esperar una reducción de hasta 7,4/ 5,8 mmHg.

La prescripción de ejercicios físicos en pacientes con HTA es necesaria y sus beneficios están claros; produce una mejora funcional, psicológica y de calidad de vida de las personas; se reducen las complicaciones, el riesgo cardiovascular y se retarda el avance de la enfermedad. Para que el ejercicio muestre su beneficio como modulador de la presión arterial, debe realizarse a una intensidad determinada, de forma regular y sistemática durante un periodo de tiempo. La mayoría de los autores coinciden en la eficacia de la actividad, con una intensidad moderada, una duración por sesión de 30-45 minutos y una frecuencia de al menos cuatro o cinco días por semana. (11)

Otro factor es la dieta un determinante importante del riesgo de enfermedad crónica, en particular la enfermedad cardiovascular. Los hallazgos de estudios llevados a cabo por investigadores del *National Heart, Lung and Blood Institute* (NHLBI), mostraron que las presiones sanguíneas se reducían siguiendo un plan alimentario bajo en grasas saturadas, colesterol y grasas totales y elevado consumo de frutas, vegetales y productos lácteos bajos en grasa o descremados. Como así la ingesta de alimentos integrales, pescado, carne de ave y frutos secos.

Se reducen las carnes rojas, los dulces, y las bebidas que tengan azúcares, esta dieta y la reducción del consumo de sodio (sal) aporta mayor beneficio y así prevenir el incremento de la presión arterial. Para Ávila *et al.* (2010) la ingestión prolongada de alcohol puede, además de aumentar la presión sanguínea, aumentar la mortalidad cardiovascular en general. (12)

Costa *et al.* (2009) sostiene que el tabaquismo es la mayor causa de mortalidad por problemas cardiovasculares del mundo, aunque el cese del hábito de fumar no disminuya los niveles de presión arterial, el abandono es la medida más efectiva para la reducción de los riesgos de problemas cardiovasculares. (13).

En la mayoría de los países, la ingesta media de sal por persona es de 9 a 12 gramos por día. 9. Los estudios científicos han demostrado uniformemente que una modesta reducción de la sal disminuye la tensión arterial de las personas con hipertensión y de las normotensas, en todos los grupos de edad y en todos los grupos étnicos, aunque existen variaciones en la magnitud de la reducción. Algunos estudios han indicado que la reducción de la ingesta de sal es una de las intervenciones más costo efectivas para reducir las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares de la población en todo el mundo.

La OMS recomienda a los adultos consumir menos de 2000 mg de sodio, o 5 gramos de sal al día. El contenido de sodio es elevado en los alimentos procesados como el pan (aproximadamente 250 mg/100 g), las carnes procesadas como el tocino (aproximadamente 1500 mg/100 g), los tentempiés como palitos salados, bolitas de queso o palomitas de maíz (aproximadamente 1500 mg/100 g), y también en condimentos como la salsa de soja (aproximadamente 7000 mg/100 g), y los cubos de caldo de carne (aproximadamente 20000 mg/100 g).

Los alimentos ricos en potasio ayudan a disminuir la tensión arterial .15. La OMS recomienda el consumo de por lo menos 3510 mg de potasio por día para los adultos. Los alimentos ricos en potasio son: frijoles y guisantes (aproximadamente 1300 mg de potasio por cada 100 g), frutos secos (aproximadamente 600 mg/100 g), verduras como las espinacas, las coles o el perejil (aproximadamente 550 mg/100 g) y frutas como la banana, la papaya o los dátiles (aproximadamente 300 mg/100 g). El procesamiento reduce la cantidad de potasio de muchos productos alimentarios. La reducción de la ingesta de sal de la población requiere acciones en todos los niveles, incluidos los gobiernos, la industria alimentaria, las organizaciones no gubernamentales, los profesionales sanitarios y el público en general. Con la disminución voluntaria del consumo de sal o la regulación del contenido de sal de los alimentos pre envasados y los condimentos es posible lograr una modesta reducción de la ingesta de sal. La industria alimentaria puede realizar una importante contribución a la salud de la población disminuyendo gradual y continuamente la cantidad de sal que se agrega a los alimentos pre envasado. Además, se requieren

campañas continuas en los medios de comunicación para alentar un menor consumo de sal en los hogares y las comunidades.

En algunos países se han llevado a cabo con éxito programas de reducción de la sal y, como resultado, se ha logrado disminuir su ingesta. Por ejemplo, a finales de la década de 1970 Finlandia aplicó un enfoque sistemático para disminuir la ingesta de sal a través de campañas masivas en los medios de comunicación, la cooperación con la industria alimentaria y una legislación para que las etiquetas de los alimentos indicaran el contenido de sal. La menor ingesta de sal tuvo como consecuencia una caída de 10 mm Hg o más de la tensión arterial tanto sistólica como diastólica. En Finlandia, en ese período la reducción de la sal contribuyó a disminuir la mortalidad por infarto de miocardio y accidente cerebrovascular. El Reino Unido, los Estados Unidos y otros países de ingresos elevados también lanzaron programas de aplicación voluntaria para reducir la sal en colaboración con la industria alimentaria. Se estima que el consumo de sal diario en Argentina es de 11 gramos por persona, Es por eso por lo que en enero del 2017 se reglamentó la Ley Nacional N° 26.905 de Regulación del Consumo de Sodio. La norma plantea la reducción progresiva de la sal contenida en los alimentos procesados; regula la fijación de advertencias en los envases sobre los riesgos del consumo en exceso de sal; promueve la eliminación de los saleros en las mesas de los locales gastronómicos; fija el tamaño máximo para los envases individuales en los que se vende sal -que no pueden superar los 500 miligramos (secretaría de Gobierno de Salud, 21 de marzo 2017, Boletín Oficial).

Todo lo señalado abona lo que sostienen la Organización Mundial de la Salud respecto del estilo de vida, que le define como "una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales" (OMS, 1986, p.13).

La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) forma parte del Sistema de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles y del Sistema Integrado de Estadísticas Sociales (SIES). Se realizó con anterioridad en 2005, 2009 y 2013.¹⁹ La 4º ENFR se desarrolló entre septiembre y diciembre de 2018 en las localidades urbanas de 5.000 habitantes y más del país.

Los objetivos que se proponen son:

1. Proporcionar información válida, confiable y oportuna sobre factores de riesgo, procesos de atención en el sistema de salud y prevalencias de las principales ENT (hipertensión, diabetes, obesidad y otras) en la población de 18 años y más, residente en viviendas particulares de áreas urbanas de 5.000 y más habitantes de la República Argentina.
2. Monitorear la evolución de los principales factores de riesgo de las ENT.
3. Evaluar el impacto de políticas de prevención y control realizadas a nivel nacional y provincial.
4. Proporcionar parámetros objetivos de los principales factores de riesgo y las ENT a partir de las mediciones físicas y bioquímicas. Para alcanzar este último objetivo, se aplicó por primera vez en nuestro país la metodología de los pasos (o STEPS) propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Resultados El 20,9% de la población refirió que su salud general era mala o regular, sin mostrar variaciones con respecto a la 3° ENFR (21,2%). Al analizar este indicador por jurisdicciones se observó que CABA (13,2%), Córdoba (14,4%) y La Pampa (14,4%) tuvieron valores significativamente inferiores que el promedio nacional. En cuanto al sexo, las mujeres registraron una prevalencia mayor en comparación con los hombres (23,0% y 18,6%, respectivamente). También se observaron variaciones por edad: los más jóvenes reportaron el menor valor (9,3%) y los adultos mayores el valor más alto (35,8%). Las personas con nivel educativo hasta primario incompleto refirieron en mayor medida que su salud general era mala o regular respecto a la de aquellos con mayor nivel de instrucción. Al analizar el indicador según el tipo de cobertura de salud, el porcentaje fue mayor entre aquellas personas con cobertura pública exclusiva que entre aquellas con obra social o prepaga (23,5% y 19,6%, respectivamente). En cuanto a los quintiles de ingresos del hogar por unidad consumidora, el mayor valor se registró en el quintil más bajo (28,9%) y el menor valor en el más alto (11,8%), siendo el primero 2,4 veces mayor que este último. En cuanto a los indicadores de CVRS, se observó un aumento en el porcentaje de personas que refirieron estar ansiosas o deprimidas respecto de la edición anterior de la encuesta (3° ENFR 2013: 16,3%; 4° ENFR 2018: 18,4%). El resto de los indicadores se mantuvo estable con respecto a ediciones anteriores. La 4° ENFR arrojó los siguientes resultados: algún problema en la movilidad, 12,1%; algún problema en el cuidado personal, 2,9%; algún problema en la realización de actividades cotidianas, 7,2%; tiene dolor o malestar, 25,6%. Todos los indicadores de deterioro de CVRS fueron más

frecuentes en mujeres y en personas mayores de 50 años. En la gran mayoría de ellos, con alguna excepción en cada caso, se evidenció una mayor prevalencia con significancia estadística de los indicadores de deterioro de CVRS entre aquellos con nivel educativo más bajo respecto del nivel educativo más alto, entre aquellos con obra social o prepaga, respecto de cobertura pública exclusiva y entre los del quintil de ingresos más bajo, respecto del más alto. De estas generalidades se evidenció una excepción: el indicador de ansiedad o depresión fue más frecuente entre aquellos con cobertura solo pública respecto de aquellos con obra social o prepaga y no mostró diferencia de nivel de educativo.

Procesamiento de la información.

El procesamiento de los datos se dividió en tres etapas con objetivos diferenciados: Una primera etapa destinada al control de calidad y consistencia de la información relevada en campo. Una segunda etapa de imputación de la información faltante.

Imputación de la variable de ingreso. Una tercera etapa con el objetivo de transformar la información recolectada en campo mediante el instrumento de capacitación en las variables de análisis. ⁽¹⁴⁾

En el hospital pediátrico de la Habana Cuba se realizó estudio de investigación sobre, los estilos de vida inadecuados constituyen factores de riesgo modificables para las enfermedades cardiovasculares, su identificación en una población dada es necesaria para llevar a cabo estrategias de intervención.

Objetivos: caracterizar los estilos de vida, e identificar la hipertensión arterial y el exceso de peso de los adolescentes del Reparto “Antonio Guiteras”, del municipio Habana del Este.

Se realizó una investigación descriptiva de corte transversal con adolescentes de 10 a 17 años, en el periodo de septiembre 2010 a julio 2012, del municipio Habana del Este. Se estudiaron variables demográficas, antropométricas, clínicas, consumo de alimentos, hábitos tóxicos y actividad física. Se entrevistaron a los adolescentes y se les hizo medición de la presión arterial, peso, talla y circunferencia de la cintura, previo consentimiento informado.

Resultados: se estudiaron 276 adolescentes, con predominio del grupo de 10 a 14 años (59,4 %), color de la piel blanca (60,9 %), sin diferencias en el sexo. El 23,2 % presentó sobrepeso y obesidad, 2,9 % hipertensión arterial y 14,5 % prehipertensión. Predominó el consumo de alimentos dulces diariamente (72,8 %) y fritos (43,5 %), así como poco consumo de vegetales y frutas. El 34,4 % ingería bebidas alcohólicas — con edad de comienzo temprana—, 7,2 % eran fumadores activos y 56,2 % pasivos, con estrecha relación entre el hábito de fumar de los padres y los hijos.

Conclusiones: los valores de exceso de peso e hipertensión arterial presentes en los adolescentes estudiados coinciden con otras investigaciones nacionales, los hábitos alimentarios y de actividad física fueron deficitarios, y los hábitos tóxicos comienzan desde edades tempranas. (15)

Con el estudio de las enfermedades cardiovasculares se ha logrado identificar las variables biológicas y estilos de vida, lo que ha permitido que la hipertensión arterial y sus complicaciones sean prevenibles y controlables. En Centro de Atención Primaria III Huaycán, Lima, Perú. Sé realizo estudio para, Determinar la frecuencia del consumo de alimentos y actividad física en pacientes hipertensos.

Se realizó un estudio observacional descriptivo, transversal y cuantitativo en pacientes hipertensos pertenecientes al programa del adulto mayor. Se recolectaron datos sociodemográficos, antropometría y presión arterial. Se aplicó el cuestionario internacional de actividad física y frecuencia de consumo de alimentos. Se analizaron estadísticas descriptivas, prueba de Chi cuadrado, ANOVA y Rho Spearman en SPSS.

Resultados: Se evaluaron 570 pacientes, 61,8 % pertenecía al sexo femenino, 39,5 % tenía estudios de secundaria, 65,3 % consumía antihipertensivos regularmente. La media del índice de masa corporal para mujeres fue $28,23 \pm 4,66 \text{ kg/m}^2$. La presión arterial sistólica para el sexo masculino fue $132,89 \pm 13,42 \text{ mmHg}$ y para el femenino, de $130,92 \pm 13,19 \text{ mmHg}$. El 13,5 % tenía obesidad y cifras tensionales hipertensivas, 71,1 % consumía pollo, 77,2 % pan, cereales, arroz, pastas y trigo todos los días a la semana, mientras que 50,9 % consumía frituras cuatro días por semana; 44,7 % tenía bajo nivel de actividad física y cifras tensionales hipertensivas ($p = 0,03$).

Conclusiones: La alimentación en la población de estudio era diversa, basada en alta ingesta de carbohidratos y grasas. Se evidenció que las personas con menos actividad física tenían mayores cifras tensionales. Es de considerar que la dieta saludable y la

actividad física son factores complementarios al tratamiento farmacológico para el control de estos pacientes. (16)

En Venezuela, la Sociedad de Farmacología Clínica y Terapéutica, quisieron determinar la asociación entre el estilo de vida y la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos.

Metodología: Estudio analítico transversal, conformado por 250 pacientes hipertensos, 150, pertenecientes al Centro de Salud La Era-Lima, Perú y 100 al Programa de “Salud Cardiovascular” de San Miguel – Arica, Chile, elegidos mediante muestreo no probabilístico y por conveniencia. Para la recolección de datos se empleó el cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPS-I) y la escala de Morisky-Green previamente validados. Para el análisis multivariado se utilizó la regresión de varianza robusta de Poisson.

Resultados: el 58,8% de los pacientes hipertensos practicaron un inadecuado estilo de vida y el 58,4% no fueron adherentes al tratamiento. Al análisis multivariado, una adecuada practica de los estilos de vida en las dimensiones: nutrición (RPa=1,56; IC 95%=1,14-2,14), relaciones interpersonales (RPa=1,54%; IC95%=1,02-2,30) se asocian a la adherencia al tratamiento antihipertensivo.

Conclusiones: tener una nutrición, relaciones interpersonales y responsabilidad con la salud adecuadas se asocian a la adherencia al tratamiento antihipertensivo. (17).

La investigación tuvo como objetivo determinar la efectividad de un programa de intervención biopsicosocial para reducir niveles de presión arterial y mejorar la adherencia al tratamiento de personas con diagnóstico de hipertensión arterial. El estudio fue cuasi-experimental, diseño intra e intergrupo, pre-post intervención. La muestra estuvo conformada por 44 participantes, con ausencia de otra enfermedad crónica y/o de trastorno psiquiátrico diagnosticado, atendidos en una Institución de Salud de la ciudad de Cali, Colombia. Los niveles de presión arterial sistólica y diastólica fueron medidos pre-post intervención por el personal de salud. Se encontró una disminución estadísticamente significativa en la PAS, la PAD no presentó cambios, pero se mantuvo en niveles controlados. En adherencia al tratamiento los cambios post-intervención fueron estadísticamente significativos ($p = 0,000$; n.c. 95%), el 86,6% terminó en nivel alto de adherencia y el 11,4% finalizó en nivel medio. (18).

El artículo tiene como objetivo el estudio de los principales factores de riesgo de la hipertensión arterial, modificables por la actuación de la Estrategia Salud de la Familia.

La metodología utilizada fue una revisión narrativa de literatura con recogida de datos en la base electrónica SCIELO, con los descriptores: hipertensión, factores de riesgo, equipo multiprofesional y educación en salud. El trabajo ocurrió en el período de diciembre de 2010 a febrero de 2011. Se localizaron 581 artículos sobre HAS, siendo que 11 fueron considerados para el análisis.

Los resultados indican que la educación en salud en la atención básica, especialmente en la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) constituye un instrumento de intervención importante, pues conociendo la realidad de la población que atienden, las intervenciones propuestas por el equipo multiprofesional pueden producir resultados positivos.

Se observó la necesidad de valoración de nuevos conceptos de salud-enfermedad y participación del usuario de salud en la elaboración de un plan de intervención, con estímulo al abandono del consumo de tabaco y del uso abusivo de alcohol, reducción de peso entre aquellos con sobrepeso, implementación de actividades físicas, reducción del consumo de sal, aumento del consumo de hortalizas y frutas, además de la disminución en el consumo de alimentos grasos, entre otros, para estimular el autocuidado promoviendo una mejora en la calidad de vida de la población. (19)-

Miembros de las sociedades de cardiología, endocrinología, medicina interna, nefrología y diabetes de los países de América Latina, realizaron una guía a los médicos que cuidan a pacientes con diabetes, hipertensión y enfermedades concomitantes o complicaciones de ambas condiciones. Aunque el concepto de síndrome metabólico actualmente es discutido, la alta prevalencia en América Latina del conjunto de alteraciones metabólicas que lo conforman sugiere que el síndrome metabólico es una entidad nosográfica útil en el contexto de la medicina latinoamericana. Por lo tanto, en el presente documento se presta especial atención a este síndrome con el fin de alertar a los médicos de una particular población de alto riesgo, en la que por lo general se subestima y no se trata en forma óptima los factores de riesgo que constituyen el síndrome metabólico. Las presentes recomendaciones son el resultado de las presentaciones y los debates en los paneles de discusión durante una reunión de 2 días celebrada en Bucaramanga en octubre de 2012. Todos los participantes han aprobado las conclusiones finales. Los autores reconocen que la publicación y difusión de las guías no serán suficientes para alcanzar

los cambios recomendados tanto en las estrategias diagnósticas como terapéuticas, por lo que se ha programado intervenciones que permitan identificar las barreras del conocimiento, de las actitudes y de comportamiento, lo que permitirá tanto a los médicos como a los pacientes una adecuada adherencia a las recomendaciones de las guías. (20)

Este artículo presenta los resultados de un estudio que tuvo como objetivo determinar el impacto de un programa para modificar el estilo de vida en los niveles de presión arterial y la calidad de vida de personas con diagnóstico de Hipertensión Arterial. Se empleó un método cuasi-experimental, con diseño transversal, análisis intragrupo y medidas repetidas (pre y post intervención). La muestra estuvo conformada por 44 personas diagnosticadas con Hipertensión Arterial, adscritas a una Empresa de Servicios de Salud de la ciudad de Cali, Colombia. Se registraron los niveles de presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) pre y post-intervención y se aplicó el SF-36 Health Survey v2 para evaluar calidad de vida. Se encontró una disminución estadísticamente significativa en la PAS, mientras que la PAD no presentó cambios, manteniéndose en niveles controlados. Respecto a la calidad de vida, la modificación del estilo de vida tuvo efectos benéficos en el componente mental, así como en la subescala de Rol Emocional. En cuanto al componente físico, mejoraron significativamente las subescalas de Función Física y Rol Físico. Los resultados en calidad de vida se presentaron con algunas diferencias entre los pacientes con niveles controlados y no-controlados de PAS y PAD. (21)

La hipertensión arterial del adulto tiene sus orígenes en la infancia. Los adolescentes copian los mismos estilos de vida del adulto que son desencadenantes potenciales de enfermedades cardiovasculares. Objetivo: Caracterizar los factores asociados a la hipertensión arterial en los adolescentes de San Juan y Martínez en el 2018. Metodo: Se realizó una investigación descriptiva, transversal. El universo estuvo constituido por 522 adolescentes de San Juan y Martínez y la muestra estuvo integrada por 203 adolescentes tomados al azar en los diferentes centros de estudio del Consejo Popular Pueblo. Método: El sexo femenino fue el más representativo, predominó el color de la piel negra, los antecedentes patológicos familiares más representativos fueron la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, un elevado porcentaje de los adolescentes fuman e ingieren bebidas alcohólicas. Existe un predominio de los hábitos dietéticos malos y regulares, así como una tendencia sedentaria; gran número de ellos presentan obesidad o sobrepeso. Conclusiones: En los adolescentes de San Juan y Martínez se observa un aumento de los factores que predisponen a padecer una

hipertensión arterial, lo que posibilita su desarrollo en edades tempranas de la vida. De ahí que los médicos generales integrales deban trabajar en su prevención para evitar el avance de esta enfermedad en este grupo etario. (22)

La investigación fue de tipo descriptivo de corte transversal, se realizó como objetivo Determinar el estilos de vida del pacientes del programa de Hipertensión arterial del Hospital Carlos Alcántara- 2014 entre los meses de abril – julio 2014, la muestra estuvo conformada por 45 pacientes que pertenecen del programa de hipertensión arterial, los datos fueron recolectados a través de un formulario tipo cuestionario sobre alimentación y actividad física, los resultados se presentan en gráficos se concluye que el 71 por ciento de los pacientes refieren practicar estilos de vida no saludables y solo el 29 por ciento estilos de vida saludables. Los estilos de vida con respecto a los hábitos alimenticios, el 93 por ciento consumen pollo tres veces por semana, el 80 por ciento consumen agua diariamente, el 78 por cientos consumen verduras diariamente, 62 por ciento consumen frutas diariamente, el 51 por ciento consumen huevos tres veces por semana, sin embargo, el 93 por ciento consumen sal más en 3 alimentos al día, el 89 por ciento preparan alimentos guisados. El 73 por ciento de los pacientes realizan actividad física y caminatas diariamente, y el 71 por ciento realizan caminatas mínimo 30 minutos diarios. (23).

Se realizó, estudio para caracterizar los estilos de vida de los pacientes hipertensos del consultorio 7 del área IV del municipio de Cienfuegos. Utilizando el Método: estudio descriptivo, de corte transversal que incluyó 125 pacientes hipertensos adultos medios (30-59 años), de ellos 65 masculinos y 60 femeninos, que cumplieran con los criterios de inclusión. Se analizaron las variables edad, color de la piel, estado civil, escolaridad, antecedentes patológicos personales y familiares, estilos de vida.

Resultados: predominaron los pacientes de 50 a 59 años, masculinos, de color de piel no blanca y obesos; en cuanto al estado civil fue más frecuente la unión estable y no existieron diferencias en cuanto al nivel de escolaridad. La hipercolesterolemia y la hipertensión arterial en familiares de primer grado de consanguinidad, principalmente madres y abuelos, fueron los factores más destacados entre los antecedentes de salud. Los hábitos alimentarios inadecuados y hábitos tóxicos fueron los más relevantes en los pacientes objeto de estudio.

Conclusiones:

los estilos de vida de los pacientes hipertensos que participaron en el estudio son no saludables e inadecuados; no existieron diferencias en cuanto al sexo. (24)

En la Habana, se realizó investigación sobre, los estilos de vida inadecuados que constituyen factores de riesgo modificables para las enfermedades cardiovasculares, su identificación en una población dada es necesaria para llevar a cabo estrategias de intervención.

Objetivos: caracterizar los estilos de vida, e identificar la hipertensión arterial y el exceso de peso de los adolescentes del Reparto “Antonio Guiteras”, del municipio Habana.

Métodos: se realizó una investigación descriptiva de corte transversal con adolescentes de 10 a 17 años, en el periodo de septiembre 2010 a julio 2012, del municipio Habana del Este. Se estudiaron variables demográficas, antropométricas, clínicas, consumo de alimentos, hábitos tóxicos y actividad física. Se entrevistaron a los adolescentes y se les hizo medición de la presión arterial, peso, talla y circunferencia de la cintura, previo consentimiento informado.

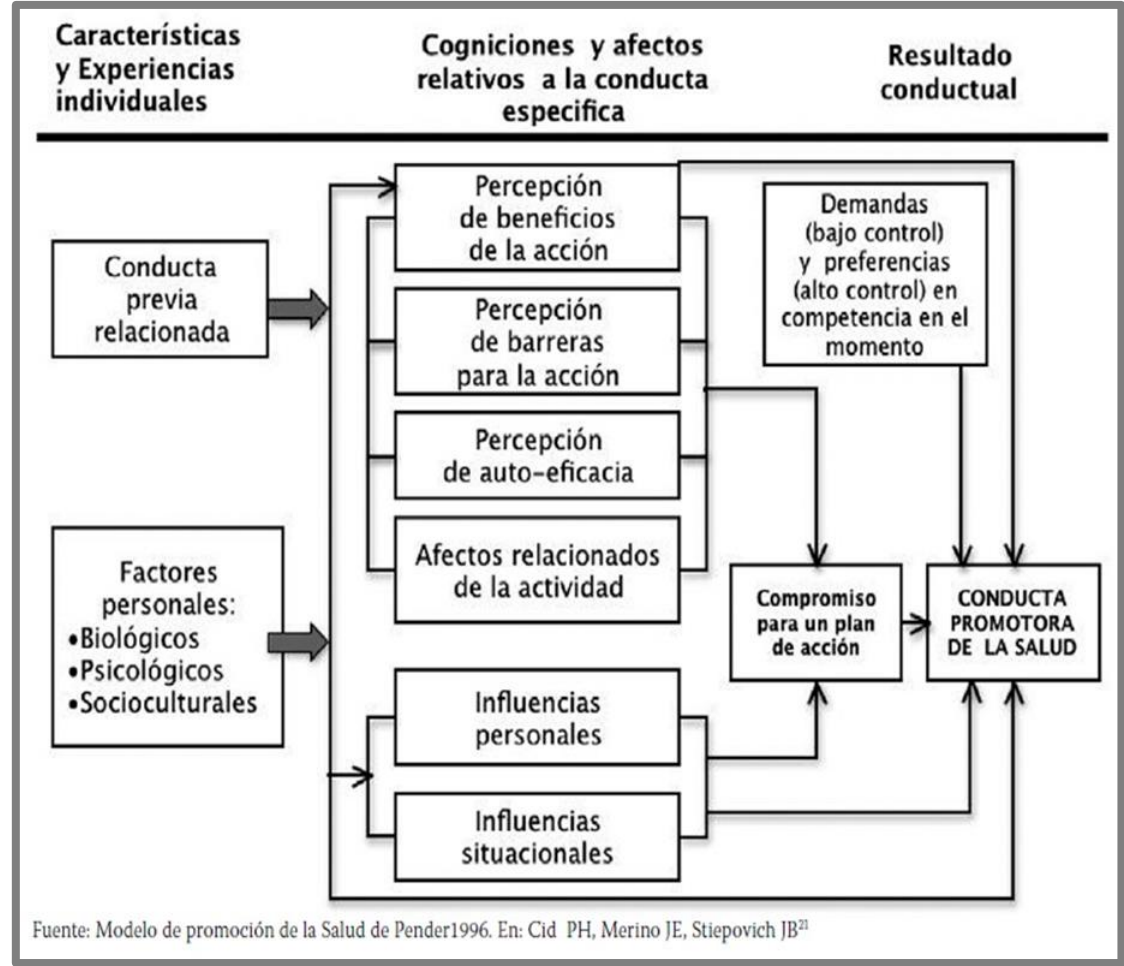
Resultados: se estudiaron 276 adolescentes, con predominio del grupo de 10 a 14 años (59,4 %), color de la piel blanca (60,9 %), sin diferencias en el sexo. El 23,2 % presentó sobrepeso y obesidad, 2,9 % hipertensión arterial y 14,5 % prehipertensión. Predominó el consumo de alimentos dulces diariamente (72,8 %) y fritos (43,5 %), así como poco consumo de vegetales y frutas. El 34,4 % ingería bebidas alcohólicas — con edad de comienzo temprana—, 7,2 % eran fumadores activos y 56,2 % pasivos, con estrecha relación entre el hábito de fumar de los padres y los hijos.

Conclusiones: los valores de exceso de peso e hipertensión arterial presentes en los adolescentes estudiados coinciden con otras investigaciones nacionales, los hábitos alimentarios y de actividad física fueron deficitarios, y los hábitos tóxicos comienzan desde edades tempranas. (25)

La teoría de, (MPS) expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud, son clave en la explicación de las condiciones estructurales que rodean a los pacientes hipertensos que concurren al centro de salud de referencia “Brailard Pocard” del Barrio Sarmiento, el objetivo es determinar la prevalencia de hipertensión arterial y los principales factores de riesgo relacionados con el estilo de vida, las oportunidades en las opciones que las personas

tienen a diario en decidir con respecto al consumo de cigarrillo y alcohol, alto consumo de sal, baja o nula actividad física; procesos que se generan en el ámbito privado y social, es un desafío de abordar estilos de vida para favorecer la construcción positiva de los mismos; con la intención de planificar intervenciones como promoción y prevención de salud y evitar complicaciones.

Figura 1. El Modelo de Prevención de la Salud con sus categorías, conceptos y relaciones



Los estilos de vida de los pacientes con hipertensión arterial se ubican en el modelo (MPS) de Pender en sus tres categorías. Además del resultado conductual se considera la conducta promotora de salud para los individuos con hipertensión arterial, se establece cuatro conceptos necesarios para llevar a cabo el presente estudio, los

factores personales, la autoeficacia percibida y el apoyo social afectan directamente la conducta promotora.

La estructura conceptual teórico empírica para realizar la operacionalización de variables de la presente investigación, se derivó de dos de los tres grandes constructos del (MPS) de Pender (1996). Se contemplaron cuatro definiciones conceptuales de la autora, de donde se derivaron los conceptos teóricos seleccionados. En el nivel empírico la medición de las variables se realizó con un instrumento.

Definiciones de términos.

Factores Personales. Son factores relevantes que predicen la conducta y son modelados por la naturaleza de esta.

Estas características son: biológicas (edad, sexo), psicológicas (percepción del estado de salud) y socioculturales (escolaridad, estado civil, ocupación y estrato socioeconómico).

Autoeficacia Percibida. Es el juicio sobre la capacidad para realizar una conducta con cierto nivel de logro de desempeño en estilos de vida, para controlar la presión arterial.

Apoyo Social. Es la percepción del paciente sobre el apoyo que recibe de la familia, amigos y trabajadores de salud, este puede ser tangible o emocional para cultivar la conducta promotora de salud.

Estilos de vida. Son conductas que forman parte regular de un patrón de vida para el control de la presión arterial. Por tanto, los estilos de vida que se estudiaron fueron responsabilidad en salud en visita médica periódica; ejercicio o actividad física practicada de manera regular, nutrición alimentación idónea baja en grasas saturadas, sodio y control de peso; manejo del estrés; no consumo de tabaco; no consumo de alcohol (PEPS I, 1986).

Estilos de vida no saludable. Son los comportamientos hábitos o conductas que adoptan las personas en contra de su salud y en contra del mejoramiento de su calidad de vida son los que conllevan a la persona al deterioro de su aspecto biológico, psicológico y social, llevándolo a pérdidas físicas y en sí de su integridad personal. (Manrique, 2013, p.21).

Hipótesis.

Las personas que padecen de HTA del centro de Salud “Brillard Pocard” presentan estilos de vida que favorecen esta patología a lo que se suma el escaso acceso a la información.

Operacionalización de Variables.

Variable	Dimensión	Valor	Indicador
Estilos de Vida	Actividad Física	Tipo de actividad física.	1.corre. tiempo, frecuencia.
		Tiempo de actividad física.	2.camina. tiempo, frecuencia.
		Frecuencia de actividad física.	3.gym. tiempo, frecuencia 4.ninguna. tiempo, frecuencia.
Estilos de vida.	Alimentación.	Alimentos que mayoritariamente consumen.	1.Harinas. 2.Carnes rojas. 3.Legumbres.
		Consumo de Alcohol.	SI. NO.
	Hábitos nocivos	Fumador. No fumador.	SI. NO.

Estilos de vida.	Respuesta Física del estrés.	Presenta trastornos físicos en su vida cotidiana en un test.	1.Nunca. 2.Rara Vez. 3.A veces. 4.Casi siempre. 5.Siempre
	Respuesta Psicología del estrés.	Evidencia nerviosismo, ansiedad ante unos problemas en un test.	1.Nunca. 2.Rara Vez. 3.A veces. 4.Casi siempre. 5.Siempre.
	Respuesta Conductual, del estrés.	Muestra agresividad, frente a situación problemática en un test.	1.Nunca. 2.Rara Vez. 3.A veces. 4.Casi siempre. 5.Siempre.
	Nivel de Información	Tiene información sobre hipertensión arterial.	1. No tengo información. 2. Tengo poca información. 3. Tengo algo información. 4. Tengo mucha información

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

Diseño Metodológico:

Tipo de estudio o diseño.

Según el diseño de investigación, es un estudio no experimental u observacional de tipo descriptivo.

Según las cantidades de mediciones de la variable: es de tipo transversal; se recolectan los datos de las variables que se miden en un solo momento.

Según el tratamiento de los datos: de tipo cuantitativo.

La presente investigación se realizó en el Centro de Atención primaria de la Salud “Brailard Pocard”, durante el año 2019 se encuentra ubicado en el Barrio Sarmiento de Presidencia Roque Sáenz Peña; el área programática está integrada por los barrios: Sarmiento, Nuevo, Evita y Arce, con una población total, según último censo año 2010, cercana a los 10.000 habitantes; pero habitualmente concurren a consulta, habitantes de barrios cercanos: Tiro Federal, 1° de Mayo, Oro Blanco, Belgrano, Matadero, San Carlos y las zonas rurales de: bajo Hondo Chico, Napenay y La Matanza, lo que aumenta notablemente la afluencia de pacientes.

Para ello cuenta con un plantel profesional compuesto por: 1 médico pediatra, 1 médico clínico, una neumóloga, un Obstetra, 1 licenciada en psicología, 2 odontólogas, 1 asistente social, 4 enfermeros, 2 personal administrativo, 3 en farmacia, 1 mucama y tres promotores de salud (Expertos).

Atención: atención mensual de cada sector realizada en el CAPS.

Especialidad	Pacientes/mes
Pediatría	600
Clínica	400
Obstetricia	500
Odontología	800
Neumología	50
Psicología	A demanda
Enfermería	1.700
Farmacia	2.000
Total	6050

Universo y Muestra:

La muestra en estudio, probabilística de tipo Azar simple, se llevó a cabo de la siguiente manera:

- 1) Se identificó y definió la población.
- 2) Establecer la muestra que son los pacientes con Hipertensión Arterial y que se relaciona con los estilos de vida de dichos pacientes que concurren al centro de salud Braillard Pocard, Barrio Sarmiento, Presidencia Roque Sáenz Peña (Chaco), 2019.
- 3) Determinar el número que conformara la muestra.
- 4) Anotar cada uno de los elementos, números que comparen la población accesible, utilizar un bolillero o una tabla números al azar.
- 5) Extraer una por una, las unidades correspondientes a la muestra. Cada número indicara la unidad a formar parte de la muestra.

Población:

La población de interés para el estudio fueron pacientes que concurren al centro de salud de ambos sexos, de 21 a 80 años y más, con diagnósticos de hipertensión arterial. Seleccionaron 150 pacientes, que acudieron al centro de Salud “Brillard Pocard” del Barrio Sarmiento de Presidencia Roque Sáenz Peña (Chaco) durante el año 2019.

Unidad de Análisis:

Cada uno de los pacientes con Hipertensión Arterial y que se relacione con los estilos de vida, en el año 2019. Y formen parte del criterio de inclusión.

Criterios de Inclusión.

Adultos de 21 años y más, de ambos sexos, diagnosticados con Hipertensión Arterial, que concurren al centro de salud Brillard Pocard, del Barrio Sarmiento, más los adultos que acepta ser parte del estudio.

Criterios de exclusión:

Pacientes, normotensos, o Hipertensos que no estén relacionados con los estilos de vida, pacientes que no acepten participar en forma voluntaria de esta temática de investigación, pacientes con algún trastorno neurológico, o sensoriales, menores de 21 años.

Técnica e instrumentos de recolección de datos.

Dentro de la investigación se usó para cada variable un tipo de técnica e instrumento de recolección de los datos.

Para la Variable de Estilos de Vida se realizó encuesta, mediante el dialogo con los participantes en los consultorios del centro de salud, como instrumento se utilizó un cuestionario (VER ANEXO N° 1) sobre estilos de vida elaborado por la investigadora, conformado por una serie de preguntas redactadas de forma coherente organizadas y estructuradas de acuerdo a los objetivos propuestos, está conformado por preguntas con alternativas múltiples donde el entrevistado tuvo la opción de elegir una alternativa como respuesta.

En cuanto a la variable estrés, se utilizó tes del estrés, que consta de un conjunto de preguntas donde se marcara la respuesta que el paciente cree conveniente.

Validez y confiabilidad

El instrumento de estilo de vida no fue sometido a la prueba de confiabilidad, ni de validez debido a que este instrumento fue realizado en base al cuestionario de perfil de estilos de vida según Pender (PEVP- II), por S.N. - 53 - Walker, K. Sechrist, N. Pender (1996).

Ética del estudio.

De acuerdo con lo dispuesto por el comité de Bioética del Hospital 4 de junio Ramón Carrillo, y en lo correspondiente a investigación en esta área se acata de conformidad a lo señalado. Se solicitó la autorización para realizar el estudio a las autoridades correspondientes de las instituciones de salud obteniendo su aprobación; en el estudio

se respetaron la dignidad y los derechos del paciente (sujeto de estudio) buscando siempre su seguridad y bienestar. La participación en el estudio fue voluntaria, previa información verbal y por escrito, se le indicó que se podría retirar del estudio cuando lo considerara necesario; se garantizó el anonimato; los datos fueron sólo del conocimiento exclusivo de la investigadora, quien los depositará en un archivo y una vez que sea aprobado el estudio por autoridades académicas, se dejara una copia en el centro de salud, el estudio fue de riesgo mínimo para los sujetos seleccionados de la muestra de investigación, dicha consideración obedece a que sólo se realizaron procedimientos sencillos como fueron la toma de presión arterial y la aplicación de cuestionarios contenidos en la encuesta. La participación de los sujetos de estudio se logró bajo un consentimiento informado sin presión o coerción. (Anexo N^a 4).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS.

Estrategias de análisis.

Tabulación y Análisis de datos

Los datos obtenidos a través del instrumento de recolección empírica, fueron cargados en una planilla Excel, para su análisis e interpretación. El análisis de los resultados se realizó mediante estadística descriptiva, utilizando medidas de tendencia central para frecuencia y porcentaje, se representarán los datos obtenidos de la información recolectada en forma ordenada y sencilla para realizar el análisis de los mismos, en programa de IBMSPSS (Statistics 26) la cual permitirá construir las diferentes tablas y gráficos donde serán expuestos los resultados.

Tabla de frecuencia.

Tabla. 1.

Actividad física, que realizan las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud “Brillard Pocard” en la Ciudad de Sáenz Peña Chaco, en el año 2019.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Corren	1	,7	,7	,7
	Caminan	59	39,3	39,3	40,0
	Gym	10	6,7	6,7	46,7
	No Realizan Actividad Física	80	53,3	53,3	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

Fuente: SPSS.

Se observa que un 53,3% de las personas con HTA que concurren al CAPS, no realizan actividad física, mientras que el 39,3% caminan, corren el 7%, solo 6,7% van al gym.

Tabla: 2.

Frecuencia de Actividad física, que realizan las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud "Brillard Pocard" en la Ciudad de Sáenz Peña Chaco, en el año 2019.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ocasional	80	53,3	53,3	53,3
3 veces por semana	59	39,3	39,3	92,7
3 o 4 Veces por Semana	11	7,3	7,3	100,0
Total	150	100,0	100,0	

Fuente: SPSS.

Se observa que el 53,3% realizan actividad física de forma ocasional, 3 veces por semana el 39,3%, mientras que de 3 a 4 veces por semana solo el 7,3%.

Tabla: 3.

Alimentos que mayoritariamente consumen las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud "Brillard Pocard" en la Ciudad de Saenz Peña Chaco, en el año 2019.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Harinas	66	44,0	44,0	44,0
	Carnes Rojas	69	46,0	46,0	90,0
	Legumbres	15	10,0	10,0	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

Fuente: SPSS.

Se Observa que en cuanto a alimentos que consumen las personas con HTA que concurren al CAPS, carnes rojas 46,0%, harinas 44,0%, legumbres 10,0%.

Tabla: 4.

Estilos de vida nocivos, alcohol que consumen las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud " Brailard Pocard" en la ciudad de Sáenz Peña Chaco, en el año 2019.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Consumo de Alcohol SI	105	70,0	70,0	70,0
	Consumo de Alcohol NO	45	30,0	30,0	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

Fuente: SPSS.

Se observa que en estilos de vida nocivos de las personas con HTA que concurren al CAPS, el 70,0% consume alcohol, el 30,0% manifiesta no consumir alcohol.

Tabla: 5.

Estilos de vida nocivos, tabaco, que consumen las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud " Brailard Pocard" en la ciudad de Sáenz Peña Chaco, en el año 2019

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Fumador	93	62,0	62,0	62,0
	No Fumador	57	38,0	38,0	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

Fuente: SPSS.

Se observa que el 62,0% son fumadores, solo el 38,0% no fuman.

Tabla: 6

Respuesta Física a situaciones de stress de las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud "Brillard Pocard" en la ciudad de Sáenz Peña Chaco, en el año 2019.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Trastorno del Sueño	16	10,7	10,7	10,7
	Fatiga Crónica	24	16,0	16,0	26,7
	Crónica Dolores de Cabeza o Migraña	17	11,3	11,3	38,0
	Problemas de Digestión	42	28,0	28,0	66,0
	Rascarse, morderse las uñas, Frotarse	22	14,7	14,7	80,7
	Somnolencia, Mayor Necesidad de dormir.	29	19,3	19,3	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

Fuente: SPSS.

Se observa que ante situaciones de stress las personas con HTA el 28,0% tiene problemas de digestión, manifiesta somnolencia, mayor necesidad de dormir, el 19,3%, el 16,0% tiene fatiga crónica, el 14,7% manifiesta rascarse, morderse las uñas, frotarse, el 11,3% con dolores crónico de cabeza, migraña, solo el 10,7% con trastornos del sueño.

Tabla: 7.

Reacciones Psicológicas a situaciones de stress de las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud "Brillard Pocard" en la ciudad de Sáenz Peña Chaco, en el año 2019.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Inquietud	14	9,3	9,3	9,3
	Tristeza	35	23,3	23,3	32,7
	Ansiedad	40	26,7	26,7	59,3
	Problemas de Concentración	12	8,0	8,0	67,3
	Agresividad, Irritable	49	32,7	32,7	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

Fuente: SPSS.

Se observa que las reacciones psicológicas a situaciones de stress de las personas con HTA, que concurren al CAPS, el 32,7% tiene agresividad, irritabilidad, él 26,7% tiene ansiedad, 23,3% tristeza, 93% inquietud, solo el 8,0% manifestó problemas de concentración.

Tabla: 8.

Reacciones Conductuales a situaciones de stress de las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud "Brillard Pocard" en la ciudad de Sáenz Peña Chaco, en el año 2019.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Discutir	53	35,3	35,3	35,3
	Aislarse	10	6,7	6,7	42,0
	Desgano	21	14,0	14,0	56,0
	Aumento o consumo de alimentos	64	42,7	42,7	98,7
	Otros	2	1,3	1,3	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

Fuente: SPSS.

Se observa que 42,7% tiene aumento de consumo de alimentos que son reacciones conductuales a situaciones de stress, él 35,3% discute,14,0% manifiesta desgano, el 6,7% tiende al aislamiento, solo el 1,3% otras

Tabla: 9.

Nivel de información que presentan las personas, sobre los estilos de vida e hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud, "Brillard Pocard" en la ciudad de Sáenz Peña Chaco, en año 2019.

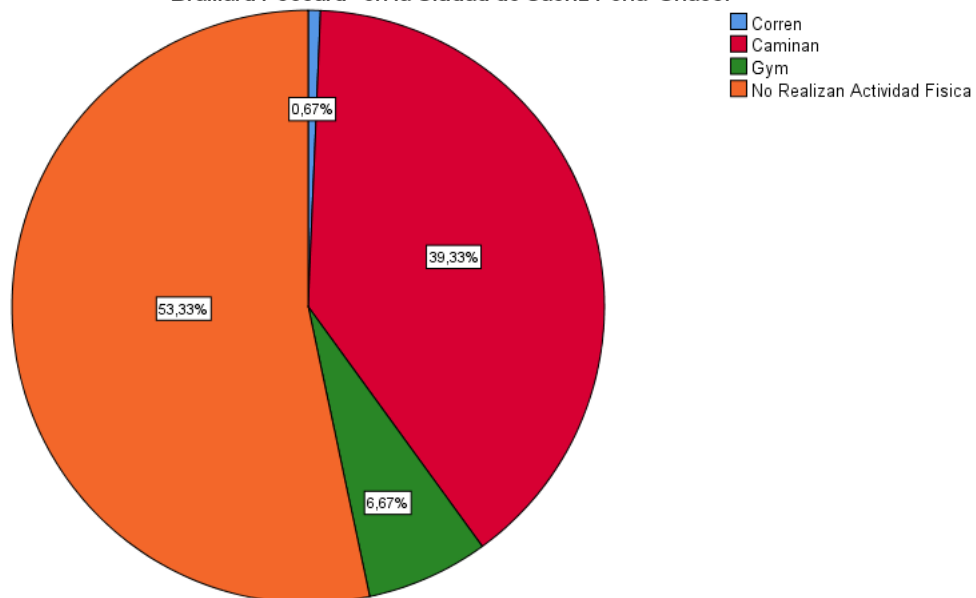
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No tengo Información	78	52,0	52,0	52,0
	Tengo Poca Información	49	32,7	32,7	84,7
	Tengo Algo de Información	18	12,0	12,0	96,7
	Tengo Mucha Información	5	3,3	3,3	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

Fuente: SPSS.

Se observa que 52,0% no tiene información, de las personas con HTA que concurren al CAPS, 32,7% poca información, 12,0% algo de información, solo el 3,3% manifiesta mucha información.

Garafico.1.

Actividad fisica, que realizan las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud "Brallard Poccard" en la Ciudad de Saenz Peña Chaco.

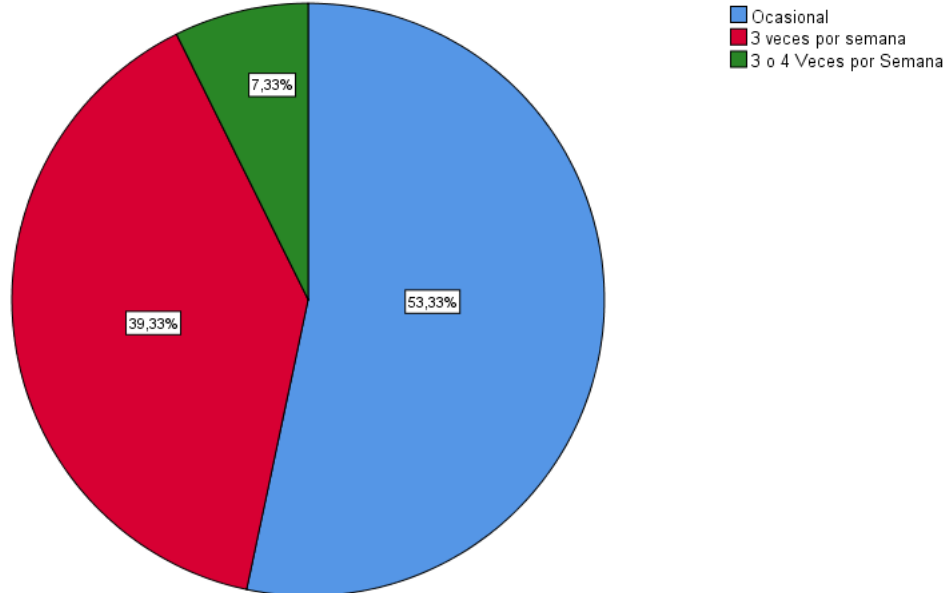


Fuente: SPSS.

Se observa que un 53,3% de las personas con HTA que concurren al CAPS, no realizan actividad física, mientras que el 39,3% caminan, corren el 7%, solo 6,7% van al gym.

Gráfico:2.

Frecuencia de Actividad física, que realizan las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud "Brillard Pocard" en la Ciudad de Saenz Peña Chaco.

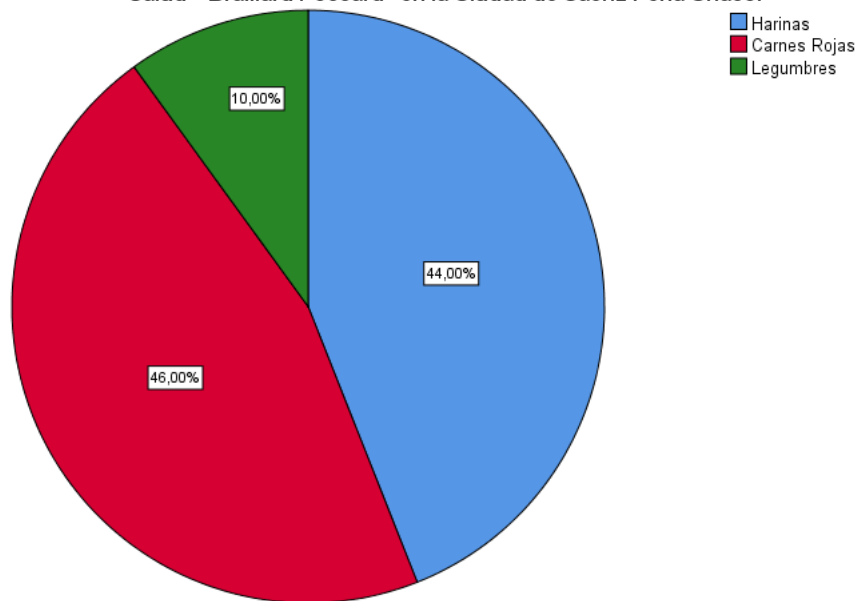


Fuente: SPSS.

Se observa que el 53,3% realizan actividad física de forma ocasional, 3 veces por semana el 39,3%, mientras que de 3 a 4 veces por semana solo el 7,3%.

Gráfico: 3.

Alimentos que mayoritariamente consumen las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud " Brailard Pocard" en la Ciudad de Saenz Peña Chaco.

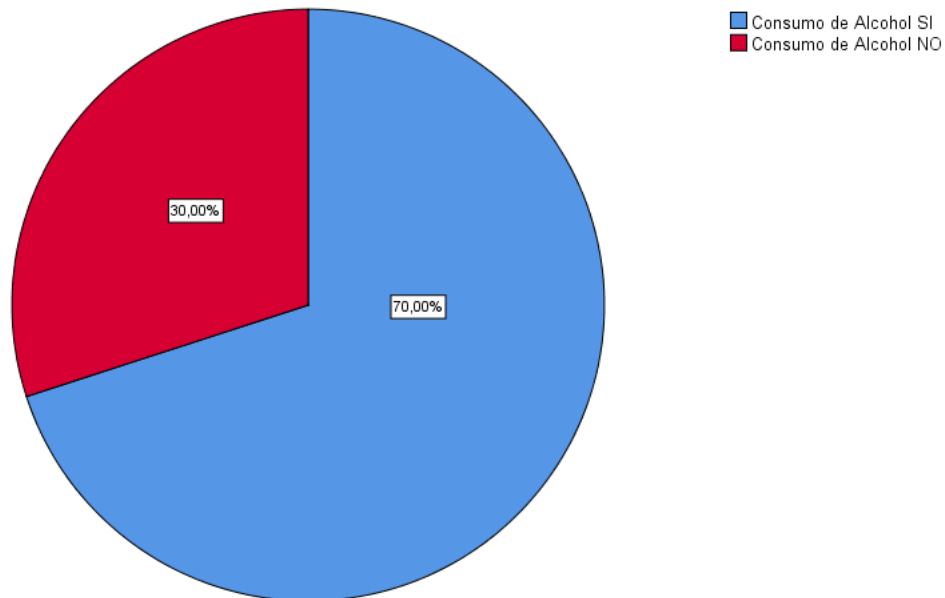


Fuente: SPSS.

Se Observa que en cuanto a alimentos que consumen las personas con HTA que concurren al CAPS, carnes rojas 46,0%, harinas 44,0%, legumbres 10,0%.

Gráfico: 4.

Estilos de vida nocivos, alcohol que consumen las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud "Brailard Poccard" en la ciudad de Saenz Peña Chaco.

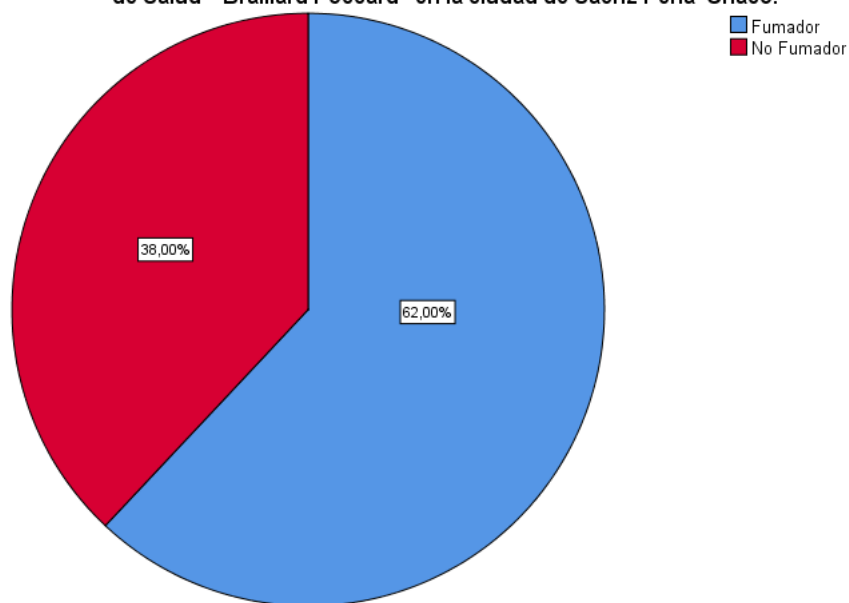


Fuente: SPSS.

Se observa que en estilos de vida nocivos de las personas con HTA que concurren al CAPS, el 70,0% consume alcohol, el 30,0% manifiesta no consumir alcohol.

Gráfico:5.

Estilos de vida nocivos, tabaco, que consumen las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud "Brailard Pocard" en la ciudad de Saenz Peña Chaco.

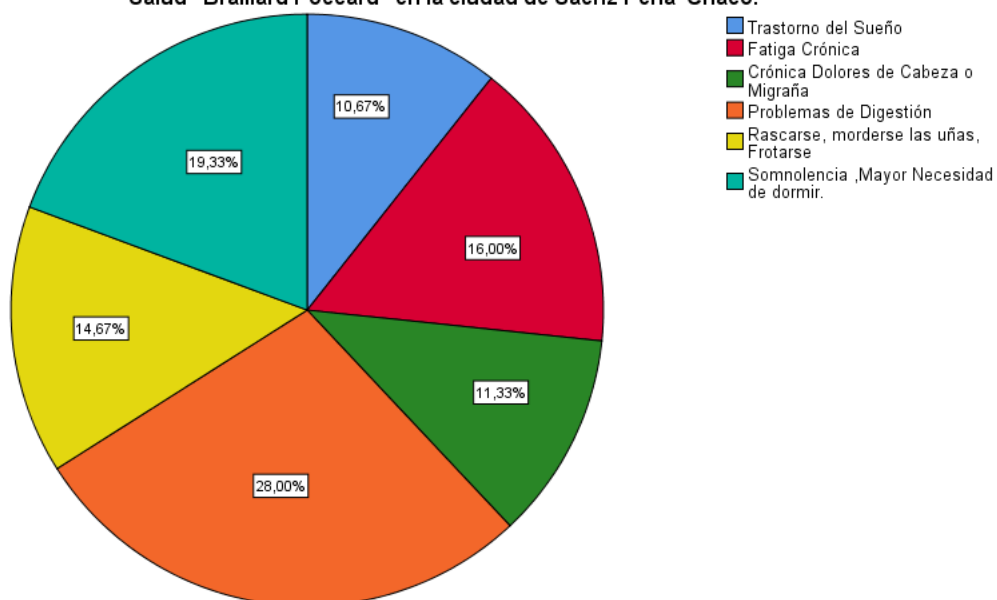


Fuente: SPSS.

Se observa que el 62,0% son fumadores, solo el 38,0% no fuman.

Gráfico:6.

Respuesta Física a situaciones de stress de las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud "Brailard Pocard" en la ciudad de Saenz Peña Chaco.

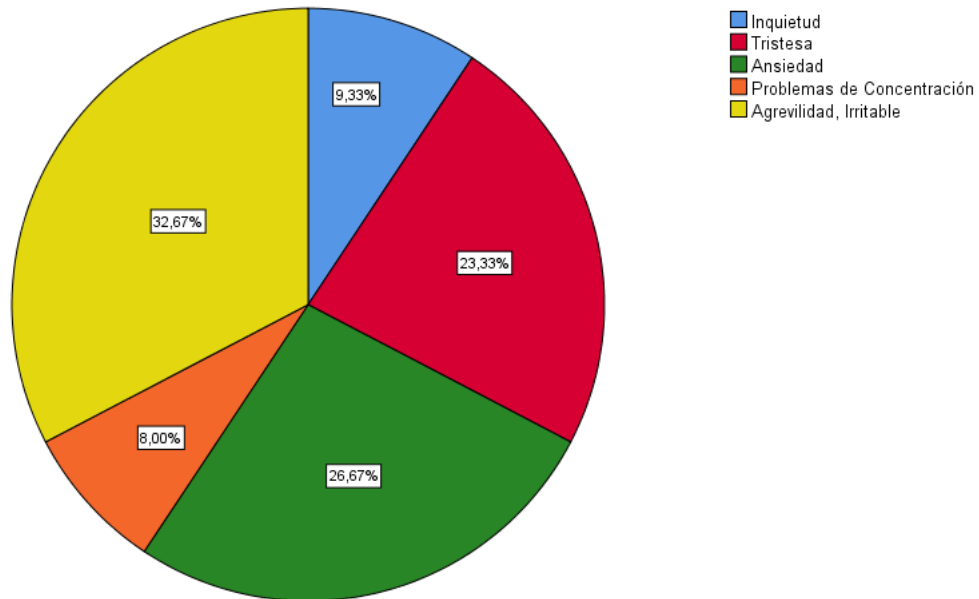


Fuente: SPSS.

Se observa que ante situaciones de stress las personas con HTA el 28,0% tiene problemas de digestión, manifiesta somnolencia, mayor necesidad de dormir, el 19,3%, el 16,0% tiene fatiga crónica, el 14,7% manifiesta rascarse, morderse las uñas, frotarse, el 11,3% con dolores crónico de cabeza, migraña, solo el 10,7% con trastornos del sueño.

Gráfico:7.

Reacciones Psicológicas a situaciones de stress de las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud "Brailard Pocard" en la ciudad de Saenz Peña Chaco.

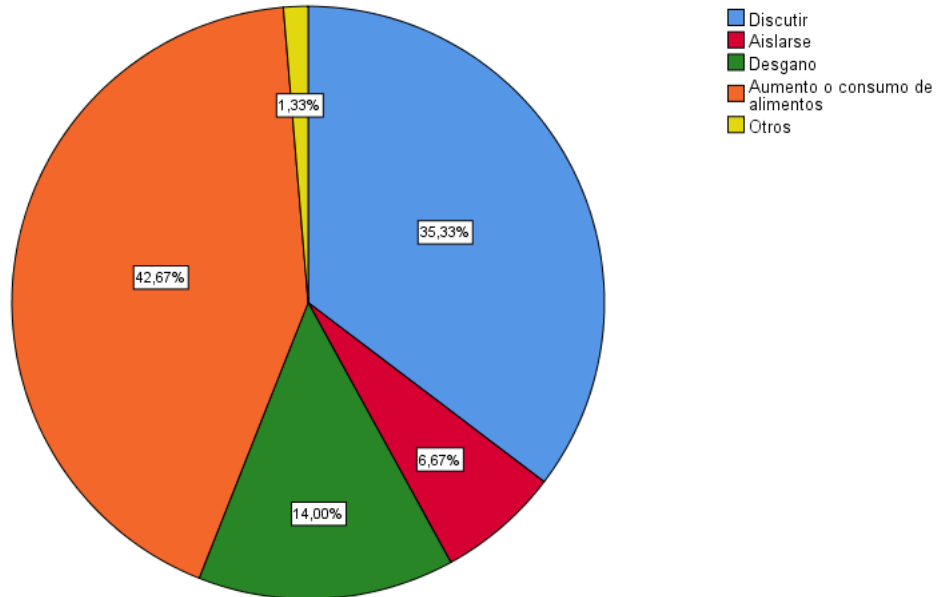


Fuente: SPSS.

Se observa que las reacciones psicológicas a situaciones de stress de las personas con HTA, que concurren al CAPS, el 32,7% tiene agresividad, irritabilidad, él 26,7% tiene ansiedad, 23,3% tristeza, 93% inquietud, solo el 8,0% manifestó problemas de concentración.

Gráfico:8.

Reacciones Conductuales a situaciones de stress de las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud "Brailard Pocard" en la ciudad de Saenz Peña Chaco.

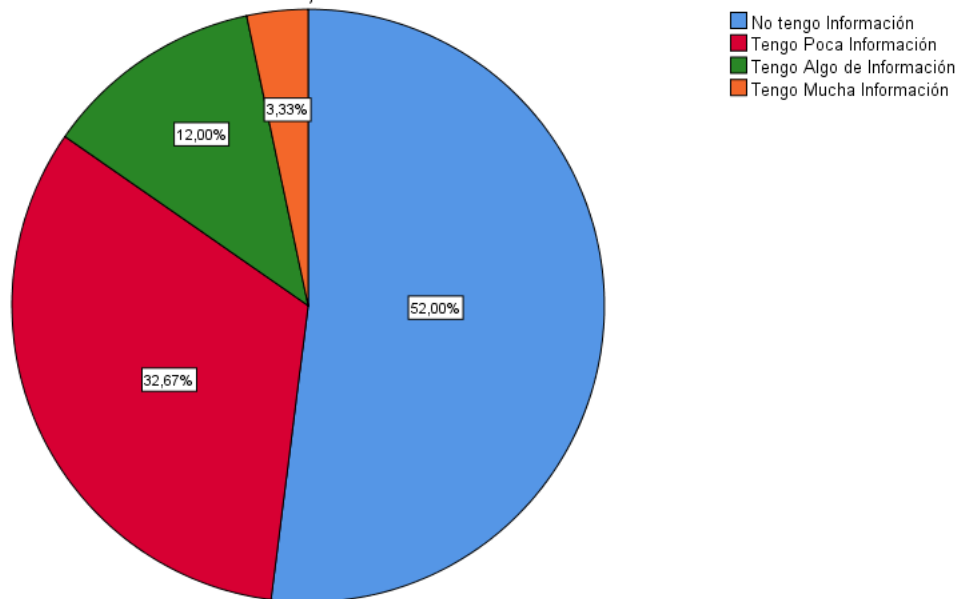


Fuente: SPSS.

Se observa que 42,7% tiene aumento de consumo de alimentos que son reacciones conductuales a situaciones de stress, él 35,3% discute,14,0% manifiesta desgano, el 6,7% tiende al aislamiento, solo el 1,3% otras

Gráfico:9.

Nivel de información que presentan las personas, sobre los estilos de vida e hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud, "Brillard Poccard" en la ciudad de Saenz Peña Chaco



Fuente: SPSS.

Se observa que 52,0% no tiene información, de las personas con HTA que concurren al CAPS, 32,7% poca información, 12,0% algo de información, solo el 3,3% manifiesta mucha información.

Capítulo V: Discusión, Conclusión, Recomendación.

Discusión.

Los resultados de las encuestas a los sujetos de estudio mostraron que los estilos de vida de las personas con hipertensión arterial del centro de salud “Brailard Pocard” del barrio Sarmiento, de Sáenz Peña Chaco, fueron inadecuados. Ello significa que las personas con hipertensión arterial, no siguen un estilo de vida, para mantenerse saludable y evitar complicaciones cardiovasculares.

Un estilo de vida adecuado es aquel que recomienda de manera útil el ejercicio regular, manejo del stress, y la reducción del consumo de alcohol, tabaco, aboga por dietas saludables, con adecuada información de su patología.

En cuanto al 1er objetivo que es Describir qué actividades físicas, y con qué frecuencia realizan las personas con hipertensión arterial que concurren al centro, sé demostró que las personas que un 53,3% no realizan actividad física, mientras que el 39,3% caminan, corren el 7%, solo 6,7% van al gym. La literatura describe ampliamente los efectos beneficiosos de los programas de ejercicio en pacientes con HTA. Al respecto, Pescatello, LS 2015, recomiendan que este tipo de tratamiento debe ser individualizado en base a las características de cada paciente, además de que las indicaciones deben ser establecidas entre por el profesional de la Educación física en conjunto con el médico encargado.

Los especialistas recomiendan que una vez que se adopta la realización de ejercicio físico como parte del tratamiento, para determinadas enfermedades crónicas no transmisibles (obesidad, síndrome metabólico, diabetes mellitus, HTA...), este debe realizarse de manera continua (aproximadamente 5-240 min en cada sesión) con una intensidad que estará acorde con las características del paciente, la que podrá ser clasificada como: baja, moderada o alta en función del esfuerzo aplicado y el tiempo realizado dedicado. En relación con lo anterior, Doubova S, 2017, observaron en los resultados de su estudio que luego de aplicada la intervención en un grupo de pacientes, el 59% declaró no recibir o entender las razones por las cuales realizar actividad física; y que un 47% no desarrolló el hábito de ejercitarse regularmente. Resultados que indican las complejidades para lograr cambios conductuales en los individuos, de los cuales, finalmente, dependerá el alcance de los propósitos a largo plazo de ese tipo de estrategia. ⁽²⁶⁾

Los hábitos alimentarios en personas con hipertensión arterial constituyen factores de riesgo modificables para las enfermedades cardiovasculares, su identificación en una población es necesaria para llevar a cabo estrategias de intervención, en referencia

2do objetivo que es Identificar cuáles son los alimentos que mayoritariamente consumen las personas con hipertensión arterial. Se Observan que consumen, carnes rojas 46,0%, harinas 44,0%, legumbres 10,0%, estos resultados coinciden en consumos de carnes rojas con la investigación descriptiva de corte transversal con usuarios ambulatorios con hipertensión arterial de 35 a 45 años, en el periodo de mayo a agosto de 2015, del Centro Médico Naval de Perú. Se estudiaron variables de hábitos alimentarios, frecuencia de consumo de alimentos y componentes de los alimentos. Predominó el consumo de legumbres, verduras y frutas con frecuencia diaria en varones (67%) mujeres (60%), consumo de carnes y huevo con frecuencia de tres veces por semana (61% varones) (59% mujeres).

El 3er objetivo planteado fue, Reconocer cuáles son los estilos de vida nocivos, tabaco, alcohol que consumen las personas con hipertensión arterial. Se observa que en estilos de vida nocivos de las personas con HTA que concurren al CAPS, el 70,0% consume alcohol, el 30,0% manifiesta no consumir alcohol, 62,0% son fumadores, solo el 38,0% no fuman, se compara con Consumo de alcohol e incidencia de hipertensión en una cohorte mediterránea: el estudio SUN. se decidió evaluar prospectivamente la asociación entre el consumo de alcohol, incluidas la bebida alcohólica preferida y la frecuencia semanal de consumo, y el riesgo de hipertensión en una cohorte mediterránea. . Durante el seguimiento (mediana [intervalo intercuartílico], 4,2 [2,5-6,1] años) se identificaron 554 casos incidentes de hipertensión entre 43.562 personas-año. La hazard ratio (HR) de hipertensión para un consumo de alcohol ≥ 5 días por semana fue 1,28 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 0,97-1,70) comparados con abstemios. Entre consumidores de alcohol al menos 5 días por semana, la HR de hipertensión para consumos ≥ 1 copa al día fue 1,45 (IC del 95%, 1,06-2) comparados con los abstemios. El consumo de cerveza y licores, pero no de vino, se asoció con mayor riesgo de hipertensión. La HR para el consumo diario de más de 0,5 copas de cerveza y licores, en comparación con los no bebedores, fue 1,53 (IC del 95%, 1,18-1,99). En cambio, la asociación entre el consumo de vino tinto y el riesgo de hipertensión fue inversa pero no significativa. Conclusiones. En esta población mediterránea, el consumo de cerveza y licores, pero no de vino, se asoció con mayor riesgo de hipertensión. El patrón de consumo semanal de alcohol, sin embargo, no tuvo un impacto significativo en el riesgo de hipertensión.

La hipertensión arterial (HTA) es un trastorno de carácter multicausal, lo cual determina la existencia de diferentes vías etiológicas y obliga a la evaluación de efectos interactivos de distintas variables sobre la presión arterial. La identificación

de los factores de riesgo constituye una tarea importante para su prevención, tratamiento y control. Dentro de los factores que han sido investigados en relación con los trastornos hipertensivos se destaca el estrés, 4to objetivo fue detectar respuesta a situaciones de stress de las personas que concurren al centro de salud dando como resultado, el 28,0% tiene problemas de digestión, manifiesta somnolencia, mayor necesidad de dormir, el 19,3%, el 16,0% tiene fatiga crónica, el 14,7% manifiesta rascarse, morderse las uñas, frotarse, el 11,3% con dolores crónico de cabeza, migraña, solo el 10,7% con trastornos del sueño. reacciones psicológicas a situaciones de stress de las personas con HTA, que concurren al CAPS, el 32,7% tiene agresividad, irritabilidad, él 26,7% tiene ansiedad, 23,3% tristeza, 93% inquietud, solo el 8,0% manifestó problemas de concentración.

Como se evidencia en los informes del *Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure* de los Estados Unidos (JNC). En 1980 el JNC se manifestaba sobre la eficacia de los métodos conductuales (*biofeedback*, psicoterapia y relajación) y sugería que estos no eran recomendables en los casos de hipertensión mantenida, pues daban lugar a reducciones modestas, y que sólo se producían en algunos pacientes (*Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The 1980 Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure*). Cuatro años más tarde, el mismo JNC declaraba que la relajación y el *biofeedback* producían reducciones pequeñas, pero consistentes y significativas, los cuales eran especialmente indicados para casos de hipertensión ligera, y que ambas técnicas de intervención se podían usar conjuntamente con fármacos en casos más severos.⁴ Más recientemente, el JNC (1993) puso de relieve la importancia de los aspectos conductuales y aconsejó los cambios en el estilo de vida como tratamiento contra la hipertensión arterial esencial.

En Cuba, el programa nacional de hipertensión ha incluido entre sus objetivos las modificaciones en el estilo de vida del paciente, y entre los aspectos que propone considerar en la historia clínica aparecen los factores psicosociales y ambientales. Desde el punto de vista del tratamiento no farmacológico entre las modificaciones en el estilo de vida del paciente se resalta lo siguiente: "El estrés puede favorecer elevaciones agudas de la presión arterial. Algunos estudios han demostrado diversos grados de efectos positivos en el control de la HTA. Se precisan algunos de ellos:

meditación trascendental, ejercicios yoga, musicoterapia y entrenamiento autógeno de *Schultz*. El ejercicio físico sistemático ayuda a la relajación".

A pesar de estas orientaciones, en la práctica asistencial muchos especialistas no le conceden importancia al estrés como factor de riesgo en la hipertensión arterial, y desconocen su influencia en la génesis y evolución de los trastornos hipertensivos. De ahí que en el presente trabajo nos hemos propuesto como objetivo ofrecer una panorámica del estado actual de las investigaciones sobre el papel del estrés como factor de riesgo en la hipertensión arterial esencial

El 5to objetivo es Identificar el nivel de información que presentan sobre los estilos de vida e hipertensión arterial. Se observó que 52,0% no tiene información, 32,7% poca información, 12,0% algo de información, solo el 3,3% manifiesta mucha información. En la universidad de ciencias médicas de holguín "mariana grajales coello" policlínico con servicio de hospitalización "mario muños monroy" se realizó estudio, Título: Intervención Educativa sobre Hipertensión Arterial en Adolescentes y Adultos Jóvenes, Corralito, enero-diciembre, 2020.

La investigación tiene como objetivo elevar el nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial en adolescentes y adultos jóvenes en el consultorio de Corralito en el periodo enero-diciembre de 2020. Se realizó un estudio cuasi experimental de antes-después sin grupo de control, el universo de estudio fue constituido por todos los pacientes adolescentes y adultos jóvenes dispensarizados como sanos o de riesgos (140), la muestra quedó conformada por 73 pacientes seleccionados por un muestreo aleatorio simple teniendo en cuenta criterios de inclusión y exclusión. Como resultado se obtiene que dentro de los factores de riesgos no modificables el sexo masculino fue el que más predominó con un 58.90 %, seguidos del grupo de edad entre 36 a 40 años para un 65.76 %, de la raza blanca con un 86,3 % con APF de Abuelos Maternos de HTA con un 32,88 % y dentro de los modificables predominaron mala alimentación con un 95,90 %, seguidos del sedentarismo con un 87,67 y peso inadecuados con un 84,93 %. Se logró aumentar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de hipertensión en un 95,89 %, para de esta forma disminuir los riesgos modificables presente en los pacientes.

Otros estudios, En Lima, Perú, en 2018, en un estudio titulado "Estilos de vida de pacientes ancianos atendidos en el Centro de Salud de Surco", halló que el 60% no tuvieron estilos de vida saludables y 40% saludables, (26) en Chachapoyas, en el 2018, en un estudio "Estilos de vida e Hipertensión arterial en adultos mayores atendidos en

puesto Pedro Castro Alva, encontró que, el 54% tuvo un estilo de vida no saludable, el 46% saludable. (27)

La 4ta, Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR), realizada por el INDEC, en año 2018, separo los factores de riesgo y queda en evidencia que la adherencia a los estilos de vida fue bajando año a año. (14)

Dichos estudios coinciden con los hallazgos de la investigación donde la mayoría obtuvo niveles de estilos de vida bajos.

Sin embargo, Huarancca y colaboradores, en Perú, en el año 2016, en un estudio “estilos de vida según grados de Hipertensión arterial en usuarios que acuden al Hospital II ESSALUD”, sus hallazgos fueron 56% tuvo un estilo de vida saludable y el 44% no saludable, concluyeron que los usuarios con estilos de vida saludable tuvieron bajos grados de hipertensión arterial. Además, se encontró que un porcentaje significativo no practicaba ejercicio regularmente, siendo similar a los hallazgos de la investigación. (28) Por otro lado, Barzallo, en Ecuador, en el año 2018, en un estudio “Estilos de vida de pacientes hipertensos del Hospital José Carrasco Artiaga”, utilizando un cuestionario hallaron que 54% tuvo estilo de vida bueno, el 24% excelente, el 12% regular. (29)

Esta diferencia entre los resultados de los estudios se puede explicar por los diferentes patrones conductuales de cada país.

Varios modelos han propuestos que el conocimiento es importante para los comportamientos de Salud y los cambios conductuales sostenidos.

Conclusión.

- Los estilos de vida de las personas con hipertensión arterial que concurren al centro de salud “Braillard Pocard”, Barrio Sarmiento, Presidencia Roque Sáenz Peña, fueron inadecuados.
- En la dimensión, Actividad física, que realizan las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud “Braillard Pocard” en la Ciudad de Sáenz Peña Chaco, el porcentaje que no realizan ejercicio fue de 53,3%. Corren, 7%, Caminan, 39,3% Gym, 6,7%.
- En la dimensión, Frecuencia de Actividad física, que realizan las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud “Braillard Pocard” en la

Ciudad de Sáenz Peña Chaco, realizan de forma ocasional el 53,3%, 3 veces por semana, 39,3%, 3 o 4 veces por semana, 7,3%.

- En la dimensión, Alimentos que mayoritariamente consumen las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud " Brailard Pocard" en la Ciudad de Sáenz Peña Chaco, se halló que Harinas,44% carnes Rojas,46%, legumbres,10%.
- En la dimensión, alcohol que consumen las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud " Brailard Pocard" en la ciudad de Sáenz Peña Chaco,70% consumen,30% No.
- En la dimensión, tabaco, que consumen las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud " Brailard Pocard" en la ciudad de Sáenz Peña Chaco, fumador,62%, no fumador,38%.
- En la dimensión, Respuesta Física a situaciones de stress de las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud "Brailard Pocard" en la ciudad de Sáenz Peña Chaco, trastornos del sueño,10,7% fatiga crónica,16% dolores de cabeza o migraña,11,3% problemas de digestión,28% rascarse, morderse las uñas, frotarse,14,7% somnolencia, mayor necesidad de dormir,19,3%.
- En la dimensión, Reacciones Psicológicas a situaciones de stress de las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud "Brailard Pocard" en la ciudad de Sáenz Peña Chaco, Inquietud, 9,3%, Tristeza,23,3%, Ansiedad,26,7%, Problemas de concentración, 8%, Agresividad, Irritable,32,7%.
- En la dimensión, Reacciones Conductuales a situaciones de stress de las personas con hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud "Brailard Pocard" en la ciudad de Sáenz Peña Chaco, Discutir,35,3% Aislarse,6,7% Desgano,14%, Aumento o consumo de alimentos,42,7% otros,1,3%.

- En la dimensión, Nivel de información que presentan las personas, sobre los estilos de vida e hipertensión arterial que concurren al Centro de Salud, "Braillard Pocard" en la ciudad de Sainz Peña Chaco, No tengo Información,52%, Tengo Poca Información,32,7%, tengo algo de información,12%, tengo mucha Información,3,3%.

Recomendaciones.

Se recomienda al centro de Salud, implementar medidas preventivas y promocionales, en las personas hipertensas a fin de mejorar sus estilos de vida a fin de evitar complicaciones cardiovasculares a consecuencia de la hipertensión arterial.

Se recomienda a los profesionales de enfermería, generar estrategias de difusión de estilos de vida saludables, en las personas hipertensas estudiadas puesto que existen estilos de vida inadecuados y en peligro.

Futuras investigaciones deben orientarse a factores asociados a los estilos de vida en las personas hipertensas, a fin de buscar estrategias más costo -efectivas.

Bibliografía

1. Obregon. ADS. Consejo Argentino de Hipertension Arterial de la Sociedad Argentina Cardiologia. Posted On 2017.
2. DA. Promocion de estilos de vida saludable y prevencion de enfermedades cronicas en el adulto mayor.OPS.OMS. 2011.
3. muerte. OMdLScd. Ginebra. [Online]; 2008. Disponible en:
<http://www.w.ho.int/healthinfo/globalburdendisease/cod2008sourcesmethods>.
4. Roemer M MA. Evaluacion y Garantia de la Calidad en la Atencion Primaria de Salud. Ginebra: Oreganizacion Mundial De La Salud.
5. Arterial. MdSPCNDH. Guia Practica para el manejo de la Hipertension Arterial. 2005. Habana.:(N°78).
6. OMS. cedl. Informe..
7. N. S. Algunos Factores de riesgo de la Hipertension Arterial en CMF. trabajo de Grado. Santiago de Cuba..
8. Alejandro Deluchi SO. Consejo Argentino de hipertension Arterial. Sociedad de cardiologia de Argentina. 2017.
9. Percy. P. Fundamentos de Enfermeria. Madrid: Sodicen; 2014.
10. OPS. JNC 7 expres. USA.; Salud y servicios humanos.JNC.
11. BM GL. Variante metodologica del programa de actividades físicas para el tratamiento de la hipertension aeterial-. , fis deporte.
12. NHLBI. Enfoques Dietéticos para detener la hipertension. National Heart,lung and blood. 2013.
13. Avila A. directrizes Brasileiras de Hipertensau, conceitauacau, Epidemiologia e Prevencion Primaria. 2010; 17(1).
14. INDEC. 4ta Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. CABA: INDEC, Instituto Nacional de Estadistica y Censo. Republica Argentina.
15. MSc. Raquel González Sánchez IMRLMMM. Estilos de vida, hipertensión arterial y obesidad. Revista Cubana de Pediatría. 2015; 87(3).
16. Corro-Cortez JDBNCAMOMRFMVL. Consumo de alimentos y actividad física en pacientes hipertensos de un centro de atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr. 2022.

17. Terapeutica. SVdFCy. Estilos de vida asociados a la adherencia al tratamiento en pacientes hipertensos. AVFT. 2021; 40(4TSSN2610-7988).
18. Holguin L, Correa D, Arrivillaga M, Caceres D, Varela M. Adherencia al Tratamiento de hipertension arterial: efectividad de un programa de intervencion biopsicosocial. Universitas Psychologica. 2006; 5(3).
19. Weschenfelder Magrini DGM. Hipertension arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. Enfermeria Global. 2012; 11(26).
20. Patricio Lopez- Jaramillo RASMDLCABZP. Consenso Latinoamericano de hipertension en pacientes con Diabetes tipo 2 y Syndrome metabolico. Anales Venezolano de Nutricion. 2013; 26(1).
21. Maria Teresa Varela Arevalo MAQDECdRDCSEHP. Efectos Beneficos de la Modificacion del Estilo de vida en la presion arterial y la Calidad de Vida en Pacientes con Hipertension. ACTA COLOMBIANA DE PSICOLOGIA. 2005.
22. Adrian alejandro Rojas Concepcion RGCYGGHP. FACTORES ASOCIADOS A LA HIPERTENSION ARTERIAL EN ADOLESCENTES DE SAN JUAN Y MARTINEZ,2018. REVISTA CUBANA DE SALUD PUBLICA. 2018; 46(4).
23. Plasencia JMC. Estilos de vida en pacientes del programa de hipertension arterial del hospital 1 Carlos Alcantara Butterfield. trabajo de Investigacion. Lima: Facultad de Medicina Unidad Posgrado, Cardiologia.
24. Lianet Perez Rodriguez GUDLRM. Caracterizacion de estilos de vida en pacientes hipertensos del consutorio 7 area IV CIENFUEGOS, 2022. MEDISUR. 2022; 20(6).
25. Raquel Gonzalez Sanchez MRLM. Estilos de vida, hipertension arterial y obesidad en adolescentes. REVISTA CUBANA DE PEDIATRIA. 2015; 87(3).
26. Puican M. "Estilos de vida de pacientes ancianos atendidos en el Centro de Salud de Surco". 2019.
27. Jaauregui M. "Estilos de vida e hipertension arterial en adultos mayores atendidos en el puesto Pedro Castro Alva". 2019.
28. Huaranca TYR. "Estilos de vida segun grado de Hipertension Arterial del Hospital. Universidad Nacional de Huacavelica.
29. Barzallo D. "Estilos de vida en pacientes Hipertensos del Hospital Jose Carrasco Arteaga". Ecuador: Universidad de Azuay.

Anexos

Anexo: 1

HOJA DE INFORMACIÓN PARA EL SUJETO DE CUIDAO, CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: Presidencia Roque Sáenz Peña Chaco.....de..... de 201.....

Lo invitamos a participar de un estudio de investigación denominado: Los Estilos de vida de las personas con hipertensión arterial que concurren al centro de salud Braillard Pocard, del Barrio Sarmiento.

Este estudio nos permitirá conocer sobre....

Su participación en el mismo es Voluntaria y Anónima. Los datos obtenidos en este estudio son confidenciales, en ningún lugar figurará su nombre ni su apellido, sino un solamente un código numérico.

Los resultados del trabajo serán publicados y presentados en congresos científicos de.....

Si hay algún aspecto de este que no comprenda o sobre el que desee solicitar mayor información no dude en comunicarse con el Lic. /Isabel Rios, Dra. Miriam Cabral directora de CAPS. al Tel N°03644113237 o al correo ireneisabelrios@hotmail.com

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Manifiesto que he sido informado y que comprendo lo expresado más arriba, y autorizo a que se utilicen los datos que brindo y me comprometo a colaborar en responder las preguntas que se me realice.

Anexo:2

Instrumento:

Universidad Nacional del Nordeste. Facultad de Medicina.

Maestría en Ciencias de Enfermería Comunitaria.

Encuestador: por favor marque con X la respuesta correcta.

N. de cuestionario-----Fecha de aplicación-----

Dirección-----

1) ¿Tipo de actividad física, Ejercicio?

1) Corre. -----

2) Camina-----

3) Gym. -----

4) No realizan actividad física. -----

2) ¿Con qué frecuencia realiza actividad física?

1) Ocasionalmente-----

2) 3 veces por semana-----

3) 3 o 4 veces por semana-----

3) ¿Que alimentos mayoritariamente consumen?

1) Harinas-----

2) Carnes rojas-----

3) Legumbres-----

4) Hábitos Nocivos. ¿Consumo alcohol?

SI: -----

NO-----

6) Hábitos Nocivos. ¿Consumo de Tabaco?

1) Fumador: -----

2) No fumador: -----

7) Test del stress.

Nunca	Rara vez	A veces	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5

Reacciones Físicas. (Presenta Trastorno Físico en su vida cotidiana)	1	2	3	4	5
1. Trastornos del sueño (insomnio o pesadillas)					
2. Fatiga crónica (cansancio permanente)					
3. Dolores de cabeza o migrañas.					

4.Problemas de digestión, dolor abdominal o diarrea.					
5.Rascarse, morderse las uñas, frotarse, etc.					
6.Somnolencia o mayor necesidad de dormir.					
Reacciones Psicológicas, (evidencia nerviosismo, ansiedad ante un problema).	1	2	3	4	5
7.Inquietud (incapacidad de relajarse y estar tranquilo).					
8.Sentimiento de depresión y tristeza (decaído)					
9. Ansiedad, angustia o desesperación.					
10. Problemas de concentración.					
11. Sentimiento de agresividad o aumento de irritabilidad.					
Reacciones Conductuales, (muestra agresividad, ante una situación problemática).	1	2	3	4	5
12. Conflictos o tendencias a polemizar o discutir					
13. Aislamiento de los demás.					
14. Desgano para realizar las labores diarias.					
15. Aumento o reducción de los alimentos.					
16. Otras(especifique).					

8) Nivel de Conocimiento sobre HTA.

¿Tiene información sobre HTA? ¿Cómo considera su conocimiento acerca de la HTA?

- 1) No tengo información-----
- 2) Tengo poca información-----
- 3) Tengo algo de información-----
- 4) Tengo mucha información-----

Anexo: 3. Cronograma de Actividades.

La investigación se realizara en los siguientes períodos, que estarán organizados de la siguiente manera.					
Tareas	Período 2019:				
	Febrero	Abril	Julio	Septiembre	Marzo 2022.
Revisión final del protocolo y presentación a las autoridades	X				
Investigación científica y lectura bibliográfica.		X			
Recolección de datos.			X		
Análisis e interpretación de datos, y tablas.				X	
Presentación del informe final.					X

Publicación y comunicación de los resultados.					X
---	--	--	--	--	----------

Anexo.4. Informe de evaluación del Protocolo de Investigación



DICTAMEN DEL COMITÉ DE BIOÉTICA DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL 4 DE JUNIO "DR. RAMÓN CARRILLO" DE PRESIDENCIA ROQUE SÁENZ PEÑA-CHACO.

INFORME DE EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Número de Registro: 0030 /2019

Descripción del proyecto:

Maestría en Ciencias de Enfermería Comunitaria.

Considerando las posibilidades de riesgo de la investigación en salud, es posible establecer:

- 1)- **En primer lugar**, que las investigaciones que no se realizan sobre seres humanos, o que utilizan datos ya disponibles. Y de dominio público o que se realizan con datos o muestras biológicas almacenadas en servicios de salud de manera tal que no se pueda determinar la identidad de los titulares, no represente ningún riesgo y no requieren ningún mecanismo de control.
- 2)- **En segundo Lugar**: Las investigaciones observacionales que incluyan encuestas o entrevistas o procedimientos diagnóstico de rutina o se limitan al análisis de muestras biológicas o datos vinculados a personas y las de investigaciones experimentales epidemiológicas o clínicas que se realicen con productos o procedimientos ya registrados por autoridad regulada, requieren la obtención de un consentimiento informado de los participantes, y la evaluación inicial y periódica por un Comité de Ética de la Investigación. C.E.I.
- 3)- **Uso de datos médicos y muestras biológicas**: los pacientes tienen derecho a saber si sus datos o muestras serán usados para la investigación por lo que los investigadores deberán obtener su consentimiento

Presentes en el proyecto.

CONSENTIMIENTO:

La participación del estudio será en todos los casos voluntaria y certificada por el proceso de consentimiento informado. Dado que se trata de un estudio observacional que no implica ningún riesgo para el paciente ya que no afectará el manejo y tratamiento usual de los pacientes.

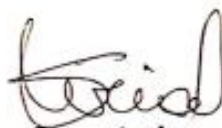
Todos los pacientes recibirán información en un documento escrito específicamente para el presente estudio de investigación, donde se detallarán las características del mismo. Se recomienda, la ratificación y aceptación por el

paciente, dejando constancia en la historia clínica, con la firma incluyendo testigo independiente.

En cuanto a la hoja de información:

- Sí, se encuentra la información escrita para el sujeto de investigación, en idioma comprendido por estos. -
- Las palabras concuerdan con el nivel de comprensión del participante. -
- La invitación a intervenir en forma voluntaria. A Retirarse voluntariamente en cualquier momento del estudio.
- Se respeta la confidencialidad y el uso de los datos expresados según objetivos.
- El investigador principal, y colaboradores están disponible para aclarar dudas.

En sesión ordinaria en el día de la fecha ,05 de diciembre de 2019 la decisión de los integrantes del Comité de Ética de la Investigación, resuelven aprobar el presente trabajo de investigación; considera de interés para la región, el Protocolo de Investigación evaluado.



Secretaria:
Karina Serial.

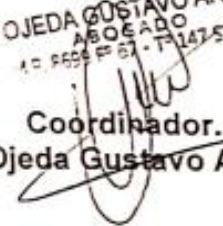
SERIAL, SANDRA KARINA E.
Lic. en Trabajo Social
M. P. 364

MARIA DEL CARMEN SEVESO
MEDICA
Méd. Prov. 1530



Co-coordinadora
María del Carmen Seveso

OJEDA GUSTAVO ARIEL
ABOGADO
M. P. 9559 EF 07 - 73147-5TCH



Coordinador.
Ojeda Gustavo Ariel

Anexo: 5. Croquis.

Área Programática del Centro de Salud “Brillard Pocard”, Barrio Sarmiento, Presidencia Roque Sáenz Peña (Chaco).



Anexo: 6. Fotos del Centro de Salud.

Foto: 1: Vista de frente del Centro de Salud. (Ingreso)



Foto: 2. Ingreso del personal, y comunidad.



Foto: 3. Salida de emergencia, del centro de Salud.



Foto: 4. Interior del CAPS, en capacitación a la comunidad.



Foto: 5. Capacitación a cargo del Obstetra a la madre y el niño.



Foto: 6. Personal del CAPS.