

Universidad Católica de Santa María

Escuela de Postgrado

Maestría en Salud Pública



ESTILOS DE VIDA Y SU RELACIÓN CON EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE HIPERTENSO EN EL HOSPITAL MILITAR DE AREQUIPA, 2023.

Tesis presentada por la Bachiller:

Uriarte Valencia, Kerly Alejandra

Para optar el Grado Académico de:

Maestro en Salud Pública

Asesora:

Mg. Huerta Wilson, Marcia Christian

**Arequipa – Perú
2024**

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
ESCUELA DE POSTGRADO
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR DE TESIS

Arequipa, 04 de Octubre del 2023

Dictamen: 009230-C-EPG-2023

Visto el borrador del expediente 009230, presentado por:

2018007012 - URIARTE VALENCIA KERLY ALEJANDRA

Titulado:

**ESTILOS DE VIDA Y SU RELACIÓN CON EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE HIPERTENSO EN EL
HOSPITAL MILITAR DE AREQUIPA, 2023.**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**29201360 - VILLANUEVA SALAS JOSE ANTONIO
DICTAMINADOR**



**08831172 - PAJUELO PONCE ELENA ROSSANA
DICTAMINADOR**



**29550447 - MEDINA ARCE NORMA ROXANA
DICTAMINADOR**



ESTILOS DE VIDA Y SU RELACIÓN CON EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE HIPERTENSO EN EL HOSPITAL MILITAR DE AREQUIPA, 2023

INFORME DE ORIGINALIDAD

21 %
INDICE DE SIMILITUD

24 %
FUENTES DE INTERNET

3 %
PUBLICACIONES

7 %
TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1 repositorio.uwiener.edu.pe 3 %
Fuente de Internet

2 www.mayoclinic.org 2 %
Fuente de Internet

3 revfinlay.sld.cu 2 %
Fuente de Internet

4 hdl.handle.net 1 %
Fuente de Internet

5 repositorio.udch.edu.pe 1 %
Fuente de Internet

6 repositorio.unsa.edu.pe 1 %
Fuente de Internet

7 repositorio.ucv.edu.pe 1 %
Fuente de Internet

8 www.revistasanitariadeinvestigacion.com 1 %
Fuente de Internet



Dedicado

***A Dios quien es participé y dador de
cada uno de mis sueños.***

***A mi amada Ana Paula, el motor de
mi vida, para que cada uno de mis
logros sean ejemplo para su vida.***

RESUMEN

El tema investigado: Estilos de vida y su relación con el autocuidado del paciente hipertenso en el Hospital Militar de la ciudad de Arequipa, el nivel de estudio fue relacional de corte transversal, como objetivo se planteó determinar la relación del estilo de vida en el autocuidado de los pacientes hipertensos. La técnica utilizada fue la encuesta, como instrumentos se aplicó la Escala de Vida según Pender y el Cuestionario sobre la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso, aplicado a 90 pacientes en los meses de abril y mayo del 2023. Los resultados obtenidos sobre las características sociodemográficas nos permitieron indicar que el 54.4% se dieron en entre 51 a 60 años, el 52.2% fueron varones, no existió un predominio mayoritario de alguna ocupación, siendo el 25.6% de amas de casas, el 75.6% son casados o convivientes, el 56.7% tienen estudios de nivel secundario y el 50.0% vienen tratando la hipertensión arterial por un periodo entre 1 a 5 años. Conclusiones: El estilo de vida de los pacientes hipertensos atendidos, en un 67.8% fue de poco saludable. Y en cuanto a las dimensiones de los estilos de vida, se ha encontrado que las dimensiones de estilos de vida: alimentación, actividad, ejercicio y manejo de estrés, en casi las tres cuartas presentan un estilo de vida poco saludable. Y más de la mitad presentan un estilo de vida poco saludable en las dimensiones apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud. El autocuidado de los pacientes hipertensos, en un 64.4% es de nivel regular, en las dimensiones del autocuidado de la salud, tenemos que, en las capacidades fundamentales y disposición de autocuidado, los componentes de poder y la capacidad para operacionalizar el autocuidado, es regular. Existe una relación significativa entre el estilo de vida con el autocuidado de los pacientes hipertensos atendidos en el Hospital Militar de Arequipa, en razón a que existe un estilo de vida poco saludable y un autocuidado de nivel regular.

Palabras claves: Estilos de vida, Autocuidado, Saludable, Hipertensión Arterial.

ABSTRACT

The topic investigated is titled: Lifestyles and their relationship with self-care of hypertensive patients in the Military Hospital of the city of Arequipa, the level of study is cross-sectional relational, the objective was to determine the relationship of lifestyle in the self-care of hypertensive patients. The technique used was the Survey, as instruments the Pender Life Scale and the Questionnaire on the capacity for self-care agency in hypertensive patients were applied, applied to 90 patients in the months of April and May 2023. The results obtained on The sociodemographic characteristics allow us to indicate that 54.4% are between 51 and 60 years old, 52.2% are men, there is no majority predominance of any occupation, with 25.6% being housewives, 75.6% being married or cohabiting 56.7% have secondary education and 50.0% have been treating high blood pressure for a period of 1 to 5 years. Conclusions: The lifestyle of hypertensive patients treated at the Military Hospital of Arequipa is unhealthy in 67.8%. And regarding the dimensions of lifestyles, it has been found that almost three quarters of the lifestyle dimensions: diet, activity, exercise, and stress management present an unhealthy lifestyle. And more than half have an unhealthy lifestyle in the dimensions of interpersonal support, self-realization and health responsibility. The self-care of hypertensive patients is at a regular level in 64.4%. In the dimensions of health self-care, we have that, in the fundamental capacities and disposition of self-care, the components of power and the ability to operationalize, self-care is regular. There is significant relationship between lifestyle and self-care of hypertensive patients treated at the Military Hospital of Arequipa. Because there is an unhealthy lifestyle and regular self-care.

Keywords: Lifestyles, Self-care, Healthy, Arterial Hypertension.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	
ABSTRACT	
ÍNDICE GENERAL	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE FIGURAS	
INTRODUCCIÓN	1
HIPÓTESIS	3
OBJETIVOS	3
 CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	4
1. MARCO CONCEPTUAL	4
2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	32
 CAPÍTULO II. METODOLOGÍA	37
1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	37
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	39
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	40
 CAPÍTULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	42
1. RESULTADOS	42
2. DISCUSIÓN	54
 CONCLUSIONES	57
RECOMENDACIONES	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
 ANEXOS	66
ANEXO 1. INSTRUMENTOS	
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO	
ANEXO 3. MATRIZ DE DATOS	
ANEXO 4. CONSTANCIA DE EJECUCIÓN	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Datos sociodemográficos de los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar.....	42
Tabla 2.	Estilos de vida de los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar	44
Tabla 3.	Dimensiones de estilos de vida de los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar.....	45
Tabla 4.	Autocuidado de la salud de los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar.....	47
Tabla 5.	Dimensiones del Autocuidado de la salud de los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar.....	48
Tabla 6.	Relación entre estilos de vida y autocuidado de pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar	50
Tabla 7.	Relación entre estilos de vida y capacidades fundamentales y disposición del autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar	51
Tabla 8.	Relación entre estilos de vida y componentes de poder del autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar	52
Tabla 9.	Relación entre estilos de vida y capacidad para operacionalizar del autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar	53

ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfico 1.	Datos sociodemográficos de los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar	43
Gráfico 2.	Estilos de vida de los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar	44
Gráfico 3.	Dimensiones de estilos de vida de los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar	46
Gráfico 4.	Autocuidado de la salud de los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar	47
Gráfico 5.	Dimensiones del Autocuidado de la salud de los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar	49
Gráfico 6.	Relación entre estilos de vida y autocuidado de pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar	50
Gráfico 7.	Relación entre estilos de vida y capacidades fundamentales y disposición del autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar	51
Gráfico 8.	Relación entre estilos de vida y componentes de poder del autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar	52
Gráfico 9.	Relación entre estilos de vida y capacidad para operacionalizar el autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar	53

INTRODUCCIÓN

Si bien es cierto la hipertensión arterial, se presenta con mayor incidencia en adultos mayores, en los últimos años se ha venido observando una alta prevalencia de esta enfermedad en personas jóvenes, sobre todo en los que están con sobrepeso u obesidad y otros factores de riesgo como son el sedentarismo, la falta de ejercicio, entre otros. Tal como lo afirma Valenzuela (2021), nos indica que “un aumento de la prevalencia de obesidad y sedentarismo en los jóvenes, se traduce a su vez en la aparición de hipertensión arterial esencial a edad más temprana, lo cual trae un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares como infarto agudo al miocardio, accidentes vasculares cerebrales, muerte súbita y otras”.

La población se ha visto afectada por el aislamiento social que se dio por la Covid-19, y los estilos de vida se han modificado, afectando también a las personas que padecen alguna enfermedad crónica. Precisamente esta investigación aborda ello, en este caso, los que vienen llevando un tratamiento para controlar su hipertensión arterial, y además que la atención se vio restringida en el Hospital Militar, en cumplimiento a lo dispuesto por el Gobierno, se tuvo que brindar atención en forma telefónica, o por video llamada, según sea el caso, y hacer el seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas.

Otro punto importante que se necesita conocer es el autocuidado, que vienen realizando los pacientes hipertensos, para lograr mantener su salud y hacer frente a la enfermedad, con el apoyo de sus familiares, y el personal de salud, que en conjunto deben estar pendientes en prevenir complicaciones y mantener controlada la enfermedad.

Tomando en consideración que la hipertensión arterial es una enfermedad silenciosa, que se padece de por vida y que está asociada a los estilos de vida poco saludables que se practican, ante esta situación es que se busca promocionar en la población la realización de actividades que conlleven a la adquisición de estilos de vida saludables, que conste de una alimentación balanceada, actividad física regular, entre otros.

El tipo de investigación es de campo y de nivel descriptivo – correlacional de corte transversal.

La presente investigación es un tema de **actualidad y de importancia**, porque según la Organización Mundial de la Salud, “en cuanto a la hipertensión (o tensión arterial alta) se

estima que en el mundo hay 1280 millones de adultos de 30 a 79 años con hipertensión y que la mayoría de ellos (cerca de dos tercios) vive en países de ingresos bajos y medianos, además de ser un trastorno grave que incrementa de manera significativa el riesgo de sufrir cardiopatías, encefalopatías, nefropatías y otras enfermedades” (OMS, 2021). En atención a estos datos, es que se puede visualizar que la Hipertensión Arterial es un **problema de salud pública**, que no sólo requiere de un diagnóstico y tratamiento, sino de un compromiso de los pacientes hipertensos de llevar una alimentación más saludable, de realizar actividad física, de fortalecer su capacidad de resiliencia emocional, así como promover la capacidad de llevar un mejor autocuidado de su salud, por lo cual adquiere **relevancia humana y social**, más considerando que en el Perú, existen 5.5 millones de personas mayores de 15 años que sufren de hipertensión arterial (22.1%), según medición de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Ministerio de Salud, 2023).

El tema es **pertinente** de ser estudiado, si consideramos que las enfermedades cardiovasculares son una de las causas de muerte de aproximadamente dos terceras partes de las que ocurren a nivel mundial, tenemos que el 80% de las defunciones se registran en países de bajos ingresos (Pragna, 2017).

Se puede identificar la **relevancia científica**, en la comparación que se llevará a cabo con los datos obtenidos en los antecedentes investigativos que se dieron a nivel internacional, nacional y local.

Como maestría de Salud Pública, la **motivación personal**, es identificar el estilo de vida que practican los pacientes hipertensos y precisar cómo llevan a cabo el autocuidado de su salud, información que nos proporcionará la oportunidad de participar en el logro del control de la hipertensión arterial, situación que beneficiaría a las pacientes, especialmente a las que no conocen mucho sobre la enfermedad.

HIPÓTESIS

Dado que los pacientes con hipertensión arterial tienen patrones conductuales que practican en su alimentación, actividad y ejercicio, manejo de estrés, apoyo interpersonal y autorrealización.

Es probable que exista una relación entre el estilo de vida y el autocuidado que practican los pacientes hipertensos atendidos en el Hospital Militar de Arequipa.

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar la relación del estilo de vida y el autocuidado de los pacientes hipertensos atendidos en el Hospital Militar de Arequipa, 2023.

Objetivos específicos

- Identificar el estilo de vida de los pacientes hipertensos atendidos en el Hospital Militar de Arequipa, 2023.
- Precisar el autocuidado de los pacientes hipertensos atendidos en el Hospital Militar de Arequipa, 2023.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1. MARCO CONCEPTUAL

1.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

“La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo corregible de las enfermedades cardiovasculares y, a nivel mundial, afecta a más de mil millones de personas y causa más de diez millones de muertes evitables cada año. Aunque puede diagnosticarse y tratarse de forma satisfactoria, solo una de cada siete personas hipertensas tiene la presión arterial controlada” (Patel et al., 2017).

Según Espinosa, A. (2018), la hipertensión arterial es un reconocido problema de salud, pero aún en nuestros días, no parece fácil determinar de manera factible e inequívoca, quiénes son hipertensos y quiénes no, en una comunidad y en un momento dado. Las cifras de presión arterial a partir de las cuales se ha considerado a una persona como hipertensa, se han modificado en el transcurso del tiempo, según los conocimientos, las evidencias disponibles y las opiniones predominantes en cada momento y lugar. Las guías constituyen herramientas metodológicas con el propósito de mejorar la calidad de la atención médica, además de garantizar la seguridad de los pacientes.

La hipertensión arterial (En adelante HTA) constituye un reconocido problema de salud, tanto por su elevada frecuencia, por las consecuencias y discapacidades que provoca, así como por su repercusión en la mortalidad. Sin embargo, en pocas ocasiones en la historia de la medicina han existido tantos malos entendidos y errores, como en la historia de la HTA, por lo que aún en nuestros días, no parece fácil determinar, de manera inequívoca, quienes son realmente hipertensos y quienes no, en una comunidad, o en la atención médica individual a una persona, en un momento dado. Además, es difícil, también, mantener un adecuado y estable control de los que ya se consideran como hipertensos.

Se conoce hoy que, aunque la HTA es mucho más que tener cifras elevadas de presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) por encima de los valores que se consideren como “normales” — incluso cuando se siguen todas las recomendaciones para la medición adecuada de la PA y evitar falsos positivos y falsos negativos—, sin embargo,

la elevación de las cifras de presión arterial (PA) constituyen un aspecto crucial de su diagnóstico, seguimiento y control.

Sacristán, P. et al. (2021), considera que la hipertensión arterial es una de las patologías del Sistema cardiovascular más común. Es “la elevación de la presión arterial sistólica (PAS) de 140 mmHg o más, y de la presión arterial diastólica (PAD) de 90 mmHg o más”.

Se considera un problema de salud pública vital importancia, debido a su elevada prevalencia. Y es una causa importante de accidente vascular encefálico, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal y retinopatía.

Se ha estimado que la HTA se relaciona con el 46,4% de las muertes por enfermedades cerebrovasculares, el 42% de las muertes coronarias y el 25,5% de las muertes totales (Hernández, Mena, Rivero, & Serrano, 2022).

Según la OMS, HTA es “la elevación de la presión arterial sistólica (PAS) de 140 mm Hg o más, y de la presión arterial diastólica (PAD) de 90 mm Hg o más” (Hernández, Mena, Rivero y Serrano, 2022).

Es considerada una elevación crónica de la presión sanguínea en las arterias, ya sea por aumento de la PAS, PAD o de ambas. Es decir, es caracterizada por mantener elevados niveles de presión sanguínea, por encima de las demandas metabólicas del propio organismo (Navas et al, 2022).

Aun así, el umbral para la hipertensión debe considerarse flexible en función del nivel y del perfil de riesgo cardiovascular total. Debido a ello, el diagnóstico de esta patología debe basarse en la toma de múltiples determinaciones de presión arterial, obtenidas en momentos diferentes durante cierto tiempo (Navas et al, 2022).

1.1.1. Etiología

Su etiología es multifactorial, puede ser primaria o idiopática o secundaria. Su detección es posible por diferentes métodos. Este aumento de la presión arterial puede generar diversas complicaciones, que pueden derivar en problemas crónicos graves incluso la muerte. Para abordarla podemos utilizar tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Se trata de una enfermedad multifactorial. Se divide en dos:

- A. HTA primaria/idiopática:** Se desconocen la causa que la provoca. No hay asociación entre FR y el desarrollo de la enfermedad. 95% Personas con patología hipertensiva presentan este tipo de HTA. Existen factores de riesgo relacionados con esta: Edad, factores genéticos, género, factores socioeconómicos, obesidad, sedentarismo, alcoholismo, tabaquismo y hábitos alimentarios (Valero y García-Soriano, 2022).
- B. HTA secundaria:** es aquella que se puede relacionar con un mecanismo o con un factor de riesgo concreto: De ser anterior al comienzo de la enfermedad. Debe demostrarse una reducción en la prevalencia de la enfermedad al eliminar o disminuir el factor de riesgo. La relación entre la intensidad del factor del riesgo y la patología. Puede ser debida a factores patológicos, fisiológicos y/o farmacológicos (Valero y García-Soriano, 2022).

1.1.2. Complicaciones

Son diversas las complicaciones derivadas de la HTA, entre ellas podemos encontrar:

- Síncope o paro cardíaco: debido al engrosamiento de las placas ateromatosas en las arterias.
- Accidente cerebrovascular: las placas de ateroma, citadas en el ejemplo anterior, pueden situarse en arterias cerebrales, lo que ocasiona un bloqueo o disminución del grosor de la pared arterial, que podría quedar taponada por un coágulo (accidente cerebrovascular isquémico) o podría causar la ruptura dicho vaso (accidente cerebrovascular hemorrágico).
- Aneurisma: una elevación de la presión arterial favorece una debilidad y abombamiento de los vasos sanguíneos produciendo aneurismas.
- Insuficiencia cardíaca: se produce un engrosamiento del corazón que puede dificultar el bombeo de la sangre para satisfacer las necesidades del cuerpo.
- Síndrome metabólico: consiste en un grupo de trastornos del metabolismo, los cuales incluyen aumento de los triglicéridos, de la circunferencia de la cintura y de los niveles de insulina y disminución de la lipoproteína de alta intensidad y del colesterol HDL.

- Infarto cerebral: Se produce por la obstrucción del flujo sanguíneo de una arteria (trombosis, embolia), lo que origina una disminución del riego sanguíneo en esa parte del cerebro. Aproximadamente, el 75% de todos los ictus son infartos cerebrales. Sus consecuencias en el cerebro suelen ser catastróficas, y los síntomas producidos muy incapacitantes (Retana, 2022).

1.1.3. Tratamiento

1. No farmacológico:

Consiste en una modificación de los estilos de vida, es un conjunto de actividades de prevención primaria, puede ser de elección antes de iniciar el tratamiento farmacológico, o como coadyuvante en el tratamiento farmacológico. El propósito de este tratamiento es la reducción de la HTA:

- Mantenimiento del IMC entre 20-25
- Reducir la ingesta de alcohol <30 g/día en hombres y <15 g/día en mujeres.
- Controlar la ingesta de sodio, especialmente en ancianos y diabéticos.
- Consumir frutas y verduras a diario, preferentemente con alto contenido en Potasio.
- Ingesta de magnesio (300 – 400 mg) y calcio (1.000 mg.).
- Suprimir o reducir el consumo de tabaco.
- Realizar ejercicios físicos regularmente.
- Control de dislipidemias, ya sea farmacológicamente o con controles dietéticos (Weschenfelder y Gue, 2022).

2. Tratamiento farmacológico:

Conjuntamente al cambio de hábitos de vida, la HTA suele requerir de tratamiento farmacológico. Las opciones de tratamiento farmacológico son muy amplias, existen 5 clases principales de fármacos para el tratamiento de la HTA: diuréticos, betabloqueantes, calcio antagonista, IECA y ARAII. Además, se dispone de alfabloqueantes, de fármacos de acción central y de vasodilatadores arteriales directos. No existe un fármaco perfecto para el tratamiento integral de la HTA, así pues, la mayoría de tratamientos son una combinación de diferentes fármacos (Weschenfelder y Gue, 2022).

1.2. ESTILOS DE VIDA

El estilo de vida se refiere a las formas particulares de manifestarse el modo y las condiciones de vida en que las personas integran el mundo que les rodea y que incluye hábitos de alimentación, higiene personal, ocio, modos de relaciones sociales, sexualidad, vida relacional y de familia y mecanismos de afrontamiento social. Es una forma de vivir, se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano y, por tanto, alude a la forma personal en que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares (Lorenzo y Díaz, 2022).

La Organización Mundial de la Salud (2020) define los estilos de vida saludables como una "forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales".

La definición de estilo de vida, va a depender en gran medida de quién esté detrás de ella. Por ejemplo, no es lo mismo la definición que da la OMS que la que puede dar otro organismo especializado en la sostenibilidad (Roll´eat, 2022).

De cualquier modo, los estilos de vida saludable están relacionados con todo aquello que nos haga sentir bien y no comprometa nuestra salud ni la de los demás. Por ejemplo, pasear por la naturaleza, llevar una dieta equilibrada, hacer ejercicio de forma regular, reutilizar envases y otros materiales, cuidar del entorno (Roll´eat, 2022).

Mantenerse cerca de actitudes y hábitos como estos, y lejos de otros que pueden dañar nuestra salud y la del planeta, nos ayuda a no contraer enfermedades, huir del estrés, evitar depresiones y otros muchos impactos negativos (Roll´eat, 2022).

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

La salud física. Esta hace referencia al buen 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 ultraprocesados y sustancias tóxicas, nos ayuda a sentirnos mejor.

La salud mental. En cuanto a la salud mental, podemos hablar de la ausencia de estrés, cansancio, ansiedad y de cuidado personal, de autoestima y pensamientos positivos.

La salud social. Por último, 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 como es tener una vivienda digna, condiciones laborales favorables y una buena educación.

1.2.1. Alimentación

- A. Rutina de alimentación:** Es importante considerar que, para tener un estilo de vida adecuado, debe existir una rutina de alimentación, en respetar horarios en las que se consumen los alimentos.
- B. Tipo de alimentación:** Los tipos de alimentos son muy importantes, entre los que tenemos consumir muchas verduras, frutas y productos lácteos sin grasa o bajos en grasa. Incluirá granos enteros, legumbres, semillas, nueces y aceites vegetales. Comerá pescado, aves y carnes magras. Reducirá la sal, las carnes rojas, los dulces y las bebidas azucaradas.
- C. Consumo de agua:** La hidratación del cuerpo humano, es muy importante, es uno de los retos que debe cumplir los pacientes hipertensos, para estar estables. Se recomienda consumir al menos dos litros de agua, se indica que los jugos, entre otros, no es lo mismo que tomar agua.
- D. Ingesta de frutas:** Entre las comidas se sugiere consumir frutas, entre las que se recomienda a los plátanos, naranjas, melón y dátiles, en proporciones pequeñas, no exagerar, ya que todo debe ser regulado pero constante.
- E. Ingredientes artificiales:** Se considera imprescindible que los pacientes hipertensos, eliminen de su dieta alimenticia los ingredientes artificiales.
- F. Etiquetas:** Es necesario que antes del consumo de los alimentos enlatado y envasados, se pueda leer las etiquetas nutricionales, para saber que estamos consumiendo y cuáles no debemos consumir.

1.2.2. Actividad y ejercicio

- A. Rutina de ejercicio:** La práctica de ejercicios es fundamental para toda persona, en especial para los que padecen enfermedades como la hipertensión arterial, debe realizar al menos 150 minutos de actividad aeróbica moderada o 75 minutos de actividad aeróbica intensa a la semana.

B. Movimiento corporal: Esencial la realización del movimiento corporal, entre lo que tenemos el no permanecer mucho tiempo parado, ni mucho tiempo sentado, que exista mayores movimientos que favorezcan la circulación y oxigenación de los pulmones.

1.2.3. Manejo de Estrés

A. Identificación de problemas: Es necesario que, para poder manejar el estrés, se identifique el problema o los factores que influyen en la presencia o generación de situaciones estresantes.

B. Manejo emocional: Según los avances que se van dando con el reconocimiento del estrés, existe estrategias que brindan la oportunidad de tener un mejor manejo de las emociones de los individuos.

C. Actividades saludables: Un aporte de los últimos años, con el término de vida saludable, ha proporcionad la oportunidad de fortalecer la práctica de actividades saludables para el beneficio de las personas.

1.2.4. Apoyo interpersonal

A. Socialización: Toda persona necesita un entorno social donde desarrollarse, pero también es necesario comprender que para salir y superar cualquier enfermedad es necesario trabajar juntos paciente, familia y al equipo de salud.

B. Expresa sus sentimientos: Es fundamental que todas las personas enfermas o no sepan que dar a conocer sus sentimientos es pieza fundamental para el logro del desarrollo interpersonal.

C. Apoyo emocional: Parte del progreso de los pacientes, en este caso hipertensos, en su tratamiento y mejora de estilo de vida, es el apoyo emocional que reciben, de ellos mismos, con la autoestima, la resiliencia frente a la enfermedad y a la supervisión médica y al entorno familiar.

1.2.5. Autorrealización

A. Satisfacción personal: El tener una enfermedad no condiciona que la persona pueda lograr desarrollarse en el ámbito personal, profesional, ya que la autorrealización le da mayor seguridad para continuar con la lucha contra la enfermedad.

B. Desarrollo personal: Las actividades que realizan deben ayudarlos a estar más saludables, además de practicar hábitos positivos para mejorar su estado de salud, que fortalezcan el desarrollo personal, que será una columna para el progreso de su autorrealización.

1.2.6. Responsabilidad de su propia salud

A. Conservación de la salud: Es importante mantener un cuerpo sano, la salud es un bien preciado, que no puede ser comprado, sino es responsabilidad de cada individuo seguir luchando por mantenerse saludable frente a las enfermedades.

B. Actividades saludables: Es responsabilidad de las personas realizar actividades saludables que condicionen la presencia de un estado de salud más conservado y mejorar el estilo de vida que llevan a cabo en su diario vivir.

C. Hábitos nocivos: La práctica de hábitos nocivos, perjudican la salud, ya que es conocido que existen personas que no cuidan de su salud, pero es necesario que aquellos que ya padecen enfermedades, puedan limitar y eliminar la práctica de consumo de alimentos poco saludables, el exceso de alcohol, fumar, entre otros.

1.3. AUTOCUIDADO DE LA SALUD

El autocuidado es definido por la OMS (2022) como "la capacidad de individuos, familias y comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidad con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica".

Las intervenciones de autocuidado se encuentran entre los enfoques más prometedores e interesantes para mejorar la salud y el bienestar desde el punto de vista de los sistemas de salud y de las personas que las utilizan. Las intervenciones de autocuidado son prometedoras para todos y con ellas podemos estar mucho más cerca de hacer realidad la cobertura sanitaria universal. Con las intervenciones de autocuidado, se hace posible aumentar las opciones y la autonomía de los usuarios cuando son accesibles, adecuadas y asequibles. Las intervenciones representan un impulso significativo hacia una mayor autodeterminación, autoeficacia, autonomía y participación en la salud, tanto para las personas que se ocupan de sí mismas, como para las que se ocupan de otros, (OMS, 2022).

Si bien es cierto, la hipertensión arterial, es una enfermedad cardiovascular, que propone un reto a los pacientes, porque su autocuidado es esencial para llevar un estilo de vida adecuado. Es una enfermedad prevalente que generalmente se presenta en población adulta, por tratarse de un trastorno crónico, se requiere de cuidados permanentes, para evitar complicaciones en un futuro, por lo que cumplir con el tratamiento y sus controles es necesario para fortalecer su capacidad de autocuidado.

La labor del profesional en salud, busca fortalecer el autocuidado, que debe ser mejor cuando el conocimiento de la enfermedad que posee el paciente es bueno, además de considerar que la capacidad de autocuidado no es innata; sino que a lo largo de la vida se va desarrollando, y se ve influenciada por las creencias, hábitos y prácticas que mantiene el entorno social al que pertenece.

1.3.1. Capacidades fundamentales y disposición de autocuidado

“Son aptitudes esenciales en los individuos en este caso el estado de ánimo tiempo y el descanso, que facilitan el desarrollar el autocuidado, existen personas que tienen impedimentos para realizar estas acciones ellos mismos por lo cual están limitados a depender del cuidado de una enfermera de manera constante”. (Alarcón-Pérez, 2019)

1.3.2. Componentes de poder

“Se les conoce a las capacidades que motivan a una persona, familia o comunidad a auto cuidarse como puede ser la adopción de actitudes y aptitudes basadas en conocimientos sustentados por experiencias previas, capacidades para ordenar y la integración en la vida cotidiana y familiar. Estas generan compromiso por parte del paciente para realizar el autocuidado de manera autónoma y están intrínsecamente relacionadas con el autogobierno en relación a la elección de metas, desarrollo físico, psicosocial y cognitivo”. (Alarcón-Pérez, 2019)

1.3.3. Capacidad para operacionalizar

“Son las capacidades que generan que la persona investigue sobre sus propias condiciones y de lo relacionado a lo que siente y que sea significativo para su autocuidado, también la toma de decisiones sobre lo que es correcto o adecuado para la enfermedad que se tiene”. (Alarcón-Pérez, 2019)

1.4. LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

1.4.1. El panorama de la hipertensión Arterial en el mundo

Un estudio global, realizado por Fox, M. (2022), encuentra que la cantidad de personas mayores de 30 años con presión arterial alta se ha duplicado en las últimas 3 décadas, y más de la mitad de ellos no están recibiendo tratamiento para ello. Eso es a pesar de que existen muchos tratamientos fáciles y económicos, desde una dieta más saludable y ejercicio hasta píldoras que reducen la presión arterial de manera segura utilizando una variedad de mecanismos.

También es fácil de medir, pero evidentemente muchas personas no reciben ni siquiera este nivel básico de atención en países ricos y pobres por igual, según encuentra el estudio publicado en la revista médica Lancet. El resultado: 8,5 millones de muertes cada año, según la Organización Mundial de la Salud. La presión arterial alta provoca accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca e insuficiencia de otros órganos, como los riñones (Sabando, Torres-Gonzáles y Lamata, 2020).

Del Castillo-Fernández et al. (2020), en su artículo, identificó que las enfermedades no transmisibles son causa importante de carga de enfermedad en el Perú, así como en otros países en desarrollo. Además de que es también conocido que las enfermedades crónicas o enfermedades crónicas no transmisibles, representan un problema de salud global. Siendo en los últimos años, una causa importante de mortalidad a nivel mundial.

Patel et al. (2017), denominan a la hipertensión arterial como una enfermedad cardiovascular conocida actualmente como “la enfermedad silenciosa”, por no presentar síntomas iniciales, y caracteriza por un aumento en los niveles de presión de la sangre, causando un daño cardiovascular, específicamente en las arterias coronarias, constituyendo un gran problema de salud que puede manejarse terapéuticamente con la adopción de estilos de vida saludable y autocuidado de la salud. En la actualidad las enfermedades cardiovasculares cobran una gran proporción de mortalidad en la población, esto como consecuencia de una

alimentación inadecuada con excesivo consumo de grasas, falta de actividad física, sedentarismo, entre otros factores que dan origen a la aparición de la enfermedad. En personas adultas mayores que sufren de esta condición, es necesario que mantengan su estado de salud evitando los malos hábitos de vida que se practican, siendo la principal herramienta el “autocuidado” en el paciente, ya que su salud depende de su responsabilidad para con su salud, realizando buenas prácticas o conductas saludables que le permitan contrarrestar las complicaciones de la hipertensión arterial.

Según Rivera, (2017) refiere que las actitudes hacia la prevención de la hipertensión arterial en adultos mayores son deficientes, lo que ocasiona que no tengan la disposición y deseo por prevenir dicha enfermedad. De igual forma un estudio realizado por Carnero (2018) en Lima Perú, concluyen que el conocimiento global en adultos mayores con respecto a la hipertensión arterial y su prevención es de nivel regular y bajo, lo que genera la aparición de complicaciones cardiovasculares y la muerte.

Ezzati, M (2021), menciona que desde el año 1990 a 2019 sobre personas de 30 a 79 años de estudios representativos de la población con medición de la presión arterial y datos sobre el tratamiento de la presión arterial. Un estudio muestra cómo estar sentado durante 8 horas al día puede afectar su riesgo de accidente cerebrovascular. Los investigadores analizaron datos que cubrían 184 países. Encontraron que la cantidad de personas con presión arterial alta se duplicó de 648 millones en 1990 a casi 1,300 millones en 2019.

Por lo que Ezzati (2021), recomendó que se deben “implementar políticas que permitan a las personas de los países más pobres acceder a alimentos más saludables, en particular reduciendo el consumo de sal y haciendo que las frutas y verduras sean más asequibles y accesibles, además de mejorar la detección mediante la expansión de la cobertura universal de salud y la atención primaria, y garantizar el acceso ininterrumpido a medicamentos eficaces, financiado e implementado para frenar la creciente epidemia de presión arterial alta en países de ingresos bajos y medios”.

Muchos países de ingresos altos, incluidos Canadá, Suiza, el Reino Unido y España, informaron que el número de personas con hipertensión se encontraba en mínimos históricos, pero los países de ingresos bajos y medios, como Paraguay, y los países de Europa central, incluidos Hungría, Polonia y Croacia tenía altas tasas. Canadá y Perú tuvieron las tasas más bajas de presión arterial alta. “La prevalencia de hipertensión fue más alta en Europa central y oriental, Asia central, Oceanía, el sur de África y algunos países de América Latina y el Caribe” (Ezzati, 2021).

En general, poco menos de un tercio de los hombres y mujeres de todo el mundo entre 30 y 79 años, tenían presión arterial alta.

La OMS (2021) publicó unas nuevas directrices sobre el tratamiento farmacológico de la hipertensión en el adulto-en inglés, en las que se formulan recomendaciones basadas en la evidencia sobre el comienzo del tratamiento de la hipertensión y los plazos de revisión recomendados. Además, se indica la presión arterial que debe alcanzarse para controlar la hipertensión y se informa sobre cuáles son los profesionales del sistema de salud que puede dar inicio al tratamiento.

Teniendo en consideración que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ayuda a los países a reducir la hipertensión como problema de salud pública, por lo que buscar apoyar a los gobiernos a reforzar la prevención y el control de las enfermedades cardiovasculares, la OMS y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, brindando asesoramiento sobre estilos de vida saludables, protocolos de tratamiento basados en datos objetivos, acceso a las tecnologías y medicamentos esenciales, gestión basada en los riesgos, atención en equipo y sistemas de seguimiento que constituyen un enfoque estratégico para mejorar la salud cardiovascular en todo el mundo.

La presión arterial alta afecta a más de mil millones de personas en todo el mundo, y ese número va en aumento. Si no se trata o no se controla, la hipertensión es el mayor contribuyente individual a la enfermedad cardiovascular, que causa accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca y enfermedad de las arterias

coronarias, y también es un importante contribuyente a la enfermedad renal. El progreso en las últimas décadas ha llevado a una mayor comprensión de la relación entre la presión arterial y los resultados de salud y al desarrollo de múltiples terapias antihipertensivas que reducen el riesgo. Los nuevos conocimientos conllevan el mandato de abordar la creciente epidemia mundial de hipertensión.

Cortes, G. (2021), nos menciona que la hipertensión alcanza a más de 1200 millones de personas y que en su mayoría viven en países con pocos recursos. En cuanto a países como Canadá, Perú y Suiza tenían una de las prevalencias más bajas de hipertensión en el mundo en 2019, mientras que algunas de las tasas más altas se observaron en la República Dominicana, Jamaica y Paraguay para las mujeres y Hungría, Paraguay y Polonia para los hombres.

La inmensa mayoría de las personas con presión arterial alta, o hipertensión, -una grave afección que aumenta considerablemente el riesgo de padecer enfermedades cardíacas, cerebrales, renales y de otro tipo viven en países de ingresos bajos y medios, según revela un informe de la Organización Mundial de la Salud.

El estudio, codirigido por el Imperial College de Londres, reveló que el 82% de todas las personas con hipertensión, unos 1280 millones, viven en países de ingresos bajos y medios.

Los investigadores descubrieron que Canadá, Perú y Suiza tenían una de las prevalencias más bajas de hipertensión en el mundo en 2019, mientras que algunas de las tasas más altas se observaron en la República Dominicana, Jamaica y Paraguay para las mujeres, y Hungría, Paraguay y Polonia para los hombres.

Aunque es sencillo diagnosticar la hipertensión y relativamente fácil tratar la afección con medicamentos de bajo coste, el estudio reveló importantes lagunas en el diagnóstico y el tratamiento. Alrededor de 580 millones de personas con hipertensión desconocían su condición porque nunca fueron diagnosticadas.

El estudio también indicaba que más de la mitad de los hipertensos, es decir, un total de 720 millones de personas, no recibían el tratamiento que necesitaban.

Los hombres y mujeres de Canadá, Islandia y la República de Corea eran los más propensos a recibir medicación para tratar y controlar su hipertensión, con más del 70% de los que padecían la enfermedad recibiendo tratamiento en 2019. En comparación, los hombres y mujeres de África subsahariana, Asia central, meridional y sudoriental, y las naciones insulares del Pacífico son los que menos probabilidades tienen de recibir medicación.

El profesor Majid Ezzati, autor principal del estudio y profesor de Salud Ambiental Global en la Escuela de Salud Pública del Imperial College de Londres, dijo: "Casi medio siglo después de que empezáramos a tratar la hipertensión, que es fácil de diagnosticar y tratar con medicamentos de bajo coste, es un fracaso de la salud pública que tantas personas con hipertensión en el mundo sigan sin recibir el tratamiento que necesitan".

El número total de adultos de entre 30 y 79 años con hipertensión se ha duplicado en treinta años, pasando de 650 millones a 1280 millones. Sin embargo, esto se debe principalmente al crecimiento de la población y al envejecimiento, y el porcentaje de personas con hipertensión ha cambiado poco desde 1990.

Majnun (2022), también nos indica que el número de personas que vive con hipertensión se ha doblado hasta los 1,280 millones de personas en 30 años, considerando que la hipertensión, también conocida como presión arterial alta o elevada, es una condición en la que los vasos sanguíneos tienen una presión persistentemente elevada.

La hipertensión es una enfermedad grave y puede aumentar el riesgo de padecer enfermedades cardíacas, cerebrales y renales, entre otras. Es una de las principales causas de muerte prematura en todo el mundo, ya que más de uno de cada cuatro hombres y una de cada cinco mujeres la padecen.

La carga de la hipertensión se deja sentir de forma desproporcionada en los países de ingresos bajos y medios, donde se dan dos tercios de los casos, debido en gran medida al aumento de los factores de riesgo en esas poblaciones en las últimas décadas.

Espinosa (2021) hace referencia a que la hipertensión arterial (HTA) es un reconocido problema de salud. Afecta a más del 30 % de la población adulta en el mundo. Está considerada como el factor de riesgo más importante de enfermedades cardiovasculares, especialmente enfermedad coronaria y enfermedad cerebrovascular, pero también para la enfermedad renal crónica, la insuficiencia cardíaca y la demencia y el que más contribuye a la morbilidad y mortalidad mundial. Brouwers y otros (2021) en el informe del *Global Burden of Disease Study*, encontró que la hipertensión sistólica fue el principal factor de mortalidad (10,4 millones de muertes) y de años de vida ajustados de discapacidad (218 millones). (Stanaway et al., 2018). En Cuba se ha comprobado su elevada prevalencia (aproximadamente la tercera parte de las personas de 15 años y más “padecen” de presión alta), proporción que se incrementa con la edad, sobre todo a partir de los 55 años.

Espinosa (2021), tomando en consideración lo indicado por Zhou y otros (2020) y León (2021) que desde los inicios de la pandemia de COVID-19 en China se identificó que los casos que presentaban las formas más graves de la enfermedad tenían, como promedio, edades más avanzadas y con una elevada frecuencia padecían de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), con la hipertensión arterial como comorbilidad más frecuente en los enfermos que evolucionaban mal y morían, lo que luego ha sido reiteradamente reportado, incluyendo a nuestro país.

Así, con la llegada de la pandemia de COVID-19, la hipertensión arterial ha visto reforzado el papel protagónico que ya tenía como “condición trazadora” de las ECNT en los servicios de salud, para ser ahora un marcador importante en los casos más graves de la infección respiratoria del SARS-CoV-2, una enfermedad transmisible (ET), para mostrarnos cuán complejos e interdependientes son los problemas de salud.

Entonces se hace necesario preguntarnos: ¿será la HTA un factor de riesgo o solo un marcador de riesgo de una evolución hacia la gravedad en enfermos con COVID-19, por razones aún no bien determinadas? En otras palabras, ¿será la

HTA la causa de todos los “crímenes” que se le atribuyen en esta pandemia, por un estatus vascular previo dañado en las personas que mantienen cifras altas de PA, que las hacen más vulnerables para “defenderse” de la agresión viral? ¿o solo constituye una señal de riesgo, una alarma, un marcador del peligro?

Danser y otros (2020) En los primeros meses de la pandemia surgió la polémica sobre la posible influencia de la frecuente administración en los hipertensos de medicamentos inhibidores de la enzima angiotensina convertasa (IECA) (siglas en inglés) y antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA II) (siglas en inglés) para explicar su mala evolución. Esta hipótesis se basaba en la observación en modelos in vitro y en estudios en animales, de que el nuevo coronavirus se une a la enzima angiotensina convertasa 2 (ECA 2) (por sus siglas en inglés) para infectar a las células de diversos órganos (pulmón, riñón, intestino, vasos sanguíneos) y que dicha enzima parece estar “sobre expresada” en sujetos tratados con estos medicamentos. Sin embargo, dada la ausencia de evidencias clínicas contrastadas para realizar recomendaciones o promover cambios en los tratamientos con IECA o ARA II, diversas sociedades internacionales han aconsejado la no suspensión de estas drogas en los hipertensos. Pero hace más de un año escribíamos que aún esos criterios, se debían seguir las investigaciones relacionadas con este asunto.

Por otra parte, desde hace unos años se ha introducido el concepto de inflamación crónica en la fisiopatología de las enfermedades cardiovasculares, y entre estas, en la hipertensión arterial. Esta conceptualización se ha revisitado con la COVID-19, para ayudar a explicar su papel en esta infección. Y es que la hipertensión arterial se ha considerado un ejemplo del que se ha denominado “síndrome inflamatorio crónico” de los vasos sanguíneos, con la consiguiente “endotelitis”, situación que puede amplificarse en pacientes polimórbidos, por la presencia de otras comorbilidades de ECNT (sobre todo, diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, obesidad), donde también se ha descrito. El proceso inflamatorio en los vasos sanguíneos resultaría de un gradiente de factores de quimiotaxis y la participación de un variado conjunto de células hematológicas y de la pared vascular. A la inflamación le acompañan una serie de reacciones de inmunidad

innata y de inmunidad adquirida, así como la expresión de sistemas vasoconstrictores como el sistema renina-angiotensina. (Ruiz y Ruiz, 2021)

Espinosa (2021), citando a Romero y Orduñez, que indica que se añade la alta frecuencia de hipertensión en los adultos mayores por la mayor prevalencia de cifras altas de presión arterial en edades avanzadas. Altas cifras que, además, van acompañadas de la conocida inmunosenescencia, y con mucha frecuencia, de otras comorbilidades importantes, debido a un envejecimiento patológico.

Sean cuales sean las respuestas a las interrogantes planteadas con anterioridad, prácticamente nadie duda hoy que mantener cifras adecuadas de presión arterial constituye una recomendación importante para el mantenimiento de la salud de las personas, también ahora en el enfrentamiento a la pandemia de COVID-19 y esta es una lección que está dejando la actual infección mundial por el nuevo coronavirus.

Sin embargo, las tasas de hipertensos conocidos, tratados y controlados con esta frecuente, peligrosa y modificable condición, son todavía, en general, decepcionantemente bajas (Brouwers et al., 2021). Su control -tanto en la población como en los individuos- requiere de la sistematización constante de varios procesos: promoción de salud, prevención, pesquiasaje, diagnóstico, tratamiento y seguimiento sistemático a largo plazo. Se sabe que, aún en las condiciones de “normalidad” previas a la pandemia de COVID-19, esta era una tarea ardua, que requería, para lograr un resultado exitoso, de un trabajo coordinado a largo plazo, con la participación comprometida de autoridades de salud y de otros sectores de la sociedad, de las instituciones sanitarias y de los profesionales de la salud, y de una educación responsable de la propia población y de las personas individualmente. (OMS, 2021). La llegada del nuevo coronavirus ha complicado más el desarrollo exitoso de todos estos procesos, al tener que priorizar recursos y esfuerzos para controlar la nueva pandemia. (Olsen et al., 2016)

A pesar de todas las dudas y las barreras que se pueden encontrar en el camino una y otra vez, parece muy conveniente visitar las iniciativas previas que han obtenido los mejores resultados en relación a la prevención y al control efectivo de la hipertensión arterial en la población y en las personas, siempre adaptándolas a cada lugar y posibilidades, no para la etapa post pandemia, como pueden pensar algunos, sino para ahora mismo. (Olsen et al., 2016)

1.4.2. El panorama de la hipertensión Arterial en el Perú

El Ministerio de Salud del Perú (2021), nos indica que hay una enfermedad silenciosa conlleva a la aparición de nuevas patologías y es necesario diagnosticar y tratar a tiempo, en alusión a la hipertensión arterial, la que aumento en aproximadamente un 20% durante la pandemia. Este resultado, obtenido a partir de los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

Así tenemos que la Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas del MINSA precisó que la población estimada en el país con nuevo diagnóstico de hipertensión arterial superó los 730 mil casos al 2020 y está comorbilidad incrementó el riesgo de complicaciones y mortalidad por la COVID-19, más aún si no se tiene tratamiento específico debido a los efectos de la pandemia, que ha sometido a una gran exigencia a los sistemas de salud pública de todo el mundo.

Asimismo, según la ENDES, la prevalencia en el 2019 de presión arterial fue 19.7%; es decir, aproximadamente 1 de cada 5 personas mayores de 15 años tiene la presión arterial alta. La hipertensión arterial es un enemigo silencioso, clínicamente presenta síntomas cuando la enfermedad ha avanzado lo suficiente, afectando órganos principales como el cerebro, corazón, riñones y retina. Además, es principal factor de riesgo para la aparición de patologías como infarto agudo de miocardio, diabetes, retinopatías, insuficiencia renal, entre otros, si no es tratado adecuadamente en un establecimiento de salud.

Las personas que tienen familiares con esta enfermedad deben aumentar la vigilancia sobre su presión arterial; mientras que quienes sufren hipertensión

arterial deben tener controles periódicos, cumplir con la medicación indicada por su médico, tener una dieta baja en sal, consumir más frutas y vegetales, hacer ejercicio, dejar de fumar y controlar su peso.

La hipertensión arterial se puede prevenir o posponer mediante un grupo de intervenciones preventivas, entre las que destaca la adopción de hábitos saludables.

Cabe resaltar que el Perú, desde el 2019, forma parte de la iniciativa HEARTS que promueve la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y aglutina a 208 establecimientos de salud de Lima Metropolitana y 10 regiones, con el propósito de prevenir y controlar la hipertensión arterial en personas con diagnóstico de presión alta, primera causa de accidentes cerebrovasculares y cardiovasculares.

1.4.3. La Hipertensión Arterial y el COVID-19

Según la OMS (2023), entre las enfermedades no transmisibles destacan las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias como responsables del 70% de las muertes globales y del 69% de muertes en el Perú. Durante la pandemia por la enfermedad COVID-19, se evidencia la vulnerabilidad de la población adulta mayor en quienes la coexistencia de las ENT y la infección por el virus SARS-CoV-2 se acompañan de una mayor presencia de complicaciones y mortalidad. El manejo y control de las ENT requiere garantizar cuidados continuos para los que nuestro sistema de salud no se encuentra preparado.

Storey, R. (2021) “La pandemia de enfermedades cardiovasculares ha recibido menos atención en los últimos 18 meses, pero refleja tendencias mundiales preocupantes en elecciones de estilo de vida poco saludables, como el consumo alto de grasas, azúcar, sal y alcohol, estilos de vida sedentarios que evitan el ejercicio y el tabaquismo, todo lo cual conduce a una presión arterial más alta y niveles de colesterol malo que causan daño a los vasos sanguíneos que irrigan el corazón y el cerebro”.

Una revisión bibliográfica llevada a cabo por Lai et al. (2020), concluyó que la evolución desfavorable de pacientes con COVID-19 es más probable en ancianos o

en quienes padecen comorbilidades tales como la HTA, otras afecciones cardiovasculares y la Diabetes Mellitus.

Una investigación realizada en Wuhan, China, epicentro inicial de la pandemia, estudió a 140 individuos con COVID-19 y arrojó una mayor prevalencia de hipertensión arterial en pacientes que desarrollaron formas graves respecto a los de un mejor curso evolutivo, pero sin esto traducirse en significación estadística a diferencia de otras variables como la edad (64 vs 51, $p < 0,01$) (Zhang et al., 2020). Este resultado pone en duda si la relación entre el antecedente de HTA y la evolución desfavorable en el curso del COVID-19 pueda deberse a la mayor prevalencia de las afecciones cardiovasculares a mayor edad.

Yang et al, (2020), realizaron un meta-análisis que incluyó a 46 248 pacientes, el cual arrojó que la hipertensión se asocia con las formas severas de COVID-19 (OR 2,36; 95 % IC: 1,46-3,83). El antecedente de otras afecciones cardiovasculares o patologías respiratorias crónicas mostro similar asociación en el análisis.

Salazar y col. (2020) nos indica que la asociación entre patología cardiovascular y mala evolución de la infección por SARS-CoV-2 resulta llamativa. Los estudios publicados en diferentes países muestran que la hipertensión, la diabetes, la enfermedad cerebrovascular y la cardiopatía isquémica son marcadamente más frecuentes en los pacientes que requieren cuidados críticos o fallan por COVID-19. Un posible nexo causal sería el daño y la disfunción miocárdica producidos por el SARS-CoV-2, evidenciado en las frecuentes conclusiones de elevación de la troponina y anomalías electrocardiográficas.

Por otra parte, existe una hipótesis a favor y en contra de un posible efecto eliminado de los inhibidores de la enzima convertidora y los bloqueantes del receptor de angiotensina 2 en esta patología, no habiendo actualmente evidencia sólida que respalde contundentemente una u otra, resultando impostergable la necesidad de estudios que dilucidan este interrogante.

Los pacientes con enfermedad cardiovascular deberán evitar especialmente la exposición al SARS-CoV-2, no auto medicarse y consultar rápidamente ante la aparición de síntomas (Salazar y col. 2020).

1.5. Estrategias para superar la Hipertensión Arterial

1.5.1. La hipertensión arterial y la dieta

Hacer cambios en la dieta es una forma comprobada de ayudar a controlar la hipertensión arterial. Los cambios pueden ayudar a bajar de peso y disminuir su probabilidad de sufrir una enfermedad cardíaca y un accidente cerebrovascular.

Considerar que son importantes las recomendaciones que da el profesional en nutrición, que lo ayudará a crear un plan de comidas saludables, además de tomar en cuenta su presión arterial ideal, que la basada en sus factores de riesgo y otros problemas de salud.

A. Dieta DASH

La dieta baja en sal de los enfoques dietéticos para detener la hipertensión (Dietary Approaches to Stop Hypertension, DASH) ha demostrado que ayuda a bajar la presión arterial. Sus efectos sobre la presión arterial algunas veces se ven al cabo de unas cuantas semanas.

Esta dieta es rica en nutrientes importantes y fibra. También incluye alimentos que son más ricos en potasio, calcio y magnesio, y más baja en sodio (sal) que la dieta estadounidense típica.

Los objetivos de la dieta DASH son que:

- Reduzca el sodio a no más de 2,300 mg por día (consumir solo 1,500 mg por día es un objetivo más efectivo).
- Reduzca la grasa saturada a no más del 6% y la grasa total a 27% de las calorías diarias. Los productos lácteos bajos en grasa parecen ser especialmente benéficos para bajar la presión arterial sistólica.

- Al escoger las grasas, seleccione aceites monoinsaturados, como los aceites de oliva y canola.
- Prefiera los granos integrales a los productos de harina blanca o pasta.
- Escoja frutas y verduras frescas todos los días. Muchos de estos alimentos son ricos en potasio, fibra o ambos.
- Coma nueces, semillas o legumbres (frijoles o guisantes) diariamente.
- Escoja cantidades modestas de proteína (no más de 18% de las calorías diarias totales). El pescado, la carne de aves sin piel y los productos de soja (soya) son las mejores fuentes de proteína.

Otros objetivos de nutrientes diarios en la dieta DASH incluyen la reducción de los carbohidratos a 55% de las calorías diarias y el colesterol en la alimentación a 150 mg. Se debe tratar de obtener al menos 30 gramos (gr) de fibra diariamente.

Antes de aumentar el potasio en la dieta o usar sustitutos de la sal (que con frecuencia contienen potasio), consultar con el profesional en salud. Las personas que tienen problemas renales o quienes toman ciertos medicamentos deben tener cuidado respecto a la cantidad de potasio que consumen (National Heart, Lung y Blood Institute., 2023).

B. Alimentación Saludable para el Corazón

Coma alimentos que sean naturalmente bajos en grasa, como granos integrales, frutas y verduras.

- Lea las etiquetas de los alimentos y preste atención especial al nivel de grasa saturada.
- Evitar o reducir los alimentos que sean ricos en grasa saturada (más de 20% de la grasa total se considera alto). Comer demasiada grasa saturada es uno de los mayores factores de riesgo para la cardiopatía. Los alimentos ricos en este tipo de grasa incluyen: las yemas del huevo, los quesos duros, la leche entera, la crema de leche, el helado, la mantequilla y las carnes grasosas (y porciones grandes de carnes).

- Escoger alimentos de proteína magra, como soja (soya), pescado, pollo sin piel, carne muy magra y productos lácteos descremados o al 1%.
- Buscar las palabras "hidrogenados" o "parcialmente hidrogenados" en las etiquetas de los alimentos. No comer alimentos con estos ingredientes, ya que vienen cargados con grasas saturadas y grasas trans.
- Limitar la cantidad de alimentos procesados y fritos que consume.
- Reducir la cantidad de productos horneados preparados comercialmente (tales como rosas, galletas dulces y saladas) que consume, ya que pueden contener muchas grasas saturadas o grasas trans.
- Prestar atención a cómo se preparan los alimentos. Las maneras saludables de cocinar pescado, pollo y carnes magras son asar a la parrilla, a las brasas, hervir y hornear. Evitar agregar aderezos o salsas ricos en grasa (Rayner, Charlton, y Derman, 2019).

Otras sugerencias incluyen:

- Comer alimentos que sean ricos en fibra soluble. Estos incluyen avena, salvado, guisantes partidos y lentejas, frijoles, algunos cereales y arroz integral.
- Aprender cómo comprar y cocinar los alimentos que sean saludables para su corazón. Aprender cómo leer las etiquetas de los alimentos para escoger los que son saludables. Alejarse de los restaurantes de comida rápida, donde las opciones saludables pueden ser difíciles de encontrar (Medlineplus, 2023).

C. Diez maneras de controlar la presión arterial alta sin medicamentos

Si tienen presión arterial alta, es posible que se pregunten si es necesario tomar medicamentos para bajarla. Sin embargo, el estilo de vida cumple una función vital en el tratamiento de la presión arterial alta. Controlar la presión arterial con un estilo de vida saludable podría evitar, retrasar o reducir la necesidad de tomar medicamentos (Feehally, 2022).

Si adoptan determinados cambios en su estilo de vida, puede disminuir la presión arterial y reducir el riesgo de enfermedad cardíaca.

La presión arterial a menudo aumenta cuando se aumenta de peso. Tener sobrepeso también puede provocar una alteración respiratoria al dormir (apnea del sueño), que incrementa incluso más la presión arterial (Feehally, 2022).

Bajar de peso es uno de los cambios en el estilo de vida más eficaces para controlar la presión arterial. Si eres una persona con sobrepeso u obesidad, bajar incluso una pequeña cantidad de peso puede ayudarte a reducir la presión arterial. En general, la presión arterial podría bajar aproximadamente 1 milímetro de mercurio (mm Hg) con cada kilogramo (aproximadamente 2,2 libras) de peso que se pierde.

El tamaño de la cintura también es importante. Tener mucho peso alrededor de la cintura puede aumentar el riesgo de padecer presión arterial alta.

En general:

- Los hombres corren riesgo si la medida de la cintura es superior a 40 pulgadas (102 centímetros).
- Las mujeres corren riesgo si la medida de la cintura es superior a 35 pulgadas (89 centímetros).

La actividad física regular puede reducir la presión arterial alta en aproximadamente 5 mm Hg a 8 mm Hg. Es importante seguir haciendo ejercicio para evitar que la presión arterial vuelva a subir. Como meta general, procura hacer al menos 30 minutos de actividad física moderada todos los días (Libby et al., 2023).

El ejercicio también puede evitar que la presión arterial elevada se convierta en presión arterial alta (hipertensión). En las personas que tienen hipertensión, la actividad física regular puede reducir la presión arterial a niveles más seguros.

Entre los ejercicios aeróbicos que pueden reducir la presión arterial se incluyen: caminar, trotar, andar en bicicleta, nadar o bailar. Otra opción es el entrenamiento por intervalos de alta intensidad. En este tipo de entrenamiento se alternan períodos breves de actividad intensa con períodos de actividad más ligera.

El fortalecimiento muscular también puede ayudar a reducir la presión arterial. Intentar incluir ejercicios de fortalecimiento muscular al menos dos días a la semana. Habla con un proveedor de atención médica para crear un programa de ejercicios.

Una alimentación que contenga gran cantidad de granos integrales, frutas, verduras y productos lácteos con bajo contenido de grasa, y niveles bajos de grasas saturadas y colesterol puede disminuir la presión arterial alta hasta en 11 mm Hg. Entre los planes de alimentación que ayudan a controlar la presión arterial se encuentran la dieta DASH y la dieta mediterránea.

El potasio en la alimentación puede reducir los efectos de la sal (sodio) en la presión arterial. Las mejores fuentes de potasio son los alimentos, como las frutas y las verduras, en lugar de los suplementos. Trata de consumir entre 3500 y 5000 mg al día, lo que puede reducir la presión arterial entre 4 mm Hg y 5 mm Hg. Pregúntale al proveedor de atención médica cuánto potasio debes consumir.

Incluso una pequeña reducción del sodio en la alimentación puede mejorar la salud cardíaca y reducir la presión arterial alta aproximadamente entre 5 mm Hg y 6 mm Hg (Hall et al., 2021).

El efecto del consumo de sodio en la presión arterial varía entre un grupo de personas y otro. En general, limitar el sodio a 2300 miligramos (mg) por día o menos; pero un consumo más bajo de sodio (1500 mg por día, o menos) es ideal para la mayoría de los adultos.

Al paciente se brindará educación sanitaria respecto reducir el sodio en la alimentación a través de:

- **Leer las etiquetas de los alimentos.** Busca alimentos y bebidas que tengan bajo contenido de sodio.
- **Consumir menor cantidad de alimentos procesados.** Solo una pequeña cantidad de sodio se encuentra presente de manera natural en los alimentos. La mayoría del sodio se agrega durante el procesamiento.
- **No agregar sal.** Usar hierbas o especias para dar más sabor a los alimentos.

- Al cocinar, se puede controlar la cantidad de sal en las comidas.
- Limitar el consumo de alcohol a menos de una copa por día para las mujeres o dos copas por día para los hombres puede ayudar a reducir la presión arterial en aproximadamente 4 mm Hg. Una copa equivale a 12 onzas (355 ml) de cerveza, 5 onzas (148 ml) de vino o 1,5 onzas (44 ml) de licor con graduación alcohólica del 40%.
- Beber alcohol puede aumentar varios puntos la presión arterial y reducir la eficacia de los medicamentos para la presión arterial.
- Fumar aumenta la presión arterial. Dejar de fumar ayuda a bajar la presión arterial y también puede disminuir el riesgo de enfermedad cardíaca y mejorar la salud general, lo cual posiblemente prolongue la vida.
- Un sueño de mala calidad (menos de seis horas) puede contribuir a la hipertensión. Los problemas como apnea del sueño, síndrome de piernas inquietas, e insomnio pueden interrumpir el sueño.
- Informar al proveedor de atención médica si sueles tener problemas para dormir. Encontrar y tratar la causa puede ayudarte a mejorar el sueño. Pero si no tienes apnea del sueño ni síndrome de piernas inquietas, sigue estos consejos sencillos para tener un sueño más reparador (Hall et.al., 2021).
- **Cumplir con un horario de sueño.** Acostarse y levantarse a la misma hora todos los días. Tratar de mantener el mismo horario de sueño los días de semana y los fines de semana.
- **Crear un espacio de descanso.** Esto significa mantener fresco, oscuro y en silencio el lugar donde se duerme. Hacer algo relajante una hora antes de dormir. Se podría tomar un baño tibio o hacer ejercicios de relajación. Evitar las luces brillantes, como las del televisor o la pantalla de la computadora.
- **Prestar atención a lo que comes y bebes.** No irse a la cama con hambre ni demasiado lleno. Evitar las comidas abundantes cerca de la hora de acostarse y también limita o evita la nicotina, la cafeína y el alcohol.

- **Limitar las siestas.** A quienes les hace bien dormir una siesta durante el día, limitar la siesta a 30 minutos puede ayudarles a dormir de noche.

El estrés emocional a largo plazo (crónico) puede contribuir a una presión arterial alta. Es necesario hacer más investigaciones sobre los efectos de las técnicas de reducción del estrés para saber si pueden disminuir la presión arterial.

Aun así, no se pierde nada con establecer la causa del estrés, como el trabajo, la familia, las finanzas o una enfermedad, y buscar la manera de reducirlo. Probar lo siguiente:

- **Evitar exigirse demasiado.** Planificar el día y enfocarse en las prioridades. Aprender a decir que no. Prever el tiempo suficiente para hacer lo que se tenga que hacer.
- **Enfocarse en los problemas que se puede controlar y hacer planes para resolverlos.** Si se tiene un problema en el trabajo, hablar con el supervisor. Si se tiene un conflicto con los niños o el cónyuge, buscar la manera de resolverlo.
- **Evitar los factores desencadenantes del estrés.** Por ejemplo, si el tráfico en las horas pico provoca estrés, viajar en otro horario o usar el transporte público. Evitar a las personas que provocan estrés, si es posible.
- **Tomar un tiempo para relajarse.** Tomarse un tiempo todos los días para sentarse con tranquilidad y respirar hondo. Dedicar tiempo para actividades o pasatiempos divertidos, como salir a caminar, cocinar o hacer actividades voluntarias.
- **Practicar la gratitud.** Expresar gratitud a otras personas puede ayudar a reducir el estrés.

El control en el hogar puede ayudarlo a controlar la presión arterial. De esa manera, podrán saber si los medicamentos y los cambios en el estilo de vida están dando resultado (Libby et al., 2023).

Los tensiómetros para el hogar se encuentran ampliamente disponibles sin necesidad de receta médica. Las consultas regulares con el profesional especialista son claves

para controlar tu presión arterial. La presión arterial está bien controlada, quizás tengan que medirla una sola vez al día o con menos frecuencia (Shimbo et.al., 2020).

La hipertensión arterial desmejora la calidad de vida y disminuye la supervivencia, por lo que es un reto importante para la salud pública. Para un tratamiento adecuado, es necesario determinar la prevalencia, el tratamiento y control de la hipertensión arterial en las diferentes realidades a nivel local, nacional e internacionalmente, así se podrá aplicar estrategias para lograr la prevención primaria o de ocurrencia y a la secundaria o de progresión, tomando en consideración la responsabilidad de los organismos de Salud Pública.

En el mundo actual la hipertensión arterial es una de las enfermedades más comunes que afectan la salud humana, siendo patología y factor de riesgo importante para otras enfermedades, por lo que las estrategias de intervención de salud deben estar dirigidas, a la prevención de la enfermedad.

Se coincide que en la medida que se perfeccione la prevención y el control de la presión arterial, se irá reduciendo el desafío mundial que constituye la hipertensión arterial, por lo que debe constituir una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos. La correcta percepción del riesgo que significa padecer de hipertensión arterial, obliga a ejecutar una estrategia poblacional, tanto con medidas de promoción y educación, como de incremento en la calidad de los servicios de salud, que van dirigidas a la disminución de la presión arterial media de la población, impactando sobre otros factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial, en particular la falta del ejercicio físico, niveles inadecuados de lípidos sanguíneos, elevada ingestión de sal, el tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad, que puede lograrse mediante acciones encaminadas a modificar estilos de vida (Alvarez et.al., 2018).

2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

2.1. Internacionales

- **Meléndez Mogollón, I.; García Silvera, E.; Pérez Arias, A; Vivas Barona, N. Ecuador, (2020). Hipertensión arterial estilos de vida y estrategias de intervención. Resumen:** La Hipertensión Arterial (HTA) es una enfermedad crónica de alta prevalencia que debe manejar el paciente en su entorno cotidiano, por lo que el autocuidado se presenta como un elemento de alto valor, y con ello, las prácticas saludables que mantengan las personas. **Objetivo:** Evaluar los estilos de vida de personas con HTA, que participan en un programa de intervención comunitaria sobre autocuidado dentro de su entorno rural como parte de una valoración de seguimiento. **Metodología:** El diseño es observacional, el nivel descriptivo y de corte transversal. La muestra fue no probabilística de carácter intencional, con la participación de un total de 60 personas que forman parte del "Programa de Autocuidado en Hipertensión Arterial de la Parroquia de Calderón, Quito, Ecuador. El procesamiento estadístico descriptivo. **Resultados:** La media en edad de la población de estudio es de 70.6 años. El 94% presenta valores de TA e IMC fuera del rango normal. La mayoría de los participantes cumplen sus autocuidados bajo el refuerzo de intervenciones relacionadas a charlas educativas y grupos de apoyo. **Conclusión:** Se evidencia la transcendencia del acercamiento instituciones-comunidad y la alfabetización digital, junto a cambios favorables en el estilo de vida, logrando detectar intervenciones significativas para el mantenimiento de los autocuidados.

2.2. Nacionales

- **Cabrera Mehan, M.; Bustamante Rojas, C. Chiclayo, (2020). Relación de Hipertensión Arterial y estilos de vida en adultos mayores del Centro de Salud Pucalá. Resumen:** La presente investigación, tuvo como objetivo principal Determinar la relación entre la hipertensión arterial y estilos de vida en adultos mayores del centro de salud Pucalá. Estudio de tipo Cuantitativa-Correlacional. La población y muestra constituida por 50 adultos mayores con diagnóstico hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud. Para la variable de estilos de vida en adultos mayores. Se utilizó encuesta como método y la técnica del

cuestionario, cuestionario de 30 ítems, elaborado por, Walker K. Sechrist, usando la escala ordinal y para la Variable hipertensión arterial, se utilizó la ficha de recolección de datos y revisión de historia clínica y diagnóstico. Los datos se procesaron en el programa SPSS versión 22. Se observa a través de la prueba Chi-cuadrado, las medidas direccionales y las medidas simétricas; que el valor de significancia es $0.73793 > \alpha = 0.05$; se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula (H_0). Respecto a la variable estilos de vida en su dimensión biológica, el 66% de adultos mayores practican estilos de vida poco saludable, mientras que el 34% de ellos practican estilos de vida saludable. En dimensión Psicológica, 32% practican estilos de vida poco saludable, el 68% practican estilos de vida saludable. En dimensión social, 68% presentan estilos de vida poco saludable, el 32% practican estilos de vida saludable. Respecto a la variable independiente de hipertensión arterial, el mayor porcentaje 30% adultos mayores se ubican en el Estadio III, sin embargo, el 6% se encuentra en Estadio óptimo. Se concluye que los estilos de vida no estarían influenciando en el estado de hipertensión de los adultos mayores, por ende, existirían otras variables relacionadas.

- **Avendaño Mora, K. Piura, (2021). Estilos de vida y estrés en pacientes con hipertensión arterial de un centro de salud de Barreiro-Babahoyo. Resumen:** La investigación tuvo como finalidad de determinar la relación entre los estilos de vida y estrés en pacientes con hipertensión arterial de un centro de salud de Barreiro-Babahoyo, 2021. Se desarrolló un estudio cuantitativo y diseño no experimental, transversal y correlacional. Se trabajó con una muestra censal de 180 pacientes con hipertensión arterial. Se aplicó el Cuestionario de estilos de vida de Anchante y el cuestionario de estrés de Ledesma (2019); los cuales fueron sometidos a valoración de juicio de expertos, y evidencia de confiabilidad en prueba piloto mediante coeficiente alfa de Cronbach, identificándose alta confiabilidad en la escala de estilos de vida ($\alpha=.859$) y cuestionario de estrés laboral ($\alpha=.806$). Los resultados evidencian que existe una relación significativa negativa moderada ($Rho= -0,541$; $p<01$) entre estilos de vida y estrés en pacientes con hipertensión arterial. Asimismo, se identificó una relación positiva baja entre actividad física con factores psicológicos ($Rho=0,345$) y factores fisiológicos ($Rho=0,338$), entre autocuidado y factores fisiológicos ($Rho=0,326$), y factores fisiológicos ($Rho=0,368$), entre hábitos alimenticios con factores fisiológicos ($Rho=0,352$) y factores psicológicos

($Rho=0,321$) y entre consumo de bebidas alcohólicas y tabaco y factores fisiológicos ($Rho=0,312$); así como una correlación positiva moderada entre manejo del tiempo libre y factores psicológicos, resultó ($Rho=0,415$), entre la dimensión autocuidado y factores psicológicos ($Rho=0,429$), entre la dimensión consumo de bebidas alcohólicas y tabaco y factores psicológicos ($Rho=0,452$). Se concluye que el estrés y los estilos de vida tienen una relación significativa negativa.

- **Huamán Vega, F. Ica, (2019). Información preventiva sobre Hipertensión Arterial y Estilo de Vida, en adultos mayores del Centro de Salud Los Aquijes.**

Resumen: El estudio tuvo por **Objetivo:** Determinar la relación entre la información preventiva sobre hipertensión arterial y el estilo de vida en adultos mayores del Centro de Salud Los Aquijes. **Material y métodos:** Estudio descriptivo, cuantitativo, transversal, diseño correlacional; muestra de estudio con 97 adultos mayores, aplicando la técnica de encuesta y un cuestionario validado por expertos. **Resultados:** Características sociodemográficas predominantes: Edad 60-65 años (52,6%), sexo femenino (66%), estado civil casado (37,1%), instrucción educativa secundaria (46,4%). El 30,9% sufre de hipertensión arterial y 69,1% no. Los adultos mayores tienen información preventiva global de nivel medio 64,9%, nivel bajo 18,6%, y nivel alto de información con 16,65%. Por dimensiones la información sobre conceptos generales de la hipertensión arterial, información sobre complicaciones, e información sobre cuidado-prevención, es en mayor proporción de nivel medio (69,1%, 50,5%, y 67% respectivamente). Globalmente los adultos mayores tienen un estilo de vida regular 72,1%, malo 15,5%, y bueno 12,4%. Por dimensiones el estilo de vida es regular en alimentación 60,8%, actividad física 74,2%, consumo de sustancias nocivas 80,4%, y responsabilidad por la salud 79,4%. No existe relación significativa entre la información preventiva y el estilo de vida que practican los adultos mayores del Centro de Salud Los Aquijes, Ica 2019, al encontrarse un valor $p=0,080$ según la prueba de Chi cuadrado (X^2). **Conclusiones:** La información preventiva sobre hipertensión arterial es de nivel medio y el estilo de vida es regular. Se acepta la hipótesis nula, al no encontrar relación entre ambas variables.

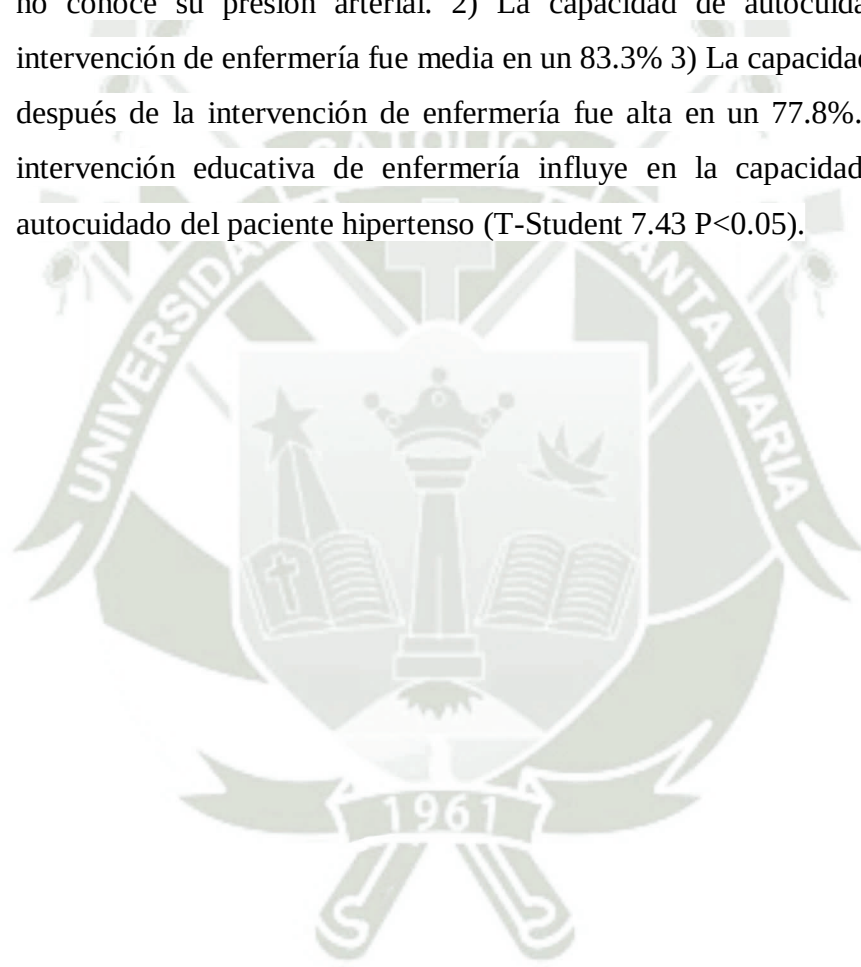
- **Córdova Porras, V. Callao, (2019). Autocuidado del personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro Médico Naval, Bellavista.**

Resumen: El objetivo de la investigación fue determinar el autocuidado del personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro Médico Naval, Bellavista, acorde a las dimensiones elaboradas en el proceso de investigación. Estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo de corte transversal, diseño no experimental. La muestra estuvo constituida por 140 militares con diagnóstico de hipertensión arterial, con edades comprendidas entre 40 a 80 años, que cumplieron con los criterios de inclusión. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario elaborado por la autora de esta tesis, de 19 ítem con respuestas tipo Likert, la cual estuvo sometida a validez por juicio de expertos, aplicando prueba binomial con una significancia de $p = 0.031$, que estable concordancia entre jueces y confiabilidad a través de una prueba piloto con un alfa de cronbach de 0,79 lo cual se considera aceptable. Los resultados: en el autocuidado global el 50,7% presentan autocuidado inadecuado y el 49,3% presentan autocuidado adecuado; asimismo según cada dimensión de la variable de estudio, prevaleció en la dimensión estilos de vida con el 60,7% el autocuidado inadecuado, y en dimensión adherencia al tratamiento farmacológico con el 91,4% el autocuidado adecuado. Por lo que se concluye que aproximadamente la mitad de los militares presentan un autocuidado inadecuado, lo que indica que los militares aún no están del todo concientizados sobre los beneficios de generar conductas de autocuidado apropiadas para contrarrestar los efectos de la enfermedad y mantener una vida plena con salud y bienestar.

2.3. Locales

- **Revilla Bernal, T. Arequipa, (2020) “Intervención de enfermería agencia de autocuidado paciente adulto hipertenso pandemia. Hospital regional policial. Resumen:** Es un estudio de tipo cuasi experimental, prospectivo, longitudinal, con el objetivo de Determinar la efectividad de la intervención de enfermería en la agencia de autocuidado del efectivo policial y del familiar hipertenso. Como metodología se usó la técnica de la entrevista (virtual), el instrumento fue la Escala de agencia de autocuidado en el efectivo policial y familiar hipertenso, las unidades de estudio estuvieron conformadas por 18 pacientes, se revisaron historias clínicas y previo contacto telefónico, se envió el consentimiento informado y pre test virtual, las sesiones educativas se fueron enviando por correo electrónico y whatsapp,

confirmando su envío y recepción de cada una, siendo en total 180 intervenciones de enfermería, diez intervenciones por cada unidad de estudio, el post test se envió por vía virtual al finalizar las sesiones, los datos fueron procesados aplicando estadística descriptiva y analítica; se obtuvieron los siguientes resultados: 1) Datos sociodemográficos, 66.7% presenta edades comprendidas entre 50 a 59 años, son de sexo masculino 61.1%, tiene grado de instrucción superior universitario 61.1%, estado civil casado 66.7%, situación laboral en actividad 94.4%, 11.1% afirma que no conoce su presión arterial. 2) La capacidad de autocuidado antes de la intervención de enfermería fue media en un 83.3% 3) La capacidad de autocuidado después de la intervención de enfermería fue alta en un 77.8%. Conclusión: La intervención educativa de enfermería influye en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente hipertenso (T-Student 7.43 $P < 0.05$).



CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1. Técnica

Se empleó como técnica la Encuesta.

1.2. Instrumento

Los instrumentos para la recolección de datos fueron:

- **Escala de Estilo de Vida según Pender**

Ficha Técnica del Instrumento

Nombre del Instrumento	Escala de Estilo de Vida según Pender
Autor y Año	Walker, Sechrist y Pender (2003)
Procedencia	Estados Unidos
Adaptación	Delgado, R; Reyna, E y Díaz, R (2008)
Idioma	Español
Propósito	Identificar la realización de conductas saludables y estilos de vida que se requiere intervenir.
Validación	Validez interna $r > 0.20$ Alfa de Crombach de 0.794
Duración de encuesta	20 minutos
Medición	El instrumento consta de 25 ítems de opinión que miden el estilo de vida en seis dimensiones: alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud.

- **Cuestionario sobre la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso**

Ficha Técnica del Instrumento

Nombre del Instrumento	Cuestionario sobre la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso
Autor y Año	Diana Marcela Achury, Gloria Judith Sepúlveda y Sandra Mónica Rodríguez, Bogotá - 2009.
Procedencia	Bogotá-Colombia
Adaptación	-
Idioma	Español
Propósito	Medir la capacidad de agencia de autocuidado que deben desarrollar los individuos hipertensos.
Validación	Validez interna entre 0,77 y 0,92 (Juicio de expertos enfermeros investigadores) Alfa de Cronbach de 0.75
Duración de encuesta	30 minutos
Medición	El instrumento está conformado por 17 ítems de pregunta cerrada que mide las tres dimensiones del autocuidado: capacidades fundamentales, componentes de poder y capacidad para operacionalizar basados en el modelo de Dorotea Orem.

1.3. Cuadro de Coherencias

Variables	Dimensiones	Indicadores	Instrumento	Ítems
<u>Variable Independiente</u> Estilo de Vida	1. Alimentación	1.1. Rutina de alimentación 1.2. Tipo de alimentación 1.3. Consumo de agua 1.4. Ingesta de frutas 1.5. Ingredientes artificiales 1.6. Etiquetas	Escala de Estilo de Vida según Pender	1 2 3 4 5 6
	2. Actividad y ejercicio	2.1. Rutina de ejercicio 2.2. Movimiento corporal		7 8
	3. Manejo de Estrés	3.1. Identificación de problemas 3.2. Manejo emocional 3.3. Actividades saludables		9 a 12
	4. Apoyo interpersonal	4.1. Socialización 4.2. Expresa sus sentimientos 4.3. Apoyo emocional		13 a 16
	5. Autorrealización	5.1. Satisfacción personal 5.2. Desarrollo personal		17 a 19
	6. Responsabilidad en salud	6.1. Conservación de la salud 6.2. Actividades saludables 6.3. Hábitos nocivos		20 a 25
<u>Variable Dependiente</u> Autocuidado	1. Capacidades fundamentales y disposición de autocuidado	1.1. Percepción 1.2. Memoria 1.3. Orientación	Cuestionario sobre la Capacidad de Agencia de Autocuidado en el Paciente Hipertenso	1 a 3
	2. Componentes de poder	2.1. Motivación 2.2. Adquisición de conocimientos 2.3. Habilidad para ordenar acciones de autocuidado 2.4. Capacidad de integración del autocuidado en su vida familiar y comunitaria.		4 a 7
	3. Capacidad para operacionalizar	3.1. Toma de decisiones 3.2. Construcción de las acciones para lograr el manejo de su enfermedad.		8 a 17

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

El estudio se llevó a cabo en el Hospital Militar de la III División del Ejército Peruano que se encuentra ubicado en Jirón Victoria N° 500 del distrito de Mariano Melgar de la ciudad de Arequipa, brinda a la gran familia militar y a la comunidad en general, los servicios de: consultorios externos en Medicina, Cirugía, Cardiología, Pediatría, Medicina Física, Ginecología, Traumatología, Gastroenterología, Endocrinología, Oftalmología, Rayos X, Odontología, Psicología, Nutrición, Enfermería, Niño Sano , entre otros; también cuenta con un servicio de Emergencia, Cuidados Intensivos; y con instalaciones para hospitalización, intervenciones quirúrgicas y el cuidado de pacientes post- operados, Unidad de Recuperación, farmacia y laboratorios.

2.2. Ubicación temporal

El presente estudio se ejecutó en los meses de abril y mayo del año 2023.

2.3. Unidades de estudio

2.3.1. Población

La población estuvo constituida por 128 pacientes que asisten al Consultorio de Cardiología, en el periodo de dos meses. (Siendo el promedio de atención por mes de 64 pacientes).

2.3.2. Muestra

Para la determinación de la muestra se utilizó los criterios de inclusión y exclusión.

A. Criterios de selección

• Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial con o sin más comorbilidades asociadas.
- Pacientes de ambos sexos.
- Pacientes con más de un año con la enfermedad.
- Pacientes que acepten participar en la investigación.

- **Criterios de exclusión**

- Pacientes menores de edad.
- Pacientes con otras enfermedades de salud física y/o mental.
- Pacientes que no acepten participar en la investigación.

La muestra final del estudio estuvo conformada por 90 pacientes con hipertensión arterial.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Se coordinó con la Oficina de Capacitación del Hospital Militar de Arequipa, donde se evaluó y se emitió el proveído para realizar la aplicación de los instrumentos en los pacientes hipertensos que se atienden en la institución.
- Se coordinó con el Servicio de Cardiología, y se captó a los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial que acudieron al servicio para realizar sus controles y recibir tratamiento.
- En la aplicación de los instrumentos se contó con las normas de bioseguridad vigentes por la COVID-19 y que se dan en todo ámbito hospitalario a nivel nacional.

3.2. Recursos

a) Humanos:

- Investigadora

b) Materiales:

Denominación	Cantidad	Costo total
Hojas Bond 75 gr.	1000	40.00
Fotocopias de instrumentos	300	30.00
Bolígrafos	2 Cajas	50.00
Libreta de notas	01	12.00
Impresiones (Proyecto y Borrador de Tesis)	----	150.00
Impresiones información	----	100.00
TOTAL		S/.382.00

c) Económicos:

- Autofinanciado por la investigadora

d) Institucionales:

- Hospital Militar
- Escuela de Postgrado de la Universidad Católica de Santa María

3.3. Plan de procesamiento

a) Tipo de procesamiento: En el presente trabajo de investigación se optó por un procesamiento mixto (procesamiento electrónico y procesamiento manual)

b) Operaciones de la Sistematización: Se realizó un plan de tabulación y un plan de codificación.

3.4. Plan de Análisis Estadístico:

Con el fin de obtener con mayor precisión, velocidad, consumo de recursos y tiempo, los datos fueron procesados y analizados en programas de computación como son Word y Excel, posteriormente se presentó en tablas y gráficas para obtener una mejor comprensión de los resultados obtenidos. Para el análisis estadístico se realizó el uso de la prueba de Chi cuadrado para determinar la relación entre las variables propuestas.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1. RESULTADOS

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar

Datos sociodemográficos	Fr.	%
Edad		
40 a 50 años	14	15.6
51 a 60 años	49	54.4
61 a 70 años	14	15.6
71 a más años	13	14.4
Sexo		
Femenino	43	47.8
Masculino	47	52.2
Ocupación		
Administrativo	8	8.9
Agricultor	6	6.7
Albañil	3	3.3
Ama de casa	23	25.6
Carpintero	6	6.7
Chofer	16	17.8
Docente	5	5.6
Oficial en retiro	3	3.3
Otros	4	4.4
Técnico en retiro	12	13.3
Vendedora	4	4.4
Estado Civil		
Soltera/o	3	3.3
Casada/o y/o Conviviente	68	75.6
Divorciada/o y/o Separada/o	13	14.4
Viuda/o	6	6.7
Grado de Instrucción		
Primaria	6	6.7
Secundaria	51	56.7
Técnico Superior	23	25.6
Superior Universitario	10	11.1
Tiempo de enfermedad		
Menos de 1 año	18	20.0
1 a 5 años	45	50.0
6 a 10 años	27	30.0

Fuente: Instrumento aplicado

En la tabla 1, podemos observar que los pacientes con hipertensión arterial, presentaron en un 54.4% edades comprendidas en el rango de 51 a 60 años; el 52.2% son de sexo masculino;

siendo la ocupación predominante la de Ama de Casa (25.6%), seguido de los choferes (17.8%) y técnico en retiro (13.3%); un 75.6% son casados y/o convivientes; el 56.7% tienen un nivel de instrucción de secundaria y el 50.0% tienen de 1 a 5 años con la enfermedad.

Lo que nos permite deducir, que los pacientes con hipertensión arterial investigados, tienen en más de la mitad edades de 51 a 60 años, más de la mitad son varones, no existe un predominio mayoritario de una ocupación, siendo de mayor porcentaje el de ama de casa, que más de las tres cuartas partes tienen pareja, más de la mitad tienen estudios de nivel secundario y la mitad de ellos vienen tratando la hipertensión arterial por un periodo de 1 a 5 años.

Gráfico 1. Datos sociodemográficos de los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar

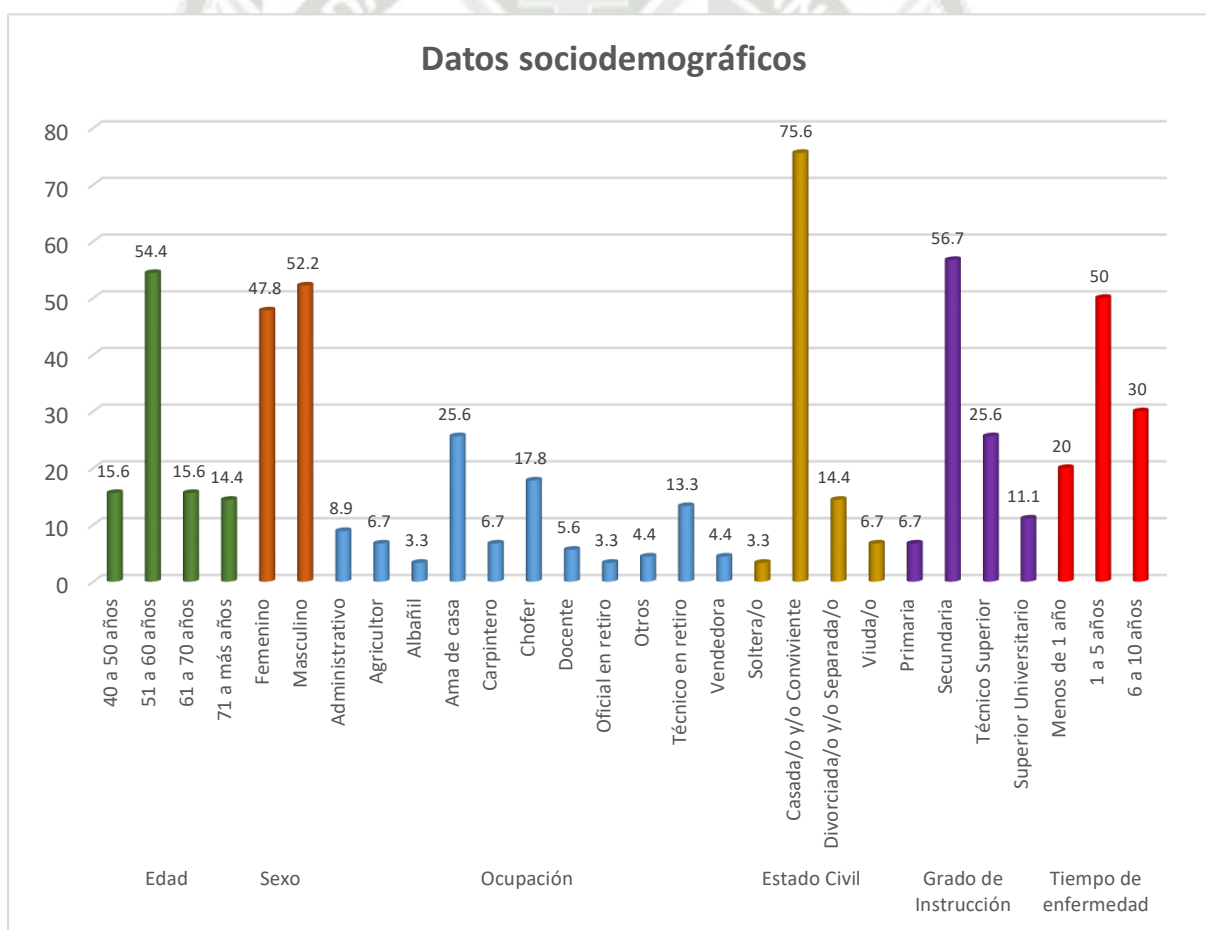


Tabla 2. Estilos de vida de los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar

Estilo de vida	Fr.	%
Poco saludable	61	67.8
Saludable	29	32.2
Total	90	100.0

Fuente: Instrumento aplicado

En la tabla 2, podemos observar que el 67.8% de los pacientes con hipertensión arterial presentan un estilo de vida poco saludable y el 32.2% un estilo saludable.

Por lo que podemos deducir, que más de la mitad de la población en estudio presentan un estilo de vida poco saludable.

Gráfico 2. Estilos de vida de los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar


Tabla 3. Dimensiones de estilos de vida de los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar

Dimensiones de estilo de vida	Fr.	%
Alimentación		
Poco saludable	65	72.2
Saludable	25	27.8
Actividad y ejercicio		
Poco saludable	64	71.1
Saludable	26	28.9
Manejo del estrés		
Poco saludable	65	72.2
Saludable	25	27.8
Apoyo interpersonal		
Poco saludable	46	51.1
Saludable	44	48.9
Autorrealización		
Poco saludable	55	61.1
Saludable	35	38.9
Responsabilidad en salud		
Poco saludable	61	67.8
Saludable	29	32.2

Fuente: Instrumento aplicado

En las dimensiones de los estilos de vida, se ha podido evidenciar que en cuanto a la alimentación (72.2%), en la actividad y ejercicio (71.1%), en el manejo de estrés (72.2%), en la autorrealización (61.1%), en la responsabilidad en salud (67.8%) presentan un estilo de vida poco saludable. En cuanto a la dimensión apoyo interpersonal, se evidencia que el 51.1% presentan un estilo de vida poco saludable y el 48.9% presentan un estilo de vida saludable;

Por lo que podemos deducir, que las dimensiones de estilos de vida: alimentación, actividad y ejercicio y manejo de estrés, en casi las tres cuartas presentan un estilo de vida poco saludable. Y más de la mitad presentan un estilo de vida poco saludable en las dimensiones apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud.

Gráfico 3. Dimensiones de estilos de vida de los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar

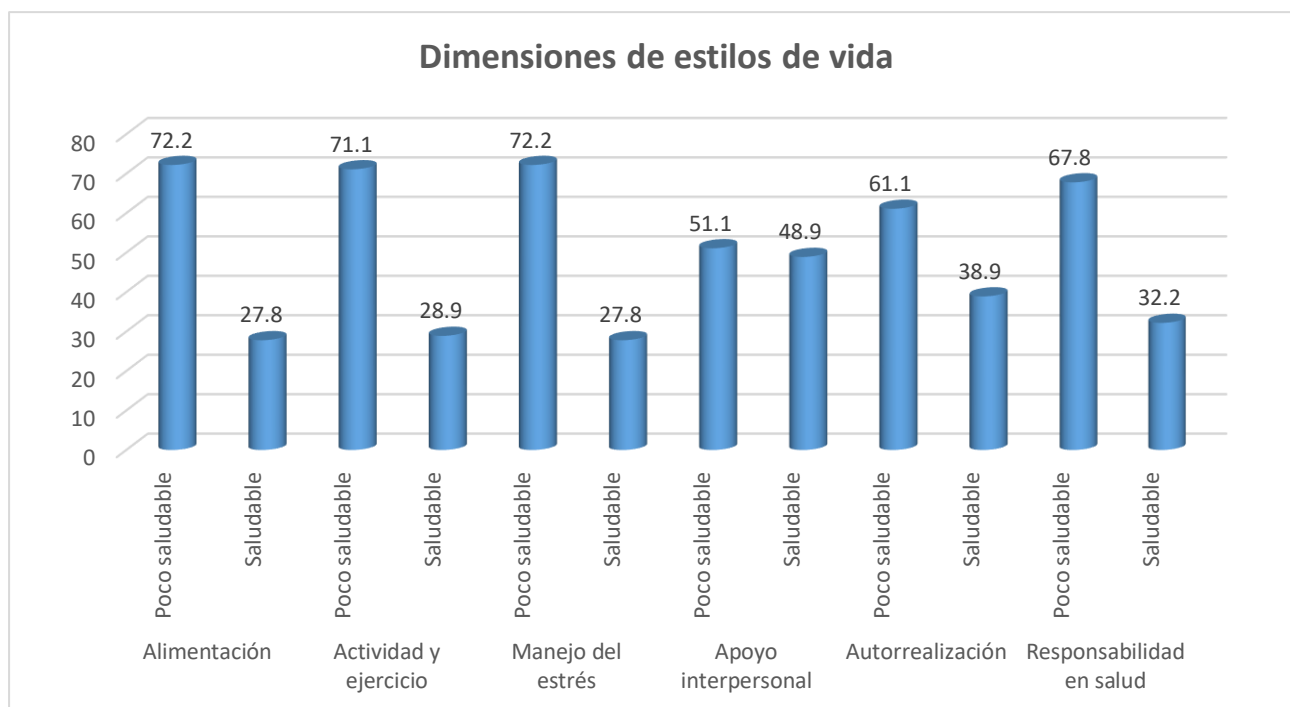


Tabla 4. Autocuidado de la salud de los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar

Autocuidado	Fr.	%
Bajo	6	6.7
Regular	58	64.4
Alto	26	28.9
Total	90	100.0

Fuente: Instrumento aplicado

En la tabla 4, podemos observar que el 64.4% de los pacientes con hipertensión arterial presentan un autocuidado regular, el 28.9% un autocuidado alto y el 6.7% un autocuidado bajo.

Por lo que podemos deducir, que más de la mitad de la población en estudio presentan un autocuidado regular.

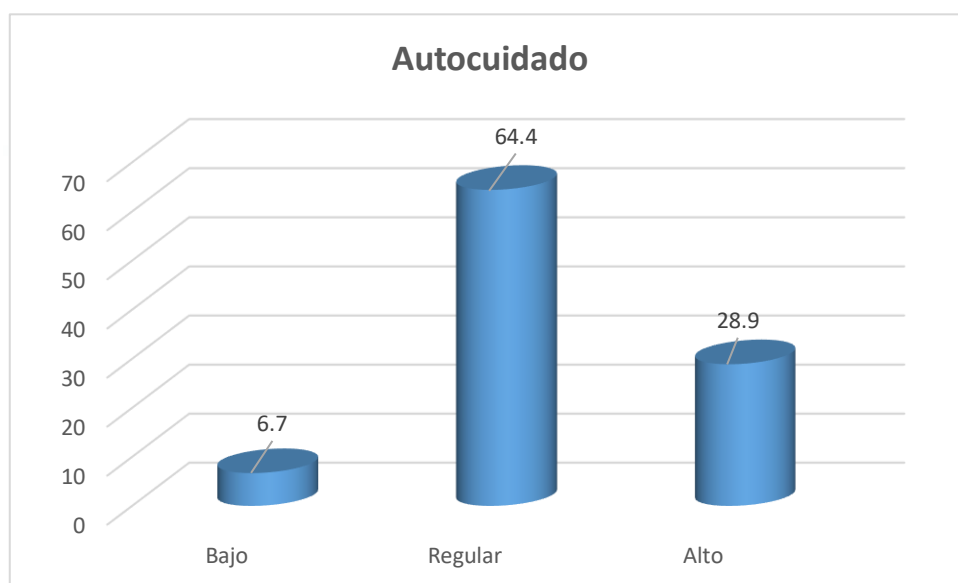
Gráfico 4. Autocuidado de la salud de los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar

Tabla 5. Dimensiones del Autocuidado de la salud de los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar

Dimensiones del Autocuidado de la salud	Fr.	%
Capacidades Fundamentales y disposición de autocuidado		
Bajo	9	10.0
Regular	62	68.9
Alto	19	21.1
Componentes de poder		
Bajo	7	7.8
Regular	78	86.7
Alto	5	5.6
Capacidad para operacionalizar		
Bajo	6	6.7
Regular	79	87.8
Alto	5	5.6

Fuente: Instrumento aplicado

En las dimensiones del autocuidado de la salud, en las capacidades fundamentales y disposición de autocuidado (68.9%), en los componentes de poder (86.7%), y en la capacidad para operacionalizar (87.8%) de los pacientes presentan un autocuidado regular.

Por lo que podemos deducir, que en las tres dimensiones del autocuidado de la salud es regular.

Gráfico 5. Dimensiones del Autocuidado de la salud de los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar

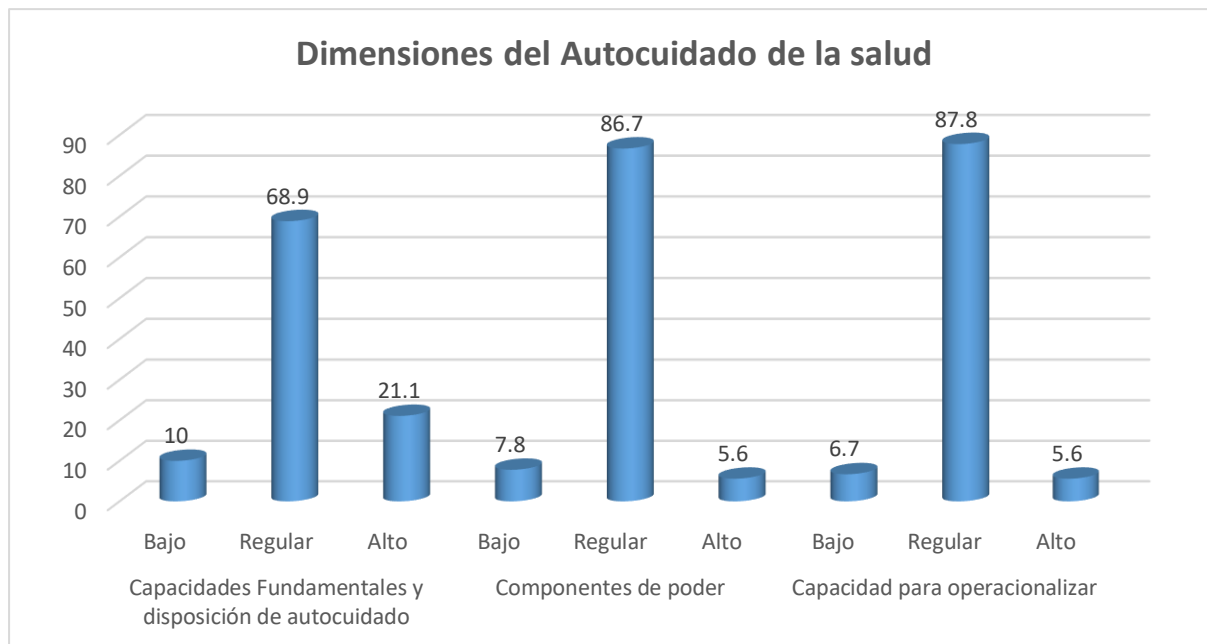


Tabla 6. Relación entre estilos de vida y autocuidado de pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar

ESTILO DE VIDA	AUTOCUIDADO							
	Bajo		Regular		Alto		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Poco saludable	6	6.7	42	46.7	13	14.4	61	67.8
Saludable	0	0.0	16	17.8	13	14.4	29	32.2
Total	6	6.7	58	64.4	26	28.9	90	100

Fuente: Instrumento aplicado

$$x^2: 7.186, \quad p=0.028$$

En la tabla 6, se observa que del 67.8% de los pacientes investigados que presentan un estilo de vida poco saludable, el 46.7% presentan un autocuidado regular.

Del 32.2% de los pacientes investigados que presentan un estilo de vida saludable, el 17.8% presentan un autocuidado regular.

Aplicando la prueba de chi cuadrado ($x^2=7.186$) se muestra que el estilo de vida y el autocuidado presentan relación estadística significativa ($p<0.05$).

Gráfico 6. Relación entre estilos de vida y autocuidado de pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar

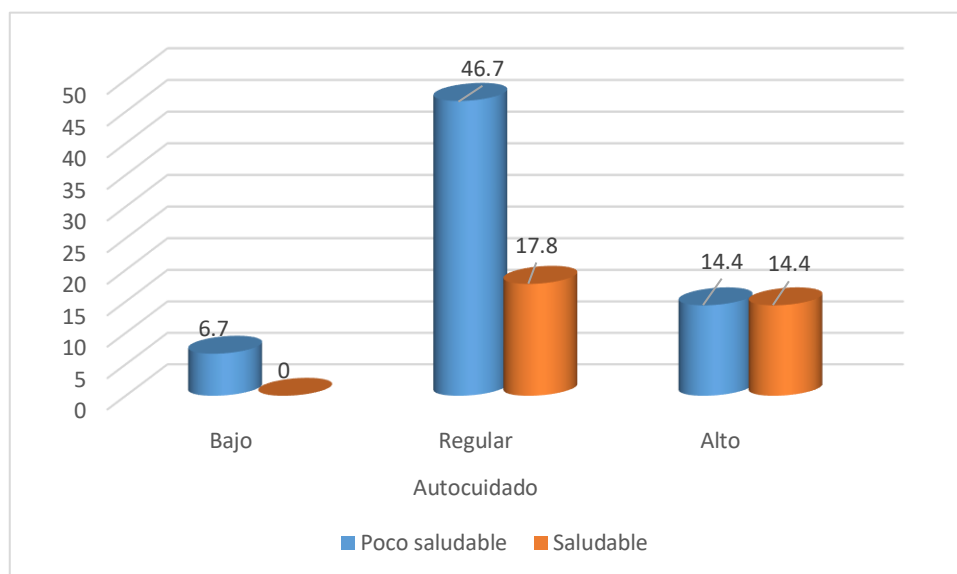


Tabla 7. Relación entre estilos de vida y capacidades fundamentales y disposición del autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar

Estilo de Vida	Capacidades fundamentales y disposición del autocuidado						Total	
	Bajo		Regular		Alto			
Poco saludable	7	7.8	44	48.9	10	11.1	61	67.8
Saludable	2	2.2	18	20.0	9	10.0	29	32.2
Total	9	10.0	62	68.9	19	21.1	90	100.0

Fuente: Instrumento aplicado

$$\chi^2: 2.697, \quad p=0.26$$

En la tabla 7, se observa que del 67.8% de los pacientes investigados que presentan un estilo de vida poco saludable, el 48.9% presentan un autocuidado regular.

Del 32.2% de los pacientes investigados que presentan un estilo de vida saludable, el 20.0% presentan un autocuidado regular.

Aplicando la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=2.697$) se muestra que el estilo de vida y la dimensión capacidades fundamentales y disposición del autocuidado no presentan relación estadística significativa ($p>0.05$).

Gráfico 7. Relación entre estilos de vida y capacidades fundamentales y disposición del autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar

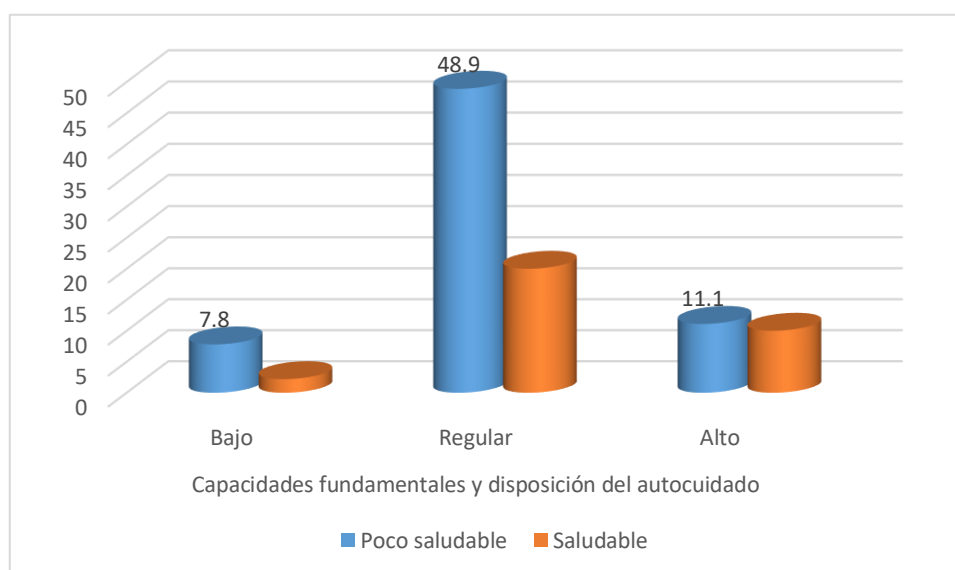


Tabla 8. Relación entre estilos de vida y componentes de poder del autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar

Estilo de Vida	Componentes de poder						Total
	Bajo		Regular		Alto		
Poco saludable	7	7.8	51	56.7	3	3.3	61
Saludable	0	0.0	27	30.0	2	2.2	29
Total	7	7.8	78	86.7	5	5.5	90

Fuente: Instrumento aplicado

$$\chi^2: 3.671, \quad p=0.16$$

En la tabla 8, se observa que del 67.8% de los pacientes investigados que presentan un estilo de vida poco saludable, el 56.7% presentan un autocuidado regular.

Del 32.2% de los pacientes investigados que presentan un estilo de vida saludable, el 30.0% presentan un autocuidado regular.

Aplicando la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=3.671$) se muestra que el estilo de vida y la dimensión componentes de poder no presentan relación estadística significativa ($p>0.05$).

Gráfico 8. Relación entre estilos de vida y componentes de poder del autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar

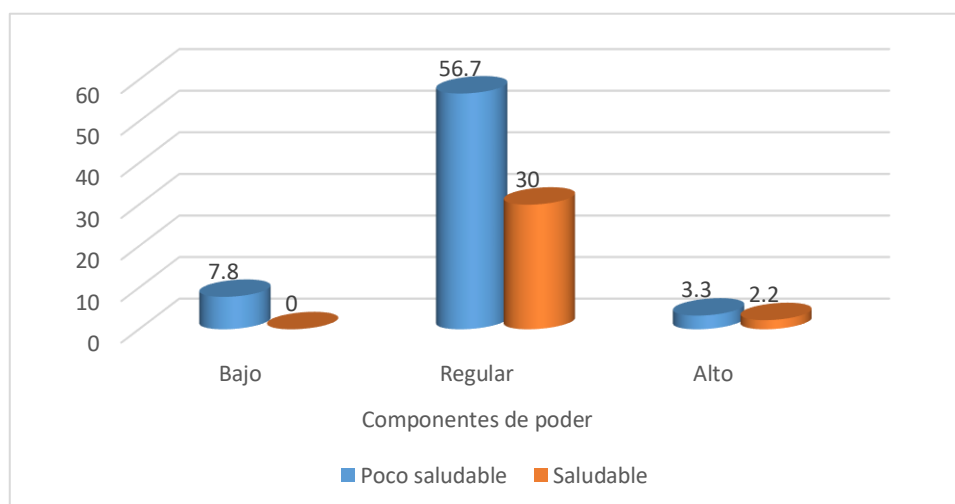


Tabla 9. Relación entre estilos de vida y capacidad para operacionalizar el autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar

Estilo de Vida	Capacidad para operacionalizar						Total	
	Bajo		Regular		Alto			
Poco saludable	6	6.7	53	58.9	2	2.2	61	67.8
Saludable	0	0.0	26	28.9	3	3.3	29	32.2
Total	6	6.7	79	87.8	5	5.5	90	100.0

Fuente: Instrumento aplicado

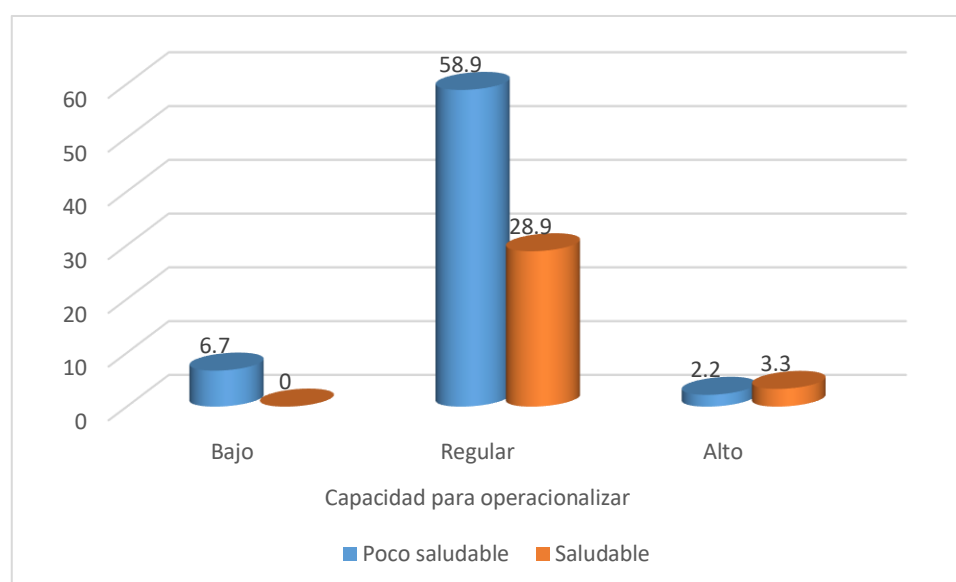
$$\chi^2: 4.636, \quad p=0.098$$

En la tabla 9, se observa que del 67.8% de los pacientes investigados que presentan un estilo de vida poco saludable, el 58.9% presentan un autocuidado regular.

Del 32.2% de los pacientes investigados que presentan un estilo de vida saludable, el 28.9% presentan un autocuidado regular.

Aplicando la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=4.636$) se muestra que el estilo de vida y la dimensión capacidad para operacionalizar no presentan relación estadística significativa ($p>0.05$).

Gráfico 9. Relación entre estilos de vida y capacidad para operacionalizar el autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Militar



2. DISCUSIÓN

En el Perú, en la investigación realizada por **Del Castillo-Fernández et al. (2020)**, reconoció que las enfermedades no transmisibles son una causa importante de carga de enfermedad en el país, si bien es cierto que en la mayoría de países en desarrollo se presentan con más frecuencias las enfermedades crónicas o crónicas no transmisibles, que representan un problema de salud pública, en este caso, la hipertensión arterial, se viene presentando con mayor incidencia en personas más jóvenes, lo que era propia de determinadas edades, ahora se tiene que a menor edad, se presenta la enfermedad, no haciendo distingue ni en el sexo, el nivel de instrucción, y que si algunas vez en más propenso en algunas ocupaciones, tal como se ha evidenciado en el presente estudio donde los pacientes con hipertensión arterial investigados, tienen en más de la mitad edades de 51 a 60 años, más de la mitad son varones, no existe un predominio mayoritario de una ocupación, siendo de mayor porcentaje el de ama de casa, que más de las tres cuartas partes tienen pareja, más de la mitad tienen estudios de nivel secundario y la mitad de ellos vienen tratando la hipertensión arterial por un periodo de 1 a 5 años. Asimismo, tenemos a **Meléndez, y colb. (2020)**, la media de edad de su población de estudio fue de 70.6 años, y buscaron evaluar los estilos de vida de personas con HTA que participaron en un programa de intervención comunitaria sobre autocuidado dentro de su entorno. **Huamán (2019)**, consideró la edad 60-65 años, sexo femenino, estado civil de casado, instrucción educativa secundaria, en su estudio información preventiva sobre Hipertensión Arterial y Estilo de Vida en adultos mayores en el centro de salud Los Aquijes de la ciudad de Ica. **Córdova (2019)**, tuvo edades comprendidas entre 40 a 80 años, en una población militar, donde busco conocer el autocuidado que tiene el personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial en la ciudad de Lima. **Ascona (2022)**, en su investigación ha considerado a los adultos mayores cuyas edades en su mayoría son de 60 a 68 años (57%), son de sexo masculino (61.6%), son casados (51.2%), con un nivel primario (39.5%) y 19.8% presenta enfermedades previas destacando la hipertensión arterial. El autocuidado en el adulto mayor es regular con un 51.2%, según sus dimensiones: promoción de salud el 65.1% tiene un regular, la interacción social el 51.2% es bajo, el bienestar personal, el 55.8% es bajo, la actividad física, el 58.1% es regular y la alimentación 60.5% es regular. Para la variable estilos de vida el 90.7% no es saludable y el 9.3% saludable.

Según lo publicado por la **OMS (2022)**, hace referencia a que en la “Región de las Américas, más de una cuarta parte de las mujeres y cuatro de cada diez hombres (de 30 a

79 años de edad) tienen hipertensión (definida como una PA $\geq 140/90$ mmHg o por el hecho de tomar medicamentos antihipertensivos) y las tasas de diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión son deficientes”.

La alta prevalencia de esta enfermedad crónica, nos permite considerar que el manejo del entorno cotidiano, es importante para su control y el mantenimiento de su salud, por lo que es importante los estilos de vida que practiquen, así tenemos que los pacientes investigados en más de la mitad presentan un estilo de vida poco saludable. Y en cuanto a las dimensiones de los estilos de vida, se ha encontrado que las dimensiones de estilos de vida: alimentación, actividad y ejercicio y manejo de estrés, en casi las tres cuartas presentan un estilo de vida poco saludable. Y más de la mitad presentan un estilo de vida poco saludable en las dimensiones apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud.

La población en estudio presenta un autocuidado regular, en las tres dimensiones del autocuidado de la salud, el autocuidado también es regular. Tal como nos indica Concepción (2023), la Dra. Dorothea E Orem usa la palabra “agente de autocuidado para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando las personas ponen en práctica los buenos hábitos para llevar un estilo de vida saludable se les considera agentes de autocuidado. La agencia de autocuidado son las aptitudes de las personas que practican diariamente para su adecuado autocuidado y lograr de esa manera mantener su bienestar. Los pacientes que practican buenas costumbres basadas en estilos de vida saludable representan una agencia de autocuidado capaz de cumplir sus necesidades y mantener su salud”.

En cuanto a la relación de los estilos de vida con el autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial, se pudo observar que del 67.8% de los pacientes investigados que presentan un estilo de vida poco saludable, el 46.7% presentan un autocuidado regular. Del 32.2% de los pacientes investigados que presentan un estilo de vida saludable, el 17.8% presentan un autocuidado regular. Aplicando la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=7.186$) se muestra que el estilo de vida y el autocuidado no presentan relación estadística significativa ($p<0.05$). En su estudio **Morales (2017)**, evidenció que existe relación entre la variable estilo de vida y el autocuidado, si un paciente tiene un estilo de vida saludable o muy saludable, se asocia a un autocuidado adecuado, mientras mejor sea el estilo de vida de los Adultos mayores con Hipertensión Arterial del Hospital II ESSALUD Huaraz, éste tendrá

un mejor autocuidado, **Ascona (2022)** concluyó finalmente que si existe relación significativa entre estilos de vida y autocuidado.

Así tenemos que en la relación de los estilos de vida y la dimensión capacidades fundamentales y disposición del autocuidado, se observa que del 67.8% de los pacientes investigados que presentan un estilo de vida poco saludable, el 48.9% presentan un autocuidado regular. Del 32.2% de los pacientes investigados que presentan un estilo de vida saludable, el 20.0% presentan un autocuidado regular. Aplicando la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=2.697$) se muestra que el estilo de vida y la dimensión capacidades fundamentales y disposición del autocuidado no presentan relación estadística significativa ($p<0.05$).

En la relación de los estilos de vida y los componentes del poder, se observa que del 67.8% de los pacientes investigados que presentan un estilo de vida poco saludable, el 56.7% presentan un autocuidado regular. Del 32.2% de los pacientes investigados que presentan un estilo de vida saludable, el 30.0% presentan un autocuidado regular. Aplicando la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=3.671$) se muestra que el estilo de vida y la dimensión componentes de poder no presentan relación estadística significativa ($p<0.05$).

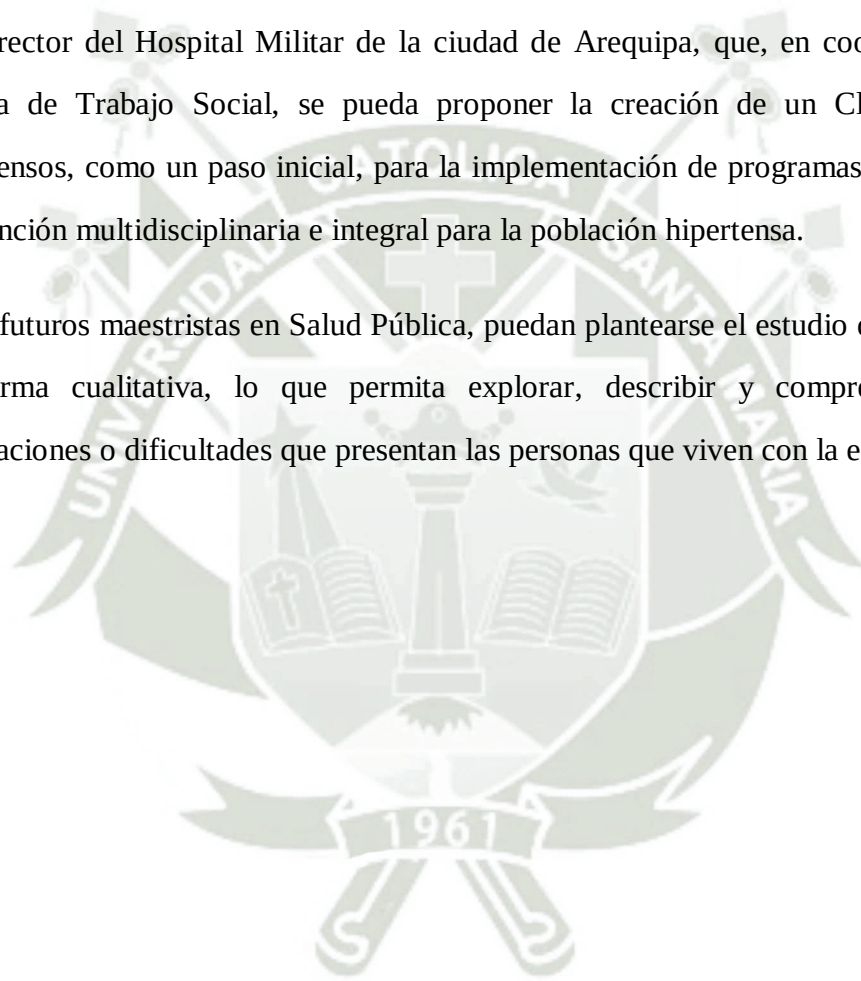
En la relación de los estilos de vida y la dimensión capacidad para operacionalizar, se observa que del 67.8% de los pacientes investigados que presentan un estilo de vida poco saludable, el 58.9% presentan un autocuidado regular. Del 32.2% de los pacientes investigados que presentan un estilo de vida saludable, el 28.9% presentan un autocuidado regular. Aplicando la prueba de chi cuadrado ($\chi^2=4.636$) se muestra que el estilo de vida y la dimensión capacidad para operacionalizar no presentan relación estadística significativa ($p<0.05$).

CONCLUSIONES

- PRIMERA** : El estilo de vida de los pacientes hipertensos atendidos en el Hospital Militar de Arequipa, en más de la mitad fue de poco saludable. Y en cuanto a las dimensiones de los estilos de vida, se ha encontrado que las dimensiones de estilos de vida: alimentación, actividad y ejercicio y manejo de estrés, en casi las tres cuartas presentan un estilo de vida poco saludable. Y más de la mitad presentan un estilo de vida poco saludable en las dimensiones apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud.
- SEGUNDA** : El autocuidado de los pacientes hipertensos atendidos en el Hospital Militar de Arequipa, en más de la mitad fue de nivel regular, en las dimensiones del autocuidado de la salud, en las capacidades fundamentales , disposición de autocuidado, los componentes de poder y la capacidad para operacionalizar.
- TERCERA** : Existe una relación significativa entre el estilo de vida con el autocuidado de los pacientes hipertensos atendidos en el Hospital Militar de Arequipa. En razón a que existe un estilo de vida poco saludable y un autocuidado de nivel regular.

RECOMENDACIONES

1. Al Director del Hospital Militar de la ciudad de Arequipa, que, en atención a los resultados obtenidos, se pueda fortalecer las estrategias educativas, para mejorar los conocimientos sobre la Hipertensión Arterial, y brindar las herramientas necesarias a los pacientes para mejorar la conducta de su autocuidado y promover estilos de vida saludables.
2. Al Director del Hospital Militar de la ciudad de Arequipa, que, en coordinación con la oficina de Trabajo Social, se pueda proponer la creación de un Club de pacientes hipertensos, como un paso inicial, para la implementación de programas e intervenciones de atención multidisciplinaria e integral para la población hipertensa.
3. A los futuros maestristas en Salud Pública, puedan plantearse el estudio de estas variables en forma cualitativa, lo que permita explorar, describir y comprender mejor las motivaciones o dificultades que presentan las personas que viven con la enfermedad.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón-Pérez, A. (2019). *Capacidad de Autocuidado en pacientes adultos maduros con diagnóstico de Hipertensión Arterial en el consultorio externo del Hospital de Ventanilla, 2019*. Lima-Perú: UCV.
- Álvarez, R., Hernández, G., Báster, M., & et.al. (2018). *Principios básicos de promoción de salud y prevención de enfermedades y otros daños a la salud*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Ascona, E. (2022). *Relación entre Estilos de Vida y Autocuidado en el adulto mayor el distrito de Cocas*. Chinchá-Perú: Universidad San Juan Bautista.
- Avendaño Mora, K. (2021). *Estilos de vida y estrés en pacientes con hipertensión arterial de un centro de salud de Barreiro-Babahoyo*. Piura: Universidad César Vallejo.
- Benet, M., Morejón, A., Espinosa, A., Landrove, O., Peraza, D., & Ordúñez, P. (15 de Febrero de 2023). *Factores de riesgo para Enfermedades Crónica en Cienfuegos*. Obtenido de <https://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1166>
- Brouwers, S., Sudaño, I., Kokubo, Y., & Sulaica, E. (2021). *Hipertensión arterial*. Lanceta.
- Cabrera Mehan, M., & Bustamante Rojas, C. (2020). *Relación de Hipertensión Arterial y estilos de vida en adultos mayores del Centro de Salud Pucalá*. Chiclayo: Universidad Particular de Chiclayo.
- Carnero, B. (2018). *Nivel de conocimiento en adultos mayores sobre prevención y complicaciones de Hipertensión Arterial en Geriátrica del hospital Dos de Mayo*. Lima, Perú: Univ. Privada San Juan Bautista.
- Concepción, J. (10 de Mayo de 2023). *La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
- Córdova Porras, V. (2019). *Autocuidado del personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro Médico Naval, Bellavista*. Callao.

- Cortes, G. (2021). *La hipertensión alcanza a más de 1200 millones de personas, en su mayoría viven en países con pocos recursos*. Naciones Unidas. Noticias ONU. Mirada global Historias Humanas. Obtenido de <https://news.un.org/es/story/2021/08/1495912>
- Danser, J., Epstein, M., & Batlle, D. (2020). *Los bloqueadores del sistema renina-angiotensina y la pandemia de COVID-19. Hipertensión*. Enlaces.
- Del Castillo-Fernández, D., Brañez-Condorena, A., Villacorta-Landeo, P., Saavedra-García, L., Bernabé-Ortiz, A., & Miranda, J. (2020). “Avances en la investigación de enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú”. *An. Fac. med.*, ;8(4);444-52. doi: <http://doi.org/10.15381/anales.v8i4.18798>
- Espinosa Brito, A. (2018). Recuperado el 27 de noviembre de 2022, de Hipertensión Arterial: Cifras para Definirla al Inicio 2018. *Revista Finlay*, 8(1), 66-74: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000100008&lng=es&tlng=en.
- Espinosa, A. (2021). Sobre el COVID-19: mide tu presión arterial, contrólala y vive más. *Revista Finlay*, 11(3), 229-232. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342021000300229&lng=es&tlng=es.
- Ezzati, M. (2021). *Tendencias mundiales en la prevalencia de la hipertensión y el progreso en el tratamiento y control de 1990 a 2019: un análisis combinado de 1201 estudios representativos de la población con 104 millones de participantes*. Lancet publicado.
- Feehally, J. e. (24 de Febrero de 2022). *Prevención y tratamiento no farmacológico de la hipertensión*. En *Nefrología Clínica Integral: 6ta ed. Elsevier; 2019*. Obtenido de <https://www.clinicalkey.com>.
- Fox, M. (1 de Febrero de 2022). *El número de personas con presión arterial alta se ha duplicado en todo el mundo, según un gran estudio*. Obtenido de <https://edition.cnn.com/2021/08/24/health/blood-pressure-global-rates/index.html>
- Hall, M., & et.al. (2021). *Estrategias de pérdida de peso para la prevención y el tratamiento de la hipertensión: una declaración científica*. American Heart Association Hipertensión. doi: doi:10.1161/HYP.0000000000000202

- Hernández, F., Mena, A., Rivero, M., & Serrano, A. (28 de Noviembre de 2022). *Hipertensión arterial: comportamiento de su prevalencia y de algunos factores de riesgo*. *Rev. Cubana Med Gen Integr.* Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251996000200007&lng=es
- Huamán Vega, F. (2019). *Información preventiva sobre Hipertensión Arterial y Estilo de Vida, en adultos mayores del Centro de Salud Los Aquijes*. Ica: Universidad Nacional San Luis Gonzaga.
- Lai, C., Liu, Y., Wang, C., Wang, Y., Hsueh, S., Yen, M., & et.al. (11 de Febrero de 2022). *Estado de portador asintomático, enfermedad respiratoria aguda y neumonía por síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2). Hechos y mitos [Artículo en prensa]*. 2020. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.jmii.2020.02.012>
- Libby, P., & y otros, e. (23 de Febrero de 2023). *Hipertensión sistémica: mecanismos, diagnóstico y tratamiento*. En *Enfermedad cardíaca de Braunwald: un libro de texto de medicina cardiovascular*. 12a edición. Elsevier; 2022. Obtenido de <https://www.clinicalkey.com>
- Lorenzo, J., & Díaz, H. (29 de Noviembre de 2022). *Estilos y calidad de vida, su vínculo con la depresión en el siglo 21*. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 23(2), 170-171. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000200170&lng=es&tlng=es.
- Majnum, M. (2022). *El número de personas que vive con hipertensión se ha doblado hasta los 1,280 millones de personas en 30 años*. Unsplash.
- Medlineplus. (24 de Febrero de 2023). *La hipertensión arterial y la dieta*. Obtenido de <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/007483.htm>
- Meléndez Mogollón, I., García Silvera, E., Pérez Arias, A., & Vivas Barona, N. (2020). *Hipertensión arterial estilos de vida y estrategias de intervención*. *Revista Científica de Enfermería - RECIÉN - ISSN-e-1989-6409*, 35-49. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7872274>

- Ministerio de Salud del Perú. (2021). *Enfermedad silenciosa conlleva a la aparición de nuevas patologías y es necesario diagnosticar y tratar a tiempo*. MINSA.
- Morales, R. (2017). *Estilo de vida y autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial. Hospital II EsSalud*. Huaraz-Perú: Universidad San Pedro.
- National Heart, Lung, and Blood Institute. (11 de Febrero de 2023). *Plan de Alimentación DASH*. Obtenido de www.nhlbi.nih.gov/health-topics/dash-eating-plan
- Navas, L., Nolasco, C., Carmona, C., López, M., Santamaría, R., & Crespo, R. (28 de Noviembre de 2022). *Relación entre la ingesta de sal y la presión arterial en pacientes hipertensos*. *Revista Edén*. Obtenido de <http://www.revistaseden.org/imprimir.aspx?idArticulo=4424170094097097098424170>
- Olsen, M., Angell, S., Asma, S., Boutouyrie, P., Burger, D., Chirinos, J., & et.al. (2016). *Un llamado a la acción y una estrategia de por vida para abordar la carga global de presión arterial elevada en las generaciones actuales y futuras: la Comisión Lancet sobre hipertensión*. Lanceta.
- OMS. (23 de Junio de 2022). *Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar, revisión 2022: resumen ejecutivo*. Obtenido de <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240052239>
- OMS. (3 de Febrero de 2023). *Hipertensión 2021*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- OMS. (2 de Febrero de 2023). *Perfiles de países de enfermedades no transmisibles*. Obtenido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274512/9789241514620-eng.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (14 de Febrero de 2022). *COVID-19 impacta significativamente los servicios de salud para enfermedades no transmisibles*. Obtenido de Ginebra. OMS; 2021: Disponible en: <https://www.who.int/news/item/01-06-2020-covid-19-significantly-impacts-health-services-for-noncommunicable-disease>

- Pan American Health Organization. (2022). Directrices de la Organización Mundial de la Salud del 2021 sobre el tratamiento farmacológico de la hipertensión: implicaciones de política para la Región de las Américas. *Rev Panam Salud Pública*; 46 e54.
- Patel, P., Orduñez, P., DiPette, D., Escobar, M., Hassel, T., Wyss, F., & et.al. (2017). Control de la presión arterial para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares: Proyecto de prevención y tratamiento. *Rev. Panam. Salud Pública*, 41(8).
- Pragna, P. (2017). Mejor control de la presión arterial para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares: Proyecto de Prevención y Tratamiento Estandarizado de la Hipertensión Arterial. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41-43.
- Rayner, B., Charlton, K., & Derman, W. (2019). *Prevención y tratamiento no farmacológicos de la hipertensión*. En: Feehally, J; Floege, J; Tonelli, M; Johnson, R; eds. *Nefrología Clínica Integral*. 6a ed. Filadelfia, Pensilvania: Elsevier.
- Retana, C. (28 de Noviembre de 2022). *Complicaciones de la hipertensión arterial*. *Geosalud*. Obtenido de https://www.geosalud.com/hipertension/hta_complicaciones.htm
- Revilla Bernal, T. (2020). *Intervención de enfermería agencia de autocuidado paciente adulto hipertenso pandemia*. Hospital regional policial. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín.
- Rivera, A., Orozco, B., Gómez, C., & Suarez, M. (2017). *Conocimiento, actitudes y prácticas del paciente hipertenso del Hospital Malvinas, Florencia*. Colombia: Universidad Surcolombiana.
- Roll´eat. (29 de Noviembre de 2022). *Cambios en el estilo de vida y concepto según la OMS*. Obtenido de www.rolleat.com/es/estilo-de-vida/
- Ruiz, J., & Ruiz, K. (2021). Comparación de las características clínicas y epidemiológicas entre pacientes asintomáticos y sintomáticos con la COVID-19. *Rev. Cubana Med Mil*. Obtenido de <https://www.revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/919/832>.

- Sabando, P., Torres-González, F., & Lamata, F. (2020). *El Sistema Nacional de Salud: Pasado, presente y desafíos del futuro*. México: Ediciones Díaz de Santos.
- Sacristán López, P., Voicu, A., Tosaus Catalán, P., & García Villarroja, B. (2021). Hipertensión arterial, artículo monográfico. *Revista Sanitaria de Investigación*.
- Salazar, M., Barochiner, W., Espeche, I., & Ennis. (2020). COVID-19, Hipertensión y enfermedad cardiovascular. *Revista science*, 176-180. doi: <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2020.06.003>
- Scielo. (2017). Mejor control de la presión arterial para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares. *Revista Scielo*, 41(1). Obtenido de <https://www.scielo.org/article/rpsp/2017/.v41/1#>
- Shimbo, D., & et.al. (2020). *Monitoreo de la presión arterial automedida en el hogar: una declaración de política conjunta de la Asociación Médica Estadounidense*. Circulación. doi: doi:10.1161/HYP.0000000000000202.
- Stanaway, J., Afshin, A., Gakidou, E., Lim, S., Abate, D., Abate, H., & et.al. (2018). *Evaluación comparativa de riesgos global, regional y nacional de 84 riesgos conductuales, ambientales, ocupacionales y metabólicos o grupos de riesgos para 195 países y territorios, 1990-2017: un análisis sistemático para el Estudio de carga global de mor.* Lancet.
- Storey, R. (2021). *El número de personas con presión arterial alta se ha duplicado a nivel mundial, según estudio*. CNN-Salud.
- Valenzuela, C. (29 de Noviembre de 2021). *Hipertensión arterial en los jóvenes*. Obtenido de <https://www.ucsc.cl/blogs-academicos/hipertension-arterial-en-los-jovenes/#:~:text=Se%20presenta%20principalmente%20en%20adultos,que%20cultivan%20una%20vida%20sana>.
- Valero, R., & García-Soriano, A. (28 de Noviembre de 2022). *Normas, consejos y clasificaciones sobre hipertensión arterial*. *Enfermería global*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412009000100012&lng=es

Weschenfelder, D., & Gue, J. (28 de Noviembre de 2022). *Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. Enferm. glob.*

Obtenido

de

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412012000200022&lng=es.

Yang, J., Zheng, Y., Gou, X., Pu, K., Chen, Z., Guo, Q., & et.al. (2020). Prevalencia de comorbilidades en la infección por el nuevo coronavirus de Wuhan (COVID-19): una revisión sistemática y metanálisis. 2020. *Revista Internacional de Enfermedades Infecciosas*. Obtenido de <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.03.017>

Zhang, J., Dong, X., Cao, Y., Yuan, Y., Yang, Y., Yang, Y., & et.al. (12 de Febrero de 2023). *Características clínicas de 140 pacientes infectados con SARS-CoV-2 en Wuhan, China. Alergia. 2020.*

Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., & et.al. (2020). *Curso clínico y factores de riesgo de mortalidad de pacientes adultos hospitalizados con COVID-19 en Wuhan, China: un estudio de cohorte retrospectivo. Lanceta.*



ANEXOS

ANEXO 1
INSTRUMENTOS

PRIMER INSTRUMENTO

1. FORMULARIO DE PREGUNTAS

Datos sociodemográficos

1.1. Edad:

- | | |
|---------------|-----|
| 40 a 50 años | () |
| 51 a 60 años | () |
| 61 a 70 años | () |
| 71 a más años | () |

1.2. Sexo:

- | | |
|-----------|-----|
| Femenino | () |
| Masculino | () |

1.3. Ocupación:

.....

1.4. Estado Civil:

- | | |
|-----------------------------|-----|
| Soltera/o | () |
| Casada/o y/o Conviviente | () |
| Divorciada/o y/o Separada/o | () |
| Viuda/o | () |

1.5. Grado de Instrucción:

- | | |
|------------------------|-----|
| Primaria | () |
| Secundaria | () |
| Superior Técnico | () |
| Superior Universitario | () |

1.6. Tiempo de diagnóstico de la enfermedad:

- | | |
|----------------|-----|
| Menos de 1 año | () |
| 1 a 5 años | () |
| 6 a 10 años | () |
| 11 a más años | () |

2. ESCALA DE ESTILO DE VIDA SEGÚN PENDER

Autor: Walker, Sechrist, Pender

Modificado por: Díaz, E; Reyna, E; Delgado, R (2008)

Instrucciones: Por favor, responda a cada oración lo más exacto posible y trate de no pasar por alto ninguna oración teniendo en cuenta que:

N	V	F	S
NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE

AFIRMACIONES		N	V	F	S
		1	2	3	4
ALIMENTACIÓN					
1	Come Ud. tres veces al día: desayuno, almuerzo y comida	N	V	F	S
2	Todos los días, Ud. consume alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carne, legumbres, cereales y granos.	N	V	F	S
3	Consume de 4 a 8 vasos de agua al día	N	V	F	S
4	Incluye entre comidas el consumo de frutas	N	V	F	S
5	Escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida.	N	V	F	S
6	Lee Ud. las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes.	N	V	F	S
ACTIVIDAD Y EJERCICIO					
7	Hace Ud. ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana.	N	V	F	S
8	Diariamente Ud. realiza actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo.	N	V	F	S
MANEJO DEL ESTRÉS					
9	Usted identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida.	N	V	F	S
10	Expresa sus sentimientos de tensión o preocupación	N	V	F	S
11	Ud. Plantea alternativas de solución frente a la tensión o preocupación.	N	V	F	S
12	Realiza alguna de las siguientes actividades de relajación tales como: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración.	N	V	F	S
APOYO INTERPERSONAL					
13	Se relaciona con los demás	N	V	F	S
14	Mantiene buenas relaciones interpersonales con los demás	N	V	F	S
15	Comenta sus deseos e inquietudes con las demás personas	N	V	F	S
16	Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de los demás.	N	V	F	S
AUTORREALIZACIÓN					
17	Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida.	N	V	F	S
18	Se encuentra satisfecho con las actividades que fomenta su desarrollo personal.	N	V	F	S
19	Realiza actividades que fomenten su desarrollo personal	N	V	F	S
RESPONSABILIDAD DE LA SALUD					
20	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica.	N	V	F	S
21	Cuando presenta una molestia acude al establecimiento de salud.	N	V	F	S
22	Toma medicamentos solo prescritos por el médico	N	V	F	S
23	Toma en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud.	N	V	F	S
24	Participa en actividades que fomentan su salud: sesiones educativas, campañas de salud, lectura de libros de salud.	N	V	F	S
25	Consume sustancias nocivas: cigarro, alcohol y/o drogas.	N	V	F	S

SEGUNDO INSTRUMENTO

CUESTIONARIO SOBRE LA CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE HIPERTENSO

Este cuestionario va orientado a evaluar e identificar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial.

Afirmaciones		Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
1	Siento que mi estado de ánimo me permite cuidarme					
2	Cuando duermo 6-8 horas diarias, me siento descansado					
3	Invierto tiempo en mi propio cuidado					
4	Considero importante realizar ejercicio					
5	Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad					
6	Considero que conozco como actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial					
7	Cuando inicio un nuevo medicamento solicito al profesional de enfermería me proporcione información necesaria de la correcta administración					
8	Considero que la cantidad máxima de sal que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son 2 cucharaditas					
9	Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas					
10	Considero que el profesional de enfermería me escucha y aclara mis inquietudes					
11	Conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad					
12	Camino diariamente como mínimo 30 minutos					
13	Realizo cambios según las necesidades para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad					
14	Realizo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado					
15	Evalúo si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar y el de mi familia					
16	Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas					
17	Siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual					
Total						

ANEXO 2
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo

He sido informado (a) sobre los aspectos que conciernen al trabajo de Investigación: **ESTILOS DE VIDA Y SU RELACIÓN CON EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE HIPERTENSO EN EL HOSPITAL MILITAR DE AREQUIPA, 2023.**

Se me ha explicado el objetivo de la investigación y entiendo que la información que se proveerá en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima, además estoy consciente que los resultados de la investigación aportarán beneficios para la atención del paciente con COVID-19 en hospitalización.

Por lo tanto, autorizo de forma voluntaria y doy mi consentimiento a que se me apliquen los instrumentos propios de la investigación.

Firma

ANEXO 3

MATRIZ DE DATOS

							ESCALA DE ESTILO DE VIDA SEGÚN PENDER																				CUESTIONARIO CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN EL PAC HIPERTENSO																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
							Alimentación					ActyEjer		Manejo estrés				Apoyo Interperson				Autorreali			Responsabilidad de la salud						CapFundAuto			Compon Poder		Capacidad para operacionalizar																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Edad	Sexo	Ocupación	Educativa	Grado	TDE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			

42	4	2	Carpintero	4	3	3	2	3	2	2	2	1	2	3	1	2	3	3	2	3	4	2	3	3	4	2	1	2	3	1	4	3	4	3	4	2	4	3	4	3	3	5	4	4	4	3	2		
43	3	1	Vendedora	3	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3	3	2	3	3	2	1	3	3	2	3	3	3	4	4	3	4	4	3	4	3	3	3	3		
44	5	2	Técnico en retiro	4	2	2	4	3	4	4	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	2	1	3	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3	2	2	3	3	3	5				
45	3	2	Chofer	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	2	2	4	4	4	2	4	3	3	3	3	3	3				
46	4	1	Ama de casa	2	2	3	3	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	1	2	3	3	2	2	3	3	3				
47	3	1	Ama de casa	3	2	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	4	4	3	3	2	3	3	3	3	3			
48	2	1	Vendedora	2	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2			
49	3	2	Campesino	2	4	3	4	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	2	3	3	2	2	3	3	3	1	4	3	4	3	3	3	4	4	3	3	3	4	4	4	3	3		
50	4	2	Chofer	2	2	1	4	4	4	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	1	4	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3			
51	3	1	Vendedora	2	3	2	3	4	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	1	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4		
52	3	2	Albañil	2	4	1	4	2	3	3	2	2	2	1	2	3	2	2	2	3	3	2	1	2	2	2	1	1	3	2	1	4	5	5	4	4	2	4	4	3	3	3	5	4	3	3	4	2	
53	4	2	Albañil	4	3	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	1	4	3	3	3	2	2	3	3	4	3	3	3	2	2	2	2		
54	3	1	Docente	3	1	1	2	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	3	2	3	2	4	4	4	4	1	3	3	3	3	4	4	2	2	3	3	2	2	2	2	2		
55	3	1	Oficinista	2	3	3	2	2	2	2	1	2	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	4	4	4	4	3	1	2	2	2	3	3	3	4	4	3	4	4	3	3	3	3	
56	3	1	Secretaria	2	4	3	3	2	2	3	2	3	1	2	4	2	2	2	4	4	2	2	4	4	3	3	3	4	3	3	1	4	3	3	3	4	3	4	3	2	4	3	3	3	2	2	3	3	
57	3	1	Ama de casa	2	4	2	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	4	4	4	4	4	4	5	4	2	4	4	4	4	4	4	2			
58	2	2	Chofer	2	4	2	2	3	2	2	2	1	2	3	1	2	3	2	3	2	3	4	2	3	3	4	2	1	2	3	1	4	3	4	3	4	2	4	3	4	3	5	4	4	4	3	2		
59	3	1	Ama de casa	2	3	2	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3	2	1	3	3	2	3	3	3	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	3	3		
60	4	2	Carpintero	4	2	1	4	3	4	4	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	2	3	2	3	3	3	2	2	1	3	3	2	2	3	2	3	2	3	3	2	2	3	3	5			
61	3	1	Secretaria	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	2	2	4	4	4	2	4	3	3	3	3	3		
62	5	2	Técnico en retiro	4	2	3	3	3	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	1	2	3	3	2	2	3	3
63	4	1	Ama de casa	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	4	4	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3		
64	4	1	Ama de casa	3	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2		
65	2	1	Secretaria	2	2	3	4	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	1	4	3	4	3	3	3	4	4	3	3	3	3	4	4	4	3	3	
66	3	2	Agricultor	2	4	2	4	4	4	4	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	1	4	4	4	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3		
67	4	2	Chofer	2	2	1	3	4	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	1	4	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	2		
68	3	2	Agricultor	2	3	3	4	2	3	3	2	2	1	2	3	2	2	2	3	3	2	1	2	2	2	1	1	3	3	2	1	4	5	5	4	4	2	4	4	3	3	5	4	3	3	4	4	2	
69	3	1	Recepcionista	2	4	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	1	4	3	3	3	2	2	3	3	4	3	3	3	2	2	2	2	2	2		
70	5	2	Técnico en retiro	4	3	2	2	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	3	3	2	3	3	2	4	4	4	4	4	1	3	3	3	3	3	3	4	4	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2		
71	5	2	Técnico en retiro	3	1	2	2	2	2	2	1	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	4	4	4	4	3	1	2	2	2	2	3	3	3	4	4	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3		
72	3	1	Ama de casa	2	3	3	2	2	3	2	3	1	2	4	2	2	2	4	4	2	2	4	4	2	3	3	3	3	3	1	4	3	3	3	4	3	4	3	2	4	3	3	2	2	3	3	3		
73	3	1	Oficinista	2	4	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	4	4	4	4	4	4	5	4	2	4	4	4	4	4	4	4	2		
74	2	1	Ama de casa	2	4	3	2	3	2	2	2	1	2	3	1	2	3	3	2	3	4	2	1	2	3	1	4	3	4	3	4	3	4	2	4	3	4	3	3	5	4	4	4	3	2				
75	3	2	Chofer	1	4	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3	2	1	3	3	2	3	3	3	4	4	3	4	3	4	3	3	3	3	3			
76	3	1	Ama de casa	2	3	2	4	3	4	4	2	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	2	2	1	3	3	2	2	3	3	2	3	2	3	3	2	2	3	3	3	5			
77	4	2	Carpintero	4	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	2	4	4	2	4	3	3	3	3	3	3			
78	5	2	Oficial en retiro	3	2	3	3	3	2	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2	3	2	3	3	3	3	1	2	3	3	2	2	3	3
79	5	2	Técnico en retiro	4	4	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	4	4	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3		
80	4	2	Chofer	2	3	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	3	3	4	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	2		
81	5	2	Técnico en retiro	4	2	2	4	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	1	4	3	4	3	3	3	4	4	3	3	3	3	4	4	3	3	
82	4	2	Carpintero	3	2	3	4	4	4	4	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	1	4	4	4	4	3	3	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3		
83	4	2	Chofer	2	2	3	3	4	4	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	1	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	4	3	3	3	4	4	4	
84	4																																																

ANEXO 4
CONSTANCIA DE EJECUCIÓN



CONSTANCIA

El que suscribe, Coronel Director del Hospital Militar III DE – Arequipa, hace constar que:

KERLY ALEJANDRA URIARTE VALENCIA

Ha ejecutado y aplicado una Escala de Estilo de Vida y un Cuestionario sobre la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso atendido en el establecimiento de salud que dirijo, para ejecutar su Proyecto de Investigación titulado: **“ESTILOS DE VIDA Y SU RELACIÓN CON EL AUTOCUIDADO DEL PACIENTE HIPERTENSO EN EL HOSPITAL MILITAR DE AREQUIPA, 2023”**.

Se expide el presente a solicitud de la Universidad Católica de Santa María.

Arequipa, 10 de junio del 2023




O 300116571-O+
MEZA ARAGON EDWIN SANTOS
CRL ART
DIRECTOR DEL HOSPITAL MILITAR DE LA III DE