

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
Facultad de Ciencias de la Salud
EAP de Enfermería

**RELACION ENTRE CONOCIMIENTOS, PRACTICAS DE AUTOCUIDADO E
HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS ADULTOS MAYORES DE 35 AÑOS
DEL DISTRITO MISIONERO DE CHACLACAYO DE LA IGLESIA
ADVENTISTA DEL SÉPTIMO DÍA, 2011**

Trabajo de investigación
presentado para optar el Título Profesional
de Licenciado(a) en Enfermería

Por
Deisy Keila Condori Meza
Eima Sánchez Rivera

Julio de 2011

DEDICATORIA

A mi padre Pr. Pascual Condori

Queque.

A mi madre. Eva Meza Santiago.

A mis hermano. José y Benjamín.

A mis abuelitos. Manuela y Daniel.

A mis tíos. Damaris Garcia, Javier

Condori y José Meza.

*A mis profesores, en especial a nuestra
asesora.*

Mg. Keila Miranda

Atte. Deisy Keila, Condori Meza

*A mi madre. Eumenia Rivera que en
vida fue.*

A mi padre. Solano Sánchez Ruiz.

*A mis hermanos. Sabino, Roger, Cesar,
Elbert, Italo, Duber.*

A mi cuñada. Patricia Toranzo.

A mis tíos. Leopoldo Rivera.

*A mis profesores, en especial a nuestra
asesora.*

Mg. Keila Miranda

Atte. Eima Cruzbelinsa Sánchez Rivera.

AGRADECIMIENTO

Ahora que culminamos un peldaño más en nuestra vida profesional, quisiéramos agradecer:

A Dios por que nos dio la fortaleza y estuvo con nosotras los cinco años de estudio.

Al pastor del distrito misionero de Chaclacayo, juntamente con los ancianos de las diferentes iglesias.

A las autoridades de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión.

A la dirección de investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Deisy Keila, Condori Meza

Eima Cruzbelinsa Sánchez Rivera.

RECONOCIMIENTO

Expresamos nuestro reconocimiento en primer lugar a Dios quien fue el que nos condujo, para que se haga realidad nuestro sueño; asimismo a aquellas personas que nos apoyaron en la realización del presente trabajo de investigación

A nuestra asesora la Mg. Keila Miranda quien en el transcurso de nuestra investigación fue nuestra amiga y consejera, cuyos conocimientos fueron pilares indispensables en nuestro trabajo de investigación.

Al Lic. Nehemias Zabolla, por su colaboración en el área estadística.

A la Dra. Mayela Cajachahua, Dr. Alfonso Paredes, Mg. Mary Luz Solórzano, Mg. Bertha Chanducas, por su valiosa colaboración

Deisy Keila Condori Meza

Eima Sánchez Rivera

“La complacencia pecaminosa contamina el cuerpo e incapacita a los hombres para el culto espiritual. Los que aprecian la luz que Dios les ha dado acerca de las reformas de la salud poseen una ayuda importante en la obra de ser santificados por la verdad y de llegar a ser aptos para heredar la inmortalidad. Pero el que desprecia la luz y vive en continua violación de las leyes naturales, debe pagar las consecuencias; sus facultades espirituales se anublan, y ¿cómo podrá perfeccionar su santidad en el temor de Dios?” Consejos sobre la salud, p. 22.

TABLA DE CONTENIDO

Carátula.....	I
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Reconocimiento.....	iv
Reflexión.....	v
Tabla de contenido.....	vi
Lista de tabla.....	ix
Lista de gráficos.....	xi
Resumen.....	xii
Abstract.....	xiv
Introducción.....	xv
CAPÍTULO I: EL ROBLEMA.....	1
Planteamiento del problema.....	1
Formulación del problema.....	5
Objetivos.....	5
Objetivo general.....	5
Objetivos específicos.....	5
Justificación del problema.....	6
Antecedentes.....	7
CAPÍTULO II: BASES TEÓRICO.....	11
Fundamento bíblico.....	11
Teoría de enfermería.....	12
Fundamento teórico.....	13
Presión arterial.....	13
Hipertensión arterial.....	14
Definición.....	14
Manifestaciones clínicas.....	14
Clasificación.....	14
Factores de riesgo de la hipertensión.....	15
Complicaciones.....	18
Tratamiento para la hipertensión arterial.....	19

Prevencción de la hipertensión arterial.....	26
Prevencción primaria.....	26
Alimentación sana o saludable.....	27
Realizar ejercicios aeróbicos.....	31
Evitar la dita con altos consumo de sodio y fomentar el consumo de potasio y calcio.....	32
Descanso.....	34
Temperancia.....	35
Confianza en Dios y control del estrés.....	36
Estilo de vida.....	37
Reforma pro salud de la IASD.....	37
Presencia de la hipertensión arterial.....	38
Conocimientos.....	38
Autocuidado.....	38
Hipótesis del problema.....	39
Hipótesis principal.....	39
Hipótesis específicas.....	39
Definición de términos usados.....	40
Variables.....	41
Definición conceptual.....	41
Operacionalización de variables.....	42
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÒGICO.....	47
Tipo y diseño de estudio.....	47
Descripción del área geográfica de estudio.....	47
Población y muestra.....	48
Instrumentos de la recolección de datos.....	49
Proceso de la recolección de datos.....	52
Análisis de la información.....	53
Consideraciones éticas.....	53
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	54
Análisis estadísticos de los datos.....	54
Análisis descriptivos de la investigación.....	55
Análisis general.....	55
Análisis descriptivos relevantes.....	57

Análisis y Discusión de los resultado.....	61
CAPITULO V: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y	
RECOMENDACIONES.....	70
Conclusiones.....	70
Recomendaciones.....	72
Limitaciones.....	73
Referencias.....	74
ANEXOS.....	80
Anexos 1: figuras tablas generales de la investigación.....	81
Anexos 2: Instrumento de recolección de datos (cuestionario).....	96
Anexos 3: Validación de cuestionario por expertos.....	104
Anexos 4: Presupuesto.....	108
Anexos 5: Cronograma de actividades.....	109

LISTA DE TABLA

Tabla 1	Clasificación de la presión arterial.....	15
Tabla 2	Estratificación del riesgo.....	20
Tabla 3	Pérdidas normales diarias de sodio y potasio.....	33
Tabla 4	Contenido aproximado de sodio los alimentos.....	33
Tabla 5	Contenido aproximado de potasio en los alimentos.....	33
Tabla 6	La ingesta de Sodio en el adulto.....	34
Tabla 7	La ingesta de Calcio en el adulto.....	34
Tabla 8	Características de la población estudiada.....	55
Tabla 9	Frecuencia de la hipertensión arterial de los adultos mayores de 35 años del distrito misionero Chaclacayo.....	57
Tabla 10	Nivel de conocimiento según la presencia de hipertensión arterial en adultos mayores de 35 años del distrito misionero de Chaclacayo.....	58
Tabla 11	Nivel de práctica de autocuidado según la presencia de hipertensión arterial en los adultos mayores de 35 años del distrito misionero de Chaclacayo.....	59
Tabla 12	Análisis estadísticos de los resultados de estudio.....	60
Tabla 13	Presencia de hipertensión arterial según género de los adultos mayores de 35 años del distrito misionero de Chaclacayo.....	81
Tabla 14	Presencia de hipertensión arterial según edad de los adultos mayores de 35 años del distrito misionero de Chaclacayo.....	82
Tabla 15	Presencia de hipertensión arterial según el grado de estudios de los adultos mayores de 35 años del distrito misionero de Chaclacayo.....	83
Tabla 16	Presencia de la hipertensión arterial según antecedentes familiares directos con hipertensión arterial de los adultos mayores de 35 años del distrito misionero de Chaclacayo.....	84
Tabla 17	Presión arterial según el conocimiento de la presencia de hipertensión arterial de los adultos mayores de 35 años del distrito	

	misionero de Chaclacayo.....	85
Tabla 18	Iglesias del Distrito Misionero de Chaclacayo.....	86
Tabla 19	Presencia de hipertensión arterial según iglesias y clasificación de la presión arterial de los miembros mayores de 35 años del Distrito de Chaclacayo.....	87
Tabla 20	Nivel de práctica de autocuidado en controles con la presencia de hipertensión arterial en los adultos mayores de 35 años del distrito misionero de Chaclacayo.....	90
Tabla 21	Nivel de prácticas de autocuidado en alimentación con la presencia de hipertensión arterial en los adultos mayores de 35 años del distrito misionero de Chaclacayo.....	91
Tabla 22	Análisis de regresión múltiple entre los puntajes de conocimiento cognitivo y procedimental con la presencia de hipertensión arterial...	93
Tabla 23	Análisis del ANOVA entre los puntajes de conocimiento cognitivo y procedimental con la presencia de hipertensión arterial.....	93
Tabla 24	Análisis de regresión múltiple entre los puntajes de práctica de autocuidado en controles, alimentación y prevención de estrés con la presencia de la hipertensión arterial.....	94
Tabla 25	Análisis del ANOVA entre los puntajes de práctica de autocuidado en controles, alimentación y prevención de estrés y sedentarismos con la presencia de la hipertensión arterial.....	94
Tabla 26	Análisis de regresión múltiple entre los puntajes del nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado con la presencia de la hipertensión arterial.....	95
Tabla 27	Análisis de ANOVA entre los puntajes del nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado con la presencia de la hipertensión arterial.	95

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Cuadro sobre patología de las complicaciones de la hipertensión arterial.....	20
Figura 2	Género de los miembros mayores de 35 años del Distrito Misionero Chaclacayo.....	81
Figura 3	Edad de los miembros mayores de 35 años del distrito misionero Chaclacayo.....	82
Figura 4	Grado de estudios de los miembros mayores de 35 años del distrito misionero Chaclacayo.....	83
Figura 5	Antecedentes familiares directos con hipertensión arterial de los miembros mayores de 35 años del distrito misionero Chaclacayo....	84
Figura 6	Presencia de hipertensión arterial en los miembros mayores de 35 años del distrito misionero Chaclacayo.....	85
Figura 7	Nivel de conocimiento la hipertensión arterial de los miembros mayores de 35 años del distrito misionero Chaclacayo.....	88
Figura 8	Nivel de conocimiento cognitivo de los miembros mayores de 35 años del distrito misionero Chaclacayo.....	88
Figura 9	Nivel de conocimiento procedimental de los miembros mayores de 35 años del distrito misionero Chaclacayo.....	89
Figura 10	Nivel de práctica en hipertensión arterial de los miembros mayores de 35 años del distrito misionero Chaclacayo.....	89
Figura 11	Nivel de prácticas de autocuidado en hipertensión arterial en los controles de los miembros mayores de 35 años de las iglesias del distrito misionero de Chaclacayo.....	90
Figura 12	Nivel de prácticas de autocuidado de la hipertensión arterial en la alimentación de los miembros mayores de 35 años de las iglesias del distrito misionero de Chaclacayo.....	91
Figura 13	Nivel de autocuidado en Prevención del estrés y sedentarismos de los miembros mayores de 35 años que fueron encuestados en las iglesias del distrito misionero de Chaclacayo.....	92

RESUMEN

El propósito del estudio fue determinar la relación del nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado con la hipertensión arterial en los adultos mayores de 35 años del distrito misionero de Chaclacayo de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, 2011.

Material y Método: El estudio fue de tipo cuantitativo, diseño no experimental, descriptivo, correlacional – causal de corte transversal en el distrito misionero de Chaclacayo, mediante un muestreo probabilístico, resultando 123 participantes.

Resultados: Respecto a las características de la población en estudio el 70% y 66,6% de los que presentaron hipertensión estadio 1 y 2 pertenecían al género femenino y masculino; respecto a la edad, el 35% y 66,7% de los que presentaron hipertensión estadio 1 y 2, pertenecían a la edad etaria de 35 a 45 años y 46 a 56 años. Respecto al grado de estudio el 40% y 66,7%, de los que presentaron hipertensión estadio 1 y 2, pertenecían al grado superior. En contraste con antecedentes familiares el 40% y 66,6% de los que presentaron, hipertensión estadio 1 y 2, presentaban antecedentes familiares. Con respecto al conocimiento sobre la presencia de hipertensión el 55,0% y el 100% de los que presentaron hipertensión arterial estadio 1 y 2, tenían conocimiento sobre la presencia de la hipertensión arterial. Según las iglesias el 28,6% y 20% de los que presentaron hipertensión estadio 1 pertenecían a las iglesias de la Floresta y Chaclacayo; y el 5% y 10% de los que presentaron hipertensión 2 pertenecían a las iglesias de Villa Rica y Chaclacayo. Con respecto a la

frecuencia de la hipertensión arterial; se encontró que el 35% (44) presentaron pre-hipertensión, 18.7% (23) presentaron hipertensión estadio 1 y 2.

Según el nivel de conocimientos con la hipertensión arterial, se encontró que el 55% y 66,7% de los que presentaron hipertensión estadio 1 y 2 presentaban nivel bueno y excelente. En el nivel de práctica con la hipertensión arterial, se encontró, que el 75% y 99,9 % de los que presentaron hipertensión estadio 1 y 2 obtuvieron un nivel de deficiente a regular y de deficiente a bueno.

Conclusiones: Existe una relación positiva muy débil entre el conocimiento y la hipertensión, a diferencia de las prácticas de autocuidado con la hipertensión arterial, debido a que existe una relación positiva considerable. Asimismo en relación entre el nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado con la hipertensión arterial muestran que existe una relación positiva débil.

Palabras clave: Conocimiento, práctica de autocuidado, presión arterial, hipertensión arterial, buen estilo de vida.

ABSTRACT

The purpose of this study was to determine the relationship of the level of knowledge and self-care practices with hypertension in adults older than 35 years of missionary district of Chaclacayo Adventist Church Seventh Day, 2011.

Methods: The study was a quantitative non-experimental, descriptive, correlational - causal cross-section in the missionary district of Chaclacayo, probabilistic sampling, resulting in 123 participants.

Results: Regarding the characteristics of the study population 70% and 66.6% of those with hypertension stage 1 and 2 belonged to the female and male, for age, 35% and 66.7% of those had hypertension stage 1 and 2 belonged to the age group between 35 and 45 and 46 to 56 years. Study regarding the extent of 40% and 66.7% of those with hypertension stage 1 and 2 belonged to the higher grade. In contrast to family history 40% and 66.6% of those presenting, hypertension stage 1 and 2, had a family history. With regard to knowledge about the presence of hypertension 55.0% and 100% of those with hypertension stage 1 and 2, were aware of the presence of hypertension. According to the churches 28.6% and 20% of those with stage 1 hypertension belonged to the churches of the Forest and Chaclacayo, and 5% and 10% of those with hypertension, 2 belonged to the churches of Villa Rica Chaclacayo. With respect to the frequency of hypertension, found that 35% (44) had pre-hypertension, 18.7% (23) had hypertension stage 1 and 2.

Depending on the level of knowledge of hypertension, found that 55% and 66.7% of those with hypertension stage 1 and 2 had excellent. In good level and the level of

practice with hypertension, found that 75% and 99.9% of those with hypertension stage 1 and 2 were low level to regulate and from poor to good.

Conclusions: There is a very weak positive relationship between knowledge and hypertension, as opposed to self-care practices with hypertension, because there is a significant positive relationship. Also in relation between the level of knowledge and self-care practices with hypertension show that there is a weak positive relationship.

Keywords: Knowledge, practice self-care, blood pressure, high blood pressure, good lifestyle.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en los países desarrollados, siendo la hipertensión arterial una de las primeras causas básicas de mortalidad y el principal factor de riesgo para el accidente cerebro vascular y las enfermedades cardiovasculares, por esto se conoce a la hipertensión arterial como un problema de salud pública de primera importancia; y se estima que se encuentra entre el 10 al 30% de la población adulta mundial (OMS, 2002)

Existen programas de prevención en favor a este tipo de enfermedades crónicas como es la hipertensión arterial, con el fin de educar el área de conocimiento y las prácticas de autocuidado, ya que existen factores en el estilo de vida que favorecen el aumento de las cifras de presión arterial, como es la ingestión excesiva de sal en las comidas, debido a que se reabsorbe agua por lo tanto aumenta la volemia; incrementando el volumen sistólico y finalmente el gasto cardiaco y por consiguiente la presión arterial, la obesidad (relacionado con las lipoproteínas de baja densidad LDL, que tienen en mayor porcentaje de colesterol, esto favorece a la formación de ateromas constituyendo así un factor de riesgo para la presión arterial), la ingestión de productos industrializados, el hábito de fumar (es uno de los mayores factores de riesgo de enfermedades coronarias), el estrés y el sedentarismo. También es necesario controlarse la presión arterial y asistir a los controles con el médico, ya que se sabe que solo de esta manera se podrá prevenir la elevación de las cifras de la presión arterial por encima de los valores normales, evitando presentar complicaciones vasculares en los órganos blancos: corazón, cerebro, riñón y vasos sanguíneos.

La iglesia Adventista de Séptimo Día promueve el estilo de vida saludable a través del mensaje de la reforma pro salud, el cual pone énfasis en el cuidado del cuerpo porque representa al templo del Espíritu Santo. A pesar de ello, se observó que muchos miembros feligreses no toman conciencia de la gravedad del tema, y prefieren satisfacer el paladar, la inactividad, el mal habito; haciendo de esto una rutina. Al observar la presente situación y presenciar el fallecimiento de 2 personas que presentaron hipertensión arterial, nos motivó a realizar el estudio de uno de los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, las cuales son consideradas como la primera causa de muerte en el mundo.

Para los fines del presente estudio, el tipo de muestreo fue probabilístico, aleatorio simple, debido a que cada elemento de la población tuvo igual probabilidad de ser incluida en la muestra; resultando 123 personas mayores de 35 años del distrito misionero de Chaclacayo. Las partes del contenido de esta investigación están resumidas en los siguientes capítulos:

Capítulo I: Contiene el planteamiento del problema y su formulación, así como los objetivos de estudio que guía la investigación. En este capítulo también se incluye la, justificación y antecedentes.

Capítulo II: Presenta el marco teórico en relación a la investigación, hipótesis, definición de términos, las variables y operacionalización de las variables.

Capítulo III: En este capítulo se presenta el diseño metodológico de la investigación que incluye el tipo de estudio, población y muestra, recolección de datos, y descripción del área de estudio.

Capítulo IV: Se presenta los resultados expresando en tablas y figuras con sus respectivos análisis e interpretaciones y se finaliza con la discusión.

Capítulo V: Se registra las conclusiones, recomendaciones y limitaciones. Así mismo se incluye la bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

Planteamiento del problema

Según la Organización Mundial Salud (2011), las principales amenazas para la salud humana a nivel mundial, son las enfermedades crónicas no transmisibles entre las que destacan, enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades crónicas respiratorias. Estas representan alrededor del 60% de las causas de muerte y el 44% de las muertes prematuras, las cuales se producen en países de bajos y medianos ingresos.

Asimismo la OMS en su último informe dio a conocer que en el año 2008, 36 millones de personas murieron de enfermedades crónicas no transmisibles en el mundo, esto significa que el 63 % de los fallecimientos fueron causados por estas patologías y se predice que para el año 2030, podrían acabar con la vida de 52 millones de personas (OMS, 2011).

Las enfermedades crónicas no transmisibles representan un tema grave para la salud pública y constituyen una emergencia sanitaria global, cuyos factores de riesgo son el uso de tabaco, la dieta inadecuada, la inactividad física y el consumo nocivo de alcohol; los cuales son considerados como determinantes sociales evitables y prevenibles. Al no ser controladas, existe la posibilidad de presentar hipertensión

arterial, dislipidemia y la obesidad (Alianza Libre de Humo de Tabaco Argentina, 2011).

Según Mcphee y Ganong (2007), la hipertensión arterial es una enfermedad crónica que se caracteriza por el incremento de la presión de sangre. Asimismo la OMS (2010), indica que esta enfermedad, es la causa del 4.5% de la carga global actual de la enfermedad y es un factor de riesgo cardiovascular frecuente en el mundo, existen 1,000 millones de personas con hipertensión arterial, y esto es asociado al incremento del sobrepeso y obesidad.

Esta enfermedad es uno de los cinco factores de riesgo que produce más muertes en el mundo. Las estadísticas reportan que 6.9 millones de muertes son por enfermedad isquémica de los cuales el 49% son atribuibles a la hipertensión arterial, 5.1 millón de muertes se deben a las enfermedades cardiovasculares, de las cuales 62% también son atribuibles a la hipertensión arterial. Cabe mencionar que en el año 2000 la hipertensión arterial, ya era un problema de salud pública de primera importancia, porque entre el 10 y 30 % de la población adulta a nivel mundial la padecía (Régulo, 2006).

En los Estados Unidos más de 50 millones de habitantes padecen de hipertensión arterial, de los cuales el 40% son adultos de raza negra y el resto son mayores de 60 años. Por otro lado, las estadísticas en España muestran que el 35% de la población adulta presenta hipertensión arterial, por esto los expertos estiman que en el año 2025 esta cifra podría aumentar en un 24% en los países desarrollados y un 80% en los países en vías de desarrollo (Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la hipertensión arterial, 2007).

Las mismas estadísticas se presentan en Chile, según el Consenso Latinoamericano de hipertensión arterial (2001), donde el 43% de la población es

hipertensa, el 26,1% reciben tratamiento y sólo el 8,2% de éstos han logrado un control efectivo. Hernández (2010), señala que la mitad de la población Chilena es considerada como hipertensa, y representan uno de cada tres fallecimientos en Chile.

En el Perú, el 24% de la población es hipertensa, esto equivale a cinco millones de personas, es decir, uno de cada cuatro peruanos es hipertenso (Ruiz, 2005). Asimismo la prevalencia de hipertensión en el 2008 en la población general fue de 23,7% (varones 13.4% y mujeres 10.3%). En la Costa, la prevalencia fue de 27.3%, en la Sierra 22.1% y en la Selva 22.7%. Estas cifras indican que la posibilidad de desarrollar hipertensión fue mayor en la Costa (Almirall, 2008).

El 60% de hipertensos en el Perú, desconocen datos importantes acerca de esta enfermedad, como también los factores de riesgo, los niveles de presión arterial, el tratamiento y la prevención (Ruiz, 2005). Por eso, para lograr el progreso en el control de la hipertensión arterial (HTA), se necesita investigación adicional y mejoras en las tres áreas de conocimiento, tratamiento y control de la HTA (Banegas, 2006).

Los conocimientos tienen un cierto grado de influencia en la práctica de autocuidado, la cual es una actividad del individuo aprendida por él y orientada hacia un objetivo; es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividades en beneficio de su vida, su salud y bienestar (Lina,2004).

Se entiende que una de las medidas de prevención para la hipertensión arterial es la alimentación saludable, actividad física, descanso, control de estrés, temperancia (evitar el consumo del tabaco y alcohol) (Concilio Latino Americano Saludable, 2011).

Estas medidas de prevención tienen relación con el mensaje de reforma pro salud que la Iglesia Adventista del Séptimo día a nivel mundial, la cual viene promoviendo, con la finalidad de contribuir a la cantidad y calidad de vida del ser humano, a través de la promoción de un estilo de vida saludable. La reforma pro salud, señala 8 remedios naturales: buena nutrición, el ejercicio, consumo de agua, la temperancia, el aire puro, la luz del sol, el descanso y la confianza en Dios. Numerosos informes, respaldan la filosofía de salud de la IASD, por ejemplo Kots (2011), en su artículo “10 hábitos saludables que te pueden ayudar a vivir hasta los 100 años”, argumenta que para vivir saludable, las personas deben vivir como un adventista del séptimo día.

Por otro lado en un reporte del canal televisivo CNN por Anderson Cooper, se reveló porque los adventistas tienen mayor esperanza de vida; y era porque presentaban un estilo de vida saludable, estudiaban la biblia, lo cual los hacía diferentes (Geographic, 2006).

Todo ello indica, que la vida de los adventistas son un ejemplo a seguir en cuanto a las prácticas de estilo de vida. Cabe mencionar que en el 2007 la IASD aprobó el estudio del libro Salud y Adoración tomo II a todos sus miembros a nivel Sudamérica, con el fin de tener mayor cuidado del cuerpo y para poder servir a Dios mejor con el vigor de la salud que con la decrepitud de la enfermedad (Pinheiro, 2008). Sin embargo las investigadoras observaron a través de una encuesta dirigida al distrito misionero de Chaclacayo, que el 40% en promedio de los miembros desconocen, factores de riesgo, complicaciones, tratamiento y prevención de la hipertensión arterial. Además un 90% cree que un estilo de vida adecuado (como son los 8 remedios naturales) puede prevenir la hipertensión arterial, lo cual demuestra que tienen actitudes positivas. Pero en cuanto a las prácticas de autocuidado el 70%

de los encuestados indican que consumen carnes 2 veces a la semana, no realizan con frecuencia actividad física, debido a que trabajan en oficinas, comen de 1 a 2 frutas al día, éstos hábitos son considerados como factores de riesgo de la hipertensión arterial, por otro lado en una entrevista realizada al mismo grupo de dicho distrito, algunos refirieron presentar hipertensión arterial.

La situación descrita anteriormente motivó a las investigadoras a plantear la siguiente pregunta de investigación.

Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre el nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado con la hipertensión arterial en los adultos mayores de 35 años del distrito misionero de Chaclacayo de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, 2011?

Objetivos

Objetivo general.

Determinar la relación entre el nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado con la hipertensión arterial en los adultos mayores de 35 años del distrito misionero Chaclacayo, de la Iglesia Adventista del Séptimo Día.

Objetivos específicos.

1. Describir las características de la población estudiada con la hipertensión arterial.
2. Identificar la frecuencia de la hipertensión arterial en los adultos mayores de 35 años del distrito misionero de Chaclacayo de la Iglesia Adventista del Séptimo Día.

3. Determinar la relación del nivel de conocimientos con la hipertensión arterial en los adultos mayores de 35 años del distrito misionero Chaclacayo, de la Iglesia Adventista del Séptimo Día.
4. Determinar la relación del nivel de prácticas de autocuidado con la hipertensión arterial en los adultos mayores de 35 años del distrito misionero Chaclacayo, de la Iglesia Adventista del Séptimo Día.

Justificación del problema

El presente trabajo de investigación se justifica por las siguientes razones:

Aporte teórico.

El presente estudio tiene un gran aporte teórico, porque ordena, y sistematiza información relevante sobre el conocimiento y las prácticas de autocuidado en la prevención de la hipertensión arterial; cabe mencionar que dicha enfermedad crónica persiste en el Perú, con mayor prevalencia en la Costa; esto se da muchas veces por el ambiente en el que se encuentran, por los desórdenes alimenticios, consumos diarios de grasa, entre otros, por eso es de vital importancia prevenir dicha enfermedad y no sufrir de problemas cardiovasculares. Es necesario estudiar a fondo el conocimiento y práctica de autocuidado en prevención de la hipertensión, esta información se compartirá a la comunidad científica que mediante sus consultas se constituirá en una fuente generadora de nuevos trabajos de investigación.

Aporte metodológico.

Para poder realizar el presente estudio y medir las variables, se elaboró un instrumento el cual fue dividido en 3 partes: La primera estaba conformada por los datos generales que caracterizaban a la población de estudio, la segunda

estaba conformada por preguntas que medían el nivel de conocimientos en el área cognitiva y procedimental y la tercera estuvo conformada por el nivel de prácticas de autocuidado en el área de control, alimentación, prevención del estrés y del sedentarismo.

Aporte práctico y social.

Los resultados finales se pondrán a disposición del pastor del distrito misionero de Chaclacayo como también de los ancianos de cada iglesia, para que en base a los resultados se ayude a tomar decisiones, de esta manera mejorar la calidad de vida de cada miembro, asimismo en el futuro podrían ejecutar programas educativos enfatizando el buen estilo de vida de un cristiano, con la finalidad de prevenir y controlar la enfermedad. La investigación es relevante ya que los resultados darán a conocer una realidad específica sobre el conocimiento, las prácticas de autocuidado con la hipertensión arterial en el distrito misionero de Chaclacayo, el cual también será informado a la Asociación Peruana Central Este sobre dicha investigación y será publicada en la Revista Científica de la Universidad Peruana Unión.

Antecedentes

Leguía, Pacheco y Valdivia (2006). Realizaron un trabajo de investigación titulado “Nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado del paciente hipertenso. Policlínico Juan Rodríguez Izaola, policlínico Villa María y Servicio de Transporte de emergencia”, LIMA, PERÚ. Cuyo objetivo del estudio fue establecer la relación entre el nivel de conocimiento y prácticas del autocuidado del paciente hipertenso en tres centros asistenciales de Es Salud de Lima. El diseño de estudio fue descriptivo-comparativo. Siendo los resultados, que la media de la nota de conocimientos de autocuidado resultó regular -14.6- (DE 2.7), sin embargo, por niveles el 16.7%

calificó como excelente, el 31,7% bueno, 35% regular y 16.7% deficiente. Asimismo la media de la nota de práctica de autocuidado resultó regular -12.4- (DE 4.5); pero por niveles, sólo el 15% califica como excelente, el 21,7% bueno, 25% regular y 38.3% deficiente. Llegando a la conclusión que no existe relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de práctica sobre el autocuidado del paciente con hipertensión arterial.

Jiménez, L. y Sierra, A. (2003). Realizaron un trabajo de investigación titulado “nivel de conocimientos de los pacientes hipertensos ingresados en un servicio de medicina sobre su hipertensión y el riesgo cardiovascular” Barcelona, España. El objetivo del estudio fue determinar el nivel de conocimientos de la hipertensión (HTA) y el riesgo cardiovascular que tienen los pacientes hipertensos ingresados en un servicio de medicina para diseñar un programa educativo. Utilizando una metodología de estudio descriptivo, transversal. Cuyo resultado fue que el 39% no sabía lo que es la hipertensión y el 70% dice que nadie se lo ha explicado y solo un 39% considera la HTA es un proceso para toda la vida. El 65% considera la presión elevada es a partir de 160/95. Por lo respecta a los factores asociados con la HTA, un 52% no es capaz de enumerar ninguno. Referente a la medicación solo un 61% dice que es para toda la vida y 28% dice que se puede abandonar cuando la presión se normalice. Llegando a la conclusión que el conocimiento de los pacientes sobre la hipertensión arterial y el riesgo asociado sigue siendo bajo, en cambio los riesgos de la elevación de la presión arterial y la dieta son más conocidos.

Rivera (2006), en su trabajo de investigación titulado “Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá”, Colombia. Cuyo objetivo fue describir la capacidad que tiene la persona hospitalizada con diagnóstico de hipertensión arterial para realizar actividades de

cuidado hacia sí mismo. Utilizando una metodología cuyo diseño fue descriptivo; siendo sus resultados que el 53 % de las personas hospitalizadas con hipertensión arterial tuvieron deficiente capacidad de agencia para el autocuidado en tanto que el 47 % presentaron suficiente capacidad de agencia para el autocuidado ; llegando a la conclusión que el cuidado de personas hipertensas es un reto para el personal de salud y la comunidad; los cuidados de enfermería deben estar enfocados en ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

Soto (2001), realizó un trabajo de investigación titulado “Prevalencia de hipertensión arterial en la ciudad de Chiclayo” Lima. El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia poblacional de la hipertensión arterial (HTA) en la población adulta de la ciudad de Chiclayo y sus factores de riesgo. Utilizando una metodología de estudio descriptivo, transversal. Siendo los resultados, que la prevalencia de hipertensión arterial en la población adulta de Chiclayo es de 29.2%, los varones (30,7%) un poco mayor que las mujeres (28,6%) con incremento progresivo según la edad. Asimismo el nivel de conocimiento de sus cifras de HTA lo tiene solo en el 38% de la población, una cifra similar de hipertensos desconecta su situación actual. Llega a las siguientes conclusiones que existe una alta prevalencia de hipertensión arterial en la ciudad de Chiclayo, casi uno de cada tres adultos son hipertensos, y los factores principales son antecedente familiar de HTA, y obesidad.

Saldarriaga (2007). En su trabajo de investigación titulado “Valoración de conocimientos de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en personas que acuden al Centro de Salud Corrales” Tumbes Perú. El objetivo fue determinar el nivel de conocimiento de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular en

personas adultas que acuden al Centro salud Corrales. Empleando una metodología de tipo descriptivo simple. Siendo los resultados que el conocimiento es bajo en el 45.8 % de la población estudiada, desconocen los factores de riesgo cardiovascular, 35 % de las personas tiene conocimiento que la obesidad es un factor de riesgo cardiovascular, el 62.8 % del sexo masculino; predominaron los pacientes de 60 a 65 años, entre los hábitos nocivos el consumo de cigarrillo con 25 % y alcohol con 29 % el riesgo es al menos el doble, en comparación con los no fumadores obteniéndose que son causas más comunes en las enfermedades cardiacas y con ello la presencia de enfermedad hipertensiva.

Huanca (2006). En su investigación. Impacto de un Programa Educativo “Vida Sana” en Personas Hipertensas del Hospital Gustavo Lanatta Luján Huacho, Perú. Cuyo objetivo del estudio fue determinar el impacto del programa en el nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de ejercicios físicos, para valorar la desviación de presión arterial antes y después de la intervención. Utilizando un tipo de estudio de diseño pre- experimental. Llegando a los siguientes resultados de evaluación estadísticas, confirmo los cambios en conocimientos de 10.8 % subió a 46.8% en la escala vigesimal, la correlación de muestras fue de 0.02 de significancia positiva. Llegando a las conclusiones que el programa tuvo un impacto positivo, los hipertensos que adquieren mas conocimientos de su enfermedad, mejoran su conducta y la rutina de los ejercicios físicos normalizan la presión arterial a través de un programa educativo de salud basado en el modelo PRECEDE-PROCEDE.

CAPÍTULO II

BASES TEÓRICAS

Fundamento bíblico

La Iglesia Adventista del Séptimo Día promueve la Reforma Pro-Salud, basadas sus creencias fundamentales en las Sagradas Escrituras. Es un gran sistema educativo que se ha dispersado por todo el mundo, Dios a cuidado cada detalle de la vida del hombre y jamás la ha dejado en una condición desesperada en cualquier aspecto de su ser.

En el tema de la salud Dios guió a su pueblo a través del Espíritu de Profecía, el Señor había dejado claro que “entre la mente y el cuerpo hay una relación misteriosa y maravillosa.” Es por ello, que su deseo es que nuestro cuerpo no estuviera en tinieblas con respecto a la salud. Cualquier cosa que disminuya la fuerza física, debilita la mente y la vuelve menos capaces de escoger lo bueno, y tenemos menos fuerza de voluntad para hacer lo que sabemos que es correcto. Por esto la reforma Pro Salud de la Iglesias Adventista del Séptimo Día, promueve un estilo de vida saludable.

Asimismo la señora White (1970), menciona: “En la preparación del pueblo (IASD) para la Segunda Venida del Señor; se ha realizado una gran obra por medio de la promulgación de los principios favorables a la salud. Debe instruirse acerca de la necesidad del organismo físico y el valor de la vida sana según la enseña en las

Escrituras, a fin de que los cuerpos que Dios creó puedan serle presentados como sacrificios vivos, idóneos para rendirle un servicio aceptable. Hay una gran obra que hace en favor de la humanidad doliente en cuanto a aliviar sus sufrimientos por el empleo de los agentes naturales que Dios ha provisto.”

Por esto los hombres y las mujeres no deben de violar la ley natural, complaciendo el apetito depravado y pasiones concupiscentes; de la misma manera el Señor ha permitido que sobre nosotros resplandezca la luz de la Reforma Pro Salud, para ver el pecado que se comete al violar las leyes que Él estableció desde el principio (White, 1969).

El antiguo Israel rechazó la luz, y no vieron la necesidad de restringir su apetito, ya que ansiaban la carne. Dios les concedió carne a los israelitas rebeldes, pero su maldición iba con ella. Miles de ellos murieron a consecuencia del consumo exagerado de la carne (Reina Valera, 1960).

Aquellos que han recibido la luz y no la siguen, harán que sus bendiciones se conviertan en maldiciones y sus misericordias en juicio. Por ello Dios quiere que aprendamos a ser humildes y obedientes (White, 2009).

Teoría de enfermería.

Teorías del autocuidado (Dorotea Orem)

El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente, llevar a cabo por sí solas o haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar. Al respecto, Orem citada por Marriner (2007), sostiene que “el autocuidado es un sistema de acción”. El autocuidado se debe aprender y desarrollar de manera deliberada y continua, conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus periodos de

crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales. La teoría del autocuidado también se amplía con la teoría del cuidado dependiente, en la que se expresan el objetivo, los métodos y los resultados del cuidado de los otros.

Fundamento teórico

Presión arterial.

Es la fuerza que ejerce la sangre al circular contra la pared de las arterias; esta fuerza es imprescindible, ya que permite que circule la sangre por los vasos sanguíneos, aportando oxígeno y nutrientes a todos los órganos del cuerpo (Guyton, 2000).

La presión arterial presenta dos factores determinantes: El gasto cardiaco y la resistencia periférica.

El gasto cardiaco es el volumen sistólico por la frecuencia cardiaca, mientras que la resistencia periférica es el resultado de la fricción de las moléculas de la sangre sobre las paredes sanguíneas. Asimismo Guyton (2000), menciona que el único órgano capaz de regular la presión arterial es el riñón.

“Los riñones sanos producen hormonas como renina y angiotensina. Estas hormonas regulan la cantidad de sodio (sal) y líquidos que mantiene el cuerpo, lo cual se extienden y contraen los vasos sanguíneos, que al mismo tiempo ayudan a controlar la presión arterial” (Baxter, 2006).

Hipertensión arterial

Definición.

“La hipertensión arterial (HTA), es una enfermedad crónica que consiste en la elevación de la presión arterial sistólica (PAS), diastólica (PAD) o de ambas por encima de los valores considerados como normales (PAS: mayor de 120 mmHg); (PAD: mayor de 80 mmHg)” (OMS, 2002).

En la actualidad representa un problema de salud pública más importante en los países industrializados (desarrollados); y adquiere su importancia porque a mayores cifras de presión arterial, mayor morbilidad y mortalidad de individuos afectados (Acosta, 2000).

Manifestaciones Clínicas

Las personas hipertensas pueden ser asintomáticas y permanecer así muchos años, debido a que la aparición de signos y síntomas es por causa de lesiones vasculares. Dentro de la sintomatología atribuible a la hipertensión arterial, la más frecuente es la cefalea, pero lo es más, en aquellos que conocen el diagnóstico, que en los que tienen igual nivel de presión arterial, pero desconocen que son hipertensos. La cefalea suele ser fronto-occipital, en ocasiones, despierta en las pri

meras horas de la mañana. En la hipertensión arterial de estadio 2, la cefalea occipital es más constante y uno de los primeros síntomas que alerta en la persona. Otros síntomas atribuidos a la hipertensión arterial como zumbidos de oídos, epistaxis o mareos, los cuales no son frecuentes en los sujetos normotensos (Smeltzer & Bare, 2005).

Clasificación

Kotllar y Fernández (2003), aprobado por la OMS, publicó nuevas pautas para la hipertensión arterial, debido a que los estudios clínicos relacionaron valores de la

presión arterial, que eran considerados bastante bajos, con incremento en el riesgo de enfermedad cardiovascular. Los nuevos lineamientos son:

Tabla 1

Clasificación de la presión arterial según la 7th Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure.

Categoría	Sistólica (mmHg)	Diastólica (mmHg)
Normal	Menor a 120	Menor a 80
Pre hipertensión	120 – 139	80 – 89
Hipertensión (Estadio 1)	140 – 159	90 – 99
Hipertensión (Estadio 2)	Mayor a 160	Mayor a 100

Tortora (2006), refiere que “Según estas nuevas pautas, las clasificación optima se considera como normal, en pre hipertensión ahora se incluyen muchos más individuos que antes eran clasificados como normales ó normal alto. La hipertensión de estadio 1 permanece sin cambios respecto de los lineamientos previos y la hipertensión de estadio 2 ahora combina la 1 categoría 2 y 3 previas ya que el tratamiento es el mismo en las categorías 2 y 3 previas”.

Factores de riesgo de la hipertensión

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia identificable, que se asocia con un aumento de la probabilidad de padecer o estar expuesto a un proceso mórbido. Asimismo Saldarriaga, (2007) refiere que la mejor manera de clasificar los factores de riesgo es de manera modificable y no modificable, ya que la hipertensión no presenta causas específicas sino factores de riesgo.

No modificables.

Según Jenkins (2005), menciona que uno de los factores de riesgo de la hipertensión arterial es la agregación familiar ó herencia, edad, sexo y raza.

Agregación familiar ó Herencia. La hipertensión tiende a ocurrir en familias, lo que se debe principalmente a factores genéticos y en segundo lugar, a las semejanzas del estilo de vida. También se da de padres a hijos, y se transmite la predisposición de desarrollar cifras elevadas de presión arterial. Se desconoce su mecanismo exacto, pero la experiencia acumulada demuestra que cuando una persona tiene un progenitor (o ambos) hipertenso/s, las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble, que las de otras personas con ambos padres normo tensos (Saldarriaga, 2007).

Edad. La hipertensión ocurre más frecuentemente en las personas mayores de 35 años de edad. Por lo general, los hombres desarrollan la hipertensión entre los 35 y 50 años, mientras que las mujeres son más propensas a padecer hipertensión después de la menopausia. En general, entre más avanzada sea la edad de la persona, mayores son las probabilidades de que padezca hipertensión.

Raza. Con relación a la raza, es más frecuente la hipertensión arterial en las personas de color negro, quienes tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión a diferencia de los de raza blanca.

Modificables.

Según Jenkin (2005), considera como factores modificables al sobrepeso, la alimentación no balanceada (el exceso de sodio en la dieta), el consumo de alcohol, los factores de estrés medioambiental, el temperamento, y las desventajas sociales y económicas. Asimismo Saldarriaga (2007), considera al tabaquismo y al sedentarismo como otros factores modificables.

Sobrepeso. El sobrepeso incrementa la presión arterial y la obesidad incrementa aún más. Cada kilo de tejido graso está ocupado por miles de capilares que necesitan una presión para que la sangre circule. Cuanto mayor sea la cantidad de grasa, más duro deberá ser el trabajo del corazón.

Un individuo con sobrepeso está más expuesto a tener presión arterial alta que un individuo con peso normal. A medida que se aumenta de peso se eleva la presión arterial (Saldarriaga, 2007).

Alimentación no balanceada. El elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a la hipertensión arterial. El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo de la hipercolesterolemia debido al poder aterogénico que incrementa los niveles de colesterol LDL.

Consumo de alcohol. El consumo regular de más de dos bebidas alcohólicas al día, eleva la presión arterial crónica en algunos grupos y en otros las presiones se eleva tan solo con cantidades inferiores. Esta es una de las muchas razones para reducir al mínimo el consumo de alcohol.

Algunos factores de estrés medioambiental. Estudios en humanos y animales demuestran que algunos factores de estrés medioambiental pueden elevarse la presión arterial no solo de forma aguda, sino también de carácter crónico.

Temperamento. Los estudios efectuados en varias regiones industrializadas, revelan que las personas sometidas a circunstancias estresantes (se quejan, se alteran y muestran sus emociones), tienen menos probabilidades de desarrollar hipertensión. Por otra parte si pueden tener elevaciones agudas de la presión arterial, solo cuando experimentan sus sentimientos; a diferencia de los que niegan estar enfrentándose a problemas, y muestran una ansiedad inferior a la normal (no expresan sus

sentimientos, temores ó emociones) tienden a correr un mayor riesgo de elevación progresiva de la presión arterial.

Desventajas Sociales y Económicas. Las personas con bajos niveles de educación, ingresos bajos o las que son víctimas de racismo o discriminación, corren un riesgo de desarrollar hipertensión como grupo. Numerosos estudios de vecindarios, grupos de pacientes y trabajadores de fábricas de varios países confirman este hallazgo.

Tabaquismo. El tabaco es uno de los peores enemigos del sistema circulatorio; ya que provoca vasoconstricción (estrechamiento de los vasos sanguíneos), alteraciones en los niveles de los lípidos en sangre, favoreciendo así la arteriosclerosis, las alteraciones en la coagulación y las lesiones en el endotelio (la cara interna de los vasos).

Sedentarismo. La vida sedentaria produce el aumento de la masa muscular (sobrepeso), y el colesterol. Una persona sedentaria tiene un riesgo mayor (20 a 50%) de contraer hipertensión, ya que la inactividad física o la falta de ejercicio, son considerados como uno de los mayores factores de riesgo en el desarrollo de la enfermedad cardíaca, e incluso se ha establecido una relación directa entre el estilo de vida, el sedentario y la mortalidad cardiovascular. Una persona sedentaria tiene más riesgo de sufrir arterioesclerosis, hipertensión arterial y enfermedades respiratorias.

Complicaciones

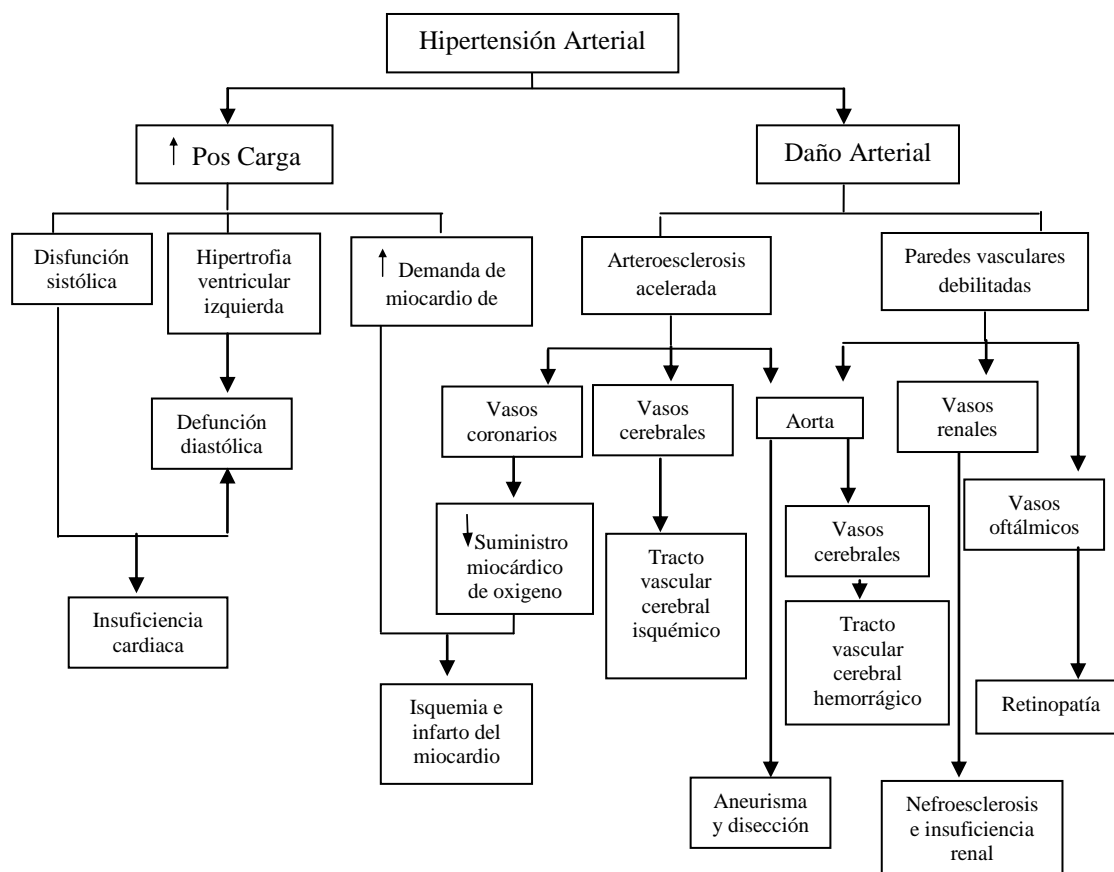
Sardaña (2000), refiere que “la hipertensión tendría mucho menos importancia, si no fuera por las consecuencias que pueden aparecer, en forma de lesiones en diversos órganos ó sistemas, a los que llamamos “órganos diana” por ser el blanco de la agresión del proceso. Asimismo (Bello, Hernandez, Coronado, Arteta, & Daza, 2005) menciona que existe una relación directa entre la hipertensión arterial y el

daño a órganos blancos, como corazón, cerebro y riñón. El estudio de Framingham - Massachusetts confirmó estos hallazgos y demostró que la hipertensión arterial es un factor predisponente para accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, infarto del miocardio e insuficiencia renal.

Williams y Wilekens (1998) citados por McPhee & Ganong (2007), diseñaron un cuadro sobre la patogénesis de las complicaciones de la hipertensión arterial.

Figura 1.

Cuadro sobre patogénesis de las complicaciones de la hipertensión arterial.



Tratamiento para la Hipertensión arterial

El tratamiento se asocia con la disminución del 35% - 40% en la incidencia de accidente cerebrovascular; 20% - 25% en la aparición de infarto de miocardio y del 50% en la progresión a la insuficiencia cardíaca. También reduce la morbilidad por enfermedad renal (Kotllar & Fernández, 2003).

Este tratamiento presenta dos tipos: La modificación en el estilo de vida y la terapia farmacológica, que se inicia cuando no se logra el adecuado control con las medidas higiénico –dietéticas.

El VII informe del JNC (Joint National Committee on Prevention, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure) aconseja una actitud terapéutica diferente, según el grado de presión arterial y los factores de riesgo asociados, identificándose tres grupos de riesgo, como puede verse en la tabla 2.

Tabla 2

Estratificación del riesgo (JNC VII)

Presión arterial (mmhg)	Riesgo grupo a	Riesgo grupo b	Riesgo grupo c
normal- pre hipertensión 130-139/85-89	Modificación del estilo de vida.	Modificación del estilo de vida.	tratamiento farmacológico + modificación del estilo de vida (#)
estadio 1 140-159/90-99	modificación del estilo de vida (hasta 12 meses)	Modificación del estilo de vida (hasta 6 meses) (\$)	Tratamiento farmacológico + modificación del estilo de vida
estadio 2 >159/>99	tratamiento farmacológico + modificación del estilo de vida	Tratamiento farmacológico + modificación del estilo de vida	Tratamiento farmacológico + modificación del estilo de vida

A= Sin factores de riesgo, sin evidencias de afectación orgánica, ni enfermedad cardiovascular clínica.

B= Con al menos un factor de riesgo (no diabetes), sin evidencias de afectación orgánica, ni enfermedad cardiovascular clínica

C= Evidencias de afectación orgánica y/o enfermedad cardiovascular clínica y/o diabetes (con o sin otros factores de riesgo)

(#) En pacientes con insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal o diabetes

(\$) Si factores de riesgo múltiples, considerar iniciar el tratamiento con cambios en el estilo de vida + tratamiento farmacológico

Nota.- El tratamiento farmacológico siempre debe acompañarse de cambios en el estilo de vida.

Tratamiento farmacológico para la Hipertensión Arterial.

Según McPhee & Ganong, (2007) existen mas de 100 medicamentos antihipertensivos comercializados. Las diversas clases de farmaco antihipertensivos, presentan distintos mecanismos de acción, cuya clasificación son:

Diuréticos: Clortalidona, Quinetazona, Furosemida, Espironolactona, Bumetanida.

Agentes adrenérgico: Reserpina.

Agonistas centrales alfa: Metildopa.

Bloqueadores beta: Propranolol, Metoprolol, Nadolol.

Inhibidores de las enzimas concertadoras de angiotensina: Benazepril, Captopril, Enalapril.

Bloqueadores del receptor angitensina II: Candesartan, Losartan,

Antagonista del calcio: Clorhidrato de Diltiazem, Nifedipino, Amlodipino.

Tratamiento no farmacológico (Prácticas de autocuidado de la Hipertensión Arterial).

El tratamiento no farmacológico también es conocido como modificación del estilo de vida, ya que se ha demostrado que estas permiten la reducción de cifra de la presión arterial; siendo así un complemento de los tratamientos medicamentosos, permitiendo reducir u obviar las necesidades y dosis de los mismos, retardar su

instauración; mejorando en definitiva, la calidad de vida de los pacientes tratados. La utilización de estas medidas representa además menor costo y manifiesta menos efectos adversos que el tratamiento farmacológico (Molina, 2009). Asimismo Sardaña (2000), menciona las principales medidas no farmacológicas de tratamiento: reducción de peso excesivo, restricción de la sal común, disminución del consumo de alimentos industrializados, ejercicio físico regular, mayor ingesta de calcio y potasio, control de estrés. Asimismo Perez, Cordiés, Vasquez, & Serrano (2004), afirma que el sedentarismo, y reducción de la ingesta de grasas en los alimentos ayudará a disminuir los problemas cardiovasculares.

Reducción de peso excesivo.

Diversos estudios han demostrado que la obesidad conlleva a producir la hipertensión, porque esta se involucra con el incremento en el volumen de sangre, volumen cardiaco y gasto cardiaco. Por esto Diehl & Ludington (2003), refiere que la reducción de peso con frecuencia es el único tratamiento necesario para corregir la hipertensión arterial.

Muchos estudios realizados han comprobado que el exceso de peso fuera del rango de lo normal producen muchas enfermedades cardiovasculares, por eso es necesario procurarse que la persona mantenga un peso normal, es decir un IMC (Índice de Masa Corporal) entre 18.5 y 24.9; buscando este objetivo, por cada 10 kg de reducción de peso se logrará una reducción de la tensión arterial sistólica entre 5 mm Hg y 20 mm Hg (Kotllar & Fernández, 2003).

Para calcular el peso se recomienda usar:

$$\text{Índice de masa corporal (IMC)} = \frac{\text{Peso en Kg}}{\text{Talla (en metros al cuadrado)}}$$

Ej. Peso: 65 Kg.

Talla: 1.60 ms, (al cuadrado = 2,56) El IMC sería: $65/2.56 = 25.4$

Se considera adecuado entre 20 y 25. Cifras por encima de 27 han sido relacionadas con aumentos de la presión arterial y otras enfermedades asociadas como la diabetes mellitus, dislipidemias y enfermedad coronaria (Perez, Cordiés, Vasquez, & Serrano, 2004).

Restricción de la sal común.

Aunque parezca sorprendente, la hipertensión es infrecuente en el 80% de la población mundial donde el consumo de sal no es común. En los lugares donde se usa mucha sal, como el Japón, esta afección es epidémica, puesto que afecta a la mitad de los adultos (Diehl & Ludington, 2003). Cabe indicar que la sal contiene dos minerales que son el sodio y el cloro; el sodio es importante para las células de nuestro organismo, el exceso de ella es perjudicial para la salud debido a que retiene el agua en el cuerpo, lo cual causa la hinchazón y esto permite que el corazón sufra (Jenkins, 2005).

Los alimentos ricos en proteínas de alta calidad contienen más sodio que la mayoría del resto de los alimentos. Ejemplo: carne, leche, pescado, mariscos, etc. La mayoría de los vegetales y frutas frescas contienen cantidades insignificantes de sodio que pueden emplearse libremente (Tomate, manzana, frejoles blanco, papa) (Perez, Cordiés, Vasquez, & Serrano, 2004). Por esto se recomienda que la ingestión de sal no sobrepase los 2 gr/por cada 1000 calorías en una persona adulta hipertensa (Escott & Mahan, 2009).

Los individuos hipertensos varían en su sensibilidad a la ingesta de sodio. Se calcula que la sensibilidad al sodio es dos veces mayor en estos pacientes (cerca del 60 %) que en sujetos normales. Por esto se definen como enfermos sensibles al sodio

aquellos en los que la presión arterial aumenta en un 10% ó en 10 mm de Hg al ser sometidos a una sobrecarga de sodio. En efecto entre el 50 y 60 % de los hipertensos responden a una dieta pobre en sodio y más o menos el mismo porcentaje responde a un tratamiento diurético (Gomez, 2006).

Restringir el consumo del café, Tabaco, drogas y alcohol.

El ser humano es el único ser vivo que destruye voluntariamente su salud con sustancias tóxicas, como son la nocividad del café, de las bebidas alcohólicas, y sobre todo del tabaco y las drogas. Por esto los fumadores que abandonan el hábito de fumar comienzan a sanar de inmediato. A medida que la nicotina y el monóxido de carbono salen del cuerpo, el riesgo de enfermedad cardiaca disminuye en forma drástica (Pamplona, 2003). Además cuanto mayor es el consumo de alcohol, mayor será la prevalencia de hipertensión arterial, ya que alteran una serie de hormonas que aumentan la frecuencia cardíaca y lesionan las paredes arteriales aumentando así los niveles de tensión arterial (Saldarriaga, 2007).

Ejercicio Físico regular.

El ejercicio físico regular es excelente no sólo para combatir la hipertensión, sino que también ayuda a combatir el sobrepeso, eleva la proporción del colesterol HDL sanguíneo (es decir el colesterol bueno) y disminuye la resistencia de las arterias periféricas (Diehl & Ludington, 2003). Por esto Wilmore & Costill (2001), refiere que la función que puede desempeñar la actividad física en la prevención o retraso del inicio de las enfermedades de las arterias coronarias e hipertensión ha sido una cuestión de gran interés para la comunidad médica, ya que el entrenamiento hace que el corazón se hipertrofié, principalmente a través de un incremento en el tamaño de la cámara ventricular izquierda, pero también por aumentos de espesor de la pared ventricular izquierda. Esta adaptación es posiblemente importante para mejora de la

contractibilidad y para el aumento de la capacidad del trabajo cardiaco. La capacidad de circulación coronaria, puede incrementarse con el entrenamiento aeróbico, debido a que el entrenamiento o ejercicio aeróbico reduce la tensión arterial en quienes tienen una hipertensión moderada, pero no parece tener un gran efecto sobre las personas que padecen una hipertensión aguda (Wilmore & Costill, 2001).

Mayor ingesta de calcio y potasio:

El interés en la relación de la presión sanguínea con el potasio se inició hace 50 años, cuando se surgió que un elevado contenido de potasio en la dieta, podía ejercer cierto efecto antihipertensivo y ser utilizado en el tratamiento de la hipertensión arterial. Asimismo el potasio en la presión sanguínea, incluyen un efecto natriurético directo que inhibe la reabsorción de sodio renal, la supresión de los sistemas renina – angiotensina y nervioso simpático, antagonismo a la respuesta presora de la angiotensina II, vasodilatación directa, aumento de la vasodilatación dependiente del endotelio, disminución de la producción del vaso constrictor tromboxano y el incremento en la producción del vasodilatador calidina. Por lo tanto se puede decir que una ingesta incrementada de potasio (mayor de 90 mmol/día) tiende a disminuir la presión sanguínea en las personas hipertensas y normotensas. (Gomez, 2006). Cabe indicar que el calcio también presenta un efecto en la presión sanguínea, causando relajación de las células del músculo liso vascular; la acción natriurética del calcio, presenta mayor sensibilidad en los pacientes hipertensos así como el sodio, pero el efecto del calcio hace que disminuya la presión sanguínea por efectos vasoactivos potenciales de las hormonas que regulan el calcio (PTH, 1,25 – dihidroxi vitamina D), péptido con el gen de la calcitonina, y la actividad de modulación del sistema nervioso simpático. Por esto se sugiere mantener una ingesta adecuada para cubrir las recomendaciones de calcio (Gomez, 2006).

Control de estrés.

El estrés ha sido asociado con casi todas las enfermedades más comunes de la actualidad: ataques cardíacos, hipertensión arterial, úlceras, dolor de cabeza, dolor de espalda, asma, sistema nervioso afectado e incluso el cáncer. Esa es la razón por la cual es imprescindible tomar medidas conscientes para reducir y evitar los daños que pueda causar al organismo.

“Hay una estrecha relación entre la hipertensión y el estrés ya que este último es el responsable de que nuestro cuerpo tenga una serie de descompensaciones como es la hipertensión arterial. Por esto cuando nuestro cuerpo está en constante ansiedad y no podemos controlarlo, a la larga se convierte en estrés aumentando los latidos cardíacos y por ello la presión sanguínea también aumenta su ritmo. Si tratamos el estrés también tratamos la hipertensión arterial” (Jenkins, 2005).

Prevención de la hipertensión arterial (HTA)

La prevención según Mazarrasa, Sánchez, Germán, Sánchez, Merelles, y Aparicio (2003), es nombrar la preparación de algo con anticipación para un determinado fin, a preveer un daño y anticiparse. Por lo tanto la prevención, es la disposición que se hace de forma anticipada para minimizar un riesgo.

Prevención primaria.

Es la estrategia para la prevención de las enfermedades que se dirigen en general a personas sanas, con el fin de reducir la probabilidad de contraer alguna enfermedad o discapacidad. Por eso la OMS promueve las campañas del control de presión arterial, de esta manera se podrá detectar a aquellas personas que presentan la enfermedad. Por esto la OMS (2002), Indica que la educación a la población sobre la correcta toma de presión arterial es importante ya que se ha demostrado que cuando no se utiliza el procedimiento adecuado para la toma de la presión arterial (PA), se producen

mediciones erróneas. Esa falta de precisión puede conllevar a que se omita el diagnóstico de hipertensión. Asimismo la OPS (2007) enfatiza que el control de presión arterial en un adulto sano mayor de 25 años, debería ser cada 6 meses debido a que hoy en día, el hábito de vida que llevan las personas es monótona, juntamente con la presencia de una alimentación deficiente; por esto es necesario el control médico anual y mantener un estilo de vida saludable; dentro de la prevención primaria también existe estrategias para tener un estilo de vida saludable, como son las siguientes.

Alimentación sana o saludable.

La idea de “alimentación sana” muchas veces está asociada a prohibiciones y al aburrimiento; sin embargo, no es ni más ni menos que el encuentro del placer y la salud a la hora de comer. Este es el concepto que debe imponerse en este siglo para revertir la tendencia mundial a la obesidad, causa de al menos cinco de la enfermedades que más afectan al ser humano en la actualidad, como es la hipertensión arterial (Cayetano, Temas de Salud y Bienestar, 2004). Asimismo menciona que la cuestión de hábitos es modificar lo que el paladar considera sabroso, esto no es imposible. De hecho las diferencias acerca de lo que se considera un manjar entre las culturas y religiones del mundo, dan la pauta de que se trata de una cuestión de costumbre. Y está claro que “el gusto” que ha impuesto la era moderna es perjudicial para la salud y sólo ha generado un aumento indiscriminado de patologías como diabetes, arterioesclerosis, hipertensión, problemas cardiovasculares y digestivos muy graves. Cambiar los hábitos alimenticios ayudará a prevenir estas enfermedades y a mejorar la calidad de vida.

Pamplona (2002), refiere que el régimen alimenticio debe ser completo y variado para poder proporcionar a todo los órganos los nutrientes necesarios; los

alimentos debe adecuarse al peso, edad, estado de la fisiología y al tipo de trabajo o actividad, llegando a cubrir todas sus necesidades de los órganos, para el crecimiento y mantenimiento de los tejidos y órganos. Asimismo White (1993), menciona que “nuestro cuerpo se forma con los alimentos que consumimos; debemos escoger, los alimentos que proporcionan elementos necesarios para el cuerpo. Los malos hábitos alteran la salud y causa debilidad en vez de producir fuerza. Tampoco debemos dejarnos guiar por las costumbres de sociedad, las enfermedades y dolencias que prevalecen provienen respecto al régimen alimenticio; para saber cuáles son los mejores comestibles se debe estudiar el plan original de Dios para la alimentación del hombre; el ejemplo de la alimentación de Adán: “He aquí – dijo que os he dado toda hierba que da semilla y todo árbol que da fruto, para comer”. (Génesis 1:29). Los cereales, las frutas, oleaginosas, y las legumbres construyen el alimento escogido por el creador. Nuestro cuerpo es propiedad de Cristo, comprada por el mismo, y no nos es lícito hacer de ese cuerpo lo que nos plazca.

Según Escott y Mahan (2009), refiere que los adultos están en una fase del ciclo vital para promoción de la salud y la prevención de la enfermedad a través de la nutrición.

Leme (2002), menciona 5 reglas alimentarias básicas:

1. Coma frutas, verduras y hortalizas crudas, variándola cada día.

Frutas: De 3 a 4 unidades.

Verduras: De 2 a 3 porciones.

2. Use cereales integrales y consuma los alimentos en el estado más natural posible tales como menestras y legumbres, el cual se recomienda consumirlas de 4 a 5 veces por semana.

3. Evite ingerir los alimentos que dificulten el funcionamiento tranquilo y regular del organismo tales como:

- Estimulantes (Café, té negro, mate, pimientas, Coca Cola y bebidas similares, caldos de carne, etc.).
- Grasa en exceso, especialmente las saturadas (grasa de cerdo, manteca, margarina, frituras, carne de res). “Las comidas *fast - foods* pueden ser rápidas y fáciles, pero sabemos que están sobrecargadas de grasas. Y según científicos australianos, ahora existe una razón adicional para restringir esos alimentos: nuestras arterias quedan endurecidas durante algunas horas después de ingerirlos. Por esto se recomienda que la ingesta de grasas saturadas sea en mínimas cantidades de 0 a 1 vez por semana.
- El azúcar en cualquiera de sus variadas formas, especialmente en exceso.
- Los aditivos alimentarios (colorantes, acidulantes, conservantes, etc).
- Las carnes en general, principalmente de res, la carne de cerdo, la carne de animales criados con hormonas y los crustáceos.
- Los quesos, especialmente los mantecosos.

4. Mastique hasta que la comida llegue a ser una mezcla homogénea en su boca.

5. Siga una distribución sana de las comidas de día:

- Buen desayuno
- Un almuerzo razonable, no muy abundante.
- Una cena liviana.

Así como el alimento es importante para nuestro organismo, el consumo de agua también lo es ya que es el único nutriente más importante para nuestro cuerpo, y participa en todas las funciones de nuestro cuerpo; la persona adulta promedio no puede soportar más de cinco días sin agua. Nuestro cuerpo tiene aproximadamente el

70% de agua, los músculos aproximadamente 75% de agua, las células cerebrales aproximadamente 85% de agua, en la sangre un 82% de agua, y los huesos un 25% de agua, por lo tanto debemos beber de 8 a 10 vasos de agua al día. El varón aproximadamente tiene de 62% a 65 % de agua en su organismo a diferencia que las mujeres debido a que tiene de 51% al 55 % de agua. Es necesario recordar que el agua es el nutriente más importante para nuestro cuerpo y es considerada como una cura para muchas enfermedades (Don, 2007). Asimismo enfatiza que “El cuerpo pide aproximadamente de unos a dos litros de agua al día porque todo ser humano elimina el agua mediante la transpiración, la orina y la exhalación el cual la elimina, por esto es necesario tomar agua pura y no esperar hasta tener sed, si esperas tener sed entonces probablemente es que ya estés deshidratado. Al dejar de beber agua el cuerpo empieza fallar, es como una máquina que cuando no tiene combustible empieza apagarse, así mismo es el cuerpo cuando dejamos de consumir agua, empieza dolores de cabeza, rigidez por la mañana, el cuerpo ligeramente esta deshidratado”.

Beneficios del agua.

- Aumente la eficacia del sistema inmunológico.
- Evita que las arterias se atasquen en el corazón y el cerebro y por lo tanto, ayuda a reducir el riesgo ataque al corazón y de derrame cerebral.
- Está directamente relacionado con la función cerebral: se necesita para la producción eficaz de neurotransmisores, incluyendo la serotonina; se necesita para la producción de hormonas que el cerebro fabrica, como la melatonina; puede evitar el trastorno de la atención, y mejora nuestra capacidad de concentración.
- Ayuda a prevenir la pérdida de memoria; a medida que envejecemos, reduciendo el riesgo de enfermedades degenerativas como el Alzheimer, la esclerosis múltiples, el Parkinson.

Realizar ejercicios aeróbicos.

Las personas con presión arterial normal con una vida sedentaria incrementan el riesgo de padecer presión arterial elevada entre un 20% a un 50%. Por esto se recomiendan realizar ejercicios aeróbicos (correr, montar bicicletas, trotes, nadar), de 30 a 45 minutos al día, de 3 a 6 veces por semana (Perez, Cordiés, Vasquez, & Serrano, 2004).

Cabe indicar que metabolismo aeróbico es toda actividad que se realiza y se lleva a cabo en un ambiente con oxigenación, utiliza como combustible a la glucosa y grasa. Ejemplo: Correr, caminar, manejar bicicleta, etc; a comparación del metabolismo anaerobio que es la actividad que se realiza en ausencia de oxígeno, es de corta duración con gran intensidad e utiliza como combustible a la glucosa.

Ejemplos: Cargar pesas, carrera de velocidad. Por esto Elizondo (2001), manifiesta que los ejercicios aeróbicos, proporcionan una mejora en la circulación de la sangre hacia los tejidos del cuerpo, fortalece el corazón y mejorar el mecanismo que regula su funcionamiento, aumenta el oxígeno que llega a los pulmones y los tejidos del cuerpo. incrementa la cantidad de glóbulos rojos y hemoglobina, baja la presión arterial, baja los niveles de colesterol en la sangre, fortalece los músculos y articulaciones, produce agilidad, flexibilidad y resistencia, ayuda a eliminar los productos de deshechos de los tejidos favorece la hidratación de la piel, mejorando la figura corporal, ayuda a la digestión, estimula a la salud mental inyectándonos energía y vitalidad y disminuyendo las tensiones emocionales; ayuda a controlar el peso, ayudándonos a prevenir las diversas enfermedades. Asimismo Wilmore y Costill (2001), menciona que la función que puede desempeñar la actividad física en la prevención o retraso del inicio de las enfermedades de las arterias coronarias y de la hipertensión ha sido una cuestión de gran interés para la comunidad médica durante

muchos años, debido a que la actividad ha demostrado ser efectiva en la reducción del riesgo de enfermedades de las arterias coronarias.

Evitar las dietas con alto contenido en sodio y fomentar el consumo de potasio y calcio.

En el organismo hay aproximadamente de 100 a 120 gramos de sodio, de los cuales un tercio se encuentra en el esqueleto y los restantes dos tercios en los fluidos extracelulares en forma ionizada. Asimismo el cloro es el principal anión de los fluidos extracelulares. Se localiza en el plasma, líquido cefalorraquídeo y en las secreciones gastrointestinales; pero el sodio es el principal catión del líquido extracelular, es indispensable para la regulación del volumen de ese líquido, la osmolaridad, el equilibrio ácido-base y el potencial de membranas de las células. Es también necesario para la transmisión de impulsos nerviosos y por consiguiente para mantener la normal excitabilidad muscular. Participa además en el mecanismo de la absorción de varios nutrientes y forma parte de las secreciones digestivas.

Asimismo el potasio es el principal catión intracelular; en el organismo hay 250g, siendo la concentración en el espacio intracelular 30 veces superior a la concentración plasmática. En el medio extracelular participa en el mecanismo de transición de los impulsos nerviosos, en la contractilidad muscular y en la regulación de la presión sanguínea. El 90% de potasio es absorbido por el tracto gastrointestinal. El exceso es eliminado a través del riñón.

Las cantidades de ingesta recomendadas se han propuesto teniendo como base las pérdidas diarias (Tabla 3) y considerando un margen adicional para mantener las reservas corporales y las concentraciones normales en plasma. Por lo tanto su requerimiento mínimo es de aproximadamente 1600 a 2000 mg/día (Lopez & Suárez, 2008).

Tabla 3

Pérdidas normales diarias de sodio y potasio.

	Sodio mg/ día	Potasio mg/día
Urinarias	10	200 – 400
Fecales	13	400
Sudor	46 – 96	-
Totales	115	800 – 1000

Fuente: Tabla de composición química de los alimentos. Recopilación de datos analíticos del Instituto Nacional de Nutrición, 1997.

Tabla 4.

Contenido aproximado de sodio los alimentos

Contenido en sodio (mg/100g de alimento)	Alimentos
Mayor de 1. 000	Queso parmesano, carnes enlatadas, fiambres.
900 – 500	Galletas de agua, dulces y panes
400 – 100	Margarina, mayonesa, huevo, verduras enlatadas, cereales.
Menor de 90	Verduras, frutas, arroz, leche

Fuente: Tabla de composición químico de los alimentos. Recopilación de datos analíticos de Instituto Nacional de la Nutrición, 1997.

Tabla 5.

Contenido aproximado de potasio en los alimentos

Contenido en potasio (mg/100g de alimento)	Alimento
Mayor de 1.000	Legumbres, chocolate
1.000 – 500	Espinaca, papas, frutas secas
490 – 100.0	Otras frutas, verduras, carnes, cereales, huevo
Menor 100	Lácteos, azúcar

Fuente: Tabla de composición químico de los alimentos. Recopilación de datos analíticos de Instituto Nacional de la Nutrición, 1997.

El contenido de calcio en el cuerpo humano es de 1.100 a 1.200g de los cuales el 99% se localiza en el esqueleto. El 1% restante se encuentra en el plasma. En condiciones normales, el 45% se encuentra ligado a proteínas, principalmente la albumina, el 47% esta como calcio ionizado o calcio libre y el resto forma complejos

como citrato y fosfato de calcio. Al igual que el potasio el calcio permite regular la presión arterial; pero el consumo en exceso de calcio provoca litiasis renal. El calcio lo podemos encontrar en vegetales de hoja verde oscuras (especialmente cuando se las ingiere con cereales integrales, condimentos verdes, almendras, miel de caña negra, palta, leche, queso, yogurt, cascara de huevo (López y Suarez, 2008).

Según Kathleen y Escott (2009), la cantidad de ingesta de sodio y calcio en el adulto se encuentra clasificado por edades en la Tabla 6 y 7.

Tabla 6

La ingesta de sodio en el adulto.

Sodio	Varones	Mujeres
31 – 50 años	1, 5 g/día	1, 5 g/día
51 – 70 años	1,3 g/día	1,3 g/día
de 70 a mas	1,2 g/día	1,2 g/día

Fuente: Tabla de composición químico de los alimentos. Recopilación de datos analíticos de Instituto Nacional de la Nutrición, 1997.

Tabla 7

La ingesta de calcio en el adulto.

Calcio	Varones	Mujeres
31 – 50 años	1000 mg/día	1000 mg/día
51 – 70 años	1200 mg/día	1200 mg/día
De 70 a mas	1200 mg/día	1200 mg/día

Fuente: Tabla de composición químico de los alimentos. Recopilación de datos analíticos de Instituto Nacional de la Nutrición, 1997.

Descanso.

El descanso es una parte importante y necesaria de la vida humana; con el cansancio y la falta de energía existe un aumento de irritabilidad. Por esto Guyton (2000), menciona que uno de los beneficios del sueño es la contribución en la recuperación de la salud en casos de enfermedades, ya que contribuye a un buen

estado del sistema inmunológico. Existen evidencias consistentes que la privación de sueño causa el aumento del riesgo de diabetes, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares y obesidad. El sueño también contribuye para el bienestar mental y emocional. Por lo tanto es importante el descanso ya que permite al ser humano tener mayor capacidad de concentración, autocontrol y realización de tareas personales y profesionales.

Según Diehl y Ludington (2003), mencionan que los recién nacidos duermen de 16 a 20 horas, mientras que los niños pequeños necesitan de 10 a 12 horas. Los adultos no tienen un requerimiento parejo de horas de sueño, pero la mayoría necesita de 7 a 8 horas por noche. La gente también necesita un cambio de marcha. Durante la Guerra Mundial, Gran Bretaña estableció una semana de trabajo de 74 horas, pero pronto se descubrió que la gente no podía mantener el paso. Después algunos experimentos encontraron que una semana de 48 horas de trabajo, con recreos periódicos durante el día y un día de descanso por semana, producía un rendimiento óptimo.

“El descanso es una parte importante del ritmo de la vida. Y lo mismo que la persona que danza, si seguimos nuestros ritmos, estaremos en armonía con nosotros mismos” (Diehl & Ludington, 2003).

Temperancia.

El ser humano es el único ser vivo que destruye voluntariamente su salud con sustancias tóxicas con la nocividad del café, de las bebidas alcohólicas, y sobre todo del tabaco y las drogas (Pamplona & D, 2002).

Diehl y Ludington (2003), afirma que el alcohol eleva la presión y ejerce una acción tóxica directa sobre músculo del corazón; estas bebidas contienen más alcohol que la cerveza. El alcohol cobra precio muy elevado a la salud personal;

asimismo el tabaco es el mayor factor de riesgo para producir enfermedades en especial el cáncer al pulmón. La mejor opción de una persona activa al cigarrillo es dejar de fumar y volver a respirar aire puro; este solo hecho reduce la morbilidad cardiovascular. Se ha demostrado que el cigarro produce una elevación transitoria de la presión arterial probablemente a través de la estimulación adrenérgica.

Así como el alcohol y el tabaco, el consumo de café interfiere en la absorción del calcio y hierro y es un estimulante del sistema nervioso central cuya causa común el insomnio; esto conlleva a ser partícipe de uno de los factores de riesgo de la hipertensión arterial (Diehl & Ludington, 2003).

Confianza en Dios y control de estrés.

La salud y el buen estado físico no basta. Tampoco la riqueza, la belleza o el poder. El estilo de vida definitivo incluye el derecho y crecimiento espiritual. Produce un contentamiento que nos enseña que si no estamos satisfechos con lo que tenemos, nunca estaremos satisfechos con lo que deseamos. Asimismo el crecimiento espiritual proporciona las piezas que llenan el vacío de tu vida. (Diehl & Ludington, 2003).

Se ha comprobado repetitivas veces, que esta actitud de equilibrio mental es un factor esencial para la salud, se sabe que el cáncer afecta con mas frecuencias a los depresivos y malhumorados. (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2005).

Conseguir esa paz mental en medio de tantas tensiones y problemas como nos plantea la vida moderna, no es tarea fácil. Muchos buscan ayuda en la fe, y encuentran la lectura de los evangelios, así como la oración o la meditación privada, son como un vaso de agua fresca para su agitado sistema nervioso. Asimismo el estrés es un fenómeno universal que todo el mundo sufre, debido a una alteración, en la que la persona responde a cambios producidos en su estado de equilibrio normal. Existen muchas fuentes de estrés. De forma general, se pueden clasificar como factores

estresantes internos y externos, o factores estresantes del desarrollo o de situación. Los factores estresantes se originan dentro de una persona (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2005).

La confianza y la fe pueden hacer mucho para alcanzar una buena disposición mental, una paz de espíritu, que beneficiará tanto a la salud mental como a la física. Esto es así porque el creyente vive con una firme esperanza en un futuro mejor, y con la convicción de que hay alguien por encima de él, que lo comprende y lo ama.

“La buena disposición mental y la paz del espíritu, influyen decisivamente en el buen funcionamiento de nuestro organismo” (Pamplona, 2002).

Estilo de vida.

Es la forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. La importancia de mantener un buen estilo de vida es lograr estar sanos y evitar enfermedades crónicas como es la hipertensión arterial, para ello se debe considerar algunos puntos importantes, como son: buen hábito alimenticio, el de ejercicio, consumir agua pura, temperancia, descanso, y confianza en Dios, Asimismo Castillo y Orea, (2006) informa que el control de estrés es un factor importante para tener un estilo de vida saludable.

Reforma pro salud de la IASD

La Iglesia Adventista del Séptimo Día promueve la Reforma Pro-Salud, basa sus creencias fundamentales en las Sagradas Escrituras. Es un gran sistema educativo; que se a dispersado por todo el mundo, Dios a cuidado cada detalle de la vida del hombre y jamás la ha dejado en una condición desesperada en cualquier aspecto de su

ser. En el tema de la salud también guió a su pueblo a través del Espíritu de Profecía, el Señor había dejado claro que “entre la mente y el cuerpo hay una relación misteriosa y maravillosa.” Es por ello que era su deseo que nuestro cuerpo no estuviera en tinieblas con respecto a la salud. Cualquier cosa que disminuya la fuerza física debilita la mente y la vuelve menos capaces de escoger lo bueno, y tenemos menos fuerza de voluntad para hacer lo que sabemos que es correcto. Por esto la reforma Pro Salud de la IASD, promueve un estilo de vida saludable.

Presencia de Hipertensión Arterial

La presencia de la hipertensión arterial daña de forma importante el sistema vascular, obliga al corazón a realizar mayor trabajo para bombear la sangre, ya que el esfuerzo de la pared del músculo cardíaco aumenta de tamaño precisando más sangre para alimentarse, es allí donde el corazón empieza a sufrir provocando como consecuencia la angina de pecho o infarto agudo de miocardio.

Conocimiento

El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje a través de datos, hechos y experiencias asimismo. Piaget ve al conocimiento como una construcción que se efectúa desde el interior del individuo y no como una interiorización del entorno, a la manera de la teoría conductual.

Sotelo (2006), menciona que el conocimiento se puede medir en 3 dimensiones conceptual, actitudinal y procedimental.

Autocuidado

El autocuidado etimológicamente se presenta conformado de dos palabras; auto del griego *αὐτο* que significa "propio" o "por uno mismo", y cuidado del latín

cogitātus que significa "pensamiento". Tenemos entonces el cuidado propio, cuidado por uno mismo literalmente. Por lo tanto el autocuidado es una forma propia de cuidarse así mismo por supuesto literalmente, el autocuidado es una forma de cuidado a sí mismo (Guirao & Goris, 2003).

Prácticas de autocuidado.

El autocuidado consiste en la práctica de actividades que las personas llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para la regulación funcional y del desarrollo. (Marriner & Raile, 2007)

Hipótesis del problema

Hipótesis principal.

Si existe relación entre el nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado con la hipertensión arterial en los adultos mayores de 35 años, entonces encontraremos que las personas con excelentes conocimientos y prácticas de autocuidado, presentarán presiones arteriales adecuadas.

Hipótesis específicas.

H₀₁: No existe relación entre el nivel de conocimiento de la hipertensión arterial con la presencia de la hipertensión arterial en los adultos mayores de 35 años, del distrito misionero de Chaclacayo, de la Iglesia Adventista del Séptimo Día.

H₁₁: Si existe relación entre el nivel de conocimiento de la hipertensión arterial con la presencia de la hipertensión arterial en los adultos mayores de 35 años, del distrito misionero de Chaclacayo, de la Iglesia Adventista del Séptimo Día.

Ho2: No existe relación entre el nivel de prácticas de autocuidado de la hipertensión arterial con la presencia de la hipertensión arterial en los adultos mayores de 35 años, del distrito misionero de Chaclacayo, de la Iglesia Adventista del Séptimo Día.

Hi2: Si existe relación entre el nivel de prácticas de autocuidado de la hipertensión arterial con la presencia de la hipertensión arterial en los adultos mayores de 35 años, del distrito misionero de Chaclacayo, de la Iglesia Adventista del Séptimo Día.

Definición de términos usados

Estilo de vida. Es la forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales (Pamplona, 2002).

Conocimientos. El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje a través de datos, hechos y experiencias.

Presión arterial. Es la presión que ejerce la sangre contra la pared de las arterias cuyo resultado de la eyección intermitente de sangre desde el ventrículo izquierdo hacia la aorta al comienzo de la sístole; ésta se aumenta cuando el ventrículo izquierdo se contrae durante la sístole y disminuye cuando el corazón se relaja durante la diástole (Jenkins, 2005).

Hipertensión arterial. La hipertensión arterial es una afección caracterizada por una tensión arterial elevada que excede de 140/90 mmHg, debido a un aumento de la resistencia periférica al paso de la sangre a las arterias (Kotllar & Fernández, 2003).

Prácticas de autocuidado. Son las actividades que los individuos realizan en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar (Tobón, 2000).

Prevención. Son acciones determinadas que ayudan a anticiparse de un posible riesgo o a minimizarla con la penetración de las líneas de defensas y las fases de reacción y de reconstrucción (Mazarrasa, Sánchez, Germán, Sánchez, Merelles, & Aparicio, 2003).

Variables

El presente estudio consta de dos variables:

Variable independiente: Nivel de conocimientos y las prácticas de autocuidado

Variable dependiente: Presencia de hipertensión arterial

Definición conceptual

Variable independiente.

El nivel de conocimientos, es un conjunto de ideas, conceptos, hechos y principios enunciados que pueden ser claros, precisos y ordenados; se pueden adquirir, acumular, transmitir y derivar uno de otros. Esto se inicia desde al nacimiento y continúa hasta la muerte, originándose cambios en el pensamiento, acciones, o actividades de quién aprende.

El autocuidado consiste en la práctica de actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con su desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para su regulación funcional y su desarrollo.

Variable dependiente.

La presencia de la hipertensión arterial es el padecimiento crónico de etiología variada el cual es caracterizado por el aumento sostenido de la presión arterial

Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Conocimiento	<p>Es un conjunto de información el cual se construye en el interior del individuo, ya sea de manera directa o indirecta almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje a través de datos, hechos y experiencias de algún familiar que presente hipertensión ó de sí mismo</p> <p>Respuesta Correcta: 2 Respuesta Incorrecta: 0</p> <p>Escala: De 0 – 42</p> <p>De 0 – 8 = Deficiente De 9 - 17 = Malo De 18 – 26 = Regular De 27 – 35 = Bueno De 36– 42 = Excelente</p>	Cognitivo	1. Valores normales de la presión arterial	120/70 mmhg
			2. Definición de Hipertensión Arterial	Es una enfermedad caracterizada por una presión arterial elevada que excede de 140/90 mmHg.
			3. Síntoma de la Hipertensión Arterial más frecuente en los adultos	Dolor de cabeza.
			4. Factores de riesgo de la Hipertensión Arterial	Estrés, consumo excesivo de sal, aumento de fuera del rango de lo normal, sedentarismo, hereditario.
			5. Complicación más frecuente de la Hipertensión Arterial.	Infarto del miocardio
			6. Tipos de Tratamiento	Farmacólogo: ejemplo. Captopril No Farmacológico: Cambio de estilo de vida
		Procedimental	1. Control medico	Cada año

			2. Frecuencia del control de la presión arterial	Cada 6 meses.
			3. Consumo de sal en un adulto sano	5 gr (1 cucharadita)
			4. Enfermedades que produce el consumo de abundante sal	Insuficiencia Renal, Hipertensión Arterial.
			5. Alimentos que presentan mayor cantidad de grasa saturada	Margarina, quesos mantecosos, carnes (res, pollo, pescado) y frituras
			6. Consumo de frutas al día	De 3 a 4 frutas
			7. Consumo de verduras al día	De 2 a 3 porciones de verduras.
			8. Consumo de legumbres o menestras por semana.	De 4 a 5 veces
			9. Productos dañinos para nuestro organismo	Café, bebidas alcohólicas, tabaco y drogas
			10. Consumo de carne (pollo, res, pescado) por semana.	De 0 – 1 vez

			11. Consumo de frituras por semana	De 0 – 1 vez
			12. Consumo de vasos de agua pura al día	De 8 a 10 vasos
			13. Ejercicios que presentan mayores beneficios para nuestra salud	Caminar, correr, jugar futbol, jugar vóley, etc.
			14. Horas de sueño que debe dormir un adulto durante la noche	De 6 a 8 horas.
			15. Técnicas de relajación que presenta mayores beneficios para prevenir el estrés	Técnicas de respiración y caminata al aire libre

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Prácticas de Autocuidado	Son actividades que realizan las personas con la finalidad de mantener sus presiones arteriales normales o prevenirlas.	Controles	1. Control médico	Cada año
			2. Frecuencia del control de la presión arterial un adulto sano.	Cada 6 meses

De 0 – 6 = Deficiente De 7 - 13 = Malo De 14 – 20 = Regular De 21 – 26 = Bueno De 27 – 32 = Excelente		3. Lugar donde acude al presentar dolor constante	Al centro de salud
	Alimentación Saludable	4. Cantidad de consumo de sal al día un adulto sano.	5 gr (1 cucharadita)
		5. Cantidad de sal que agrega a los alimentos ya preparados	Nada
		6. Consumo de frutas al día	De 3 a 4 frutas
		7. Consumo de porciones de verduras al día	De 2 a 3 porciones
		8. Consumo de legumbres a la semana	De 4 a 5 veces por semana
		9. Productos industrializados que consume con frecuencia	4 Ninguno
		10. Veces a la semana que consume carne (pollo, res, pescado).	1 De 0 – 1 vez
		11. Veces a la semana que consume frituras	De 0- 1 vez a la semana

			12. Cantidad de vasos de agua pura que consume al día	De 8 a 10 vasos
		Prevención del estrés y sedentarismo.	13. Actividad física que realiza.	Caminar, jugar fútbol, jugar vóley, etc.
			14. Veces a la semana que practica actividad física	De 3 – 4 veces a la semana
			15. Horas que duerme en la noche	De 6 a 8 horas
			16. Técnica de relajación que realiza para prevenir el estrés.	Técnica de respiración y caminata a aire libre

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA
Hipertensión Arterial	La hipertensión arterial es una afección caracterizada por una tensión arterial elevada que excede de 140/90 mmHg, debido a un aumento de la resistencia periférica al paso de la sangre a las arterias.	Normal	Menor DE 120/ Menor de 80
		Pre Hipertensión	120 – 139/80 – 89
		Hipertensión Estadio 1	140 ' 159/90 – 99
		Hipertensión Estadio 2	Mayor de 160/ Mayor de 100

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo y diseño de estudio

El presente trabajo de investigación fue de tipo cuantitativo, porque se analizó los datos estadísticos, se presentó hipótesis y se permitió medir la relación del nivel de conocimiento, practica de autoduidado con la hipertensión arterial.

El diseño de la investigación fue no experimental, porque no se manipuló las variables, solo se observó los fenómenos (variables) en su ambiente natural para después analizarlo; de alcance descriptivo porque se indagó la incidencia de las variables mediante la recolección de datos de cada variable describiéndolas en categorías y conceptos; de alcance correlacional - causal, porque se observó la relación de una variable sobre la otra y de corte transversal porque se recolectó los datos en un solo momento, en un tiempo único (Hernández, Collado, & Baptista, 2010).

Descripción del área geográfica de estudio

El distrito de Chaclacayo se encuentra ubicado en la provincia y departamento de Lima. Su extensión territorial es de 1300 hectáreas aproximadamente. El distrito está ubicado hacia las afueras de Lima Metropolitana a 23 km. en dirección este, se

llega por medio de la Carretera Central. Los límites del distrito comprende : Por el Norte con el río Rímac en su recorrido distrital, por el Sur con las altas cumbres del cerro rocoso que corren paralelas al río Rímac, por el Este con la Villa de los Ángeles y el Fundo Yanacoto y por el Oeste en la línea divisora que separan los Fundos de Huascata – Pariachi.

Puntos Extremos: Longitud: 76° 49' 46" Latitud: 12° 00' 15"

76° 42' 46" 11° 57' 27"

Población y muestra

La población de estudio estuvo conformada por un total de 180 miembros adultos mayores de 35 años, registrados hasta el 2010 en las diferentes iglesias del distrito Misionero de Chaclacayo, de las cuales 70 miembros pertenecían a la iglesia de la floresta, 20 miembros a la iglesia Villa Rica, 20 miembros más a la iglesia de Chaclacayo, 30 miembros a la iglesia de Alfonso Cobián y 25 personas pertenecían a la iglesia de San Bartolomé.

Muestra

Para los fines del presente estudio el tipo de muestreo fue probabilístico, de muestreo aleatorio simple, debido a que cada elemento de la población tuvo igual probabilidad de ser incluida en la muestra.

Para la aplicación de este tipo de muestreo se realizó la fórmula para población finita:

$$n = \frac{N \times Z^2 \times PQ}{(N - 1) e^2 + Z^2 PQ} = \frac{180 (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5}{(180 - 1) (0.05)^2 + (1.96)^2 \times 0.5 \times 0.5} = \frac{173}{1.40}$$

Donde:

n = 123

N: Población total = 180

Z: Es un valor tabulado = 1.96

P: Porcentaje de individuos que presentan las características = 0.5

Q: Porcentaje de individuos que no presentan las características = 0.5

E: Error de muestra= 0.05

Se vio por conveniencia de las investigadoras, dividir la cantidad de la población resultante según la demanda de miembros mayores de 35 años de cada iglesia del distrito misionero de Chaclacayo. Lo cual se eligió 21 miembros a las iglesias de: La Floresta, Alfonso Cobián y San Bartolomé, asimismo se eligió 20 miembros a las iglesias de: Villa Rica, Chaclacayo, Huampany.

Instrumentos de la recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó un instrumento: El cual constaba de un cuestionario que midió el conocimiento, las prácticas de autocuidado y la hipertensión arterial según la clasificación de la presión arterial. Una vez que se terminó el diseño del cuestionario, fue valido por juicio de expertos. Un doctor experto en investigación, una doctora en salud pública, una magister en enfermería, y una nutricionista.

Estas validaciones nos indicaron el grado de coherencia de los ítems con los objetivos del trabajo.

El cuestionario fue diseñado por las autoras, respaldándose del marco teórico, con el asesoramiento de la asesora. En relación a la composición de ítems; estará dividido en tres partes:

El primero (I): Datos generales, que estuvo conformado por seis ítems de información: Género, edad, grado de estudios, antecedentes familiares directos con hipertensión arterial, conocimiento sobre la presencia de hipertensión en la persona,

Presión arterial según clasificación establecida: normal, pre hipertenso, hipertensión estadio 1, hipertensión estadio 2.

La segunda parte (II) estuvo compuesta por conocimiento de la hipertensión arterial, el cual estuvo subdividida en el conocimiento cognitivo y procedimental.

Cada ítem correcto tuvo un valor de 2 puntos y 0 puntos, si respondía incorrectamente. El puntaje mínimo fue 0 y el puntaje máximo 42. Siendo la escala de medición de conocimiento:

- De 0 – 8 = Malo
- De 9 - 17 = Deficiente
- De 18 – 26 = Regular
- De 27 – 35 = Bueno
- De 36– 42 = Excelente

Asimismo en el conocimiento cognitivo de la hipertensión arterial. Cada ítem correcto tuvo un valor de 2 puntos y 0 puntos, si respondía incorrectamente. El puntaje mínimo fue 0 y el puntaje máximo 12. Siendo la escala de medición de conocimiento cognitivo.

- De 0 – 2 = Malo
- De 3 - 5 = Deficiente
- De 6 – 7 = Regular
- De 8 – 9 = Bueno
- De 10 – 12 = Excelente

El conocimiento procedimental de la hipertensión arterial. Cada ítem correcto tuvo un valor de 2 puntos y 0 puntos, si respondía incorrectamente. El puntaje mínimo fue 0 y el puntaje máximo 30. Siendo la escala de medición de conocimiento procedimental:

- De 0 – 6 = Malo
- De 7 - 12 = Deficiente
- De 13 – 18 = Regular
- De 19 – 24 = Bueno
- De 25 – 30 = Excelente

La tercera parte (III) estuvo compuesta por las prácticas de autocuidado en los controles, alimentación saludable, prevención del estrés y del sedentarismo. Cada ítem correcto tuvo un valor de 2 puntos y 0 puntos a las preguntas incorrectas. El puntaje mínimo fue 0 y el puntaje máximo 32. Siendo la escala de medición de prácticas de autocuidado:

- De 0 – 6 = Malo
- De 7 - 13 = Deficiente
- De 14 – 20 = Regular
- De 21 – 26 = Bueno
- De 27 – 32 = Excelente

Las prácticas de autocuidado en los controles. Cada ítem correcto tendrá el valor de 2 puntos y 0 puntos a las preguntas incorrectamente. El puntaje mínimo será de 0 y el puntaje máximo 6. Siendo el rango de medición de prácticas de autocuidado:

- De 0 – 2 = deficiente
- De 3 - 4 = Regular
- De 5 – 6 = Bueno

La prácticas de autocuidado en la alimentación saludable Cada ítem correcto tendrá el valor de 2 puntos y 0 puntos a las preguntas incorrectamente. El puntaje

mínimo será de 0 y el puntaje máximo 18. Siendo el rango de medición de prácticas de autocuidado:

- De 0 – 3 = Malo
- De 4 - 7 = Deficiente
- De 8 – 11 = Regular
- De 12 – 15 = Bueno
- De 16 – 18 = Excelente

La prácticas de autocuidado en la prevención del estrés y del sedentarismo

Cada ítem correcto tendrá el valor de 2 puntos y 0 puntos a las preguntas incorrectamente. El puntaje mínimo será de 0 y el puntaje máximo 8. Siendo el rango de medición de prácticas de autocuidado:

- De 0 – 2 = Deficiente
- De 3 - 5 = Regular
- De 6 – 8 = Bueno

Proceso de la recolección de datos

Para la recolección de datos de conocimientos y prácticas de autocuidado fue a través de un cuestionario juntamente con control de la presión arterial, que se midió con un tensiómetro y estetoscopio; recolectando las medidas de la presión arterial según la clasificación de la presión arterial, establecido por la OMS.

Se capacitó a 2 personas para la aplicación del instrumento y la toma de la presión arterial. El instrumento fue aplicado un viernes por la noche y sábado por la mañana; la encuesta por cada persona fue dirigida en un lapso de 3 minutos por

persona, más un minuto de control de la presión arterial. Por lo tanto en cada iglesia se empleo aproximadamente una hora y media. Después de cada toma de presión arterial como una intervención adicional, se le brindó educación sobre la dieta que debía seguir según su presión arterial, todo esto motivo a que los hermanos participaran gustosamente de nuestras encuestas.

Análisis de la información

Los datos recolectados fueron procesados con el programa SPSS, 15.0, 2007. Los datos fueron analizados por incidencia y frecuencia, llegando así a emplear como método estadístico la r Pearson, lo cual me permitió medir la relación de los puntajes de las variables: conocimiento, prácticas de autocuidado e hipertensión arterial, todo ello con el 95% de confiabilidad y 5% de error. Luego mediante el análisis de coeficientes se pudo elaborar el diseño de predicción de las prácticas de autocuidado con la hipertensión. Para la organización de los datos estadísticos se usaron gráficos y tablas.

Consideraciones éticas

Para la ejecución del presente estudio y aplicación de dicho instrumento, se solicito el consentimiento del pastor distrital de Chaclacayo y los primeros ancianos de cada iglesia, informándoles sobre el propósito y naturaleza del estudio, posteriormente fueron informados los participantes.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Análisis estadísticos de los datos

En el presente capítulo muestra la información recogida a través de la aplicación del instrumento a la población de estudio. Para este tipo de investigación se utilizó análisis de datos de correlación múltiple y la determinación del nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado con la hipertensión arterial al momento de la medición en los adultos mayores de 35 años del distrito misionero de Chaclacayo de la Iglesia adventista del séptimo día en el 2011.

Se realizaron los análisis de manera independiente con niveles de confianza al 95% y un margen error del 5 %. Asimismo el análisis estadístico, utilizado para los resultados de las variables fue el coeficiente de regresión de Person (r^2). Las variables independientes que se analizaron fueron el conocimiento y la practica mientras la variable dependiente fue la hipertensión arterial (al momento de la toma de la presión arterial).

Análisis descriptivos de la investigación

Análisis general.

Tabla 8

Características de la población estudiada.

CARACTERÍSTICAS	Presencia de hipertensión arterial							
	Normal		Pre hipertenso		Hipertensión estadio 1		Hipertensión estadio 2	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Genero								
Femenino	32	(57,1)	25	(56,8)	14	(70,0)	1	(33,3)
Masculino	24	(42,9)	19	(43,2)	6	(30,0)	2	(66,7)
Edad								
35 - 45	25	(44,6)	12	(27,3)	7	(35,0)	0	(0,00)
46 - 56	11	(19,6)	13	(29,5)	2	(10,0)	2	(66,7)
57 - 67	11	(19,6)	11	(25,0)	4	(20,0)	0	(0,00)
> 67	9	(16,1)	8	(18,2)	7	(35,0)	1	(33,3)
Grado de estudios								
Sin estudios	3	(5,4)	0	(0,00)	1	(5,0)	0	(0,00)
Primaria	9	(16,1)	9	(20,5)	6	(30,0)	1	(33,3)
Secundaria	19	(33,9)	17	(38,6)	5	(25,0)	0	(0,00)
Superior	25	(44,6)	18	(40,9)	8	(40,0)	2	(66,7)
Antecedentes familiares								
Mamá	10	(17,9)	8	(18,2)	4	(20,0)	1	(33,3)
Papá	13	(23,2)	10	(22,7)	4	(20,0)	1	(33,3)
Hermanos	2	(3,6)	1	(2,3)	1	(5,0)	0	(0,00)
Ninguno	30	(53,6)	22	(50,0)	8	(40,0)	0	(0,00)
Otros	1	(1,8)	3	(6,8)	3	(15,0)	1	(33,3)
Presión arterial								
Si	1	(1,8)	1	(2,3)	11	(55,0)	3	(100,0)
No	41	(73,2)	21	(47,7)	1	(5,0)	0	(00,0)
No sabe	14	(25,0)	22	(50,0)	8	(40,0)	0	(00,0)
Iglesias								
Floresta	5	(23,8)	10	(47,6)	6	(28,6)	0	(0,00)
Villa Rica	9	(45,0)	8	(40,0)	2	(10,0)	1	(5,0)
Chaclacayo	7	(35,0)	7	(35,0)	4	(20,0)	2	(10,0)
Huampani	10	(50,0)	8	(40,0)	2	(10,0)	0	(0,00)
Cobían	11	(57,1)	6	(28,6)	3	(14,3)	0	(0,00)
San Bartolomé	13	(61,9)	5	(23,8)	3	(14,3)	0	(0,00)

Respecto a las características de la población estudiada se encuentra que de las personas que presentaron hipertensión estadio 1 el 70% fueron de género femenino, a diferencia de los que presentaron hipertensión de estadio 2, el 66,7 % eran varones, asimismo de las personas que presentaron pre hipertensión el 56,8% pertenecían al género femenino, al igual que las personas que presentaba presión arterial normal (57,1%).

Con respecto a la edad se encontró que de las personas que presentaban hipertensión estadio 2 el 66,7 % pertenecía a las edades de 46 a 56 años, seguido por las personas que presentaban presiones arteriales normales, los cuales el 44,6% pertenecían a las edades de 35 a 45 años. Asimismo de los que presentaron hipertensión de estadio 1, el 35% pertenecían a las edades de 35 a 45 años al igual de los que eran mayores de 67 años; solo un 29,5% pertenecían a las edades de 46 a 56 años.

Referente al grado de estudio, las personas que presentaron hipertensión arterial estadio 2, el 66,7% eran de grado superior, al igual de las personas que presentaban hipertensión estadio 1, de lo cual el 40% eran de grado superior. Asimismo de las personas que presentaron pre hipertensión el 40,90% eran de grado superior.

Respecto a los antecedentes familiares directos, se identificó que de las personas que presentaron hipertensión estadio 2 el 66,6% manifestaron tener como antecedente familiar a la madre y al padre, a diferencia de las personas que presentaron hipertensión arterial estadio 1, de las cuales el 40% también manifestaron presentar como antecedente familiar a la madre o al padre. Asimismo de las personas que presentaron pre hipertensión el 40,9% manifestaron presentar como antecedente familiar al padre y a la madre.

Según el conocimiento de la presencia de la hipertensión arterial, de las personas que presentaron hipertensión arterial estadio 1 y 2, el 55,0% y el 100% si tenían conocimiento sobre la presencia de la hipertensión arterial, a diferencia de las personas que presentaron pre hipertensión, de los cuales el 50,0% no sabían que presentaban un índice de hipertensión arterial.

Con respecto a las iglesias, se identificó que de las personas que presentaron hipertensión arterial estadio 2 el 10% pertenecían a la iglesia de Chaclacayo , seguido por la iglesia de Villa Rica con un 5%. De las personas que presentaron hipertensión estadio 1, el 28,6% pertenecían a la iglesia de la Floresta y un 20% la iglesia de Chaclacayo, asimismo de las personas que presentaban pre hipertensión el 47,6% pertenecían a la iglesia de la Floresta.

Análisis descriptivos relevantes.

Tabla 9

Frecuencia de la hipertensión arterial en los adultos mayores de 35 años del distrito misionero de Chaclacayo.

		Frecuencia	Porcentaje
Válidos	Normal	56	45,5
	Pre hipertensión	44	35,8
	Hipertensión Estadio 1	20	16,3
	Hipertensión estadio 2	3	2,4
	Total	123	100,0

En la tabla 9, se observa que según la clasificación de presión arterial de la OMS; el 35% (44) de adultos mayores de 35 años presentaron pre-hipertensión, asimismo 18.7% (23) adultos presentaron hipertensión estadio 1 y 2, y sólo un 45.5%, (56) de adultos mayores de 35 años presentaron presión arterial normal

Tabla 10

Nivel de conocimientos según la hipertensión arterial en los adultos mayores de 35 años del distrito misionero de Chaclacayo.

Presión arterial	Nivel de conocimiento en hipertensión arteria						
	Regular		Bueno		Excelente		Total
	F	%	F	%	F	%	%
Normal	16	28,6%	29	51,8%	11	19,6%	100,0%
Pre hipertensión	16	36,4%	22	50,0%	6	13,6%	100,0%
Hipertensión Estadio 1	5	25,0%	11	55,0%	4	20,0%	100,0%
Hipertensión estadio 2	0	0,00%	1	33,3%	2	66,7%	100,0%
Total	37	30,1%	63	51,2%	23	18,7%	100,0%

En la tabla 10, respecto al nivel de conocimientos según la hipertensión arterial, las personas que presentaron hipertensión estadio 2, el 66.7% tuvieron conocimientos excelentes; asimismo las personas que presentaron hipertensión de estadio 1, 55% obtuvieron un nivel bueno y de los que presentaron presión arterial normal, el 19.6% tuvieron conocimientos excelentes. Lo que indica que las personas de hipertensión estadio 1 o 2 presentan mejores conocimientos en escala de bueno a excelente.

Tabla 11

Nivel de práctica de autocuidado según la hipertensión arterial en los adultos mayores de 35 años del distrito misionero de Chaclacayo.

Presión arterial	Nivel de práctica de autocuidado en hipertensión arterial										
	Malo		Deficiente		Regular		Bueno		Excelente		Total
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	%
Normal	0	0,00	4	7,1	30	53,6	18	32,	4	7,1	100,0
		%		%		%		1%		%	%
Pre hipertensión	4	9,1	15	34,1	21	47,7	4	9,1	0	0,00	100,0
		%		%		%		%	0	%	%
Hipertensión estadio 1	0	0,00	6	30,0	9	45,0	5	25,	0	0,00	100,0
		%		%		%		0%	0	%	%
Hipertensión estadio 2	0	0,00	1	33,3	1	33,3	1	33,	0	0,00	100,0
		%		%		%		3%	0	%	%
Total	7	5,7	26	21,1	61	49,6	27	22,	4	3,3	100,0
		%		%		%		8%		%	%

En la tabla 11, respecto al nivel práctica de autocuidado según la hipertensión arterial, los resultados fueron que de las personas con presión normal que presentaron pre hipertensión el 43,2% presentaron prácticas de autocuidado entre malo y deficiente, asimismo de las personas que presentan hipertensión estadio 1, un 75 % presentaron un nivel de práctica de deficiente a regular, asimismo las personas

que presentaron hipertensión estadio 2, el 66,6 % tienen nivel de prácticas deficiente, a regular, y solo el 39,2 % de las personas que presentaron la presión arterial normal obtuvieron un nivel de práctica excelente y bueno.

Tabla: 12

Análisis estadísticos de los resultados de estudio.

Relevancia	R	SIG	Análisis	R²	Decisión
Relación entre el nivel de conocimientos con la hipertensión arterial, en el momento de la medición	0,080	0,682	Sig = 0,682 > 0,05	0,006 0,6%	Existe relación positiva muy débil.
Relación entre el nivel de prácticas de autocuidado con la hipertensión arterial, en el momento de la medición .	0,730	0,001	Sig. = 0,001 < 0,05	0,709 70,9%	Existe relación positiva considerable
Relación entre el nivel de conocimientos y las prácticas de autocuidado con la hipertensión arterial, en el momento de la medición	0,344	0,001	Sig.= 0,001 < 0,05	0,118 11,8%	Existe relación pequeña pero apreciable

Respecto a la relación que tiene el nivel de conocimiento con la hipertensión arterial al momento de medición, la correlación es positiva débil, por lo que presenta un $r = 0,080$, así mismo las variables sólo están relacionadas en un 0,6% presentado por el coeficiente de determinación ($r^2 = 0,006$) así mismo el $\text{sig.} = 0,682$ excede la valor de prueba (error) $p = 0.05$ por lo que se concluye que la relación es débil frente a las variables en estudio, concluyendo que se rechaza la hipótesis de investigación por la nula.

Por otro lado la relación que tiene el nivel de práctica de autocuidado con la hipertensión arterial, la relación es positiva considerable, por lo que presenta un $r = 0,709$, así mismo las variables solo están relacionadas en un 70,9% presentado por el coeficiente de determinación ($r^2 = 0,730$) así mismo el $\text{sig.} = 0,001$ excede el valor de prueba (error) $p = 0.05$ por lo que se concluye que la relación es considerable a las variables en estudio, concluyendo que se aprueba la hipótesis de investigación rechazando la nula.

Asimismo la relación que tiene los niveles de conocimiento y prácticas de autocuidado con la hipertensión arterial, la relación muestra que es pequeña pero apreciable, por lo que presenta un $r = 0.34$, asimismo las variables están relacionadas en un 11,8% presentado por el coeficiente de determinación ($r^2 = 0.118$) así mismo el $\text{sig.} = 0,001$ excede el valor de prueba (error) $p = 0.05$ por lo que se concluye que la relación es considerable a las variables en estudio, concluyendo que se aprueba la hipótesis de investigación rechazando la nula.

Análisis y discusión de los resultados

De acuerdo a las características de la población estudiada en tabla 8 se encontró que de las personas que presentaron hipertensión estadio 1 el 70% fueron de

género femenino, a diferencia de los que presentaron hipertensión de estadio 2, donde el 66,6% eran varones. Esto indica que la hipertensión estadio 1 es frecuente en las mujeres de dicha población a diferencia que los varones padecen hipertensión grave, es decir estadio 2. Según Jenkin (2005), menciona que la hipertensión arterial se desarrolla más en los varones que en las mujeres, por otro lado el género es considerado uno de los factores de riesgo no modificables de la hipertensión arterial, siempre va de la mano con la edad. Asimismo Saldarriaga (2007), menciona que los varones desarrollan hipertensión entre los 35 y 50 años, mientras que las mujeres son más propensas a padecer hipertensión después de la menopausia. Con respecto a la edad se encontró que de las personas que presentaron hipertensión estadio 2 el 66,7 % pertenecía a las edades de 46 a 56 años, seguido por el 35% de personas que presentaron hipertensión de estadio 1, que eran de las edades de 35 a 45 años, porcentaje igual al grupo etario de mayores de 67 años. Esto quiere decir que el grupo de edad de 46 a 56 años, es el grupo etario de mayor riesgo.

Así como el género y la edad, los antecedentes familiares también forman parte de uno de los factores de riesgo no modificables. Al respecto Jenkin (2005), menciona que la hipertensión tiende a ocurrir en familias, lo que se debe principalmente a factores genéticos y en segundo lugar, a las semejanzas del estilo de vida. Asimismo en la población estudiada podemos observar que de las personas que presentaron hipertensión estadio 2, el 66,6% tenían como antecedentes familiares a su madre o padre.

Por otro lado, como se observa en la tabla 9, según frecuencia de hipertensión arterial, el 35% (44) de adultos mayores de 35 años presentaron pre-hipertensión, el 18.7% (23) sumados presentaron hipertensión estadio 1 y 2, y sólo un 45.5%, (56) de los encuestados presentaron presión arterial normal. También se encontró que las

personas que presentaron hipertensión arterial estadio 1 y 2, el 28,6% y 10% pertenecían a las iglesias de la Floresta y Chaclacayo, lo que indica que estas tienen mayor riesgo. Asimismo en la tabla 8 sobre los resultados del conocimiento de la presencia de la hipertensión arterial, las personas que presentaron hipertensión arterial estadio 1 y 2, el 55% y el 100% respectivamente conocía su diagnóstico de la presencia de su enfermedad, a diferencia de las personas que presentaron pre hipertensión, de los cuales el 50% no sabían que la presentaba, por tanto tienen el riesgo de padecerla más adelante.

Los resultados presentados en figura 6 en relación al nivel de conocimientos de los adultos mayores de 35 años del distrito misionero de Chaclacayo, muestran que el 18,7% presentaron un nivel excelente, el 51,2% un nivel bueno y el 30,1% un nivel regular. Asimismo en relación con la hipertensión arterial (tabla 10) se ha identificado que de las personas que presentaron hipertensión de estadio 2, el 66,7% presentaron un nivel conocimiento excelente, esto es relativo a los que presentaron hipertensión de estadio 1, con el 55,0% presentando un nivel de conocimiento bueno, al igual que las personas que presentan pre hipertensión con un 50%.

La situación descrita se presentó, probablemente, porque los participantes del estudio, en su mayoría eran profesionales, asimismo según los resultados estadísticos de las personas con hipertensión de estadio 1, el 40% eran profesionales de nivel universitario, al igual que las personas con hipertensión de estadio 2. Esto quiere decir que los adultos mayores de 35 años presentan buen conocimiento sobre hipertensión arterial debido a que están capacitados, por asistir a sus controles, o por formar parte de algún programa de salud realizado por el Ministerio de Salud en control de la hipertensión arterial. (Sardaña, 2000).

Al respecto, la OMS (2002) menciona que toda persona que padece una enfermedad presenta una sensación de ansiedad, muchas veces al ser diagnosticada la hipertensión y/o presentarse síntomas, las personas recién buscan información en los centros de salud o buscan participar de algún programa control.

La hipertensión arterial en muchos casos se presenta asintomática y pueden permanecer así por muchos años, pero en otros casos se presenta con una frecuente cefalea sobre todo en las personas diagnosticadas con hipertensión arterial, en contraste con aquellos que presentan la presión elevada y desconocen que son hipertensos (Smeltzer & Bare, 2005).

Con respecto a las dimensiones de conocimientos: cognitivo y procedimental, existe una diferencia significativa, debido a que los adultos presentaban conocimientos cognitivos de nivel bueno a excelente (73,17 %), a diferencia de los conocimientos procedimentales, donde los resultados fueron deficiente a bueno (80,47 %). Lo que indica que, algunas personas se preocupan más en adquirir conocimientos generales de las enfermedades que en adquirir conocimientos procedimentales, que son los pilares esenciales para la promoción y prevención de la Salud.

Los resultados mencionados, indican que los conocimientos no tienen relación con la presencia de una enfermedad, en este caso con la presencia de la hipertensión arterial. Al respecto Rojas & R, (1996) indica que en nuestro país en los últimos años se ha observado que el conocimiento sobre la hipertensión arterial al igual que la incidencia de la hipertensión arterial, es mayor; lo cual indica que los conocimientos no determinan la presencia de una enfermedad.

Así mismo la OPS y OMS, (2000) mencionan que el conocimiento no determina la presencia de la hipertensión arterial, porque el conocimiento no cambia, debido a que el conocimiento es un conjunto de informaciones almacenadas mediante

experiencias, reglas, interpretaciones y conexiones puestas dentro de un contexto y de una experiencia más no determinante el cambio de las prácticas de autocuidado en la persona (Andreu & Sieber, 2000).

Existen trabajos similares como el estudio de, Saldarriaga (2007), cuyo trabajo de investigación fue titulado “El nivel de conocimiento y práctica de autocuidado del paciente hipertenso del Policlínico Juan Rodríguez Lazo con el policlínico Villa María y servicios de transporte de emergencia”, Lima, aquí los resultados sobre el conocimiento fueron que el 16,7% fue excelente, el 31,7% bueno, el 35 % regular y el 16,7% deficiente.

En conclusión los resultados presentados muestran que la correlación entre la hipertensión arterial y los niveles de conocimiento cognitivo y procedimental es pequeña (mínima) con un $r = 0.08$, significa que la relación entre las variables es positiva muy débil. Por otro lado el coeficiente de determinación ($r^2 = 0.006$) representa que las variables se relacionan en un porcentaje menor del 1%, por lo que se concluye rechazar la hipótesis de investigación a favor de la nula.

En cuanto a los resultados presentados en la figura 9 sobre las prácticas de autocuidado de adultos mayores de 35 años del distrito misionero de Chacabuco, muestran que el 21.1% y el 49,6% presentaron prácticas deficientes y regulares respectivamente, y sólo un 22.8% tienen prácticas de autocuidado buenas. Asimismo en relación con la hipertensión arterial (tabla 11)se ha identificado que las personas que presentaron hipertensión de estadio 2 el 66,6% presentaron un nivel de prácticas de autocuidado de deficiente a regular, esto es relativo a los hipertensos de estadio 1, quienes presentaron un 75% de nivel de deficiente a regular al igual que las personas que presentaron pre hipertensión, con excepción de los que tienen presión arterial normal, quienes obtuvieron un 85.7% de nivel regular a bueno respectivamente, lo que

indica que las personas con buenas prácticas de autocuidado, no presentan hipertensión arterial a diferencia de las personas que tienen prácticas de autocuidado de deficiente a regular, que si presentan hipertensión estadio 1 y 2.

Al respecto, Velázquez, (2011) menciona que la presencia de hipertensión arterial se debe a la alteración de las prácticas de autocuidado o al deficiente estilo de vida que lleva la personas, porque ellas son las que previenen o controlan la presencia de cualquier enfermedad.

Con respecto a las prácticas de autocuidado en controles de salud regular, se encontró que la mayoría de los adultos (94%), presentaron un nivel deficiente a regular y solo el 6% presentaron un nivel excelente. Por otro lado las personas que presentaron hipertensión de estadio 2, el 100% se controlaban regularmente, a diferencia de las personas que presentaron hipertensión estadio 1, tuvieron un control malo, al igual de los que tenían pre hipertensión, esto quiere decir que las personas que tienen la enfermedad y no se controlan, pueden llegar a presentar complicaciones y en el peor de los casos, pueden morir (Sardaña, 2000).

Torreblanca (1997), menciona que estos casos se presentan debido a que hoy en día las personas ya no asisten a sus controles, porque en sus resultados presentan una situación positiva, sumado a que en otros casos la espera y el costo de la consulta hacen perder el interés en los controles de salud.

La alimentación también juega un papel principal en la prevención de las enfermedades, porque el cuerpo se forma con el alimento que ingerimos (White, 2007). Asimismo en el nivel de prácticas de autocuidado en alimentación con hipertensión arterial, el 92,6% presentó prácticas en alimentación de deficiente a regular, y un 7,4 % presentó un nivel malo. También las personas que presentaron hipertensión de estadio 1 el 15 % presentaron malas en su alimentación y un 65%

presentaron prácticas en su alimentación de regular a bueno. Asimismo de las personas que presentaron hipertensión estadio 2, el 33,3% presentaron prácticas de alimentación malas y un 66,6% presentaron de regular a bueno. Esto quiere decir que a pesar de que las personas presentan la enfermedad, no presentan buenas prácticas de autocuidado en la alimentación. Jenkins (2005), menciona que la alimentación es uno de los factores de riesgo modificable de la hipertensión arterial.

Al respecto, Cayetano, (2004), menciona que las personas no cuidan su alimentación por el tiempo o el mal hábito con el que se han formado desde niños.

Por otro lado White (2007), indica que el alimento forma parte de un proceso maravilloso aprovechado en la reconstrucción de las diversas partes del cuerpo, las personas que presentan la enfermedad deberían prestar mayor atención a las costumbres alimenticias.

Dentro de la dimensión de alimentación se consideró el consumo de sal como factor de riesgo para la HTA, lo que coincide con Diehl & Ludington (2003), que señala que la HTA es infrecuente en el 80% en la población donde el consumo de sal no es común a comparación de los lugares donde se usa mucha sal, como en el Japón donde esta enfermedad es mayor. Por esto Perez, Cordiés, Vasquez y Serrano (2004), recomienda que se evite consumir alimentos ricos en proteínas de alta calidad como: carne, leche, pescado, mariscos, etc, porque contienen más sodio que la mayoría del resto, a diferencia de los alimentos naturales como son los vegetales y frutas, legumbres, frutas frescas, los cuales contienen cantidades insignificantes de sodio que pueden emplearse libremente. Se recomienda que la ingestión de sal no sobrepase los 5 gr/por cada 1000 calorías en una persona adulta (Escott & Mahan, 2009).

Cabe mencionar que la IASD promueve el cuidado del cuerpo mediante la reforma pro salud y un estilo de vida saludable dentro de su mensaje integral. Sin

embargo los resultados en cuanto a la dimensión de la alimentación con práctica de autocuidado, demuestran que las personas con hipertensión arterial estadio 1 y 2, no presentaban buenas prácticas de alimentación. Esto a pesar de que los adventistas tienen mayor estímulo a un estilo de vida saludable por el estudio sistemático e interpretación bíblica con la que cuentan, sumado a los escritos de Elena White que hablan ampliamente sobre temas del cuidado de la salud.

Con respecto a las prácticas de autocuidado en prevención del estrés y del sedentarismo encontramos una gran diferencia, porque el 92,6% presentaron prácticas de prevención y sedentarismo de regular a excelente y solo un 7% presentaron malas prácticas, esto quiere decir que las personas de dicha población tienen buenas prácticas de estrés y sedentarismo.

Sin bien es cierto el desedentamiento es un factor de riesgo para la HTA, sin embargo el grupo de personas encuestadas no presentaron este factor de riesgo, debido a que los resultados indican que el 92,6% tenían prácticas buenas en el control de estrés, además de practicar de manera regular una actividad física.

Rivera (2006), en su estudio titulado “Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá, Colombia”, donde los resultados muestran que el 53 % de las personas hospitalizadas con hipertensión arterial tuvieron deficiente capacidad de agencia para el autocuidado en tanto que el 47 % presentaron suficiente capacidad de agencia para el autocuidado.

Hoy en día las prácticas de autocuidado no se tienen muy en cuenta. En el Perú la incidencia de la hipertensión arterial ha ido en aumento. El año 2005 la incidencia de la hipertensión arterial incrementó un 24% (cinco millones de personas), en el 2008 la población hipertensa fue de 23,7% (varones 13.4% y mujeres 10.3%). En la Costa, la prevalencia fue de 27.3%, en la Sierra 22.1% y en la Selva 22.7% (Almirall, 2008);

A pesar de todo el conocimiento que presentan los adultos mayores de 35 años del distrito misionero de Chaclacayo, la prevalencia de hipertensión arterial es alarmante y esto se debe a las prácticas de autocuidado que presentan, como también al índice de antecedentes de familiares que presentan hipertensión arterial, lo cual también indica la presencia o la predisposición de hipertensión en los adultos mayores de 35 años del distrito misionero de Chaclacayo.

En conclusión, los resultados presentados muestran que la correlación entre la presión arterial y las prácticas de autocuidado preventivas de la hipertensión arterial en el control, la alimentación saludable y la prevención del estrés y sedentarismo es alta con un $r = 0.730$. Esto significa que la relación entre las variables es considerable, por otro lado el coeficiente de determinación ($r^2 = 0.709$) representa que las variables se relacionan en un porcentaje de 70.9%, se concluye rechazar la hipótesis nula a favor de la de investigación.

Como se ha descrito, el conocimiento es un factor importante para el ser humano ya que se puede adquirir por hechos, experiencias y datos, pero esto no cambia el hecho de que presente la enfermedad de la hipertensión arterial; a diferencia del conocimiento, las prácticas de autocuidado si predisponen el control o prevención de la hipertensión arterial, debido a que el buen control, la buena alimentación y la prevención del estrés y sedentarismo, son la base para tener una vida saludable.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

Conclusiones

1. Con respecto a las características de la población estudiada encontramos que:
 - El género femenino fue el más prevalente en la hipertensión arterial de estadio 1 y en la hipertensión arterial de estadio 2 fue el género masculino.
 - En la edad los que presentaron hipertensión arterial estadio 2 pertenecían a las edades de 46 a 56 años; asimismo los que presentaron hipertensión arterial estadio 1 pertenecían a las edades de 35 a 45 años, al igual de los mayores de 67 años. Como también a las edades de 46 a 56 años.
 - En el grado de estudio los que presentaron hipertensión arterial estadio 1,2 y pre hipertensión pertenecían al grado superior.
 - En los antecedentes familiares, los que presentaron, pre hipertensión e hipertensión estadio 1 y 2, manifestaron tener como antecedente familiar a la madre y padre
 - En el conocimiento sobre la presencia de la hipertensión arterial, los que presentaron hipertensión arterial estadio 1 y 2, si tenían conocimiento sobre la

presencia de la hipertensión arterial y los que presentaron pre hipertensión, no sabían que presentaban dicha presión arterial.

- En las iglesias, los que presentaron hipertensión arterial estadio 1 eran pertenecientes a la Floresta y Chaclacayo. Asimismo los que presentaron hipertensión arterial estadio 2 eran pertenecientes a Villa Rica y Chaclacayo.
2. Con respecto a la frecuencia de la hipertensión arterial; se encontró que 44 adultos mayores de 35 años presentaron pre-hipertensión, asimismo 23 adultos mayores de 35 años presentaron hipertensión estadio 1 y 2, sólo 56 adultos mayores de 35 años presentaron presión arterial normal.
 3. Según los resultados estadísticos de la relación entre el nivel de conocimientos con la hipertensión arterial muestran que existe relación positiva muy débil, por lo que se concluye rechazar la hipótesis de investigación a favor de la nula.
 4. Según los resultados estadísticos de la relación entre el nivel de prácticas de autocuidado con la hipertensión arterial muestran que existe relación positiva considerable, por lo que se concluye rechazar la hipótesis nula a favor de la hipótesis de investigación.
 5. Según los resultados estadísticos de la relación entre el nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado con la hipertensión arterial muestran que existe una relación positiva débil. Por lo que se concluye rechazar la hipótesis nula a favor de la hipótesis de investigación.

Recomendaciones

De acuerdo con los resultados obtenidos y conclusiones planteadas hacemos las siguientes recomendaciones:

1. Se recomienda implementaren el distrito misionero de Chaclacayo un programa de intervención y capacitación sobre la importancia de las prácticas de autocuidado en prevención de la hipertensión arterial teniendo en cuenta las siguientes dimensiones: El cumplimiento de controles médicos y presión arterial, alimentación saludable, prevención del estrés y del sedentarismo, con el fin de sensibilizar a todos los miembros mayores de 35 años del distrito misionero de Chaclacayo que presentan o están a punto de presentar hipertensión arterial, sobre las complicaciones que pueden adquirir al presenciar dicha enfermedad ya que se manifiesta como un enemigo silencioso.
2. Se recomienda realizar trabajos de investigación de diseño experimental de dicho tema, en diferentes distritos misioneros de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, con el fin de prevenir y controlar la hipertensión arterial promoviendo la reforma Pro Salud de la IASD.
3. Se recomienda que al realizar otros trabajos de investigación sobre el conocimiento y la práctica de autocuidado de la hipertensión arterial se realicen preguntas específicas con respecto al consumo de la sal y prevención del sedentarismo, de esta manera se podrá medir con eficiencia dichas dimensiones.
4. Se recomienda a los próximos investigadores que deseen seguir con nuestra investigación que pongan mayor énfasis en las prácticas del control de la presión arterial sobre todo en aquellas personas que ya la presentan; ya que el

100% de las personas que presentan hipertensión de estadio 2 se controlan regularmente, y el 75,0% de los hipertensos de estadio 1 presentan un nivel de control deficiente como también los pre hipertensos.

5. Motivar a los alumnos de enfermería a realizar similares trabajos de investigación. Hoy en día la morbi – mortalidad de las enfermedades crónicas no transmisibles cada vez esta incrementándose.

Limitaciones

- Falta de coordinación de parte de los ancianos con los directores de los diferentes departamentos de la iglesia.
- Falta de interés de parte de algunos ancianos de la iglesia correspondiente al desarrollo del instrumento.

Referencias

- Acosta, N. J. (2000). Y Dios tenía razón, las bases científicas del vegetarianismo. Lima - Perú: Científica Mundi E.I.R.L.
- Acosta, N. J. (2000). Y Dios tenía razón, las bases científicas del vegetarianismo. Lima: Editorial Científica Mundi E. I. R. L.
- Almirall, (Marso, 2008). Cuida tu salud. Recuperado de <http://www.cuidatusalud.com/patologias/hipertension-6/noticias/la-hta-aumentara-un-24-en-los-paises-desarrollados-en-el-2025-276.html>
- ALIAR, (Alianza Libre de Humo de Tabaco Argentina). CLAS declaración de Buenos Aires: las enfermedades no transmisibles profundizan la pobreza y la inequidad. Recuperado de <http://aliarargentina.wordpress.com/2011/03/30/clas-declaracion-de-buenos-aires-las-enfermedades-no-transmisibles-profundizan-la-pobreza-y-la-inequidad/>
- Bello, E. A., Hernandez, A. H., Coronado, D. J., Arteta, A. D., & Daza, J. (2005). Guías prácticas basadas en la evidencia. Colombia: Asociacion Colombiana de Facultades de Medicina- Ascofame.
- Banegas, B. J. (Enero ,2006). Revisión. Obtenido de departamento de Medicina Preventiva y Salud Publica.Universidad Autónoma de Madrid.España. Recuperado de http://www.sld.cu/galerías/pdf/servicios/hta/hipertensión_arterial_epidemiología_en_espana.pdf.
- Bevilacqua, F., Bensoussan, E., Silva, J. J., Castro, E. F., & Pinto, C. L. (2006). Fisiopatología clínica. Río de Janeiro, Sao Paulo: Editorial "El Ateneo".
- Cayetano, H. U. (febrero, 2004). Temas de salud y bienestar. El comercio, Discovery Health channel , págs. 102 - 104.
- Colbert, D. (2007). Los siete pilares de la salud. Florida, Estados Unidos: Sociedad Bíblica Internacional.

- Correa, G. I., & Benjumea, R. M. (2005). Como elevar el estado nutricional ?
Manizales, Colombia: Editorial Universidad de Caldas, Ciencias para la Salud.
- CLAS, (Concilio Latino Americano Saludable). Declaración latinoamericana frente a
la emergencia sanitaria de las Enfermedades No Trasmisibles. Recuperado
de [http://www.alad-
latinoamerica.org/declaracion%20final%204%20de%20marzo%202011.pdf](http://www.alad-latinoamerica.org/declaracion%20final%204%20de%20marzo%202011.pdf)
- Diehl, H., & Ludington, A. (2003). Vida dinámica. Buenos Aires, Argentina:
Asociación Casa Editora Sudamerica.
- Don, C. (2007). Los siete pilares de la salud. Estados Unidos: SoCiedad Biblica
Internacional.
- Elena, W. (1969). Consejos sobre el régimen alimenticio. Argentina:
A.C.E.Sudamericana.
- Elizondo, L. L. (2001). Principios básicos de la salud. Mexico: Casa creacion.
- Escott, S. S., & Mahan, K. (2009). Krause Dietoterapia. Barcelona, España:
ELsevierMasson
- Ferraro, D. F. (2002). Guías para la deteccion, diagnóstico y tratamiento de la
hipertension arterial en el primer nivel. Costa Rica: gerencia de division
medica direccion, técnica de servicios de salud departamento de medicina
preventiva.
- Gomez, A. E. (2006). Nutrición terapéutica del adulto. Bucamanga, Colombia:
División Editorial y Publicaciones, Universidad Industrial de Santander.
- Guyton, A. (2000). Tratado de fisiología médica. México: Editorial Interamericana,
Mc GRAW - HILL.
- Hernández, C. M. (febrero, 2002). Hipertencion arterial, de Search Results for "OMS
2002": Recuperado de <http://articulos.sld.cu/hta/?s=OMS+2002>.
- Huanca, S. (2006). Impacto de un Programa Educativo "Vida Sana" en Personas
Hipertensas del Hospital Gustavo Lanatta Lujan. Huacho - Perú.

- Hernández, C. M. (Junio, 2010). Hipertensión Arterial. Recuperado de <http://articulos.sld.cu/hta/tag/chile/>
- Jenkins, D. (2005). *Mejoremos la salud a todas las edades, Un manual para el cambio de comportamiento*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Jiménez, L. & Sierra, A. (2003). *Enfermería cardiobascular- cardiovascular Nursing*.
- Kozier, B. Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2005). *Fundamentos de enfermería*. Madrid, España: McGRAW-HILL Interamericana de España, S.A.U.
- Kathleen, M. L., & Escott, S. S. (2009). *Krause, Dietoterapia*. España: El Sevier, Masson.
- Kotllar, C., & Fernández, H. (2003). nueva clasificación de hipertensión arterial según el JNC-VII. En *Nuevas recomendaciones para el tratamiento de la hipertensión arterial*. New York, Estados Unidos: EUROPA PRESS.
- Kotz, D. 10 Hábitos saludables que te pueden hacer vivir 100 años. Recuperado de <http://www.fortaleciendolafamilia.net/component/content/article/40-salud/527-10-habitos-saludables-que-te-pueden-ayudar-a-vivir-hasta-los-100-anos>.
- Lina, S. R. (Agosto, 2004). El conocimiento y las prácticas del autocuidado. Recuperado, de *Sirviendo a la comunidad: Recuperado de* <http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/PDF/43.pdf>
- Leme, d. V. (2002). *El placer de comer bien, Alimentos para prevenir y curar*. Tatuí, Brasil: Casa Publicadora Brasileira.
- Lopez, L. B., & Suárez, M. M. (2008). *Funfamentos de nutrición normal*. Buenos Aires, Argentina: Editorial El Ateneo.
- Mazarrasa, A. L., Sanchez, M. A., German, B. C., Sanchez, G. A., Merelles, T. A., & Aparicio, R. V. (2003). *Salud publica y enfermería comunitaria*. Madrid, España: Editorial MONOS S.A.

- Mayoral, E., & Molina., R. (2003). Guías del 2003 de la Sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología para el manejo de la hipertensión arterial. España: Grupo HTA de SAMFyC.
- Marriner, T. A., & Raile, A. M. (2007). Modelos y Teorías de enfermería. Barcelona - España: editorial, ELSEVIER..
- Mattson, P. C. (2006). Fisiopatología, Salud - Enfermedad; Un enfoque conceptual . Buenos Aires: Panamericana
- Moisés. (1960). Santa Biblia - Reina Valera -Numeros. Brasil: Sociedad Bíblica Unida.
- Molina, D. R. (2009). Revisión de la guía europea de manejo de hipertensión, documento de la sociedad europea de hipertensión. Paris, Francia: European Hospital Georges Pompidou.
- McPhee, S., & Ganong, W. (2007). Fisiopatología Médica: Una introducción a la medicina interna. México: El manual Moderno, S.A. de C.V.
- OMS, (Organización Mundial de la Salud). Neurociencias. Recuperado de <http://www.neurodifusion.org/noticias/salud-medicina/63-noticias-salud-medicina/9508-segun-la-oms-unos-52-millones-de-personas-podrian-morir-de-enfermedades-cronicas-no-transmisibles-para-2030.html>.
- Pablo. (2000). Reina Valera. Buenos Aires Argentina: Sociedad bíblica Americana.
- Pamplona, R. J. (1999). Disfrutalo, alimentos que curan y previenen. Buenos Aires, Argentina: Asociación Casa Editora Sudamericana .
- Perez, C. D., Cordiés, J. L., Vasquez, V. A., & Serrano, V. C. (2004). Hipertensión arterial, guía para la atención médica. Cuba: Republica de Cuba, Ministerio de Salud Pública.
- Pinheiro, C. M. (2008). Salud y adoracion. Buenos Aires,Argentina: primera edicion.

- Régulo, A. C. (Mayo 2006). Acta Medica Peruana Comeguio Médicos del Peru. Recuperado, de Red de Revista Cientifica de América Latina y el Caribe, España Portugal: Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=96623205>
- Rivera, A. L. (Diciembre,2006). Revista de Ssalud Publica. Obtenido de Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas con Hipertension Arterial hospitalizados en una Clinica de Bogotá, Colobia. Recuperado de http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S0124-00642006000300009&script=sci_arttext.
- Rodriguez, R. M. (Junio,2007). Recuperado de <http://www.portalesmédicos.com/publicaciones/articles/551/1/-hipertensión-arterial-en-la-atención-primaria-de-salud-Estrategia-de-intervencion-para-su-óptimo-tratamiento.html>.
- Roses, P. M. (2009). Organizacion Panamericana de la Salud. Recuperado de <http://www.paho.org/Spanish/ad/dpc/nc/guatemala-survey.htm#21>
- Roth, R. (2007). Nutrición y dietoterapia. México: McGraw - Hill Interamericana Editores. S.A de C.V.
- Ruiz, M. E. (2005). Hipertensión arterial. Revista de la sociedad peruana de cardiología , 2, 3.
- Rojas, A., & Rojas, L. (Abril, 1996). Revista peruana de cardiología. Obtenido de prevalencia de la hipertensión arterial: Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/cardiologia/v22_n1/harterial.htm.
- Saldarriaga, S. L. (2007). Valoración de conocimientos de hipertensión arterial y factores de riesgo. Nure Investigación , 4 - 6.
- Sardaña, J. (2000). "Digame doctor", La hipertensión. México: Editorial Diana S.A.
- Sampiere, H. R., Collado, F. C., & Baptista, L. P. (2006). Metodología de investigación. México: Mc Graw Hill, Interamericana.

- Soto, C. V. (2001). Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna - Vol.14 N° 3.
Obtenido de
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v14n3/prev_hipert.htm
- Smeltzer, S. C. & Bare, B. G. (2005). Enfermería medicoquirúrgica. España:
McGraw-Hill Interamericana.
- Tobón, C. O. (Julio, 2000). El AUTOCUIDADO una habilidad para vivir. Obtenido
de http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf.
- Tortora, D. (2006). Principios de anatomía y fisiología. España: Editorial Médica
Panamericana.
- Tortora, G. J., & Grabowski, S. R. (2000). Principios de anatomía y fisiología.
España: Harcourt Brace de España, S.A. Madrid.
- Torreblanca Roldán, M.C. (1997). Efecto de una intervención educativa en la calidad
de vida del paciente hipertenso abril a mayo año 2004. Caplotan México.
- Velázquez, B. (Mayo, 2011). Sociedad peruana de hipertensión arterial. Recuperado
de
[http://www.htaperu.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=123:
lo-que-debe-saber&catid=48:articuloas&Itemid=169](http://www.htaperu.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=123:lo-que-debe-saber&catid=48:articuloas&Itemid=169)
- Wilmore, J., & Costill, D. (2001). Fisiología de esfuerzo y del deporte. Barcelona,
España: Editorial Paidotribo.
- White, E. G. (2007). El ministerio de curación. Argentina: Casa Editora
Sudamericana.
- White, E. (2009). Consejos sobre salud. Argentina: A.C.E. Sudamericana.
- White, E. (1970). Joya de los testimonios. Argentina: A.C.E. Sudamericana.

ANEXOS

Anexo 1

Figuras y tablas generales de la investigación

Figura 2

Género de los adultos mayores de 35 años del distrito misionero Chaclacayo.

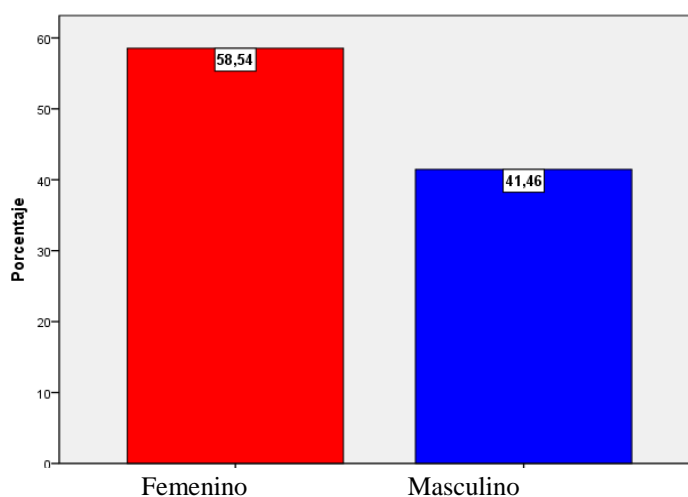


Tabla 13

Hipertensión arterial según el género de los adultos mayores de 35 años del distrito misionero de Chaclacayo.

Presión arterial	Género		Total
	Femenino	Masculino	
Normal	32 57,1%	24 42,9%	100,0%
Pre hipertensión	25 56,8%	19 43,2%	100,0%
Hipertensión Estadio 1	14 70,0%	6 30,0%	100,0%
Hipertensión estadio 2	1 33,3%	2 66,7%	100,0%
Total	58,5%	41,5%	100,0%

Figura 3

Edad de los adultos mayores de 35 años del distrito misionero Chaclacayo.

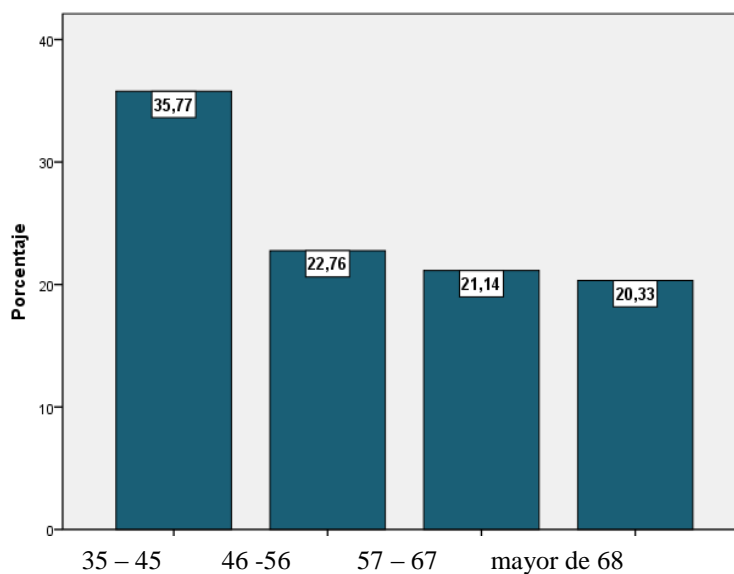


Tabla 14

Hipertensión arterial según Edad de los adultos mayores de 35 años del distrito misionero de Chaclacayo.

Presión arterial	Edad								
	35 - 45		46 - 56		57 - 67		mayor de 68		Total
	F	%	F	%	F	%	F	%	%
Normal	25	44,6%	11	19,6%	11	19,6%	9	16,1%	100,0%
Pre hipertensión	12	27,3%	13	29,5%	11	25,0%	8	18,2%	100,0%
Hipertensión	7	35,0%	2	10,0%	4	20,0%	7	35,0%	100,0%
Estadio 1 hipertensión	0	0,00%	2	66,7%	0	0,00%	1	33,3%	100,0%
Estadio 2 hipertensión									
Total	44	35,8%	28	22,8%	26	21,1%	25	20,3%	100,0%

Figura 4

Grado de estudios de los adultos mayores de 35 años del distrito misionero Chaclacayo.

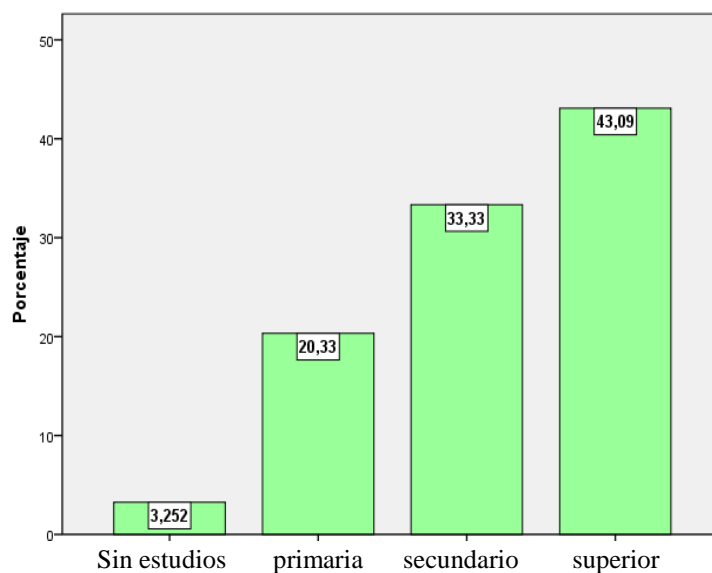


Tabla 15

Hipertensión arterial según el grado de estudios de los adultos mayores de 35 años del distrito misionero de Chaclacayo.

Presión arterial	Grado de estudios								
	sin estudios		Primaria		Secundaria		superior		Total
	F	%	F	%	F	%	F	%	%
Normal	3	5,4%	9	16,1%	19	33,9%	25	44,6%	100,0%
Pre hipertensión	0	0,00%	9	20,5%	17	38,6%	18	40,9%	100,0%
Hipertensión Estadio 1	1	5,0%	6	30,0%	5	25,0%	8	40,0%	100,0%
Hipertensión estadio 2	0	0,00%	1	33,3%	0	0,00%	2	66,7%	100,0%
Total	4	3,3%	25	20,3%	41	33,3%	53	43,1%	100,0%

Figura 5

Antecedentes familiares directos con hipertensión arterial de los adultos mayores de 35 años del distrito misionero Chaclacayo.

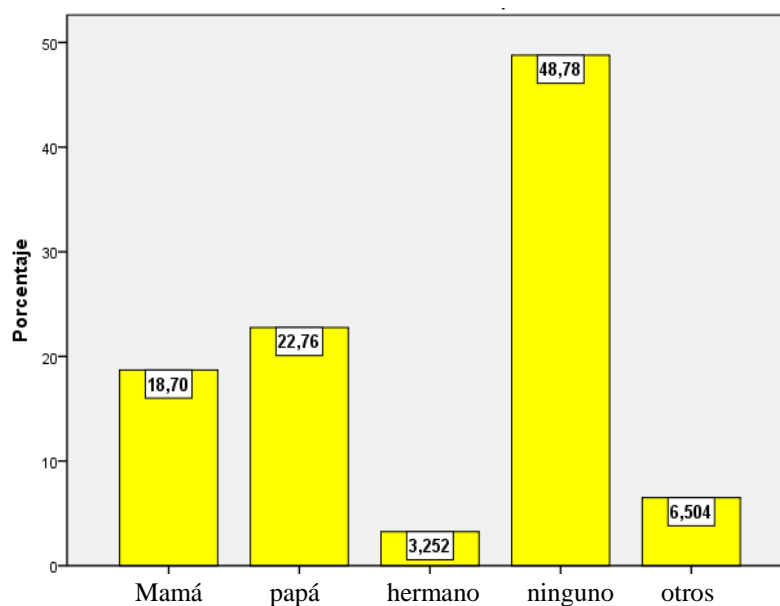


Tabla 16

Hipertensión arterial según Antecedentes familiares directos con hipertensión arterial de los adultos mayores de 35 años del distrito misionero de Chaclacayo.

Presión arterial	Antecedentes familiares directos con hipertensión arterial										
	Mamá		Papá		Hermano		Ninguno		Otros		Total
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	%
Normal	10	17,9%	13	23,2%	2	3,6%	30	53,6%	1	1,8%	100,0%
Pre hipertensión	8	18,2%	10	22,7%	1	2,3%	22	50,0%	3	6,8%	100,0%
Hipertensión	4	20,0%	4	20,0%	1	5,0%	8	40,0%	3	15,0%	100,0%
Estadio 1 hipertensión	1	33,3%	1	33,3%	0	0,00%	0	0,00%	1	33,3%	100,0%
Estadio 2 hipertensión											
Total	23	18,7%	28	22,8%	4	3,3%	60	48,8%	8	6,5%	100,0%

Figura 6

Presencia de hipertensión arterial en los adultos mayores de 35 años del distrito misionero Chaclacayo.

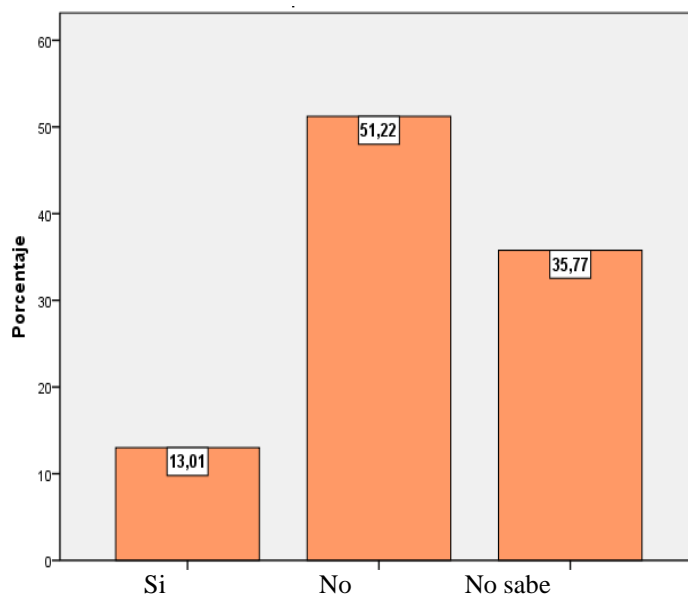


Tabla 17

Presión arterial según el conocimiento de la hipertensión arterial de los adultos mayores de 35 años del distrito misionero de Chaclacayo.

Presión arterial	Presencia de hipertensión arterial						
	Si		No		No sabe		Total
	F	%	F	%	F	%	%
Normal	1	1,8%	41	73,2%	14	25,0%	100,0%
Pre hipertensión	1	2,3%	21	47,7%	22	50,0%	100,0%
Hipertensión	11	55,0%	1	5,0%	8	40,0%	100,0%
Estadio 1							
Hipertensión	3	100,0%	0	00,0%	0	00,0%	100,0%
estadio 2							
Total	16	13,0%	63	51,2%	44	35,8%	100,0%

Tabla 18

Iglesias del Distrito Misionero de Chaclacayo

Iglesias	Frecuencia	Porcentaje
Floresta	21	17,1
Villa Rica	20	16,3
Chaclacayo	20	16,3
Huampani	20	16,3
Alfonso Cobián	21	17,1
San Bartolomé	21	17,1
Total	123	100,0

Tabla 19

Hipertensión arterial según iglesias y clasificación de la presión arterial de los miembros mayores de 35 años del distrito misionero de Chaclacayo.

Iglesias	Presión arterial								
	Normal		Pre hipertensión		Hipertensión Estadio 1		Hipertensión estadio 2		Total
	F	%	F	%	F	%	F	%	%
Floresta	5	23,8%	10	47,6%	6	28,6%	0	0,00%	100,0%
Villa Rica	9	45,0%	8	40,0%	2	10,0%	1	5,0%	100,0%
Chaclacayo	7	35,0%	7	35,0%	4	20,0%	2	10,0%	100,0%
Huampani	10	50,0%	8	40,0%	2	10,0%	0	0,00%	100,0%
Cobián	11	57,1%	6	28,6%	3	14,3%	0	0,00%	100,0%
San Bartolomé	13	61,9%	5	23,8%	3	14,3%	0	0,00%	100,0%
Total	56	45,5%	44	35,8%	20	16,3%	3	2,4%	100,0%

Figura 7

Nivel de conocimiento de la hipertensión arterial en los adultos mayores de 35 años del distrito misionero de Chaclacayo.

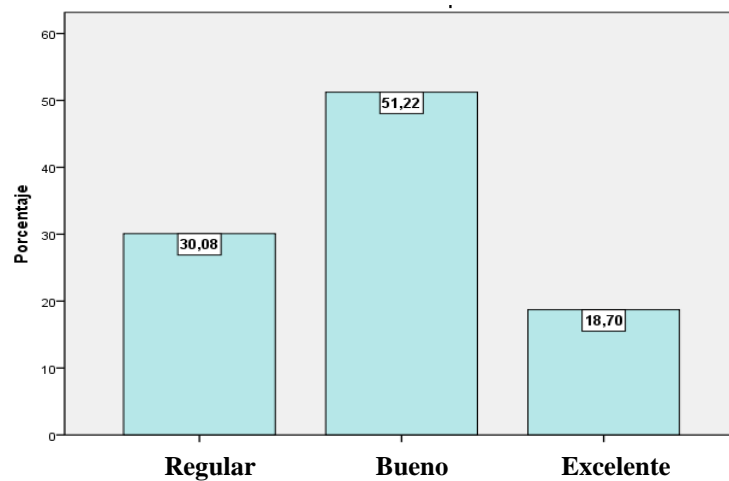


Figura 8

Nivel de conocimiento cognitivo de los adultos mayores de 35 años del distrito misionero Chaclacayo.

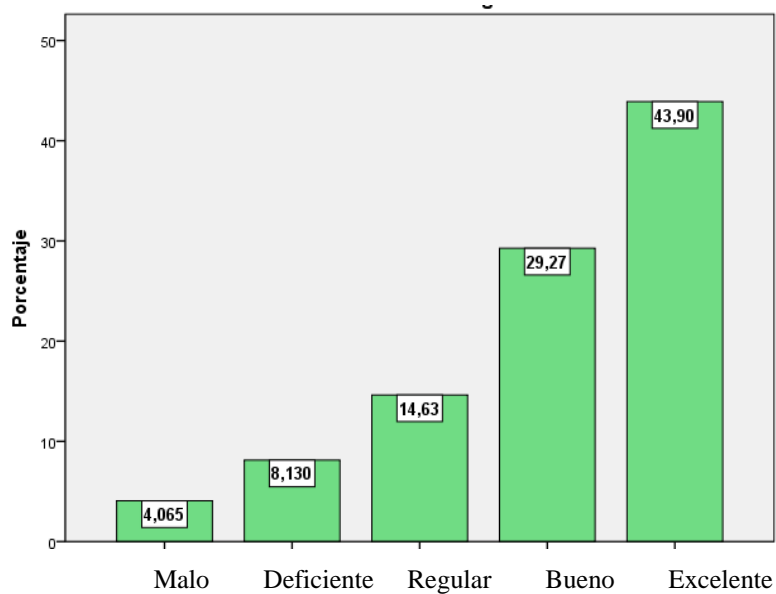


Figura 9

Nivel de conocimiento procedimental de los adultos mayores de 35 años del distrito misionero Chaclacayo.

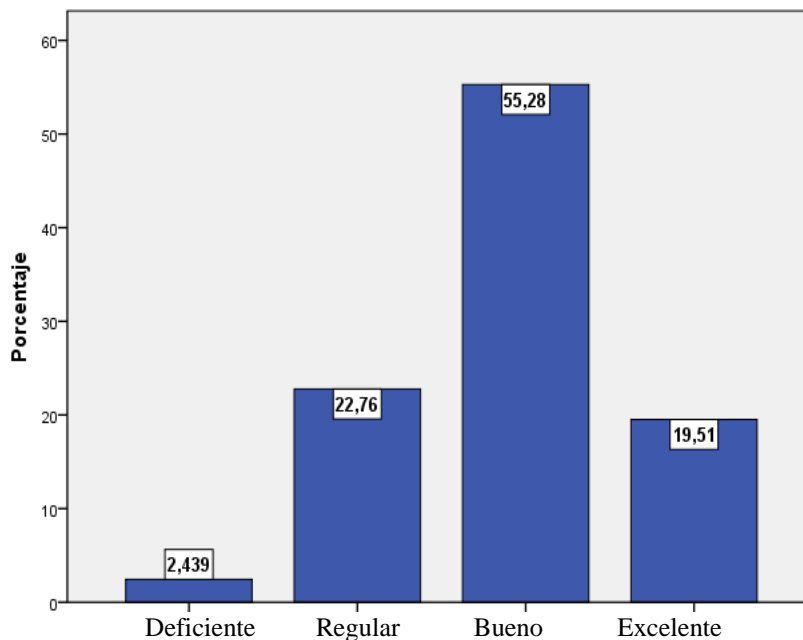


Figura 10

Nivel de práctica de autocuidado de la hipertensión arterial en los adultos mayores de 35 años del distrito misionero de Chaclacayo.

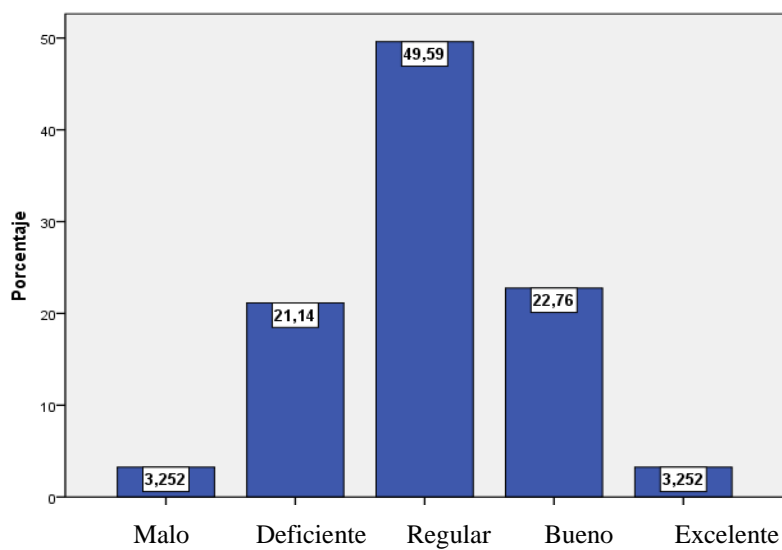


Figura 11

Nivel de prácticas de autocuidado con la presencia de la hipertensión arterial en los controles de los adultos mayores de 35 años de las iglesias del distrito misionero de Chaclacayo.

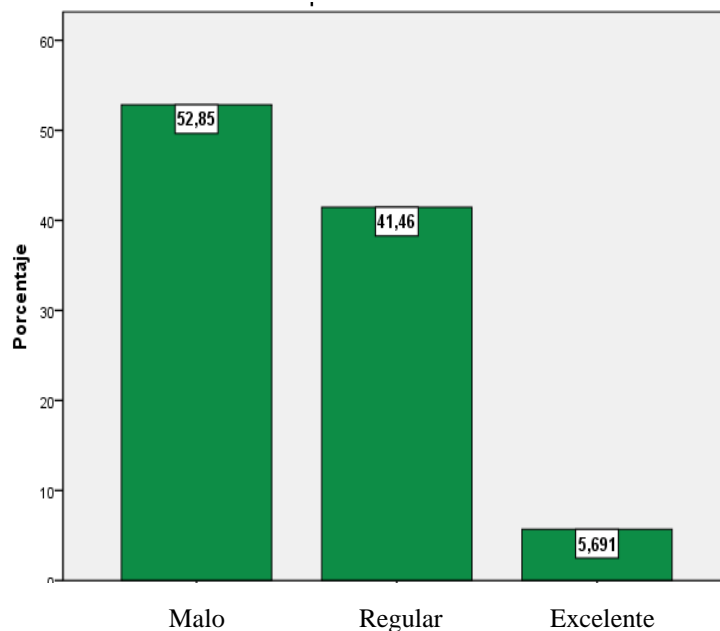


Tabla 20

Nivel de práctica de autocuidado en controles con la hipertensión arterial según en los adultos mayores de 35 años del distrito misionero de Chaclacayo.

Presión arterial	Nivel de práctica en controles						
	Malo		Regular		Excelente		Total
	F	%	F	%	F	%	%
Normal	19	33,9%	30	53,6%	7	12,5%	100,0%
Pre hipertensión	31	70,5%	13	29,5%	0	0,00%	100,0%
Hipertensión	15	75,0%	5	25,0%	0	0,00%	100,0%
Estadio 1							
Hipertensión	0	0,00%	3	100,0%	0	0,00%	100,0%
estadio 2							
Total	65	52,8%	51	41,5%	7	5,7%	100,0%

Figura 12

Nivel de prácticas de autocuidado en la alimentación con la hipertensión arterial de los adultos mayores de 35 años de las iglesias del distrito misionero de Chaclacayo.

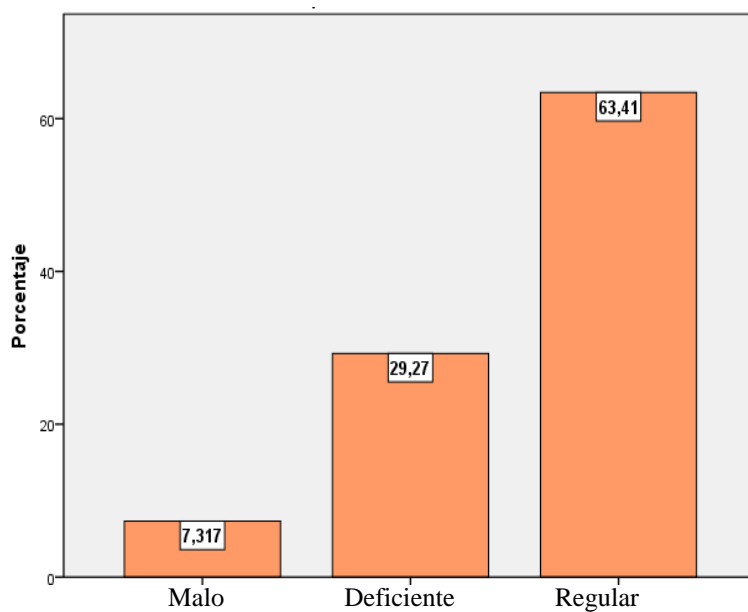


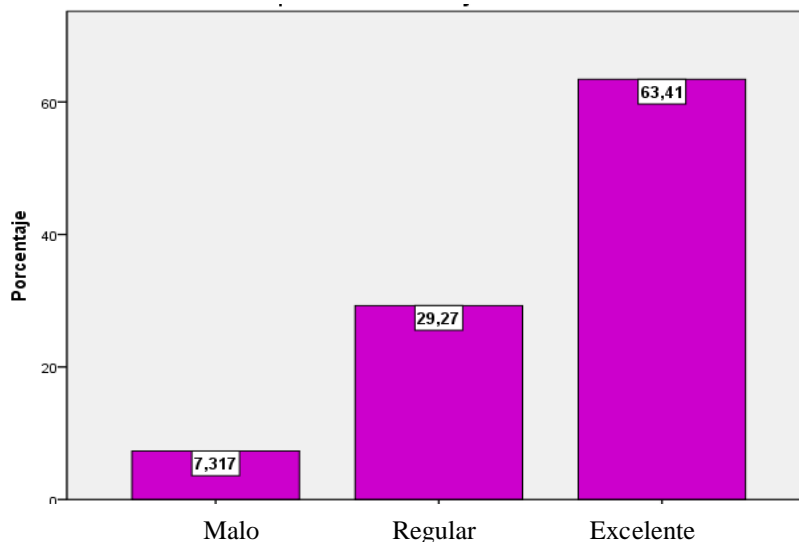
Tabla 21

Nivel de práctica de autocuidado en alimentación con la presencia de hipertensión arterial de los adultos mayores de 35 años del distrito misionero de Chaclacayo.

Presión arterial	Nivel de práctica en alimentación										
	Malo		Deficiente		Regular		Bueno		Excelente		Total
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	%
Normal	0	0,00%	8	14,3%	26	46,4%	16	28,6%	6	10,7%	100,0%
Pre hipertensión	3	6,8%	16	36,4%	16	36,4%	9	20,5%	0	0,00%	100,0%
Hipertensión Estadio 1	3	15,0%	2	10,0%	9	45,0%	4	20,0%	2	10,0%	100,0%
Hipertensión estadio 2	1	33,3%	0	0,00%	1	33,3%	1	33,3%	0	0,00%	100,0%
Total	7	5,7%	26	21,1%	52	42,3%	30	24,4%	8	6,5%	100,0%

Figura 13

Nivel de autocuidado en prevención del estrés y sedentarismos de los adultos mayores de 35 años que fueron encuestados en las iglesias del distrito misionero de Chaclacayo.



Resultados Estadísticos

Para responder a los objetivos de la investigación se realizó los análisis de correlaciones múltiples, para ello fue necesario la formulación de hipótesis de las variables en estudio con sus respectivas dimensiones; así mismo mediante el análisis se obtuvo un modelo que permita reconocer la presencia de hipertensión arterial en los miembros mayores de 35 años del distrito misionero de Chaclacayo.

Para el análisis se considero un error del 5% con un nivel de confianza del 95% y se está considerando este porcentaje porque es el que más se ajusta a la investigación.

Análisis de correlación entre los puntajes del nivel de conocimiento en lo cognitivo – procedimental con la presencia de hipertensión arterial.

Tabla 22

Análisis de regresión múltiple entre los puntajes de conocimiento cognitivo y procedimental con la presencia de hipertensión arterial.

Modelo	R	R cuadrado	R corregida	Error típ. de la estimación
1	,080 ^a	,006	-,010	,817

Tabla 23

Análisis del ANOVA entre los puntajes de conocimiento cognitivo - procedimental con la presencia de hipertensión arterial

Modelo	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	,512	2	,256	,384	,682 ^a
Residual	80,170	120	,668		
Total	80,683	122			

Resultados estadísticos de correlación entre el nivel práctica de autocuidado con la presencia de la hipertensión arterial.

Análisis de correlación entre los puntajes del nivel práctica de autocuidado en controles, alimentación y prevención de estrés y sedentarismos con presencia de la hipertensión arterial.

Tabla 24

Análisis de regresión múltiple entre los puntajes de práctica de autocuidado en controles, alimentación y prevención de estrés y sedentarismos con la presencia de la hipertensión arterial.

Modelo	R	R cuadrado	R corregida	Error tí. de la estimación
	,730	,709	,094	,774

Tabla 25

Análisis del ANOVA entre los puntajes de práctica de autocuidado en controles, alimentación y prevención de estrés y sedentarismos con la presencia de la hipertensión arterial.

Modelo	Suma de cuadrados	de Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	8,767	2	4,383	7,314	,001
Residual	71,916	120	,599		
Total	80,683	122			

Análisis de correlación entre el nivel conocimiento y prácticas de autocuidado con la presencia de la hipertensión arterial.

Tabla 26

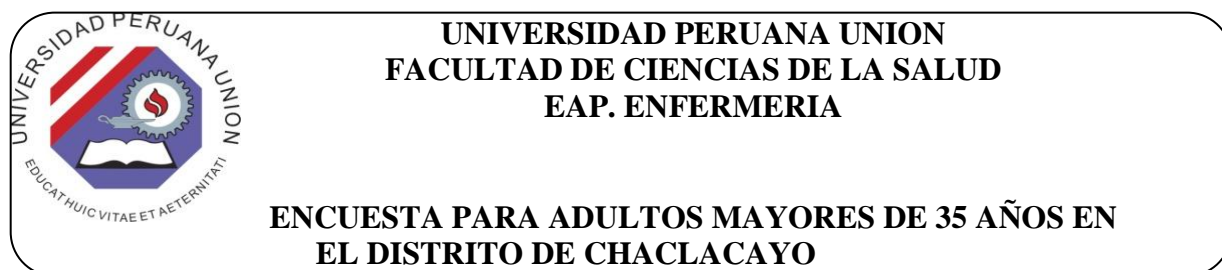
Análisis de regresión múltiple entre los puntajes de nivel conocimiento y prácticas de autocuidado con la presencia de hipertensión arterial.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
2	,344 ^b	,118	,104	,770

Tabla 27

Análisis del ANOVA entre los puntajes el nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado con la presencia de hipertensión arterial (análisis de regresión de la ANOVA).

Modelo	Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	9,540	2	4,770	8,046	,001
Residual	71,143	120	,593		
Total	80,683	122			

Anexo 2**Instrumento de recolección de datos****Instrucciones:**

Este instrumento tiene como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado en la prevención de la Hipertensión arterial. En las personas adultas mayores de 35 años de las Iglesias del Distrito Misionero de Chaclacayo. Los datos que usted proporcione son confidenciales y anónimos, no escriba su nombre, sólo responda con sinceridad y honestidad. Marque con una (X), según su criterio. Su colaboración es de gran ayuda para el resultado de nuestro trabajo.

I. INFORMACIÓN GENERAL

- | | | |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Género | Femenino ()1 | Masculino ()2 |
| 2. Edad | 35 – 45 ()1 | 46 – 56 ()2 |
| | 57 – 67 ()3 | Mayor de 68 ()4 |
| 3. Grado de estudios: | Sin estudios ()1 | Primaria ()2 |
| | Secundaria ()3 | Superior ()4 |
| 4. Antecedentes familiares directos con Hipertensión Arterial: | Mamá ()1 Papá ()2 Hermano(a) ()3 Ninguno ()4 Otros ()5 | |
| 5. Presenta hipertensión arterial | Si ()1 | No ()2 No sabe()3 |
| 6. Presión arterial..... | Normal ()1 | Pre hipertensión ()2 |
| | Hipertensión Estadio 1 ()3 | Hipertensión Estadio 1 ()4 |

II. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

2.1 CONOCIMIENTOS CONCEPTUAL SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

1. ¿Cuál considera usted que es el valor normal de la presión arterial?

1 120/80 mmHg

2 130/85 mmHg

3 180/110 mmHg

2. ¿Qué es Hipertensión Arterial?

1 Es una enfermedad caracterizada por una presión arterial elevada que excede de 140/90 mmHg.

2 Es una enfermedad caracterizada por la disminución de la Presión arterial, menor de 120/70 mmHg

3. ¿Qué síntoma de la Hipertensión Arterial es más frecuente en los adultos?

1 Dolor de estomago

2 Inflamación del Riñón

3 Dolor de cabeza

4. ¿Cuáles son los factores de riesgo que provocan la Hipertensión Arterial?

1 El estrés.

2 Consumo excesivo de sal

3 Aumento del peso fuera del rango de lo normal

4 Sedentarismo, hereditario.

3 Todas las anteriores.

5. ¿Cuál es la complicación más frecuente que se produce en la Hipertensión Arterial?

1 Infarto al corazón

2 Accidente cerebro vascular

3 Insuficiencia renal

4 Todas las alternativas

6. ¿Cuáles son los tipos de tratamiento de la Hipertensión Arterial?

- 1 Tratamiento farmacológico
- 2 Cambio de estilo de vida.
- 3 1 y 2

2.2 CONOCIMIENTOS PROCEDIMENTAL SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

7. ¿Cada cuanto tiempo se debe realizar controles médicos?

- 1 Cada 6 meses
- 2 Cada año
- 3 Cada 2 años

8. ¿Cada cuánto tiempo se debe controlar la presión arterial un adulto sano?

- 1 Cada 3 meses
- 2 Cada 6 meses
- 3 Cada año

9. ¿Cuánta sal debe consumir un adulto sano al día?

- 1 5 gr (1 cucharadita)
- 2 15 gr (1 cucharada)
- 3 30 gr (1 cucharada)

10. ¿Qué enfermedades produce el consumo elevado de sal?

- 1 Insuficiencia Renal, Hipertensión Arterial.
- 2 Cálculos renales, Infarto al Corazón.
- 3 Gastritis, Úlceras Gástricas.

11. ¿Qué alimentos presentan mayor cantidad de grasa saturada?

- 1 Pallares, lentejas, frejoles, garbanzos, arvejas partidas.
- 2 Margarina, quesos mantecosos, carnes (res, pollo, pescado) y frituras.
- 3 Manzana, plátano, naranja, uva, pera, fresa, durazno, papaya.

12. ¿Cuántas frutas se deben comer al día?

- 1 De 0 a 1 frutas al día
- 2 De 2 a 3 frutas al día
- 3 De 3 a 4 frutas al día
- 4 Mas de 4 frutas al día

13. ¿Cuántas porciones de verduras se deben comer al día?
- 1 De 0 a 1 porciones de verduras
 - 2 De 2 a 3 porciones de verduras
 - 3 De 3 a 4 porciones de verduras
 - 4 Mas 4 veces al día.
14. ¿Cuántas veces a la semana se debe consumir legumbres o menestras?
- 1 De 0 – 1 vez
 - 2 De 2 – 3 veces
 - 3 De 4 - 5 veces
 - 4 Todos los días
15. ¿Cuáles de los siguientes grupos son productos dañinos para nuestro organismo?
- 1 Café, bebidas alcohólicas, tabaco y drogas.
 - 2 Arroz, legumbres, papas, cebolla, tomate.
 - 3 Manzana, plátano, naranja, uva, pera, fresa.
16. ¿Cuántas veces a la semana se debe consumir carne (pollo, res, pescado)?
- 1 De 0 – 1 vez
 - 2 De 2 – 3 veces
 - 3 De 4 - 5 veces
 - 4 Todos los días
17. ¿Cuántas veces a la semana se debe consumir frituras?
- 1 De 0 - 1 veces
 - 2 De 2 – 3 veces
 - 3 De 4 - 5 veces
 - 4 Todos los días.
18. ¿Cuántos vasos de agua pura se debe consumir al día?
- 1 De 0 a 3 vasos de agua
 - 2 De 4 a 7 vasos de agua
 - 3 De 8 a 10 vasos de agua
 - 4 Mas de 10 vasos.
19. ¿Cuál de las siguientes listas de ejercicio presenta mayores beneficios para nuestra salud?
- 1 Caminar, correr, jugar futbol, jugar vóley, etc.
 - 2 Levantamiento de pesas, pin pon, etc.
 - 3 1 y 2.

20. ¿Cuántas horas de sueño un adulto debe dormir, durante la noche?
- 1 2-3 horas
 - 2 4 -5 horas.
 - 3 6 a 8 horas.
 - 4 Mas de 8 horas
21. ¿Cuál de las siguientes técnicas de relajación presenta mayores beneficios para prevenir el estrés?
- 1 Técnicas de respiración
 - 2 Caminata al aire libre
 - 3 Recordar momentos agradables
 - 4 Escuchar música instrumental
 - 5 Ninguna

III. NIVEL DEL PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN LA PREVENCIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

3.1 PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO EN LOS CONTROLES

1. ¿Cada cuanto tiempo Usted acude al médico?
- 1 Cada 6 meses
 - 2 Cada año
 - 3 Cada 2 años
 - 4 No voy al médico
2. ¿Con qué frecuencia realiza el control de la presión arterial?
- 1 Cada 3 meses
 - 2 Cada 6 meses
 - 3 Cada año
 - 4 Nunca
3. ¿Cuándo presenta Usted dolor de cabeza constante a donde acude?
- 1 A la farmacia
 - 2 Al Centro de Salud
 - 3 Al médico Naturista
 - 4 Ninguno

3.2 PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO SOBRE ALIMENTACIÓN SALUDABLE

4. ¿Qué cantidad de sal al día consume en sus comidas?
- 1 5 gr (1 cucharadita)
 - 2 15 gr (1 cucharada)
 - 3 30 gr (1 cucharada y media)
 - 4 No lo sé.
5. ¿Qué cantidad de sal agrega a sus alimentos ya preparados?
- 1 Bastante (5gr/1 cucharadita)
 - 2 Regular (3gr/Pisca y media)
 - 3 Poco (1 gr /1 pisca)
 - 4 Nada.
6. ¿Cuántas frutas consume al día?
- 1 De 0 a 1 frutas
 - 2 De 2 a 3 frutas
 - 3 De 3 a 4 frutas
 - 4 Mas de 4 frutas.
7. ¿Cuántas porciones de verduras consume al día?
- 1 De 0 a 1 porciones de verduras
 - 2 De 2 a 3 porciones de verduras
 - 3 De 3 a 4 porciones de verduras
 - 4 Mas de 4 porciones de verduras.
8. ¿Cuántas veces a la semana consume legumbres ò menestras?
- 1 De 0 – 1 vez
 - 2 De 2 – 3 veces
 - 3 De 4 - 5 veces
 - 4 Todos los días.
9. ¿Cuál de los siguientes productos industrializados consume con frecuencia?
- 1 Café
 - 2 Gaseosa
 - 3 Cerveza
 - 4 Ninguno
 - 5 Otros.....

10. ¿Cuántas veces a la semana usted consumé carne (pollo, res o pescado)?
- 1 De 0 – 1 vez
 - 2 De 2 – 3 veces
 - 3 De 4 - 6 veces
 - 4 Todos los días.
11. ¿Cuántas veces a la semana consume frituras?
- 1 De 0 – 1 vez
 - 2 De 2 - 3 veces
 - 3 De 4 – 5 veces
 - 4 Todos los días.
12. ¿Cuántos vasos de agua pura consume al día?
- 1 De 0 a 3 vasos de agua
 - 2 De 4 a 7 vasos de agua
 - 3 De 8 a 10 vasos de agua
 - 4 Mas de 10 vasos de agua.

3.3 PRACTICAS DE AUTOCUIDADO EN LA PREVENCIÓN DEL ESTRÉS Y DEL SEDENTARISMO.

13. ¿Cuáles son los tipos de ejercicio ó actividades físicas realiza usted?
- 1 Caminar
 - 2 Jugar futbol
 - 3 Jugar vóley
 - 4 Gimnasia
 - 5 Carreras de 100 metros
 - 6 No hago ejercicio.
14. ¿Cuántas veces a la semana practica cualquier tipo de ejercicio?
- 1 De 1 – 2 veces a la semana
 - 2 De 3 – 4 veces a la semana
 - 3 Mas de 4 veces a la semana
 - 4 No hago ejercicios

15. ¿Cuántas horas duerme durante la noche?

- 1 De 2- 3 horas
- 2 De 4 - 5 horas
- 3 De 6 a 8 horas
- 4 Mas de 8 horas

16. ¿De las siguientes técnicas de relajación ¿Qué técnicas de relajación realiza para prevenir el estrés?

- 1 Técnica de respiración
- 2 Caminata a aire libre
- 3 Recordar momentos agradables.
- 4 Escucha música instrumental
- 5 Ninguno

Anexo 3: Validación de cuestionario por expertos

Anexo 4:

Presupuesto

RECURSOS	CANTIDAD	COSTO TOTAL	FUENTE DE FINANCIAMIENTO
1. PERSONAS			
a. Encuestadores	4	150.00	Investigadoras
b. Estadístico	1	200.00	Investigadoras
c. Asesor	1	100.00	Investigadoras
d. Lingüista	1	100	Investigadoras
e. Digitadores	2	200.00	Investigadoras
2. BIENES			
a. Instrumentos de medición	100	20.00	Investigadoras
b. Material de impresión	300	100.00	Investigadoras
c. Útiles de escritorio	Varios	100.00	Investigadoras
d. Lap Top	2	250.00	Investigadoras
3. SERVICIOS			
a. Pasajes, viáticos, etc.	Varios	300.00	Investigadoras
b. Alquiler de equipos		100.00	Investigadoras
4. IMPREVISTOS		100.00	Investigadoras
Teléfono		50	
TOTAL		1770.00	

