



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE
ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN HIPERTENSOS
ADULTOS. BELLA VISTA BAJA.
AGOSTO 2015 - JULIO 2016.**

AUTORA: ALEXANDRA DEL ROCÍO BUENAÑO NAULA

TUTOR: DRA. MARIANA CIRIA REVILLA

Trabajo de Titulación modalidad Proyecto de Investigación y Desarrollo, presentado ante el Instituto de Posgrado y Educación Continua de la ESPOCH, como requisito parcial para la obtención del grado de:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Riobamba- Ecuador

Diciembre, 2016



CERTIFICACIÓN

EL TRIBUNAL DE TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE:

El Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y desarrollo, titulado: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES EN HIPERTENSOS ADULTOS. BELLAVISTA BAJA. AGOSTO 2015 - JULIO 2016.; de responsabilidad de la Alexandra del Rocío Buenaño Naula, ha sido prolijamente revisado y se autoriza su presentación.

Dra. María de los Ángeles Roger
PRESIDENTE

FIRMA

Dra. Mariana Ciria Revilla
Director

FIRMA

Dra. Dayli Ortiz Vasquez
Miembro

FIRMA

Dra. Gladys Pérez Morales
Miembro

FIRMA

Riobamba, 2016

DERECHOS INTELECTUALES

Yo, Alexandra del Rocio Buenaño Naula, declaro que soy responsable de las ideas, doctrinas y resultados expuestos en el **Trabajo de Titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo**, y que el patrimonio intelectual generado por la misma pertenece exclusivamente a la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo.

FIRMA
C.I. 1600462426

DEDICATORIA

Mi tesis la dedico a mi hijo amado Joseph por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

A mis amados padres y hermanos quienes con sus palabras de aliento no me dejaban decaer para que siguiera adelante y siempre sea perseverante y cumpla con mis ideales.

AGRADECIMIENTO

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

Quiero expresar mi agradecimiento a mi hijo Joseph, porque tuvo que soportar largas horas y días sin la compañía de su mamá, sin poder entender, a su corta edad, por qué prefería estar frente a la pantalla de la computadora y no acostada jugando con él. A pesar de ello, cada vez que podíamos, al reunirnos, aprovechábamos hermosos momentos, en los que su sola sonrisa me llenaba de ánimos y fuerzas.

A mis maestros por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales.

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

Gracias a todos.

RESUMEN

Se diseñó una propuesta de intervención educativa sobre estilos de vida saludables en hipertensos adultos del barrio Bellavista Baja en el periodo agosto 2015 – julio 2016. Se realizó un estudio observacional de tipo inferencial de desarrollo tecnológico y de corte transversal, con universo de 83 adultos hipertensos del barrio Bellavista Baja. La recolección de datos fue a través de una encuesta aplicada para conocer datos sociodemográficos, hábitos tóxicos y alimenticios, práctica del ejercicio físico, estado nutricional, alteraciones del sueño y estrés a cada paciente. Como resultados existió un predominio del sexo femenino con el 62,7% , en mayores de 65 años con el 54,2%, autoidentificación mestiza con el 83,1% , nivel de instrucción primaria completa con el 24,1% y dedicados a labores domésticas con el 41,0%. Los participantes que tuvieron un conocimiento inadecuado sobre estilos de vida saludables corresponden a mayores de 65 años con el 38,6%, autoidentificación mestiza con el 53%, instrucción de primaria completa con el 15,7% y dedicados a labores domésticas con el 28,9%; por lo cual se diseñó una intervención educativa con la finalidad de modificar los conocimientos sobre estilos de vida saludables. Se concluyó en la caracterización sociodemográfica de los participantes, predominaron los investigados del sexo femenino, mayores de 65 años, dedicados a labores domésticas y con nivel de instrucción primaria completa; además el conocimiento sobre estilos de vida resultó inadecuado. Se recomienda la aplicación de la intervención educativa a los adultos hipertensos del barrio Bellavista Baja para mejorar la calidad de vida.

Palabras claves: <TECNOLOGÍA Y CIENCIAS MÉDICAS>, <MEDICINA FAMILIAR>, <ESTILOS DE VIDA SALUDABLES>, <HIPERTENSIÓN ARTERIAL>, <INTERVENCIÓN EDUCATIVA>, <HIPERTENSOS ADULTOS>.

SUMMARY

Health education improves the lifestyles of hypertensive patients. An observational, descriptive - transversal study was carried out to design a proposal for an educational intervention on healthy lifestyles in adult hypertensive patients in Barrio Bellavista Baja, from August 2015 to May 2016, belonging to the Paushiyacu Health Sub - center, Tena, Province of Napo. The universe consisted of 190 patients, constituting 83 the sample, who met the inclusion and exclusion criteria giving their written informed consent to participate in the research. The data collection was through a survey applied to sociodemographic data, toxic and eating habits, physical exercise practice, nutritional status, sleep disturbances and stress maintained to each patient. It was evidenced that there was a predominance of the female sex, with 65 years and more, married, dedicated to housework and with full school education level. Participants with less knowledge about healthy lifestyles turned out to be those 65 years of age or older, female, with a level of school education, married, and engaged in domestic work. Therefore, an action plan on healthy lifestyles for hypertensive adults is proposed.

(Keywords: <FAMILY PLANNING>, <CONTRACEPTIVE METHODS>, <SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH> <EDUCATIONAL INTERVENTION STRATEGY>, <EDUCATIONAL INTERVENTION>, <FERTILIZING AGE>, <UNWANTED PREGNANCY>, <MATERNAL MORBIDITY>, <MORTALITY MATERNAL>)

ÍNDICE

Páginas

CERTIFICACIÓN.....	ii
DERECHOS INTELECTUALES.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO	v
RESUMEN	vi
SUMMARY	vii
ÍNDICE.....	viii

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.2 Planteamiento del problema.....	9
1.2.1 <i>Situación del problema</i>	9
1.2.2 <i>Formulación del problema</i>	10
1.2.3 <i>Sistematización del Problema</i>	10
1.2.4 <i>Justificación del Problema</i>	10
1.3 Objetivos	12
1.3.1 <i>General</i>	12
1.3.2 <i>Específicos</i>	12
1.4 Hipótesis.....	12
1.5 Marco Teórico	13
1.5.1 <i>Antecedentes del problema</i>	13
1.6 Antecedentes Nacionales.....	16
1.7 Antecedentes Locales	16
1.10 Fundamentación Filosófica.....	17
1.11 Fundamentación Legal.....	17
1.12 Constitución De La República Del Ecuador 2008.....	17
1.12.1 <i>Ley Orgánica de Salud</i>	18

1.12.2 <i>El Plan nacional del buen vivir 2009-2013</i>	19
1.12.3 <i>Políticas y lineamientos para promover estilos de vida saludables</i>	19
1.13 Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.....	20
1.14 Base teórica	21
1.14.1 <i>Estilo de vida saludable</i>	21
1.14.2 <i>Factores de riesgo</i>	23
1.14.3 <i>Hipertensión y modificaciones en el estilo de vida</i>	23
1.14.4 <i>Evaluación del paciente con hipertensión arterial</i>	24
1.14.5 <i>Medidas no farmacológicas</i>	25
1.15 Nutrición y Obesidad	26
1.16 Intervención educativa.....	40
1.17 Marco conceptual.....	41
1.17.1 <i>Definición De Términos Básicos</i>	41

CAPÍTULO II

2. DISEÑO METODOLÓGICO.....	44
2.1 Tipo de estudio.....	44
2.2 Diseño de estudio	44
2.3 Método de investigación.....	44
2.3 Criterios	45
2.4 Técnica de recolección de datos.....	45
2.5 Fuente de recolección de la información primaria y secundaria	46
2.6 Procedimiento de recolección de la información.....	46
2.7 Descripción del instrumento.....	46
2.8 Validación del instrumento.....	46
2.9 Plan de procesamiento y análisis de datos	48
2.10 Selección y definición de las variables.....	49
2.11 Aspectos éticos	56

CAPÍTULO III

3. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	57
--	-----------

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	67
4.1 Antecedentes	67
4.2 Objetivo.....	69
4.2.1 General	69
4.2.2 Objetivos Específicos	69
4.3 Metodología del proyecto educativo.....	69
4.4 Estrategias Metodológicas	70
4.4 Plan de clase N° 1	74
4.5 Plan de clase N°2	77
4.6 Plan de clase N° 3	79
4.6 Pla de clase N° 4.....	81
4.7 Plan de clase N° 5	83
4.8 Evaluación	85
CONCLUSIONES.....	86
RECOMENDACIONES.....	87
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

Tabla 1-1: Clasificación de la hipertensión arterial del VIII Informe del Joint National Committee (JNC VII). 2014.....	38
Tabla 1-3: Distribución de hipertensos adultos según grupo de edad y sexo. Barrio Bellavista Baja. Tena. Ecuador. 2016.....	58
Tabla 2-3: Conocimientos de los hipertensos adultos sobre estilos de vida saludables. Barrio Bellavista Baja. Tena. Ecuador. 2016.....	59
Tabla 3-3: Conocimiento de los hipertensos adultos según identificación étnica. Barrio Bellavista Baja. Tena. Ecuador. 2016.....	61
Tabla 4-3: Conocimiento de los hipertensos adultos según el nivel de instrucción. Barrio Bellavista Baja. Tena. Ecuador. 2016.....	63
Tabla 5-3: Conocimientos de hipertensos adultos según ocupación. Barrio Bellavista Baja. Tena. Ecuador. 2016.....	66
Tabla 6-3: Conocimientos de los hipertensos adultos sobre estilos de vida según edad. Barrio Bellavista Baja. Tena. Ecuador. 2016.....	67

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

Los estilos de vida son aquellas conductas que mejoran o crean riesgos para la salud; estas conductas humanas es considerado parte de la teoría del proceso salud-enfermedad junto con la biología humana, ambiente y la organización de los servicios de salud como los grandes elementos, se puede mencionar que los estilos de vida están relacionados con todo lo que rodea al ser humano llegando luego a gozar de buena salud o de presentar cualquier tipo de enfermedades. (Águila, 2012)

Adoptar un estilo de vida saludable a lo largo de todo el ciclo vital es muy importante con el propósito de preservar la vida, mantenerse sano, disminuir la discapacidad que pueden provocar las enfermedades y el dolor en la vejez. Si no se toman medidas, el envejecimiento de la población se verá afectado en su totalidad por el simple hecho de optar por estilos de vida no saludables. La Organización Mundial de la Salud (OMS). (OMS, 2012)

Los hábitos que tiene el individuo tanto en su alimentación, consumo de tabaco, ejercicio físico o no, el riesgo laboral, la mala utilización del tiempo libre, sobre todo este último hace que surjan malos hábitos en especial el consumo de alcohol y drogas, todos estos se relacionan con el estilo de vida que opte el ser humano llegando a padecer o no de las enfermedades transmisibles o las no transmisibles, por lo que se puede decir que los estilos de vida son considerados factores de riesgo o de protección. (Águila, 2012)

Actualmente está demostrado que existen diferentes estilos de vida que incluyen comportamientos que son perjudiciales/beneficiosos para la salud. La expresión “estilos de vida saludable” se ha convertido en un hito que necesariamente permea a la sociedad como colectivo y al individuo como persona, pues propende por un desarrollo armónico del ser humano, elevando su calidad de vida. (Reverter et al. 2012)

Los estilos de vida son determinantes de la salud en el individuo, su importancia se fundamenta en el hecho de que la conducta es un determinante crucial de las primeras causas de mortalidad y morbilidad. Uno de los grandes problemas de la salud pública y que afecta a la población adulta en su mayoría, es la prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas como: diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer, los cuales a su vez resultan costosas para el gobierno y el individuo.

La incidencia de las enfermedades cardiovasculares se incrementa a cierta edad de los individuos y varía en relación al sexo siendo en los varones 30% y en mujeres 24%. Estas enfermedades son consecuencia de los determinados factores de riesgo tales como: el tabaquismo, la hipertensión arterial y el hipercolesterolemia. Las dolencias que ocupan los primeros lugares en las estadísticas de mortalidad en el mundo están marcadas por diferentes factores de riesgo; pero cada vez se ve con mejor claridad el papel que desempeñan los hábitos y el comportamiento en su aparición, de ahí que puedan ser poderosas herramientas en su prevención.

En la última década se han producido importantes cambios de la mortalidad y morbilidad, las enfermedades no transmisibles están superando a la tasa de mortalidad y enfermedades transmisibles, constituyéndose como causas principales de muerte y morbilidad en la población adulta, enfermedades tales como las cardiovasculares.

Mientras el mundo trata de controlar las patologías infecciosas y la mortalidad infantil, aumenta la preocupación por la incidencia de los problemas de salud relacionados al tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, el sedentarismo y el consumo de comida chatarra o basura; que están íntimamente ligados a las epidemias del siglo XXI como es la obesidad, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial; considerándose que es más difícil el manejo porque no se trata de combatir bacterias o virus, sino los malos hábitos de las sociedades modernas, que hace décadas el ser humano abandonó repercutiendo hoy en día a su salud. (Prast, 2015)

Anualmente mueren treinta y ocho (38) millones de personas en el mundo por enfermedades no transmisibles, de los cuales dieciséis (16) millones son muertes prematuras y se producen antes de los 70 años; estos dieciséis (16) millones de

fallecimientos están relacionados con enfermedades pulmonares, cardiovasculares, tumores, diabetes o ictus, todos estas pueden ser evitables si se adoptan las medidas de prevención de salud adecuadas. (Prast, 2015)

A nivel mundial la sociedad tiene la oportunidad de cambiar la epidemia de las enfermedades no transmisibles según manifestó la directora general de la Organización Mundial de la Salud, Margaret Chan. La OMS ha lanzado un programa para reducir estas muertes en un veinte cinco por ciento (25%) hasta el año 2025; por tan solo con invertir entre uno y tres dólares anualmente por persona los países pueden disminuir las enfermedades y la mortalidad que provocan estas enfermedades. (Prast, 2015)

Según la OMS, el 82% de los 16 millones de las muertes prevenibles tienen lugar en los países con ingresos bajos o medios. En algunos países como Brasil que ha conseguido hacer descender las muertes a un ritmo del 1,8% anual gracias a la creación de la red de asistencia primaria de salud; Turquía, desde 2013 aumento su publicidad para advertir sobre los riesgos del tabaquismo en los paquetes de cigarrillos y también incrementó los impuestos del tabaco hasta alcanzar el 80% del precio total, con lo que se han disminuido las tasas de fumadores en un 13% desde 2008 a 2012. (Prast, 2015)

Un tercer país que se suma a este estudio realizado por la OMS es Hungría y los productos poco saludables por sus altos contenidos en sal, azúcar y cafeína, luego de un año de haber sido aprobada, las industria alimentarias empezaron a cambiar los contenidos de estas sustancias y ha hecho que las ventas de estos productos bajen un 27% y finalmente Argentina que ha reducido el contenido de sal en el pan en un 25%.

En Latinoamérica existe una corriente de opinión y práctica en el campo de la medicina, que promueve estilos de vida saludable y que la población asuma el autocuidado y promoción de la salud. Para lograr un aporte a la salud con un enfoque integral se consideran las siguientes dimensiones del estilo de vida: buena nutrición, práctica de actividad física, libre de estrés, eliminación de malos hábitos como el tabaquismo, sedentarismo, agresividad, excesivo consumo de alcohol o sustancias psicoactivas, prácticas de higiene personal correcta, salud sexual e higiene y horas completas del sueño.

Por otro lado, los modelos psicosociales, en el marco de los estilos de vida, señalan que los hábitos o patrones conductuales que guardan una estrecha relación con la salud son formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada para responder a diferentes situaciones, que se aprenden a lo largo del proceso de socialización del individuo. Una vez adquiridos, son difíciles de modificar y están determinados por factores socioculturales y características personales. (Reverter, 2012)

Los estilos de vida saludables se deben formar desde etapas tempranas de la vida así los primeros contactos de los niños con los alimentos pueden afectar profundamente sus hábitos alimentarios en su futura vida adulta, por lo que desde edades tempranas se deben practicar hábitos alimentarios saludables introduciendo en la dieta de los niños alimentos variados y no dañinos a la salud promoviendo de esta forma la práctica de estilos de vida saludables que no afectan su salud por enfermedades crónicas.

En la actualidad producto del desarrollo de la humanidad se citan factores relacionados con el incremento de riesgos sobre la salud, en la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial (SAHA) se afirma que en estos últimos años, lo que está afectando es la industrialización, urbanización y globalización han ido modificando los estilos de vida saludables de las poblaciones causando de esta manera consecuencias en las condiciones socioeconómicas y en los hábitos culturales, por lo que expone a tener malos estilos de vida incrementando los factores de riesgo. (SAHA, 2011)

En el tiempo actual los estilos de vida de las personas han cambiado rotundamente; los juegos de videos, la televisión, la tablet, el celular y la computación mantienen a los niños encerrados e inactivos en sus casas por largas horas, con lo que van creando un estilo de vida inapropiado, propiciando el sedentarismo; por otra parte las familias o los padres se encuentran ocupados y dedicados la mayor parte del tiempo al trabajo y como opción fácil cuando llegan al hogar, elaboran “comidas rápidas”, con alto contenido de calorías, grasas, sal y azúcar; a estos hábitos dañinos se le añaden los desayunos o meriendas con golosinas y snacks que toman los niños en las escuelas, convirtiéndose en un círculo que el propio desarrollo de las sociedades propicia para desencadenar los malos hábitos nutricionales.

Se acepta de manera amplia que el desarrollo y progreso de las enfermedades crónicas están estrechamente relacionados con factores del estilo de vida. La combinación de una dieta poco saludable, inactividad física y factores como el consumo de tabaco y la ingestión excesiva de alcohol tiene un efecto acumulativo, o incluso sinérgico, que propicia una mayor incidencia de enfermedades crónicas. Estudios poblacionales revelan que hasta 80% de los casos de cardiopatía coronaria y 90% de los casos de diabetes mellitus tipo 2 pueden evitarse si se adoptan estilos de vida saludables. (Cerecero et al. 2009)

Las enfermedades crónicas entre ellas problemas cardíacos, hipertensión arterial y diabetes están con frecuencia relacionadas con la mala calidad vida. La falta de ejercicio físico, el sobrepeso u obesidad y los malos hábitos alimentarios forman parte de los principales factores de riesgo para desarrollar hipertensión arterial y consecuentemente diversos problemas cardíacos a futuro.

La hipertensión arterial en los niños tiene una prevalencia de alrededor del 3%, pero aumenta en forma significativa en la vida adolescente. Es importante mencionar que la hipertensión arterial (HTA) aparece en el adulto, pero tiene su inicio en la infancia y, si no existe preocupación por abordarla y detectarla en este grupo etario, seguirá siendo un problema mayor en edades más avanzadas, por lo tanto es preocupante el cambio a un estilo de vida saludable desde la niñez, pues por eso según estudios la hipertensión aumentará a más cifras por la mala calidad de vida y malos estilos de vida aprendidos en el transcurso de la vida. (Redondo, 2012)

La clave del control de la mayoría de las enfermedades crónicas no transmisibles vinculadas a comportamientos de riesgo se ubica precisamente en las conductas que son habituales; tal es el caso del sedentarismo, el consumo de sustancias nocivas para la salud y la inadecuada alimentación. Por ello se hace necesario que los pacientes enfermos de hipertensión arterial modifiquen sus estilos de vida para evitar el progreso de la enfermedad, mantenerse compensados y no desarrollar complicaciones cardiovasculares que terminarán con su vida. (Campos y Romo, 2014)

Dos décadas tomaría el bajar la incidencia de la hipertensión arterial, teniendo en cuenta que la mayor parte de la población de países desarrollados o en vías de desarrollo tiene

dentro de sus hábitos el consumo de alimentos no saludables por ejemplo el etiquetado de una gaseosa refiere alto contenido en azúcar, bajo en sal y que no contiene grasa; la de un snack menciona su alto contenido en sal, alto en grasa y bajo en azúcar, sin embargo estos productos son parte de la alimentación a media mañana para muchas familias que tienen su vida muy ocupada y no tienen tiempo libre para alimentarse adecuadamente.

Si las personas modificaran los estilos de vida no saludables seguramente se evitaría el 34% de los accidentes cerebrovasculares, el 20% de infarto de miocardio y cerca del 60% de insuficiencia cardiaca, factores con los que está relacionada la hipertensión arterial. (Universo, 2015)

La hipertensión arterial aumenta en forma significativa en la vida adolescente. Es importante mencionar que la HTA aparece en el adulto, pero tiene su inicio en la infancia y, si no existe preocupación por abordarla y detectarla en este grupo etario, seguirá siendo un problema mayor en edades más avanzadas, por lo tanto es preocupante el cambio a un estilo de vida saludable desde la niñez, pues por eso según estudios la hipertensión aumentará a más cifras por la mala calidad de vida y malos estilos de vida aprendidos en el transcurso de la vida. (Redondo, 2012)

Si todo el personal médico tomara acciones se estima que en los próximos 20 años se podría disminuir la visita de pacientes a diálisis por insuficiencia renal, causada por hipertensión arterial, también se disminuiría las cifras de enfermedades cardiovasculares. Un paciente con esta patología debe saber que es un signo de alerta y le indica que es necesario un cambio urgente y significativo en los estilos de vida. (Universo, 2015)

Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y de factores protectores para el bienestar, por lo que la estrategia para desarrollar estilos de vida saludables es el compromiso individual, social, y el estar convencido de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales y se mejora la calidad de vida de las personas. (Salazar et al. 2011)

Enfatizando en la modificación de los estilos de vida no saludables a saludables a través del control del peso corporal, incremento de la actividad física, disminución del sedentarismo, del consumo de alcohol, de sal, del stress, incremento del descanso

nocturno, e incorporando alimentos que favorezcan la salud, eliminación del hábito de fumar y lo incorporen estos a su vida diaria, disminuyendo a la vez los riesgos de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y otras complicaciones que puedan afectar su calidad de vida. (SAHA, 2012)

Es importante referirse a la promoción y prevención de salud pues los cambios de los estilos de vida ayudan a promover salud y prevenir enfermedades en una población, determinan cambios en las condiciones y la calidad de vida de las personas, por lo tanto, se modifica el proceso salud-enfermedad.

Los estilos de vida de las personas pueden orientar al médico para saber qué tipo de paciente debe tratar y con esa información, decidir una vigilancia estricta, un ingreso o un egreso; en dependencia de la capacidad del paciente para cuidarse y cumplir las orientaciones indicadas, dependiendo de la importancia que le reconozcan a los estilos de vida saludables sobre todo los pacientes hipertensos así podrán de gozar de más salud a pesar de tener una enfermedad crónica no trasmisible.

La combinación de factores de comportamiento, sociales, medioambientales, biológicos y relacionados con sistemas de salud que contribuyen al desarrollo de las enfermedades cardiovasculares requieren de una estrategia multisectorial que promueva estilos de vida saludables, reduzca los factores de riesgo cardiovascular y disminuya la mortalidad y la morbilidad a través de servicios sanitarios de calidad. Dichas propuestas deben ser dirigidas por líderes de la comunidad científica, el gobierno, la sociedad civil, el sector privado y las comunidades locales. (Castellano et al. 2014)

Los cambios adecuados en el estilo de vida son la piedra angular para la prevención de la hipertensión arterial y si se padece evitar sus complicaciones; aunque nunca deben retrasar la instauración del tratamiento farmacológico en pacientes con un nivel de riesgo alto.

Ensayos clínicos han demostrado que los efectos de los cambios en el estilo de vida en la reducción de la presión arterial pueden ser equivalentes al tratamiento con un fármaco. Los cambios en el estilo de vida pueden retrasar o prevenir de forma segura y eficaz la

HTA en pacientes no hipertensos, retrasar o prevenir el tratamiento farmacológico en pacientes con HTA estadio 1 y contribuir a la reducción de la presión arterial en pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico, lo que permite una reducción de número y dosis de fármacos antihipertensivos. Además del efecto de control de la presión arterial, los cambios en el estilo de vida contribuyen al control de otros factores de riesgo cardiovasculares. (Mancia, 2013)

Las medidas recomendadas para el cambio en el estilo de vida con demostrada capacidad para reducir la presión arterial son: a) restricción de la ingesta de sal; b) moderación en el consumo de alcohol; c) consumo abundante de frutas y verduras, alimentos bajos en grasa y otros tipos de dieta; d) reducción y control del peso, y e) actividad física regular. Además es imprescindible insistir en el abandono del tabaco porque fumar cigarrillos tiene un efecto vasopresor agudo que puede aumentar la presión arterial ambulatoria diurna. (Mancia et al. 2013)

Una de las enfermedades crónicas no transmisibles que guarda relación con la práctica de estilos de vida no saludables es la hipertensión arterial. Según investigadores aseveran que la hipertensión arterial en el mundo es la causa por la que mueren anualmente más de dieciocho (18) millones de personas, la OMS calcula que para el año 2030 la mortalidad cardiovascular global anual llegará a los 23,6 millones de personas, con mayor incremento en las regiones del este mediterráneo y en el sudeste asiático. (Velastegui, 2011)

En América Latina, la hipertensión arterial es causante de alrededor del 30% de fallecimientos, se pronostica que estas tasas de mortalidad aumentarán en un 14,5% para el año 2020; en cambio la Guía Latinoamericana de hipertensión revela también la prevalencia de esta enfermedad en algunos países, siendo Colombia con 23% y Perú con 24% los menos afectados, así Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, México, Paraguay, Uruguay y Venezuela reportan cifras que van desde el 25 al 35%; en el caso particular de Ecuador la prevalencia se encuentra en un 29%. (Ortiz et al. 2016)

De la misma manera se consigue determinar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular dentro de los cuales en Ecuador el sobrepeso encabeza el 41%, el sedentarismo el 35% y el 25% el hábito de fumar, es por eso que un estilo de vida

saludable es esencial; los factores que más influyen en el desarrollo de esta patología son el sobrepeso sobre todo la obesidad abdominal, sal excesiva y no sólo la sal que se agrega a las comidas sino todos los alimentos industrializados que contienen en su composición sal o sodio, incluso aquellos que son dulces y la falta de ejercicio físico diario. (SAHA, 2012)

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Situación del problema

En el Ecuador la hipertensión arterial aparece a partir de los 30 años de vida, teniendo un pico entre los 40 y 80 años de edad. Los malos hábitos en la alimentación y la falta de ejercicio aumentan el riesgo de desarrollar esta enfermedad, que es una de las principales causas de muerte en Ecuador. Cifras del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) revelan que en el 2010, el 7% falleció por hipertensión. Estos números resultan alarmantes, pues en Ecuador, según el estudio de prevalencia de hipertensión arterial, tres de cada 10 personas son hipertensas. De ellas, apenas el 40% está consciente de su enfermedad, mientras que apenas el 7% está en tratamiento. (Arce, 2012)

De cada 100.000 ecuatorianos, la OMS afirma que 1.373 sufren de esta afección. Esta cifra coincide con la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT), una investigación realizada por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el INEC, la cual indica que más de un tercio de los habitantes mayores de 10 años (3'187.665) es pre-hipertenso y 717.529 ciudadanos de 10 a 59 años sufre de hipertensión arterial. (Briones, 2016). Por provincias en el año 2009, la mayor tasa de incidencia de hipertensión se encontró en: Manabí 2.261,67 por cada 100.000 habitantes, le sigue Esmeraldas con 2.223,31, Cañar 2.134,95, Los Ríos 1761, Azuay 1381 y la última la Provincia de Napo con 1150. (Velasategui, 2011)

En el Cantón Tena de la Provincia de Napo, en el Barrio Bellavista Baja según los datos obtenidos del Análisis de la Situación Integral de Salud (ASIS) el total de los hipertensos representan el 8,9 % (83 pacientes), de una población total de aproximadamente 932 personas. (ASIS, 2015)

En estos enfermos se han identificado en visitas domiciliarias realizadas por la autora de la investigación y los Técnicos en Atención Primaria de Salud (TAPS), así como en la actualización de las fichas familiares, documento que consta en los consultorios médicos del Subcentro de Salud Paushiyacu la existencia de estilos de vida no saludables, como factores de riesgos para desencadenar complicaciones o descompensar la enfermedad de base de estos pacientes, que desconocen los cuidados indispensables para conservar su salud.

1.2.2 Formulación del problema

¿Qué relación existe entre los conocimientos sobre estilos de vida saludables y las variables sociodemográficas seleccionadas, de los pacientes hipertensos adultos del Barrio Bellavista Baja, que deban ser incluidos en el diseño de una estrategia educativa sobre estilos de vida saludables de los pacientes hipertensos adultos?

1.2.3 Sistematización del Problema

- ¿Cuáles son las características socio-demográficas en los pacientes hipertensos adultos del Barrio Bellavista Baja?
- ¿Qué resultados generaría la elaboración de una propuesta de intervención educativa para disminuir los estilos de vida no saludables?

1.2.4 Justificación del Problema

El derecho a la salud ha tenido nuevos desarrollos jurídicos en Ecuador a partir de la constitución expedida en el año 2008, en donde se creó el *sumak kawsay* o el buen vivir, como eje central de la salud tratando de disminuir los factores de riesgo que pueden comprometer la vida de las personas, y rescatando las prácticas tradicionales desde el punto de vista natural; es decir que a través de la cultura se identifiquen las formas adecuadas de llevar una vida sana para conseguir el bienestar individual, familiar y comunitario, sin ningún tipo de exclusión. (Gordon y Gualotuña, 2015)

En Ecuador según datos del INEC 2011; seis (6) de cada diez (10) muertes corresponden a enfermedades crónicas, además 8.311 personas perdieron la vida por enfermedades hipertensivas y cerebrovasculares. En Tena, la comunidad de Bellavista Baja no queda exenta de ello, pues se ha demostrado que durante las visitas domiciliarias realizadas existe un alto desconocimiento de los estilos de vida saludables perjudicando la salud y provocando complicaciones graves a futuro si no optan por cambiar la mala calidad de vida.

La ausencia de promoción y prevención de salud ha desencadenado un aumento en la incidencia de enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes mellitus provocando que tanto el recurso físico y humano sea insuficiente para brindar información y atención oportuna, sobre los estilos de vida saludables, con lo que hasta la fecha no se brinda la importancia debida, es por tal razón que en los próximos años las cifras de enfermedades crónicas no transmisibles irán aumentando pues solo se basan en el tratamiento farmacológico y no en modificar estilos de vida no saludables en los pacientes.

Por lo anterior expuesto, es necesario establecer como proceso prioritario programas de capacitación y seguimiento que promuevan el conocimiento y desarrollo de estilos de vida saludables entre los beneficiarios, orientados a resolver el problema de salud causado, ya sea por el sedentarismo, inadecuada alimentación, consumo de tabaco, alcohol y el estrés; con esta investigación se pretende identificar los conocimientos sobre los estilos de vida no saludables que poseen los hipertensos adultos, con la finalidad de diseñar una intervención educativa encaminada a promover estilos de vida saludables en la población hipertensa adulta perteneciente al Barrio Bellavista Baja adscrita al Subcentro de Salud Paushiyacu y con ello prevenir o retrasar la aparición de secuelas y descompensaciones de los pacientes hipertensos adultos ya que pueden ser prevenibles si se trata antes de tiempo.

Uno de los pilares importantes que se considera para la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial y evitar sus consecuencias es el abandono de hábitos no saludables a la adopción de un estilo de vida saludable relacionándose sobre todo con una buena alimentación y actividad física. (Ávila, 2012)

1.3 Objetivos

1.3.1 General

Diseñar una propuesta de intervención educativa sobre estilos de vida saludables en pacientes hipertensos adultos del Barrio Bellavista Baja. Año 2015- 2016.

1.3.2 Específicos

1. Caracterizar a los adultos hipertensos según variables sociodemográficas seleccionadas.
2. Determinar conocimientos sobre estilos de vida saludables de los pacientes objeto de estudio.
3. Identificar la relación existente entre el conocimiento sobre estilos de vida saludables y las variables sociodemográficas seleccionadas.
4. Elaborar una intervención educativa sobre estilos de vida saludables en los pacientes hipertensos del Barrio Bellavista Baja.

1.4 Hipótesis

La identificación de las relaciones entre las características sociodemográficas y los conocimientos sobre estilos de vida saludables, puede servir de base a la elaboración de una intervención educativa para mejorar estos conocimientos en los adultos hipertensos.

Hipótesis nula (H0): Las variables sociodemográficas no se relacionan con los conocimientos acerca de los estilos de vida saludables de los pacientes hipertensos adultos del Barrio Bellavista Baja.

Hipótesis alternativa (H1): Las variables sociodemográficas se relacionan con los conocimientos acerca de los estilos de vida saludables de los pacientes hipertensos adultos del Barrio Bellavista Baja.

1.5 Marco Teórico

1.5.1 Antecedentes del problema

1.5.1.1 Antecedentes de estudio Internacionales

El estilo de vida es definido por la OMS como una forma general de vida, basada en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, los cuales están determinados por los factores socioculturales y características personales. El estilo de vida se relaciona con la estructura social, además comprende un conjunto de valores, normas, actitudes, hábitos y conductas. (García et al. 2012)

Las formas de vida que adquieren los individuos en el transcurso de su ciclo vital son el pilar fundamental para adoptar costumbres y hábitos que favorezcan el mantenimiento de la salud. Los factores de vida saludables son elementos que condicionan el estado de salud; estos elementos se pueden convertir en estilos o conductas que adquieren el ser humano que va a depender de su propia personalidad y círculo social. (García et al. 2012)

Hace unas décadas, se empezaron a vincular algunas condiciones de salud con las enfermedades cardíacas. Por ejemplo, durante el estudio Framingham en 1948, el estudio del corazón de Framingham, bajo la dirección del Instituto Nacional Cardíaco, Pulmonar y Sanguíneo (NHLBI por sus siglas en inglés), se monitorizó los estilos de vida de más de 5.200 personas que vivían en Framingham. Fue entonces cuando se determinó que la presión arterial y los niveles de colesterol altos, la obesidad, la edad, el sexo y el tabaquismo tenían impacto en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, en aquel momento no se valoró cómo el ejercicio podía modificar estos números. Estudios posteriores han demostrado que las personas que realizan actividad física tienen un riesgo menor de desarrollar o morir de una enfermedad cardíaca que las personas sedentarias. (Donnell y Elosua, 2008)

La investigación, *Diet and Lifestyle Risk Factors Associated with Incident Hypertension in Women*, publicada en *Journal of the American Medical Association (JAMA)*. Realizado por: Forman John P. et al. En EE.UU. en los años 1991 a 2005. Con el objetivo

de: Estimar la fracción hipotética de la Incidencia de la Hipertensión asociada a factores dietéticos y al estilo de vida en las mujeres. El Índice de Masa Corporal (IMC), fue el predictor más potente de la hipertensión, teniendo como conclusiones: La adhesión a la dieta y a los factores de estilo de vida se asoció significativamente una menor incidencia de Hipertensión. El adoptar la dieta y los factores de estilo de vida tienen el potencial de prevenir en gran proporción la aparición de la hipertensión entre las mujeres jóvenes. (Forman et al. 2012)

Un estudio sobre el informe del Centro de Control de Enfermedades - CDC de E.E.U.U. sobre el Estudio “Disminuir el consumo de sodio podría evitar miles de muertes anuales” realizado en el 2009 en los E.E.U.U, demuestra que el consumo excesivo de sodio en la dieta tiene una implicación en el aumento de la TA, con lo que además se incrementa el riesgo de sufrir accidentes cerebro-vasculares, enfermedades coronarias, insuficiencia cardíaca y enfermedades renales. Además si una persona no sufre de HTA, puede igualmente beneficiarse al reducir la cantidad de sodio en su dieta, ya que cuanto más baja sea la TA en general, menor será el riesgo de padecer otras enfermedades. (Basulto, 2012)

Otro estudio realizado es en Finlandia que ha vivido un acelerado proceso de transición epidemiológica y nutricional, con una prevalencia creciente de enfermedades crónicas; por ello el proyecto North Karelia se inició en 1972, se llevó a cabo un programa comunitario integral para el control de las enfermedades cardiovasculares (ECV). El objetivo central del programa era reducir la prevalencia de fumadores, la concentración de colesterol y los valores de presión arterial en la población de la provincia. El Proyecto Karelia del Norte ilustra los objetivos fundamentales de promoción de la salud, comunicación para la salud y la difusión de las innovaciones con los líderes de opinión. Las experiencias de Karelia del Norte destacan el compromiso de los servicios de salud, un programa de control de la hipertensión, entrenamiento del personal, distribución de material impreso, liderazgo, programas en el lugar de trabajo, programas de televisión, competencias para dejar de fumar, competencias entre comunidades para bajar el colesterol promedio, proyecto Berry, colaboración con productores de alimentos y supermercados, políticas y legislación anti tabaco, concepción de un nuevo modelo de cambios de conductas (Barengo et al. 2012)

A cerca de este tema, el proyecto Conjunto de acciones para reducción de enfermedades no transmisibles (CARMEN) tuvo entre sus expectativas evaluar unas 2400 familias cienfuegueras. De ahí que sea tomada como referencia para otros estudios científicos. Uno de los resultados de la primera medición de CARMEN en 2001 estuvo asociado a los altos niveles de hipertensión que presenta la población cubana, la cual no tiene una conciencia participativa en cuanto a su prevención; la estrategia busca delimitar los factores de riesgo que posibilitan el desarrollo de enfermedades como la diabetes mellitus, hipercolesterolemia, insuficiencia renal e hipertensión arterial; luego de diez años se presenta una corte de la segunda medición de CARMEN en Cienfuegos, llegaron a una conclusión que los factores de riesgo que se analizan muestran que el problema luego de mejorar, en los últimos 10 años, empeora y de manera general los valores son muy superiores a los observados durante la primera medición CARMEN. (Espinosa, 2011).

El estudio CARMELA (Assessment of Cardiovascular Risk in Seven Latin American Cities), publicado por el American Journal of Medicine. Realizado por: Hernández Rafael; et al. Llevado a cabo en: 7 ciudades latinoamericanas Barquisimeto, Bogotá, Buenos Aires, Lima, Ciudad de México, Quito y Santiago de Chile, en el año 2007. Titulado: Hypertension in seven Latin American cities: the Cardiovascular Risk Factor Multiple Evaluation in Latin America (CARMELA) study. Con el objetivo de: Evaluar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular y las placas carotídeas y el espesor medido íntima-media carotídeo en individuos que viven en las 7 ciudades principales de América Latina. Los datos sobre los parámetros antropométricos, tensión arterial, triglicéridos en ayunas, glicemia, colesterol total y lipoproteínas de alta densidad, espesor íntimamedia carotídeo, la placa carotídea y el tabaquismo fueron recolectados mediante entrevistas en hogares y clínicos, bioquímicos, y mediciones ecográficas: se encontró una prevalencia ponderada general de hipertensión de 24,7 % (22,7–26,8) para el grupo etario 25 a 64 años edad, con un incremento de acuerdo a la edad, de tal manera, que el mayor grupo de edad la prevalencia de hipertensión alcanzó un 59,9 (53,9–66,0) en el sexo femenino.

Este estudio corroboró un estudio previo hecho en la misma ciudad en 15 000 sujetos, en visitas casa por casa; en ese la edad fue de 20 a 80 años. En el estudio publicado en este número de Avances, titulado: “Una aproximación a conocer la prevalencia de

hipertensión arterial, factores de riesgo cardiovascular y estilo de vida en Venezuela”. Entre las conclusiones: la prevalencia de la HTA, refleja el promedio mundial en 3 ciudades, pero fue menor en el resto. La hipercolesterolemia fue muy frecuente incluso en los países de diferentes niveles socioeconómicos. La prevalencia de diabetes fue similar a la de los países desarrollados. El consumo de tabaco en las mujeres que viven en Santiago y Buenos Aires fue uno de los más altos del mundo; las prevalencias del espesor íntima-media carotídea fueron muy variables. (Hernández, 2014)

En Colombia, fue realizado un trabajo sobre “Estilos de vida y el tratamiento de la hipertensión Arterial”, el cual tuvo como objetivo determinar el tratamiento farmacológico y los cambios en el estilo de vida al manejar la HTA. Las conclusiones fueron: “La modificación de los estilos de vida, tales como la reducción de peso, los cambios en la dieta, el ejercicio, la disminución del consumo de alcohol, y el control de estrés, han resultado efectivo para reducir o normalizar la presión arterial en muchos pacientes. Sin embargo, aconsejar y lograr cambios en los estilos de vida no es tarea fácil, ya que estos constituyen un conjunto de comportamientos organizados, complejos y duraderos, altamente impregnados del entorno físico, psicosocial y cultural. (Gutiérrez, 2001)

1.6 Antecedentes Nacionales

En Ecuador el estudio PREHTAE realizado en Quito, Cuenca y Guayaquil, 3 de cada 10 ecuatorianos adultos son hipertensos. Lamentablemente, el 60% de estos pacientes no saben que son portadores de su enfermedad, tan solo un 23% de los pacientes hipertensos recibe tratamiento y de éste, un escaso 7% alcanza las cifras adecuadas en el control de la hipertensión arterial. En el mismo estudio, la Dra. Elsa Calero, cardióloga advierte que el peso de la enfermedad hipertensiva en Ecuador es de tal magnitud que ocupa el primer lugar. (Cervantes y Garcés, 2011)

1.7 Antecedentes Locales

La autora ha comprobado que no existen estudios sobre estilos de vida no saludables en la provincia de Napo, ciudad de Tena y sobre todo en el Barrio Bellavista Baja por lo que se ve la necesidad de realizar esta investigación, lo que justifica la necesidad de diseñar la estructura de la base teórica y la metodología, siendo importante realizar el

estudio a fin de que a partir de sus resultados permita que las autoridades emprendan estrategias y/o programas preventivos y promocionales orientado a promover la adopción de estilos de vida saludables y la cultura de prevención de complicaciones contribuyendo a controlar la enfermedad y a mejorar la calidad de vida del hipertenso.

Por tal razón esta investigación es original que se plantea con la variable independiente y la variable dependiente.

1.10 Fundamentación Filosófica

Esta investigación se sitúa, en el paradigma de análisis crítico de acuerdo a lo que plantea la dialéctica, porque analiza una problemática social y busca una alternativa de solución.

La razón social es la forma de saber, pensar, actuar crítica y premeditadamente en el contexto de una determinada institución, construida por la comunidad a través de un proceso histórico, es motivo de reflexión porque define al conocimiento como un reflejo activo e interpretativo de la realidad objetiva.

1.11 Fundamentación Legal

El país cuenta también con varias leyes y ha suscrito acuerdos internacionales que tienen que ver con la garantía de los derechos de salud como: Ley Orgánica de Salud, Ley del Sistema Nacional de Salud, Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia, entre otras.

1.12 Constitución De La República Del Ecuador 2008

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas,

acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Constitucional, 2008)

Art. 363.- El Estado será responsable de:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario.
2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura.
3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud. Promover el desarrollo integral del personal de salud.”

1.12.1 Ley Orgánica de Salud

Art. 6.- Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares. (Ministerio de salud pública, 2012)

Art. 9.- Corresponde al Estado garantizar el derecho a la salud de las personas, para lo cual tiene, entre otras, las siguientes responsabilidades:.. c) Priorizar la salud pública sobre los intereses comerciales y económicos. (Ministerio de salud pública, 2012)

Art. 69 Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos. (Ministerio de salud pública, 2012)

1.12.2 El Plan nacional del buen vivir 2009-2013

La salud se plantea desde una mirada intersectorial que busca garantizar condiciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades que garanticen el adecuado fortalecimiento de las capacidades de las personas para el mejoramiento de su calidad de vida. Se incluyen los hábitos de vida, la universalización de servicios de salud, la consolidación de la salud intercultural, la salud sexual y reproductiva, los modos de alimentación y el fomento de la actividad física. (Senplades, 2009)

1.12.3 Políticas y lineamientos para promover estilos de vida saludables

Política 1.9. Promover el ordenamiento territorial integral, equilibrado, equitativo y sustentable que favorezca la formación de una estructura nacional policéntrica.

f. Redistribuir y gestionar adecuadamente los equipamientos de recreación, salud, y educación para incrementar el acceso de la población, atendiendo las necesidades diferenciadas de la población en función del sexo, edad, etnia y estilos de vida diversos. (Senplades, 2009)

Política 3.1 Promover Prácticas de Vida Saludables en la Población

c. Diseñar y aplicar programas de información, educación y comunicación que promuevan entornos y hábitos de vida saludables.

e. Fortalecer las acciones de prevención de adicciones de sustancias estupefacientes y sicotrópicas, alcoholismo y tabaquismo.

h. Realizar campañas y acciones como pausas activas para evitar el sedentarismo y prevenir sus consecuencias negativas para la salud, en espacios laborales, institucionales y domésticos, con apoyo de organizaciones sociales, laborales y la comunidad en general.

Política 3.7. Propiciar condiciones de seguridad humana y confianza mutua entre las personas en los diversos entornos

a. Controlar y vigilar el cumplimiento de normas y estándares de los diferentes espacios para evitar posibles efectos de contaminantes físicos, químicos y biológicos, de estrés, fatiga, monotonía, hacinamiento y violencia.

- b. Diseñar y aplicar sistemas de alerta, registro y monitoreo permanente y atender oportunamente accidentes, enfermedades y problemas asociados con contaminación ambiental y actividades laborales.
- c. Implementar sistemas de alerta, registro, monitoreo y atención oportuna de salud y bienestar en los espacios educativos, en particular los relacionados con las condiciones sanitarias y de provisión de alimentos de esta población
- h. Prevenir y controlar la delincuencia común en todas sus manifestaciones y ámbitos, con enfoque sistémico y multidisciplinario y en estricto respeto del debido proceso y los derechos humanos. (Constitucional, 2008)

1.13 Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

La Constitución de la República es el principal fundamento de la presente investigación relacionada con los estilos de vida saludable los cuales tienen un impacto importante en la calidad de vida y en el buen vivir que quiere asegurar el estado para la ciudadanía en general. (Constitucional, 2008)

El art. 13 de la carta Magna refiere que todos los ciudadanos tienen el derecho esencial de la alimentación desde su nacimiento hasta su muerte, siendo este derecho fundamental para la vida debido a que a través de este proceso se consigue el cuerpo humano absorba los nutrientes esenciales para el desarrollo y para el bienestar.

Todo ser humano tiene derecho al agua, ya que es indispensable para la vida, también tienen derecho a los alimentos sanos, nutritivos por lo cual el Estado garantiza y promueve dichos derechos así como lo mencionan en los artículos 12 y 13 de la Constitución de la República del Ecuador.

En el tema de la salud, es importante que tienen todos los habitantes y el Estado como lo menciona en el plan del buen vivir garantiza ese derecho mediante políticas económicas, sociales, sin discriminación de género, ni etnia política, ni raza.

La salud sexual y reproductiva también es derecho de las personas el cual está asociado al cumplimiento del art. 32 de la constitución de la República el cual está vinculado al embarazo, a la reproducción y a la concepción, siendo este factor de gran interés para los

estados que a través de estos mecanismos mejorar los indicadores de sus respectivos sistemas de salud. (Constitucional, 2008)

El art.363 de la Carta Magna se refiere a la promoción y prevención sanitaria para lo cual se hace referencia a los preceptos de la salud sexual y reproductiva, la salud mental, los buenos hábitos alimenticios, la actividad física, entre otros aspectos de gran interés mediante los seres humanos pueden alcanzar el buen vivir tan anhelado. (Constitucional, 2008)

Finalmente en el art. 381 se hace mención de la actividad física el deporte y la actividad mental, como estrategias fundamentales para gozar de una calidad de vida digna de todo ser humano, sin embargo la pobreza y otros problemas sociales que pueden afectar a la vida de un individuo son las causas que pueden afectar los indicadores de salud de la población, siendo los estilos de vida el factor fundamental para su solución.

1.14 Base teórica

El manejo No Farmacológico de la hipertensión arterial. - el tratamiento no farmacológico está orientado a dar educación en estilos de vida y comportamiento saludables e intervenir los factores de riesgo causantes de la hipertensión arterial.

1.14.1 Estilo de vida saludable.

La Organización Mundial de la Salud define los estilos de vida saludables como una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales. (Cerón, 2012)

El estilo de vida que adopten las personas tendrá repercusión con la salud tanto física como psíquica; por lo que se puede decir que la salud es algo más que una dimensión biológica y no sólo depende de tener o no una enfermedad, por lo tanto al hablar de salud se enfoca a un equilibrio entre la dimensión biológica, psicológica y social de la persona, con o sin enfermedad.

Un estilo de vida saludable beneficiará a la salud, pues comprende hábitos que se aprenden con el pasar de los años; las conductas saludables influyen en la posibilidad de adquirir consecuencias físicas y fisiológicas a corto o a largo plazo, que repercutirán en su vida; por lo cual se debe promocionar el practicar ejercicio físico, buena alimentación, eliminar el estrés, evitar el consumo de drogas y alcohol, sexo seguro y adherencia al medicamento, la forma en que el hombre trabaja y descansa, su relación con el medio ambiente y con el contexto en que se desenvuelve, determina en gran medida el proceso salud-enfermedad; en cambio un estilo de vida **poco saludable** es causa de numerosas enfermedades como la hipertensión arterial, obesidad o el estrés, pues estos comprende hábitos como una mala alimentación, el consumo excesivo de alcohol, drogas, el tabaquismo, sedentarismo, los excesivas ocupaciones del diario vivir, la exposición a contaminantes, entre otras. (Córdoba, 2014)

Es importante tener en cuenta, que no hay un estilo de vida “óptimo y único“ para todo el mundo, puesto depende de varios aspectos como la cultura, el ambiente del hogar, el trabajo, los ingresos económicos, la edad, las capacidades físicas individuales y el estado de salud, estos influyen en el modo y calidad de vida, haciendo que algunos estilos de vida se aproximen a lo más saludable mientras que otros se alejan de dicho propósito; es muy importante conseguir que las alternativas más saludables sean también las de mayor y fácil elección, teniendo en cuenta la situación actual de cada paciente o persona, el contexto en el cual se desenvuelve y la satisfacción de sus necesidades básicas.

En la actualidad las condiciones de vida hacen difícil evitar el stress y los apuros cotidianos; se tiende a comer rápido y mal, consumir productos ricos en grasas y colorantes, dormir poco, tratar de tener cada vez más cosas materiales quitando tiempo al ocio y a la vida social, que también son partes necesarias de una vida sana.

El médico familiar por su relación cercana al paciente, se encuentra en un lugar privilegiado para desarrollar intervenciones educativas de prevención y promoción de salud desde un enfoque biopsicosocial, atendiendo a los hábitos cotidianos, las necesidades, las preferencias y los antecedentes particulares de cada individuo, con la esperanza, de elegir estrategias que atraigan la participación activa del paciente en el proceso de autocuidado, favorezcan la adherencia a los regímenes prescritos y permitan

un esfuerzo continuo o periódico de los logros alcanzados para una mejor calidad de vida.

1.14.2 Factores de riesgo

Se han identificado luego de varios estudios factores de riesgo genéticos, biológicos, ambientales, sociales y psicológicos en la aparición de la hipertensión arterial, estos han sido clasificados en factores de riesgo, modificables y no modificables para facilitar su identificación e iniciar una intervención. Los factores de riesgo no modificables son inherentes al individuo (raza, edad, herencia, sexo), y los factores de riesgo modificables son aquellos que pueden ser evitados, disminuidos o eliminados tales como: tabaquismo, alcohol, sedentarismo, sodio en exceso, alimentación inadecuada y stress entre otros. (Romero et al. 2000)

Una vez identificados los factores de riesgo que presenta cada paciente es necesario evaluar cuál es el riesgo cardiovascular global del individuo, para tomar medidas terapéuticas sobre todo en aquellas personas sin una enfermedad cardiovascular; ya que las personas con esta enfermedad establecida incluye un riesgo alto y por lo tanto requieren intervenciones educativas en el cambio de su estilo de vida, así como un tratamiento farmacológico adecuado, los dos juntos hacen que la persona tenga una vida digna de vivir aun presentando esta enfermedad.

1.14.3 Hipertensión y modificaciones en el estilo de vida

La hipertensión arterial es la condición más común que se observa en la atención primaria y tiene consecuencias como infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal y muerte si no se detecta a tiempo y se trata adecuadamente.

Se puede elaborar un listado de estilos de vida saludables o factores protectores de la calidad de vida como: seguridad social en salud, control en factores de riesgo como obesidad, sedentarismo, alcoholismo, tabaquismo, abuso de medicamentos, stress y algunas patologías como hipertensión y diabetes; la accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales y recreativos. Además se debe dar prioridad a

conocer los efectos positivos de llevar un estilo de vida saludable al paciente hipertenso, su familia y la comunidad, ya que con ello se puede estimular a las personas a ponerlo en práctica lo indicado. (Herrera et al. 2016)

Al indicarse estilos de vida saludables al paciente hipertenso, se debe tener en cuenta que va de la mano a la salud preventiva que es la encargada de la prevención de las enfermedades basada en un conjunto de actuaciones y consejos por parte del personal de salud.

1.14.4 Evaluación del paciente con hipertensión arterial

La evaluación del paciente con hipertensión arterial tiene tres objetivos: el primer es evaluar el estilo de vida e identificar otros factores de riesgo cardiovasculares como:

- Tipo de actividad y ejercicio físico;
- Nutrición saludable;
- Reducción de consumo de sal;
- Suspender el tabaquismo (Consejería y ayuda a los fumadores);
- Disminuir la ingesta de alcohol;
- Reducción y estabilización del peso;
- Control del stress psicosocial y
- Promover terapias de relajación, cognitivas y meditación y participación del equipo multidisciplinario.

El segundo es evaluar causas identificables de tensión arterial alta y finalmente el tercero que consiste en evaluar la presencia o ausencia de daño de algún órgano.

La hipertensión arterial por tratarse de una enfermedad crónica no transmisible, progresiva, irreversible y muchas veces incapacitante afecta la vida tanto del que la padece, como de su entorno familiar, social y laboral, en caso de llevar un estilo de vida inadecuado y una falta de control en la atención primaria de salud.

El proceso educativo de la hipertensión arterial es parte fundamental en el tratamiento y permite al paciente convertirse en protagonista de su propia enfermedad, al involucrarse

en los objetivos del tratamiento junto con su equipo de salud, más aún cuando se trata de cambiar estilos de vida para beneficio propio, la educación es un derecho de la persona con hipertensión arterial, y una obligación del personal de salud, además debe cumplir con estándares mínimos y ser evaluada periódicamente.

1.14.5 Medidas no farmacológicas:

Ejercicio Físico

En 1989, y después de numerosos estudios, “la OMS y la Sociedad Internacional de hipertensión Arterial incluyeron, por primera vez, la recomendación de realizar ejercicio físico entre las medidas no farmacológicas destinadas a disminuir los valores de tensión arterial. Desde entonces, la mayoría de los estudios coinciden en su utilidad en el tratamiento y prevención de esta enfermedad”. (Briones, 2016)

En pacientes hipertensos, con un riesgo cardiovascular bajo, solo se requiere la valoración clínica básica, y se recomienda una prueba de esfuerzo para las personas sedentarias con factores de riesgo que quieran comenzar una actividad física intensa o deportes específicos.

El tipo de actividad física que se debe realizar depende del paciente y su riesgo cardiovascular, pero en general el desarrollar una actividad como la bailoterapia que es la más recomendada, o actividades de 30 min o que tengan una duración de minutos/semana, con 150 min en intensidad moderada (actividades como golf, tenis en parejas, bicicleta recreativa, jardinería, caminar rápido) y 75 min de alta intensidad (actividades como caminar en competición, correr, tenis individual, bicicleta con mayor velocidad, jardinería intensa, natación). En la búsqueda de beneficios adicionales, se amplía la duración de 300 min/semana en intensidad moderada y 150 min/semana en alta intensidad o combinación de ambos. (Relacionado, 2016)

También se recomiendan las sesiones mayor a 10 min, sobre todo para poblaciones con limitaciones al ejercicio prolongado, una vez bien realizados, estos ejercicios pueden llegar a reducir los valores de tensión arterial pues ocurre por la disminución de las

resistencias periféricas, por: dilatación vascular arterial periférico durante el ejercicio, con reducción de las resistencias periféricas, en individuos con hipertonia arterial y arteriola; o por la reducción de las cifras de presión arterial tras el ejercicio, en la fase de recuperación, ligeramente por debajo de las de inicio. (Córdoba et al. 2014)

Estas reducciones son mediadas por mecanismos neurohumorales y de adaptación estructural, que alteran la respuesta del estímulo vasoactivo y reduce de 4 - 9 mm Hg en la presión arterial sistólica. (Gordon y Gualotuña, 2015)

1.15 Nutrición y Obesidad

La alimentación basada en comidas rápidas, ricas en grasas, azúcares con alta densidad energética, y escasos nutrientes y fibras, ha llevado a un aumento significativo de los casos de obesidad y dislipemias así como de diabetes tipo 2 e hipertensión arterial, sobre todo en ausencia de una práctica adecuada y regular de ejercicio. Sus recomendaciones en cuanto al tipo de dieta y afianza la mediterránea como la más cardiosaludable, y la dieta DASH para los hipertensos. Continúan sin haber evidencia respecto al uso de suplementos vitamínicos. (Estruch et al. 2013)

Además, se define un límite inferior del índice de masa corporal (IMC) en 20 kg/m² como peso saludable y se mantiene el límite superior en 25. Con respecto a la fibra, se indica que la ingesta diaria de más de 7 o 10 g de fibra, existen metanálisis de que la ingesta habitual de fruta/verdura (cinco piezas diarias) y nueces/frutos secos (30 g/día) reduce el riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos. También hay indicios en estudios prospectivos sobre la ingesta semanal de pescado basada en el contenido de ácidos grasos omega-3, aunque tres ensayos aleatorizados han sido negativos; la reducción de la presión arterial sistólica es entre 8 y 14 mmHg. El café produce un incremento de la presión arterial mínimo y de corta duración por lo que se recomienda limitar el consumo a tres tazas diarias. (Relacionado, 2016)

Dieta DASH

La dieta DASH (por las siglas en inglés de métodos dietéticos para detener la hipertensión) se diseñó para reducir la presión arterial y los niveles de colesterol al limitar

las grasas, la carne roja y el azúcar, y favorecer los granos saludables, las aves, los lácteos bajos en grasa y los frutos secos. (Dallas, 2016)

La Dieta DASH es una saludable propuesta que tiene como base un plan alimenticio balanceado que sirve para controlar la presión arterial y adelgazar, según la última actualización se refiere principalmente al consumo de ciertos alimentos como vegetales, frutas y productos lácteos con un bajo contenido en sal y grasas saturadas, restringiendo la ingesta de carne roja, dulces y bebidas azucaradas. Por sexto año consecutivo, un panel de expertos sanitarios ha nombrado a la dieta DASH, que es saludable para el corazón, como el mejor plan de alimentación en general, según la calificación de las Mejores Dietas de 2016 de U.S. News & World Report. (Dallas, 2016)

Se evaluaron 38 dietas más populares o de moda de este año. Tras calificarlas en nueve categorías, los expertos encontraron que la dieta MIND empató en segundo lugar como mejor dieta general con la dieta TLC para reducir el colesterol. La dieta MIND incluye algunas características de la dieta DASH y la mediterránea, como un alto consumo de frutas, verduras y pescado, pero se enfoca en alimentos que fomentan la salud cerebral.

La dieta DASH tuvo la calificación más alta respecto a una alimentación saludable. Realizar actividad física habitual, mantener un peso saludable, dejar de fumar, reducir el consumo de alcohol y de sal en la dieta ayuda a reducir la presión arterial, todo estos beneficios se complementan con esta dieta. La dieta mediterránea y la dieta MIND quedaron con empate en el tercer lugar en esa categoría.

El objetivo más importante de la dieta DASH es que disminuye los valores de presión arterial en pacientes hipertensos, debido a que las personas que siguen este tipo de dieta disminuyen la ingesta de sal gracias a un plan alimenticio saludable y equilibrada, al que se debe sumar también por lo menos 30 minutos de ejercicio físico de intensidad moderada por lo menos tres veces a la semana.

Esta dieta es un plan alimenticio saludable, como lo es la dieta Mediterránea que puede seguir cualquier persona y en particular aquellas que quieran prevenir o controlar la

hipertensión arterial, además ayuda a perder algunos kilos que tiene de más. Esta dieta suma unas 2000 calorías al día. (Dallas, 2016)

Sin embargo, es necesario conocer los tamaños de las porciones permitidas de cada grupo de alimentos: (Anexo A-B)

- Cuatro a cinco porciones a la semana: nueces semillas y legumbres.
- Menos de dos porciones al día de carne, pollo y pescado.
- Menos de cinco porciones a la semana de dulces.
- Dos a tres porciones al día de grasas y aceites.
- Dos a tres porciones al día de lácteos (bajos en grasa).
- Cuatro a cinco porciones al día de frutas.
- Cuatro a cinco porciones al día de vegetales.
- Seis a ocho porciones al día de granos.

A nivel cardiovascular la dieta DASH disminuye el aporte de hidratos de carbono refinados con el fin de aumentar el consumo de alimentos que incrementan el aporte de potasio y fibra dietética (frutas, verduras y granos integrales). Además, disminuye el aporte de grasas totales y saturadas.

Por lo tanto, la dieta DASH tendría un efecto favorable en el perfil lipídico y tolerancia a la glucosa, lo cual reduciría la prevalencia de síndrome metabólico (SM) en las mujeres post-menopáusicas. Esto es relevante, ya que según la última Encuesta Nacional de Salud, la prevalencia de SM en las mujeres chilenas aumenta desde 21% a 48% luego de los 45 años, y sigue aumentando hasta 51% luego de los 65 años. (Valentino, Tagle y Acevedo, 2014)

Dieta Mediterránea

Se define como el patrón de alimentación propio de principios de los años sesenta en los países del área mediterránea donde crecen los olivos (Grecia, sur de Italia y España). Aunque no existe una dieta mediterránea única, se considera que sus principales características son:

a) alto consumo de grasas (incluso superior al 40% de la energía total), principalmente en forma de aceite de oliva;

- b) elevado consumo de cereales no refinados, fruta, verdura, legumbres y frutos secos; c) consumo moderado-alto de pescado;
- d) consumo moderado-bajo de carne blanca (aves y conejo) y productos lácteos, principalmente en forma de yogur o queso fresco;
- e) bajo consumo de carne roja y productos derivados de la carne y
- f) consumo moderado de vino con las comidas. (Anexo C)

En la última actualización, se han dado dos cambios importantes. El primero a los cereales, que deberían ser principalmente integrales, y el segundo se centra en los productos lácteos, que se solicita que sean desnatados; también destaca que se han añadido aspectos relacionados con hábitos de vida como el ejercicio físico, la sociabilidad y compartir la mesa con familiares y amigos. (Arós y Estruch, 2013)

Medidas de la ración basada en la frugalidad y hábitos locales:

Vino con moderación y respetando las costumbres.

Semanal:

- Dulces: menor a dos raciones u ocasionalmente.
- Carne roja menor a dos raciones y carne procesada menor a una ración.
- Huevos de uno a dos a cuatro raciones a la semana y legumbres más de dos raciones.

Cada día:

- Derivados lácteos (preferir bajos en grasa) dos raciones.
- Frutos secos/ semillas/ aceitunas/ hierbas/ especias/ ajo/ cebolla (menos sal añadida), variedad de aromas de una a dos raciones.

Cada comida principal:

- Frutas de una a dos raciones, verduras mayores a dos raciones en variedad de colores/texturas (cocidas y crudas).
- Aceite de oliva, pan, pasta, arroz, cuscús y otros cereales (preferir integrales) uno a dos raciones.

Diario:

- Agua o infusiones de hierbas de un litro y medio a dos litros.

- Actividad física diaria, descanso adecuado y convivencia (correr sin prisa y en compañía).

Sal

A menudo no se es consciente de la cantidad de sal que se consume. En muchos países, la mayoría de esa sal procede de alimentos procesados (por ejemplo, platos preparados, carnes procesadas como el beicon, jamón, salchichón, queso o aperitivos salados) o de alimentos que se consumen con frecuencia en grandes cantidades (por ejemplo, el pan). La sal también se añade a los alimentos cuando se cocinan (por ejemplo, caldos, concentrados de caldo de distinto tipo, la salsa de soja y la salsa de pescado) o en la mesa (por ejemplo, la sal de mesa).

La alimentación de hoy en día tiene un promedio de aproximadamente 12 gramos diarios de sal; cada 4 gramos de sal que se consume de más, la presión arterial sistólica aumenta unos 2 milímetros de mercurio (mmHg) y la diastólica 7 mmHg. La dieta normal debería contener entre 5 a 6 gramos diarios de sal (1 cucharada de café) lo cual disminuye la presión arterial sistólica alrededor de 7 mmHg en personas con presión normal y 11,5 mmHg en los pacientes hipertensos. (Mancia, 2013)

La ingesta excesiva de sodio parece también afectar a la presión arterial, debido a que cuando al “aumentar la ingesta de sal se aumenta la presión osmótica sanguínea al retenerse agua, aumentando la presión sanguínea. Los efectos del exceso de sal dietética dependen en la ingesta de sodio y a la función renal, ya que por disminución de la capacidad del riñón para eliminar sodio, lo que produce retención de líquidos que (SENPLADES, 2009) aumentan la presión arterial, pero toca recalcar que la ingesta de cloruro de sodio en la dieta (sal) en la hipertensión existe una relación dudosa, aún no demostrada, pues la mayoría de los estudios han sido incapaces de demostrar tal relación, pero se especula con que esta condición venga mediatizada genéticamente, lo que sí puede asegurarse es que la reducción de su ingesta facilita, en gran medida, el control de la hipertensión, y si la ingesta de sodio se reduce a menos de 5 g/día. (Ferrante et al. 2012)

La mayoría de la gente consume demasiado sodio a través de la sal y no consume suficiente potasio (menos de 3,5 g) contribuye a la hipertensión arterial, que, a su vez,

incrementa el riesgo de enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular, se podrían evitar 1,7 millones de muertes cada año si el consumo de sal se redujera al nivel recomendado.

El consumo de sal puede reducirse del modo siguiente:

- no añadiendo sal, salsa de soja o salsa de pescado al preparar los alimentos;
- no poniendo sal en la mesa;
- reduciendo el consumo de aperitivos salados;
- eligiendo productos con menos contenido en sodio.

La reducción de la ingesta poblacional de sal es una prioridad sanitaria que requiere el esfuerzo combinado de industria alimentaria, gobiernos y toda la población, ya que el 80% del consumo de sal implica alimentos con sal oculta, se ha calculado que la reducción de sal en los procesos de elaboración de pan, alimentos cárnicos, queso, margarina y cereales resultaría en un aumento de los años de vida ajustados por calidad; con estos antecedentes algunos fabricantes de alimentos de Ecuador están reformulando sus recetas para reducir el contenido de sal de sus productos; además, siempre es aconsejable leer las etiquetas de los alimentos con lo del semáforo es más fácil aun para comprobar la cantidad de sodio que contiene un producto antes de comprarlo o consumirlo.

Los hipertensos deben mantener una ingestión de potasio (100 meq/día); aunque se ha comprobado que los suplementos de potasio reducen las cifras de presión arterial, habitualmente no son necesarios y basta con incorporar a la dieta alimentos naturales ricos en este elemento que a su vez suelen tener menor contenido de sodio.

Tabaco

Un estudio realizado en la Escuela de Salud Pública de Harvard en Estados Unidos, revela que de los dos millones y medio de fallecidos en el 2005, aproximadamente medio millón de las muertes estaban asociadas al tabaquismo y cerca de 400.000 a la hipertensión arterial. El consumo de tabaco en exceso dentro del sistema cardiovascular suele producir aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión arterial. (SAHA, 2011)

La medida más coste-efectiva para la prevención de desarrollar complicaciones cardiovasculares es el abandono del hábito de fumar, el riesgo cardiovascular según la guía española de cardiología menciona que se está aumentando en las formas leves de fumar el tabaquismo pasivo u otras formas de consumo del tabaco (pipa, pipa de agua, tabaco light), por lo que estas situaciones no deben ser para el paciente ni para el médico excusa para no realizar el consejo antitabáquico a cada momento de tener el contacto con el paciente. (Relacionado, 2016)

La hipertensión arterial y el tabaquismo son dos afecciones crónicas muy frecuentes que se presentan cada una de ellas por separado en más del 30% de la población adulta, y hasta en el 5% en forma conjunta, esta unión compromete la función del corazón aumentando hasta 4,5 veces el riesgo coronario. Además, el riesgo de sufrir un accidente cerebrovascular es 1,5 a 2 veces superior en los fumadores hipertensos que en personas no fumadoras. En los varones, el riesgo de enfermedad vascular periférica se cuadruplica respecto de los hombres que no fuman. (SAHA, 2011)

Inmediatamente después de fumar un cigarrillo, la nicotina aumenta en el organismo provocando que las catecolaminas produzcan contracción de los vasos sanguíneos, como consecuencia, es necesaria más fuerza para que la sangre se mueva por conductos más estrechos y es así como se elevan las cifras de presión arterial. Este efecto es más pronunciado con el primer cigarrillo del día y en los fumadores que “tragan el humo” porque esta modalidad de fumar favorece la retención de sodio y otras sustancias como el cadmio que contribuyen aún más a incrementar las cifras tensionales; también se ha demostrado que el incremento se prolonga e intensifica si se asocia al consumo de café. (Requeijo, 2014)

Actualizan la evidencia sobre la información de eficacia y seguridad de fármacos como el bupropión y la vareniclina, y se recomiendan estos fármacos solos o en combinación (clase I A). La vareniclina parece ser más eficaz que el bupropión y que la terapia sustitutiva con nicotina; con respecto a los cigarrillos electrónicos, una novedad en esta guía, indica que la evidencia en la deshabituación tabáquica es escasa y, si acaso, moderada, aunque podría considerarse una estrategia de reducción de riesgos en algunos casos a la espera de resultados más sólidos. (Relacionado, 2016)

Existe un apartado específico centrado en las estrategias poblacionales: la adolescencia es el periodo más vulnerable para iniciarse en el tabaquismo; aplicar elevadas tasas a todos los productos del tabaco es la medida más efectiva para reducir la aparición de nuevos jóvenes fumadores; se debe restringir el humo del tabaco debido a la sólida evidencia existente sobre sus efectos perjudiciales, así como el uso de los cigarrillos electrónicos debido a la incertidumbre en relación con sus efectos y seguridad. El empaquetado neutro es eficaz y se recomiendan restricciones en la publicidad, la promoción y el patrocinio de la industria tabaquera. El objetivo de medidas europeas comunes sería alcanzar una Europa libre de humo en 2030. (Relacionado, 2016)

Alcohol

Si bien el consumo moderado puede ser inofensivo, el consumo excesivo se asocia tanto con elevación de la presión arterial como con aumento del riesgo de ictus. Se debe aconsejar a los hipertensos que disminuyan el consumo de alcohol a un máximo diario de 20-30 g de etanol los varones y 10-20 g las mujeres. El consumo semanal total de alcohol no debe exceder los 140 g los varones y 80 g las mujeres. (Mancia, 2013)

Con relación a uno de los aspectos más llamativos, y en contra de los potenciales beneficios de los polifenoles del vino tinto en la reducción del riesgo cardiovascular, es la duda mostrada por el análisis de cincuenta y nueve (59) estudios epidemiológicos que indican que el menor riesgo se observa en los abstemios, mientras que cualquier cantidad de alcohol consumida se asocia con elevación de la presión arterial y el índice de masa corporal, si disminuyen el consumo de bebidas alcohólicas reduce la tensión arterial sistólica de 2 - 4 mm Hg. (Holmes et al. 2014)

Sedentarismo

Es la falta de actividad física o inactividad física produce una disminución en la eficiencia del sistema cardiovascular (corazón y circulación sanguínea), una disminución y pérdida de masa ósea y muscular, aumento de peso, aumento de la frecuencia cardíaca y presión arterial; el sedentarismo tiene una relación exclusiva al incremento del peso.

En las ciudades relativamente grandes el sobrepeso y la obesidad son favorecidas por la permanencia de largas horas frente a la computadora, televisión, celulares o tablets ya sea jugando o en el chat que hoy en día es considerado otro mal por no tener una buena comunicación con los seres que le rodean, sino prestan atención al chat y se van horas y horas sin levantarse, pues estas actividades no deberían exceder más de dos horas diarias y se deberían dedicar por lo menos de treinta a setenta y cinco minutos al día a la práctica de ejercicio físico como los aeróbicos o la Bailoterapia.

Peso

Mantener un índice de masa corporal (IMC) de 20-25 en personas de menos de 60 años, la mortalidad por cualquier causa es menor, permite que las cifras de tensión arterial disminuyan como por ejemplo la reducción de 9,2 kilogramos (Kg) (20,2 libras) de peso disminuye un promedio de 6,3/3,1 mm/Hg las cifras de presión arterial; mientras que el peso saludable en ancianos es mayor que en jóvenes o adultos.

El interés creciente en el concepto de fenotipo de obesidad metabólicamente saludable. Muestra que un subgrupo de individuos obesos es resistente a la aparición de complicaciones metabólicas como hipertensión o resistencia a la insulina; sin embargo, los individuos con obesidad metabólicamente saludable tienen mayor riesgo de muerte por todas las causas que aquellos con peso saludable. Los resultados a largo plazo apuntan a que la obesidad metabólicamente saludable es una fase de transición hacia anomalías glucometabólicas, y no un estado clínico específico. (Kramer, Zinman y Retnakaran, 2013)

La dieta, el ejercicio y el cambio en el estilo de vida siguen siendo la piedra angular para el control del peso corporal, a pesar del escaso éxito a largo plazo y permanece la recomendación del tratamiento con orlistat o la cirugía bariátrica como alternativas.

Psicológicos y Sociales

El estrés es un factor de riesgo mayor para la hipertensión o su vez es el estado de cansancio mental provocado por la exigencia de un rendimiento muy superior al normal, que provocará diversos daños físicos y mentales; el individuo se encuentra frente a una situación amenazante y agresiva ante la cual ha de utilizar sus recursos adaptativos con el fin de evitar un deterioro de su salud.

Los investigadores han descubierto varias razones por las cuales el estrés puede afectar al corazón, las situaciones estresantes con el aumento de la frecuencia cardíaca y la presión arterial. También se manifiesta que en los momentos de estrés, el sistema nervioso libera más hormonas principalmente adrenalina. Estas hormonas aumentan la presión arterial, lo cual puede dañar la capa interior de las arterias, al cicatrizarse las paredes de las arterias, éstas pueden endurecerse o aumentar en grosor, facilitándose así la acumulación de placa; por último aumenta la concentración de factores de coagulación en sangre, aumentando así el riesgo de que se forme un coágulo y ocasionar un ataque al corazón de manera secundaria. (Castillo, Carrillo, y Manduley, 2014)

Sin embargo es preciso aclarar que la hipertensión arterial no está directamente relacionada a las condiciones laborales. No obstante, puede existir una conexión entre las circunstancias personales del individuo y el medio ambiente que le rodea como son: estado de ánimo, relaciones interpersonales, ambiente de ruido o presencia de tóxicos en la atmósfera, por citar tan solo algunos.

Todos estos factores ocasionan un efecto desfavorable que agrava la enfermedad en pacientes que ya padecen hipertensión arterial es el criterio de la autora que los resultados pudieran estar relacionados con el stress mantenido, el sedentarismo y el acceso fácil a alimentos, muchas veces ricos en calorías y grasas saturadas por parte de los grupos más afectados.

La reacción al estrés es muy compleja y la constituyen una sucesión de acontecimientos de tipo neuronal, muscular, cardiovascular, inmunológico y hormonal, los experimentos de laboratorio muestran que el sistema cardiovascular es muy sensible a los estímulos externos amenazantes, afectando la hipertensión arterial; estos factores psicológicos se sumarían a otros factores como el tabaquismo, consumo excesivo de alcohol o a los derivados de la dieta como la obesidad o el exceso de sal. (Vales, 2012)

El estrés crónico puede provocar hipertensión a través de múltiples vías:

- Aumentando el gasto cardíaco de origen simpático;
- Disminuyendo la actividad vagal;

- Aumentando los niveles de catecolaminas;
- Potenciando el sistema renina angiotensina aldosterona o
- Disminuyendo la sensibilidad del reflejo barorreceptor.

Se añade una nueva evidencia con respecto al tratamiento de factores de riesgo psicosociales, y se recomienda remitir a tratamiento si el factor de riesgo psicosocial es diagnosticable (depresión) o si un conjunto de factores de riesgo puede empeorar la hipertensión, por tal se recomienda en cambio actividades o someterse a un tipo de relajación que es una técnica de autocontrol del sistema nervioso que puede ser una opción para ayudar al control de la hipertensión arterial. (Relacionado, 2016)

Los pacientes pueden relajarse voluntariamente en distintas situaciones de su vida personal o profesional, lo cual favorece una disminución de la presión arterial por reducción de la activación del sistema nervioso autónomo. Pero no puede considerarse como la única herramienta para el manejo de esta patología porque se necesita complementarse con otros como la actividad física, buena nutrición, no exceso de trabajo, horas completas de sueño entre otras. (Relacionado, 2016)

Dislipidemias

Son un conjunto de patologías caracterizadas por alteraciones en la concentración de lípidos sanguíneos en niveles que involucran un riesgo para la salud, la hipertensión arterial y la dislipidemia con frecuencia se manifiestan de manera concomitante en el contexto clínico de la obesidad y la insulino resistencia, exacerbando los efectos de la disfunción endotelial, y actúan conjuntamente en la pared arterial para desarrollar la aterosclerosis y el estudio de Framingham demostró que el aumento de los lípidos conduce a enfermedad coronaria e hipertensión. (LLapur et al. 2013)

La hipertensión arterial y la dislipidemias son probablemente los dos factores de riesgo con más peso en el desarrollo de las complicaciones cardiovasculares, el nexo que las une no están completamente aclarados, sin embargo se conoce en su etiología coinciden numerosas alteraciones bioquímicas asociadas al síndrome plurimetabólico, para lo cual el manejo adecuado del enfermo cardiovascular exige al personal de salud una especial

visión en su conjunto debido al incremento del sedentarismo y la obesidad hacen que exista un aumento en su prevalencia. (Chávez, Ilarraza y Gaspar 2011)

Cambios de conducta en los profesionales sanitarios en los que se menciona que deben estar comprometidos con esta patología, pues la estrategia para desarrollar estilos de vida saludables es el compromiso individual, familiar, social con el personal de salud, y el estar convencido de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales y se mejora la calidad de vida.

Cualquier persona puede tener presión arterial alta. Sin embargo, la edad, la raza o el origen étnico, el exceso de peso, el sexo, los hábitos en el estilo de vida y los antecedentes familiares de presión arterial alta son todos factores que pueden aumentar su riesgo y llevar a complicaciones que pueden llevar a la discapacidad.

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial es un estado patológico caracterizado por un aumento de la presión arterial sistólica (PAS) < 140 mm Hg y una presión arterial diastólica (PAD) < 90 mm Hg para todos los pacientes con hipertensión. La única excepción son los adultos mayores de 60 años, en quienes pueden aceptarse una PAS < 150 mm Hg y diastólica < 90 mmHg. (James et. al, 2014).

Clasificación:

Dentro de las más utilizadas se incluyen la de la Sociedad Europea de Cardiología (European Society of Cardiology - ESC) y la del VIII Informe del Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC VIII) teniendo en cuenta que la JNC VII con respecto a los estilos de vida indica que está basado en repaso de literatura u opinión; mientras que en la JNC VIII ya está endosa las recomendaciones del grupo de estilos de vida, y se conserva la misma clasificación de la JNC VII. (James et. al, 2014)

Tabla 1-1: Clasificación de la hipertensión arterial del JNC VII.

Clasificación JNC VII	Presión arterial sistólica (mmhg)	Presión arterial diastólica (mmhg)	Estilo de vida
Normal	< 120	<80	Estimular
Prehipertensión	120-139	80-90	Si
Estadio 1	140-159	90-99	Si
Estadio 2	160	100	Si

Fuente: Joint National Committee (JNC VII)

Realizado por: Dra. Alexandra del Rocio Buenaño Nuala

El JNC-7 hace varios años reportó las siguientes disminuciones de la cifra de presión arterial con las modificaciones en el estilo de vida:

- Disminución de peso: 5-20 mmHg/10 Kg.
- Menos ingesta de sodio: 2-8 mmHg
- Actividad física: 4-9 mmHg
- Menor ingesta de alcohol: 2-4 mmHg
- DASH: 8-14 mmHg DASH son las siglas de Dietary Approaches to Stop Hypertension.

Complicaciones

La primera manifestación y frecuente de la HTA es el daño en órganos blancos, con aparición de enfermedad coronaria, insuficiencia cardiaca congestiva, evento cerebrovascular o enfermedad renal crónica.

Factores mayores de riesgo de hipertensión arterial: familiares hipertensos, tabaquismo, obesidad (IMC >30 kg/m²), inactividad física, dislipidemias, diabetes mellitus, microalbuminuria o filtración glomerular estimada 55 años para el hombre, >65 años para la mujer y si presenta una historia familiar de enfermedad coronaria prematura.

Tratamiento farmacológico

La meta es la reducción de la morbimortalidad por eventos cardiovasculares, cerebrovasculares y prevención del daño renal; los cuales no serán abordados en esta investigación.

Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones de naturaleza social.

Adoptar un estilo de vida saludable es primordial en pacientes con riesgo de hipertensión o con familiares hipertensos. Estos hábitos deben ser permanentes para el paciente y su puesta en práctica diaria y su mantenimiento dependen en buena medida de la participación activa de la familia ya que con su colaboración el paciente tendrá mejor calidad de vida.

Todas las personas deben tomar conciencia de la importancia de conservar hábitos de vida saludables y al estado le compete tanto el diseño e implementación de programas de prevención y la promoción de la salud realizarlos con mayor frecuencia como recordatorio, pues solamente así se ayudaría a que los adultos cambien en parte los estilos de vida, pues con una sola orientación casi no se lograra nada; para revertir este proceso en función de la salud del hombre y su calidad de vida es necesario:

- Llevar una dieta balanceada;
- Evitar el consumo excesivo de sal;
- Practicar ejercicios físicos sistemáticamente;
- Controlar el peso corporal;
- Renunciar al hábito de fumar;
- Evitar las tensiones emocionales intensas y continuas y
- Reducir o eliminar la ingestión de bebidas alcohólicas.

Es indudable que para continuar elevando la duración y calidad de vida de las personas, se requiere cada vez más eficacia en la prevención y detección temprana de la hipertensión.

Lo expuesto hasta aquí, nos motivó a desarrollar una propuesta de intervención educativa dirigida a pacientes hipertensos adultos del Barrio Bellavista Baja con el objetivo de modificar sus estilos de vida y así evitar complicaciones de esta patología procurándoles una mejor calidad de vida.

1.16 Intervención educativa

La intervención es el elemento nuclear de todo proceso de enseñanza-aprendizaje. Cualquier intervención parte de una evaluación previa, a la que sigue un entrenamiento estratégico que finaliza con una evaluación final, útil para contrastar la eficacia de todo el procedimiento desarrollado. (Vega, 2013)

Es un proceso realizado por un especialista, en el ámbito educativo, un especialista en educación y consiste en realizar un plan de mejora siguiendo las fases y creando estrategias que se implementarán en el programa o proyecto que se intervendrá, este tiene que estar bien realizado y prevenido para los imprevistos, si se lleva a cabo el plan se estará cumpliendo el objetivo de la intervención educativa, las intervenciones deben ser evaluadas para conocer si fueron o no efectivas. (Vega, 2013)

En el ámbito educativo, la evaluación trata de identificar inicialmente y de comprobar, finalmente, el grado de las capacidades que los sujetos pueden desarrollar sobre unos contenidos concretos. Por este motivo, la evaluación debe ser adaptada mediante ejecuciones concretas. A partir de ahí, se ajusta la programación, la cual debe estar estructurada en torno a objetivos de aprendizaje, con un diseño de capacidades sobre contenidos, con el fin de poder hacerla flexible y adaptable en cada momento.

En este contexto, las capacidades identifican el proceso estratégico que conviene poner en marcha; de ahí que hablemos fundamentalmente de procesos estratégicos de comprensión (contenidos conceptuales) y de aplicación (contenidos procedimentales). Ahora bien, en el rendimiento académico, no sólo debe potenciarse lo intelectual, sino también lo atencional y lo emocional. Por este motivo, además de hablar de estrategias de comprensión y de aplicación, es preciso abordar estrategias de atención y de

autorregulación y control. La labor de la intervención consiste en planificar un proyecto con la finalidad de producir un cambio.

Funciones de la Intervención en situaciones de riesgo:

- Sustitutoria
- Asistencial
- Terapéutica
- Integral
- Rehabilitadora
- Educativa
- Preventiva
- Promocional

Es una estrategia que conlleva a mejorar o cambiar un ámbito o contexto determinado, en el que inciden los actores sociales. La participación activa en el proceso permitirá que la intervención este enfocada en las necesidades reales de los grupos a quienes va dirigida. La Intervención Engloba problemas: sociales, ambientales, culturales y educativos.

1.17 Marco conceptual

1.17.1 Definición De Términos Básicos

Actividad física: Movimiento corporal producido por contracciones músculo-esqueléticas que genera un gasto de energía.

Anticoncepción: Conjunto de métodos o sustancias empleados para evitar la fecundación y por consiguiente el embarazo.

Docente: según la (RAE, 2015), persona que enseña, perteneciente o relativo a la enseñanza.

Ejercicio: Un tipo de actividad física en el que se realizan movimientos corporales planificados, estructurados y repetitivos con el fin de mantener o de mejorar uno o más componentes de la condición física

Estilos de vida saludable: son factores medioambientales y de comportamiento humano que tienen el mayor peso en la probabilidad de que las personas enfermen o se mantengan saludables

Estudiante: persona en formación de capacidades y competencias profesionales.

Factor: Según el Diccionario Manual de la Lengua define la palabra “factor” como: “Elemento o circunstancia que contribuye, junto con otras cosas, a producir un resultado. (Diccionario Manual de la Lengua, 2007)”

Flexibilidad: La capacidad de las articulaciones para realizar una gama completa de movimientos. Está relacionada con el tipo de articulaciones y con la elasticidad de los músculos y del tejido conectivo que rodea las articulaciones.

Hipertensión: Tensión arterial elevada que ejerce una presión crónica sobre el sistema cardiovascular.

Infección: Invasión y multiplicación de agentes patógenos en los tejidos de un organismo". El análisis de sangre es un medio eficaz para detectar la presencia de infecciones"

Los factores de vida saludables, son elementos que condicionan el estado de salud de las personas que se desenvuelven en sus diferentes entornos; estos elementos se pueden convertir en estilos o conductas que adquieren los individuos dependiendo de su propia personalidad y círculo social.

Patología: Parte de la medicina que estudia los trastornos anatómicos y fisiológicos de los tejidos y los órganos enfermos, así como los síntomas y signos a través de los cuales se manifiestan las enfermedades y las causas que las producen.

Salud: estado de equilibrio orgánico con el medio interno y externo del individuo.

Vida saludable: estilo de vida que conlleva el hacer ejercicios y llevar una vida ordenada con dieta balanceada y una rutina variada.

Vida: capacidad de un ser organismo de cumplir un ciclo de logro y de perpetuación de la especie.

CAPÍTULO II

2. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de estudio

Se realizó una investigación de desarrollo.

2.2 Diseño de estudio

El presente estudio es estudio observacional de tipo inferencial de desarrollo tecnológico de corte transversal, que se desarrolló en el periodo comprendido desde agosto 2015 a julio del 2016, con el objetivo de diseñar una propuesta de intervención educativa sobre los estilos de vida saludables en pacientes hipertensos

2.3 Método de investigación

Método empírico para la realización de la encuesta

Método histórico lógico: para la confección del marco teórico.

Método Teórico: para la revisión bibliográfica e informática.

Método de análisis y síntesis: se empleó para los resultados obtenidos.

Enfoque de la investigación: cuantitativo y cualitativo por el tipo de variables que fueron utilizadas.

Alcance de la investigación: descriptivo y correlacional; porque se describieron variables sociodemográficas y luego se correlacionó con el conocimiento sobre: estilos de vida saludables en hipertensos adultos. Bellavista Baja. Agosto 2015 -Julio 2016.

Población de estudio:

Lo conforman todos los adultos hipertensos del Barrio Bellavista Baja, identificados durante la recolección de la información para la realización del diagnóstico y posterior análisis de la situación de salud, a los cuales se les aplico los diferentes criterios.

2.3 Criterios**Inclusión**

Los adultos hipertensos sin otra patología asociada que aceptaron participar en la investigación.

Exclusión

Hipertensos con alteraciones en la capacidad de comprensión, razonamiento, memoria, audición y/o lenguaje que pudieran afectar la calidad de la información.

Salida

Aquellos adultos hipertensos que emigraron del Barrio Bellavista o fallecieron en el período de estudio.

Unidad de análisis: se trabajó con el universo, es decir todos los adultos hipertensos del Barrio Bellavista Baja.

2.4 Técnica de recolección de datos

Luego de revisar la respectiva información bibliográfica se les explico a los participantes sobre la importancia del estudio de la investigación y la forma en que se iba a desarrollar esta, con un lenguaje claro y sencillo que permitiera la comprensión fácil del mismo, se solicitó el consentimiento informado a cada uno de los adultos hipertensos documento mediante el cual se emitió la autorización de participar en el estudio (Anexo D), y se les explico el correcto llenado del instrumento.

2.5 Fuente de recolección de la información primaria y secundaria

Fuente directa: encuesta realizada a los hipertensos adultos

Fuentes indirectas: revisiones bibliográficas, datos del ASIS, documentos web.

2.6 Procedimiento de recolección de la información

La investigación constó de dos etapas:

- 1.- De diagnóstico. En esta etapa se caracterizaron a los adultos hipertensos y se identificaron conocimientos relacionados con estilos de vida.
- 2.- De elaboración: Se diseñó una propuesta de intervención educativa que favorezcan los conocimientos sobre estilos de vida saludables en los hipertensos.

2.7 Descripción del instrumento.

El mismo constó de 34 ítems: los seis primeros están relacionados con aspectos demográficos sobre las siguientes variables: edad, sexo, identificación étnica, estado civil, nivel de instrucción y ocupación. Los otros ítems valoran los estilos de vida del paciente distribuidos de la siguiente manera: práctica de ejercicios físicos que constó de: cinco preguntas, hábitos alimenticios de diez preguntas, el sueño y estrés contó de cuatro preguntas; tres preguntas sobre el consumo de tabaco; tres preguntas relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas y por último cuatro preguntas sobre estado nutricional. Estas mismas interrogantes permitieron conocer los estilos de vida practicados por los participantes en el estudio. (Anexo E).

Al instrumento se le otorgó una puntuación por respuesta correcta que permitió calificarlo en adecuados e inadecuados, cuando obtuvo una calificación de 70 o más se consideró adecuado y menos de 69 se consideró inadecuado.

2.8 Validación del instrumento

El instrumento fue validado por un grupo de cuatro expertos especialistas en Medicina Familiar y un experto en Nutrición, mediante los criterios de validación de Moriyama, a través de un formulario, se les solicitó la valoración de cada ítem como, el examen de la

estructura básica del instrumento, el número y alcance de las preguntas y se dio la posibilidad de adicionar cualquier otro aspecto que por experiencia fuera importante.

Los criterios para la valoración fueron:

1. Comprensible: Se refiere a si se comprenden los aspectos (ítems) que se evalúan, en relación con el fenómeno que se quiere medir.
2. Sensible a variaciones en el fenómeno: Si usted considera que puede discriminar a individuos con diferentes grados de vulnerabilidad.
3. Razonables: Si el instrumento (ítem) tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables. Es decir, si existe una justificación para la presencia de dicho ítem en el instrumento.
4. Componentes claramente definidos: si el ítem tiene una definición clara.
5. Factibles: Si deriva de datos factibles de obtener. Si el dato correspondiente al ítem evaluado se puede recoger.

Para evaluar en cada ítem los cinco criterios de Moriyama se dieron los siguientes valores: Mucho: 3, Suficiente: 2, Poco: 1 y Nada: 0. Cada experto evaluó el ítem asignándole un valor para cada uno de los criterios antes expuestos, según la escala ordinal siguiente: Satisfactorio > 60 ; No satisfactorio: < 60 .

Posteriormente, se identificaron aquellos ítems que en alguno de los aspectos evaluados obtuvieron calificación por menos del 60 % de los expertos. Esos ítems fueron analizados, corregidos y sometidos nuevamente a la opinión de los expertos hasta ser evaluados con un 60 % o más.

Además se realizó una prueba piloto aplicándoles el instrumento a 20 personas que no estuvieron incluidas en el estudio, para evaluar el nivel de asequibilidad e inteligibilidad de la encuesta y finalmente se aplicó el alfa de Crombach quedando validada la encuesta con un valor mayor a 0,7.

Antes de aplicar la encuesta se les explicó a los participantes en qué consistía y las características de la investigación a la que fueron sometidos, estos respondieron en un tiempo aproximado de 30 minutos el instrumento, en presencia de la investigadora,

también se les aclaró las dudas planteadas en relación con el cuestionario y esto permitió la realización del estudio diagnóstico teniendo en cuenta las variables utilizadas.

2.9 Plan de procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de la información se realizó a través del programa SPSS 17.0, para determinar si hubo asociación estadísticamente significativa, se aplicó el estadígrafo chi cuadrado (X^2) con un nivel de confianza del 95%. Para la descripción de las variables se utilizaron los números y porcentajes. Los resultados se reflejaron en tablas, para permitir analizar los datos, llegar a conclusiones y emitir recomendaciones.

2.10 Selección y definición de las variables

Las variables de estudio fueron sociodemográficas y sobre conocimientos.

Operacionalización de Variables:

Variable	Tipo	Operacionalización		Indicador
		Escala	Descripción	
Sexo	Cualitativa nominal	Masculino Femenino	Según sexo biológico.	Por ciento de conocimientos según sexo.
Edad	Cuantitativa continua	20- 40 años 41- 64 años 65 años y más.	Adulto joven Adulto medio Adulto mayor	Por ciento de conocimientos según edad.
Identificación étnica	Cualitativa nominal	Mestizo Blanco Indígena	Autoidentificación de cada paciente.	Por ciento de conocimientos según la etnia.
Estado civil	Cualitativa Nominal	Soltero/a Casado/a Unión libre Divorciad o/a Viudo/a Separado/a	Estado civil que refiere el paciente.	Por ciento de conocimiento según estado civil.
Nivel de instrucción	Cualitativa ordinal	Analfabeto Escuela incompleta Escuela completa Colegio incompleta Colegio completa Universidad incompleta Universidad completa	Último nivel aprobado por el paciente.	Relacionar el nivel de instrucción con los conocimientos que tiene el paciente sobre estilos de vida saludables.

Ocupación	Cualitativa Nominal	Desempleado/a	Paciente que refiere no tener vínculo laboral ni remuneración monetaria.	Porcentaje de conocimiento según ocupación.
		Quehaceres domésticos	Paciente que realiza trabajo con las cosas de la casa.	
		Trabajador/a público	Paciente que trabaja para el estado.	
		Trabajador/a privado	Paciente que trabaja de forma individual.	
		Estudiante	Paciente que refiere que no trabaja y está estudiando.	
		Jubilado	Paciente que ha culminado los años de trabajo en alguna institución.	
Práctica de ejercicios físicos. Realiza ejercicio físico	Cualitativa Nominal	Sí No	Según refiera	Cantidad de pacientes con conocimientos sobre total de pacientes por 100.
Frecuencia de realizar ejercicio físico	Cuantitativa discreta	___ 1 a 2 veces/semana ___ 3 a 4 veces/semana ___ 5 a 6 veces/semana ___ todos los días	Infrecuente Frecuente Muy frecuente Diaria	Relación entre frecuencia de actividad física.
Conoce la importancia del ejercicio físico	Cuantitativa discreta	1. ___ Realizar ejercicio físicos diarios mantiene y conserva la salud. 2. ___ El ejercicio físico diario sirve para la prevención de enfermedades. 3. ___ Ayuda a disminuir la presión arterial en pacientes hipertensos.	Conocimiento que tenga el paciente la respuesta correcta son las tres primeras, se le asigna un total de 15 puntos, pero si tiene: <10 inadecuado >11 adecuado	Porcentaje de conocimiento del paciente sobre la importancia del ejercicio físico.

		4. ___ Hacer ejercicios es solo para personas con sobrepeso y enfermas.		
Tiempo mínimo para la realización de ejercicios físicos	Cuantitativa discreta	___ Menos de 15 minutos ___ 15 – 29 minutos ___ 30 minutos ___ más de 60 minutos	Respuesta correcta es la tercera, total 2 puntos > 2 adecuada <1 inadecuada	Por ciento de pacientes que dedican tiempo mínimo a la realización de actividad física.
Tipo de ejercicios físico	Cualitativa nominal	___ Caminata ___ Andar en bicicleta ___ Aeróbicos ___ Jugar fútbol ___ Nadar ___ Bailoterapia ___ Ninguno	Según el tipo de ejercicio que refiera el paciente.	Tipo de ejercicios físico y control de hipertensión arterial.
Consideraciones si tiene una dieta equilibrada	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Según refiera el paciente.	Por ciento de pacientes con conocimientos sobre total de pacientes por 100.
La dieta equilibrada o variada se refiere	Cualitativa nominal politómica	1. ___ Consumir pocos o demasiados alimentos de manera desordenada. 2. ___ Todo tipo de nutrientes que el cuerpo necesita como vitaminas, proteínas, minerales e hidratos de carbono. 3. ___ Tomar 8 vasos de agua. 4. ___ Picar o comer papas fritas, hamburguesas o postres altos en grasa entre comidas en normal.	Respuesta del paciente, la correcta es la 2 y 3, asignándole 6 puntos: < 3 inadecuado > 4 adecuado	Número de pacientes con conocimientos sobre el total de pacientes por 100.
		¿Consume frutas y vegetales?		

Consumo de frutas y vegetales	Cuantitativa discreta	1. ___ 1 - 2 veces por semana 2. ___ 3 - 4 veces por semana 3. ___ 5 - 6 por semana 4. ___ Todos los días	A veces Frecuente Muy frecuente Diario	Relación entre dieta balanceada y consumo de frutas.
Conocimientos sobre consumo de sal	Cuantitativa discreta	1. ___ Una cucharadita de café 2. ___ Una cuchara de sopa 3. ___ No sabe	La respuesta correcta es la opción 1, con 3 puntos: < 2 inadecuado >3 adecuado	Número de pacientes con conocimientos sobre el total de pacientes por 100.
Agregar sal a los alimentos cocidos	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Según refiera el paciente	Total de pacientes que agregan sal sobre el total de pacientes por 100.
Conoce daños que causa la sal	Cualitativa nominal dicotómica	1. ___ La sal consumida en exceso causa problemas en la presión arterial. 2. ___ Causa daño a los riñones. 3. ___ No causa problemas en la salud. 4. ___ No sabe.	La respuesta correcta es la opción 1 y 2, con 6 puntos en total, pero si es : < 3 inadecuado > 4 adecuado	Número de pacientes con nivel de conocimientos sobre el total de pacientes por 100.
Conocimiento sobre consumo de grasas	Cualitativa nominal dicotómica	1. ___ Sí 2. ___ No	Según refiera el paciente, total de dos puntos pero si es: < 1 inadecuado > 2 adecuado	Número de pacientes con conocimientos sobre total de pacientes por 100.
Tipo de grasa que consume	Cualitativa nominal politómica	1. ___ Aceite vegetal 2. ___ Manteca de animal 3. ___ Mantequilla 4. ___ No uso ninguno 5. ___ No sabe	Según refiera	Relación entre tipo de grasa y dieta saludable.
Conocimiento sobre número	Cuantitativa discreta	1. ___ Menos de 6 horas 2. ___ Más de 8 horas		Total de pacientes con conocimientos

de horas diarias a dormir.		3. ___ Entre 7 y 8 horas. 4. ___ No sabe.	La respuesta correcta es la opción 3, total dos puntos: < 1 inadecuado > 2 adecuado.	sobre total de pacientes por 100.
Conoce los beneficios de dormir las horas correctas	Cualitativa nominal politómica	1. ___ No dormir las horas adecuadas puede aumentar la presión arterial y problemas del corazón. 2. ___ Ayuda a conservar e incluso perder peso. 3. ___ Dormir 6 horas no causa problemas en la salud. 4. ___ No sabe.	La respuesta correcta es la opción 1 y vale 2 puntos ero si es: < 5 inadecuado > 6 adecuado	Total de pacientes con conocimientos sobre total de pacientes por 100.
Conocimiento sobre el stress	Cualitativa nominal dicotómica	1. ___ Si 2. ___ No	Respuesta correcta es la primera y tiene dos puntos por lo que si es: < 1 inadecuado > 2 adecuado	Total de pacientes con conocimientos sobre total de pacientes por 100.
Conoce daños que causa el estrés	Cualitativa nominal politómica	1. ___ Obesidad y sobrepeso 2. ___ Pérdida del cabello. 3. ___ Reducción del deseo sexual. 4. ___ Ganas de comer a cada rato y ganas de llorar fácilmente. 5. ___ Enfermedades del corazón.	Todas las opciones son las correctas, total 25 puntos. < 15 inadecuado > 16 adecuado	Total de pacientes con conocimientos sobre total de pacientes por 100
Consumo del tabaco: Fuma	Cualitativa nominal politómica	1. ___ Sí 2. ___ No 3. ___ Exfumador	Según refiera el paciente	Relación entre hábito de fumar y el consumo de alcohol.
Cantidad de cigarrillos en caso si fuma	Cualitativa nominal politómica	1. ___ Menos de 5 cigarrillos 2. ___ 5 – 10 cigarrillos 3. ___ Más de 10 cigarrillos.	Según refiera	Relación entre tiempo de fumador y alteraciones cardiovasculares.

Conocimiento sobre riesgo de fumar como factor de riesgo cardiovascular	Cualitativa nominal dicotómica	1. ___ Sí 2. ___ No	Según refiera el paciente	Número de pacientes con conocimientos sobre el número total de pacientes por 100.
Conocimientos de daños al fumar	Cualitativa nominal politómica	1. ___ Problemas del corazón como el aumento de la presión arterial. 2. ___ Cáncer a cualquier órgano del cuerpo. 3. ___ Solo causa cáncer de pulmón. 4. ___ No sabe.	La respuesta correcta es la opción 1 y 2, total de puntos 6 pero si: < 3 inadecuado > 4 adecuado	Total de pacientes con conocimientos sobre total de pacientes por 100
Conocimientos sobre la ingesta de alcohol en la presión arterial	Cualitativa nominal dicotómica	1. ___ Sí 2. ___ No	Según refiera	Pacientes con conocimientos sobre total de pacientes por 100.
Conoce daños causa el alcohol en exceso	Cualitativa nominal politómica	1. ___ Daña el hígado y el páncreas. 2. ___ Causa cáncer de garganta, estómago y a otros órganos del cuerpo. 3. ___ Destrucción y maltrato familiar. 4. ___ No sabe.	La respuesta correcta son las tres primeras con 15 puntos pero si es: < 9 inadecuado > 10 adecuado	Total de pacientes con conocimientos sobre total de pacientes por 100.
Frecuencia de consumo de alcohol	Cuantitativa discreta	1. ___ A diario 2. ___ 5-6 días a la semana 3. ___ 1-4 días a la semana 4. ___ 1-3 días al mes 5. ___ Menos de una vez al mes 6. ___ No Sabe. 7. ___ No toma.	Diario Siempre Frecuente A veces Ocasional	Frecuencia de consumo y descontrol de la tensión arterial.

Conocimientos acerca del daño del exceso de peso	Cualitativa nominal dicotómica	1. ___ Sí 2. ___ No	Según refiera	Total de pacientes con conocimientos sobre el total de pacientes por 100.
Conocimientos sobre el peso	Cualitativa nominal dicotómica	1. ___ Sí Cuánto pesa: _____ 2. ___ No	Según refiera	Total de pacientes con conocimientos sobre el total de pacientes por 100.
Conocimientos sobre el peso ideal	Cualitativa nominal dicotómica	1. ___ Sí Cual es: _____ 2. ___ No	Según refiera el paciente.	Total de pacientes con conocimientos sobre el total de pacientes por 100.
Conocimientos sobre la talla	Cualitativa nominal dicotómica	1. ___ Sí Cuanto mide: _____ 2. ___ No	Según refiera.	Total de pacientes con conocimientos sobre el total de pacientes por 100.
Conocimiento del paciente sobre 100 puntos.	Cualitativa nominal politómica	Adecuado 70 a 100 puntos. Inadecuado menor de 69 puntos.	Respuesta correcta.	Conocimiento con el sexo.

2.11 Aspectos éticos

Esta investigación se desarrolló teniendo en cuenta los principios éticos y pautas elaborados sobre la Investigación Biomédica en seres humanos en el ámbito internacional como: el Código de Núremberg de 1947 y la Declaración de Helsinki. entre otros documentos que los norman como son las Pautas Internacionales para la Investigación Biomédica Relacionada con Seres Humanos propuestos en 1982, el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas y la OMS (Lolas, 2002). A todos los pacientes que quedaron incluidos en el universo, se les brindó información detallada acerca del objetivo e importancia del estudio, obteniéndose su consentimiento informado de forma escrita y voluntaria para participar en la investigación.

CAPÍTULO III

3. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Los resultados fueron obtenidos mediante el procesamiento de los datos después de aplicar la encuesta a ochenta y tres (83) pacientes hipertensos del Barrio Bellavista Baja.

El fomento de la salud incrementa la calidad de vida, conlleva a mejorar el bienestar del individuo y comunidades, a reducir riesgos y tratar enfermedades. Para esto se hace necesario identificar el estado de salud de las poblaciones y los factores que lo condicionan y determinan permitiendo planificar intervenciones que modifiquen los hábitos inadecuados. (Del Águila, 2012)

En la sociedad actual existe una tendencia a no seguir determinados hábitos saludables en los estilos de vida como un claro perjuicio para la salud, es decir, como un hábito nocivo.

Se ha comprobado que los estilos de vida no saludables son los que van a influenciar que la presión arterial aumente de manera progresiva a medida que el individuo envejece. Los estudios plantean que es más frecuente en los hombres antes de los 50 años y en las mujeres a partir de esta edad, estos resultados se deben a que en esta etapa de la vida, la mujer no está protegida por factores hormonales que son los estrógenos los que elevan el HDL-colesterol; por lo tanto en este período se elevan las LDL-colesterol las que ayudan la formación de placas de ateromas, tornando las arterias rígidas, con pérdida de su elasticidad y a la elevación consecuente de la presión arterial.

La autora de la investigación añade que estos cambios propios del envejecimiento pueden ser atenuados con la práctica de un estilo de vida adecuado como la realización de ejercicios físicos de forma sistemática, una dieta pobre en grasas saturadas y rica en omega 3 ya que estas prácticas tienen un impacto positivo sobre la salud y sobre el bienestar. (Del Águila, 2012)

Se puede mencionar que a mayor edad más difícil de modificar estilos de vida pues los pacientes no le dan mucha importancia a la enfermedad que puedan agravarlas o limitarles sus funciones de la vida diaria. (Pérez et al. 2015)

Tabla 1-3: Distribución de hipertensos adultos según grupo de edad y sexo. Barrio Bellavista Baja. Tena. Ecuador. 2016.

Grupo edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No	%
	No	%	No	%		
20 a 40 años	1	1,2	4	4,8	5	6,0
41 a 64 años	11	13,3	22	26,5	33	39,8
65 años y más	19	22,9	26	31,3	45	54,2
Total	31	37,3	52	62,7	83	100

Fuente: encuesta

Realizado por: Dra. Alexandra del Rocío Buenaño Nuala

En la tabla 1-3 se refiere a la distribución de los adultos hipertensos según edad y sexo. Se puede observar que predominaron los pacientes femeninos con cincuenta y dos (52) para un 62,7 % y el grupo etario de sesenta y cinco (65) y más con el 54,2 del total del universo estudiado. Relacionado con la edad el resultado encontrado se corresponde con lo planteado en la literatura revisada donde se refiere que a mayor edad, el riesgo de padecer hipertensión arterial aumenta. (Lira, 2015).

En un estudio realizado en Venezuela se encontró el mismo resultado, en el que se observó que a medida que se envejece los estilos de vida no saludables hacen que aumente el riesgo de padecer de hipertensión arterial debido a una disminución de la capacidad funcional de los receptores β adrenérgicos, de los niveles de renina plasmática, con una menor distensibilidad del aparato yuxtglomerular que trae consigo la retención de agua y sodio; unido a esto se pierde la elasticidad de la pared arterial que conlleva a un aumento de la tensión arterial sistólica. (Pérez y Rodríguez, 2015)

Otro estudio sobre el estilo de vida en los pacientes hipertensos con relación al sexo en Pujilí, predominó el sexo femenino coincidiendo con el presente estudio. (Gordon y Gualotuña, 2015)

Los estilos de vida saludables pueden reducir la presión arterial en forma moderada pero significativa y también contribuyen a mantener el peso normal; el análisis de los estilos de vida adquiere un interés creciente, ya que el conjunto de pautas y hábitos de comportamientos cotidianos de las personas tienen un efecto importante en su salud, y además, cada día aumenta la prevalencia del conjunto de enfermedades relacionadas con los malos hábitos comportamentales. (Ruiz, 2011)

Uno de los objetivos fundamentales de la Atención Primaria de Salud es la modificación de conductas de la población, tanto para cambiar estilos de vida que amenazan el bienestar individual, como para lograr sentirnos saludables, la labor educativa juega un papel importante en lo que es la disminución de la ingesta de sal en las comidas, práctica sistemática de ejercicios físicos, realización del tratamiento correctamente, disminución de hábitos como el alcoholismo, el tabaquismo, hechos que redundan en la aparición de hipertensión arterial y en la evolución desfavorable de la misma una vez que esta se ha presentado. (Ruiz, 2011)

Tabla 2-3: Conocimientos de los hipertensos adultos sobre estilos de vida saludables. Barrio Bellavista Baja. Tena. Ecuador. 2016.

Estilos de vida	Conocimiento sobre estilos de vida saludables				Total	
	Adecuado		Inadecuado		No	%
	N°	%	N°	%		
Ejercicio físico	24	28,9	59	71,1	83	100
Hábitos alimenticios	23	27,7	60	72,3	83	100
Sal	17	20,5	66	79,5	83	100
Sueño	18	21,7	65	78,3	83	100
Estrés	24	28,9	59	71,1	83	100
Tabaco	24	28,9	59	71,1	83	100
Alcohol	26	31,3	57	68,7	83	100
Peso	23	27,7	60	72,3	83	100

Fuente: encuesta

Realizado por: Dra. Alexandra del Rocio Buenaño Nuala

En la tabla 2-3 se muestra que la mayoría de los participantes tienen conocimientos inadecuados sobre la práctica de estilos de vida saludables predominando el desconocimiento sobre la práctica adecuada del consumo de sal con el 79,5%, seguido del tiempo necesario para el sueño con el 78,3% y sobre hábitos alimenticios y peso adecuados con el 72,3%.

Estudios como el de Janampa, se relacionan los estilos de vida de los pacientes hipertensos según su conocimiento, y predominó el conocimiento inadecuado, coincidiendo con el presente estudio. (Janampa, 2013)

En el año 2015, Aguado hace referencia a un estudio acerca de Conocimientos y Estilos de Vida del Paciente con hipertensión arterial en los Consultorios Externos de Cardiología del Centro Hospitalario Maisón de Santé de Lima y la Clínica Maisón de Santé del Sur - Chorrillos, arribando a la conclusión que los pacientes con buen de conocimiento no siempre practican un estilo de vida favorable y afectan su salud. (Aguado, 2015.)

La investigadora apoya esta afirmación ya que en las visitas de trabajo extramural se ha podido observar como personas con un elevado nivel de instrucción y con conocimientos sobre estilos de vida saludables, no practican estos de forma adecuada sobre todo en la alimentación.

En Ecuador la multiculturalidad como una tendencia social ya es un hecho. Por todos es conocido la existencia de barreras que pueden dificultar la información, sobre la prevención de enfermedades así como el acceso y utilización de los servicios sanitarios por parte de la población fundamentalmente la indígena y mestiza.

Tabla 3-3: Conocimientos de los hipertensos adultos según identificación étnica. Barrio Bellavista Baja. Tena. Ecuador. 2016.

Identificación Étnica	Conocimiento sobre estilos de vida				Total	
	Adecuado		Inadecuado		No	%
	N°	%	N°	%		
Mestizo	25	30,1	44	53,0	69	83,1
Indígena	2	2,4	11	13,3	13	15,7
Blanco	0	0,0	1	1,2	1	1,2
Total	27	32,5	56	67,5	83	100

Fuente: encuesta

$\chi^2= 2,5$ y $p=0,11$

Realizado por: Dra. Alexandra del Rocio Buenaño Nuala

En la tabla 3-3 muestra el conocimiento de estilos de vida según la identificación étnica, y se puede observar que predominó el conocimiento inadecuado en la raza mestiza, con cuarenta y cuatro (44) participantes, representando el cincuenta y tres por ciento (53 %) esta autoidentificación abarca un porcentaje mayoritario de los habitantes en los casos estudiados, seguidos de indígenas los que constituyeron el 13,3 % de los participantes con conocimientos inadecuados; la literatura internacional plantea que la mayor frecuencia de esta afección es en la raza negra con respecto a la hipertensión. (Pérez et al. 2014). No existió asociación estadísticamente significativa entre conocimiento e identificación étnica.

La investigadora desea destacar que si analizamos la información obtenida por el total de individuos según identificación étnica, nos percatamos que el mayor por ciento de los indígenas poseen desconocimiento sobre estilos de vida saludables, ya que de trece (13) individuos once (11) desconocen del tema, esto puede ser debido a que esta etnia aún mantiene las costumbres de sus ancestros, con poca accesibilidad a los medios de información actuales, lo que no le permite mantener una información adecuada.

La autora refiere que el conocimiento sobre estilos de vida saludables va sufriendo modificaciones desde la niñez, al pasar por la vida adolescente hasta la vejez y se van optando por estilos de vida no saludables, afectando más en este caso a la raza mestiza, por tener mayor accesibilidad a redes sociales y videojuegos, que le ocupan el tiempo libre dando un lugar importante el sedentarismo.

Otro estudio mostró datos iguales realizados en la Comunidad José Gregorio Hernández Municipio San Felipe, en Venezuela, encontrándose una mayor frecuencia en la raza mestiza con un 8.9%, (Castillo, Carrillo, y Manduley, 2014), con respecto al porqué de la etnia y sus conocimientos no existen estudios actualizados para poder realizar una comparación.

Sin embargo la autora cree que esta variable depende del tipo de población que se estudie por ejemplo en este estudio predominó la raza mestiza debido a que fue la mayor frecuencia en la población, lo cual se puede observar en la presente tabla, esto se justifica porque en la comunidad estudiada no se reportan pobladores de raza negra, teniendo en cuenta que en Ecuador la raza mestiza ocupa el primer lugar, seguida de la indígena y en tercer lugar la blanca según datos del INEC 2011. (Villacís, Carrillo, y Martínez, 2011)

La autora considera que el bajo nivel de instrucción explica el por qué existe un elevado desconocimiento por parte de la población trayendo consigo que los pacientes no desarrollen estilos de vida adecuados. La prevalencia de muchas enfermedades es mayor cuanto más bajo es el nivel socioeconómico y educativo de la persona.

La educación del paciente hipertenso sobre estilos de vida saludables es el elemento primordial para el adecuado control de la HTA, pues le permite comprender mejor su enfermedad y las consecuencias, lo que le facilita una adecuada adhesión al tratamiento y una larga supervivencia con mejor calidad de vida, una alta escolaridad amplía los aspectos cognoscitivos de la salud y de la enfermedad. (Acurio, 2016)

Tabla 4-3: Conocimientos de los hipertensos adultos según el nivel de instrucción. Barrio Bellavista Baja. Tena. Ecuador. 2016.

Nivel de instrucción	Conocimiento sobre estilos de vida saludables				Total	
	Adecuado		Inadecuado		No	%
	Nº	%	Nº	%		
Analfabeto	1	1,2	1	1,2	2	2,4
Escuela incompleta	4	4,8	13	15,7	17	20,5
Escuela completa	7	8,4	13	15,7	20	24,1
Colegio incompleto	2	2,4	8	9,6	10	12,0
Colegio completo	7	8,4	11	13,3	18	21,7
Universidad incompleta	2	2,4	5	6,0	7	8,4
Universidad completa	4	4,8	5	6,0	9	10,8
Total	27	32,5	56	67,5	83	100

Fuente: encuesta

$\chi^2= 0,22$ y $p=0,63$

Realizado por: Dra. Alexandra del Rocio Buenaño

En la tabla 4-3 muestra los conocimientos según el nivel de instrucción, se puede apreciar que de los 83 participantes veinte tenían escuela completa de los cuales trece (13) tienen un conocimiento inadecuado con el 15.7%, con mismo valores para escuela incompleta; predominaron con conocimientos inadecuados. No existió asociación estadísticamente significativa entre conocimiento y nivel de instrucción.

Estos resultados coinciden con un estudio similar realizado en Medellín, Colombia sobre factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión; en cuanto al nivel de escolaridad. Este bajo nivel de instrucción explica el por qué existe un elevado desconocimiento por parte de la población de importantes aspectos relacionados con los estilos de vida, trayendo consigo que los pacientes no lleven a cabo por desconocimiento de su relevancia cambios en sus conductas. (García, et al. 2016)

Según la última Encuesta Nacional de Salud, en Chile coinciden con el presente estudio ya que se considera que mientras más bajo es el nivel educacional, más alta es la prevalencia de hipertensión por su desconocimiento (Yáñez, 2015). Afirmación con la que la investigadora está de acuerdo ya que se establece una relación directamente proporcional entre escolaridad y conocimientos.

El vínculo laboral es otro aspecto importante a tener en cuenta a la hora de enfrentarse a pacientes con estilos de vida inadecuados pues muchas labores conllevan a un stress físico y psíquico elevado con relación al tipo de profesión u ocupación del individuo, independientemente de si pertenece a un área rural o urbana. (Velasategui, 2011)

Referente a lo anterior, las amas de casa están expuestas a mayor cantidad de eventos psicosociales negativos como consecuencia de su condición, entre los cuales pueden citarse: la dependencia económica, la vida monótona y rutinaria, las pobres expectativas y la menor accesibilidad a los servicios de salud, haciendo que su conocimiento no sea el adecuado. (Vázquez, 2014)

Tabla 5-3: Conocimientos de hipertensos adultos según ocupación. Barrio Bellavista Baja. Tena. Ecuador. 2016.

Ocupación	Conocimiento sobre estilos de vida saludables				Total	
	Adecuado		Inadecuado		No	%
	N°	%	N°	%		
Desempleado	3	3,6	9	10,8	12	14,5
Quehaceres domésticos	10	12,0	24	28,9	34	41,0
Trabajador público	5	6,0	4	4,8	9	10,8
Trabajador privado	8	9,6	14	16,9	22	26,5
Estudiante	0	0,0	1	1,2	1	1,2
Jubilado	1	1,2	4	4,8	5	6,0
Total	27	32,5	56	67,5	83	100

Fuente: encuesta

$X^2= 0,85$ y $p=0,35$

Realizado por: Dra. Alexandra del Rocio Buenaño

En la tabla 5-3 observamos los conocimientos sobre estilos de vida según ocupación, prevalecieron las amas de casa con treinta y cuatro (34) participantes para un 41%, de los cuales el 28,9% resulto con conocimientos inadecuados, le siguieron los trabajadores privados con veinte y dos (22) para un 26.5 constituyendo el 16,9% con conocimiento inadecuado. No existió asociación estadísticamente significativa entre conocimiento y ocupación.

A opinión de la autora de la investigación, el predominio de los trabajadores de quehaceres domésticos se relaciona con el hecho de que el sexo femenino fue el que predominó en el estudio con un total de cincuenta y dos (52) participantes, se debe destacar que se encontraron tres (3) participantes del sexo masculino dedicados a quehaceres del hogar; hallazgo no frecuente; el desconocimiento que tienen las personas dedicadas a los quehaceres domésticos, a opinión de la autora puede ser debido a que estos llevan sobre sí de forma general todo el peso de la atención, cuidado de los niños, las labores domésticas, entre otras por lo cual están más sometidas a desarrollar estilos de vida inadecuados.

Por otra parte, fueron hallados pocos estudios en los que se relacionan los conocimientos sobre estilos de vida con el estatus de ama de casa o quehaceres domésticos, sin embargo en Singapur, en una pesquisa sobre ocho enfermedades crónicas no transmisibles, se notificó que el total de personas eran amas de casa, y tenían menos conocimientos sobre éstas, de igual manera, una investigación en el Reino de Arabia Saudita informó que más de la mitad de una muestra de pacientes hipertensos eran amas de casa. (Vázquez, 2014)

Un estudio sobre calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial sistémica, con respecto a la ocupación, predominaron las amas de casa 46.7%, en una comunidad del estado de México (Gómez, et al. 2011)

En otro estudio sobre conocimientos de factores de riesgo y diagnóstico de la hipertensión, en el Barrio la Vega del Cantón Catamayo, las amas de casa (ocupación definida) con un 52% ocuparon el primer lugar por desconocimientos. (Ruiz, 2012)

Estudios recientes señalan que el exceso de horas de trabajo podría ser también un factor de riesgo del entorno laboral para empeorar a la hipertensión arterial, pues expone a los trabajadores a mayores periodos de tiempo frente a factores psicosociales nocivos en el entorno laboral, como la tensión laboral y un desequilibrio entre el esfuerzo y la recompensa.

La autora plantea que cuando factores de riesgos modificables se incluyen en un estilo de vida inadecuado como: alimentarios, ambientales, psicosociales, el estrés, la obesidad,

tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, café y de sal, los resultados repercuten en un mayor riesgo de padecer enfermedades y complicaciones sobre todo de la hipertensión arterial ya que se desconoce la práctica adecuada de estos estilos de vida saludables, pues mientras más edad mayor desconocimiento presente.

Tabla 6-3: Conocimientos de los hipertensos adultos sobre estilos de vida según edad. Barrio Bellavista Baja. Tena. Ecuador. 2016.

Conocimiento de los adultos sobre estilos de vida						
Grupo edad	Adecuado		Inadecuado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
20 a 40 años	1	1,2	4	4,8	5	6,0
41 a 64 años	13	15,7	20	24,1	33	39,8
65 años y mas	13	15,7	32	38,6	45	54,2
Total	27	32,5	56	67,5	83	100
Fuente: encuesta					X²= 0,59 y p=0,44	
Realizado por: Dra. Alexandra del Rocio Buenaño						

En la tabla 6-3 se refiere al conocimiento de los hipertensos sobre estilos de vida según edad. Se observa que el grupo etario que predominó fue el de sesenta y cinco (65) y más con cuarenta y cinco (45) participantes para un 54.2%, igual este grupo fue el que menos conocimientos mostró con treinta y dos (32) individuos par un 38.6 %, le siguieron en orden de edad el grupo de 41 a 64 años con treinta y tres (33) para un 39.8% y de estos el 24.1% con veinte (20) participantes resultaron tener conocimientos inadecuados. Según la investigadora este resultado es debido a la falta de información a edades tempranas y que a medida que se avanza en edad más difícil es que la persona cambie o quiera aprender a modificar su estilo de vida. No existió asociación estadísticamente significativa entre conocimiento y grupo de edad.

La autora desea mencionar que los cambios cognitivos producto de la edad avanzada pudieran estar influyendo en los resultados, también estos pueden deberse a que los participantes pertenecientes a estas generaciones lograron recibir menos información en edades tempranas de la vida, por existir menos desarrollo en las redes sociales y campo de la medicina relacionado con las actividades de promoción de salud.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Antecedentes

En el Barrio Bellavista los pacientes adultos que acuden a la consulta del Subcentro de Salud de Paushiyacu presentan algunas observaciones como son las siguientes: Representa el 52,2% para las edades de 65 y más años, seguido de 41 a 64 años con el 39,8% y finalmente las edades de 20 a 40 años con el 6%.

Los adultos hipertensos en los niveles de conocimientos sobre estilos de vida con respecto al ejercicio físico, hábitos alimenticios, sal sueño, estrés, alcohol, tabaco y peso mencionaron que fue inadecuado, entre los menos conocidos fue uso inadecuado de la sal con el 79,5%, seguido de sueño con el 78,3% y sobre hábitos alimenticios y peso con el 72,3%.

El conocimiento de estilos de vida saludables según la identificación étnica se puede observar que existe el desconocimiento en la raza mestiza con el cincuenta y tres por ciento (53%) de los casos estudiados, seguidos de indígenas los que constituyeron el 13,3%.

En el nivel de instrucción el conocimiento inadecuado se puede apreciar que 15,7 % fue la escuela completa e incompleta ocupando el primer y segundo lugar, mientras que en el tercer lugar el 13,3%, un nivel colegio completo.

En el conocimiento de estilos de vida según ocupación, el 28,9 % tenían un conocimiento inadecuado en las personas que se dedican a quehaceres domésticos o amas de casa, seguido de trabajo privado con el 16,9%.

Mientras que el conocimiento de los hipertensos sobre estilos de vida según edad, se observa que el grupo etario que menos conocimiento tuvo fue el de 65 y más, de un total de treinta y ocho punto seis por ciento (38,6%), seguidos del 24,1% entre las edades entre 41 a 64 años, y finalmente 4,8% de conocimientos inadecuados entre las edades de 20 a 40 años.

Por todo lo anterior expuesto se puede observar que tiene un alto desconocimiento sobre estilos de vida saludables; por lo que se ha visto en la necesita de elaborar la siguiente propuesta de intervención educativa que a continuación se menciona.

Principios rectores en los que se sustenta la propuesta de intervención educativa sobre factores estilos de vida saludables en la hipertensión arterial.

- Ventajas del aprendizaje grupal e individual de forma colaborativa.
- Importancia del aprendizaje y la experiencia anterior en la asimilación de los nuevos conocimientos, lo que permitirá la organización gradual de los contenidos más generales y comprensibles hacia aquellos más complejos y específicos.
- El proceso de adquisición de los conocimientos evaluado como un elemento dinámico, cambiante y ajustado a las necesidades individuales de aprendizaje.
- Los conocimientos que se adquieran, deben tener la posibilidad real para el sujeto que los recibe, de ser introducidos inmediatamente en la práctica.
- El proceso de aprendizaje debe lograr que se ponga en el centro de atención al sujeto activo (beneficiario), consciente, responsable de su propio proceso de aprendizaje, y en interacción con el resto del grupo.
- Se reconoce que brindar conocimientos, no necesariamente está relacionado a la modificación de las actitudes, sin embargo, constituye el primer eslabón para pensar en el cambio.

4.2 Objetivo

4.2.1 General

Modificar los conocimientos sobre estilos de vida saludables en hipertensos adultos del Barrio Bellavista Baja. Tena Provincia de Napo.

4.2.2 Objetivos Específicos

- Implementar un plan de capacitación dirigido a los adultos hipertensos que ayuden a mejorar los conocimientos sobre estilos de vida saludables.
- Brindar conocimientos generales sobre la importancia de cambiar a un estilo de vida saludable para disminuir complicaciones cardiovasculares.
- Ofrecer información actualizada sobre factores de riesgo modificables, estilos de vida saludables y complicaciones cardiovasculares
- Proponer como evaluar la intervención educativa.

Metas

- Mejorar los conocimientos sobre estilos de vida en los pacientes participantes para evitar complicaciones a futuro.
- Disminuir en un 5 % las complicaciones cardiovasculares en los hipertensos adultos investigados.
- Fomentar la aplicación de estilos de vida saludables de los pacientes estudiados.

4.3 Metodología del proyecto educativo

Localización y duración

La presente propuesta de intervención educativa se llevará a cabo en los adultos hipertensos del Barrio Bellavista Baja, que pertenecen al Subcentro de Salud Paushiyacu, teniendo una duración de dos y medio meses.

Población blanco

83 hipertensos adultos, que viven en el Barrio Bellavista Baja.

Método

El método a utilizarse para la ejecución del proyecto será el activo-participativo.

Técnicas.

Las técnicas para las intervenciones serán:

- Lluvia de ideas.
- Talleres educativos.
- Socio drama.
- Demostración.
- Reuniones grupales.

4.4 Estrategias Metodológicas

Organizar reuniones con los adultos hipertensos

- Motivar a los adultos hipertensos mediante la aplicación de técnicas activas participativas a través de diferentes actividades, contenidos atractivos, dinámicas, juegos y aprenderse de memoria los nombres de cinco de los 83 participantes.
- Evaluar el conocimiento de pacientes hipertensos y sus experiencias relacionadas con el tema a través de la aplicación del método crítico reflexivo.
- Adaptar los ejemplos y explicaciones de la temática a su nivel y tipo de experiencias anteriores.
- Explicar siempre la utilidad de la temática que se va a aprender, tanto para su futuro, como para fundamentar conocimientos y aplicaciones posteriores.
- Dar a conocer los objetivos antes de empezar, esto permite generar expectativas apropiadas de lo que van a aprender y forma un criterio sobre que se espera de ellos al término de la clase.
- Realizar trabajos en grupos esto potenciará el trabajo colaborativo y evaluar formativamente el progreso, para que los pacientes tengan siempre información de qué está haciendo bien y qué debe corregir.

Contar con el apoyo del personal de salud

- Médico Internista,
- Médico Familiar y comunitario,
- Técnica en Atención Primaria de Salud y
- Médico de Medicina Familiar y Comunitaria.

Disponer de material adecuado para los diferentes temas

- El diseño del material educativo se realizó pensando en la capacidad de concentración y atención que le puede ofrecer con gráficos y animación.
- La retroalimentación y las evaluaciones se realizarán después de cada capacitación y actividad.
- Se entregará refrigerio al finalizar cada sesión del proceso educativo.

Intervención educativa

Primera sesión

Estrategia:

Actividades: Presentación del grupo educativo y de la intervención educativa sobre estilos de vida.

Fecha:

Recursos: Computadora, Data Shows, humano (Capacitador).

Responsables:

- Médico de medicina Familiar.
- Técnica en Atención Primaria.
- Comité local de salud/Autoridades del Barrio.

Producto esperado: Lograr establecer una relación interpersonal con los 83 hipertensos del Barrio Bellavista Baja y el personal de salud, así como la comprensión de la actividad a impartirse.

Segunda sesión

Estrategia:

Actividades: Estilos de vida saludables y factores de riesgo modificables.

Fecha:

Recursos: Computadora, Data Shows, humano (Capacitador), material de promoción de salud.

Responsables:

- Médico posgradista en medicina Familiar.
- Técnica en atención primaria.

Producto esperado: Que los participantes conozcan los estilos saludables y los factores de riesgos que pueden modificarse.

Tercera sesión

Estrategia:

Actividades: Dieta saludable para modificar estilo de vida: Dietas DASH y Mediterránea

Fecha:

Recursos: Computadora, Data Shows, humano (Capacitador), material de promoción de salud.

Responsables:

- Médico posgradista en medicina Familiar.
- Técnica en atención primaria.

Producto esperado: Los pacientes aprendan los principios de una dieta saludable para mejorar su calidad de vida.

Cuarta sesión

Estrategia:

Actividades: Consecuencias de un incorrecto estilo de vida en el adulto hipertenso.

Fecha:

Recursos: Proyector de imágenes, Aula, Portátil

Responsables:

- Médico posgradista en medicina Familiar.
- Técnica en atención primaria.

Producto esperado: Que conozcan cómo evitar descompensaciones y complicaciones de la HA a partir de prácticas de estilos de vida saludables.

Quinta sesión

Estrategia:

Actividades: I Importancia del ejercicio físico, sueño, control en el Subcentro de Salud y realizar técnica de PNI para evaluar la intervención impartida.

Fecha:

Recursos: Computadora, Data Shows, humano (Capacitador), material de promoción de salud, materiales desechables (hojas, esferos).

Responsables:

- Médico posgradista en medicina Familiar.
- Técnica en atención primaria.

Producto esperado: Lograr que los pacientes conozcan la importancia de controlar su enfermedad en el SCS y aplicar el PNI para que los participantes evalúen la intervención educativa impartida

4.4 Plan de clase N° 1

Tema: Presentación del grupo educativo y de la intervención educativa sobre estilos de vida saludables.

Duración: 40 minutos

Fecha:

Lugar: Casa del Diabético

Responsable: Capacitador

Objetivo educativo

Explicar las características de la intervención educativa sobre estilos de vida saludables, garantizando un clima de confianza y respeto que favorezca el desarrollo del trabajo, en tanto se presenta la misma.

Actividad:

- Ambientación: La primera sesión tiene como propósito fundamental la presentación de los participantes entre sí, del responsable y de las reglas para el trabajo en grupo, que serán de obligatorio cumplimiento para todos los miembros durante el transcurso del tiempo que trabajarán en conjunto.
- Contenido: Intervención educativa y su objetivo alcanzar al conocer los estilos de vida saludables, antes de esto se realizará mediante el encuadre para lo cual solicita a los participantes por parte del responsable de la actividad que expresen sus opiniones sobre la propuesta realizada, sugieran modificaciones de nuevos temas no previstos por el responsable inicialmente, una vez socializada y aprobada la intervención se desarrollan los contenidos de la primera sesión.
- Refrigerio: Entrega al final de la clase en base a ensalada de frutas de la zona (papaya, naranja, banana, piña y mandarina).

Métodos y técnicas a utilizar

- Juego: Emparejar las tarjetas.- El médico escoge un cierto número de frases bien conocidas y escribe la mitad de cada frase en un pedazo de papel o en una tarjeta. Por ejemplo, escribe 'Feliz' en un pedazo de papel y 'Cumpleaños' en otro. (El número de pedazos de papel debe ser el mismo que el número de participantes en el grupo.) Los pedazos de papel doblados se ponen en un sombrero. Cada participante toma un pedazo de papel del sombrero y trata de encontrar al miembro

del grupo que tiene la otra mitad de su frase y presentarse por frases a los compañeros diciendo su nombre y edad.

- Lluvia de ideas: sobre estilos de vida saludables.

Recursos materiales y de soporte

Humanos:

- Técnica de atención primaria de salud (TAPS)
- Médico Posgradista

Técnicos:

- Papelotes,
- Marcadores,
- Tijeras,
- Revistas y
- Cinta masking

Participantes: 83 beneficiarios.

Evaluación: Realización de un collage referente a estilos de vida saludables, con los materiales que se les entregará; se les pedirá a los pacientes que se dividan en tres grupos con cada personal de salud (médico posgradista, médico familiar y TAPS) y se realice un recorte de las revistas sobre los siguientes temas:

- Alimentación saludable.
- Ejercicio físico.
- Agua y sal.
- Sobre dulces y comida chatarra.
- Frutas y verduras cuantas veces a la semana se debe consumir.

Posterior a la realización de los debates en los grupos cada paciente debe dar un criterio u opinión sobre los temas asignados, estos criterios serán escuchados y respetados por los participantes, y el responsable de la actividad reforzará los aspectos positivos y dirigirá

su intervención a corregir errores en el pensamiento o interpretaciones incompletas sobre el tema tratado en las siguientes clases.

Pensamiento al final de la clase: Se les mencionará una frase y explicarla: “Ámate a ti mismo lo suficiente como para vivir un estilo de vida saludable”.

4.5 Plan de clase N°2

Tema: Estilos de vida saludables y factores de riesgo modificables.

Duración: 50 minutos

Fecha:

Lugar: Casa del Diabético

Responsable: Capacitador

Objetivo educativo: Definir los conceptos adulto, estilo de vida, hipertensión arterial y factores de riesgo modificables.

Actividad:

- Ambientación: Saludo de bienvenida y presentación del grupo con la técnica seleccionada.
- Contenido: Definición de conceptos: adulto e hipertensión arterial, Clasificación de los estilos de vida saludable y no saludable, Clasificación de factores de riesgo modificable y no modificable.
- Refrigerio: Una hamburguesa de quinua y guacamole hecha con pan integral.

Métodos y técnicas a utilizar

- Juego: Ensalada de frutas se dividirá en tres grupos para cada responsable de la intervención y consiste en dividir a los participantes en un número igual de tres o cuatro frutas, tales como naranjas o plátanos. Luego los participantes se sientan en sillas formando un círculo. Una persona tiene que pararse en el centro del círculo. El facilitador dice el nombre de una fruta, como 'naranjas' y todas las naranjas tienen que cambiarse de puesto entre ellas. La persona que está en el centro trata de tomar uno de los asientos cuando los otros se muevan, dejando a otra persona en el centro sin silla. La persona en el centro dice otra fruta y el juego continúa. Cuando se dice 'ensalada de frutas' todos tienen que cambiar de asientos.
- Técnica educativa: Taller y técnica participativa de estilo de vida, factores de riesgo modificables e hipertensión arterial (que incluye la "Lluvia de ideas").

Recursos materiales y de soporte

Humanos:

- Médico Posgradista
- Médico Familiar
- Técnica de atención primaria de salud (TAPS)

Técnicos:

- Papelotes,
- Marcadores,
- Lapto
- Proyector de imágenes

Participantes: 83 beneficiarios.

Evaluación: Que será participativa mediante lanzamiento preguntas.

Pensamiento al final de la clase: Se les mencionará una frase para ser explicada: “No empieces una dieta que terminará algún día, comienza un estilo de vida que dure para siempre”.

4.6 Plan de clase N° 3

Tema: Dieta saludable para modificar estilo de vida: Dietas DASH y Mediterránea.

Duración: 60 minutos

Fecha:

Lugar: Casa del Diabético

Responsable: Capacitador

Objetivo educativo: Caracterizar los tipos de dieta adecuada en la hipertensión arterial.

Actividad:

- Ambientación: Saludo de bienvenida y presentación del grupo con la técnica seleccionada.
- Contenido: Que es y en que consiste la Dieta DASH y la Dieta Mediterránea
Uso correcto de la sal y el agua.
- Refrigerio: Consumo de agua durante la charla y consumo de frutos secos como: almendras y nueces en cantidad de cinco.

Métodos y técnicas a utilizar

- Técnica participativa: El juego de los animales este juego ayuda a dividir a un grupo grande en grupos pequeños se hace un papelito para cada miembro del grupo grande. Escriba el nombre de un animal en cada papelito, usando la mayor cantidad posible de diferentes animales, ya que se necesita grupos más pequeños, entregar los papelitos al azar y pedir a las personas que hagan los ruidos de sus animales para encontrar a los otros miembros de su grupo pequeño.
- Elaboración de menú y lluvia de ideas.

Recursos materiales y de soporte

Humanos:

- Médico Posgradista
- Médico Familiar
- Técnica de atención primaria de salud (TAPS)
- Médico internista

Técnicos:

- Marcadores,

- Laptop
- Proyector de imágenes
- Pizarra
- Esferos
- Papeles y
- Tijeras

Participantes: 83 beneficiarios.

Evaluación: Llenar en las pirámides alimenticias de la dieta DAHS y Mediterránea los cuatro grupos de alimentos fundamentales, por participantes escogidos al azar.

Pensamiento al final de la clase: Se les mencionará una frase que explicarán: “Cuando es estilo de vida es malo tomar medicina es inútil. Cuando es estilo de vida es bueno las medicinas no son necesarias”.

4.6 Pla de clase N° 4

Tema: Consecuencias de un incorrecto estilo de vida en el adulto hipertenso

Duración: 60 minutos

Fecha:

Lugar: Casa del Diabético

Responsable: Capacitador

Objetivo educativo: Argumentar las consecuencias de un incorrecto estilo de vida en el adulto y sus posibles consecuencias.

Actividad:

- Ambientación: Saludo de bienvenida y presentación del grupo con la técnica seleccionada.
- Contenido: Consecuencias de un incorrecto estilo de vida para el adulto hipertenso.
- Refrigerio: jugo de jamaica y una porción de pastel de zanahoria.

Métodos y técnicas a utilizar

- Técnica participativa: el juego de las 7 islas (Santa Cruz, Isabela, San Cristobal, Floreana, Fernandina, Baltra, Española y Genovesa) colocar círculos de sogas delgadas en el suelo haciendo círculos suficientemente grandes para acomodar a todos los participantes. Pedir a cada uno que escoja la isla en la que le gustaría vivir. Luego advierta a los participantes que una de las islas se va a hundir en el mar muy pronto y los participantes de esa isla se verán forzados a moverse rápidamente a otra isla. Permitir que el suspense crezca y luego decir el nombre de la isla que se está hundiendo. Los participantes corren a las otras cuatro islas. El juego continúa y termina hasta que todos están apretados en una isla y ya no pueden ingresar más.
- Técnica participativa de análisis: Lluvia de ideas, se entregará la hoja impresa de calculadora interactiva de riesgo cardiovascular mediante la cual se medirá el riesgo de cada paciente.

Recursos materiales y de soporte

Humanos:

- Médico Posgradista

- Médico Familiar
- Técnica de atención primaria de salud (TAPS)
- Médico internista

Técnicos:

- Laptop
- Proyector de imágenes
- Pizarra
- Esferos y
- Papeles

Participantes: 83 beneficiarios.

Evaluación: Grupo de ocho pacientes describir ocho estilos de vida no saludable que empeoran la hipertensión arterial se leerán en voz alta por parte de un representante de cada grupo.

Pensamiento al final de la clase: “Comer es una necesidad, pero comer inteligentemente es un arte.

4.7 Plan de clase N° 5

Tema: Importancia del ejercicio físico, sueño, control en el Subcentro de Salud y realizar técnica de PNI para evaluar la intervención impartida.

Duración: 60 minutos

Fecha:

Lugar: Casa del Diabético

Responsable: Capacitador

Objetivo educativo: Que los pacientes comprendan la importancia del ejercicio físico, las horas correspondientes del sueño y sobre los controles mensuales al Subcentro de Salud Paushiyacu.

Actividad:

- Ambientación: Saludo de bienvenida y presentación del grupo con la técnica seleccionada.
- Contenido: Importancia del ejercicio físico y de dormir las horas correctas.
Control mensual al Subcentro de Salud Paushiyacu: donde se evaluará el peso y los valores de la presión arterial.
Evaluación de lo aprendido
Finalización de la intervención educativa.
Entrega los dos tipos de dietas impresas en hojas para cada paciente.
- Refrigerio: Pincho de ensaladas de frutas de la zona.

Métodos y técnicas a utilizar

- Técnica participativa: Dueño del tiempo.- Con frecuencia se oye a los religiosos quejarse de que el día no tiene suficientes horas como para hacer todo lo que desean. Pero a veces el problema no es tanto que tengan mucho trabajo sino que no saben cómo administrar su tiempo. El objetivo de este ejercicio es ayudar a los participantes a darse cuenta de lo que hacen realmente con su tiempo. Se distribuyen copias de la ficha siguiente y se pide a los participantes que expliquen cómo emplean un día normal recordándoles que primero deberían calcular el tiempo que gastan en cada una de las actividades que se indican y cuánto les gustaría gastar. El responsable de cada grupo debe asegurarse de que han entendido la diferencia. Una vez completada la ficha, se dividen en grupos pequeños para

compartir lo que han escrito. Animar/es a desafiarse unos a otros para ver quién administra mejor su tiempo. Terminar preguntando a cada uno qué ha sacado de lección luego del ejercicio. El papel constara de:

Actividades más frecuentes ejemplo:	Administrando mi tiempo actualmente (horas y minutos)	Me gustaría (horas y minutos)
--	--	--

- Técnica participativa de análisis: Lluvia de ideas

Recursos materiales y de soporte

Humanos:

- Médico Posgradista
- Médico Familiar
- Técnica de atención primaria de salud (TAPS)
- Médico internista

Técnicos:

- Laptop
- Proyector de imágenes
- Pizarra
- Dieta DASH y Mediterránea impresas en hojas.
- Esferos y
- Papeles
- Refrigerio

Participantes: 83 beneficiarios.

4.8 Evaluación

Evaluación: Aplicar la técnica de cierre PNI (positivo, negativo e interesante) de la intervención educativa.

Pensamiento al final de la clase: “Una mente sana en un cuerpo sano, es una descripción corta pero completa de un estado feliz en este mundo” y finalmente “No estoy a dieta es un estilo de vida.

Sistema de evaluación

Evaluación de proceso

La evaluación se realizará de forma continua y permanente a lo largo de todo el proceso educativo con la participación activa de cada uno de los participantes, además a los seis meses de impartida la estrategia educativa se aplicará la misma encuesta que se aplicó al inicio para evaluar la modificación de los conocimientos en los participantes del estudio.

CONCLUSIONES

- Se logró caracterizar socio demográficamente a los participantes en la investigación, donde predominaron los investigados del sexo femenino, con 65 años y más, dedicados a labores domésticas y con nivel de instrucción escuela completa.
- El conocimiento sobre estilos de vida resultó inadecuado.
- Los participantes con menos conocimientos sobre estilos de vida resultaron ser los de 65 años y más, con un nivel de instrucción de escuela completa, y dedicados a labores domésticas.
- Se diseñó la propuesta de intervención educativa sobre estilos de vida saludables para los hipertensos adultos, del Barrio Bellavista Baja, Cantón Tena, Provincia de Napo, Ecuador.

RECOMENDACIONES

- Aplicar la intervención educativa propuesta a los pacientes hipertensos del Barrio Bellavista Baja pertenecientes al SCS Paushiyacu, y además que se tome de referencia en otros centros de atención primaria para mejorar la calidad de vida de los adultos hipertensos.

BIBLIOGRAFÍA

ACURIO, A. V. (2016). *Factores que intervienen en el mal control de la hipertensión arterial en los pacientes adultos mayores atendidos en el servicio de medicina interna del Hospital Alfredo Noboa Montenegro de Guaranda (TESIS)*. Universidad Regional Autónoma de los Andes “UNIANDES”, Guaranda, Ecuador.

Recuperado de :

<http://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/3079>

AGUADO, Fabian, E., Arias Guisado, M., Sarmiento Almidón, G., y Danjoy Leon, D. (2015). Asociación entre conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos, consultorio de cardiología, Hospital Nacional. *Revista Enfermería Herediana*, vol. Recuperado de: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2563/2468>

Arce, G. (31 de octubre del 2016// 2012). La hipertensión afecta a 3 de cada 10 ecuatorianos. *Periódico Digital*, Recuperado de: <http://www.ppdigital.com.ec/noticias/ciudadania/4/la-hipertension-afecta-a-3-de-cada-10-ecuatorianos>

Arós, F., y Estruch, R. (2013). Dieta mediterránea y prevención de la enfermedad cardiovascular. *Revista Española de Cardiología*, vol. 66, N°(10), pp.:771-774.

Recuperado de fecha:

<http://www.revespcardiol.org/es/content/articulo/90227053/>

Análisis de la situación inicial de salud (ASIS), 2015. No publicado, reposa en el subcentro de salud Paushiyacu, Provincia de Napo cantón Tena.

Ávila, Santamaría, R. F. (2012). *El derecho a la salud en el contexto del buen vivir, la Constitución ecuatoriana del 2008 y el derecho a la salud.* Recuperado de: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/2985/1/%C3%81vila,%20R-CON-006-EI%20derecho.pdf>

Basulto, J. (2012). Revisión de revistas científicas de dietética y nutrición. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 16(4), 158-162. Recuperado de [https://scholar.google.com/scholar_url?url=http://maxconn.renhyd.org/index.php/renhyd/article/download/S2173-1292\(12\)70091-1/35&hl=es&sa=T&oi=gsb-](https://scholar.google.com/scholar_url?url=http://maxconn.renhyd.org/index.php/renhyd/article/download/S2173-1292(12)70091-1/35&hl=es&sa=T&oi=gsb-)

ggp&ct=res&cd=1&ei=0chRWIqcKMP6mAH5pJ_wAw&scisig=AAGBfm0gxcC7583
hh94emas_F_RYz7iswA

Barengo, N. C., Tuomilehto, J. O., Nissinen, A., y Puska, P. (2012). Estrategias de comunicación en la mejora de los factores de riesgo cardiovascular y enfermedades cardiovasculares en el Proyecto Karelia del Norte. *Revista de Comunicación y Salud*, 1(1), 42-51. Recuperado de <http://revistadecomunicacionysalud.org/index.php/rcys/article/view/10>

Briones, A. E. M. (2016). Ejercicios físicos en la prevención de hipertensión arterial. *MediSan*, 20(1), 35-41. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192016000100006

Campos, U. Y., & Romo G. T. (2014). La complejidad del cambio de hábitos alimentarios. *Revista Psicología Científica.com*, 16(11), 1-2. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com/complejidad-cambio-habitos-alimentarios/>

Castellano, J. M., Naila, J., Castillo, J., & Fuster, V. (2014). Promoción de la salud cardiovascular global: estrategias, retos y oportunidades. *Revista Española de Cardiología*, 67(9), 724-730. Recuperado de <http://www.revespcardiol.org/es/promocion-salud-cardiovascular-global-estrategias/articulo/90341406/>

Castillo, P. D. B., Carrillo, N. D., y Manduley, P. M., (2014). *Prevalencia de hipertensión arterial en la comunidad José Gregorio Hernández. Municipio san Felipe*. (Tesis de pregrado). Universidad virtual de salud, Venezuela. Recuperado de: <http://uvsfajardo.sld.cu/prevalencia-de-hipertension-arterial-en-la-comunidad-jose-gregorio-hernandez-municipio-san-felipe>

Cerecero, P., Hernández, B., Aguirre, D., Valdés, R., & Huitrón, G. (2009). Estilos de vida asociados al riesgo cardiovascular global en trabajadores universitarios del Estado de México. *Salud pública de México*, 51(6), 465-473. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000600004

- Cervantes J., Garcés B.,** (2011). Incidencia y medidas preventivas de hipertensión arterial en docentes de instituciones educativas básica, media y superior (UPSE) de los cantones salinas y la libertad en la provincia de Santa Elena. *Revista Ciencias Pedagógicas e innovación*, 1 (1), 35-38. Recuperado de http://www.upse.edu.ec/rcpi/images/RV_REVISTA_CPI_1/5_UNIVERSIDAD.pdf
- Cerón C.,** (2012). Promoción de salud universidad de Nariño-Pasto, Colombia. *Revista Universidad y Salud*, 14 (2), 115. Recuperado de https://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwic7-HW7fTQAhVCQiYKHZfUBjIQFgghMAE&url=http%3A%2F%2Frevistas.udenar.edu.co%2Findex.php%2Fusalud%2Farticle%2Fdownload%2F1281%2Fpdf_8&usg=AFQjCNF-h4LON2MVN_suABA_UEHgO28_Lg&sig2=dmeEmzAG8Ti8uFPZqNppNw
- Constitucional, T.** (2008). Constitución de la República del Ecuador. Quito-Ecuador: Registro Oficial, 449, 20-10. Recuperado de https://www.corteconstitucional.gob.ec/images/contenidos/quienes-somos/Constitucion_politica.pdf
- Córdoba, R., Camaralles, F., Muñoz, E., Gómez, J., Díaz, D., Ramírez, J. I., y Cabezas, C.** (17 de junio de 2014). Recomendaciones sobre el estilo de vida. Atención primaria, *Elsevier Doyma*, 46(4), 16-23. Recuerado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656714700484>
- Chávez, D. R. C., Ilarraza-L. H., y Gaspar H. J.** (2011). Apego terapéutico. Informe a la comunidad cardiológica. *Archivos de cardiología de México*, 81(3), 193-185. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-archivos-cardiologia-mexico-293-articulo-apego-terapeutico-informe-comunidad-cardiologica-X1405994011286641>
- Del Águila, R.** (2012). *Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor*. Recuperado de <http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111>
- Donnell, C. J., y Elosua, R.** (2008). Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. *Revista española de Cardiología*, 61(3), 299-310. Recuperado de <http://www.revespcardiol.org/es/factores-riesgo-cardiovascular-perspectivas-derivadas/articulo/13116658/>

- Dallas, M.** (5 de enero del 2016). *Un informe plantea que la dieta DASH es el mejor plan de alimentación en general*. Recuperado de <https://consumer.healthday.com/cardiovascular-health-information-20/dieting-to-control-cholesterol-health-news-190/un-informe-plantea-que-la-dieta-dash-es-el-mejor-plan-de-alimentaci-oacute-n-en-general-706764.html>
- El universo.** (2015). Dos décadas tomaría bajar incidencia de hipertensión. *El Universo*. Recuperado de <http://www.eluniverso.com/noticias/2015/05/17/nota/4877596/dos-decadas-tomaria-bajar-incidencia-hipertension>
- Espinosa, B. A. D.** (2011). Experiencias y resultados en el Proyecto Global de Cienfuegos. *Revista Cubana de Salud Pública*, 37, 625-630. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000500011
- Estruch, R., Ros, E., Salas-Salvadó, J., Covas, M. I., Corella, D., Arós, F. y Lamuela-Raventos, R. M.** (2013). Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet. *New England Journal of Medicine*, 368(14), 1279-1290. Recuperado de <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMx140004>
- Forman, J. P., Stampfer, M. J., y Curhan, G. C.** (2009). Diet and lifestyle risk factors associated with incident hypertension in women. *Jama*, 302(4), 401-411. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19622819>
- Ferrante D., Konfino J., Mejía R., Coxson P., Moran A., Goldman L., y Pérez S. E. J.** (2012). Relación costo-utilidad de la disminución del consumo de sal y su efecto en la incidencia de enfermedades cardiovasculares en Argentina. *Panam Salud Publica*, 32(4), 274-80. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v32n4/05.pdf>
- Forman, J. P., Scheven, L., de Jong, P. E., Bakker, S. J., Curhan, G. C., y Gansevoort, R. T.** (2012). Association between sodium intake and change in uric acid, urine albumin excretion, and the risk of developing hypertension. *Pubmet*, 125 (25), 3108-3116. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22711274>
- García-Laguna, D. G., García-Salamanca, G. P., Tapiero-Paipa, Y. T., Ramos, C., y Marcela, D.** (2012). Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. *Hacia la Promoción de la Salud*, 17(2), 169-185. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v17n2/v17n2a12.pdf>

- García C. N. J., Cardona A. D., Segura C. Á. M., y Garzón D. M. O.** (2016). Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión. *Revista Colombiana de Cardiología*, 23(6), 528-534. Recuperado de http://ac.els-cdn.com/S012056331600070X/1-s2.0-S012056331600070X-main.pdf?_tid=9aec27a8-9a67-11e6-926b-00000aacb35d&acdnat=1477368225_2886364ee182dc9ee8e33a15550cb3f6
- Gordon M., & Gualotuña M.**, (2015). *Hipertensión arterial relacionada con el estilo de vida en los pacientes que acuden al centro de salud tipo a Pujilí en el periodo julio - diciembre 2014* (Tesis de pregrado). Universidad central de Ecuador, Pujilí, Ecuador. Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec:8080/bitstream/25000/5133/1/T-UCE-0006-010.pdf>
- Gómez, G. M. R., Reza, C. G., Martínez, V. G., & Sánchez, P. B. M.** (2011). Calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial sistémica. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 19(1), 7-12. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2011/en1111b.pdf>
- Gutiérrez, J.** (2001). Tratamiento de la hipertensión arterial. Cambio de estilo de vida. *Revista Colombia médica*, 32(2), 99-102. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/283/28332207.pdf>
- Hernández R.** (2014). ¿Son reales los valores de prevalencia de hipertensión y otros factores de riesgo reportados para Venezuela en estudios recientes?. *Revista Venezolana de cardiología*, 34(2), 97-98. Recuperado de <http://svcardiologia.org/cgi-sys/suspendedpage.cgi>
- Herrera, D., Gaus, D., Troya, C., Obregón, M., Guevara, A., y Romero, S.** (2016). Hipertensión arterial. Manual médico. *Saludesa*, 1(1), 76 Recuperado de <http://saludrural.org/index.php/Manual/article/view/32/135>
- Holmes, M. V., Dale, C. E., Zuccolo, L., Silverwood, R. J., Guo, Y., Ye, Z., ... y Cavadino, A.** (2014). Association between alcohol and cardiovascular disease: Mendelian randomisation analysis based on individual participant data. *BMJ*, 349(23), 12-14. Recuperado de <http://www.bmj.com/content/bmj/349/bmj.g4164.full.pdf>

- Janampa A. F.** (2013). *Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al Programa Educativo de Hipertensión Arterial en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2012*, (tesis doctoral), Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina, Lima, Perú. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=713887&indexSearch=ID>
- James, P. A., Oparil, S., Carter, B. L., Cushman, W. C., Dennison-Himmelfarb, C., Handler, J., y Smith, S. C.** (2014). 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *Jama*, *311*(5), 507-520. Recuperado de <http://www.measureuppressuredown.com/HCProf/Find/BPs/JNC8/specialCommunication.pdf>
- Kramer, C. K., Zinman, B., & Retnakaran, R.** (2013). Are metabolically healthy overweight and obesity benign conditions?: A systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine*, *159*(11), 758-769. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24297192>
- Lolas F.** (2002). *Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Council for international organizations of medical sciences*: Recuperado de http://www.cioms.ch/publications/guidelines/pautas_eticas_internacionales.htm
- Lira M.,** (2015). Impacto De La Hipertensión Arterial Como Factor De Riesgo Cardiovascular. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *26*(2), 156-163. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-impacto-de-la-hipertensin-arterial-S071686401500036X>
- LLapur M. R., González S. R., Borges A. K., y Rubio O. D. Y.** (2013). Alteraciones lipídicas en la hipertensión arterial esencial. *Revista Cubana de Pediatría*, *85*(3), 283-294. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312013000300002
- Mancia, G.** (2013). Guía de práctica clínica de la ESH/ESC 2013 para el manejo de la hipertensión arterial. *Revista Española de Cardiología*, *66*(10), 23-64. Recuperado de https://scholar.google.com/scholar_url?url=https://xa.yimg.com/kq/groups/1099152/63764484/name/Guias%20BHTA-2013.pdf&hl=es&sa=T&oi=gsb-

ggp&ct=res&cd=0&ei=jOVRWKj0EcP6mAH5pJ_wAw&scisig=AAGBfm2VkQB3QD
Qn3YJeGMaywqfLSJTCRQ

Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., Redón, J., Zanchetti, A., Böhm, M., y Galderisi, M. (2013). Task Force Members. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertens*, 31(7), 1281-357. Recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/08037051.2013.812549>

Ministerio de salud Pública del Ecuador. (2012). *Modelo de atención integral del sistema nacional de salud. Ecuador.* Recuperado de http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Manual_MAIS-MSP12.12.12.pdf

Organizacion mundial de la salud. (2012). *Día mundial de la salud.* Recuperado de <http://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/campaign/es/>

Ortiz Benavides, R., Ortiz Benavides, A., Villalobos, M., Rojas, J., Torres Valdez, M., Singuencia Cruz, W., ... y Añez, R. J. (2016). Prevalencia de hipertensión arterial en individuos adultos de las parroquias urbanas de la ciudad de Cuenca, Ecuador. *Síndrome Cardiometabólico*, 4(1), 19-45, Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/293568593_Prevalencia_de_hipertension_arterial_en_individuos_adultos_de_las_parroquias_urbanas_de_la_ciudad_de_Cuenca_Ecuador

Prast, J. (19 de enero de 2015). El estilo de vida 'no saludable' causa 16 millones de muertes al año. *El País* Recuperado de : http://elpais.com/elpais/2015/01/16/ciencia/1421435312_637657.html

Pérez, E. R. C., Hosman, J. M. A., Gainza, A. P., Guzmán, A. C., & Barreto, D. G. (2014). Prevalencia de hipertensión: raza y nivel educacional. *Revista cubana de Cardiología y cirugía cardiovascular*, 12(2), 12-17. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/car/vol12_2_98/car04298.pdf

Pérez Pupo, R. D., & Rodríguez Lazo, M. (2015). Nivel de conocimientos, sobre hipertensión arterial, de pacientes atendidos en un Centro de Diagnóstico Integral de Venezuela.

Correo Científico Médico, 19(3), 406-417. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812015000300003

Redondo M. A. (2012). *Preferencias alimentarias de las madres y su utilidad como predictor del patrón de consumo de sus hijos en edad preescolar* (tesis de pregrado). Universidad de Concepción de Uruguay, Villa Cañas, Uruguay. Recuperado de <http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/handle/123456789/270>

Reverter-Masía, J., Legaz-Arrese, A., Jové-Deltell, M., & Mayolas P, M. Y. (2012). Intervención educativa sobre hábitos nutricionales, higiene y salud en alumnos de primaria. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 12(48), 611-623. Recuperado de <http://cdeporte.rediris.es/revista/revista48/artintervencion317e.pdf>

Relacionado V. C. (2016). Comentarios a la guía Sociedad Europea de Cardiología (ESC) 2016 sobre prevención de la enfermedad cardiovascular en la práctica clínica. *Revista Española de Cardiología*, 69(10), 894-899. Recuperado de <http://www.revespcardiol.org/es/guia-esc-2016-sobre-prevencion/articulo/90459676/>

Requeijo M. O. (2014). *Repercusiones y consecuencias del consumo de tabaco. ¿Cómo intervenir en tabaquismo?*. Recuperado de : https://scholar.google.com/scholar?q=Repercusiones+y+consecuencias+del+consumo+de+tabaco.%C2%BF+C%C3%B3mo+intervenir+en+tabaquismo%3F&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5

Romero, F. L., Alonso, V. B., Arcos, F. S., Peralta, L. P., Fernández, J. M. C., Abadal, L. T., ... & Juanatey, J. R. G. (2000). Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial. *Revista Española de Cardiología*, 53(1), 66-90. Recuperado de <http://www.revespcardiol.org/es/guias-practica-clinica-sociedad-espanola/articulo/13041317/>

Ruiz Cobiella, D. M., García Martínez Moles, A., Antunez Taboada, J., y Rodríguez Correa, L. (2011). Intervención educativa sobre conocimientos de los factores de riesgos y su influencia en pacientes con episodio de urgencia hipertensiva. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 15(1), 1-12. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552011000100003

- Ruiz P. M. R.** (2012). *Factores de riesgo y diagnóstico de la hipertensión arterial, en el barrio la vega del cantón Catamayo, en mayores de veinte años de ambos sexos, periodo mayo 2011–septiembre 2012*, (Tesis pregrado). Universidad nacional de Loja, Catamayo, Ecuador. Recuperado de <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/5673/1/Ruiz%20Pardo%20Miguel%20Ruben.pdf>
- Salazar, V. M., Reyes, C. S., Martínez, R. H., & Medina, S. A. P.** (2011). *Estilos de vida en pacientes hipertensos atendidos en un hospital público*, (tesis de pregrado). Universidad autónoma del estado de México, México. Recuperado de http://web.uaemex.mx/revistahorizontes/docs/revistas/Vol3/ESTILOS_DE_VIDA_EN_PACIENTES.pdf
- Senplades, S. N.** (2009). *Plan nacional para el Buen Vivir 2009-2013*. Quito: SENPLADES. Recuperado de http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir.pdf
- Sociedad argentina de hipertensión arterial.** (19 de marzo de 2011). *Hipertensión y modificaciones en el estilo de vida*. Obtenida de SAHA: <http://www.saha.org.ar/hipertension-y-modificaciones-en-el-estilo-de-vida.php>
- Sociedad Argentina De Hipertensión Arterial (SAHA).** (2012). *Estilo de vida saludable, presión arterial saludable*. Obtenido de Día de la hipertensión arterial: <http://www.csjn.gov.ar/medprev/notas/ha.pdf>
- Sociedad Argentina De Hipertensión Arterial (SAHA), (12 de diciembre 2011).** *Hipertensión arterial y consumo de tabaco. Sociedad europea de Hipertensión*: Recuperado de <http://www.saha.org.ar/hipertension-y-tabaco.php>
- Velasteguí A. M. A.** (2011). *Prevalencia de los factores de riesgo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial, hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social – IESS* (tesis de pregrado). Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Ecuador. Recuperado de <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/929/1/7094-Velastegu%C3%AD%20Mar%C3%ADa.pdf>

- Vales, L.** (2012). *Psicobiología del estrés. Obtenido del. Manual de Bases Biológicas del comportamiento humano.* Recuperado de http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/45138310/Manual_de_bases_biologicas_del_comportamiento_humano.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1477075512&Signature=55sa%2B%2BbrW9vN9k9s%2B4zn8zo7N5w%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DManual_de_Bases_Biologicas.pdf#page=179
- Villacís B., Carrillo D., & Martínez, A. G.** (2011). *Estadística demográfica en el Ecuador: diagnóstico y propuesta. Quito. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC).* Recuperado de http://www.inec.gob.ec/publicaciones_libros/documentofinal1.pdf
- Yáñez C.** (11 de septiembre de 2015). Hipertensión arterial causa una de cada tres muertes en Chile. *la Tercera*: <http://www.latercera.com/noticia/hipertension-arterial-causa-una-de-cada-tres-muertes-en-chile/>
- Vázquez Machado, A.** (2014). Factores de riesgo psicosociales de hipertensión arterial en una comunidad venezolana. *Revista MediSan*, 18(2), 211-218. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000200010
- Valentino G., Tagle R., & Acevedo M.** (2014). Dieta DASH y menopausia: Más allá de los beneficios en hipertensión arterial. *Revista chilena de cardiología*, 33(3), 215-222. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602014000300008
- Vega E.** (mayo 2013). *¿En qué consiste la intervención educativa?.* Recuperado de : <https://es.scribd.com/doc/123915639/En-que-consiste-la-intervencion-educativa>

ANEXOS

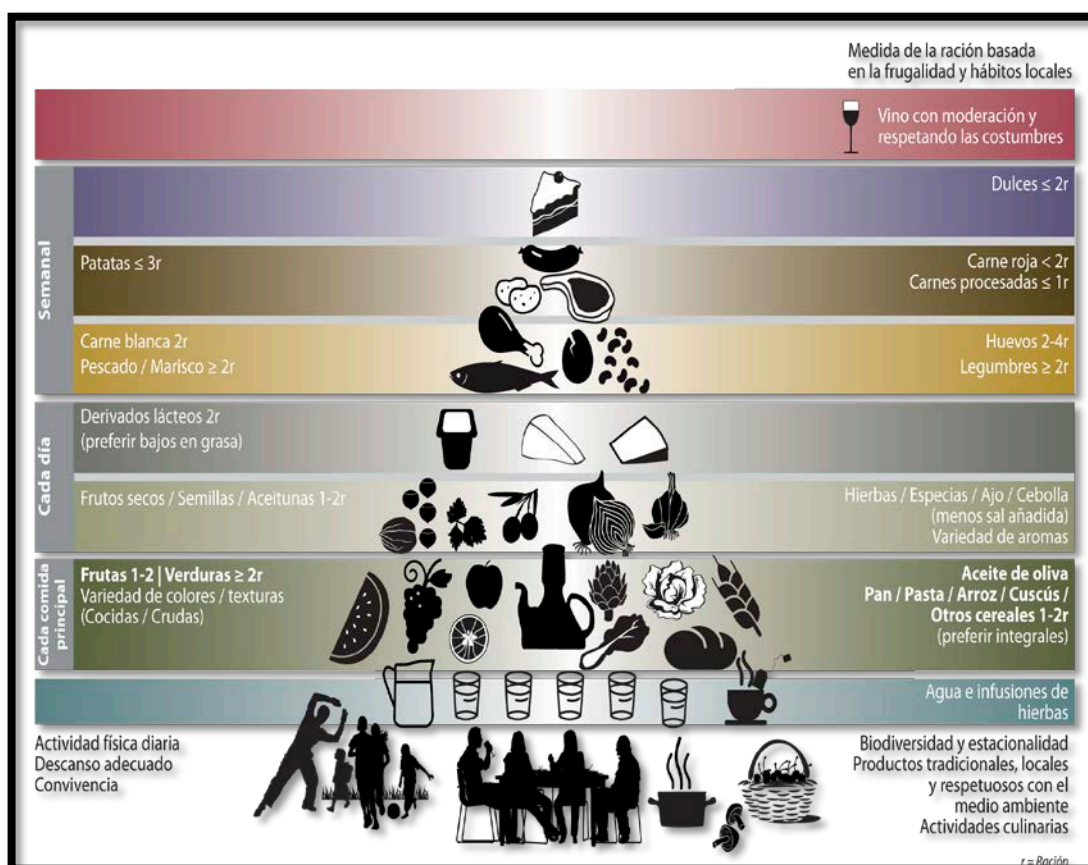
Anexo A.- Dieta DAHS



Anexo B.- Dieta DASH y su explicación

GRUPO DE ALIMENTOS	PORCIONES DIARIAS	EQUIVALENCIAS	FUENTES
Cereales	7-8	1 rebanada pan ½ taza cereal seco ½ taza arroz, pasta o cereal	Pan de trigo entero, cereales, sémola, harina de avena
Verduras	4-5	1 taza verdura cruda ½ taza verd. cocida 180 ml caldo	Tomates, patatas, zanahorias, col, calabaza, espinaca, alcachofa.
Frutas	4-5	180 ml de zumo 1 fruta mediana ¼ taza fruta seca ¼ taza fruta fresca, congelada o enlatada.	Plátanos, naranjas, dátiles, melones, uva, mangos, duraznos, piña, fresas.
Lácteos	2-3	240 ml leche 1 yogurt 42 g de queso	Leche descremada, Yogurt sin grasa, queso sin grasa
Carnes, aves y pescados	≤ 2	84 g de carne cocida, aves de corral o pescado.	Carnes magras, eliminar grasa visible, asar, hornear o hervir, retirar la piel del pollo.
Legumbres y frutos secos	1-2	42 g o 1/3 taza o 2 cuch. Semillas ½ taza legumbres cocidas	Almendras, avellanas, nueces, cacahuetses, semillas de girasol, habas, lentejas

Anexo C.- Dieta Mediterránea



Anexo D.- Consentimiento Informado

Escuela Superior Politécnica de Chimborazo
Instituto de Posgrado y Educación Continúa

Encuesta para información demográfica y estilos de vida en pacientes hipertenso

Yo, _____ integrante del Barrio Bellavista Baja, con CI: _____, doy mi consentimiento informado para poder participar en la intervención educativa sobre estilos de vida saludables; luego de haberme informado acerca de los objetivos y propósitos de la investigación y del carácter confidencial del mismo.

Firma del participante

Fecha

Anexo. E. Encuesta para información demográfica y estilos de vida en pacientes hipertensos.

Lea detenidamente y marque con una X la o las respuestas correctas que usted crea conveniente, si presenta alguna duda solicitar información al profesional.

Información Demográfica	
1. Sexo	1. <input type="checkbox"/> Masculino 2. <input type="checkbox"/> Femenino
2. Edad	1. <input type="checkbox"/> 20 a 40 años 2. <input type="checkbox"/> 41 a 64 años 3. <input type="checkbox"/> 65 años y más
4. Identificación étnica	1. <input type="checkbox"/> Mestizo 2. <input type="checkbox"/> Blanco 3. <input type="checkbox"/> Indígena
5. Estado civil	1. <input type="checkbox"/> Soltero/a 2. <input type="checkbox"/> Casado/a 3. <input type="checkbox"/> Unión libre 4. <input type="checkbox"/> Divorciado/a 5. <input type="checkbox"/> Viudo/a 6. <input type="checkbox"/> Separado/a
6. Nivel de instrucción	1. <input type="checkbox"/> Analfabeto 2. <input type="checkbox"/> Escuela incompleta 3. <input type="checkbox"/> Escuela completa 4. <input type="checkbox"/> Colegio incompleto 5. <input type="checkbox"/> Colegio completo 6. <input type="checkbox"/> Universidad incompleta 7. <input type="checkbox"/> Universidad completa
7. Ocupación	1. <input type="checkbox"/> Desempleado/a 2. <input type="checkbox"/> Quehaceres domésticos 3. <input type="checkbox"/> Trabajador/a público 4. <input type="checkbox"/> Trabajador/a privada 5. <input type="checkbox"/> Estudiante 6. <input type="checkbox"/> Jubilado/a
Estilos de vida	
	7.1. Realiza usted ejercicios físicos? 1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No 7.2. En caso de realizar ejercicios físicos ¿con qué frecuencia lo realiza?

<p>8. Práctica de ejercicios físicos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ___ 1 a 2 veces/semana 2. ___ 3 a 4 veces/semana 3. ___ 5 a 6 veces/semana 4. ___ todos los días <p>7.3. Conoce usted: ¿Ejercicio físico es importante por qué?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ___ Realizar ejercicio físicos diarios mantiene y conserva la salud. 2. ___ El ejercicio físico diario sirve para la prevención de enfermedades. 3. ___ Ayuda a disminuir la presión arterial en pacientes hipertensos. 4. ___ Hacer ejercicios es solo para personas con sobrepeso y enfermas. <p>7.4. Conoce usted cuál es el tiempo mínimo para realizar el ejercicio físico</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ___ Menos de 15 minutos 2. ___ 15 – 29 minutos 3. ___ 30 minutos 4. ___ más de 60 minutos <p>7.5. ¿Qué tipo de ejercicio físico realiza con más frecuencia?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ___ Caminata 2. ___ Andar en bicicleta 3. ___ Aeróbicos 4. ___ Jugar fútbol 5. ___ Nadar 6. ___ Bailoterapia 7. ___ Ninguno
	<p>a. ¿Considera usted que tiene una dieta equilibrada o variada?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ___ Sí 2. ___ No <p>b. La dieta equilibrada o variada se refiere a:</p>

<p>9. Hábitos alimenticios</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Consumir pocos o demasiados alimentos de manera desordenada. 2. <input type="checkbox"/> Todo tipo de nutrientes que el cuerpo necesita como vitaminas, proteínas, minerales e hidratos de carbono. 3. <input type="checkbox"/> Tomar 8 vasos de agua. 4. <input type="checkbox"/> Picar o comer papas fritas, hamburguesas o postres altos en grasa entre comidas en normal. <p>8.3 ¿Consume frutas y vegetales?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> 1 - 2 veces por semana 2. <input type="checkbox"/> 3 - 4 veces por semana 3. <input type="checkbox"/> 5 - 6 por semana 4. <input type="checkbox"/> Todos los días <p>8.5. ¿Conoce usted cuál es el consumo normal de sal al día para un paciente presión alta?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Una cucharita de café o la de postres. 2. <input type="checkbox"/> Una cuchara de sopa. 3. <input type="checkbox"/> No sabe <p>8.6. ¿Le agrega usted sal a los alimentos una vez que están cocinados al sentarse o la mesa?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No <p>8.7. Conoce el daño que causa el comer sal en exceso?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> La sal consumida en exceso causa problemas en la presión arterial. 2. <input type="checkbox"/> Causa daño a los riñones. 3. <input type="checkbox"/> No causa problemas en la salud. 4. <input type="checkbox"/> No sabe. <p>8.8. Conoce usted ¿cuáles son las grasas perjudiciales para su salud?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> Sí 2. <input type="checkbox"/> No <p>8.9. Señale las consecuencias del consumo de grasas malas?</p>
--------------------------------	---

	<p>1. ___ Las grasas malas como: mantequillas, queso, leche, helados, la crema, carnes grasosas al consumirlas en exceso causa daños al corazón.</p> <p>2. ___ Aumento de peso y daña varios órganos del cuerpo.</p> <p>3. ___ No causa daño.</p> <p>4. ___ No sabe.</p> <p>8.10. ¿Qué tipo de aceite o grasa consume diariamente?</p> <p>1. ___ Aceite vegetal</p> <p>2. ___ Manteca de animal</p> <p>3. ___ Mantequilla</p> <p>4. ___ No uso ninguno</p> <p>5. ___ No sabe</p>
<p>9. Sueño y stress</p>	<p>9.1. ¿Conoce usted las horas necesarias que debe descansar al día?</p> <p>1. ___ Menos de 6 horas</p> <p>2. ___ Más de ocho horas</p> <p>3. ___ Entre 7 y 8 horas.</p> <p>4. ___ No sabe.</p> <p>9.2. Conoce los beneficios de dormir la horas correctas?</p> <p>1. ___ No dormir las horas adecuadas puede aumentar la presión arterial y problemas del corazón.</p> <p>2. ___ Ayuda a conservar e incluso perder peso.</p> <p>3. ___ Dormir 6 horas no causa problemas en la salud.</p> <p>4. ___ No sabe.</p> <p>9.3. ¿Conoce usted lo que es el stress?</p> <p>1. ___ Sí</p> <p>2. ___ No</p> <p>9.4 ¿Conoce usted que daños causa el estrés en la salud?</p> <p>1. ___ Obesidad y sobrepeso</p> <p>2. ___ Pérdida del cabello.</p> <p>3. ___ Reducción del deseo sexual.</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. ___ A diario 2. ___ 5-6 días a la semana 3. ___ 1-4 días a la semana 4. ___ 1-3 días al mes 5. ___ Menos de una vez al mes 6. ___ No Sabe 7. ___ No toma
12. Estado nutricional	<p>12.1. ¿Conoce usted que el exceso de peso es dañino para el control de su presión arterial?</p> <p>1. ___ Sí 2. ___ No</p> <p><u>12.2. ¿Conoce usted su peso?</u></p> <p>1. ___ Sí Cuánto pesa: _____ 2. ___ No</p> <p><u>12.3. ¿Conoce cuál es su peso ideal?</u></p> <p>1. ___ Sí Cual es: _____ 2. ___ No</p> <p><u>12.4. ¿Conoce usted su talla o cuánto mide?</u></p> <p>1. ___ Sí Cuánto mide: _____ 2. ___ No</p>

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Anexos F.- Criterios de Moriyama



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
INSTITUTO DE POSTGRADO Y EDUCACIÓN CONTINUA
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Validación del contenido y apariencia del constructo

Evaluación por especialistas

A los _____
Ciudad Tena, Napo

Respetado/a juez:

Usted ha sido seleccionado/a para evaluar el siguiente constructo/instrumento:

Que forma parte de la investigación que se titula:

La evaluación del constructo/instrumento es de gran relevancia para lograr que sean válidos y que los resultados obtenidos a partir de estos sean utilizados eficientemente, aportando tanto al área investigativa como a sus aplicaciones. Agradeciéndole su valiosa colaboración.

Nombre y apellidos del juez:

Formación académica:

Especialista:

Área de experiencia profesional:

Tiempo de experiencia: años **Cargo actual:** **Institución:**

Objetivo de la investigación:

Objetivo de la prueba/juicio:

Validación del constructo de apariencia y contenido a través de las técnicas cuantitativa y cualitativa:

Cuantitativo: Criterios de Moriyama, aplicados por los especialistas.

Cualitativo: los especialistas emitirán sus observaciones para su respectiva corrección o ajuste del constructo antes de aplicarlo.

CRITERIOS DE MORIYAMA					
Ítems	Comprensible	Sensible a variaciones	Razonable	Componentes claramente definidos	Datos factibles de obtener
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					

Evaluar en cada pregunta los cinco criterios de Moriyama aportándoles los siguientes valores: Mucho:3, Suficiente:2, Poco:1 Nada:0.

- 1. Comprensible:** Se refiere a si se comprenden los aspectos (ítems) que se evalúan, en relación con el fenómeno que se quiere medir.
- 2. Sensible a variaciones** en el fenómeno: Si usted considera que puede Discriminar a individuos con diferentes grados de vulnerabilidad.
- 3. Si el instrumento (ítem) tiene suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables:** Es decir, si existe una justificación para la presencia de dicho ítem en el instrumento.
- 4. Componentes claramente definidos:** o sea, si el ítem tiene una definición clara.
- 5. Si deriva de datos factibles de obtener:** Si el dato correspondiente al ítem evaluado se puede recoger.

Observaciones:

Evaluaran la sencillez y amenidad del formato:

Evaluaran el interés, la brevedad y la claridad de las preguntas:

Si el enunciado es correcto y comprensible

Si las preguntas tienen la extensión adecuada

Si es correcta la categorización de las respuestas

Si existen resistencias psicológicas o rechazo hacia algunas preguntas

Si el ordenamiento interno es lógico

El tiempo empleado en el llenado:

Posgradista

Especialista/juez

Bioestadística

Anexo G: Artículo

Propuesta de intervención educativa sobres estilos de vida saludables en hipertensos adultos. Bellavista Baja. Agosto 2015 - Julio 2016.

Alexandra del Rocío Buenaño (1), Mariana Ciria Revilla (2), María De los Ángeles Rogers (3).

1. Especialista en medicina familiar y comunitaria. Dirección Puyo. Pastaza -Ecuador, 0992635005, alexrocio_85@hotmail.com

2. Especialista en medicina general integral. Dirección Puyo. Pastaza-Ecuador 0984565466, macarlorafa15@gmail.com
3. Especialista en medicina general integral. Dirección Tena. Napo-Ecuador. 0995688604, elenaroger01@gmail.com

Resumen

Se diseñó una propuesta de intervención educativa sobre estilos de vida saludables en hipertensos adultos. Bellavista Baja. Agosto 2015 – julio 2016. Se realizó un estudio observacional de tipo inferencial de desarrollo tecnológico de corte transversal, con universo de 83 adultos hipertensos del Barrio Bellavista Baja, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión dando su consentimiento informado por escrito de participar en la investigación. La recolección de datos fue a través de una encuesta aplicada para conocer datos sociodemográficos, hábitos tóxicos y alimenticios, práctica del ejercicio físico, estado nutricional, alteraciones del sueño y estrés a cada paciente. Obteniéndose como resultados que existió un predominio del sexo femenino 62,7% (52), en mayores de 65 años y más 54,2% (45), de raza mestiza con el 83,1% (69), nivel de instrucción escuela completa 24,1% (20) y dedicados a labores domésticas 41,0% (34). Los participantes que tuvieron un conocimiento inadecuado sobre estilos de vida saludables resultaron ser los de 65 años y más, del sexo femenino, de raza mestiza, con instrucción de escuela completa, y dedicados a labores domésticas; teniendo en cuenta los resultados se diseñó una intervención educativa con la finalidad de modificar los conocimientos sobre estilos de vida saludables en hipertensos adultos. Recomendando la aplicación de la intervención educativa a los adultos hipertensos del Barrio Bellavista Baja pertenecientes al subcentro de salud Paushiyacu para mejorar la calidad de vida en estos pacientes.

Palabras claves: <MEDICINA FAMILIAR>, <ESTILOS DE VIDA SALUDABLES>, <HIPERTENSIÓN ARTERIAL>, <INTERVENCIÓN EDUCATIVA>, <HIPERTENSOS ADULTOS>, <TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO>, <NUTRICIÓN>, <FACTORES DE RIESGO>

Introducción

Los Estilos de vida son aquellos comportamientos que mejoran o crean riesgos para la salud. Este comportamiento humano es considerado dentro de la teoría del proceso salud-enfermedad junto con la biología humana, el ambiente y la organización de los servicios de salud como los grandes componentes para la producción de la salud o enfermedad de la población.

La OMS recomienda que se adopte un estilo de vida saludable a lo largo de todo el ciclo vital, con el fin de preservar la vida, mantenerse sano y paliar la discapacidad y el dolor en la vejez. Si no se adoptan medidas, el envejecimiento de la población dificultará la consecución de los objetivos de desarrollo socioeconómico y humano. (OMS, 2012, p 1).

Actualmente está demostrado que existen diferentes estilos de vida que incluyen comportamientos que son perjudiciales/beneficiosos para la salud. La expresión “estilos de vida saludable” se ha convertido en un hito que necesariamente permea a la sociedad como colectivo y al individuo como persona, pues propende por un desarrollo armónico del ser humano, elevando su calidad de vida. (Reverter et all, 2012).

A medida que el mundo controla las patologías infecciosas y la mortalidad infantil, crece la preocupación por la extensión de los problemas de salud vinculados al tabaquismo, el abuso del alcohol, el sedentarismo o la comida basura; íntimamente ligados a las epidemias del siglo XXI: la obesidad, la diabetes o la hipertensión. En este caso no se trata de combatir bacterias o virus, sino los malos hábitos de las sociedades modernas, que hace décadas dejaron de ser males más o menos limitados a los países más desarrollados para extenderse por todo el mundo.

Cada año mueren 38 millones de personas en el mundo por enfermedades no transmisibles, de los que 16 millones son prematuras (se producen antes de los 70 años), con datos de 2012. Estos 16 millones de fallecimientos vinculados a procesos pulmonares, cardiovasculares, a tumores, diabetes o ictus son evitables si se adoptan las medidas de prevención de salud adecuadas, (Prast, 2015).

En Latinoamérica existe una corriente de opinión y práctica en el campo de la medicina, que promueve estilos de vida saludable y que la población asuma el autocuidado y promoción de la salud. Para lograr un aporte a la salud con un enfoque integral se consideran las siguientes dimensiones del estilo de vida: nutrición, práctica de actividad física, liberación de estrés, eliminación de hábitos como tabaquismo, sedentarismo, malnutrición, agresividad, ingesta excesiva de alcohol o de sustancias psicoactivas, prácticas de higiene personal adecuada, salud sexual e higiene de la función del sueño. (Reverter et all, 2012).

La Guía Latinoamericana de hipertensión revela también la prevalencia de esta enfermedad en algunos países, siendo Colombia con 23% y Perú con 24% los menos afectados, así Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, México, Paraguay, Uruguay y Venezuela reportan cifras que van desde el 25 al 35%; en el caso particular de Ecuador la prevalencia se encuentra en un 29%. (Ortiz, et all, 2016).

De la misma manera se consigue determinar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular dentro de los cuales en el Ecuador el sobrepeso encabeza el 41%, el sedentarismo el 35% y el 25% el hábito de fumar, es por eso que un estilo de vida saludable es fundamental

porque los factores que más influyen en el desarrollo de esta patología son el sobrepeso (sobre todo la obesidad abdominal), sal excesiva (no sólo la sal que se agrega a las comidas sino todos los alimentos industrializados que contienen en su composición sodio, incluso aquellos que son dulces) y la falta de ejercicio físico diario. (SAHA, 2012).

En el cantón Tena provincia de Napo, barrio Bellavista Baja los hipertensos representan el 20,2 % de la población total de aproximadamente 932 personas, en ellos se han identificado la existencia de estilos de vida no saludables como factor de riesgo en los hipertensos información obtenida del Análisis Situacional Integral de Salud (ASIS) del barrio. Con el presente trabajo se tratará de disminuir la morbimortalidad por hipertensión arterial, mediante un proyecto de investigación, para lograr que los pacientes adopten estilos de vida saludables y lo incorporen a su vida diaria.

Objetivos General

Diseñar una propuesta de intervención educativa sobre estilos de vida saludables en pacientes hipertensos adultos del barrio Bellavista baja. Años 2015- 2016.

Objetivos específicos

1. Caracterizar a los adultos hipertensos según variables demográficas seleccionadas.
2. Determinar el conocimiento sobre estilos de vida de los pacientes objeto de estudio.
3. Identificar la relación existente entre el conocimiento sobre estilos de vida y las variables sociodemográficas seleccionadas.
4. Elaborar una propuesta de intervención educativa sobre estilos de vida saludables en los pacientes hipertensos del Barrio Bellavista Baja.

Diseño de investigación

Se realizó un estudio observacional de tipo inferencial de desarrollo tecnológico de corte transversal que se realizó en un periodo comprendido desde agosto 2015 a julio del 2016, con el objetivo de establecer la relación entre los estilos de vida no saludables y la hipertensión en los pacientes para diseñar una intervención educativa. La población de estudio estuvo constituido 83 hipertensos adultos del barrio Bellavista Baja, teniendo en cuenta los criterios de inclusión, exclusión y de salida; que fueron escogidos por muestreo no aleatorio de conveniencia. *El procedimiento de la investigación* constará de dos etapas: la primera de diagnóstico y caracterización de los adultos hipertensos, factores de riesgo, estilos de vida y la relación que existen entre estas variables y finalmente la elaboración del plan de acción que favorezcan los estilos de vida saludables en los hipertensos.

El instrumento de recogida fue la encuesta de información demográfica y estilos de vida en pacientes hipertensos; la misma consta de 34 ítems: los seis primeros están relacionados con aspectos demográficos sobre los siguientes temas: edad, sexo, color de la piel, estado civil, escolaridad. Los otros ítems valoran los estilos de vida del paciente distribuidos de la siguiente manera: el que evalúa práctica de ejercicios físicos consta de 5 preguntas: el de hábitos alimenticios, de 10 preguntas, el sueño y stress posee 4 preguntas, el de consumo de tabaco 3 preguntas, el consumo de bebidas alcohólicas tiene 3 preguntas y por último el estado nutricional consta de cuatro preguntas. Dentro de estas preguntas hay algunas como la: 7.3, 7.4, 8.2, 8.5, 8.7, 8.8, 8.9, 9.1, 9.2, 9.3, 9.4, 10.3, 11.1, 11.2 y 12.1 que permiten identificar los conocimientos que tienen sobre los estilos de vida.

El instrumento fue validado por un grupo de expertos cinco (5) especialistas en Medicina Familiar y se aplicó los criterios de Moriyama, y se realizó la prueba piloto aplicándoles el instrumento a 20 personas que no estuvieron incluidas en el estudio, luego se realizó el alfa de Cron Bach quedando validada la encuesta con un valor mayor a 0,7, aplicándose a los pacientes. Se realizó el procesamiento de los datos utilizando el programa SPSS 17-0 para determinar si hubo asociación estadísticamente significativa, se aplicó el estadígrafo chi cuadrado (X²) con un nivel de confianza del 95%.

Resultados

Análisis y Discusión

Los resultados fueron obtenidos mediante el procesamiento de los datos después de aplicar la encuesta a ochenta y tres (83) pacientes hipertensos del Barrio Bellavista Baja.

El fomento de la salud incrementa la calidad de vida, conlleva a mejorar el bienestar del individuo y comunidades, a reducir riesgos y tratar enfermedades. Para esto se hace necesario identificar el estado de salud de las poblaciones y los factores que lo condicionan y determinan permitiendo planificar intervenciones que modifiquen los hábitos inadecuados. (Del Águila, 2012).

Se ha comprobado que los estilos de vida no saludables son los que van a influenciar que la presión arterial aumente de manera progresiva a medida que el individuo envejece. Los estudios plantean que es más frecuente en los hombres antes de los 50 años y en las mujeres a partir de esta edad, estos resultados se deben a que en esta etapa de la vida, la mujer no está protegida por factores hormonales que son los estrógenos los que elevan el HDL-colesterol; por lo tanto en este período se elevan las LDL-colesterol las que favorecen la formación de placas de ateromas, tornando las arterias rígidas, con pérdida de su elasticidad y a la elevación consecuente de la tensión arterial; la autora de la investigación añade que estos cambios propios del envejecimiento pueden ser atenuados con la práctica de un estilo de vida adecuado como la realización de

ejercicios físicos de forma sistemática , una dieta pobre en grasas saturadas y rica en omega 3 ya que estas prácticas tienen un impacto positivo sobre la salud y sobre el bienestar.

Se puede mencionar que a mayor edad más difícil de modificar estilos de vida pues los pacientes no le dan mucha importancia a la enfermedad que puedan agravarlas o limitarles sus funciones de la vida diaria. (Pérez et all, 2014).

El cuadro 1 (anexo 1) se refiere a la distribución de los adultos hipertensos según edad y sexo. Se puede observar que predominaron los pacientes femeninos con 52 para un 62,7 % y el grupo etario de 65 y más con 45 para un 54.2 5 del total del universo estudiado.

Relacionado con la edad el resultado encontrado se corresponde con lo planteado en la literatura revisada donde se refiere que a mayor edad, el riesgo de padecer hipertensión arterial aumenta (Lira, 2015).

En un estudio realizado en Venezuela se encontró el mismo resultado, en el que se observó que a medida que se envejece los estilos de vida no saludables hacen que aumente el riesgo de padecer de hipertensión arterial debido a una disminución de la capacidad funcional de los receptores β adrenérgicos, de los niveles de renina plasmática, con una menor distensibilidad del aparato yuxtglomerular que trae consigo la retención de agua y sodio; unido a esto se pierde la elasticidad de la pared arterial que conlleva a un aumento de la tensión arterial sistólica. (Pérez y Rodríguez, 2015).

Otro estudio sobre el estilo de vida en los pacientes hipertensos con relación al sexo en Pujilí, predominó el sexo femenino coincidiendo con el presente estudio. (Gordon y Gualotuña, 2015 p 34).

Los estilos de vida saludables pueden reducir la presión arterial en forma moderada pero significativa y también contribuyen a mantener el peso normal; el análisis de los estilo de vida adquiere un interés creciente, ya que el conjunto de pautas y hábitos de comportamientos cotidianos de las personas tienen un efecto importante en su salud, y además, cada día aumenta la prevalencia del conjunto de enfermedades relacionadas con los malos hábitos comportamentales (Ruiz, 2011).

Uno de los objetivos fundamentales de la Atención Primaria de Salud es la modificación de conductas de la población, tanto para cambiar estilos de vida que amenazan el bienestar individual, como para lograr sentirnos saludables, la labor educativa juega un papel importante en lo que es la disminución de la ingesta de sal en las comidas, práctica sistemática de ejercicios físicos, realización del tratamiento correctamente, disminución de hábitos como el alcoholismo, el tabaquismo, hechos que redundan en la aparición de hipertensión arterial y en la evolución desfavorable de la misma una vez que esta se ha presentado. (Ruiz, 2011).

En el cuadro 2 (anexo 2) se muestra que la mayoría de los participantes tienen conocimientos inadecuados sobre la práctica de estilos de vida saludables predominando el desconocimiento

sobre la práctica adecuada del consumo de sal con el 79,5%, seguido del tiempo necesario para el sueño con el 78,3% y sobre hábitos alimenticios y peso adecuados con el 72,3%.

Estudios como el de Janampa, se relacionan los estilos de vida de los pacientes hipertensos según su conocimiento, y predominó el conocimiento inadecuado, coincidiendo con el presente estudio. (Janampa, 2013).

En el año 2015, Aguado hace referencia a un estudio acerca del Conocimientos y Estilos de Vida del Paciente con Hipertensión Arterial en los Consultorios Externos de Cardiología del Centro Hospitalario Maisón de Santé de Lima y la Clínica Maisón de Santé del Sur - Chorrillos, arribando a la conclusión que los pacientes con buen conocimiento no siempre practican un estilo de vida favorable y afectan su salud (Aguado, 2015.), la investigadora apoya esta afirmación ya que en las visitas de trabajo extramural se ha podido observar como personas con un elevado nivel de instrucción y con conocimientos sobre estilos de vida saludables, no practican estos de forma adecuada sobre todo en la alimentación.

En Ecuador la multiculturalidad como una tendencia social ya es un hecho. Por todos es conocido la existencia de barreras que pueden dificultar la información, sobre la prevención de enfermedades así como el acceso y utilización de los servicios sanitarios por parte de la población fundamentalmente la indígena y mestiza.

El cuadro 3 (anexo 3) muestra el conocimiento de estilos de vida según la identificación étnica, y se puede observar que predominó el conocimiento inadecuado en la raza mestiza, con cuarenta y cuatro (44) participantes, representando el cincuenta y tres por ciento (53 %) esta autoidentificación abarca un porcentaje mayoritario de los habitantes en los casos estudiados, seguidos de indígenas los que constituyeron el 13,3 % de los participantes con conocimientos inadecuados; la literatura internacional plantea que la mayor frecuencia de esta afección es en la raza negra con respecto a la hipertensión. (Pérez, et all, 2014). No existió asociación estadísticamente significativa entre conocimiento e identificación étnica ($\chi^2= 2,5$ y $p=0,11$)

La autora de la investigación plantea que no se encontraron personas identificadas con este tipo de raza en el estudio, debido a que en la población estudiada no se reporta esta.

La investigadora desea destacar que si analizamos la información obtenida por el total de individuos según identificación étnica, nos percatamos que mayor porcentaje de los indígenas poseen desconocimiento sobre estilos de vida saludables, ya que de 13 individuos participantes el 84,6 % obtuvo conocimientos inadecuados, esto puede ser debido a que esta etnia aún mantiene las costumbres de sus ancestros, con poca accesibilidad a los medios de información actuales, lo que no le permite mantener una información adecuada.

La autora refiere que el conocimiento sobre estilos de vida saludables va sufriendo modificaciones desde la niñez, al pasar por la vida adolescente hasta la vejez y se van optando por estilos de vida

no saludables, afectando más en este caso a la raza mestiza, por tener mayor accesibilidad a redes sociales y videojuegos, que le ocupan el tiempo libre dando un lugar importante el sedentarismo.

Otro estudio mostró datos iguales realizados en la Comunidad José Gregorio Hernández Municipio San Felipe, en Venezuela, encontrándose una mayor frecuencia en la raza mestiza con un 8.9%, (Castillo, Carrillo, y Manduley, 2014); con respecto al porqué de la etnia y sus conocimientos no existen estudios actualizados para poder realizar una comparación.

Sin embargo la autora cree que esta variable depende del tipo de población que se estudie por ejemplo en este estudio predominó la raza mestiza debido a que fue la mayor frecuencia en la población, lo cual se puede observar en el cuadro 2, esto se justifica porque en la comunidad estudiada no se reportan pobladores de raza negra, teniendo en cuenta que en Ecuador la raza mestiza ocupa el primer lugar, seguida de la indígena y en tercer lugar la blanca según datos del INEC 2011. (Villacís, Carrillo, y Martínez, 2011)

La autora considera que el bajo nivel de instrucción explica el por qué existe un elevado desconocimiento por parte de la población trayendo consigo que los pacientes no desarrollen estilos de vida adecuados. La prevalencia de muchas enfermedades es mayor cuanto más bajo es el nivel socioeconómico y educativo de la persona.

La educación del paciente hipertenso sobre estilos de vida saludables es el elemento primordial para el adecuado control de la HTA, pues le permite comprender mejor su enfermedad y las consecuencias, lo que le facilita una adecuada adhesión al tratamiento y una larga supervivencia con mejor calidad de vida, una alta escolaridad amplía los aspectos cognoscitivos de la salud y de la enfermedad. (Acurio, 2016)

El cuadro 4 (anexo 4), muestra los conocimientos según el nivel de instrucción, se puede apreciar que de los participantes 20 tienen un nivel de escuela completa para un 24.1%, 18 el colegio completo para un 21.7 % y 17 la escuela incompleta para un 15,7 %, predominaron con conocimientos inadecuados los individuos con escuela incompleta y escuela completa con un total de 13 participantes para un 15.7 %. No existió asociación estadísticamente significativa entre conocimiento y nivel de instrucción ($X^2= 0,22$ y $p=0,63$).

Estos resultados son coincidentes con un estudio similar realizado en Medellín, Colombia sobre factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión; en cuanto al nivel de escolaridad. Este bajo nivel de instrucción explica el por qué existe un elevado desconocimiento por parte de la población de importantes aspectos relacionados con los estilos de vida, trayendo consigo que los pacientes no lleven a cabo por desconocimiento de su relevancia cambios en sus conductas. (García, et all, 2016).

Según la última Encuesta Nacional de Salud, en Chile coinciden con el presente estudio ya que se considera que mientras más bajo es el nivel educacional, más alta es la prevalencia de hipertensión por su desconocimiento (Yáñez, 2015). Afirmación con la que la investigadora está de acuerdo ya que se establece una relación directamente proporcional entre escolaridad y conocimientos.

El vínculo laboral es otro aspecto importante a tener en cuenta a la hora de enfrentarse a pacientes con estilos de vida inadecuados pues muchas labores conllevan a un stress físico y psíquico elevado con relación al tipo de profesión u ocupación del individuo, independientemente de si pertenece a un área rural o urbana. (Velastegui. 2011).

Estudios recientes señalan que el exceso de horas de trabajo podría ser también un factor de riesgo del entorno laboral para empeorar a la hipertensión arterial, pues expone a los trabajadores a mayores periodos de tiempo frente a factores psicosociales nocivos en el entorno laboral, como la tensión laboral y un desequilibrio entre el esfuerzo y la recompensa.

Referente a lo anterior, las amas de casa están expuestas a mayor cantidad de eventos psicosociales negativos como consecuencia de su condición, entre los cuales pueden citarse: la dependencia económica, la vida monótona y rutinaria, las pobres expectativas y la menor accesibilidad a los servicios de salud, haciendo que su conocimiento no sea el adecuado. (Vázquez, 2014).

En el cuadro 5 (anexo 5), observamos los conocimientos sobre estilos de vida según ocupación, prevalecieron las amas de casa con 34 participantes para un 41%, le siguieron los trabajadores privados con 22 para un 26.25 y los desempleados con 12 para un 14.5%. En cuanto a los conocimientos predominaron con conocimientos inadecuados los trabajadores de quehaceres domésticos con 24 para un 28.9 %. Seguidos de los trabajadores privados con 14 para un 16.9% y los desempleados con 9 para un 10.8 %. No existió asociación estadísticamente significativa entre conocimiento y ocupación ($\chi^2= 0,85$ y $p=0,35$).

A opinión de la autora de la investigación, el predominio de los trabajadores de quehaceres domésticos se relaciona con el hecho de que el sexo femenino fue el que predominó en el estudio con un total de cincuenta y dos (52) participantes, se debe destacar que se encontraron tres (3) participantes del sexo masculino dedicados a quehaceres del hogar; hallazgo no frecuente; el desconocimiento que tienen las personas dedicadas a los quehaceres domésticos, a opinión de la autora puede ser debido a que estos llevan sobre sí de forma general todo el peso de la atención, cuidado de los niños, las labores domésticas, entre otras por lo cual están más sometidas a desarrollar estilos de vida inadecuados.

Por otra parte, fueron hallados pocos estudios en los que se relacionan los conocimientos sobre estilos de vida con el estatus de ama de casa o quehaceres domésticos, sin embargo en Singapur, en una pesquisa sobre ocho enfermedades crónicas no transmisibles, se notificó que el total de personas eran amas de casa, y tenían menos conocimientos sobre éstas, de igual manera, una investigación en el Reino de Arabia Saudita informó que más de la mitad de una muestra de pacientes hipertensos eran amas de casa. (Vázquez, 2014).

Un estudio sobre calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial sistémica, con respecto a la ocupación, predominaron las amas de casa 46.7% en una comunidad del estado de México (Gómez, et al, 2011).

En otro estudio sobre conocimientos de factores de riesgo y diagnóstico de la hipertensión, en el Barrio la Vega del Cantón Catamayo, las amas de casa (ocupación definida) con un 52% ocuparon el primer lugar por desconocimientos. (Ruiz, 2012).

La autora plantea que cuando factores de riesgos modificables se incluyen en un estilo de vida inadecuado como: alimentarios, ambientales, psicosociales, el estrés, la obesidad, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, café y de sal, los resultados repercuten en un mayor riesgo de padecer enfermedades y complicaciones sobre todo de la hipertensión arterial ya que se desconoce la práctica adecuada de estos estilos de vida saludables, pues mientras más edad mayor desconocimiento presente.

El cuadro 6 (anexo 6) se refiere al conocimiento de los hipertensos sobre estilos de vida según edad. Se observa que el grupo etario que predominó fue el de 65 y más con 45 participantes para un 54.2%, igual este grupo fue el que menos conocimientos mostró con 32 individuos par un 38.6 %, le siguieron en orden de edad el grupo de 41 a 64 años con 33 para un 39.8% y de estos el 24.1% con 20 participantes resultaron tener conocimientos inadecuados. Según la investigadora este resultado es debido a la falta de información a edades tempranas y que a medida que se avanza en edad más difícil es que la persona cambie o quiera aprender a modificar su estilo de vida. No existió asociación estadísticamente significativa entre conocimiento y grupo de edad ($\chi^2= 0,59$ y $p=0,44$).

La autora desea mencionar que los cambios cognitivos producto de la edad avanzada pudieran estar influyendo en los resultados, también estos pueden deberse a que los participantes pertenecientes a estas generaciones lograron recibir menos información en edades tempranas de la vida, por existir menos desarrollo en las redes sociales y campo de la medicina relacionado con las actividades de promoción de salud.

Anexo 1

Cuadro No.1. Distribución de hipertensos adultos según grupo de edad y sexo. Barrio Bellavista Baja. Tena. Ecuador. 2016.

Grupo edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
20 a 40 años	1	1,2	4	4,8	5	6,0
41 a 64 años	11	13,3	22	26,5	33	39,8
65 años y más	19	22,9	26	31,3	45	54,2
Total	31	37,3	52	62,7	83	100

Fuente: encuesta.

Anexo 2

Cuadro No.2. Conocimientos de los hipertensos adultos sobre estilos de vida saludables. Barrio Bellavista Baja. Tena. Ecuador. 2016.

Estilos de vida	Conocimiento sobre estilos de vida saludables				Total	
	Adecuado		Inadecuado		No	%
	N°	%	N°	%		
Ejercicio físico	24	28,9	59	71,1	83	100
Hábitos alimenticios	23	27,7	60	72,3	83	100
Sal	17	20,5	66	79,5	83	100
Sueño	18	21,7	65	78,3	83	100
Estrés	24	28,9	59	71,1	83	100
Tabaco	24	28,9	59	71,1	83	100
Alcohol	26	31,3	57	68,7	83	100
Peso	23	27,7	60	72,3	83	100

Fuente: encuesta

Anexo 3

Cuadro No. 3. Conocimiento de los hipertensos adultos según identificación étnica. Barrio Bellavista Baja. Tena. Ecuador. 2016.

Identificación Étnica	Conocimiento sobre estilos de vida				Total	
	Adecuado		Inadecuado		No	%
	N°	%	N°	%		
Mestizo	25	30,1	44	53,0	69	83,1
Indígena	2	2,4	11	13,3	13	15,7
Blanco	0	0,0	1	1,2	1	1,2
Total	27	32,5	56	67,5	83	100

Fuente: encuesta

Anexo 4

Cuadro No. 4. Conocimiento de los hipertensos adultos según el nivel de instrucción.
Barrio Bellavista Baja. Tena. Ecuador. 2016.

Nivel de instrucción	Conocimientos sobre estilos de vida saludables				Total	
	Adecuado		Inadecuado		No	%
	Nº	%	Nº	%		
Analfabeto	1	1,2	1	1,2	2	2,4
Escuela incompleta	4	4,8	13	15,7	17	20,5
Escuela completa	7	8,4	13	15,7	20	24,1
Colegio incompleto	2	2,4	8	9,6	10	12,0
Colegio completo	7	8,4	11	13,3	18	21,7
Universidad incompleta	2	2,4	5	6,0	7	8,4
Universidad completa	4	4,8	5	6,0	9	10,8
Total	27	32,5	56	67,5	83	100

Fuente: Encuesta

Anexo 5

Cuadro No. 5. Conocimientos de hipertensos adultos según ocupación.
Barrio Bellavista Baja. Tena. Ecuador. 2016.

Ocupación	Conocimientos sobre estilos de vida saludables				Total	
	Adecuado		Inadecuado		No	%
	Nº	%	Nº	%		
Desempleado	3	3,6	9	10,8	12	14,5
Quehaceres domésticos	10	12,0	24	28,9	34	41,0
Trabajador público	5	6,0	4	4,8	9	10,8
Trabajador privado	8	9,6	14	16,9	22	26,5
Estudiante	0	0,0	1	1,2	1	1,2
Jubilado	1	1,2	4	4,8	5	6,0
Total	27	32,5	56	67,5	83	100

Fuente: encuesta.

Anexo 6

Cuadro No.6. Conocimientos de los hipertensos adultos sobre estilos de vida según edad.
Barrio Bellavista Baja. Tena. Ecuador. 2016.

Grupo edad	Conocimientos de los adultos sobre estilos de vida				Total	
	Adecuado		Inadecuado			
	N°	%	N°	%	N°	%
20 a 40 años	1	1,2	4	4,8	5	6,0
41 a 64 años	13	15,7	20	24,1	33	39,8
65 años y mas	13	15,7	32	38,6	45	54,2
Total	27	32,5	56	67,5	83	100

Fuente: encuesta

Bibliografía

- Acurio A. V.** (2016). Factores que intervienen en el mal control de la hipertensión arterial en los pacientes adultos mayores atendidos en el servicio de medicina interna del Hospital Alfredo Noboa Montenegro de Guaranda (pregrado). Universidad Regional Autónoma de los Andes “UNIANDES”, Guaranda, Ecuador.
- Aguado F. E., Arias G. M., Sarmiento A. G., & Danjoy L. D.**, (2015). Asociación entre conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos, consultorio de cardiología, Hospital Nacional. *Revista Enfermería Herediana*, 7(2), 132.
- Castillo, P. D. B., Carrillo, N. D., & Manduley, P. M.**, (2014). Prevalencia de hipertensión arterial en la comunidad José Gregorio Hernández. Municipio san Felipe (pre-grado) Universidad virtual de salud, Venezuela.
- Del Águila, R.** (2012). *Promoción de estilos de vida saludables y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor*. Obtenido de organización mundial de la salud/Organización panamericana de la salud Chile: <http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111>
- García C. N. J., Cardona A. D., Segura C. Á. M., & Garzón D. M. O.** (2016). Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión. Obtenida de Revista Colombiana de Cardiología: http://ac.els-cdn.com/S012056331600070X/1-s2.0-S012056331600070X-main.pdf?_tid=9aec27a8-9a67-11e6-926b-00000aacb35d&acdnat=1477368225_2886364ee182dc9ee8e33a15550cb3f6
- Gómez, G. M. R., Reza, C. G., Martínez, V. G., & Sánchez, P. B. M.** (2011). Calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial sistémica. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 19(1), 7-12.
- Gordon M., & Gualotuña M.**, (2015). Hipertensión arterial relacionada con el estilo de vida en los pacientes que acuden al centro de salud tipo a Pujilí en el periodo julio - diciembre 2014 (Tesis de pregrado). Universidad central de Ecuador, Pujilí, Ecuador.

- Janampa A. F.** (2013). Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al Programa Educativo de Hipertensión Arterial en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2012 (Doctoral) dissertation, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina), Lima, Perú.
- Lira M.,** (2015). IMPACTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(2), 156-163.
- Organización Mundial De La Salud.** (2012). Día mundial de la salud. Obtenido de día mundial de la salud: <http://www.who.int/world-health-day/2012/toolkit/campaign/es/>
- Ortiz Benavides, R., Ortiz Benavides, A., Villalobos, M., Rojas, J., Torres Valdez, M., Singuencia Cruz, W., ... & Añez, R. J.** (2016). Prevalencia de hipertensión arterial en individuos adultos de las parroquias urbanas de la ciudad de Cuenca, Ecuador. *SÍNDROME CARDIOMETABÓLICO*, 4(1).
- Pérez Pupo, R. D., & Rodríguez Lazo, M.** (2015). Nivel de conocimientos, sobre hipertensión arterial, de pacientes atendidos en un Centro de Diagnóstico Integral de Venezuela. *Correo Científico Médico*, 19(3), 406-417
- Pérez, E. R. C., Hosman, J. M. A., Gainza, A. P., Guzmán, A. C., & Barreto, D. G.** (2014). Prevalencia de hipertensión: raza y nivel educacional. *Revista cubana de Cardiología y cirugía cardiovascular*, 12(2), 12-17
- Prast, J.** (19 de enero de 2015). *El estilo de vida 'no saludable' causa 16 millones de muertes al año.* Obtenido de El país: http://elpais.com/elpais/2015/01/16/ciencia/1421435312_637657.html
- Reverter-Masía, J., Legaz-Arrese, A., Jové-Deltell, M., & Mayolas P, M.,** (2012). Intervención educativa sobre hábitos nutricionales, higiene y salud en alumnos de primaria . *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 611-623.
- Ruiz Cobiella, D. M., García Martínez Moles, A., Antunez Taboada, J., & Rodríguez Correa, L. ,** (2011). Intervención educativa sobre conocimientos de los factores de riesgos y su influencia en pacientes con episodio de urgencia hipertensiva. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 15(1), 1-12.
- Ruiz P. M. R.** (2012). Factores de riesgo y diagnóstico de la hipertensión arterial, en el barrio la vega del cantón Catamayo, en mayores de veinte años de ambos sexos, periodo mayo 2011–septiembre 2012. Universidad nacional de Loja, Catamayo, Ecuador.
- Sociedad Argentina De Hipertensión Arterial (SAHA),** (2012). Estilo de vida saludable, presión arterial saludable. Obtenido de Día de la hipertensión arterial: <http://www.csjn.gov.ar/medprev/notas/ha.pdf>

- Vázquez Machado, A.** (2014). Factores de riesgo psicosociales de hipertensión arterial en una comunidad venezolana. *Revista MediSan*, 18(2), 211-218.
- Velasteguí A. M. A.** (2011). Prevalencia de los factores de riesgo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial, hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social – IESS (pregrado). Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Ecuador.
- Villacís B., Carrillo D., & Martínez, A. G.** (2011). Estadística demográfica en el Ecuador: diagnóstico y propuesta. Quito. Obtenido de Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC): http://www.inec.gob.ec/publicaciones_libros/documentofinal1.pdf
- Yáñez C.** (11 de septiembre de 2015). Hipertensión arterial causa una de cada tres muertes en Chile. Obtenido de la Tercera: <http://www.latercera.com/noticia/hipertension-arterial-causa-una-de-cada-tres-muertes-en-chile/>

