

**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**ESTILOS DE VIDA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EN
ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE
SALUD PEDRO CASTRO ALVA, CHACHAPOYAS - 2017**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

Autora : Bach. Maribel Jauregui Sanchez

Asesor : Dr. Edwin Gonzales Paco

CHACHAPOYAS – PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**ESTILOS DE VIDA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EN
ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE
SALUD PEDRO CASTRO ALVA, CHACHAPOYAS – 2017.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

Autora : Bach. Maribel Jauregui Sanchez
Asesor : Dr. Edwin Gonzales Paco

CHACHAPOYAS – PERÚ

2018

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso, por todo lo que soy y he logrado hasta ahora, porque está presente en cualquier lugar, en cualquier momento, circunstancia que ilumina mi camino, me ha dado la sabiduría, la fortaleza y la protección que necesito para salir adelante a pesar de las adversidades de la vida.

A mis padres Russbel Jauregui Muñoz, Matilde Sanchez Silva, a mi esposo e hija Luis Fernando Zuta Castro, Sandra M, Zuta Jauregui y a mis hermanos por su apoyo constante por seguir creyendo en mí, como hijo como esposa y hermana.

GRADECIMIENTO

A los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva por permitir participar en la investigación ya que sin su colaboración no hubiera podido ser posible realizar el trabajo de investigación.

A los profesionales que trabajan en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva. Dr. Fabricio Díaz Maldonado y al técnico en enfermería Amparito Meléndez Cruz por proporcionar la información necesaria y ser posible la presente investigación.

Al Dr. Edwin Gonzales Paco por su apoyo y sus enseñanzas impartidas como asesor en el desarrollo de la elaboración, ejecución y análisis estadístico del presente trabajo de investigación.

A los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, Dra. Sonia Tejada Muñoz, Mg. Roxana Pineda Castillo brindándome siempre su orientación con profesionalismo ético compartiendo conocimientos y afianzando mi formación como futura profesional.

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL TOROBIO RODRIGUEZ
DE MENDOZA DE AMAZONAS

Dr. Policarpio Chauca Valqui

Rector

Dr. Miguel Ángel Barrena Gurbillon

Vicerrector Académico

Dra. Flor Teresa García Huamán

Vicerrectora de Investigación

Dr. Edwin Gonzales Paco

Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

Mg. Wilfredo Amaro Cáceres

Director de la Escuela Profesional de Enfermería

JURADO EVALUADOR
(RESOLUCIÓN DE DECANATO N° 042-2018-UNTRM-VRAC/F. C.S)

Dr. Policarpio Chauca Valqui
Presidente

Mg. Wilfredo Amaro Cáceres
Secretario

Mg. Carla María Ordinola Ramírez
vocal

VISTO BUENO DEL ASESOR

Yo, Edwin Gonzales Paco, identificado con DNI N° 19990654, docente asociado a tiempo completo de la Escuela Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud – Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza, declaro dar el VISTO BUENO a la Tesis Titulada: “ESTILOS DE VIDA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL, EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD PEDRO CASTRO ALVA, CHACHAPOYAS - 2018.” del bachiller de enfermería Maribel Jauregui Sanchez.

POR LO TANTO:

Firmo la presente para mayor constancia

Chachapoyas 29 enero del 2018

Dr. Edwin Gonzales Paco
DNI N° 19990654

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
AUTORIDADES	v
JURADO DE TESIS	vi
VISTO BUENO DEL ASESOR	vii
INDICE DE CONTENIDO	viii
INDICE DE TABLAS	ix
INDICE DE FIGURAS	x
INDICE DE ANEXOS	xi
RESUMEN	xii
ABSTRAC	xiii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVO	5
III. MARCO TEORICO	6
IV. MATERIAL Y METODO	35
V. RESULTADOS	38
VI. DISCUSIÓN	42
VII. CONCLUSIONES	48
VIII. RECOMENDACIONES	49
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	50
X. ANEXOS	54

INDICE DE TABLAS

	Pag.
Tabla 01: Estilos de vida de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva, Chachapoyas, 2017	38
Tabla 02: Hipertensión arterial de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva, Chachapoyas, 2017	39
Tabla 03: Relación entre los estilos de vida e hipertensión arterial en los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva, Chachapoyas, 2017	40

INDICE DE FIGURAS

	Pag.
Figura 01 Estilos de vida de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva, Chachapoyas 2017	38
Figura 02 Hipertensión arterial de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva, Chachapoyas 2017	39
Figura 03 Relación entre los estilos de vida e hipertensión arterial en los adultos mayores atendidos en el Puesto de salud Pedro Castro Alva, Chachapoyas 2017	41

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 01	Operacionalización de la variable	54
Anexo 02	Matriz de consistencia	57
Anexo 03	Formulario de cuestionario	58
Anexo 04	Ficha de registro de datos	61
Anexo 05	Tablas	63

RESUMEN

El presente estudio fue de enfoque cuantitativo, nivel relacional, de tipo observacional, prospectivo, transversal y analítico. Cuyo objetivo general fue Determinar los estilos de vida e hipertensión arterial, en los adultos mayores atendidos en el puesto de salud de Pedro Castro Alva, Chachapoyas - 2017. Objetivos específicos fueron: Valorar los estilos de vida, de los adultos mayores. Identificar el nivel de hipertensión arterial en los adultos mayores. Caracterizar a la población objetiva en estudio. La muestra estuvo conformada por 50 adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva, meses enero - agosto año 2017, para recolectar la información se utilizó una ficha de recolección de datos y un cuestionario de estilos de vida, la hipótesis fue contrastada mediante la prueba estadística no paramétrica del Ji- cuadrado con un nivel de significancia de 0.05. Los resultados fueron: del 100 % (50) de los adultos mayores en estudio, el 54 % (27) tiene un estilo de vida no saludable así mismo el 46 % (23) saludable. Hipertensión arterial del 100 % (50) de los adultos mayores en estudio, el 8 % tiene pre hipertensión el 46 % tiene hipertensión el 28 % tiene HTA estadio I el 16 % tiene HTA estadio II y el 2 % tiene HTA estadio III. Presentados en tablas simples, figuras de barras. En conclusión, No existe relación estadísticamente significativa ($X^2 = 7.917$; $gl= 4$; $p= 0,095 > 0.05$) entre los estilos de vida y la hipertensión arterial en los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva de Chachapoyas, por lo tanto, se contrastó la hipótesis nula el mismo que indica que no hay relación entre variables.

Palabras claves: estilos de vida, hipertensión arterial, adulto mayor.

ABSTRACT

The present study was a quantitative approach, relational level, observational, prospective, transversal and analytical. Whose general objective was to determine lifestyles and arterial hypertension, in the elderly served in the health post of Pedro Castro Alva, Chachapoyas - 2017. Specific objectives were: Assess the lifestyles of the elderly. Identify the level of hypertension in older adults. Characterize the objective population under study. The sample consisted of 50 older adults treated at the Pedro Castro Alva Health Post, January - August 2017, to collect the information a data collection form and a lifestyle questionnaire were used, the hypothesis was contrasted by the nonparametric statistical test of the Ji- square with a significance level of 0.05. The results were: of 100% (50) of the elderly people in the study, 54% (27) have an unhealthy lifestyle as well as 46% (23) healthy. Hypertension of 100% (50) of the elderly in the study, 8% have prehypertension, 46% have hypertension, 28% have stage I hypertension, 16% have stage II hypertension, and 2% have stage III hypertension. Presented in simple tables, figures of bars. In conclusion, there is no statistically significant relationship ($X^2 = 7.917$, $gl = 4$, $p = 0.095 > 0.05$) between lifestyles and arterial hypertension in the elderly treated in the Pedro Castro Alva Health Post in Chachapoyas, so Therefore, the null hypothesis was contrasted, which indicates that there is no relationship between variables.

Key words: lifestyles, hypertension, older adult.

I. INTRODUCCIÓN

la salud de las personas adultas mayores se asocia al estilo de vida, debido a que el estilo de vida promotor de salud procura el bienestar del ser humano y los estilos de vida poco saludables se asocian a factores de riesgo que contribuyen a la presencia de las enfermedades en este grupo etario. Muchos de los estilos de vida incluyen fundamentalmente una alimentación adecuada, promoción de la actividad física, control del tabaquismo y de otras adicciones, ambientes saludables en viviendas y trabajos, conductas sexuales y salud mental. Las personas pueden presentar factores de riesgo sin manifestaciones clínicas por lo que se hace necesario detectarlos de manera oportuna desarrollando programas de prevención para disminuir su frecuencia y mejorar el estilo de vida de las personas (Aguilar, 2014, p. 24)

En el ámbito nacional, el Ministerio de Salud (MINSA, 2013). sostiene que 205 mil 711 personas sufren de hipertensión arterial en todo el país. Sólo en Lima 67 mil 869 personas; entre mujeres y varones adultos mayores padecen de hipertensión arterial, enfermedad que si no es controlada a tiempo puede ocasionar desde daños cardiovasculares hasta derrame cerebral, advirtieron expertos del Ministerio de Salud. Según estadísticas del MINSA, la región Lambayeque ocupa el segundo puesto con mayor índice de esta enfermedad, con 16 mil 853 casos; le sigue Callao, con 14 mil 384; La Libertad con 13 mil 550, y Piura con 12 mil 506. Entre los factores de riesgo a tener en cuenta se consideran los antecedentes familiares de hipertensión arterial, consumo de tabaco, falta de ejercicio, el sedentarismo es un alto factor de riesgo (Córdoba, 2015, p. 19)

La Organización Mundial de la Salud define a los estilos de vida como: “Un conjunto de actividades, comportamiento identificable y relativamente estable en el individuo o en una sociedad determinada; dicho estilo de vida resulta de la interacción entre las características individuales, la interacción social, las condiciones de vida socioeconómica y ambiental en la cual vive la persona (Suddarth, 2013, p. 21)

Con frecuencia se habla de estilos de vida para referirse a patrones comportamentales como actividad física o los hábitos alimentarios; los estilos de vida estudiados han sido fundamentalmente; los hábitos alimentarios inadecuados, la falta de actividad física, el

consumo de tabaco; otros estilos de vida contemplados en los programas de promoción de la salud o prevención de enfermedades son el descanso, ocio y el sueño, la higiene, la educación sexual, y planificación familiar, el consumo de alcohol y otras drogas, la automedicación, las revisiones sanitarias, el seguimiento de prescripciones médicas o las prácticas de seguridad y protección las prácticas de salud y/o riesgo no son conductas aisladas que surjan de manera esporádica; por el contrario, constituyen varias formas de comportamientos más o menos organizados, complejos, coherentes, estables y duraderos fuertemente relacionados con el entorno que vive la persona (Suddarth, 2013, p. 26)

El Perú, país geográficamente accidentado, que entre sus regiones se destaca la sierra por sus diferencias significativas en los ambientes climatológicos y estilos de vida, región en la que las ciudades están situadas a diversas alturas sobre el nivel del mar, las costumbres de trabajo, alimentación, educación y cultura son diferentes; tales condiciones influyen en los factores de riesgo cardiovasculares y probablemente en el desarrollo de la hipertensión arterial, al componente socio cultural e incremento de la población se agregan los cambios biológicos por la altura y genética. El Instituto Nacional de Estadísticas e Informática, reportó, que el 34% de los adultos mayores de 60 años sufren de hipertensión arterial en el Perú. (Agustí, 2014, p. 42)

En el país se han implementado guías clínicas para el manejo integral de este problema de salud que es la hipertensión arterial, esta es una enfermedad silenciosa, causa de muerte de la población a nivel mundial, sugiere a la salud pública un enfoque de tratamiento multidisciplinario, en donde, se enmarque la prevención y promoción de estilos de vida saludables como la base de la recuperación de la salud. Los factores de riesgo como el tabaquismo, consumo de alcohol, inadecuada alimentación caracterizada por el excesivo consumo de grasas saturadas y alimentos altos en energía contribuyen al aumento de sobrepeso y obesidad que junto al sedentarismo conllevan al deterioro de la salud y consecuentemente a la aparición de enfermedades crónico-degenerativas, entre ellas la hipertensión arterial, propias de las ciudades modernas del siglo 21 (Aguirre, 2013, p. 17)

Los estilos de vida como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción

de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Los estilos de vida son determinados por 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. La estrategia para desarrollar estilos de vida saludables es el compromiso individual y social, y el estar convencido de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales y se mejora la calidad de vida (Ortega, 2012, p. 13)

El presente trabajo de investigación surge debido a que en las prácticas realizadas en los diferentes ciclos se ha podido observar que los estilos de vida de los adultos mayores son poco saludables ya que están propensos a padecer otras enfermedades, no se practica el deporte, el ejercicio diario, las caminatas. El consumo inadecuado de los alimentos, exceso de las grasas, sal, harinas, existe mucho consumo de alcohol, la automedicación ya que todo esto conlleva a desarrollar enfermedades crónicas degenerativas, como es la hipertensión arterial. Debido a ello se formula la siguiente interrogante. ¿Cuáles son los estilos de vida e hipertensión arterial de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud, Pedro Castro Alva, Chachapoyas 2017?

Dado el crecimiento de la población adulta mayor en nuestro país y a nivel mundial, como producto de los grandes avances científicos en la salud se incrementa la esperanza de vida del ser humano de acuerdo a los estilos de vida que estos hayan tenido y nuestro país no está ajeno a esta problemática por su tendencia a incrementar la población adulta mayor en los próximos años.

La hipertensión arterial es considerada como una enfermedad crónica se constituye en uno de los primeros indicadores de morbimortalidad debido a que los adultos están más propensos a padecer otras enfermedades. Por tal motivo los resultados del presente estudio servirán para mejorar en cuanto a la atención e importancia ante esta enfermedad crónica silenciosa ya que es asintomática, también para sensibilizar a los profesionales de la salud, autoridades y familiares. Teniendo en cuenta que esta situación se da en un contexto de pobreza, es de suma importancia la conservación de la salud de este grupo poblacional. De esta forma se pretende que el adulto mayor sea el protagonista principal del cuidado de su salud, previniendo las enfermedades crónicas

degenerativas, y muchas otras enfermedades prevenibles logrando así alcanzar un envejecimiento activo y saludable.

Los resultados del presente estudio ayudarán a que las autoridades del sector salud orienten políticas de desarrollo de estilos de vida saludables de esta población en estudio.

Por otro lado, el presente estudio servirá para prevenir las enfermedades crónicas degenerativas y otras prevenibles logrando así alcanzar un envejecimiento activo y saludable.

Hipótesis. Ha: Existe una relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida e hipertensión arterial, en los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva, Chachapoyas 2017. Ho: No existe una relación estadística entre los estilos de vida e hipertensión arterial, en los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva, Chachapoyas 2017.

II. OBJETIVOS

❖ Objetivo general

- ✓ Determinar los estilos de vida e hipertensión arterial, en los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud de Pedro Castro Alva, Chachapoyas 2017.

❖ Objetivos específicos

- ✓ Valorar los estilos de vida, de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva.
- ✓ Identificar el nivel de hipertensión arterial en los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva.
- ✓ Caracterizar a la población objetiva en estudio.

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Antecedentes del problema.

A nivel internacional:

Pañi D et al, (2014). Ecuador. Cuyo objetivo fue: identificar los estilos de vida que inciden en la Hipertensión Arterial de los Adultos Mayores. Los resultados fueron: de 40,54% de adultos presentan Hipertensión Arterial; 11,71% padece de HTA más diabetes; 34,23% su edad comprende entre 81 y 90 años y son del Azuay. El 66,7% son mujeres; 54,95% realizan actividades a veces como paseos, manualidades y bailes; 22,52% no realiza ninguna actividad por discapacidad física y 22,52% siempre realiza actividades de baile, paseos y manualidades. Las conclusiones fueron: que los adultos mayores desarrollaron la hipertensión arterial como consecuencia de estilos de vida. Los factores que influyeron es el sedentarismo; 22,52% de ellos no realizan actividades físicas; 12,61% han consumido cigarrillo; 17,12% han consumido alcohol durante su vida, por lo cual desarrollaron la enfermedad en algunos casos complicaciones como la diabetes 10,81% y problemas renales 3,60%. El 38,7% son hipertensos y tienen tratamiento farmacológico monitoreado por el médico de la institución.

Días J. (2010). Bolivia. Cuyo objetivo fue: determinar la prevalencia de hipertensión arterial y su relación con deterioro cognitivo en adultos mayores. Los resultados fueron: el grupo de edad más frecuente el de 60- 64 años con 32,09%. La hipertensión arterial presentó una prevalencia de 51,85%; de 65-69 años con 14,81%, antecedente familiar presentó en un 33,33% de los pacientes hipertensos, se registró que el 30,86% tenían hábitos tabáquicos y 29,62% consumen bebidas alcohólicas, un 13,58% presentó sobrepeso, y 3,70% con obesidad tipo I 14,28%. Las conclusiones fueron: que la prevalencia de deterioro cognitivo fue de 30,95%, se encontró con más prevalencia en el grupo etario de 70-74 años con 11,90%, y de 65 -69 años de edad con 9,52%, el 69,04% no presentó deterioro, 21,42%.

A nivel nacional:

Aguilar G. (2013) Perú. Cuyo objetivo fue: determinar el estilo de vida del adulto mayor los objetivos específicos fueron: determinar el estilo de vida del adulto mayor en su dimensión biológica, social y psicológica. Los resultados fueron: de 50 (100%)

adultos mayores, 27(54%) tuvieron un estilo de vida saludable y 23(46%) estilo de vida no saludable. Al analizarlo por dimensiones, se tuvo que en la dimensión biológica 26 (52%) tuvieron un estilo de vida saludable y 24 (48%) tuvieron un estilo de vida no saludable, en la dimensión social 36(72%) tuvieron un estilo de vida saludable y 14(28%) tienen un estilo de vida no saludable, en la dimensión psicológica 31(62%) tienen un estilo de vida no saludable y 19(38%) tienen un estilo de vida saludable. Las conclusiones fueron: La mayoría de adultos mayores presentaron un estilo de vida saludable lo cual fue beneficioso para su salud, evidenciándose en los adecuados hábitos alimenticios, la práctica de ejercicios, el buen descanso y sueño, las buenas relaciones interpersonales, evitando los hábitos nocivos y el buen control de las emociones.

Janampa F. (2013). Lima- Perú. Cuyo objetivo fue determinar los estilos de vida de los pacientes Hipertensos que asisten al programa educativo de hipertensión arterial del Hospital Nacional Arzobispo Loayza e identificar los estilos de vida según dimensiones alimentación, actividad física y consumo de sustancias psicoactivas, los resultados fueron : Del 100% (38), 58%(22) tienen estilos de vida saludable y 42% (16) tienen estilos de vida no saludable; en relación a alimentación 37%(14) tienen estilos de vida no saludable y 63% (24) tienen estilos de vida saludable; en relación a actividad física 50%(19) tienen estilos de vida saludable y 50% (19) no tienen estilos de vida saludable; en relación al consumo de sustancias psicoactivas, 47%(18) tienen estilos de vida no saludable y 53% (20) tienen estilos de vida saludable. Conclusiones. El mayor porcentaje tienen estilos de vida saludable porque consumen dietas, bajo en grasa y alto contenido de proteínas, realizan ejercicio como: caminatas, trotar por 30 minutos como mínimo diario, no fuma cigarrillos ni tabaco, ni consume licor al menos 2 veces por semana, mientras que un porcentaje significativo tienen estilos de vida no saludable referidos a que no participan en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión, que no practican algún tipo de deporte como: natación, tenis, cardio box y espinning 3 a 4 veces a la semana, no prohíben que fumen en su presencia.

Alarcón D et al. (2013). Perú. Cuyo objetivo fue: determinar la eficacia de la intervención educativa de enfermería en los estilos de vida saludables alimentación y ejercicio físico del adulto mayor- Programa: diabetes e hipertensión. Los instrumentos de recolección de datos fueron dos: un cuestionario para la alimentación y otro para el ejercicio físico, y la hoja de cotejo. Para el análisis de la información obtenida se utilizó el programa de EXCEL y SPSS versión 20. El principal resultado obtenido mediante la t de student para datos emparejados fue: por lo que se concluye que el programa ha tenido efectividad en las variables alimentación y ejercicio físico.

A Nivel Regional y Local.

Bautista J. (2015). Amazonas- Chachapoyas. Cuyo objetivo fue: determinar las habilidades en el cuidado del adulto mayor con hipertensión arterial desde la percepción del familiar, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas -2015. La muestra estuvo conformada por 61 familiares directos de los adultos mayores y con hipertensión arterial. Para recolectar los datos se utilizó el instrumento ya valido ($VC=6.0139 > VT=1.6446$) y confiable (0.80) denominado “Test de habilidades del cuidador familiar”. Los datos fueron procesados en el programa estadístico SPSS versión 21 y el análisis de los datos y resultados se realizó mediante la estadística descriptiva simple de frecuencias. El resultado evidencia que: del 100% (61) de familiares directos; el 49.2% (30) tuvieron un nivel bajo de habilidades en el cuidado, el 26.2% (16) un nivel alto; y el 24.6% (15) un nivel medio. En conclusión la mayoría de cuidadores eran del sexo femenino, que oscilan entre las edades de 36 y 59 años de edad; en cuanto a la habilidad del cuidado la mitad de los familiares cuidadores del adulto mayor con hipertensión arterial tuvieron un nivel bajo de habilidades en él cuidado y proporcionalmente una cuarta parte en un nivel alto y un pequeño porcentaje de nivel medio por lo que se dice que los familiares que se encargan del cuidado del adulto mayor hipertenso, no cuenta con condiciones óptimas para la prestación del cuidado.

Valerin L. (2014). Amazonas- Chachapoyas. Cuyo objetivo fue: determinar el autocuidado de los adultos mayores hipertensos del programa de adultos mayores hipertensos Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas-2014. La muestra estuvo conformada por 47 adultos mayores hipertensos teniendo en cuenta criterios de

inclusión y exclusión. Para la recolección de datos se utilizó el método la encuesta, técnica el cuestionario y como instrumento un cuestionario sobre autocuidado de los adultos mayores hipertensos (validez: $VC=8.47 > VT=1.64$ y confiabilidad 0.76 por Spearman Brown). Los datos se procesaron en el programa SPSS versión 20 y Microsoft Excel 2010. Los resultados evidencian que del 100% (47) de los adultos mayores hipertensos que acuden al programa de control de hipertensión Hospital Regional Virgen de Fátima el 57.5% (27) tienen un autocuidado adecuado, 12.7% (6) tienen autocuidado muy adecuado y el 29.8 % (14) un autocuidado regularmente adecuado en cuanto a las dimensiones: en alimentación el 83% (39) presenta autocuidado regularmente adecuado; en actividad física el 91.5%(43) autocuidado regularmente adecuado; en control del estrés el 66% (31) autocuidado regularmente adecuado; en consumo de sustancias nocivas el 95.8% (45) tienen autocuidado adecuado y por último el 83% (39) tienen autocuidado adecuado en cuanto al manejo y control de la hipertensión arterial, finalmente se concluye que la mayoría de adultos mayores hipertensos del Programa de Control de Hipertensión Arterial del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas presentan un auto cuidado adecuado.

Huamán P et al, (2008). Amazonas- Chachapoyas. Cuyo objetivo fue: determinar la relación entre los estilos de vida y la hipertensión arterial del adulto y adulto mayor. Los resultados fueron: del 100%(25), de adultos y adultos mayores con hipertensión moderada el 30.8%(16) y 15,4%(8), presentaron estilos de vida saludables y en riesgo respectivamente, así mismo de los pacientes con hipertensión leve, el 23. 1%(12) y 21.1%(11) mostraron estilos de vida en riesgo y saludable, los pacientes con hipertensión arterial severa el 5.8%(3) presentaron estilos de vida saludable y el 1.9%(1) presento estilo de vida no saludable como en riesgo. Para constatar la hipótesis se utilizó la prueba estadística no paramétrica de la Ji cuadrado cuyo valor fue de $X^2=11.73$; $gl=4$; $p=0.019$; con un nivel de confiabilidad 95% y nivel de significancia del 5%, lo cual nos indica que existe una relación significativa entre los estilos de vida y la hipertensión arterial, demostrando la hipótesis alterna.

3.2 Base teórica

A. Estilos de vida.

Definición. Estilos de vida: son el conjunto de decisiones que las personas toman acerca de su salud y sobre las cuales tiene un relativo control. Las buenas decisiones y los hábitos personales saludables favorecen la salud. (Giraldo, 2010, p. 131).

El estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más amplio, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales. Madeleine Leininger creadora de la enfermería tras – cultural, menciona los estilos de vida en la definición de cultura; donde la define como: Creencias, valores y estilos de vida aprendidos y compartidos en un grupo transmitiéndose de generación en generación, influyendo en la manera de pensar y actuar, reflejándose en la salud del individuo. (Marriner, & Railes, 2007, p. 478).

EL estilo de vida es el conjunto de actitudes y comportamientos que adoptan y desarrollan las personas de forma individual o colectiva para satisfacer sus necesidades como seres humanos y alcanzar su desarrollo personal. (Dávila, 2015, p.22).

Estilo de vida es la manera, forma o estilo en que se puede entender la vida en el sentido de las costumbres o comportamientos de una persona, tanto en lo individual, como en sus relaciones grupales que se construye en conductas comunes tales como la ocupación de su tiempo libre, el consumo, la alimentación, los hábitos higiénicos, la vivienda, el urbanismo, los objetos, la posesión de bienes, e inclusive en la relación con el entorno e interpersonales. (Caldera, 2013, p.7).

✓ Clasificación de los estilos de vida.

Según Arellanos, (2013, p.16). En el Perú existen 6 estilos de vida y estos son:

- Los Afortunados. Son muy modernos, educados, liberales, cosmopolitas y valoran mucho la imagen personal. Son innovadores en el consumo y cazadores de tendencias. Le importa mucho su estatus, siguen la moda y son asiduos consumidores de productos “light”. En su mayoría son más jóvenes que el promedio de la población.
- Los Progresistas. Hombres que buscan permanentemente el progreso personal o familiar. Aunque están en todos los NSE, en su mayoría son obreros y empresarios emprendedores (formales e informales). Los mueve el deseo de revertir su situación y avanzar, y están siempre en busca de oportunidades. Son extremadamente prácticos y modernos, tienden a estudiar carreras cortas para salir a producir lo antes posible.
- Las Modernas. Mujeres que trabajan o estudian y que buscan su realización personal también como madres. Se maquillan, se arreglan y buscan el reconocimiento de la sociedad. Son modernas, reniegan del machismo y les encanta salir de compras, donde gustan de comprar productos de marca y, en general, de aquellos que les faciliten las tareas del hogar.
- Los Adaptados. Hombres trabajadores y orientados a la familia que valoran mucho su estatus social. Admiran a los Afortunados, aunque son mucho más tradicionales que estos. Llegan siempre un “poco tarde” en la adopción de las modas. Trabajan usualmente como oficinistas, empleados de nivel medio, profesores, obreros o en actividades independientes de mediano nivel.
- Las Conservadoras. Mujeres de tendencia bastante religiosa y tradicional. Típicas “mamá gallina”, siempre persiguen el bienestar de los hijos y la familia, y son responsables de casi todos los gastos relacionados al hogar. Se visten básicamente para “cubrirse” y solo utilizan maquillaje de forma ocasional. Gustan de las telenovelas y su pasatiempo preferido es jugar con sus hijos.
- Los Modestos. Segmento mixto, de bajos recursos económicos, que vive resignado a su suerte. Hay muchas personas mayores que prefieren la vida simple, sin complicaciones y, si fuese posible, vivirían en el campo. Son reacios a los cambios, no les gusta tomar riesgos y no les agrada probar

nuevas cosas. Muchos son inmigrantes y tienen el porcentaje más alto de personas de origen indígenas.

✓ Tipos de estilos de vida.

Según Aguilar, (2014, p.19). Existen dos tipos de estilos de vida y son:

• Estilo de vida saludable: Definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas: respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño, reposo, apropiada, temperatura, higiene corporal, peligros ambientales, comunicación, creencias, trabajo, recreación y estudio, para alcanzar el bienestar físico, social y espiritual del individuo. Estilos de vida saludables o comportamientos saludables, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales, espirituales y mantener el bienestar para mejorar la calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano. Algunos de estos factores protectores o estilos de vida saludables son:

- Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción, lo cual ayudara a entablar metas en el actuar de la vida.
- Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la entidad, lo cual permitirá no caer en la depresión.
- Brindar afecto y mantener la integración social y familiar, pudiendo así tener y brindar un ambiente armonioso en el ámbito familiar y social.
- Capacidad de auto cuidado, lo cual permite sentirse útiles con uno mismo y con la sociedad en sí.
- Salud y control de factores de riesgo como la obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés y algunas patologías como hipertensión y diabetes.
- Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio, el mantenerse activo, ayuda a sentirse vivo, y el disfrutar de un descanso después de haber cumplido las metas del día hará sentir una satisfacción más gratificante.

- Comunicación y participación a nivel familiar y social, el relacionarse con los seres queridos más cercanos, la familia y con las personas de su entorno desarrolla la parte humana social despejando la soledad.
 - Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros, lo cual ayudara, a la relajación y así también a relacionarse socialmente al mismo tiempo que se aprende cosas nuevas.
 - Desarrollo de un estilo de vida minimizador de emociones negativas (controlar y evitar el estrés). Asistir al control médico periódicamente, es importante ya que en un control anual permite dar un mejor seguimiento del estado de salud.
- **Estilo de vida no saludable:** Son los comportamientos hábitos conductas que adoptan las personas en contra de su salud y en contra del mejoramiento de su calidad de vida y/o estilo de vida. Es el estilo de vida no saludable los que conllevan a la persona al deterioro de su aspecto biológico, psicológico y social, llevándolo a pérdidas físicas y en sí de su integridad personal. Entre estos tenemos:
- Mala alimentación, lo cual lleva a un deterioro físico mental.
 - Deficiente estado higiénico, lo cual perjudica la salud y las relaciones interpersonales.
 - Alteraciones del sueño, el no descansar las horas debidas, predispone a la persona a alteraciones nerviosas y así también a cambios de no poder desarrollar las actividades diarias adecuadamente.
 - Baja actividad física, hace que la salud se deteriore y así también hace a la persona propensa al cansancio continuo, no pudiendo desarrollar actividades de su vida diaria. (Aguilar, 2014, p. 21).

✓ **Dimensiones del estilo de vida**

Según: Aguilar, (2014, pp.42- 56) los estilos de vida tienen tres dimensiones son las siguientes:

- **Dimensión biológica:** A través del cual la persona desenvuelve su vida en base a necesidades básicas como la alimentación, actividad física, descanso y sueño.

Alimentación saludable: La conducta de alimentación es compleja y deriva de una serie de acciones que influyen desde la compra de los alimentos, su preparación y consumo. Estas acciones vienen determinadas por múltiples factores del propio individuo y de su entorno, los cuales se encuentran influenciados por su ambiente sociocultural, así es característico que debido a las diferentes actividades que una persona realiza, se omita alguna comida, generalmente el desayuno, y se reemplaza por el consumo de comida chatarra como hamburguesas, dulces, gaseosas, etc. predisponen a una alimentación inadecuada. La OMS recomienda una dieta de modo que contenga un 12% de proteínas donde las dos terceras partes serían de origen animal y un tercio vegetal, un 30 a 35% de grasas no sobrepasando el 10% en saturados y hasta un 15 a 18% de mono insaturados. Los hidratos de carbono fundamentalmente complejos deben aportar más del 50% del total de energía y por debajo del 8 al 10% de azúcares refinados. También recomienda por lo menos consumir tres comidas durante el día, controlar la cantidad de sal y evitar el alcohol, un buen patrón alimenticio, se refleja en una dieta equilibrada o balanceada es decir aquella que contenga todos los nutrientes predominando carbohidratos, lípidos, vitaminas, minerales y proteínas, por ser esenciales para nuestro organismo un patrón alimentario regular se caracteriza por que en la dieta prevalece más los carbohidratos, vitaminas y minerales; y un patrón alimenticio malo es cuando en la dieta impera los carbohidratos y lípidos.

Proteínas. Los requerimientos proteicos se justifican por el aumento de masas muscular, aumento de masa ósea. Las proteínas deben aportar entre el 12 a 15% de la energía total de la dieta. La calidad de proteínas depende del contenido de aminoácidos esenciales. Un alimento es considerado de alto valor biológico cuando contiene todos los aminoácidos esenciales, como la leche, el huevo. También son buenas fuentes de proteínas las carnes, pescados y en general las proteínas de origen animal.

Carbohidratos: La función principal es proveer energía, principalmente al cerebro y el sistema nervioso. Los carbohidratos deben aportar entre el 50 a

60% de la energía total de la dieta. Los carbohidratos se dividen en simples y complejos:

-Carbohidratos Simples: Son de rápida absorción por ello dan energía rápida, se encuentran en: miel, mermeladas, golosinas, galletas, dulces, tortas, postres, hortalizas y frutas. Su consumo debe ser moderado, ya que de lo contrario se caerá fácilmente en un exceso de energía que puede provocar aumento de peso.

-Carbohidratos Complejos. Son de absorción lenta y se encuentran en: Cereales, legumbres, harinas, pan, pastas, tubérculos, papa, arroz, etc.

-Vitaminas: Estas se encuentran principalmente en frutas y verduras. Son necesarias para proteger la salud y prevenir enfermedades cardiovasculares y el cáncer. También contienen fibras, que favorece la digestión, baja el colesterol y el azúcar en la sangre. Su consumo debe ser de forma diaria: 3 frutas de diferente variedad (desayuno, almuerzo, cena, 1 en cada horario)

-Minerales: Se encuentran principalmente en frutas, verduras, carnes, menestras. La falta de minerales puede ocasionar calambres, alteraciones del ritmo cardiaco, irritabilidad nerviosa, lesiones en la piel, etc. Una dieta equilibrada debe contener todos los grupos de alimentos y las cantidades suficientes de nutrientes para que el organismo pueda realizar todas sus funciones (reguladoras, plásticas y energéticas). El consumo de ellos no debe ser excesivo ni deficiente, pues esto conduce a desequilibrios como puede ser niveles altos de colesterol, hipertensión, diabetes, anemia, problemas cardiovasculares, así como trastornos nutricionales como la obesidad, etc.

-Descanso y Sueño: El sueño es el periodo de descanso para el cuerpo y la mente, durante el cual la voluntad y la conciencia están inhibidas de forma parcial o total y las funciones corporales parcialmente suspendidas. Las personas deben descansar un promedio de siete a ocho horas diarias.

-Actividad física: Nuestro cuerpo es una máquina diseñada para el movimiento. Al contrario de lo que ocurre con cualquier aparato construido por el hombre, en nuestro organismo la inactividad produce mayor desgaste que el ejercicio. Está comprobado que las personas que realizan 30 minutos diarios de ejercicio físico de intensidad moderada cada día durante todos los días de la semana proporcionan beneficios de salud importante. Tienen menos riesgo de infarto y de enfermedades circulatorias. El ejercicio combate la hipertensión arterial, evita la obesidad y mantiene en buena forma todo el organismo. Pero actualmente los adultos mayores tienen problemas de sedentarismo debido al temor de hacer ejercicios y las consecuencias de este sedentarismo son sobrepeso y obesidad, disminución en la elasticidad muscular, dolores lumbares y de cuello, taponamiento de arterias, aumento de colesterol, mala digestión y posibilidades de que tengan diabetes, cáncer de colon, etc.

- Dimensión social: Es el conjunto de relaciones sociales que se da en un hábitat. La vida humana está influenciada por relaciones sociales que pueden favorecer o entorpecer la calidad de vida de las personas en las distintas áreas de su desarrollo. Una historia de aprendizaje rica en relaciones socialmente funcionales, aumenta la probabilidad de un desarrollo integral armónico y saludable que está conformado por actividades y prácticas libremente elegidas, según la preferencia de cada individuo cuya finalidad sea el descanso, la diversión, la creación o el desarrollo del sujeto. Contrario a estas conductas sanas como el aburrimiento y la falta de creatividad para organizar el tiempo libre de forma sana comunitaria y humanizadora se alzan conductas adictivas relacionadas con el alcoholismo, consumo de tabaco y otros.

-Tiempo Libre: Es aquel tiempo que está conformado por las actividades y prácticas libremente elegidas según las preferencias de cada individuo; un tiempo caracterizado por la libre elección y realización de actividades que satisfagan necesidades personales; y un tiempo cuya finalidad sea el descanso, la diversión, la recreación o el desarrollo del sujeto.

-Consumo de tabaco: Una de las principales causas prevenibles de muerte en el mundo. Se estima que en estos momentos en el mundo hay 1000 millones de fumadores. Para el 2030 otros 1000 millones de jóvenes adultos habrán comenzado a fumar. El hábito de fumar cigarrillos a menudo lleva al uso de otras drogas más fuertes y se asocia con determinados problemas de salud, tales como cánceres de pulmón, boca, vejiga y garganta, enfermedades cardíacas y pulmonares. Fumar viene asociado a placer y vínculo social se revela con la asociación del hábito a determinados momentos y lugares: fiestas, después de la comida, entre otros. Se plantea un vínculo con la enfermedad. Si bien antaño la enfermedad se asociaba con el exceso de fumar, actualmente es asociada directamente con fumar.

-Consumo de alcohol: Es un hábito, forma parte de los llamados estilos de vida, estando ampliamente extendido y culturalmente aceptado en la mayoría de los países occidentales. Por tanto, no es sólo un comportamiento individual, sino que se encuentra fuertemente influenciado por normas sociales y por el contexto socioeconómico y cultural en el que vivimos. Cambios en estos contextos se acompañan de cambios en el uso/abuso de alcohol. Son numerosos los problemas de salud relacionados con el consumo de licor, existe una relación dosis respuesta entre el consumo de alcohol y la frecuencia y gravedad de numerosas enfermedades. A mayores niveles de consumo de alcohol corresponden tasas de mortalidad y morbilidad más elevadas.

-Salud con responsabilidad: La responsabilidad es la clave del éxito en el estilo de vida, implica reconocer que el sujeto, y solo él, controla su vida; es el único que puede tomar decisiones sobre su estilo de vida y de él depende si fomenta o no su propia salud. El estado de salud que posee cada individuo dependerá en gran medida de los tipos de comportamientos que efectúe éste.

Podemos definir comportamiento como la descripción de la interacción con las personas y el ambiente. En este caso nos referimos al

comportamiento de salud, es decir, a las acciones o formas de actuar y reaccionar que afectan a la salud personal y comunitaria. El único responsable y que puede modificar los comportamientos de riesgo (una acción que incrementa la incidencia de enfermedades y accidentes, amenaza la salud personal y la de otros, y ayuda a destruir el ambiente) hacia unos comportamientos saludables de bienestar/positivos (una acción que ayuda a prevenir la enfermedad y accidente, y promueve la salud individual y colectiva y/o mejora la calidad del ambiente) es el propio individuo y nadie más.

- **Dimensión psicológica:** La dimensión psicológica abarca las emociones y el intelecto; existe una necesidad de dar y recibir afecto, compartir emociones, eliminar tensiones ya sean tristes o de estrés, tener confianza en sí mismo, encontrar un lugar en el mundo, ósea ubicarte y tomar decisiones por tu parte para llevar una vida plena de buenos caminos para ti y otros.

-Estado emocional: La auto confianza, la estabilidad emocional, la fortaleza, la afectividad positiva y la autoestima pueden condicionar los niveles de bienestar en cualquier etapa del ciclo vital. Las emociones se encuentran presentes a lo largo de nuestra vida, nos sentimos a gusto con un amigo o un ser querido cuando salimos a pasear o a visitarlos con el fin de pasarlo bien, nos enfadamos cuando las cosas no nos salen bien y nos alegramos cuando tenemos éxito en lo que nos hemos propuesto. Las emociones son respuestas a estímulos significativos que se producen en tres sistemas o componentes: El neurofisiológico y bioquímico, producen un gran número de cambios corporales preparando al organismo para hacer frente a las demandas o exigencias del entorno. El componente conductual o expresivo, comprende conductas externas: expresiones faciales, movimientos corporales, conducta verbal (entonación de la voz, intensidad, etc.) influido por factores socioculturales y educativos; varía a lo largo del desarrollo ontogénico y son los adultos los que ejercen un control emocional más grande comparado con los niños. El componente cognitivo experiencial de la emoción, incluye dos aspectos fundamentales de la emoción; el

componente experiencial, relacionado con la vivencia afectiva, con el hecho de sentir y experimentar la emoción; el tono hedónico de la experiencia emocional a los estados subjetivos calificados por el sujeto como agradables o desagradables, positivos o negativos. Los estados emocionales positivos como felicidad y la alegría, facilitan la interacción social y por lo contrario los estados emocionales negativos como la tristeza, rabia y el aburrimiento, suelen dificultar la comunicación y la interacción social.

- Manejo del estrés: El manejo del estrés se refiere al esfuerzo que hace el adulto mayor por controlar y reducir la tensión que surge cuando la situación es considerada difícil o inmanejable, mediante acciones coordinadas sencillas o complejas para sobrellevar la presión, las emergencias o el estrés. El estrés es la respuesta del cuerpo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de la persona. El resultado fisiológico de este proceso es un deseo de huir de la situación que lo provoca o confrontarla violentamente. En esta reacción participan casi todos los órganos y funciones del cuerpo, incluidos cerebro, los nervios, el corazón, el flujo de sangre, el nivel hormonal, la digestión y la función muscular. El estrés en cualquier edad, constituye un factor de riesgo para la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas; pero esto se torna particularmente sensible en la tercera edad, etapa del ciclo vital en que resulta de suma importancia su prevención y control. Los adultos mayores de 65 años como población anciana en comparación con los adultos están sometidos más frecuentemente a situaciones problemáticas que están fuera de su control como la enfermedad crónica, la muerte de familiares y amigos, la discapacidad y la cercanía de la propia muerte y utilizan en forma predominante las estrategias que se centran en el control del estrés emocional asociado a la situación. Esto último es debido a que los ancianos evalúan los acontecimientos estresantes como inmodificables en mayor proporción que los adultos (Aguilar, 2014, P.72).

- Categoría del estilo de vida del Adulto Mayor.

- Saludables: Son hábitos y costumbres que cada persona realiza para lograr un desarrollo y un bienestar, sin atentar contra su propio equilibrio biológico y su relación con su ambiente natural, social y laboral.
- No saludables: Son los que conllevan a la persona al deterioro de su aspecto biológico, psicológico y social, llevándolo a pérdidas físicas y en sí de su integridad personal.

- Filosofía de los estilos de vida.

La filosofía es praxis analítica y crítica del lenguaje, un estilo de vida y de pensar, no una doctrina. Frase abierta a múltiples sentidos, reveladora y a la vez enigmática como la vida misma. Todo lo que se puede decir, se puede decir claramente; y de lo que no se puede hablar, hay que callarse. Así, según Wittgenstein sólo los enunciados de la naturaleza están dotados de sentido; las proposiciones de la matemática o la filosofía están, en cuanto tales, desprovistas de él, de manera que la única tarea de la filosofía es, para él, la clarificación lógica de los pensamientos. Pero la filosofía queriendo mostrar las celadas del lenguaje, se condena en última instancia al silencio.

En 1999 Wittgenstein decide publicar el resultado de las investigaciones que había venido realizando desde hacía más de 16 años, resultado que marcó un giro sustancial en su filosofía. Los principales temas abordados son la significación, la comprensión, el lenguaje, el pensamiento, la lógica, la cuestión del lenguaje privado, y el análisis de los estados de la conciencia.

El juego lingüístico sólo cobra significación vinculado a una forma de vida que se manifiesta como lo que da conciencia al lenguaje.

Verdadero y falso es lo que los hombres dicen que es, al ponerse de acuerdo en el lenguaje que emplean. No se trata de una conformidad de opinión, sino de forma de vida.

- Epidemiología de los estilos de vida.

En epidemiología, el estilo de vida, hábito de vida o forma de vida es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que

a veces son saludables y otras veces son nocivas para la salud. En los países desarrollados los estilos de vida poco saludables causan numerosas enfermedades. Dentro del triángulo epidemiológico causante de enfermedad, estaría incluido dentro del factor huésped.

-Consumo de sustancias tóxicas: tabaco, alcohol y otras drogas.

-Ejercicio físico.

-Sueño nocturno.

-Conducción de vehículos.

-Estrés.

-Dieta.

-Higiene personal.

-Manipulación de los alimentos.

-Actividades de ocio o aficiones.

-Relaciones interpersonales.

-Medio ambiente.

-Comportamiento sexual.

En los países desarrollados existe la paradoja de que la mayoría de las enfermedades son producidas por los estilos de vida de su población, y sin embargo los recursos sanitarios se desvían hacia el propio sistema social (Sistemas de asistencia sanitaria) para intentar curar estas enfermedades, en lugar de destinar más recursos económicos en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.(Aguirre, 2012, p. 31).

- Rol de enfermería en la promoción de los estilos de vida saludables
El Rol de la Enfermera en los estilos de vida saludables es realizar acciones de promoción y prevención en salud, promoviendo conductas y estilos de vida saludables a nivel de la persona, la familia y la comunidad, a fin de disminuir los factores de riesgo y controlar los problemas de salud. El término de Enfermería Gerontológica fue definido en 1981 por la Asociación Norteamericana de Enfermería (ANE), como la profesión que abarca la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención de las enfermedades y el fomento del auto cuidado en los adultos mayores, dirigidos hacia la restauración y alcance de su óptimo grado de funcionamiento físico, psicológico y social; abarca también el control de

las enfermedades y el ofrecimiento de comodidad y dignidad hasta la muerte La Enfermería es sin duda, el área profesional del equipo de salud que más decidida y profundamente puede impactar en la atención de las personas de edad avanzada. Es de gran importancia el trabajo que realiza la enfermera en el primer nivel de atención, pues en su labor de promoción y prevención, es el personal que puede influir directamente en "aplicar medidas especiales para prevenir o enlentecer las enfermedades crónicas no transmisibles y se reorienten las políticas de salud dirigidas a promover la atención y permanencia del adulto mayor en la comunidad, de manera que la comunidad misma sirva de mecanismo mediante el cual se pueda evitar el confinamiento temprano o innecesario del anciano en su domicilio o en instituciones de larga estancia". El plan de atención, así como el de enseñanza – aprendizaje para los pacientes geriátricos debe adaptarse a sus necesidades de aprendizaje y a su forma de vida. Entre las consideraciones especiales a tener en cuenta durante la valoración, se encuentra el estado funcional y psicosocial del paciente. La falta de apoyo social puede ser un factor importante que disminuya la observancia, lo que es habitual entre los ancianos. Las pérdidas funcionales de percepción sensorial, memoria inmediata y a largo plazo y destreza, así como la limitación de movilidad, afectan la capacidad del anciano para realizar tareas y posiblemente para el aprendizaje. (Aguilar, 2013, p. 33).

Rol del Profesional de enfermería en la Promoción de estilos de vida Saludables en Pacientes con (HTA).

La hipertensión arterial, es una enfermedad que ha ocasionado serios problemas al hombre, ya que en muchos casos es asintomática, lo cual le permite un avance silencioso, aumentando la posibilidad de aparición de complicaciones derivadas de un manejo inadecuado de la enfermedad. En este orden de ideas, las complicaciones más comunes ocasionadas por el manejo inadecuado de la enfermedad, se relacionan con la ocurrencia de accidentes cerebro-vasculares, pérdida de la memoria, disminución de la circulación adecuada de la sangre, aparición de lesiones en los ojos por tensión ocular alta, aparición de glaucoma y disminución de la visión entre

otras. Es de vital importancia la participación del Profesional de enfermería en la promoción de estilos de vida saludables, ya que en la mayoría de los casos son los profesionales del equipo de salud que establecen el primer y último contacto con el paciente, y que además por la naturaleza del trabajo de asistencial directa permanecen la mayor parte del tiempo al lado del enfermo hipertenso. La enfermera por la naturaleza de su trabajo posee la posibilidad de establecer relaciones no sólo de tipo asistencial, sino también de carácter educativo mediante el ejercicio de su rol docente, situación que es de vital importancia en el caso del paciente hipertenso, por ser esta una enfermedad que requiere de modificaciones en cuanto a los hábitos de vida y el desarrollo de una conciencia crítica individual que le permita asumir los autocuidados que debe observar, con relación a la dieta, el descanso, la visita al médico, la importancia del ejercicio, el control de los factores de riesgo tales como el uso de medicamentos, anticonceptivos, manejo del estrés, uso de la sal y posición inadecuada del cuerpo sobre todo en cuanto a las extremidades se refiere.(Barreto, 2004, p. 12).

- Teorías o modelo de enfermería

Modelo de promoción de la salud de Nola, J. Pender

El modelo de promoción de la salud integra las perspectivas de enfermería y las ciencias conductuales sobre los factores que influyen en la salud y motivan a los individuos a realizar comportamientos dirigidos a la ampliación de la salud. El modelo de promoción de la salud (MPS) integra tres categorías: características y experiencias individuales, cogniciones y afecto específico de la conducta y el resultado conductual.

Características y experiencias individuales: cada persona tiene características y experiencias personales únicas que afectan las acciones subsecuentes. La importancia de su efecto dependerá de la conducta objetivo. La conducta previa relacionada es propuesta como una variable con efectos tanto directos como indirectos en la probabilidad de realizar las conductas promotoras de la salud. El efecto directo de la conducta pasada en la conducta promotora de la salud actual puede deberse a la

formación del hábito, predisponiendo a la persona a realizar la conducta. Se propone que la conducta previa moldea todas estas cogniciones y afectos específicos de la conducta. Así como la conducta promotora de la salud. Los factores personales son clasificados como biológicos, psicológicos y socioculturales.

Cogniciones y efecto específico de la conducta: esta categoría de variable dentro del MPS es considerada de mayor significancia motivacional, constituyen el núcleo crítico para la intervención, ya que son sujetas a modificación a través de las acciones de enfermería.

Resultado conductual, esta categoría incluye los siguientes conceptos: el compromiso con un plan de acción que inicia un evento conductual e impulsa al individuo hacia la acción, implica los procesos cognitivos subyacentes específicos en un tiempo y lugar y con personas específicas. Sin importar las preferencias contrarias, identifica estrategias definitivas para despertar, llevar a cabo y reforzar la conducta. (Marriner & Ralle, 2007, p.76).

Modelo de adaptación de Sor Callista Roy (1939) Considerada como una teoría de adaptación.

El modelo de Callista Roy es determinado como una teoría de sistemas con un análisis significativo de las interacciones. Contiene cinco elementos esenciales: paciente “valoración”, meta de la enfermería “diagnóstico de enfermería”, salud “planificación”, entorno “ejecución” y dirección de las actividades “evaluación”. Los sistemas, los mecanismos de afrontamiento y los modos de adaptación son utilizados para tratar estos elementos. La capacidad para la adaptación depende de los estímulos a que está expuesto y su nivel de adaptación y este a la vez depende de tres clases de estímulos:

- 1) Focales, los que enfrenta de manera inmediata.
- 2) Contextuales, que son todos los demás estímulos presentes.
- 3) Residuales, los que la persona ha experimentado en el pasado.

Considera que las personas tienen cuatro modos o métodos de adaptación: Fisiológica, auto concepto, desempeño de funciones, y relaciones de interdependencia el resultado final más conveniente es un estado en el cual

las condiciones facilitan la consecución de las metas personales, incluyendo supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio. Este modelo proporciona un sistema de clasificación de los productores de tensión que suelen afectar la adaptación, así como un sistema para clasificar las valoraciones de enfermería. Roy define la salud como un proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; también la considera como la conducta de una persona y la capacidad de la persona para ser un órgano adaptativo. El objetivo del modelo es facilitar la adaptación de la persona mediante el fortalecimiento de afrontamiento y modos de adaptación. (Marriner & Ralle, 2007, p. 76).

B: Hipertensión arterial:

Definición. La hipertensión arterial es el aumento de la presión arterial de forma crónica. Es una enfermedad que no da síntomas durante mucho tiempo y, si no se trata, puede desencadenar complicaciones severas como un infarto de miocardio, una hemorragia o trombosis cerebral, lo que se puede evitar si se controla adecuadamente. Las primeras consecuencias de la hipertensión las sufren las arterias, que se endurecen a medida que soportan la presión arterial alta de forma continua, se hacen más gruesas y puede verse dificultado al paso de sangre a su través. Esto se conoce con el nombre de arterosclerosis. (Pérez, 2014, p.12).

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica que consiste en el incremento constante de la presión sanguínea en las arterias. Una persona es hipertensa si su presión arterial es igual o mayor a 140/90 mmHg en dos o más oportunidades. (Aguirre, 2012, p.28).

La hipertensión es la elevación persistente de la presión sanguínea en las arterias. Dicho estado puede ser periódico o permanente, y ocurre cuando la presión interior se mantiene permanentemente por encima de 140/85 en estado de reposo. La hipertensión denominada “asesino silencioso”, no produce síntomas durante los primeros quince años y pasa inadvertida si no se controla la presión de la sangre. Únicamente en casos avanzados de hipertensión, y no siempre, se presentan síntomas como intenso dolor de cabeza, sangre por la nariz, mareos,

respiración acelerada, enrojecimiento de la cara, desmayos y zumbido de oídos. (Díaz, 2013, p. 8).

✓ Tipos de hipertensión arterial

Según (Fernández, 2015, p.53). Existen dos tipos.

-Hipertensión arterial primaria: Es la que se presenta en la mayoría de los pacientes (95%). No tiene causa identificable, pero está relacionada a factores hereditarios y sobre todo a estilos de vida inadecuados, como la mala alimentación y el sedentarismo. Entre el 90 a 95% de las personas hipertensas no es posible determinar la causa de la elevación tensional, denominando a este tipo hipertensión esencial o primaria. Se plantea que corresponde a una alteración poli génica multifactorial, siendo importante la interacción entre sí de diversos genes y de estos con el medio ambiente. Estudios recientes sugieren que estos genes incluyen aquellos que afectan distintos componentes del sistema renina-angiotensina, sistema caliceína-caninas y el sistema nervioso simpático.

-Hipertensión arterial secundaria: Es debida a una causa identificable, a veces tratable, como las enfermedades renales y endocrinas. Un número proporcionalmente escaso de hipertensos corresponde a distintos tipos de hipertensión secundaria, donde se pueden identificar causas específicas de la hipertensión. La aparición de hipertensión en menores de 30 años o mayores de 50 años, la magnitud importante o el difícil manejo de la presión o la aparición de complicaciones precozmente, sugieren una causa secundaria. Tradicionalmente se estimaba que la causa más frecuente de hipertensión secundaria corresponde a la enfermedad renal crónica (5%), luego la siguen la hipertensión reno vascular, coartación de la aorta, apnea del sueño.

✓ Clasificación de la hipertensión arterial.

Según velardez, (2015, p.55). Lo clasifica:

Clasificación	Sistólica mmHg	Diastólica mmHg
Pre hipertensión	120- 139	80- 89
Hipertensión:	140	90

HTA. Estadio I	140- 159	90-99
HTA. Estadio II	160- 179	100- 109
HTA. Estadio III	<=180	<=110

✓ Epidemiología de la hipertensión arterial

A nivel mundial, más de uno de cada cinco adultos tiene la tensión arterial elevada, un trastorno que causa aproximadamente la mitad de todas las defunciones por accidente cerebrovascular o cardiopatía. Complicaciones derivadas de la hipertensión son la causa de 9,4 millones de defunciones cada año en el mundo.

En casi todos los países de ingresos altos, el diagnóstico y tratamiento generalizado de esas personas con medicamentos de bajo costo ha propiciado una reducción significativa de la proporción de personas con tensión arterial elevada, así como de la tensión arterial media en todas las poblaciones, lo que ha contribuido a reducir la mortalidad por enfermedades del corazón. Por ejemplo, el 31% de los adultos en la Región de las Américas de la OMS padecía tensión arterial elevada en 1980, en comparación con 18% en 2014. (Nieves, 2015, p. 9).

La hipertensión afecta a entre el 20% y el 40% de los adultos en Latinoamérica y el Caribe, lo que representa alrededor de unos 250 millones de personas. La presión arterial elevada es el principal factor de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares como enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebrovasculares. Cada año, alrededor de 1.6 millones de personas mueren en Latinoamérica y el Caribe, de ellos, medio millón antes de cumplir los 70 años. (Arellanos, 2013, p.18).

En cambio, los países de ingresos bajos tienen la prevalencia más elevada de tensión arterial elevada. En la Región de África de la OMS se estima que en muchos países más del 30% de los adultos sufre hipertensión, y esa proporción va en aumento. Asimismo, los valores medios de la tensión arterial en esta región son mucho más altos que la media mundial.

En el Perú, hasta fines del año 1993 existían pocos trabajos publicados en revistas científicas sobre la prevalencia de la HTA, los cuales se realizaban en grupos pequeños de poblaciones y permitían inferir que la prevalencia en la costa era del orden del 17%, mientras que en la sierra y selva la cifra alcanzaba el 5% (4).

Teniendo en cuenta el reporte del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el año 2014 se encontró un 14,8% de prevalencia de HTA en la población de 15 y más años de edad; siendo los hombres los más afectados (18,5%) que las mujeres (11,6%). La prevalencia de HTA es mayor en Lima Metropolitana (18,2%), seguido por la Costa sin Lima Metropolitana (15,5%). La menor prevalencia se registró en la Selva (11,7%) y en la Sierra (12,0%) (5). (Valdivia, 2015, p.12).

- ✓ Factores de riesgo en los estilos de vida: Las posibilidades de padecer de hipertensión son mayor si:
 - Tienes familiares con esta enfermedad.
 - Consumes tabaco.
 - No realizas actividad física.
 - Tienes obesidad o sobrepeso.
 - Tienes alteraciones en los niveles de colesterol y triglicéridos.
 - Sufres de estrés o depresión. Sufres de diabetes.

C. Adulto mayor

Definición adulto mayor: El adulto mayor es la población comprendida entre los 60 a más años de edad. El definir la salud de las personas que envejecen no en términos de déficits, sino de mantenimiento de la capacidad funcional, resulta importante para establecer una estrategia adecuada de cuidados, así como las orientaciones para cada uno de los posibles servicios de salud destinados a las personas adultas mayores. (Norma Técnica de Salud para la atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores, 2006, p.14).

Es el grupo etario que comprenden personas que tienen más de 60 años de edad, por lo general se considera que los adultos mayores, solo por haber alcanzado este rango de edad, son los que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos. Por tanto, un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue después de la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. Porque es precisamente durante esta fase que el cuerpo y las facultades cognitivas de las personas se van deteriorando. (Edward, 2013, p. 26).

Una persona mayor es una persona “vieja” con determinadas características: tiene canas y arrugas, se mueve con lentitud, etc. La vejez está considerada como la etapa del ciclo vital que empieza alrededor de los 60 años y que finaliza con la muerte. Es un proceso de cambios determinados por factores fisiológicos, anatómicos, psicológicos y sociales. La mayoría de las definiciones sobre la vejez enfatizan el aspecto biológico y plantean que es: un proceso progresivo desfavorable de cambio a nivel fisiológico y anatómico, producto del paso del tiempo y que concluye invariablemente con la muerte. La edad efectiva de una persona puede establecerse teniendo en cuenta cuatro tipos de edades: edad cronológica: es el número de años transcurridos desde el momento del nacimiento. Edad biológica: está determinada por el estado funcional del organismo, es decir por el grado de deterioro de sus órganos y tejidos. Edad psicológica: representa el funcionamiento del individuo en cuanto a su competencia conductual y adaptación. Edad social: establece y designa el papel del individuo que debe desempeñarse en la sociedad. (Pérez, 2012).

Es aquella persona por arriba de los 60- 65 años, este umbral es sin duda arbitrario y no puede contemplarse la multidimensionalidad de un estado que depende de muchos factores en los que la edad por sí sola nada significaría, esta época coincide con la edad de retiro en la mayoría de los países. (Zavaleta, 2012, p.6).

Proceso de envejecimiento: El envejecimiento supone un proceso dinámico que se inicia en el mismo momento que nacemos y se desarrolla a lo largo de nuestra

vida, este proceso no se produce por igual ni de manera uniforme para todas las personas, ni tampoco en una misma persona, envejecen a la misma velocidad los distintos componentes de su organismo. Además, el proceso de envejecimiento está influido por factores derivados de las enfermedades y padecimientos acumulados a lo largo de la vida. Todos estos factores, así como los acontecimientos estresantes a los que ha sido sometido el individuo, El proceso de envejecimiento también se ve influenciado por el estilo de vida que ha llevado el sujeto y por los factores de riesgo y ambientales a los que haya estado sometido. En el envejecimiento van a influir tanto genéticos como ambientales. Por ejemplo, el deterioro en la producción de sustancias antioxidantes que contrarrestan la acción de los radicales libres, sustancias capaces de dañar distintas estructuras celulares, favorecen así el envejecimiento del organismo. Los factores ambientales (radiaciones, agentes químicos, humos de automóviles, luz solar, oxidación de fármacos, alimentos, ejercicio, etc.). Podemos decir que el envejecimiento va a depender del medio ambiente que lo rodea. (Pérez, 2013, p.32).

Cambios durante el proceso de envejecimiento: El proceso de envejecimiento está condicionado por cambios a tres niveles: cambios biológicos, psicológicos y sociales.

- ✓ Cambios Biológicos: a partir de la madurez, los cambios que se producen llevan al deterioro progresivo del organismo. Modificaciones en el aspecto externo.
 - Piel: aparición de arrugas, pérdida de elasticidad y deshidratación, palidez, etc.
 - Cabello: disminución de la velocidad del crecimiento, aparición de canas, aumenta el vello de diversas zonas (nariz, orejas, etc.), tendencia a la calvicie, etc.
 - Uñas: crecimiento más lento, más duras, sobre todo en los pies más difícil de cortar.
 - Músculo esquelético:

-Huesos: disminución de la masa ósea y desmineralización conocida como osteoporosis (más frecuente en la mujer).

-Cambios posturales: tendencia a inclinar la cabeza hacia adelante lo que provoca una disminución de la talla.

-Músculos: hay pérdida gradual de la masa y la potencia muscular.

-Articulaciones: van a sufrir limitación funcional, porque se van desgastando dando lugar a deformidades.

-Sistema Cardiocirculatorio:

-Corazón y vasos sanguíneos: el corazón pierde fuerza y capacidad para bombear la sangre, en las paredes de los vasos se van acumulando sustancias, lo que hace que se vuelva más rígidas, se produce un aumento de la presión arterial. Sangre: puede aparecer anemia, siendo más frecuente en mujeres que en hombres.

-Aparato Respiratorio:

En los pulmones disminuye la elasticidad y la función respiratoria apareciendo fatiga al realizar esfuerzo físico.

-Aparato Digestivo:

Boca: pérdida de piezas dentarias, la utilización de prótesis mal ajustadas, el mal estado de los dientes y las encías pueden producir dificultades en la masticación, disminución de la producción de la saliva (produce sequedad de boca y pérdida del gusto). También se produce disminución de la absorción de nutrientes y en la secreción de sustancias necesarias para la digestión.

-Sistema Nervioso:

Se produce un enlentecimiento de los movimientos, alteraciones del sueño y disminuye la sensibilidad al calor, frío, al dolor. (Pérez, 2000, p. 19).

✓ Cambios Psicológicos:

El envejecimiento de las funciones psicofisiológicas varía de un individuo a otro y depende del entrenamiento durante la vida, del medio cultural y del nivel intelectual. Los principales cambios se dan en las capacidades intelectuales y de los rasgos de personalidad y carácter.

-Cambios en las capacidades intelectuales: a partir de los

30 años se produce una disminución de las funciones intelectuales y se acelera a partir de los 60-65 años. En la inteligencia se produce una reducción de la eficiencia. Hay una pérdida de la capacidad para resolver problemas nuevos que influyen en la capacidad de aprendizaje. Disminución en la capacidad de concentración, la memoria se ve especialmente afectada.

-Cambios en la personalidad y en el carácter: se envejece tal como se ha vivido, es decir se va acentuar rasgos de carácter, pero no aparecen cambios de comportamiento. Se produce una disminución de la capacidad de adaptación cuando la causa es el miedo entre las situaciones desconocidas, por lo que la persona mayor desea entre todo un entorno estable y conocido que le ofrezca seguridad. (Pérez, 2000, p. 19).

➤ Cambios Sociales

El principal cambio que se produce en la persona mayor es el nuevo papel que desempeña en la sociedad. Se pasa de ser productivo (trabajador) a ser improductivo (jubilado).

-Cambio de rol individual: la persona mayor como individuo único: la respuesta individual de mayo frente a la vida está condicionada por sus creencias religiosas, cultura, factores educacionales, el estado físico y situación social. Como integrante del grupo familiar: se produce un cambio en las relaciones familiares, las relaciones entre los hijos y nietos pasan por dos etapas diferentes. La primera cuando la persona mayor es independiente y no tiene problemas de salud, realiza tareas domésticas y se encarga del cuidado de los nietos. La segunda etapa inicia en que aparecen problemas de salud y dependencia se da cuenta que sus opiniones y decisiones ya no tiene ningún valor. La persona mayor capaz de afrontar las pérdidas: la ancianidad es una etapa de la vida del hombre caracterizada por las pérdidas (pérdida de las facultades físicas o psíquicas, pérdidas afectivas, pérdidas económicas, etc.)

-Cambio de rol en la comunidad: en el rol laboral, el gran cambio viene dado por el momento de la jubilación, es la situación de una persona que tiene derecho a una remuneración o pensión, después de haber cesado total o parcialmente en su profesión u oficio. (Pérez, 20009, pp. 19-23).

Problemas más comunes en los adultos mayores:

Tenemos como es la diabetes mellitus, falla cardíaca, cáncer, peculiaridades en el envejecimiento, la piel, consideraciones en geriatría dolor físico y emocional osteoartritis, estreñimiento, reumatismo enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), infecciones respiratorias, convulsiones, enfermedad vascular cerebral:

Hipertensión arterial: es un problema frecuente en las personas adultas mayores, con una frecuencia estimada más del 60% es un serio asunto de salud pública porque constituye uno de los principales factores de riesgo reversibles para una cantidad de problemas incapacitantes y enfermedades que son causas frecuentes de mortalidad, en particular cerebrovasculares y cardiovasculares, muchos pacientes ignoran que padecen hipertensión y apenas un 30% reciben tratamiento. Se considera pre hipertensión a las cifras de tensión arterial sistólica entre 120- 139 mmHg y cifras de tensión arterial diastólica de 80 – 89 mmHg, pacientes que, aunque no tienen indicación de tratamiento con fármacos si necesitan recomendaciones en el cambio del estilo de vida. (Rodríguez & Lozano, 2007, p. 240).

A partir de cifras de tensión arterial sistólica de 140 - 159 mmHg y tensión arterial diastólica de 90 - 99 mmHg los pacientes se consideran hipertenso estadio I y con cifras tensionales sistólica mayor e igual a 160 mmHg y tensión arterial diastólica mayor e igual a 100 mmHg los pacientes se consideran hipertenso estadio II, por tanto, necesitan tratamiento farmacológico para reducir sus cifras de presión arterial y el riesgo de sufrir procesos cardiovasculares. Otra clasificación de la hipertensión arterial es según la causa donde puede ser primaria donde no tiene una causa conocida o secundaria donde se encuentran como causas los trastornos de tipo renal, endocrinos; según el daño orgánico: fase 1 existe daño orgánico, fase 2 existe dos o más daños orgánicos, puede haber hipertrofia del ventrículo izquierdo, aumento de la creatinina plasmática y aumento de proteinuria, fase 3 existe daño en cualquier célula diana como riñón, corazón, retina y cerebro. (Rodríguez & Lozano, 2007, p. 240).

3.2. Definición de términos básicos

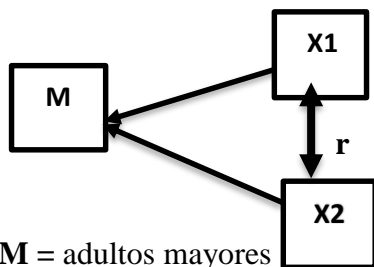
- **Estilo de vida:** Conjunto de conductas, hábitos o comportamientos de salud de los adultos mayores referentes a su nutrición, actividad física, la manera de relacionarse con los demás, manejo de tensiones y su responsabilidad por su salud.
- **Adulto mayor:** Son las personas de sexo femenino y masculino de 60 a más años de edad.
- **Hipertensión arterial:** se caracteriza por un aumento de la presión arterial por encima de los valores de referencia normales, (120/80 mmHg) se considera pre hipertensión (139/89 mmHg), hipertensión se considera 140/90 mmHg, en adultos mayores.
- **Saludables:** Son hábitos y costumbres que cada persona realiza para lograr un desarrollo y un bienestar, sin atentar contra su propio equilibrio biológico y su relación con su ambiente natural, social y laboral.
- **No saludables:** Son los que conllevan a la persona al deterioro de su aspecto biológico, psicológico y social, llevándolo a pérdidas físicas y en sí de su integridad personal.

IV. MATERIAL Y METODO:

4.1. Diseño de la investigación:

La presente investigación fue de enfoque cuantitativo, de nivel relacional, de tipo: observacional, según la planificación de la toma de datos es prospectiva, según el número de ocasiones en que se midió las variables de estudio fue transversal, y según el número de variables de interés fueron analítica. (Supo, 2014, p. 16).

De enfoque cuantitativo porque permitió cuantificar los datos mediante el uso de la estadística. De nivel relacional porque relaciono dos variables entre sí. Tipo de investigación: Observacional porque no se manipularon las variables ya que los datos reflejaron la evolución natural de los eventos; Prospectivo porque los datos se recogieron de fuente primarias para la primera variable y para la segunda variable se obtendrá los datos de las historias clínica. Transversal por que las variables se midieron en una sola ocasión. Analítica porque el análisis estadístico fue bivariado. El diagrama de este tipo de estudio es el siguiente:



M = adultos mayores

X1 = estilos de vida

X2 = Hipertensión arterial

4.2. Universo, población, muestra.

Universo maestral:

El universo estuvo constituido por 50 adultos mayores hipertensos que se registran en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva (registro de atención a la persona adulta mayor (PAM)).

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores dispuestos a colaborar con la investigación

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que fallezcan dentro de tiempo de estudio.

Población: de acuerdo a criterios de selección la población estará constituida por los 50 adultos mayores hipertensos que se registran en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva.

Muestra: Para esta investigación se utilizó el 100% de la población, por lo tanto, la población / maestra estuvo constituida por 50 adultos mayores hipertensos que se registraron en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva.

4.3. Métodos, técnicas, e instrumento de recolección de datos

Método y Técnica.

Se hizo uso del método de la encuesta y la técnica del cuestionario

Instrumento de recolección de datos:

Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario de 30 ítems que fue resuelto en un tiempo de 15 a 20 minutos, se utilizó para medir la primera variable (estilos de vida del adulto mayor) la técnica del cuestionario con el instrumento: elaborado por, Walker, K. Sechrist, (2007) usando la escala ordinal, el cual tuvo el siguiente calificativo: y para la segunda variable (hipertensión arterial) se utilizó una ficha de recolección de datos.

Hallando niveles generales:

estilos de vida:

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

Estilos de Vida en la Dimensión Biológica:

- Estilos de vida no saludable: 11 - 27.5.
- Estilos de vida saludable: 29 – 44.

Estilos de vida en la dimensión psicológica:

- Estilos de vida no saludable: 9-25.5.
- Estilos de vida saludables: 24- 36

Estilos de vida en la Dimensión Social:

- Estilos de vida no saludable: 10 – 25.

- Estilos de vida saludable: 26 – 40

Considerando que:

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

4.4. Procedimiento de recolección de datos

En cuanto al procedimiento de recolección de datos se tuvo en cuenta las siguientes etapas:

- ✓ Selección del instrumento de medición teniendo en cuenta la operacionalización de las variables de estudio.
- ✓ El instrumento se aplicó a los actores involucrados en la presente investigación, se realizó en forma colectiva por exigencias y fines propios de la investigación.
- ✓ Por último, se realizó el proceso de recolección de datos, se elaboró la tabulación de las mediciones obtenidas para su respectivo análisis estadístico.

4.5. Análisis de datos:

Los datos fueron procesados mediante el sistema automatizado, haciendo uso del programa SPSS – versión 21. Microsoft Word y Excel. Luego para realizar el análisis de relación entre variables de estudio y contrastar la hipótesis. Se utilizó la prueba estratificada no paramétrica del Ji – cuadrado con un nivel de significancia de 0.05 (95% de confiabilidad y 5% margen de error). Los resultados se presentaron en tablas simples, y figura de barras.

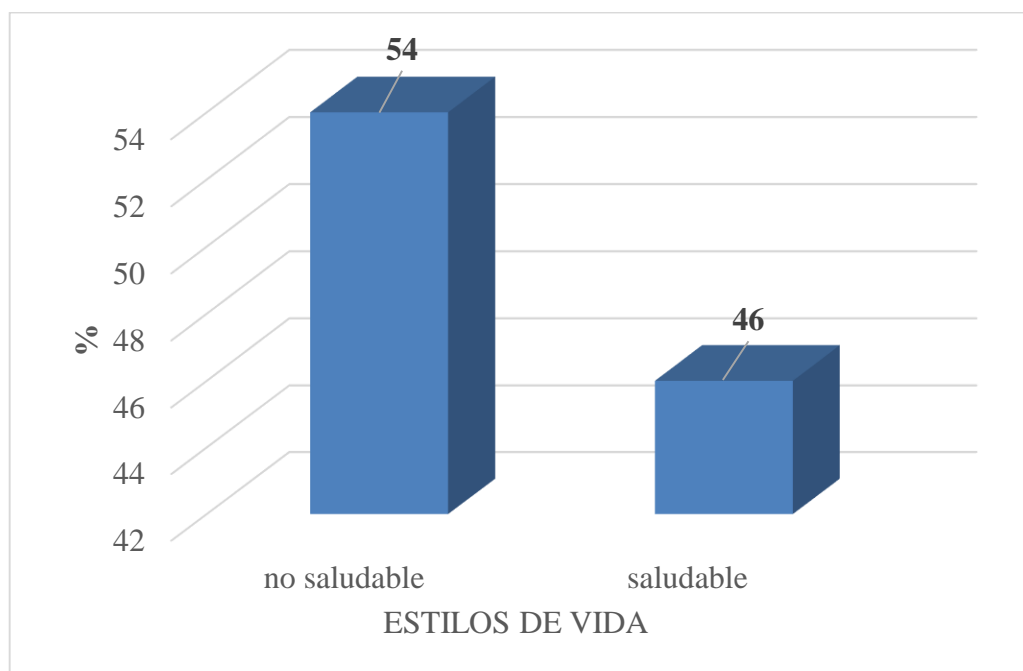
V. RESULTADOS:

Tabla 01: Estilos de vida de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva, Chachapoyas 2017.

Estilos de vida	fi	%
No saludable	27	54
Saludable	23	46
Total	50	100

Fuente: encuesta estilos de vida del adulto mayor

Figura 01: Estilos de vida de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva, Chachapoyas 2017.



Fuente: tabla 01

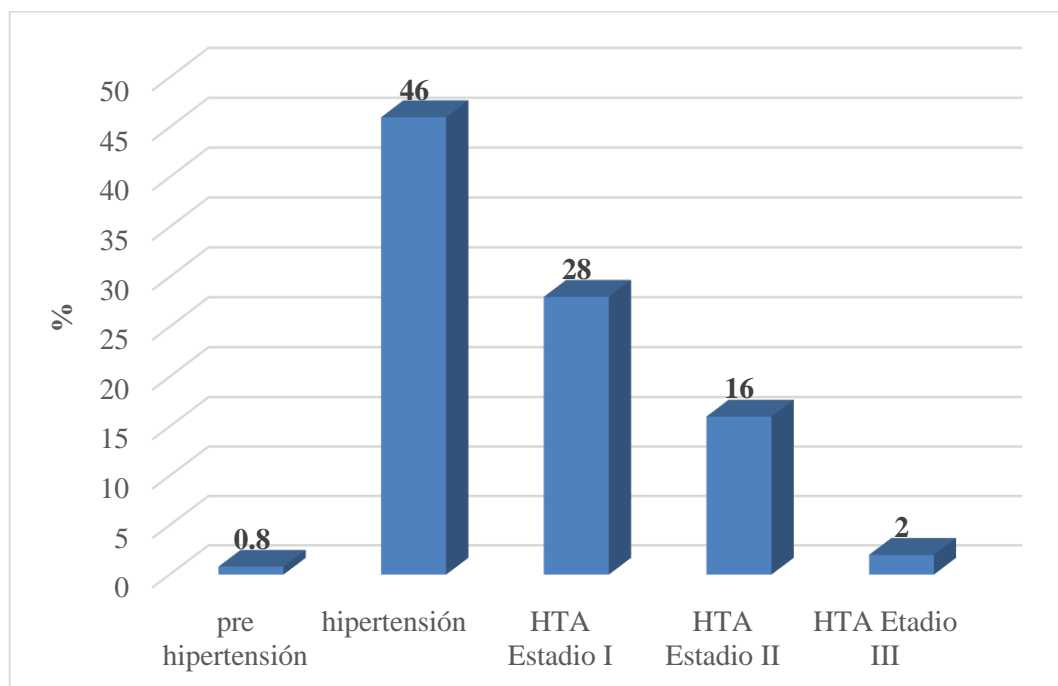
En la tabla y figura 01 se observa que del 100 % (50) de los adultos mayores en estudio, el 54 % (27) tiene un estilo de vida no saludable y un solo un 46 % (23) tiene un estilo de vida saludable.

Tabla 02. Hipertensión arterial de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva, Chachapoyas 2017.

hipertensión arterial	fi	%
pre hipertensión	4	8
hipertensión	23	46
HTA Estadio I	14	28
HTA Estadio II	8	16
HTA Etadio III	1	2
TOTAL	50	100

Fuente: registro de historias clínicas

Figura 02. Hipertensión arterial de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva, Chachapoyas 2017.



Fuente: tabla 02

En la tabla y figura 02 se observa que del 100 % (50) de los adultos mayores en estudio, el 8 % (4) tiene pre hipertensión el 46 % (23) tiene hipertensión el 28 % (14) tiene HTA estadio I el 16 % (8) tiene HTA estadio II y el 2 % (1) tiene HTA estadio III.

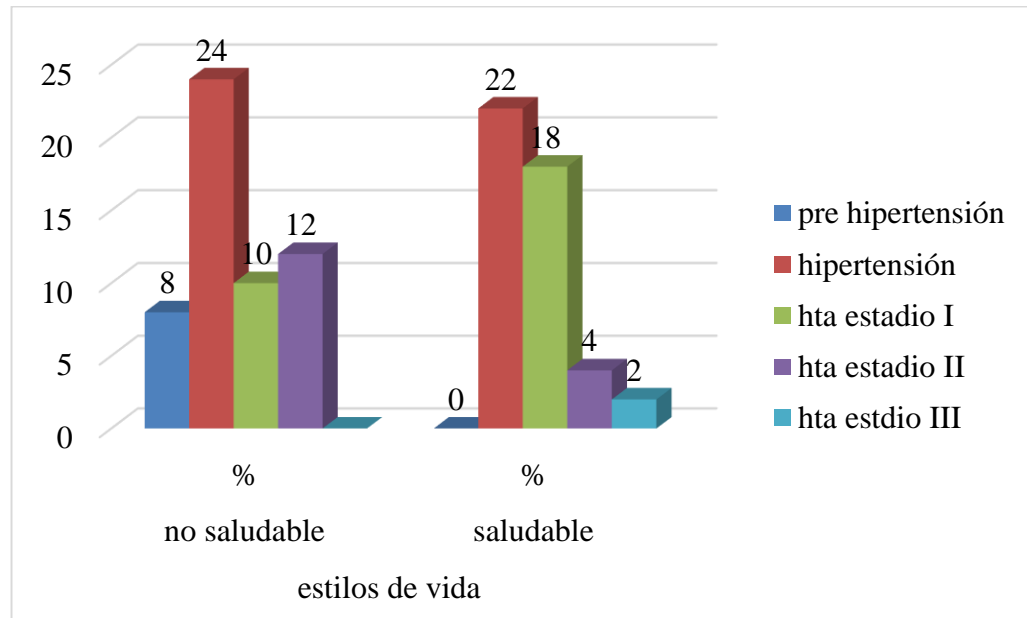
Tabla 03: Relación entre los estilos de vida e hipertensión arterial en los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva, Chachapoyas 2017.

Nivel de hipertensión	Estilos de vida				total	
	no saludable		saludable			
	fi	%	fi	%	fi	%
Pre hipertensión	4	8	0	0	4	8
Hipertensión	12	24	11	22	23	46
Hta estadio I	5	10	9	18	14	28
Hta estadio II	6	12	2	4	8	16
Hta estadio III	0	0	1	2	1	2
Total	27	54	23	46	50	100

Fuente: encuesta de estilos de vida en adultos mayores y ficha de recolección de datos.

$$X^2 = 7,917 \quad gl= 4 \quad p= 0,095 > 0.05$$

Figura 03: Relación entre los estilos de vida e hipertensión arterial en los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva, Chachapoyas 2017.



En la tabla y figura 03 se observa que de los adultos mayores con estilos de vida no saludables el 8% (4) presento pre hipertensión, el 24 % (12) hipertensión, el 10 % (5) HTA estadio I, el 12% (6) HTA estadio II y el ninguno (0 %) HTA estadio III y cuanto a los adultos mayores con estilos de vida saludable, ninguno (0 %) presentó pre hipertensión, el 22 % (11) presentó hipertensión, el 18 % (9) HTA estadio I, el 4 % (2) HTA estadio II y el 2 % (1) HTA estadio III.

Para el análisis de relación de variables, se utilizó la prueba estadística no paramétrica de Chi cuadrado, cuyos resultados ($X^2 = 7.917$; $gl= 4$; $p= 0,095 > 0.05$) indican que no hay relación entre las variables estilos de vida e hipertensión arterial en los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva de Chachapoyas, por lo tanto ambas variables son independientes entre sí.

De estos resultados se puede deducir que los estilos de vida no estarían influenciando de manera determinante en el estado de hipertensión de los adultos mayores en estudio, por lo tanto, existirían otras variables que estarían relacionándose con el nivel de hipertensión de dichos adultos mayores.

VI. DISCUSIÓN:

En la tabla y figura 01 se observa que del 100 % (50) de los adultos mayores en estudio, el 54 % (27) tiene un estilo de vida no saludable y solo un 46 % (23) tiene un estilo de vida saludable.

En la dimensiones biológica, psicológica, social, del 100% (50) el 28 % (14) tienen un estilo de vida no saludable y el 72 % (36) tiene un estilo de vida saludable. En la dimensión psicológica tiene estilo de vida no saludable 20% (10) y saludable 80% (40). En la dimensión social tiene estilo de vida no saludable el 100% y saludable ninguno.

Según edad y estilos de vida se evidencia que del 100% (50) de 70- 79 años tienen un estilo de vida no saludable en un 70% (35) de 60 a 69 años tienen un estilo de vida saludable el 51.4% (25.7).

En cuanto al sexo del 100 (50) sexo masculino tiene un estilo de vida no saludable en un 54 % (27) y en femenino tiene un estilo de vida saludable en un 46 % (23).

Similar resultado encontró Cáceres (2014) Lima – Perú. en un estudio sobre estilos de vida en pacientes del programa de hipertensión arterial del hospital I Carlos Alcántara, cuyos datos indican que el 71 % de los pacientes refieren practicar estilos de vida no saludables y solo el 29 % estilos de vida saludables.

Así mismo según Cruz et al (2014) Puno- Perú en su estudio realizado sobre estilos de vida de los adultos mayores, encontró que dichos estilos resultan poco saludables en las categorías hábitos alimentarios en un 52.5 %; en la categoría actividad física en un 57.5 %; en la recreación en un 62.5 %; en la categoría sueño el 25 %. Los estilos de vida de los adultos mayores hipertensos son poco saludables en tres dimensiones de las 4 consideradas en el estudio; se debe tomar en consideración estos resultados para mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores hipertensos del programa especialmente en las categorías hábitos alimentarios, recreación, actividad física, y continuar con la vigilancia de los estilos de vida principalmente en los adultos mayores que acuden al programa citado para contribuir a mejorar su calidad de vida.

Por otro lado, también Aguilar (2012) encontró diferentes resultados en su estudio realizado en el adulto mayor que asiste al hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo, obteniéndose que del 100 % adultos mayores, el 54 % tienen un estilo de vida saludable y 46 % estilo de vida no saludable. Al analizar los resultados por dimensiones, se tiene que en la dimensión biológica 52 % tienen un estilo de vida saludable y 48 % tienen un estilo de vida no saludable, en la dimensión social 72 % tienen un estilo de vida saludable y 28 % tienen un estilo de vida no saludable, en la dimensión psicológica 62 % tienen un estilo de vida no saludable y 38 % tienen un estilo de vida saludable.

Citando a Cruz (2015), también cuyos resultados evidencian que los estilos de vida de los adultos mayores resultan poco saludables en las categorías hábitos alimentarios en un 52.5 %; en la categoría actividad física en un 57.5 %; en la recreación en un 62.5 %; en la categoría sueño el 25 % y el 75% resultó su estilo de vida saludable; siendo similar al presente estudio.

Como se puede ver en las investigaciones revisadas, en algunos casos indican que los adultos mayores presentan estilos de vida saludables y en otros casos estilos de vida no saludables; en nuestro estudio se encontró que predominantemente presentan estilos de vida no saludables. Es importante que se realicen más investigaciones a fin de determinar los factores que estarían condicionando esta situación.

La mayoría de adultos mayores presentan un estilo de vida no saludable lo cual evidencia los inadecuados hábitos alimenticios, la práctica de ejercicios, descanso y sueño, las inadecuadas relaciones Interpersonales, los hábitos nocivos y el control de las emociones.

En tal sentido la entidad Revolución Saludable (2017) para prevenir el desarrollo de enfermedades crónicas es sumamente importante que las personas inviertan a lo largo de sus vidas en construir hábitos que promuevan un envejecimiento más saludable y responsable. Uno de los factores protectores más relevantes para la salud en la vejez es el ejercicio físico, que no sólo mantiene a los adultos activos y energizados, sino que además es una medida que previene la pérdida de la masa muscular que se produce como resultado natural del envejecimiento, así como también el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas.

También Araya (2012) complementa que los adultos mayores no solo deben enfrentarse a los cambios físicos e intelectuales propios de su ciclo evolutivo, sino que también al cambio en su estilo de vida, de roles y de responsabilidades sociales. Sin lugar a dudas, que la adaptación a esta serie de cambios puede impactar fuertemente en su calidad de vida.

De la discusión realizada se puede indicar que los adultos mayores en estudio tienen predominantemente estilos de vida no saludables, lo que resulta preocupante puesto que esto podría predisponer otros problemas de salud y complicar su estado, es necesario que como profesionales de la salud realicemos investigaciones para determinar los factores relacionados con el problema y así proponer alternativas de solución para mejorar los estilos de vida del adulto mayor.

En la tabla y figura 02 se observa que del 100 % (50) de los adultos mayores en estudio, el 8 % (4) tiene pre hipertensión el 46 % (23) tiene hipertensión el 28 % (14) tiene HTA estadio I el 16 % (8) tiene HTA estadio II y el 2 % (1) tiene HTA estadio III.

en cuanto a la hipertensión arterial y las dimensiones biológicas, psicológica, social del 100% (50) el 46 % tiene hipertensión y un 2% presenta HTA Estadio III.

Según edad del 100% (50) se evidencia que de 60 – 69 años tiene hipertensión arterial en un 43% en las mismas edades se encuentra un 2% con HTA estadio III.

En cuanto al sexo del 100% (50) femenino tiene hipertensión en un 51% y masculino el 33% tiene hipertensión.

Con respecto al estudio realizado por Zela et al (2015) Perú se observa similitudes en los resultados muestran que el 41.7% de adultos mayores presenta un nivel presión arterial normal, 40.8% presentan pre hipertensión, 17.5 % presentan hipertensión estadio I

Según Aguas (2012) Ecuador con respecto a su estudio realizado encontró prevalencia de hipertensión arterial alcanza el 32%).El 55% fueron de género femenino y 45% masculino; el 99% fue población afro ecuatoriana. Se encontró un 28% de adultos >65

años de edad; el 61% de personas fueron analfabeta/os. La prevalencia de hipertensión arterial alcanzó el 32% y este fue mayor en adultos mayores de 61 años de edad, en dicho grupo de edad, también se encontró mayor riesgo cardiovascular. Se presentó HTA en personas que tuvieron alto consumo de sal (> de 6 gr.). No se encontró relación entre la presencia de hipertensión arterial y práctica de actividad física, no está directamente relacionada con la presencia o ausencia de HTA.

Según Díaz, (2010) Venezuela en su estudio prevalencia de hipertensión arterial y su relación con deterioro cognitivo en adultos mayores se plantea la realización de esta investigación en el sector Boca del Monte de Caicara de Maturín, Estado Monagas. Se estudiaron 81 casos de los cuales 55,55% correspondieron al sexo femenino y 44,44% al sexo masculino, el grupo de edad más frecuente el de 60- 64 años con 32,09%. La hipertensión arterial presentó una prevalencia de 51,85%; el grupo edad más frecuente fue de 60-64 años con 17,28%, de 65-69 años con 14,81%. En relación a los antecedentes familiares de HTA se presentó en un 33,33% de los pacientes hipertensos, se registró que el 30,86% tenían hábitos tabáquicos y 29,62% consumen bebidas alcohólicas, el 34,56% de los pacientes presentaron peso normal, un 13,58% presentó sobrepeso, y 3,70% con obesidad tipo I dada la clasificación de hipertensión arterial el 14,28% son normo tenso, 26,19% pre hipertenso, 35,71% se ubicó en el estadio I y 23,80% en el estadio II.

MINSA (2015) La importancia de la prevención de la hipertensión arterial en adultos mayores es considerada un factor de riesgo ya que puede afectar a diferentes órganos, tales como el corazón, riñón, cerebro, vasos arterias y otros. La prevalencia a nivel mundial ha ido aumentando progresivamente, estimando que para el año 2025 la padecerían 1.500 millones de personas. Un estudio transversal multipaís realizado en adultos de 50 a 70 años reclutados durante el periodo 20012-2014, encontró que solo 46,5% de las personas diagnosticadas de hipertensión arterial estaban conscientes de su diagnóstico. A su vez, se encontró que el 87,5% de personas diagnosticadas recibía tratamiento farmacológico, y de ellos, solo el 32,5% estaba controlado" siendo más frecuente en hombres (18.5%) que en mujeres (11.3%).

En el presente estudio realizado en adultos mayores se identificó la hipertensión según su clasificación. Del 100% (50) un porcentaje considerable 46% tiene hipertensión y en

menor porcentaje HTA Estadio III, 2%; así mismo se evidencia según el estudio realizado existe deficiencia en los servicios de salud para su tratamiento y control de la misma ya que como profesionales de la salud se debe realizar la medición correcta de la presión arterial y de esta manera diagnosticar para su control y tratamiento de forma oportuna.

En la tabla y figura 03, los resultados de la prueba estadística de chi cuadrado ($X^2 = 7.917$; $gl= 4$; $p= 0,095 > 0.05$) indican que no hay relación entre las variables estilos de vida e hipertensión arterial en los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva de Chachapoyas, por lo tanto, ambas variables son independientes entre sí. De estos resultados se puede deducir que los estilos de vida no estarían influenciando de manera determinante en el estado de hipertensión de los adultos mayores en estudio, por lo tanto, existirían otras variables que estarían relacionándose con el nivel de hipertensión de dichos adultos mayores.

En su estudio realizado Zela et al se observa diferentes resultados del estudio antes mencionado. En su resultado muestran que el 41.7% de adultos mayores presenta un nivel presión arterial normal, 40.8% presentan pre hipertensión, y 17.5 % presentan hipertensión estadio I. Los resultados de estilo de vida muestran que el 50.5% presenta un estilo de vida saludable, el 25.2% estilo de vida muy saludable, y el 24.3% estilo de vida poco saludable. Existe una asociación negativa moderada entre hipertensión arterial y estilo de vida en adultos mayores ($Rho= -.408$) y significativa ($sig= .000$) es decir, a mejor estilo de vida menor grado de hipertensión arterial.

Según Janampa, F. (2013). Lima- Perú, en su estudio titulado Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa educativo de hipertensión arterial. Diferentes resultados al estudio antes mencionado sus resultados fueron : Del 100% (38), 58% tienen estilos de vida saludable y 42% tienen estilos de vida no saludable; en relación a alimentación 37 % tienen estilos de vida no saludable y 63% tienen estilos de vida saludable; en relación a actividad física 50% tienen estilos de vida saludable y 50% no tienen estilos de vida saludable; en relación al consumo de sustancias, 47% tienen estilos de vida no saludable y 53% tienen estilos de vida saludable.

Según el estudio realizado por Eurive (2009) Lima - Perú en el Hospital Cayetano Heredia, existe una relación positiva entre los estilos de vida y el control de la presión arterial en pacientes hipertensos; se encontró que el 74 % se estaban controlados y el 26 % pertenecen a los no controlados.

Así mismo, con respecto a los estudios realizados por Zela y Mamani (2015) Perú, los resultados muestran similitudes en los estudios antes mencionados: el 41.7% de adultos mayores presenta un nivel presión arterial normal, 40.8% presentan pre hipertensión, y 17.5 % presentan hipertensión estadio I. Los resultados de estilo de vida muestran que el 50.5% presenta un estilo de vida saludable, el 25.2% estilo de vida muy saludable, y el 24.3% estilo de vida poco saludable. Existe una asociación negativa moderada entre hipertensión arterial y estilos de vida.

Según el estudio de los estilos de vida e hipertensión arterial en los adultos mayores se obtiene resultados realizados con las variables. Realizando el análisis estadístico se evidencia que no existe relación entre variables, esto nos indica que ambas son independientes y por lo tanto la hipótesis es nula.

VII. CONCLUSIONES:

1. La mayoría de adultos mayores del Asentamiento Pedro Castro Alva (54 %) presentan estilo de vida no saludable.
2. La mayor proporción adultos mayores del Asentamiento Pedro Castro Alva (46 %) presentan hipertensión.
3. No existe relación estadísticamente significativa ($X^2 = 7.917$; $gl= 4$; $p= 0,095 > 0.05$) entre los estilos de vida y la hipertensión arterial en los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva de Chachapoyas, por lo tanto, se acepta la hipótesis nula.
4. De estos resultados se puede deducir que los estilos de vida no estarían influenciando de manera determinante en el estado de hipertensión de los adultos mayores en estudio, por lo tanto, existirían otras variables que estarían relacionándose con el nivel de hipertensión de dichos adultos mayores.

VIII. RECOMENDACIONES:

AL MINISTERIO DE SALUD

- Desarrollar programas educativos sobre estilos de vida saludables para la población adulta mayor.
- Actualizar normatividad del adulto mayor
- Hacer campañas sobre estilos de vida saludables
- Desarrollar programas educativos sobre HTA en adultos mayores

A la Escuela Profesional de Enfermería de la UNTRM

- Realizar estudios cuantitativos y cualitativos sobre estilos de vida e hipertensión arterial en adultos mayores.
- Realizar otros estudios similares en distintos lugares, para conocer distintas realidades.

A la Jefatura del Puesto de Salud Pedro Castro Alva

- A los profesionales de la salud que trabajan en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva que sigan educando en forma continua a los usuarios, promoviendo estilos de vida saludables de esta manera prevenir enfermedades crónicas degenerativas como es la Hipertensión Arterial entre otras.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Aguilar, G. (2014). *Estilos de vida del adulto mayor que asiste al hospital materno infantil Villa María del Triunfo*. (Tesis para optar licenciatura), hospital materno infantil Villa María del Triunfo. Lima – Perú. Disponible en <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream>.

Aguilar, R (2012). *Promoción de estilo de vida saludable y prevención de enfermedades crónicas en el adulto mayor*. Recuperado de <http://www.paho.org/blogs/chile/?p=111>.

Alarcón, D., & zapata, k. (2013) *intervención educativa de enfermería en los estilos de vida saludables, alimentación y ejercicio físico del adulto mayor*. (Tesis para obtener el título de licenciada en enfermería) facultad de ciencias de la salud. Chiclayo - Perú.

Aguas, N. (2012) *Prevalencia de hipertensión arterial y factores de riesgo en población adulta afro ecuatoriana de la comunidad la loma, cantón mira, del Carchi*. (Tesis Para optar el Título Profesional de Licenciada en nutrición y salud comunitaria), Universidad Técnica del Norte. Ecuador. <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/2070/1/tesis%20completa%20nelly%20aguas.pdf>.

Bautista, A. (2015). *Habilidad en el cuidado del adulto mayor con hipertensión arterial desde la percepción del familiar, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas*. (Tesis para obtener el título de licenciado en enfermería) facultad de ciencias de la salud. Amazonas.

Barreto, X. (2004). *Estilos de vida saludable en pacientes con hipertensión arterial* (tesis para optar licenciatura) Hospital "Dr. Miguel Pérez Carreño, ubicado en Bellavista-Caracas ", Universidad del Zulia Facultad de Medicina - Escuela de Enfermería, programa especial de profesionalización de enfermería. Recuperado en: [http. México](http://www.mexico.com).

- Colman, J. (2013), *“participación del profesional de enfermería en la promoción de hábitos de salud y el autocuidado destinados a prevenir complicaciones por hipertensión arterial”* (Tesis para obtener el título de licenciada en enfermería) facultad de ciencias de la salud. Universidad tecnológica intercontinental. Caazapá- Paraguay, recuperado en: <http://www.com>, tesis completa de José Colman. PDF.
- Cruz, N. (2015) *“estilos de vida del adulto mayor hipertenso del hospital Carlos Cornejo bizcado – azarango”* (tesis para optar el título de licenciada en enfermería) universidad nacional altiplano- puno, recuperado en http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/2019/Cruz_%20Sanca_Nohely.pdf?sequence=1
- Díaz, A. (2010). *Hipertensión arterial y su relación con deterioro cognitivo en adultos mayores de la población Boca del Monte, Caicara de Maturín. Estado Monagas.* (Tesis para optar título de médico cirujano). Escuela de ciencias de la salud. Universidad del Oriente. Recuperado en: <http://www.Wg9>, d 54 2h Adulto tesis PDF.
- Espinosa E (2013) *documento público Perú, ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables (PAM). Lima - Perú recuperado en:* http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/569/articles-4020_recurso_1.pdf.
- Giraldo, A (2010), *Revista, la promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Colombia. Recuperado en:* http://www.inta.cl/revistas/Adulto_Mayor.pdf.
- Huamán, R., & Vigo M, (2008), *relación entre estilos de vida e hipertensión arterial del adulto y adulto mayor hospital I base Higos Urco- Es Salud Chachapoyas.* (tesis para optar el título de licenciados en Enfermería). Amazonas.

Janampa, F., (2012). *Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa educativo de hipertensión arterial*. (Tesis para optar el título de enfermería cardiológica). Hospital Nacional Arzobispo Loaiza. Lima Perú.
Recuperado en:
http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/3227/3/Janampa_Aucasi_Florabel_2012.pdf

Marriner, A., & Raile, M., (2007) *modelos y teorías en enfermería* 6° edición, Madrid España, editorial. El sevier Mosby, pp-353- 472.

MINSA (2015) mantén tu peso adecuado y consumiendo menos sal previenes la hipertensión arterial entre otras. recuperado en.
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/hipertension/index.html>.

Nieves, M., (2015) guía para manejo de riesgos cardiovasculares (HTA, Cambiar los estilos de vida), recuperado en: <http://www.com>, guía cardiovascular-interior.PDF.

Norma técnica de salud para la atención integral de salud de las Personas Adultas Mayores (2006) MINSA/DGSP- V.01.

Pañi, D., & Quito, (2014). “*estilos de vida que inciden en la hipertensión arterial de los adultos mayores del hogar cristo rey, cuenca*” (tesis para obtener el título de licenciada en enfermería) facultad de ciencias médicas. Escuela de Enfermería. Universidad de Cuenca. Ecuador. Recuperado en: [http:// es. Scribe. Con/doc/1661632640/ tesis- adulto mayor.PDF](http://es.scribepdf.com/doc/1661632640/tesis-adulto-mayor.pdf).

Pérez, M, (2000). *Guía de cuidado de personas mayores*, primera edición, editorial síntesis, Madrid- España, pp. 17-23.

Rodríguez, G., & Lozano G, (2007). *Práctica de la geriatría*, segunda edición, México, editores Mac Graw-Hill Interamericano, pp. 237-290.

- Valerin, L. (2014). *Autocuidado de los adultos mayores del programa de adultos mayores hipertensos, Hospital Regional Virgen de Fátima- Chachapoyas*. (tesis para optar el título de licenciado en Enfermería). Amazonas. Facultad Ciencias de la Salud.
- Valdés, w., & Tovar j., (2010). *Revista, análisis de la situación de salud del Perú*, recuperado en: http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis25.pdf.
- Velasco, J., (2014). *Revista, epidemiología de la situación de salud del adulto mayor a nivel mundial*. Bolivia.
- Velardez, F. (2015). *boletín informativo, portales médicos, conocimientos y clasificación de la hipertensión arterial*. Recuperado en:
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/3344/3/Modificacion-de-conocimientos-sobre-hipertension-arterial-en-pacientes-hipertensos-de-la-Facultad-Independiente-Hermanos-Mara%F>
- zela, L & Mamani, W. (2015)” *Hipertensión Arterial y Estilo de Vida en Adultos Mayores de la Micro Red de Salud Revolución San Román, Juliaca* (tesis para optar el título de licenciado en Enfermería) universidad peruana unión facultad ciencias de la salud escuela profesional de enfermería.
http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/240/Luzmila_Tesis_bachiller_2015.pdf?sequence=1

ANEXOS 01
OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

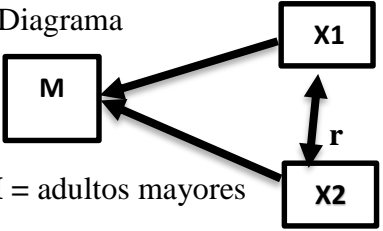
Variable	Def. Variable	Def. Operacional	Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores	Ítems	Categoría		Escala
V1= Esilos de vida de los adultos mayores	Estilos de vida aprendidos y compartidos en un grupo transmitiéndose de generación en generación influyendo en la manera de pensar y actuar, reflejándose en la salud del individuo.	Son un conjunto de patrones de comportamientos identificable y relativamente estable en el individuo o en una sociedad determinada. Será medido a través de un formulario de preguntas.	Biológicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación. • Descanso y sueño. • Actividad física y ejercicio 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frecuencia con que consume los alimentos en el desayuno, almuerzo y cena. ▪ Tipos de alimentos que consume en el almuerzo. ▪ Frecuencia del descanso y sueño ▪ Tiempo del descanso y sueño ▪ Frecuencia con que practica Ejercicio ▪ Rutina y tiempo de la práctica de ejercicio ▪ Realizar actividad física 	11	Saludable 29- 44	Saludable 76-120	Ordinal
				Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo del estrés 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frecuencia de las situaciones que causa el estrés 	11	Saludable	

				<ul style="list-style-type: none"> • Estado emocional 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frecuencia de las alternativas de solución frente a los problemas ▪ Tipos de actividades de relajación ▪ Sentirse satisfecho con lo que ha realizado durante su vida ▪ Sentirse bien consigo mismo y con la vida que tiene actualmente 		24-36		
			Social	<ul style="list-style-type: none"> • Recreación • Consumo de sustancias nocivas (alcohol, tabaco). • Responsabilidad en salud 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frecuencia de las actividades recreativas ▪ Tipo de actividades recreativas ▪ Frecuencia con el consumo de sustancias nocivas ▪ Tipo de sustancias nocivas que consume ▪ Buscar información sobre salud. ▪ Acudir al establecimiento de salud sin estar enfermo 	8	Saludable 26-40	No saludable 30-75	
							No saludable 10-25		

V.2. Hipertensión arterial en adultos mayores

Variable	Def. Variable	Def. Operacional	Indicadores	Categorías	Escala
V2= hipertensión arterial en los adultos mayores	Hipertensión arterial es el aumento de la presión arterial de forma crónica.	Es la presión arterial elevada que presentan los adultos mayores, se medirá mediante los instrumentos tensiómetro y estetoscopio	Sistólica Diastólica 120- 139 / 80- 90 mmHg	Pre hipertensión	Razón
			140 / 90 mmHg	Hipertensión	
			140-150 / 90- 99 mmHg	HTA. Estadio I	
			160-179 /100-109 mmHg	HTA. Estadio II	
			>= 180 / >=110	HTA. Estadio III	

ANEXO 02
Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	MARCO METODOLÓGICO
<p>¿Cuáles son los estilos de vida e hipertensión arterial de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud, Pedro Castro Alva, Chachapoyas 2017?</p>	<p>❖ Objetivo general</p> <p>✓ Determinar los estilos de vida e hipertensión arterial, en los adultos mayores atendidos en el puesto de salud de Pedro Castro Alva, Chachapoyas 2017.</p> <p>❖ Objetivos específicos</p> <p>✓ Valorar los estilos de vida, de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva.</p> <p>✓ Identificar la hipertensión arterial en los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva.</p> <p>✓ Caracterizar a la población objetiva en estudio.</p>	<p>Tipo y diseño de la investigación</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Enfoque cuantitativo ➤ Tipo observacional ➤ Prospectivo transversal y analítico ➤ Nivel relacional ➤ N° de variables descriptivas <p>Diagrama</p>  <p>M = adultos mayores X1 = estilos de vida X2 = Hipertensión arterial</p> <p>Universo, población, muestra. Universo maestral: 50 adultos mayores Método: encuesta Técnica: cuestionario Instrumento de recolección de datos</p>



ANEXO 03
UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ
DE MENDOZA DE AMAZONAS FACULTAD
CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA|
INSTRUMENTO
ESCALA DE ESTILO DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES
(Elaborado por: Walker, K. Sechrist (2007))

I. Presentación

La presente investigación se realizará con la finalidad de obtener información, sobre los estilos de vida de hipertensión arterial de los adultos mayores atendidos en el Puesto de Salud Pedro Castro Alva. Para lo cual solicito se sirva contestar con veracidad las preguntas que a continuación se exponen, expresándole que los datos son de carácter anónimo y de fines exclusivos para la investigación.

II. Instrucciones:

- Complete los espacios en blanco y marque con un (X) la respuesta que considere adecuada.
- **Nunca (N)**, es una conducta que no realiza, 0 veces.
- **Algunas veces (Av.)**, es una conducta que pocas veces realiza, de 1 a 2 veces.
- **Frecuentemente (F)**, conducta que realiza varias veces, de 3 a 5 veces.
- **Siempre (S)**, conducta que realiza diariamente o a cada instante.

III. Datos Generales:

1. Edad..... (Años).
2. Sexo: Femenino () Masculino ()
3. Indique hasta que año estudió.....
4. Estado Civil: Casado(a) () Soltero(a) () Conviviente () Viudo (a) () Divorciado (a) ()
5. En la actualidad usted trabaja: Si () No ()
6. Si la respuesta anterior es afirmativa indique en que trabaja.....

II. Escala de Estilo de vida:

N°	ITEMS	CRITERIOS			
		nunca (n)	a veces (av.)	Frecuente- mente(f)	Siempre (s)
	BIOLÓGICO				
1	Come usted tres veces al día: desayuno, almuerzo y cena				
2	Todos los días, consume alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carne, leche, menestras y cereales.				
3	Consume de 4 a 8 vasos de agua al día.				
4	Consume usted 2 a 3 frutas diarias.				
5	Consume alimentos bajo en grasas				
6	Limita el consumo de azúcares (dulces).				
7	Consume alimentos con poca sal				
8	Realiza Ud., ejercicio físico por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana (correr, trotar ,caminar ,otros)				
9	Diariamente realiza actividad física que incluya el movimiento de todo su cuerpo (como utilizar las escaleras en vez de utilizar el ascensor ,caminar después de almorzar ,u otros)				
10	Duerme usted de 5 a 6 horas diarias como mínimo.				
11	Tiene usted diariamente un horario fijo para acostarse a dormir.				
	PSICOLOGICO:				
12	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica.				
13	Usted lee o ve programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud.				
14	Usted identifica situaciones que le preocupan en su vida.				

N°	ITEMS	nunca (n)	a veces (av)	frecuente mente(f)	siempre (s)
15	Usted utiliza métodos para afrontar el estrés.				
16	Desahoga usted de manera positiva sus tensiones (conversando ,llorando)				
17	Realiza siestas después de desayunar, almorzar o cenar como parte de una relajación.				
18	Se concentra en pensamientos agradables a la hora de acostarse.				
19	Practica ejercicios de respiración como parte de una relajación.				
20	Usted se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida				
21	Usted se encuentra satisfecho con las actividades que actualmente realiza.				
22	Usted se cuida y se quiere a si mismo				
	SOCIAL:				
23	Participa en actividades recreativas (caminatas, bailes, manualidades, ir de paseos)				
24	Se relaciona bien con los demás (familiares, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc.)				
25	Tiene facilidad para demostrar sus preocupaciones, amor, cariño a otras personas				
26	Pasa tiempo con su familia.				
27	Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de su familia.				
28	Tiene usted facilidad para demostrar y aceptar contacto físico con las personas que le importan (un abrazo, apretón de manos , palmadas ,otros)				
29	Consume usted cigarrillos				
30	Consume usted bebidas alcohólicas (cerveza, cortos, sangría, etc.)				

ANEXO 04

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

N°	FECHA	SISTOLICA mmHg	DIASTOLICA mmHg	CLASIFICACIÓN	OTROS DIAGNOSTICOS
1	9/01/17	140	80	hipertensión	gastritis
2	12/01/17	140	90	hipertensión	
3	13/01/17	130	80	Pre hipertensión	Osteoporosis
4	17/01/17	130	90	Pre hipertensión	Osteoporosis
5	18/01/17	140	90	hipertensión	Artrosis
6	23/01/17	150	100	HTA Estadio I	Gastritis
7	9/02/17	170	100	HTA Estadio II	Artrosis
8	10/02/17	140	90	Hipertensión	
9	10/02/17	130	80	Pre hipertensión	
10	10/02/17	140	90	hipertensión	
11	10/02/17	150	100	HTA Estadio I	
12	10/02/17	160	100	HTA Estadio II	
13	10/02/17	140	90	Hipertensión	
14	11/02/17	160	100	HTA Estadio I	
15	13/02/17	170	100	HTA Estadio II	Gastritis
16	13/02/17	160	100	HTA Estadio I	
17	20/02//17	150	100	HTA Estadio I	
18	24/02/17	140	90	Hipertensión	
19	06/03/17	140	90	Hipertensión	
20	08/03/17	140	90	Hipertensión	Ansiedad
21	09/03/17	150	100	HTA Estadio I	
22	13/03/17	160	100	HTA Estadio II	
23	17/03/17	140	90	Hipertensión	
24	19/03/17	140	90	Hipertensión	
25	07/04/17	130	90	Pre hipertensión	
26	24/04/17	140	90	Hipertensión	Litiasis
27	24/04/17	170	100	HTA Estadio II	

N°	FECHA	SISTOLICA mmHg	DIASTOLICA mmHg	CLASIFICACIÓN	OTROS DIAGNOSTICOS
28	24/07/17	140	90	Hipertensión	
29	09/05/17	150	100	HTA Estadio I	
30	12/05/17	140	90	Hipertensión	
31	13/05/17	140	90	Hipertensión	
32	17/05/17	150	100	HTA Estadio I	ITU
33	23/05/17	140	90	Hipertensión	
34	24/05/17	150	100	HTA Estadio I	
35	09/06/17	170	100	HTA Estadio II	Parasitosis
36	10/06/17	140	90	Hipertensión	
37	10/06/17	150	100	HTA Estadio I	Ansiedad
38	10/06/17	140	90	Hipertensión	Ansiedad
39	10/06/17	140	90	Hipertensión	
40	10/06/17	140	90	Hipertensión	Artrosis
41	11/06/17	140	99	HTA Estadio I	
42	11/06/17	150	95	HTA Estadio I	
43	13/06/17	140	90	Hipertensión	
44	13/06/17	140	90	Hipertensión	Artrosis
45	20/07/17	150	100	HTA Estadio I	Artrosis
46	24/07/17	170	100	HTA Estadio II	Lumbalgia
47	02/08/17	180	100	HTA Estadio III	Gastritis
48	06/08/17	140	90	Hipertensión	Artrosis
49	18/08/17	150	100	HTA Estadio I	Gastritis
50	20/08/17	160	100	HTA Estadio II	Artrosis

ANEXO 05

Tabla 01: Estilos de vida en la dimensión biológica

Estilos de vida	Biológica				Total	
	no saludable		saludable			
	fi	%	fi	%	fi	%
no saludable	12	24	15	30	27	54
saludable	2	4	21	42	23	46
Total	14	28	36	72	50	100

Fuente: Encuesta de estilos de vida en adultos mayores.

Tabla 02: Estilos de vida en la dimensión psicológica

Estilos de vida	psicológica				Total	
	no saludable		saludable			
	fi	%	fi	%	fi	%
no saludable	10	20	17	34	27	54
saludable	0	0	23	46	23	46
Total	10	20	40	80	50	100

Fuente: encuesta de estilos de vida en adultos mayores.

Tabla 03: Estilos de vida en la dimensión social

Estilos de vida	Social				Total	
	no saludable		saludable			
	fi	%	fi	%	fi	%
no saludable	27	54	0	0	27	54
saludable	23	46	0	0	23	46
Total	50	100	0	0	50	100

Fuente: encuesta de estilos de vida en adultos mayores.

Tabla 04: hipertensión arterial en la dimensión biológica

Hipertensión arterial	Biológica				Total	
	no saludable		saludable		fi	%
	fi	%	fi	%		
pre hipertensión	2	4	2	4	4	8
hipertensión	8	16	15	30	23	46
HTA Estadio I	1	2	13	26	14	28
HTA Estadio II	3	6	5	10	8	16
HTA Estadio III	0	0	1	2	1	2
Total	14	28	36	72	50	100

Fuente: encuesta de estilos de vida en adultos mayores y ficha de recolección de datos

Tabla 05: hipertensión arterial en la dimensión psicológica

Hipertensión arterial	Psicológica				Total	
	no saludable		saludable		fi	%
	fi	%	fi	%		
pre hipertensión	3	6	1	2	4	8
hipertensión	1	2	22	44	23	46
HTA Estadio I	2	4	12	24	14	28
HTA Estadio II	4	8	4	8	8	16
HTA Estadio III	0	0	1	2	1	2
Total	10	20	40	80	50	100

Fuente: encuesta de estilos de vida en adultos mayores y ficha de recolección de datos

Tabla 06: Hipertensión arterial en la dimensión social

Hipertensión arterial	Social				Total	
	no saludable		saludable		fi	%
	fi	%	fi	%		
pre hipertensión	4	8	0	0	4	8
hipertensión	23	46	0	0	23	46
HTA Estadio I	14	28	0	0	14	28
HTA Estadio II	8	16	0	0	8	16
HTA Estadio III	1	2	0	0	1	2
Total	50	100	0	0	50	100

Fuente: encuesta de estilos de vida en adultos mayores y ficha de recolección de datos

Tabla 07: Edad, estilos de vida

Edad	Estilos de vida					
	no saludable		saludable		total	
	fi	%	fi	%	fi	%
60 - 69	17	48.6	18	51.4	35	100
70 - 79	7	70	3	30	10	100
80 - +	3	60	2	40	5	100
Total	27	54	23	46	50	100

Fuente: encuesta de estilos de vida en adultos mayores.

Tabla 08: Edad, hipertensión arterial

Edad	Hipertensión arterial										Total	
	pre hipertensión		hipertensión		HTA Estadio I		HTA Estadio II		HTA Estadio III			
	fi	%	fi%	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
60-69	3	9	15	43	12	34	4	11	1	3	35	100
70-79	1	10	5	50	1	10	3	30	0	0	10	100
80-+	0	0	3	60	1	20	1	20	0	0	5	100
Total	4	8	23	46	14	28	8	16	1	20	50	100

Fuente: ficha de recolección de datos.

Tabla 09: Sexo, estilos de vida

Sexo	Estilos de vida					
	no saludable		saludable		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
F	13	31	22	63	35	100
M	14	93	1	7	15	100
Total	27	54	23	46	50	100

Fuente: encuesta de estilos de vida en adultos mayores.

Tabla 10: Sexo, hipertensión arterial

	Hipertensión arterial											
	pre hipertensión		hipertensión		HTA Estadio I		HTA Estadio II		HTA Estadio III		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
F	1	3	18	51	10	29	5	14	1	3	35	100
M	3	20	5	33	4	27	3	20	0	0	15	100
Total	4	8	23	46	14	28	8	16	1	2	50	100

Fuente: ficha de recolección de datos.