



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

TESIS

**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO
ASOCIADOS A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN
EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD
CHONGOYAPE, 2018**

**PARA OPOTAR TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

Autora:

Bach. Quintana Torres Abigail Gisela

Asesora:

Dra. Norma del Carmen Gálvez Díaz

Línea de investigación:

Enfermería, Interculturalidad y Sociedad

Pimentel – Perú

2018

**PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA HIPERTENSIÓN
ARTERIAL EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD CHONGOYAPE,
2018**

**Presentado por la Bach. Abigail Gisela Quintana Torres para optar el título de
licenciada de enfermería de la Universidad Señor de Sipán
Aprobado por los miembros de jurado de tesis**

Mg. Ana Yudith Guerrero Valladolid
Presidente de jurado de tesis

Mg. Delia Esther Chevez Guevara
Secretaria del Jurado de tesis.

Dra. Norma del Carmen Gálvez Díaz
Vocal del Jurado de tesis

DEDICATORIA

- A Dios, por haberme dado la vida y permitirme seguir creciendo como persona y profesional.

-A mis padres: Jorge y Margarita; Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, gracias a su gran esfuerzo he podido llegar a concluir una de mis metas en la vida, que representa el ser una enfermera.

Abigail Gisela

AGRADECIMIENTO

-A mi asesora de Tesis: Dra. Norma Gálvez Díaz, por guiarme en cada momento de la investigación y porque gracias a su experiencia he podido también mejorar la investigación hasta llegar a su publicación.

-A los Jurados de Tesis, porque gracias a sus aportes han permitido que se mejore la investigación y sea aprobado para ser sustentada.

-A la Directora Juana Benites, por brindó todas las facilidades para recoger la información que fue utilizada en el ingresar al centro de salud a recoger los datos que nos permiten elaborar los resultados de la investigación según los objetivos.

-A las personas que participaron de la investigación, sin quienes no habría sido posible recoger los datos.

Abigail Gisela

Resumen

La hipertensión arterial se ha convertido en una patología prevalente en el adulto mayor, siendo importante su monitoreo y el de los factores de riesgo que se asocian con su prevalencia, en aras de promover actividades de promoción y prevención que involucren la intervención en los factores de riesgo identificados. La investigación fue cuantitativa, de diseño correlacional trasversal, tuvo como objetivo general: determinar la relación entre la prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor del Centro de Salud Chongoyape, 2018. La población de 250 adultos mayores y la muestra de 186. Seleccionados bajo criterios de inclusión y exclusión. Se aplicó la técnica de la encuesta, utilizando los instrumentos “cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial” validado por Alpha de Crombach (0.834) y el “Test Fantástico para evaluar el factor de riesgo modificable: estilo de vida” validado por Alpha de Crombach (0.778); al igual que los criterios de rigor científico y éticos; evidenciándose como resultados que la prevalencia de hipertensión arterial en la población es de 0.63 que equivale al 63% y los factores de riesgo asociados a la prevalencia de HTA son: Factores sociodemográficos; tiempo de viudez (0.005) y convivencia con hijos (0.02); Factores fisiológicos; IMC (0.04), enfermedad (0.00), N° de patologías (0.00); y Factor biológico: antecedentes familiares (0.01). Concluyendo que existe una prevalencia superior al 30% encontrándose asociación en la comorbilidad (presencia de enfermedad).

Palabras clave: Prevalencia, factores de riesgo, hipertensión, adulto mayor.

Abstract

High blood pressure has become a pathology prevalent in the elderly, being important his monitoring and the risk factors associated with the prevalence, in order to promote advocacy and prevention involving the intervention on the risk factors identified. The inquiry was quantitative, transverse correlational design, it had as general objective: to determine the relationship between the prevalence and risk factors associated with high blood pressure in the elderly of Chongoyape health centre, 2018. 250 elderly population and the sample of 186. Selected under criteria of inclusion and exclusion. Applied technique of the survey, using the instruments "questionnaire for assessment of prevalence and risk factors associated with hypertension" validated by Alpha of Cronbach (0.834) and the fantastic "Test to assess the risk factor "modifiable: lifestyle" validated by Alpha of Cronbach (0.778); as well as the criteria of scientific rigour and ethical; demonstrating results that the prevalence of high blood pressure in the population is 0.63 amounting to 63% and the risk factors associated with the prevalence of hypertension are: factors demographic; time of widowhood (0.005) and living with children (0.02); Physiological factors; IMC (0.04), disease (0.00), number of pathologies (0.00); and biological Factor: a family history (0.01). Concluding that there is a greater than 30% prevalence found Association in comorbidity (presence of disease).

Key words: prevalence, risk factors, high blood pressure, older adult

INDICE

DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO	iii
Resumen	iv
Abstract.....	v
I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1 Realidad problemática	2
1.2 Trabajos previos	4
1.3 Teoría relacionada al tema	9
1.4 Formulación del Problema.	19
1.5 Justificación e importancia del estudio	19
1.6 Hipótesis	20
1.7 Objetivos.	20
1.7.1 Objetivo General.....	20
1.7.2 Objetivos específicos:.....	20
II. MATERIALES Y MÉTODOS	22
2.1 Tipo y Diseño de Investigación.	22
2.2 Población y muestra.....	23
2.3 Variables, Operacionalización.....	24
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	26
2.5 Procedimiento de análisis.....	28
2.6 Aspectos éticos	28
2.7 Criterios de rigor científico	29
III. RESULTADOS	31
3.1 Tablas y figuras	31
3.2. Discusión de Resultado.....	43
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	54
4.1 Conclusiones	54
4.2 Recomendaciones	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	57
ANEXOS N° 01	63
ANEXO N° 02	65
ANEXO N° 03	67
ANEXO 04:.....	68
ANEXO 5.....	70
ANEXO 6.....	71

I. INTRODUCCIÓN

La hipertensión es un factor de riesgo cardiovascular prevalente en el mundo, tal como lo destaca el informe sobre la salud de la Organización Mundial de la Salud, convirtiéndose esta patología en obstáculo al logro de un buen estado de salud alrededor de la persona que la padece especialmente en los adultos mayores. En los países de bajos y medianos ingresos, en relación a esta patología no se desarrollan estrategias eficaces a nivel de la atención primaria de la salud, por falta de recursos económicos, convirtiéndose esto en un obstáculo mayor para el logro del control de la presión arterial.

Teniendo en cuenta esta problemática el presente estudio se planteó como objetivo determinar la prevalencia y factores de riesgo asociados en la hipertensión en el adulto mayor del Centro de Salud Chongoyape, 2018, considerando que la observación de los resultados permitiría la identificación de los factores de riesgo en esta comunidad de la provincia de Chiclayo poco estudiada, que son las posibilidades de que un adulto mayor que habita en Chongoyape desarrolle presión alta, siendo el reconocimiento de estos factores de riesgo claves para la prevención, manejo y control de la hipertensión arterial en esta localidad, a través de actividades de promoción tal como lo recomienda Nola Pender en su modelo de promoción de la salud y prevención primaria.

Así mismo al conocer los factores de riesgo que predisponen a Hipertensión Arterial, contribuiría a prevenir enfermedades cardiovasculares en este grupo etareo; resaltando en esta acción el papel del profesional de enfermería, quien como parte del equipo de salud y responsable del cuidado, tiene a su cargo el desarrollo de actividades preventivo promocionales, tales como el conocimiento de los factores de riesgo que ayudarían a formar estilos de vida saludables y por ende mejorar la calidad de vida de las personas.

Esta investigación se presenta en apartados; en el primer capítulo describe la realidad problemática, los trabajos previos, las teorías relacionadas sobre el tema, se muestra el problema, justificación e importancia del estudio, y los objetivos; en el segundo capítulo se describe el tipo y diseño de investigación, la variable y su

operacionalización, la población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, que se asumió así como la validez y confiabilidad de los instrumentos, en el tercer capítulo se presentan los resultados en cuadros y gráficos, en el cuarto capítulo se discute los resultados para en los siguiente apartado dar las conclusiones y finalmente las recomendaciones del estudio.

1.1 Realidad problemática

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), calcula que más de 1.500 millones de personas adultos mayores sufren de presión arterial y la Organización Panamericana de la Salud (PAHO) sobre este tema afirma que uno de cada tres adultos en todo el mundo sufre hipertensión, uno de cada tres adultos con hipertensión lo desconoce, y que uno de cada tres adultos hipertensos con tratamiento no consigue controlar sus cifras de hipertensión arterial. (1)

Debido a la alta prevalencia de la hipertensión arterial (afecta al 20% de la población adulta mundial) y su íntima relación causal con el conjunto de las enfermedades cardiovasculares (ECV), la hipertensión arterial (HTA) es el primer factor de riesgo para la mortalidad y el tercero más importante como contribuyente a la discapacidad en todo el mundo. Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la primera causa de muerte a nivel mundial, teniendo en cuenta que existen medidas de intervención y control que conllevarían una importante reducción de la incidencia y morbilidad cardiovascular, se puede afirmar que la hipertensión arterial (HTA) constituye un importante problema de salud pública. (2)

En Estados Unidos, el control de la hipertensión en los tratados disminuye con el incremento de la edad, solo se encuentran controlados 53 % de los hipertensos entre 60 y 69 años de edad, 37 % de los comprendidos entre 70 y 79, y solo 31 % de los que tienen más de 80, además en los países en vías de desarrollo la situación es aún más crítica, por ejemplo, en la India y Bangladesh, solo 44 % de los hipertensos eran conocidos y de estos solo 23 % estaban controlados. En otro estudio Asia, se encontró que solo 46 % de los hipertensos con más de 65 eran conocidos, solo estaban tratados 31,9 % y 9 % estaban tratados y controlados. (3)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) el 2010 reportó que 140 millones de personas padecían hipertensión arterial, localizándose en la ciudad de

Maracaibo-Venezuela la mayor prevalencia de hipertensos varones (49.7%) y la menor prevalencia de hipertensos varones en Chile (9.1%); y en las mujeres la tasa más alta de prevalencia se registró en Paraguay (43.9%) (4); en México, en el 2014 se reportó egresos hospitalarios por hipertensión arterial, de los cuales el 56.2% pertenecieron a personas de 60 y más años, y de estos, casi tres cuartas partes (72.5%) corresponden a hipertensión esencial o primaria, siendo las mujeres quienes más la presentan (75%). (5)

En el Perú, según los estudios TORNASOL I y II, la prevalencia de la hipertensión es de 46,3% en la década entre 60 y 69; 53,2% en la década entre 70 a 79 años y de 56,3% en los mayores de 80 años (6). El INEI informó que, en el año 2014, el 29,7% de la población adulta mayor declaró haber sido diagnosticada por un médico o profesional de la salud que padecía presión alta o hipertensión arterial de ese total, el 74,8% refirió que recibe tratamiento, mientras la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) mostró que esta dolencia afectó en mayor proporción a la población femenina (32,9%), que a la masculina (25,9%). (7)

Los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015, mostró datos interesantes sobre las características del adulto mayor (AM) con hipertensión arterial (HTA) en nuestro país, encontrando que el 29.5% de adultos mayores fue informado por un profesional de la salud que presenta hipertensión arterial; encontrándose con tratamiento sólo el 77.8%, mientras el 22.2% no tenía tratamiento; presentándose en mayor proporción en mujeres que hombres, así el 34.4% de mujeres mayores de 60 fueron declaradas con hipertensión arterial, proporción mayor en 10.3 puntos porcentuales que los hombres (24,1%); así mismo del grupo evaluado el 58.8% presentó hipertensión, el 29.7% pre-hipertensión y el 11.5% presión normal. Por otro lado, en el grupo sin hipertensión, el 29.4% estaba con presión alta, quedando en evidencia la hipertensión enmascarada. (8)

Esta misma encuesta mostró como datos relacionados a los adultos mayores hipertensos en Lambayeque que sólo el 15.2% de esta población se beneficia con el programa social pensión 65, el 9.9% de los adultos mayores reciben apoyo del programa vaso de leche y el 2.3% hace uso del comedor popular; así mismo evidenció que el 89% de la población hipertensa adulta mayor cuenta con tratamiento

y un 11% no lo tiene; el 24.8% de adultos mayores registraron una presión arterial normal, 48% pre – hipertensión, 14.6% hipertensión I, 12.5% hipertensión II (8), así mismo, se puede constatar que la prevalencia de la hipertensión en estos últimos años ha ido creciendo considerablemente por la falta de responsabilidad de los pacientes en sus controles y adherencia al tratamiento; así como el desconocimiento de medidas preventivas que tiene la población sobre esta enfermedad.

1.2 Trabajos previos

En la búsqueda de investigaciones en las diferentes bases de datos, se ha podido encontrar lo siguiente:

A nivel internacional en Zubeldia L, Quiles J, Mañes J, Redón J. (9) en Valencia España el 2016 en estudio “Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana”, encontraron que la prevalencia de hipertensión estimada para la Comunidad Valenciana fue de 38,2% [IC95% 34,9-41,5]; 40,7% en hombres [IC95% 35,0-45,5] y 35,7% en mujeres [IC95% 31,1-40,3]. La edad [45-64 años OR 4,3, IC 95% 2,1-8,8; ≥ 65 años, OR 15,5, IC 95% 7,2-33,2], la categoría ponderal [sobrepeso OR 2,1 IC95% 1,3-3,2; obesidad OR 5,3, IC95% 3,3-8,5] y padecer diabetes mellitus [OR 2,4, IC95% 1,2-4,8] se constituyeron como variables asociadas con hipertensión. Concluyendo Más de un tercio de la población estudiada padece hipertensión. La probabilidad de presentarla aumenta con la edad. El sobrepeso, así como la diabetes mellitus duplican la probabilidad de padecerla.

Barrón V (10), en Chile, el 2016, realizó la investigación “Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en adultos mayores”, los resultados fueron: Todas las personas de la tercera edad (100%) tuvieron algún tipo de actividad física y el 96% clasificaron su estilo de vida como bueno o muy bueno. Su estado nutricional fue mayoritariamente normal (52%) y relacionado con la ingesta de productos lácteos ($p = 0,027$).se concluye que la participación activa de las personas mayores en grupos comunitarios organizados es un factor protector de la salud que promueve estilos de vida saludables relacionados con la alimentación, la actividad

física y un estado nutricional adecuado, todos los cuales estimulan el envejecimiento saludable o exitoso.

Jiménez M (11), en Granada, el año 2015, realizó la investigación “Estilo de vida y percepción de los cuidados en pacientes crónicos: Hipertensos y diabéticos”, siendo sus resultados: Los informantes tienen asumidas sus enfermedades y autocuidados. Adoptan un estilo de vida saludable, valoran positivamente el apoyo de sus redes sociales y familiares. Muestran confianza y seguridad hacia los profesionales. Se Concluye que Las entrevistas son útiles para conocer los estilos de vida de pacientes crónicos, permiten analizar la percepción personal sobre los factores que influyen en su autocuidado. Los profesionales sanitarios deben controlar los indicadores fisiológicos de las enfermedades crónicas y las dimensiones emocionales y sociales de los pacientes, ya que inciden en la percepción de la Calidad de Vida.

Trinidad C, Alfonso L, Barros M, Silva S (12), En Brasil, el 2014, realizó la investigación “Hipertensión arterial y otros factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares en adultos”; encontrando como resultados la prevalencia de Hipertensión Arterial Sistémica fue de 23,03%, siendo mayor entre las mujeres (24,64%) que entre los hombres (19,53%), prevalencia de HAS en personas con pareja 22,91%, prevalencia de 37,08% en encuestados con obesidad y 23,61% con sobre peso, fue encontrada asociación significativa entre HAS obesidad ($p<0,001$) y prevalencia de 50%, CA ($p=0,022$), DM 50% de prevalencia ($p<0,001$) y dislipidemia 38,46% de prevalencia ($p<0,001$). Las variables actividad física y patrón alimentar se presentaron sin diferencia significativa ($p=0,542$, $p=0,648$, respectivamente). Se Concluye que la prevalencia de hipertensión auto-referida y su asociación con otros factores de riesgo cardiovasculares como diabetes, obesidad y dislipidemia, apuntan la necesidad de realizar intervenciones específicas de enfermería e implementar un protocolo de atención que tenga como enfoque minimizar las complicaciones provenientes de la hipertensión, como también prevenir el surgimiento de otras enfermedades cardiovasculares.

Pañy M, Paguay M, Quito M (13), Ecuador, el 2014, realizaron el estudio “Estilos de vida que inciden en la hipertensión arterial de los adultos mayores del hogar Cristo Rey, Cuenca. 2013”. Como resultado se obtuvo: 40.54% de adultos

mayores presentaron hipertensión; 11.71% padecen hipertensión más diabetes; 34.23% tenían entre 81 y 90 años; 66.7% eran mujeres; el 54.95% afirmó realizar actividades como paseos, manualidades y baile; 22.52% no realizan ninguna actividad por discapacidad física y 22.52% siempre realiza actividades. Concluyendo que los adultos mayores desarrollan hipertensión como consecuencia de estilos de vida. Los factores que influyeron fueron sedentarismo 22.52%, consumo de cigarrillo 12.61%, consumo de alcohol durante su vida 17.12% desarrollando complicaciones como diabetes 10.81% y problemas renales 3.60%. El 38.7% son hipertensos y tienen tratamiento farmacológico monitoreado por médico.

Campos I, Hernández L, Rojas R, Pedroza A, Medina C, Barquera S. (14), México, en el año 2013, realizó la investigación “Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos”, sus resultados demostraron que la prevalencia de hipertensión arterial fue de 31.5%, del cual 47.3% desconocía que padecía esta enfermedad, El grupo de edad de mayores de 60 años tuvo una prevalencia 3.4 veces más alta de HTA que el grupo de edad más joven (20 a 29 años), y se encontró una tendencia significativa ($p < 0.05$) por el efecto de la edad en la prevalencia de diagnóstico médico previo de HTA (8.8 veces más alta en el grupo de edad ≥ 60 años), La prevalencia de HTA fue 1.3 veces más alta ($p < 0.05$) en adultos con obesidad (42.3% IC95% 39.4-45.3) que en adultos con IMC normal (18.5% IC95% 16.2-21.0); 88% mayor en adultos con primaria o menos (44.1% IC95% 39.0-49.3) que en adultos con preparatoria o más escolaridad (23.5% IC95% 21.0-26.2); y 1.4 veces más alta en adultos con diabetes (65.6% IC95% 60.3-70.7) que en adultos sin esta enfermedad (27.6% IC95% 26.1-29.2). Se Concluye que la tendencia entre los años 2000, 2006 y 2012 sugiere una estabilización. Un problema de salud con esta magnitud requiere mejor diagnóstico, atención y capacitación del sector médico para que éste prescriba tratamientos adecuados y mejore el control de la HTA.

A nivel nacional en Perú, Napuche N. (15) Iquitos, en el año 2015, realizó el estudio “Estilos de Vida Y Estado Nutricional en Pacientes con Hipertensión Arterial Atendidos en el Centro de Salud Morona Cocha. Loreto. 2014”. Cuyos resultados fueron que el (75.4%) son del sexo femenino y 24.6% del sexo masculino, la incidencia mayoritaria (86.9%) tuvieron de 40 a 59 años, de los cuales el (37.7%)

tiene nivel educativo secundaria; el (31.1%) presentan obesidad I siendo mayoritariamente del sexo femenino. Se concluye que al relacionar las variables observamos que existe correlación positiva entre circunferencia de cintura e IMC, triglicéridos y colesterol.

Maguiña P (16). en el año 2014, realizó el estudio “Factores de riesgo que predisponen a hipertensión arterial en adultos que acuden al servicio de triaje del Centro De Salud “Max Arias Schreiber” – 2013”, como resultados presentó que los antecedentes de HTA, es el primer factor de riesgo con el 77.27%, seguido de la obesidad como antecedente familiar con el 47.73% para presentar HTA; los factores de riesgo modificables que predominan son el consumo de grasas, ausencia del control del índice de masa corporal y de la presión arterial, así como el consumo excesivo de sal y presencia de estrés. Concluyendo que la población estudiada en su totalidad presenta los factores de riesgo modificables. Esto sugiere desarrollar en el centro de salud, estrategias y actividades dirigidos a la promoción y prevención de la salud; como la implementación de un programa educativo sobre los factores de riesgo que predisponen a HTA y su prevención; de esta manera se logrará un mejor control de estos factores y se contribuirá para mejorar la calidad de vida de las personas.

Revilla L. (17), en Lima el 2014, realizó la investigación “Prevalencia de hipertensión arterial y diabetes en habitantes de Lima y Callao, Perú”, presentando como resultados: se entrevistó a 1 771 sujetos el promedio de edad fue de $39,5 \pm 16,5$ años. El 62% fueron mujeres. El 19,5% (IC 95%: 17,6-21,4) tuvo obesidad, el 15,8% (IC 95%: 14,1-17,6) hipertensión arterial y el 3,9% (IC 95%: 3,0-4,8) tuvo diabetes. La obesidad estuvo asociada con una mayor probabilidad de tener hipertensión arterial (OR 2,15; IC 95%: 1,57-2,94) y diabetes (OR 1,97; IC 95%: 1,02-3,80). Se Concluye: que los resultados de este estudio en una muestra representativa de residentes en Lima y Callao mostraron altas prevalencias de hipertensión arterial y obesidad, así como una moderada prevalencia para diabetes.

Aguilar G (18), en Lima, el 2014, realizó la investigación “Estilo de vida del adulto mayor que asiste al Hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo”, en cuanto a los estilos de vida del adulto mayor que asiste al hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo de 50 (100%) adultos mayores, 27(54%) tienen un estilo de

vida saludable y 23(46%) estilo de vida no saludable. Los resultados demostraron que, al analizarlo por dimensiones, se tiene que en la dimensión biológica 26 (52%) tienen un estilo de vida saludable y 24 (48%) tienen un estilo de vida no saludable, en la dimensión social 36(72%) tienen 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. se concluye que la mayoría de los adultos mayores presentan un estilo de vida saludable lo cual es 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.

Morillos C y Reyna E (19) en Chimbote el 2013, realizaron un estudio sobre “Estilo de Vida y Factores Biosocioculturales del Adulto Mayor. Asentamiento Humano Alto Perú”, Resultados: la mayoría presentan un estilo de vida no saludable; debiéndose a que el adulto mayor no cuenta con la información necesaria sobre un estilo de vida saludable (23%); poco interés por el cuidado de su salud (25%), no consume alimentos balanceados (15%), no realizan ningún tipo de ejercicio (12%), mantienen una vida sedentaria (10%), no se preocupan por su salud y no acuden a un establecimiento de salud para su control médico (15%); Concluyendo que el adulto mayor al no tomando conciencia sobre los riesgos que puedan presentar en su salud al optar estas conductas inadecuadas, trae como consecuencias diversas enfermedades crónicas degenerativas.

Aguilar Y, Cáceres P. (20) en Lima el 2013, publicaron los resultados de su estudio “Prevalencia y factores de riesgo asociados a hipertensión arterial, Hospital José Agurto Tello, Chosica”. Resultados. Se encuestó 877 pacientes (V: 44.4%, M: 55.6%). La prevalencia de HTA en la población estudiada es de 25.2%, con predominio de hipertensión grado I (18.5%) y 6.7% de hipertensión grado II. Resaltando los varones con un 60.6% de HTA. Los pacientes entre 51-64 años representan un 50.7% de HTA. El 40.3% de hipertensos pertenecen al nivel socioeconómico no pobre y de estos el 54.3 % sólo tienen primaria concluida. El 52.5% de hipertensos fuman y el 39.8 % de estos son obesos. El 58.2% de varones hipertensos tiene circunferencia abdominal mayor de 102 centímetros y el 69% de mujeres hipertensas presenta una circunferencia abdominal mayor de 88 centímetros.

El 18.1% de pacientes hipertensos sufre de depresión y de estos el 8.1% tienen depresión leve. Conclusión. La prevalencia de hipertensión arterial fue 25.2% y se encontraron factores de riesgo asociados en las variables estudiadas.

A nivel local no se encuentran estudios sobre la prevalencia de la hipertensión y sus factores de riesgos asociados, desarrollados en los últimos 5 años.

1.3 Teoría relacionada al tema

Luego de haber realizado la búsqueda de antecedentes en las diferentes bases de datos y para una mejor comprensión de las variables de estudios se cita algunos autores que darán fundamento teórico a la investigación. Así haremos mención a Nola J. Pender, quien habla sobre promoción de la salud (21), Duncan Pendersen, quien define estilos de vida (18), a la Organización Mundial de la salud (22) con su definición de adulto mayor, y factores de riesgo asociados.

El Modelo de Promoción de la Salud (MPS) propuesto por Nola Pender, en relación a esta problemática, es ampliamente utilizado, pues permite “entender las conductas humanas relacionados con la salud, y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables”; este modelo enseña la naturaleza multifacética de las personas en su relación con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; así mismo hace referencia del nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales que se relacionan con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr. (23)

La teoría de Nola Pender establece cuatro requisitos que permitirán modelar el comportamiento; la primera es la atención (estar expectante ante lo que sucede), la segunda la retención (recordar lo que uno ha observado), la tercera la reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y finalmente la motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta). También hace referencia que el componente motivacional clave para conseguir la meta deseada es la intencionalidad, definida como el compromiso personal con la acción. En la vida diaria, los seres humanos observan lo que hacen otras personas influyendo sus apreciaciones en sus conductas e igualmente en la salud de aquellos que los asumen como modelos a seguir. (24)

Otro aspecto considerado por la teoría son los factores personales (biológicos, psicológicos y socioculturales) ya que son predictivos de conductas saludables y no saludables; por lo tanto, influyen en las metas planteadas. Actualmente las intervenciones de enfermería que se llevan a cabo dentro de los diferentes servicios de salud están relacionadas con la modificación de los Factores de Riesgo, y, por ende, de los hábitos y estilos de vida poco saludables, utilizando para ello las actividades de educación para la salud, con técnicas participativas que buscan conducir al participante a la toma de conciencia tratándolo de empoderar para que de forma autónoma analice y cambie sus comportamientos y actitudes. (24)

A través del modelo de N. Pender, el enfermero pretende promover que los pacientes busquen activamente su propia conducta; es decir, que identifiquen en sí mismos los factores de riesgos presentes en su vida que los conducirían en un futuro próximo a sufrir de alguna patología como la hipertensión y en aquellos que ya la sufren a presentar patologías asociadas propias de las complicaciones de un inadecuado autocuidado; por ello la enfermera busca incentivar a su paciente a modificar su conducta previa, adquiriendo nuevos hábitos saludables, y posteriormente a transformar progresivamente su entorno teniendo en cuenta la complejidad biopsicosocial, siendo esto último importante debido a que es necesario considerar el contexto para modificar estilos y hábitos de vida no saludables. (25)

Para comprender como la enfermedad de la hipertensión arterial con el transcurrir de los años se ha convertido en una patología prevalente en los grupos etareos del adulto y principalmente en el grupo etareo del adulto mayor. En primer lugar, diremos que la prevalencia es conceptualizada como “la frecuencia de casos de enfermedad en una población y en un momento dados” por lo que determinarla equivale a hacer un recuento de casos en una población determinada expuesta al riesgo. Como la prevalencia depende de muchos factores no relacionados con el proceso de causación de la enfermedad, los estudios de prevalencia de enfermedad no suelen proporcionar pruebas claras de causalidad. (26)

Sin embargo, las estadísticas de prevalencia son útiles para valorar la necesidad de medidas preventivas y planificar la atención sanitaria y los servicios de salud. La prevalencia es útil para medir la frecuencia de cuadros clínicos en los que el

comienzo de la enfermedad puede ser gradual, como la hipertensión en un determinado grupo etareo. (26)

Por ello es también relevante reconocer que son los factores de riesgos, conceptualizados como “características o conductas de las personas que aumentan la probabilidad de sufrir una enfermedad” (21) entre las cuales según algunos autores tenemos a: Ávila et al, relata la existencia de una relación directa de la Presión Arterial con la edad, siendo la prevalencia de HAS superior al 60% en individuos con más de 65 años; Ferreira et al, afirma que en relación al género y etnia la prevalencia de la hipertensión arterial es semejante entre hombres y mujeres, pero más elevada en los hombres hasta los 50 años, cambiando a partir de la quinta década. (25)

Cipullo et al, hace referencia que las diferencias socioeconómicas tienen un papel importante en la vida de las personas pudiendo determinar sus condiciones de salud, pues aquellas con mejores condiciones tienen mayor acceso a las informaciones, mejor entendimiento de la condición clínica y mayor adherencia al tratamiento. Hay tasas más altas de enfermedades cardiovasculares en grupos con nivel socioeconómico más bajo; así mismo NASCENTE, firma que la baja escolaridad está asociada a las mayores tasas de enfermedades crónicas no transmisibles, en especial a la hipertensión arterial. (25)

Ávila et al, también menciona como factor de riesgo al exceso de peso afirmando que se asocia con mayor predominio a la hipertensión arterial desde edades jóvenes, y que en la vida adulta, incluso entre individuos no sedentarios, un incremento de 2,4kg/m² en el índice de masa corporal resulta en mayor riesgo de desarrollar la hipertensión (25); dentro de estos factores también se consideran el estilo de vida, el cual cuando es saludable se asocia con la prevención de enfermedades crónicas degenerativas como la hipertensión.

En el análisis de varias teorías se llega a la conclusión que “es necesario tener en cuenta la socialización del estilo de vida como un proceso por el que los seres humanos adquieren sus esquemas de conductas y de hábitos que constituyen su estilo de vida, así como las actitudes, los valores y las normas relacionadas” (27), así mismo podemos decir que los estilos de vida involucran la forma como las personas piensan, sienten y actúan, según cita Curipoma M (23) estos son “el conjunto de

hábitos, consumos y costumbres insertos en la vida cotidiana, que a la vez que se transmiten históricamente, son susceptibles de ser cambiados por medio de intervenciones ya sean positivas o negativas a través de la comunicación y la educación social”.

En relación a la hipertensión arterial, se puede decir que siempre se la relaciona con la edad y por ende a los adultos mayores, pues usualmente esta patología se presenta y enfatiza en este grupo etario. Por ello a continuación se procederá a describir las características propias de los adultos mayores que tienen relación con la presencia de la hipertensión. (21)

Iniciaremos refiriendo el concepto de envejecimiento dado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) quien lo define como “el proceso fisiológico que comienza con la concepción y ocasiona cambios característicos de la especie humana durante todo el ciclo de vida, produciendo limitación a la adaptabilidad del organismo en relación con el medio”. El hablar de la edad cronológica en que comienza la etapa de la vejez es un asunto sociocultural, porque cada sociedad establece el límite de edad para que una persona sea considerada mayor o de edad avanzada. (27)

La población considerada en el grupo etáreo de los adultos mayores según la Organización Mundial de la Salud, son las personas cuya edad oscila entre 60 a más años, clasificándolos en personas de edad avanzada (60 a 74 años), viejas o ancianas (75 a 90 años), y las que sobrepasan los 90, se les denomina grandes viejos o grandes longevos. En el Perú a todo individuo mayor de 60 años se le denomina persona de la tercera edad, teniendo en cuenta la clasificación dada por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) que considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. (23)

Dentro del proceso de envejecimiento se producen cambios en el individuo en sus diferentes dimensiones, además los factores biológicos, psicológicos y sociales, juegan un papel importante en la conducta de los adultos mayores especialmente la ligada a la adopción de estilos de vida saludables, en la percepción sobre sí mismo, en la forma de relacionarse y en todas las actividades que llevan a cabo, no sólo en este período, sino a lo largo de toda su vida. (24)

Considerando lo antes expuesto este estudio asumirá que la etapa del adulto mayor abarca desde los 60 años en adelante y que en ella se desarrollan diferentes cambios a nivel fisiológico, psicológico y social de las personas, cambios relacionados directamente al deterioro propio de la edad así como a los estilos de vida poco saludables que ha llevado el individuo durante su vida desde niño hasta la actualidad.

Entre los cambios físicos que presenta el adulto mayor, que no necesariamente son causa de enfermedades; se encuentran: la declinación de las funciones sensoriales y perceptivas, disminución de la estatura, propensión a la osteoporosis (principalmente en las mujeres), atrofia de las glándulas sebáceas del rostro, pérdida de la adaptación al frío y al calor, disminución de la fuerza y rapidez para realizar actividades físicas, endurecimiento de las paredes de las arterias, pérdida de eficiencia de los mecanismos inmunológicos que defienden de las infecciones y también del cáncer, pérdida de las células productoras del pigmento melanina en el cabello y aparecen las canas. (28)

También en esta etapa de vida aparece la dificultad para respirar, porque a medida que pasan los años, se requiere de un mayor esfuerzo para introducir y expeler aire de los pulmones; los cambios significativos en la vista, aún en ausencia de una enfermedad en particular; la disminución del apetito con la edad, esto debido a que varios alimentos se hacen menos atractivos en su aroma y sabor entre otros cambios que provocan además que la energía disminuya, también la resistencia a enfermedades y el cuerpo se hace un poco más lento y flexible; razón por la cual se excluye al adulto mayor de muchas actividades. (28)

En el aspecto psicológico sucede algo similar, ya que la persona mayor, se concibe de determinada forma, dependiendo de los cambios en la atención, en la inteligencia, en la memoria, en las actitudes, en las motivaciones, en la capacidad de aprendizaje, en la percepción y en el carácter general de los individuos; observando que la percepción que se tiene de sí mismo se modifica con la edad, debido a dichos cambios. Algunos de los cambios psicológicos que se pueden encontrar son: Disturbios de la personalidad que pueden generar sentimientos de aislamiento, la incapacidad para retener nuevas cosas y recordar acontecimientos recientes, la

necesidad de sentirse escuchados, el temor a la soledad, síntomas depresivos, entre otros. (28)

En relación a los cambios sociales que se producen en el envejecimiento se refieren principalmente al cambio de rol del anciano, tanto en el ámbito individual como en el contexto de la propia sociedad. Así mismo abarca las diferencias generacionales existentes a nivel del comportamiento social y la dificultad de adaptación e integración del anciano a estos cambios; en el aspecto social, hay diversos factores que repercuten en la forma de concebirse y de comportarse de los adultos mayores, como son: La familia, el estado laboral, el trato que reciben de las personas cercanas a ellos. (28)

Como se ha mencionado párrafos anteriores existen cambios biológicos propios de esta edad entre los que se encuentra el problema de irrigación sanguínea, que se presenta a causa de que la caja torácica se vuelve más rígida, con la que a su vez disminuye la capacidad respiratoria. Disminuye el ritmo cardiaco, aumenta la presión arterial y disminuye el suministro sanguíneo debido a la disminución del volumen de contracción del corazón. (18)

Con la edad el problema de irrigación sanguínea se hace más presente y se observa que la presión arterial sistólica muestra un incremento continuo mientras que la presión diastólica comienza a declinar a partir de los 50 años en ambos sexos, incrementado la presión de pulso que constituye un predictor muy fuerte para el desarrollo de eventos cardiovasculares. El mecanismo por el cual la presión sistólica se incrementa está determinado por la rigidez de las arterias de conducción, principalmente la aorta. En cada latido el volumen eyectado por el ventrículo izquierdo genera una onda de pulso que viaja del corazón hacia la periferia la cual es a su vez reflejada hacia el corazón una vez que alcanza la periferia, cuando las arterias son distensibles la velocidad es más lenta y retorna al corazón durante la diástole, lo que produce incremento de la presión diastólica. (29)

Las alteraciones estructurales de las paredes vasculares por la pérdida de la elastina y aumento de fibras de colágeno rígidas, la calcificación y el desarreglo de las fibras produce rigidez de las paredes, produciendo un incremento de la velocidad de la onda de pulso, determinado que el retorno de la onda alcance el corazón

durante la sístole incrementado la presión sistólica y reduciendo la presión diastólica. (29)

Por esta razón el patrón de hipertensión arterial predominante en el adulto mayor es la hipertensión sistólica aislada, como se puede observar en la distribución de los tipos de hipertensión arterial en estudio de Framingham, esta forma de hipertensión ocurre en más del 80% de los mayores de 60 años y supera el 90% en los mayores de 80 años; otros factores que afectan la presión arterial están en relación a disfunción endotelial por reducción en la producción de óxido nítrico e incremento de vasoconstrictores como la endotelina. Como se observa en el seguimiento del estudio Framingham, el 90% de los pacientes que eran hipertensos en el grupo etario de mayores de 50 años, se hicieron hipertensos en los 25 años de seguimiento. (30)

Otros estudios como el realizado en el Perú por INEI en el 2012 sobre la situación de salud del adulto mayor en nuestro país, hace referencia que uno de los principales problemas de salud a los que se enfrenta este grupo etareo es la hipertensión arterial mostrándonos como características los siguientes datos: en relación a la información, las mujeres tienen mayor información sobre la hipertensión arterial (33,3%) que los hombres (25,4%); el mayor porcentaje de mujeres recibe tratamiento médico (72,1%) en relación a los hombres (67,0%).(28)

Se observa un mayor porcentaje de hipertensión arterial en las personas mayores de 80 años (34,5%) seguido por los adultos mayores de 70 a 74 años (32,3%), el menor porcentaje se encontró en el grupo de 60 a 64 años (24,4%); el 37,1% de adultos mayores con presión alta cuenta con educación superior, de los cuales el 82,8% tenía tratamiento médico, mientras el 21, 3% de los AM con hipertensión no tenían educación de los cuales un 45,5% no recibía tratamiento médico. (28)

Como datos relevantes por departamentos encontramos que en Lima Metropolitana el 39.2% de adultos mayores que tenían hipertensión arterial fue informado por un profesional de la salud; y sólo el 81.3% de este grupo recibió tratamiento farmacológico; por regiones se evidenció que el 37.2% de mayores de 60 años tenía presión alta y, de estos un 75.0% cumplió con un control médico, en la

Sierra del 18.6% con HTA, el 50.5% no tuvo tratamiento; y en la Selva del 28.5% de los AM hipertensos, el 37.2% estaba sin tratamiento; el mayor porcentaje de AM con HTA en tratamiento estuvo distribuida de la siguiente manera: Arequipa (87,4%), La Libertad (85,3%), Ucayali (85,0%), Lima y Provincia Constitucional del Callao (80,6%); en tanto, los residentes en Huancavelica (71,8%), Ayacucho (68,9%), Puno (67,7%) y Cusco (60,5%) no tenían tratamiento médico; en Lambayeque 76.9% de la población AM hipertensa tenía tratamiento y 23.1% no contaba con él. (31)

En relación a los adultos mayores con pre hipertensión se encontró que los mayores porcentajes residen en 11 departamentos con valores por encima del promedio nacional (38,6%); destacando La Libertad (50,3%), Lambayeque (42,9%), Cajamarca (42,6%) y Pasco (42,1%) problema que requiere elaboración y aplicación de programas preventivos de salud y estilo de vida para evitar la prevalencia de la HTA. Por otro lado, la población mayor de 60 años con hipertensión arterial se encuentra en San Martín (42,7%) Ica (41,4%) y Tumbes (40,4%). Encontrándose porcentajes importantes de población adulta mayor con hipertensión enmascarada en San Martín (34,2%), Lima y Provincia Constitucional del Callao (32,2%) y Arequipa (31,4%). (31)

En relación con la Hipertensión arterial podemos acotar que existen factores de riesgo que la predisponen, los cuales son clasificados como Factores de riesgo no modificable y modificable:

Ente los cuales Factores de riesgo no modificable se encuentra; a) Edad y sexo: Se ha encontrado relación directamente proporcional entre el aumento de la edad del individuo y la frecuencia de aparición de las enfermedades cardiovasculares. Cuatro de cada cinco pacientes que fallecen por enfermedad cardiovascular son mayores de 65 años; b) Raza: se han demostrado que la raza negra es la de mayor incidencia, aunque actualmente por los cambios en el ritmo de vida y la no modificación de los factores de riesgo está aumentando la incidencia en las demás etnias; c) Herencia: existe aproximadamente el 25% de probabilidad de desarrollar la enfermedad si uno de los padres tiene hipertensión arterial. Si tanto la madre como el padre tienen la presión alta, se tiene el 60 % de probabilidades de desarrollarla. (18)

Como factores de riesgo modificables tenemos: a) Consumo de tabaco: La presión arterial está ligada al tabaquismo por ser este un factor de riesgo cardiovascular siendo el principal efecto de la nicotina la vasoconstricción; b) Consumo de grasas: Consumir demasiada grasa, especialmente las grasas saturadas eleva los niveles de colesterol en sangre, las grasas saturadas se encuentran principalmente en los alimentos de origen animal como: carne, leche entera, quesos y mantequilla, limitar el consumo de margarina, aderezos, carnes rojas, de pollo y pescado a 6 onzas diarias y aumentar el consumo de fibra alimenticia ayuda a reducir el colesterol, c) Obesidad: Existe una sólida relación en los estudios epidemiológicos entre peso corporal y HTA o entre obesidad y prevalencia de hipertensión. (18)

De manera que la obesidad e hipertensión son más frecuentes en individuos de raza negra, así como en niveles socioeconómicos bajos; d) Estrés: puede provocar hipertensión a través de elevaciones tensionales repetidas determinadas por la estimulación adrenérgica y liberación de hormonas vasoconstrictoras. (18)

Diversos factores se correlacionan con este fenómeno como la hipertensión de guardapolvo blanco, la sobrecarga laboral, factores raciales, presiones del medio social y trastornos emocionales causados en el clima familiar, como también en el clima académico; e) Consumo de alcohol: Los niveles más elevados de TA se observaban en aquellas personas que consumían 6 o más unidades de alcohol diarias; f) Ingesta de sodio: Un elevado consumo de sal contribuiría al aumento de la TA relacionado con la edad. El consumo recomendado de la organización mundial de salud, (OMS) que se establece entre 5gr. y 6gr. por persona y día, g) Actividad Física: Se ha sugerido que los individuos sedentarios están en mayor riesgo de desarrollar hipertensión y por ello se recomienda 15 minutos /día. (18)

Como estrategias para combatir esta problemática en salud se vienen promoviendo en todas las etapas de vida el asumir estilos de vida saludables, pero ¿Qué significa este término?; en relación a este concepto Aguilar G (18) cita a Duncan Pendersen, quien define el estilo de vida como “Manifestaciones de dimensiones colectiva y social, determinados y modelados a su vez por el contexto social, económico y cultural”; así mismo este autor referencia lo establecido por la Organización Mundial de la Salud quien define estilo de vida como “un conjunto de

patrones de comportamiento identificable y relativamente estable en el individuo o en una sociedad determinada .

Dicho estilo de vida resulta de las interacciones entre las características individuales, la interacción social y las condiciones de vida socioeconómica y ambiental en que viven las personas. Algunos estilos de vida incluyen patrones de comportamiento específicos que miden el bienestar del individuo actuando como factores de protección o de riesgo”. (18)

Mientras la Organización Panamericana de la salud (OPS), refiere que ”El termino 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 .El estilo de vida de una persona está compuesto por sus reacciones habituales y por las pautas de conducta que ha desarrollado durante sus procesos de socialización .Dichas pautas de comportamientos son interpretadas y puestas a prueba continuamente en las diversas situaciones sociales y por tanto, no son fijas, sino que están sujetas a modificaciones”. (18)

En relación al estilo de vida en la actualidad se reconocen dos tipos; los estilos de vida saludables definidos como “procesos sociales, tradiciones, hábitos, conductas y comportamientos de las personas y/o poblaciones que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar físico, social y espiritual del individuo” y los estilos de vida no saludables que “son los comportamientos hábitos o conductas que adoptan las personas en contra de su salud y en contra del mejoramiento de su calidad de vida y/o estilo de vida. Es el estilo de vida no saludable el que conlleva a la persona al deterioro de su aspecto biológico, psicológico y social, llevándolo a pérdidas físicas y en sí de su integridad personal”. (18)

Por todos los argumentos antes expuestos es que se puede concluir que “la intervención del enfermero o enfermera mediante la valoración exhaustiva de los estilos de vida de las personas y sus familias, sus riesgos, sus posibilidades, es de gran importancia para disminuir la prevalencia de la hipertensión, pues con los resultados de esta evaluación podrá luego planificar en conjunto las acciones y

cuidados tendentes a lograr la meta de mejorar su calidad de vida y salud; haciendo necesario como actividad transversal de enfermería el seguimiento y control en los hogares para constatar los avances de las personas en su cuidado y evaluar los logros.

1.4 Formulación del Problema.

¿Cuál es la Prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor del Centro de Salud Chongoyape, 2018?

1.5 Justificación e importancia del estudio

La Hipertensión arterial (HTA) es uno de los riesgos cardiovasculares con mayor importancia clínica y de salud pública dada su prevalencia en los adultos mayores a causa de múltiples factores de riesgo asociados que conducen a este paciente a adolecer problemas coronarios, falla cardíaca y renal; sumado al hecho que su control e intervención en los factores de riesgo mediante la educación en salud para la adopción de conductas saludables reduce la carga de morbilidad atribuible a esta enfermedad y sus complicaciones.

Durante la práctica en las diferentes asignaturas comunitarias, se ha tenido la oportunidad de observar en los diferentes establecimientos de salud del primer nivel de atención y en la visita domiciliaria que las personas no siempre conocen si padecen o no de hipertensión mientras otros conocen que padecen esta patología pero refieren que “es emocional”, “es pasajero solo cuando sube mi colesterol”, “solo me paso una vez cuando tuve muchos problemas”, concepciones que minimizan la importancia del diagnóstico y control de esta patología, hecho que crea una cultura que dificulta el control, monitoreo e incluso el diagnóstico oportuno de esta patología, enfatizándose la problemática en el adulto mayor el cual por su edad enfrenta mayores factores de riesgo.

Observaciones que muestran la relevancia de no sólo ejecutar la vigilancia de la prevalencia de esta patología en nuestras poblaciones sino que además se debe realizar estudios sobre los factores de riesgo que se asocian a esta patología en busca de identificar su presencia y comportamiento en esta población, permitiendo que los

profesionales de salud especialmente los profesionales de enfermería puedan planificar actividades dirigidas a intervenir los factores de riesgo asociados a la hipertensión.

El presente estudio tuvo como finalidad beneficiar al establecimiento de salud y a los profesionales de enfermería que en el laboran, al mostrarles datos concretos sobre la prevalencia de la hipertensión en la población adulta mayor adscrita al Centro de Salud Chongoyape así como la presencia de factores de riesgo que se relación con esta patología, datos que les permitirán en un futuro fortalecer las actividades de promoción y prevención de la hipertensión y de las enfermedades cardiovasculares en general, mediante la ejecución de actividades de educación para la salud evitando la aparición de la enfermedad y/o complicación en los adultos mayores en busca de una mejor calidad de vida.

1.6 Hipótesis

Existe una prevalencia mayor al 30% de hipertensión arterial en el adulto mayor, siendo los principales factores de riesgo asociados, la edad, estilos de vida y la comorbilidad del Centro de Salud Chongoyape, 2018.

1.7 Objetivos.

1.7.1 Objetivo General

Determinar la relación entre la prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor del Centro de Salud Chongoyape, 2018.

1.7.2 Objetivos específicos:

- Identificar la prevalencia de la hipertensión arterial en el adulto mayor adscrito al Centro de Salud Chongoyape, 2018.
- Identificar los factores sociodemográficos y económicos (edad, sexo, estado civil, tiempo de viudez, ingreso económico, convivencia, actividad laboral y nivel de escolaridad) asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor adscrito al Centro de Salud Chongoyape, 2018.

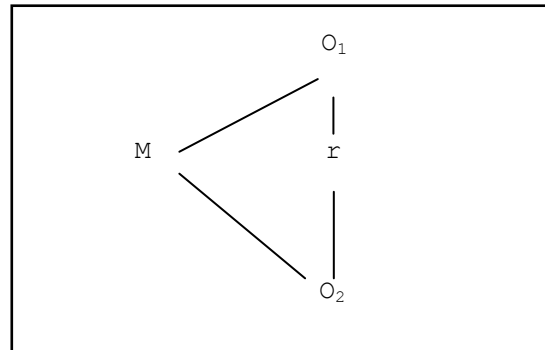
- Identificar los factores fisiológicos (IMC y presencia de otras enfermedades, patología) asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor adscrito al Centro de Salud Chongoyape, 2018.
- Identificar los factores biológicos (antecedentes familiares de hipertensión arterial y grado de consanguinidad del familiar) asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor adscrito al Centro de Salud Chongoyape, 2018.
- Identificar el factor modificable (estilo de vida) asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor adscrito al Centro de Salud Chongoyape, 2018.
- Identificar la media obtenida de los factores de riesgo (Factores sociodemográficos y económicos, factores fisiológicos, factores biológicos, factor modificable). asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor adscrito al Centro de Salud Chongoyape, 2018.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 Tipo y Diseño de Investigación.

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo porque usó la recolección de datos para probar la hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, estableciendo patrones de comportamiento; fue de tipo transversal porque recolectó datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito fue describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado; así mismo se utilizó el diseño no experimental porque sólo observo los fenómenos tal como se presentaron en su contexto natural (prevalencia de la hipertensión), para posteriormente analizarlos, al igual fue correlacional porque asoció variables (prevalencia de la hipertensión y factores de riesgo asociados) mediante un patrón predecible para un grupo o población (adultos mayores). (32)

El siguiente diseño es:



M: es la muestra de estudio

O₁: Factores de riesgo asociados a la hipertensión (prevalencia de la hipertensión)

O₂: prevalencia de la hipertensión (dependiente)

r: es la relación entre las variables de estudio.

2.2 Población y muestra

La población estuvo conformada por un total de 250 adultos mayores adscritos al establecimiento de salud según la programación poblacional asignada para el 2017 al Centro de Salud Chongoyape, por lo que esta investigación asumió como muestra 186 adultos mayores, muestra obtenida por fórmula de población finita.

Dónde:

N = Total de la población

$Z_{\alpha}^2 = 1.96$ (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 50% = 0.5)

q = 1 – p (en este caso 1-0.05 = 0.95)

d = precisión (en este caso deseamos un 5%).

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

$$n = \frac{250 * (1.96)^2 * (0.5) (0.95)}{(0.05)^2 (250-1) + (1.96)^2 * (0.5) (0.95)} = \frac{456.19}{2.44726} = 186.41$$

n= 186 adultos mayores

Criterios de inclusión:

- Adulto mayor de 60 años a más
- Adulto mayor de ambos sexos
- Adulto mayor que se encontraron adscritos al Centro de salud Chongoyape.
- Adulto mayor que desearon participar libremente de la investigación.

Criterios de exclusión:

- Adulto mayor que no aceptaron participar en el trabajo de investigación.
- Adulto mayor con problemas en su salud mental que le impidieron responder a las preguntas consignadas en la ficha.

2.3 Variables, Operacionalización

Variable 1: prevalencia de la hipertensión: proporción de adultos mayores de una población que presentan elevación anormal de la presión arterial sistólica y/ o diastólica. Se consideraran para valorar las cifras patológicas los siguientes parámetro: según la tabla de clasificación de hipertensión de la guía European ESH – ESC. (34): categoría: optima: (sistólica <120, diastólica <80); normal: (sistólica 120-129; diastólica 80-84); normal alta: (sistólica 130-139; diastólica 85-89); hipertensión grado 1: (sistólica 140-159; diastólica 90-99); hipertensión grado 2: (sistólica 160-179; diastólica 100-109); hipertensión grado 3: (sistólica \geq 180; diastólica \geq 110); HTA sistólica aislada; (sistólica \geq 140; diastólica <90).

Variable 2: Factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial: son las características de las personas adultas mayores que aumenta la probabilidad de sufrir hipertensión arterial. (25), los cuales son la edad. Sexo, estado civil, tiempo de viudez, ingreso económico, convivencia, actividad laboral, nivel de escolaridad, IMC, presencia de otras enfermedades, patologías del entrevistado, antecedentes familiares de hipertensión, grado de consanguinidad del familiar y estilos de vida.

Variables	Dimensiones	Indicadores	Técnica e instrumento de recolección de datos
Prevalencia de la hipertensión	Prevalencia	Adultos mayores con hipertensión	<p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumento: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial</p>
		Adultos mayores sin hipertensión	
Factores de riesgo asociados a la hipertensión	Factores sociodemográficos y económicos	Edad	
		Sexo	
		Estado civil	
		Tiempo de viudez	
		Ingreso económico	
		Convivencia	
		Actividad laboral	
		Nivel de escolaridad	
	Factores fisiológicos	IMC	
		Presencia de otras enfermedades	
		Patología del entrevistado	
	Factor biológico	Antecedentes familiares de hipertensión	
		Grado de consanguinidad del familiar	
Factores modificables	Estilos de vida		

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

En el presente estudio se aplicó la técnica de la encuesta, la cual es ampliamente utilizada como una herramienta o instrumento estandarizado permitiendo obtener y elaborar datos de modo rápido y eficaz; operando a través de la formulación de preguntas por parte de la investigadora y de la emisión de respuestas por parte de las personas que participaron en la investigación; permitiendo recoger datos de la muestra de estudio (186 adultos mayores) para llegar a difundir las conclusiones obtenidas.(31)

Se aplicaron dos instrumentos en la presente investigación el primero es el “cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial”, conformado por 2 fases:

En la primera fase se registró la presión arterial de los participantes y se identificó si presentan o no hipertensión arterial (medir prevalencia), para lo cual se utilizó el número de personas con hipertensión identificadas al momento del estudio y el número de personas que conforman la población expuesta (adultos mayores sujetos del estudio)

En la segunda fase; se consignaron preguntas que permitieron evaluar los factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial, siendo agrupados en la encuesta siguiendo las dimensiones del estudio de la siguiente manera:

Factores Sociodemográficos y económicos: edad, sexo, estado civil, tiempo de viudez, ingreso económico, convivencia, actividad laboral y nivel de escolaridad; (8 preguntas);

Factores fisiológicos: IMC y presencia de otras enfermedades, patología del entrevistado. (3 preguntas)

Factores biológicos: antecedentes familiares de hipertensión, grado de consanguinidad del familiar (2 pregunta)

Para analizar el IMC, se utilizó los parámetros establecidos por la Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor, del Ministerio de Salud - Perú publicada en el 2013. (34) (ver anexo 06)

La validez del instrumento “Encuesta de evaluación de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial” fue sometida a la opinión de tres jueces expertos:

Lic. En enfermería, maestría en docencia universitaria, trabaja en el Hospital Regional Lambayeque, magister en gerencia y administración, enfermera asistencial, especialista en administración en enfermería, cargo coordinadora de la estrategia de enfermedades no transmisibles- hipertensión.

Lic. En enfermería especialidad gerencia educativa, labora en el centro de salud Monsefú, enfermero asistencial, Especialidad en enfermería familiar y comunitaria, docente universidad USS.

Lic. en enfermería, especialista en centro quirúrgico, labora en el Hospital Regional Lambayeque, enfermera asistencial de la estrategia de enfermedades no transmisibles – hipertensión.

Posteriormente el instrumento estructurado para fines del presente estudio conformado por 14 preguntas fue sometido a una prueba piloto, aplicándolo a 15 adultos mayores, procesando los datos en el programa de SPSS v. 22.0, empleando para ello el coeficiente de Alfa de Cronbach que sirve para medir la fiabilidad de una escala de medida, obteniendo como resultado un Alfa de Cronbach (0.834) resultado que al aproximarse a su valor máximo, 1, muestra que mayor es la fiabilidad de la escala. Además, se considera que valores del alfa superiores a 0,7 o 0,8 son suficientes para garantizar la fiabilidad de la escala (34).

El segundo instrumento: “Test Fantástico para evaluar el factor de riesgo modificable: estilo de vida”, el cual fue aplicado y validado en el Perú por Villar M, Ballinas Y, Gutiérrez C, Angulo Y. en el estudio “Análisis de la confiabilidad del test fantástico para medir estilos de vida saludables en trabajadores evaluados por el programa “reforma de vida” del seguro social de salud (EsSalud)” publicado en la Revista Peruana de Medicina Integrativa, en el 2016. Obteniendo un alfa de Cronbach de 0,778. Con respecto al análisis factorial, se observó una buena consistencia en la

agrupación y pertinencia de las preguntas en los diez ítems pertenecientes al cuestionario FANTÁSTICO (35)

2.5 Procedimiento de análisis

Para realizar el análisis de los datos del presente estudio se utilizó el SPSS V.2.0, utilizando para ello estadísticos de frecuencia, presentando los datos en tablas y gráficos, entre las que se detalló los factores sociodemográficos y económicos, factores fisiológicos, factores biológicos, y el estilo de vida como factor modificables de la población adulta mayor hipertensa.(32)

Una vez obtenido los estadísticos se procedió a realizar un análisis descriptivo, prosiguiendo con el análisis temático de los datos, para ello se usó la literatura actualizada que permitió explicar los resultados hallados en la investigación.

2.6 Aspectos éticos

El presente estudio asumió los principios éticos del Informe de Belmont

Respeto a la dignidad humana:

Implica toda acción e intención, que en todo fin y en todo medio, trata siempre a cada uno, con el respeto que le corresponde por su dignidad y valor como persona. Dado que toda persona tiene valor inherente, solo por su condición básica de ser humano. El valor de los seres humanos difiere del que posees los objetos que usamos, las cosas son reemplazables por lo cual tienen un valor de intercambio; los seres humanos, en cambio, tienen valor ilimitado puesto que, como sujetos dotados de identidad, son únicos e irremplazables.(36)

Por tal motivo, esta investigación mantuvo el respeto a la dignidad humana en el sujeto de estudio; cumpliéndolo mediante la firma de un consentimiento informado, que indica su participación de forma voluntaria en el estudio, además de ser tratados con el respeto que merece cada uno de ellos.

Beneficencia:

El tratar a una persona de una manera ética, implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar en todo momento.

El término “beneficencia” se entiende como actos de bondad o caridad que van más allá de la estricta obligación. En este sentido se han formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de beneficencia: no hacer daño; y acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles. (36)

En esta investigación la autora cumplió con este criterio, ya que la intención es actuar en beneficio de los adultos mayores.

Justicia:

El principio de justicia exige una distribución justa de los recursos en la procura del bien “salud”. Este principio comprende el uso racional de los recursos disponibles que permita el ejercicio pleno del derecho a la salud, que apunta no solo a los ciudadanos necesarios con base en la dignidad de la persona, sino a las obligaciones de una bioética justa de la responsabilidad frente a la vida amenazada y los derechos de futuras generaciones.(36)

En el presente estudio se mantuvo el sentido de responsabilidad justa, sin amenazar los derechos del sujeto de estudio, con el fin de velar por su beneficio, ya que los participantes podrán obtener mejoras futuras.

2.7 Criterios de rigor científico

El presente estudio asumió como criterios de rigor científico para asegurar la calidad de los datos y sus resultados a la Validez, generalizabilidad, fiabilidad y replicabilidad. (32)

La validez, del presente estudio se planteó desde la operacionalización de la variables y sus dimensiones según los objetivos específicos de la investigación, así mismo para asegurar la validez se sometió al instrumento a juicio de expertos y alfa de Cronbach (0.834) (Anexo 3 y 4).

Generalizabilidad o validez externa, fue asumida al obtener la muestra representativa usando la fórmula de población finita ajustada, obteniendo de una población de 250 adultos mayores, 186 adultos mayores como muestra.

La Fiabilidad, se acreditó la fiabilidad del estudio al lograr obtener una muestra precisa tras la aplicación de la fórmula de población finita, con una precisión al 5% minimizando el error al asumir una muestra obtenida estadísticamente.

La replicabilidad se sustentó en el cumplimiento de los criterios antes mencionados, de tal manera que los resultados se puedan repetir en otra investigación con características similares.

III. RESULTADOS

3.1 Tablas y figuras

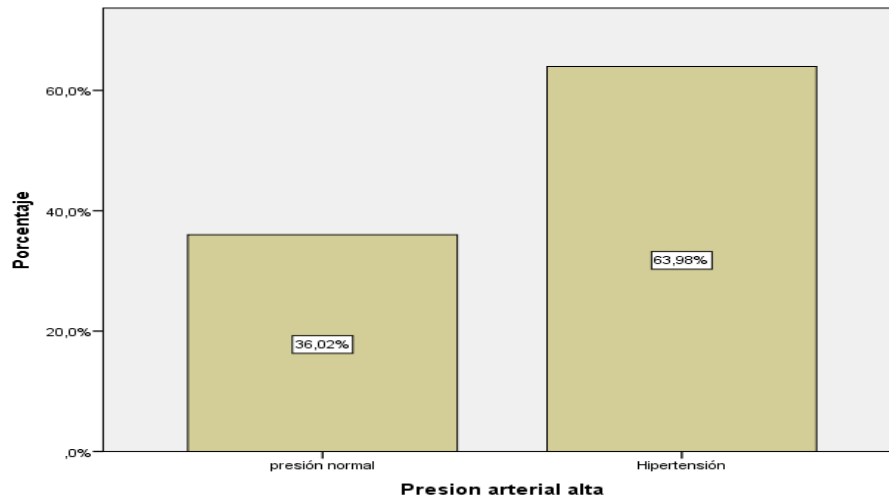
Teniendo en cuenta los objetivos planteados en el presente estudio se encontraron los siguientes resultados

Tabla 1. Prevalencia de la hipertensión arterial en el adulto mayor adscrito al Centro de Salud Chongoyape, 2018

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Presión Normal	67	35,4	36,0	36,0
	Hipertensión	119	63,0	64,0	100,0
	Total	186	98,4	100,0	
Perdidos	Sistema	3	1,6		
Total		189	100,0		

Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Figura 1. Prevalencia de la Hipertensión arterial



Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

En la tabla y figura N°1 se evidencia que el 63% de la población adulto mayor adscrita al Centro de Salud Chongoyape presente hipertensión arterial, por lo que decimos que tenemos

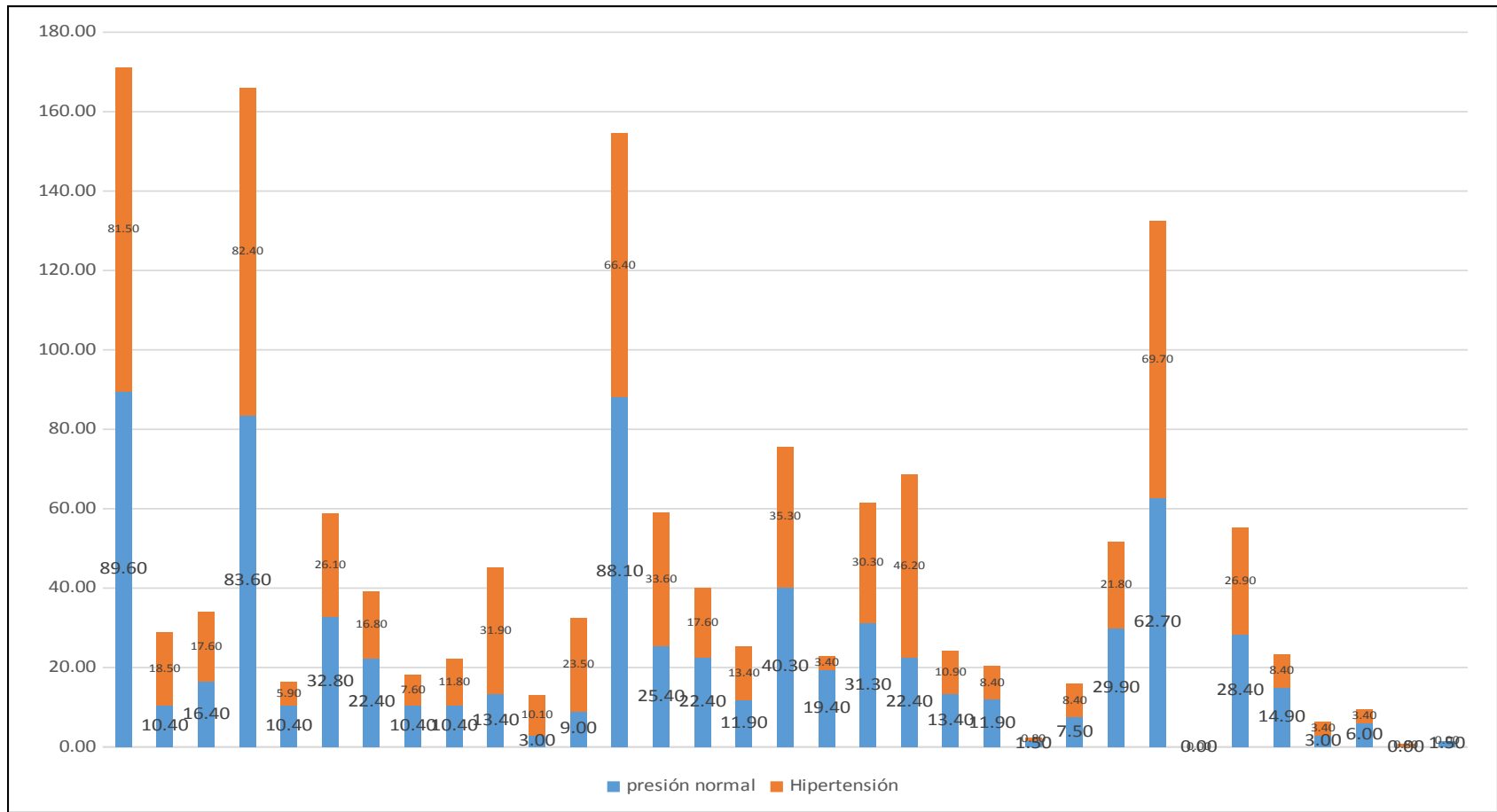
en esta población una prevalencia de hipertensión arterial de 0.63 que equivale al 63%.

Tabla 2. Factores sociodemográficos y económicos (edad, sexo, estado civil, tiempo de viudez, ingreso económico, convivencia, actividad laboral y nivel de escolaridad) asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor adscrito al Centro de Salud Chongoyape, 2018

		Presión arterial alta				Recuento	Total % dentro de HTA alta	sig. Chi cuadrado de Pearson
		presión normal		Hipertensión				
		Recuento	% dentro de HTA alta	Recuento	% dentro de HTA alta			
Edad	60 -74 años	60	89,6%	97	81,5%	157	84,4%	,147
	75 - 90 años	7	10,4%	22	18,5%	29	15,6%	
Sexo	Masculino	11	16,4%	21	17,6%	32	17,2%	,831
	Femenino	56	83,6%	98	82,4%	154	82,8%	
Estado Civil	Soltero	7	10,4%	7	5,9%	14	7,5%	,114
	Casado	22	32,8%	31	26,1%	53	28,5%	
	Unión Libre	15	22,4%	20	16,8%	35	18,8%	
	Separado	7	10,4%	9	7,6%	16	8,6%	
	Divorciado	7	10,4%	14	11,8%	21	11,3%	
Tiempo De Viudez	Viudo	9	13,4%	38	31,9%	47	25,3%	,005
	Menor A Un Año	2	3,0%	12	10,1%	14	7,5%	
	Mayor A Un Año	6	9,0%	28	23,5%	34	18,3%	
Ingresos Económicos	No Aplica	59	88,1%	79	66,4%	138	74,2%	,612
	Sin Ingresos	17	25,4%	40	33,6%	57	30,6%	
	Menor Al Salario Mínimo (750)	15	22,4%	21	17,6%	36	19,4%	
	Igual Al Salario Mínimo (750)	8	11,9%	16	13,4%	24	12,9%	
Convivencia	Pensión 65	27	40,3%	42	35,3%	69	37,1%	,002
	Solo	13	19,4%	4	3,4%	17	9,1%	
	Cónyuge	21	31,3%	36	30,3%	57	30,6%	
	Hijos	15	22,4%	55	46,2%	70	37,6%	
	Cónyuge E Hijos	9	13,4%	13	10,9%	22	11,8%	
	Otros Familiares	8	11,9%	10	8,4%	18	9,7%	
Actividad	Otros	1	1,5%	1	0,8%	2	1,1%	,478
	Con Actividad Laboral Remunerada	5	7,5%	10	8,4%	15	8,1%	
	Con Actividad Laborar No Remunerada	20	29,9%	26	21,8%	46	24,7%	
Nivel De Escolaridad	Sin Actividad Laboral	42	62,7%	83	69,7%	125	67,2%	,456
	Analfabeto	31	46,3%	68	57,1%	99	53,2%	
	Primaria Sin Terminar	19	28,4%	32	26,9%	51	27,4%	
	Primaria Terminada	10	14,9%	10	8,4%	20	10,8%	
	Secundaria Sin Terminar	2	3,0%	4	3,4%	6	3,2%	
	Secundaria Terminada	4	6,0%	4	3,4%	8	4,3%	
	Técnico Medio Terminado	0	0,0%	1	0,8%	1	0,5%	
	Universitario	1	1,5%	0	0,0%	1	0,5%	

Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Figura 2. Factores Sociodemográficos y Económicos asociados a la hipertensión arterial



Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

La tabla y figura N° 2. Muestra de un total de 186 adultos mayores 119 presentan HTA de los cuales 97 (81.5% de HTA) AM pertenecen al grupo etáreo de 60 – 74 años, así mismo 22 (18.5%) AM están entre 75 a 90 años, demostrándose que no existe asociación entre HTA y edad al obtener sig. X2 de Pearson $p = 0.147 > 0.05$.

En relación al sexo del total de adultos mayores con HTA 98 (82.4%) AM pertenecen al sexo femenino, así mismo 21(17.6%) AM son del sexo masculino presentan; demostrándose que no existe asociación entre HTA y sexo al obtener sig. X2 de Pearson $p = 0.831$, mayor que 0.05.

Sobre el estado civil se evidencia que del total de adultos mayores con HTA 38 (31.9%) AM son viudos, seguido de 31(26.1%) AM que son casados y de 20 (16.81%) AM que se encuentran en unión libre; demostrándose que no existe asociación entre HTA y estado civil al obtener sig. X2 de Pearson $p = 0.114 > 0.05$.

En relación al tiempo de viudez se encuentra que del total de adultos mayores con HTA 79 (66.4%) AM no son viudos y 40 (33.6%) si tienen ésta condición de viudez, mostrando que 28 (23.5%) AM son hipertensos y viudos encontrándose con más de un años en esta condición y 12 (10.1%) AM con hipertensión y viudos tienen menos de un año de perder a su pareja; demostrándose que si existe asociación entre HTA y tiempo de viudez al obtener sig. X2 de Pearson $p = 0.005 < 0.05$.

Sobre la condición económica del total de adultos mayores con HTA, 42(35.3%) AM reciben pensión 65, seguido de 40 (33.6%) AM que refieren no tener ingresos y de 21 (17.6%) AM que tienen un ingreso menor al salario mínimo de 750.00 nuevos soles. Demostrándose que no existe asociación entre HTA y condición económica al obtener sig. X2 de Pearson $p=0.612 > 0.05$.

En relación a la convivencia, del total de AM con HTA el 55 (46.2 %) viven con sus hijos, el 36 (30.3%) viven con su pareja; Demostrándose que si existe asociación entre HTA y convivencia al obtener sig. X2 de Pearson $p = 0.002 < 0.05$.

En relación a la actividad laboral del total de adultos mayores con HTA 83 (69.7 %) se encontraba sin actividad laboral, así mismo 26 (21.8%) presentan actividad laboral no

remunerada, Demostrándose que no existe asociación entre HTA y actividad laborar al obtener sig. X2 de Pearson $p=0.478 > 0.05$

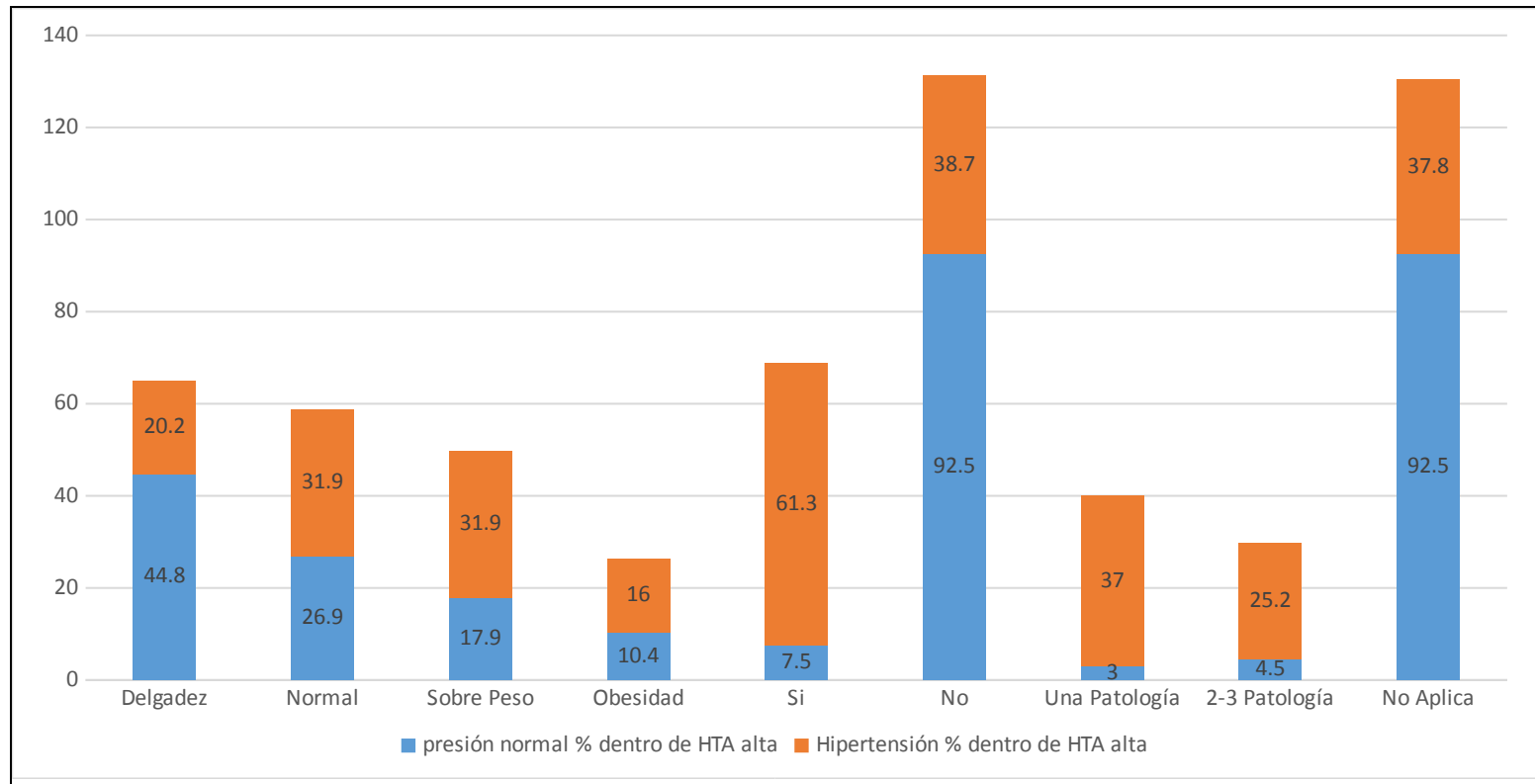
Finalmente, en relación a la escolaridad del total de AM con HTA se encontró que 68 (57.1 %) son analfabetos, 32(26.9%) tienen primaria sin terminar, Demostrándose que no existe asociación entre HTA y escolaridad al obtener sig. X² de Pearson $p = 0.456 > 0.05$

Tabla 3. Factores fisiológicos (IMC y presencia de otras enfermedades, patología) asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor adscrito al Centro de Salud Chongoyape, 2018.

		Presión arterial alta				Total	sig. Chi cuadrado de Pearson
		presión normal		Hipertensión			
		Recuento	% dentro de HTA alta	Recuento	% dentro de HTA alta	Recuento	% dentro de HTA alta
IMC	Delgadez	30	44,8%	24	20,2%	54	29,0%
	Normal	18	26,9%	38	31,9%	56	30,1%
	Sobre Peso	12	17,9%	38	31,9%	50	26,9%
	Obesidad	7	10,4%	19	16,0%	26	14,0%
							,004
Enfermedad	Si	5	7,5%	73	61,3%	78	41,9%
	No	62	92,5%	46	38,7%	108	58,1%
							,000
Número De Patologías	Una Patología	2	3,0%	44	37,0%	46	24,7%
	2-3 Patología	3	4,5%	30	25,2%	33	17,7%
	No Aplica	62	92,5%	45	37,8%	107	57,5%
							,000

Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Figura 3. Factores Fisiológicos asociados a la hipertensión arterial



Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

La tabla y figura N° 3 muestra que de un total de 186 adultos mayores 119 presentan HTA de los cuales 38 (31.9 %) tienen un IMC normal y sobre peso respectivamente así mismo 24 (20.2%) tienen delgadez, demostrándose que si existe asociación entre HTA e IMC al obtener sig. X2 de Pearson $p = 0.004 < 0.05$.

En relación a la presencia de alguna enfermedad del total de AM con HTA 73(61.3 %) presentan alguna enfermedad, así mismo 46(38.7%) no tienen enfermedad identificada a parte del a HTA, demostrándose que si existe asociación entre HTA y presencia de alguna enfermedad al obtener sig. X2 de Pearson $p = 0.000 < 0.05$.

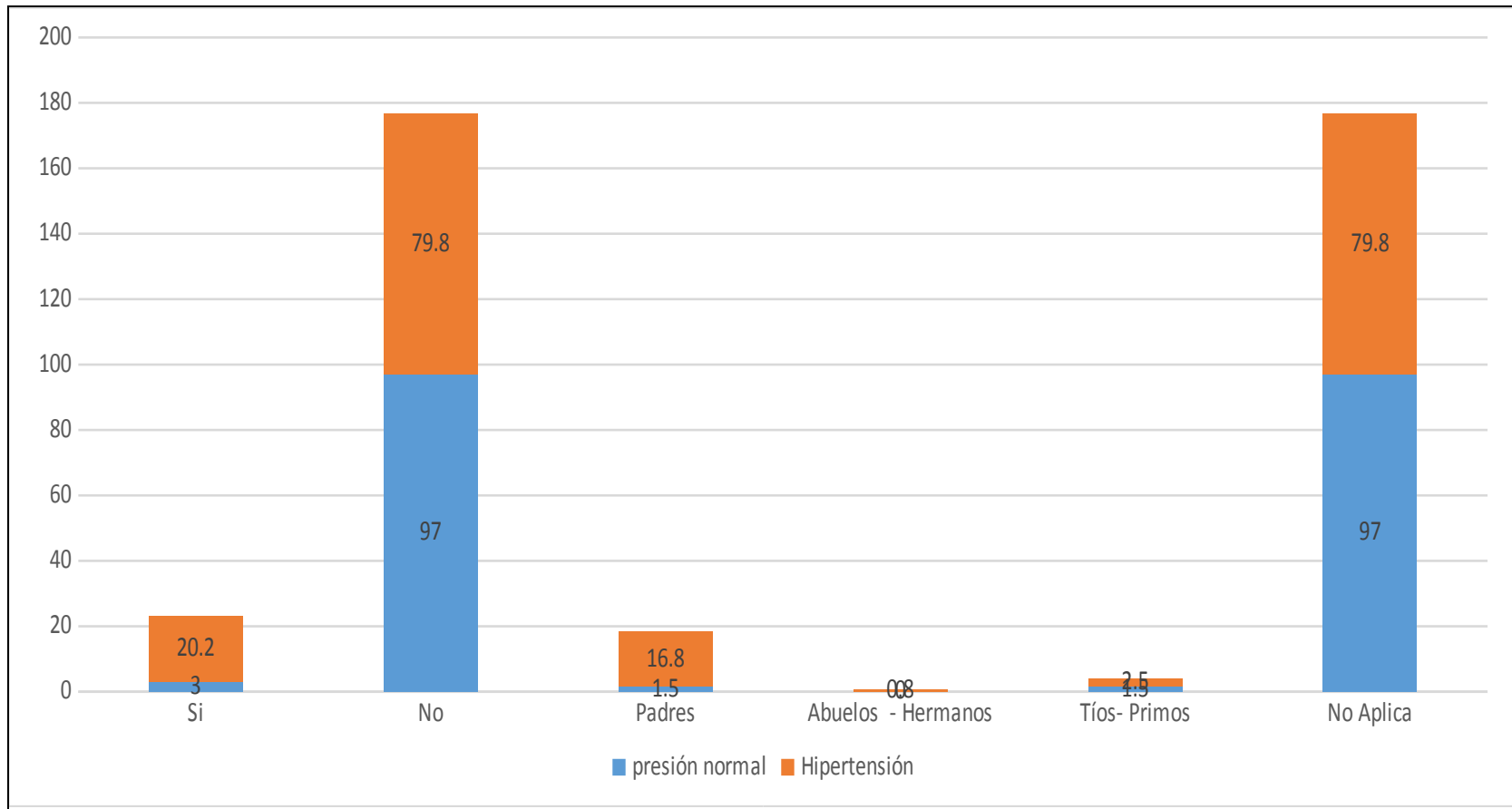
Sobre el N° de patologías asociados encontramos que del total de AM con HTA 45 (37,8%) no presentan patologías asociadas; mientras 44(37.0 %) presentan una patología asociada, así mismo 30(25.2%) de 2 a 3 patologías asociadas, demostrándose que si existe asociación entre HTA y el N° de patologías al obtener sig. X2 de Pearson $p = 0.000 < 0.05$.

Tabla 4. Factores biológicos (antecedentes familiares de hipertensión arterial y grado de consanguineidad) asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor adscrito al Centro de Salud Chongoyape, 2018.

		Presión arterial alta				Total	sig. Chi cuadrado de Pearson	
		presión normal		Hipertensión				
		Recuento	% dentro de HTA alta	Recuento	% dentro de HTA alta	Recuento	% dentro de HTA alta	
Antecedentes Familiares De HTA	Si	2	3,0%	24	20,2%	26	14,0%	,001
	No	65	97,0%	95	79,8%	160	86,0%	
Nivel De Consanguineidad	Padres	1	1,5%	20	16,8%	21	11,3%	,011
	Abuelos - Hermanos	0	0,0%	1	0,8%	1	0,5%	
	Tíos-Primos	1	1,5%	3	2,5%	4	2,2%	
	No Aplica	65	97,0%	95	79,8%	160	86,0%	

Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Figura 4. Factores Biológicos asociados a la hipertensión arterial



Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

La tabla y figura N° 4. Muestra que de un total de 186 adultos mayores 119 presentan HTA de los cuales 95 (79.8 %) no presentan antecedentes familiares de HTA, así mismo 24(20.2%) si presentan antecedentes. demostrándose que si existe asociación entre HTA y antecedentes familiares de HTA al obtener sig. X^2 de Pearson $p = 0.001 < 0.05$.

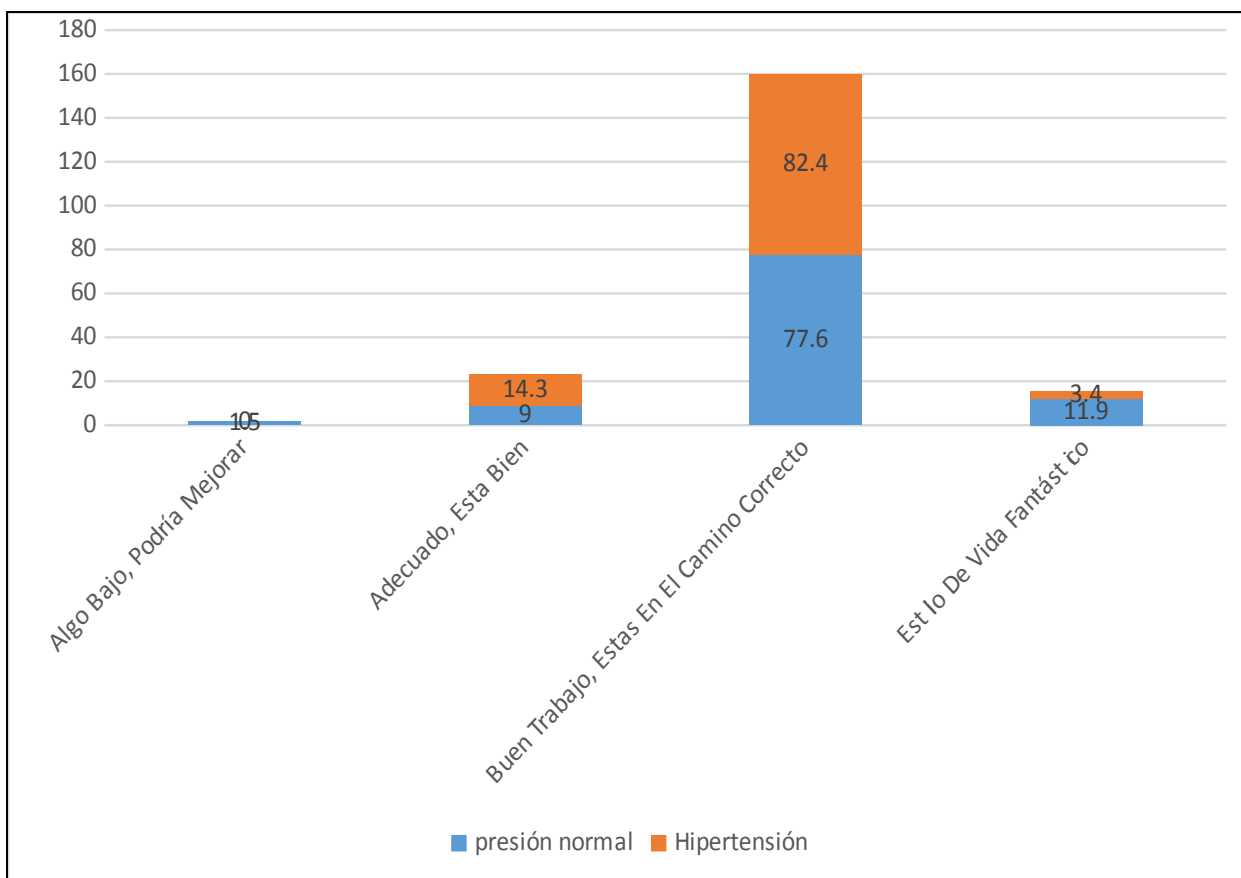
En relación a la relación filial con el familiar encontramos que 20(16.8%) AM tienen padres con HTA, demostrándose que si existe asociación entre HTA y nivel de consanguineidad A al obtener sig. X^2 de Pearson $p = 0.011 < 0.05$.

Tabla 5. Factor modificable (estilo de vida) asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor adscrito al Centro de Salud Chongoyape, 2018

		Presión arterial alta				Total		sig. Chi cuadrado
		presión normal		Hipertensión		Recuento	% dentro de HTA alta	
		Recuento	% dentro de HTA alta	Recuento	% dentro de HTA alta			
Estilo De Vida	Algo Bajo, Podría Mejorar	1	1,5%	0	0,0%	1	0,5%	,051
	Adecuado, Esta Bien	6	9,0%	17	14,3%	23	12,4%	
	Buen Trabajo, Estas En El Camino	52	77,6%	98	82,4%	150	80,6%	
	Correcto Estilo De Vida Fantástico	8	11,9%	4	3,4%	12	6,5%	
Total		67	100,0%	119	100,0%	186	100,0%	

Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Figura 5. Factores Modificables asociados a la hipertensión arterial



Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

La tabla y figura N° 5. Muestra que de un total de 186 adultos mayores 119 presentan HTA de los cuales 98 (82.4 %) tienen un buen estilo de vida, así mismo 17 (14.3%) tienen un adecuado estilo de vida y 4 (3.4%) tienen un estilo de vida Fantástico, demostrándose que no existe asociación entre HTA y Estilo de vida al obtener sig. X2 de Pearson $p = 0.051, > 0.05$.

Tabla 6. Media obtenido de los factores de riesgo (Factores sociodemográficos y económicos, factores fisiológicos, factores biológicos, factor modificable) asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor adscrito al Centro de Salud Chongoyape, 2018

		Presión Arterial Alta	
		presión normal	Hipertensión
		Media	Media
tiempo de viudez	Menor A Un Año	14,3%	85,7%
	Mayor A Un Año	17,6%	82,4%
	No Aplica	42,8%	57,2%
Convivencia	Solo	76,5%	23,5%
	Cónyuge	36,8%	63,2%
	Hijos	21,4%	78,6%
	Cónyuge E Hijos	40,9%	59,1%
	Otros Familiares	44,4%	55,6%
	Otros	50,0%	50,0%
IMC	Delgadez	55,6%	44,4%
	Normal	32,1%	67,9%
	Sobre Peso	24,0%	76,0%
	Obesidad	26,9%	73,1%
Enfermedad	Si	6,4%	93,6%
	No	57,4%	42,6%
Nº patologías	Una Patología	4,3%	95,7%
	2-3 Patología	9,1%	90,9%
	No Aplica	57,9%	42,1%
Antecedentes familiares	Si	7,7%	40,6%
	No	92,3%	59,4%
Nivel consanguinidad	Padres	4,8%	95,2%
	Abuelos - Hermanos	0,0%	100,0%
	Tíos- Primos	25,0%	75,0%
	No Aplica	40,6%	59,4%

Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

La tabla 6. Muestra la media para el factor de riesgo sociodemográfico encontrando que el Tiempo de viudez asociado con la hipertensión presenta una media de 85.7%; Convivencia asociado con la hipertensión, una media 78.6% para aquellos AM que conviven con sus hijos.

La media para el factor de riesgo fisiológico: IMC asociado con la hipertensión, encontrando una media de 76.0%.en sobre peso; en relación a la presencia de Enfermedad asociado con la hipertensión, se encontró una media de 93.6% que si tiene

enfermedad; sobre N° de patologías presentan una media de 95.7% para una patología; para Antecedentes familiares con HTA asociado con la hipertensión, encontrando que los adultos mayores hipertensos que si presentan antecedentes familiares con HTA tienen una media de 92.3%, finalmente la media para el factor de riesgo fisiológico: Nivel de consanguineidad de familiares con HTA se encontró una media 100% de AM con HTA que si presentan antecedentes familiares estando ligados al primer grado de consanguineidad hermanos y padres con una media de 95.2%.

Tabla 7. Prevalencia y Factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor del Centro de Salud Chongoyape, 2018.

Factor de riesgo	Dimensión	Prevalencia HTA	Valor	gl	P<0.05
Factor sociodemográfico	Edad: 60 -74 años	0.815	2, 105 ^a	1	,147
	Sexo; Femenino	0.824	,045 ^a	1	,831
	Estado civil: viudo	0.319	8,876 ^a	5	,114
	Tiempo de viudez: mayor a un año	0.235	10,565 ^a	2	,005
	Convivencia: con hijos	0.462	19,506 ^a	5	,002
	Nivel de escolaridad: analfabeto	0.571	5, 718 ^a	6	,456
Factor económico	Ingresos económicos: pensión 65	0.353	1, 812 ^a	3	,612
	Actividad laboral: sin actividad laboral	0.697	1, 475 ^a	2	,478
Factor fisiológico	IMC: sobre peso	0.319	13,376 ^a	3	,004
	Enfermedades: Si	0.613	51,109 ^a	1	,000
	N° de patologías; una patología	0.37	52,723 ^a	2	,000
Factor biológico	Antecedentes familiares: no	0.798	10,525 ^a	1	,001
	Nivel de consanguineidad: padres	0.168	11,149 ^a	3	,011
Factor modificable	Estilos de vida: Buen trabajo, en el camino correcto	0.824	7,771 ^a	3	,051

Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

En la Tabla N° 7 se muestra que los factores que tienen relación con la prevalencia de la hipertensión según chi cuadrado son: Factores sociodemográficos; tiempo de viudez (0.005) y

convivencia con hijos (0.02); Factores fisiológicos; IMC (0.04), enfermedad (0.00), N° de patologías (0.00); y Factor biológico: antecedentes familiares (0.01).

3.2. Discusión de Resultado

El presente estudio buscó demostrar la existencia de la relación entre la prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor, considerando que esta enfermedad se ha convertido en un importante problema de salud pública, por lo que el enfermero(a) debe encaminarse a conocer la prevalencia de esta enfermedad (frecuencia de casos en una población y en un momento dados), evidenciando así como avanza esta patología, así mismo se buscó conocer los factores causales relacionados a la HTA, para que desde la visión preventiva de enfermería sustentada en la teoría de Nola Pender(26), se dirija diferentes estrategias para reducirlos.

Este estudio identificó la prevalencia de la hipertensión arterial en el adulto mayor, es decir la frecuencia en que se presenta la HTA en los adultos mayores adscritos al Centro de Salud Chongoyape obteniendo que el 63% de la población adulto mayor adscrita al mencionado Centro de Salud presenta hipertensión arterial, por lo que decimos que tenemos en esta población una prevalencia de hipertensión arterial de 0.63 que equivale al 63% de la población. A diferencia del resultado que obtuvieron los siguientes estudios, los cuales no superan el 50% de prevalencia encontrada en su población de estudio: Ortiz R, et.al (39), quien obtuvo La prevalencia de HTA fue de 16,2% (n=86); Pañy M, Paguay M, Quito M (13) quienes evidenciaron una prevalencia de 40.54% de adultos mayores que presentaron hipertensión.

Así mismo obtuvo Zubeldia L, Quiles J, Mañes J, Redón J (9) quien concluyó en su estudio que la prevalencia de hipertensión estimada para la Comunidad Valenciana fue de 38,2; Cinza S, Cabarcos A, Nieto E, (37) quien evidenció una prevalencia de HTA en el adulto mayor de 37,0%; finalmente Aguilar Y y Cáceres P (38) quienes demostraron una prevalencia de HTA en la población estudiada de 25.2%. Por lo

expuesto se afirma que en la población estudiada existe alta prevalencia de HTA, a diferencia de lo encontrado en otras poblaciones, hecho que podría ser causado por determinadas conductas propias de la población de Chongoyape, las cuales deberán ser intervenidas con actividades preventivas, tal como lo sustenta Nola Pender, quien afirma que entender las conductas humanas relacionadas con la salud, permitirá generar conductas saludables como un aspecto preventivo. (23)

En cuanto a los factores que son asociados a la prevalencia de la hipertensión arterial en el adulto mayor tenemos a los sociodemográficos y económicos (edad, sexo, estado civil, tiempo de viudez, ingreso económico, convivencia, actividad laboral y nivel de escolaridad), evidenciando en la población estudiada que de un total de 186 adultos mayores 119 presentan HTA de los cuales 97 (81.5% de HTA) AM pertenecen al grupo etario de 60 – 74 años, así mismo 22 (18.5%) AM están entre 75 a 90 años, demostrándose que no existe asociación entre HTA y edad al obtener sig. X² de Pearson $p = 0.147 > 0.05$.

Mientras otros estudios presentan las siguientes evidencias sobre el factor edad: Pañy M, Paguay M, Quito M (13), encontró que existe una prevalencia de 34.23% de HTA en el grupo etáreo de 81 y 90 años; mientras Aguilar Y, Cáceres P. (20) obtiene una prevalencia de HTA 50.7% en los pacientes entre 51-64; en otros estudios como el realizado en el Perú por INEI en el 2012 (28), se observa un mayor porcentaje de hipertensión arterial en las personas mayores de 80 años (34,5%) seguido por los adultos mayores de 70 a 74 años (32,3%), el menor porcentaje se encontró en el grupo de 60 a 64 años de edad (24,4%).

A diferencia de los estudios de Campos I, Hernández L, Rojas R, Pedroza A, Medina C, Barquera S. (14) quienes mostraron que el grupo de edad de mayores de 60 años tuvo una prevalencia 3.4 veces más alta de HTA que el grupo de edad más joven (20 a 29 años), y se encontró una tendencia significativa ($p < 0.05$) por el efecto de la edad en la prevalencia de diagnóstico médico previo de HTA (8.8 veces más alta en el grupo de edad ≥ 60 años); Ávila et al, quien relata la existencia de una relación directa de la Presión Arterial con la edad, siendo la prevalencia de HAS superior al 60% en

individuos con más de 65 años (25); y García J, Cardona D, Arango Á, Segura M, Garzón O (39) que encontró que en cuanto a la edad, se observaron los adultos mayores viejos (75 a 89 años), fueron los que más desarrollaron la hipertensión arterial comparados con los jóvenes (60 a 74 años), cuando se ajustó por las demás variables. (RP crudo = 1,73 y RP ajustado = 1,59 IC: 1,201 - 2,105).

Estos resultados pueden estar presentándose debido a que el estudio está relacionado sólo al grupo etáreo del adulto mayor, por lo que no hay una diferencia significativa que permita asociar la edad con la prevalencia de la HTA, recordando que de por sí en esta etapa la edad es considerada como un factor de riesgo no modificables por las alteraciones estructurales de las paredes vasculares, que pierden elastina y aumenta las fibras de colágeno rígidas, la calcificación y el desarreglo de las fibras produce rigidez de las paredes, produciendo un incremento de la velocidad de la onda de pulso, determinado que el retorno de la onda alcance el corazón durante la sístole incrementado la presión sistólica y reduciendo la presión diastólica. (29), teniendo como estadística que cuatro de cada cinco pacientes que fallecen por enfermedad cardiovascular son mayores de 65 años. (18)

En relación al factor sexo el presente estudio encontró que del total de adultos mayores con HTA 98 (82.4%) AM pertenecen al sexo femenino, así mismo 21(17.6%) AM son del sexo masculino, demostrándose que no existe asociación entre HTA y sexo al obtener sig. χ^2 de Pearson $p = 0.831$, mayor que 0.05.

Similar resultado encuentra Napuche N. (15) mostrando como resultado que el (75.4%) son del sexo femenino y 24.6% del sexo masculino, Revilla L. (17) quien encontró que el 62% de HTA fueron mujeres; Aguilar Y, Cáceres P. (20) quienes encontraron que el 65.6% de HTA son mujeres, y el 44.4% son varones, y García J, Cardona D, Arango Á, Segura M, Garzón O (39) que evidencia que las mujeres mayores de 60 años de edad, presentaron un RP ajustado = 1,42 IC: 1,093 - 1,855 y fueron 0,42 veces más hipertensas que los hombres cuando se ajustó por las variables: demográficas, económicas, hábitos y calidad de vida. A diferencia de lo planteado por Ferreira et al, como resultado de su estudio quienes afirman que en relación al género y

etnia la prevalencia de la hipertensión arterial es semejante entre hombres y mujeres, pero más elevada en los hombres hasta los 50 años, cambiando a partir de la quinta década. (25)

Sobre el estado civil y tiempo de viudez, se evidencia que del total de adultos mayores con HTA 38 (31.9%) AM son viudos, seguido de 31(26.1%) AM que son casados y de 20 (16.81%) AM que se encuentran en unión libre; demostrándose que no existe asociación entre HTA y estado civil al obtener sig. X^2 de Pearson $p = 0.114 > 0.05$ mientras sobre el tiempo de viudez se encontró que del total de adultos mayores con HTA 79 (66.4%) AM no son viudos y 40 (33.6%) si tienen ésta condición de viudez, mostrando que 28 (23.5%) AM son hipertensos y viudos encontrándose con más de un año en esta condición y 12 (10.1%) AM con hipertensión y viudos tienen menos de un año de perder a su pareja; demostrándose que si existe asociación entre HTA y tiempo de viudez al obtener sig. X^2 de Pearson $p = 0.005 < 0.05$.

A diferencia del estudio de Trinidad C, Alfonso L, Barros M, Silva S (12) quienes obtuvieron una prevalencia de HAS en personas con pareja 22,91%; García J, Cardona D, Arango Á, Segura M, Garzón O (39) quienes encontraron cambios importantes en la variable estado civil, los adultos mayores en unión libre donde en el RP crudo: 2,24 sobrestimó la asociación RP ajustado: 3,54, dejándolo como el estado de mayor prevalencia de la hipertensión arterial 2,54 veces más en los adultos en unión libre que en aquellos divorciados cuando se ajustó por las demás variables, Guerrero N, Yépez MC. (40) quienes encuentran que el 53% de AM viven en pareja, el 36,25% de los hombres y el 56% de las mujeres viven sin pareja sentimental y Silva M, Oliveira A, Silva S. (41) quienes encontraron que el 68.96 de su población de estudio estaba casada.

Sobre la condición económica, el actual estudio encontró que, del total de adultos mayores con HTA, 42(35.3%) AM reciben pensión 65, seguido de 40 (33.6%) AM que refieren no tener ingresos y de 21 (17.6%) AM que tienen un ingreso menor al salario mínimo de 750.00 nuevos soles. Demostrándose que no existe asociación entre HTA y condición económica al obtener sig. X^2 de Pearson $p=0.612 > 0.05$.

Similares resultados obtuvieron: Aguilar Y, Cáceres P. (20) que encontró que El 40.3% de hipertensos pertenecen al nivel socioeconómico no pobre; García J, Cardona D, Arango Á, Segura M, Garzón O. (39), quienes para el caso del estrato socioeconómico encontraron grandes cambios, el estrato cero RP crudo: 2,54 sobreestimó la asociación RP ajustado: 20,62, lo que evidenció el alto riesgo de los adultos mayores que presentaron un estrato económico cero tienden a presentar más la enfermedad hipertensiva en comparación a los que no tienen un estrato asignado ajustado por las demás variables; Guerrero N, Yépez MC. (40) quienes mostraron que el 20% de la población es beneficiaria de programas de la alcaldía, tales como subsidio de alimentación, mercado o restaurante y Silva M, Oliveira A, Silva S (41) quienes encontraron una alta prevalencia de HTA en pacientes con familia de renta baja (71,81%).

Así mismo Cipullo et al, hace referencia que las diferencias socioeconómicas tienen un papel importante en la vida de las personas pudiendo determinar sus condiciones de salud, pues aquellas con mejores condiciones tienen mayor acceso a las informaciones, mejor entendimiento de la condición clínica y mayor adherencia al tratamiento. Hay tasas más altas de enfermedades cardiovasculares en grupos con nivel socioeconómico más bajo. (25)

En relación a la actividad laboral el actual estudio evidenció que de adultos mayores con HTA 83 (69.7 %) se encontraba sin actividad laboral, así mismo 26 (21.8%) presentan actividad laboral no remunerada, Demostrándose que no existe asociación entre HTA y actividad laborar al obtener sig. X^2 de Pearson $p=0.478 > 0.05$; similar resultado obtuvo Guerrero N, Yépez MC.(40) Con respecto a la fuente de su sostenimiento el 48% los derivan los ingresos de su trabajo, el 44,1% de la familia, el 2,6% de jubilación y el 2,4% de subsidios.

En relación a la convivencia el presente estudio encontró que del total de AM con HTA el 55 (46.2 %) viven con sus hijos, el 36 (30.3%) viven con su pareja; Demostrándose que si existe asociación entre HTA y convivencia al obtener sig. X^2 de Pearson $p = 0.002 < 0.05$; similar resultado obtuvo Guerrero N, Yépez MC. (40), En

relación a la convivencia, del total de AM con HTA el 55 (46.2 %) viven con sus hijos, el 36 (30.3%) viven con su pareja; a diferencia del estudio de Guerrero N, Yépez MC. (40) quienes evidenciaron que el 7,1% (27) viven solos, de ellos el 55,6% son hombres, el resto conviven con sus familiares.

Finalmente, en relación a la escolaridad del total de AM con HTA se encontró que 68 (57.1 %) son analfabetos, 32(26.9%) tienen primaria sin terminar, Demostrándose que no existe asociación entre HTA y escolaridad al obtener sig. X^2 de Pearson $p = 0.456 > 0.05$; similar resultado encontraron Silva M, Oliveira A, Silva S. (41) quienes observaron que el 63.51% de participantes tenían un bajo nivel educacional (63,51%), así mismo NASCENTE, firma que la baja escolaridad está asociada a las mayores tasas de enfermedades crónicas no transmisibles, en especial a la hipertensión arterial (25); a diferencia del estudio de García J, Cardona D, Arango Á, Segura M, Garzón O. (39) que en cuanto al nivel de escolaridad, los adultos que cursaron secundaria completa e incompleta y técnico o tecnólogo completo e incompleto RP crudo: 1,66 y 1,63 sobreestimó la asociación RP ajustados: 2,35 y 3,5, se observó cómo los adultos mayores con secundaria tuvieron 1,35 veces y los técnicos 2,5 veces más prevalencia de la hipertensión con relación a los universitarios cuando se ajustó por las demás variables a diferencia de Napuche N.(15), encontrando que el (37.7%) tiene nivel educativo secundaria.

Estos resultados encontrados afirman que algunos de los factores sociodemográficos y económicos se encuentran asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor; siendo así un tema de interés para la enfermera, buscando la forma de proteger a la persona adulta mayor susceptible a diferentes factores que pueden perjudicar su salud fisiológica, emocional, espiritual y social.

En relación a los factores fisiológicos (IMC y presencia de otras enfermedades, patología) asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor adscrito al Centro de Salud Chongoyape, se evidenció que de un total de 186 adultos mayores 119 presentan HTA de los cuales 38 (31.9 %) tienen un IMC normal y sobre peso respectivamente así mismo 24 (20.2%) tienen delgadez, demostrándose que si existe asociación entre HTA e

IMC al obtener sig. X² de Pearson $p = 0.004 < 0.05$. En relación a la presencia de alguna enfermedad del total de AM con HTA 73(61.3 %) presentan alguna enfermedad, así mismo 46(38.7%) no tienen enfermedad identificada a parte del a HTA, demostrándose que si existe asociación entre HTA y presencia de alguna enfermedad al obtener sig. X² de Pearson $p = 0.000 < 0.05$.

A diferencia del estudio de Napuche N. (15) que evidenció en el 31.7% sujetos de estudio una obesidad I siendo mayoritariamente del sexo femenino; Revilla L. (17), quien encontró que el 19,5% de su población tuvo obesidad; Aguilar Y, Cáceres P. (20) quienes evidenciaron que el 39.8 % de su población tuvo la condición de obesos.

En relación a este punto Ávila et al, también menciona como factor de riesgo al exceso de peso afirmando que se asocia con mayor predominio a la hipertensión arterial desde edades jóvenes, y que, en la vida adulta, incluso entre individuos no sedentarios, un incremento de 2,4kg/m² en el índice de masa corporal resulta en mayor riesgo de desarrollar la hipertensión. (25)

Sobre el N° de patologías asociados encontramos que del total de AM con HTA 45 (37,8%) no presentan patologías asociadas; mientras 44(37.0 %) presentan una patología asociada, así mismo 30(25.2%) de 2 a 3 patologías asociadas, demostrándose que si existe asociación entre HTA y el N° de patologías al obtener sig. X² de Pearson $p = 0.000 < 0.05$; a diferencia del estudio realizado por Trinidad C, Afonso L, Barros M, Silva S que evidenciaron que los factores más prevalentes encontrados entre los individuos hipertensos fueron la DM 50% de prevalencia, la obesidad 50% de prevalencia y la dislipidemia con 38.46% de prevalencia y Pañy M, Paguay M, Quito M, quien concluye que encontró en su población el 11.71% padecen hipertensión más diabetes. (13)

Es así como estos resultados recalcan la influencia que tienen estos factores fisiológicos (IMC y presencia de otras enfermedades, patología) sobre la salud de la persona mayor, que se asocian a la hipertensión arterial, creando una preocupación en las instituciones públicas y privadas.

Con respecto a los factores biológicos (antecedentes familiares de hipertensión arterial y grado de consanguinidad del familiar) asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor adscrito al Centro de Salud Chongoyape, mostrando que de un total de 186 adultos mayores 119 presentan HTA de los cuales 95(79.8%) no presentan antecedentes familiares de HTA, así mismo 24(20.2%) si presentan antecedentes. demostrándose que si existe asociación entre HTA y antecedentes familiares de HTA al obtener sig. X² de Pearson $p = 0.001 < 0.05$. Con relación a la relación filial con el familiar encontramos que 20(16.8%) AM tienen padres con HTA, demostrándose que si existe asociación entre HTA y nivel de consanguinidad A al obtener sig. X² de Pearson $p = 0.011 < 0.05$.

Semejantes resultados obtuvieron Ávila et al., quienes evidenciaron que existe una correlación entre los factores genéticos y la hipertensión arterial, pero todavía no existen variantes genéticas que puedan determinar el riesgo individual de desarrollo de la hipertensión arterial. Y Kuschnir y Mendonça, quien demostró que, en los últimos años, está siendo estudiada cuál es la asociación con patologías degenerativas, tales como la hipertensión, enfermedades coronarias, entre otras. Se cree que la hipertensión puede ser determinada por alteraciones en sistemas biológicos, originarios a partir de la combinación de genes, contribuyendo al aumento en los niveles tensionales de la presión arterial (25). Así mismo Maguiña P (16) encontró como resultados que los antecedentes de HTA, es el primer factor de riesgo con el 77.27%, seguido de la obesidad como antecedente familiar con el 47.73% para presentar HTA.

Estos resultados señalan que existe una relación significativa entre los factores biológicos y la hipertensión arterial en el adulto mayor, por ende, encontramos que son factores no modificables por la intervención de los profesionales de la salud; es verdad que no se puede modificar lo biológico o genético, pero si podemos prevenir la hipertensión fortaleciendo los estilos de vida saludables.

En relación al factor modificable (estilo de vida) asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor adscrito al Centro de Salud Chongoyape, se evidenció que de un total de 186 adultos mayores 119 presentan HTA de los cuales 98 (82.4 %) tienen un

buen estilo de vida, así mismo 17 (14.3%) tienen un adecuado estilo de vida y 4 (3.4%) tienen un estilo de vida Fantástico, demostrándose que no existe asociación entre HTA y Estilo de vida al obtener sig. X^2 de Pearson $p= 0.051, > 0.05$. Similares resultados obtuvieron Barrón V (10), que el 96% de los adultos mayores sujetos de su estudio clasificaron su estilo de vida como bueno o muy bueno. Y Coltro et. al, creen que las medidas educativas que estimulen los cambios en el estilo de vida todavía son insuficientes, sospechándose que el adulto no tenga acceso a la información de diversas enfermedades. (25)

A diferencia de los resultados que obtuvieron Morillos C y Reyna E (19), en cuyo estudio los adultos mayores en su mayoría presentaron un estilo de vida no saludable; debiéndose a que el adulto mayor no cuenta con la información necesaria sobre un estilo de vida saludable (23%); Ávila et al, menciona que el estilo de vida, si es saludable se asocia con la prevención de enfermedades crónicas degenerativas como la hipertensión en donde refiere que la actividad física reduce la incidencia de HAS en individuos prehipertensos además de reducir la mortalidad y los riesgos de desarrollar enfermedades cardiovasculares (25). Y Aguilar G (18), quien evidenció en su estudio que de 50 (100%) adultos mayores, 27(54%) tienen un estilo de vida saludable y 23(46%) estilo de vida no saludable.

Es así como estos resultados ayudan al personal de enfermería a la implementación de estilos de vida que afecten de forma favorable a la población y prevenir el riesgo de desarrollar la enfermedad, haciendo necesaria una atención especial a cada factor de riesgo modificable, como el control del peso y la obesidad, porque sabemos que una modesta pérdida de peso puede disminuir los niveles de la presión arterial, recomendándose la ejecución de actividades físicas para mantener una buena salud cardiovascular y tener calidad de vida, porque además de facilitar la pérdida de peso, la actividad física ayuda al control de la presión arterial. (25)

En cuanto a la relación de evaluar media obtenido de los factores de riesgo (Factores sociodemográficos y económicos, factores fisiológicos, factores biológicos, factor modificable), asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor adscrito al

Centro de Salud Chongoyape, presenta la media para el factor de riesgo sociodemográfico encontrando que el Tiempo de viudez asociado con la hipertensión presenta una media de 85.7%; Convivencia asociado con la hipertensión, una media 78.6% para aquellos AM que conviven con sus hijos. La media para el factor de riesgo fisiológico: IMC asociado con la hipertensión, encontrando una media de 76.0%. en sobre peso; en relación a la presencia de Enfermedad asociado con la hipertensión, se encontró una media de 93.6% que si tiene enfermedad.

El factor Número de patologías, presenta una media de 95.7% (1 patología); así mismo para antecedentes familiares con HTA asociado con la hipertensión, se encuentra que los adultos mayores hipertensos que si presentan antecedentes familiares con HTA tienen una media de 92.3%, finalmente la media para el factor de riesgo fisiológico: Nivel de consanguineidad de familiares con HTA se encontró una media 100% de AM con HTA que si presentan antecedentes familiares estando ligados al primer grado de consanguineidad hermanos y padres con una media de 95.2%.

Resultados similares obtuvieron Zubeldia L, Quiles J, Mañes J, Redón J. (9) quienes encontraron una media para la edad de [45-64 años OR 4,3, IC 95% 2,1-8,8; ≥ 65 años, OR 15,5, IC 95% 7,2-33,2)], para la categoría ponderal [sobrepeso OR 2,1 IC95% 1,3-3,2; obesidad OR 5,3, IC95% 3,3-8,5] y para padecer diabetes mellitus [OR 2,4, IC95% 1,2-4,8]; Revilla L. (17), una media del 19,5% (IC 95%: 17,6-21,4) tuvo obesidad, el 15,8% (IC 95%: 14,1-17,6) hipertensión arterial y el 3,9% (IC 95%: 3,0-4,8) tuvo diabetes. La obesidad estuvo asociada con una mayor probabilidad de tener hipertensión arterial (OR 2,15; IC 95%: 1,57-2,94) y diabetes (OR 1,97; IC 95%: 1,02-3,80).

Estos resultados conduce que al evaluar la media obtenido de los factores de riesgo (Factores sociodemográficos y económicos, factores fisiológicos, factores biológicos, factor modificable), asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor adscrito al Centro de Salud Chongoyape, se evidenció un aumento de sobrepeso y obesidad, por lo que el personal de salud debe reforzar la implementación de medidas objetivas para su combate a través de acciones en la Estrategia Salud del Adulto Mayor, disminuyendo la

morbi y mortalidad de las enfermedades cardiovasculares. La fuerte relación entre la obesidad y la hipertensión arterial indica la urgencia de medidas educativas capaces de actuar sobre los factores de riesgo que pueden determinar el predominio de la hipertensión arterial. Esta enfermedad no ocurre de forma aislada, pues la mayoría de los hipertensos presenta otros factores de riesgo cardiovasculares. (25)

Finalmente se evidencia que los factores que tienen relación con la prevalencia de la hipertensión según chi de Pearson son: Factores sociodemográficos; tiempo de viudez (0.005) y convivencia con hijos (0.02); Factores fisiológicos; IMC (0.04), enfermedad (0.00), N° de patologías (0.00); y Factor biológico: antecedentes familiares (0.01). Similares resultados obtuvieron Trinidad C, Afonso L, Barros M, Silva S (12), que los factores que se relacionan con la HTA son obesidad ($p < 0,001$) y prevalencia de 50%, CA ($p = 0,022$), DM 50% de prevalencia ($p < 0,001$) y dislipidemia 38,46% de prevalencia ($p < 0,001$).

Estos resultados nos conducen como enfermeros a poner en práctica el modelo de N. Pender, para promover que los pacientes identifiquen en sí mismos los factores de riesgos presentes en su vida que los conducirían en un futuro próximo a sufrir de alguna patología como la hipertensión y en aquellos que ya la sufren a presentar patologías asociadas propias de las complicaciones de un inadecuado autocuidado; por ello la enfermera busca incentivar a su paciente a modificar su conducta previa, adquiriendo nuevos hábitos saludables, y posteriormente a transformar progresivamente su entorno teniendo en cuenta la complejidad biopsicosocial, siendo esto último importante debido a que es necesario considerar el contexto para modificar estilos y hábitos de vida no saludables. (25)

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

La población adulto mayor adscrita al Centro de Salud Chongoyape presenta una prevalencia de hipertensión arterial de 0.63 que equivale al 63%, presentando como factores sociodemográficos y económicos asociados al tiempo de viudez, específicamente con aquellos que tienen más de 1 años de viudez, así como la convivencia específicamente con aquellos que viven con hijos, sin embargo se demostró que no existe asociación con los factores: edad, sexo, estado civil, condición económica, actividad laboral y escolaridad.

Como factores fisiológicos asociados a la HTA se encuentra IMC; presencia de alguna enfermedad y N° de patologías asociadas; mientras los factores biológicos en los que se encontró asociación fueron los antecedentes familiares de HTA y nivel de consanguinidad; y en relación al factor modificable (estilo de vida), no se evidencia su asociación con la HTA.

La media preponderantes en los factores de riesgos fueron: el Nivel de consanguinidad de familiares con HTA (100% que si presentan antecedentes familiares), N° de patologías (95.7% para una patología), familiares ligados al primer grado de consanguinidad hermanos y padres (95.2%), presencia de enfermedad o comorbilidad (93.6%), Antecedentes familiares con HTA (92.3%), tiempo de viudez (85.7%), convivencia (78.6%) para aquellos AM que conviven con sus hijos, e IMC: sobre peso (76.0%).

Los factores de riesgo con mayor grado de asociados a la Prevalencia de HTA son: enfermedad (0.00), N° de patologías (0.00); seguido de los Factores sociodemográficos; tiempo de viudez (0.005) y convivencia con hijos (0.02), el Factor biológico: antecedentes familiares (0.01); y finalmente los Factores fisiológicos; IMC (0.04).

4.2 Recomendaciones

1. Al Director Regional de Salud, y al responsable de la estrategia sanitaria de enfermedades no transmisibles de la Gerencia Regional de Salud Lambayeque, gestionar mayor presupuesto para contratar y capacitar a profesionales de enfermería en relación a la prevención, monitoreo, y manejo de la Hipertensión arterial, lo cual conducirá a tener una mejor captación de casos nuevo y pacientes con HTA controlados, permitiendo una intervención oportuna de los factores de riesgo.
2. A las Instituciones Universitarias y Escuelas Profesionales de Enfermería ejecutar programas de extensión universitaria para educar a los adultos mayores y a sus familiares para asumir estilos de vida más saludables, como alimentación saludable, terapias de yoga, relajación, entre otros.
3. Al Colegio de Enfermeros del Perú Región Lambayeque, organizar talleres de capacitación sobre el manejo del adulto mayor, enfermedades prevalentes de este grupo etareo, así como estrategias educativas, que les permita desarrollar actividades preventivas promocionales en los establecimientos de salud de los diferentes niveles en aras de promover estilos de vida saludable y agencia del autocuidado en este grupo etareo.
4. A los medios de comunicación local contribuir con la difusión de la prevención de esta enfermedad mediante cuñas radiales, con el propósito de educar a la población en general sobre la importancia del control de la presión arterial de rutina especialmente en aquellos que presentan antecedentes familiares de esta enfermedad.
5. Al Director del Centro de Salud Chongoyape para que junto a su equipo multidisciplinario de profesionales implementen actividades preventivas – recuperativas dirigidas a toda la población y específicamente al adulto mayor y a sus familiares, con el propósito de brindar adecuada información que le permita adoptar conductas saludables.
6. A la Jefatura de enfermería del Centro de Salud Chongoyape, coordinar con el personal de enfermería responsable del programa de enfermedades no transmisibles:

HTA, para implementar actividades de promoción y prevención de la HTA y promoción del autocuidado dirigida al adulto mayor y a sus familiares en relación de hábitos alimenticios saludables para mantener el peso ideal, conductas saludables como actividad física, así como motivar una conducta de chequeo preventiva.

7. A la Jefatura de enfermería del Centro de Salud Chongoyape implementar grupos de apoyo y visita domiciliaria para el paciente hipertenso y sus familiares en aras de monitorear, controlar y/o prevenir los factores de riesgo fisiológicos y biológicos asociados a la HTA; brindando orientación en alimentación saludable para controlar el riesgo de sobre peso y obesidad; así como la promoción de conductas saludables que permitan disminuir el riesgo de presentar otras patologías.
8. A la comunidad estudiantil de la región realizar más estudios sobre la hipertensión, utilizando los datos encontrados en este estudio como referente teórico teniendo en cuenta que no existen estudios de investigación recientes que vigilen la prevalencia de la hipertensión y sus factores de riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Emma A, Fabián, María A, Guisado, Gabriela S, Almidón, Delia D, León. Asociación entre conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos. Revista enfermera Herediana. 2014. 7(2):132-139. Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2563/2468> (último acceso 20 setiembre 2017)
2. Ortiz H et al. Prevalencia, grado de control y tratamiento de la hipertensión arterial en la población de 30 a 74 años de la Comunidad de Madrid: Estudio PREDIMERC. Rev. Esp. Salud Pública. 2011, 85(4): pp.329-338. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000400002 (último acceso 23 setiembre 2017)
3. Llibre J, Laucerique T, Noriega L y Guerra M. Prevalencia de hipertensión arterial, adhesión al tratamiento y su control en adultos mayores. Rev cubana med. 2011. 50(3): pp. 242-251. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232011000300003&script=sci_abstract (último acceso 24 setiembre 2017)
4. Díaz A. y Lezama N. Hipertensión arterial y su relación con el deterioro cognitivo en adultos mayores de la población Boca del Monte, Caira de Maturín Estado Monagas. Enero Julio 2010 [Tesis Pregrado]. Universidad de Oriente; Bolívar: 2010.
5. INEGI. Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. México 2016. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/edad2016_0.pdf (último acceso 24 setiembre 2017)
6. Cáceres P. y col. Hipertensión en el adulto mayor. Rev Med Hered. 2016; 27:60-66. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v27n1/a10v27n1.pdf>, (último acceso 23 setiembre 2017)
7. INEI. Alrededor del 30% de la población adulta mayor sufre de hipertensión arterial. Instituto nacional de estadísticas. Perú 2015 Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/alrededor-del-30-de-la-poblacion-adulta-mayor-sufre-de-hipertension-arterial-8660/> (último acceso 23 setiembre 2017)

8. INEI. Situación de Salud de la Población Adulta Mayor, 2015. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 1ª ed, Perú. 2016. P.p. 76 Disponible en: http://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1389/Libro.pdf (último acceso 23 setiembre 2017)
9. Zubeldia L, Quiles J, Mañes J, Redón J. Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en población de 16 a 90 años en la Comunitat Valenciana. Rev Es Salud Pública. España. 2016. 90. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100406&lng=es.
10. Barron, V; Rodriguez, A y Chavarria, P. Hábitos alimentarios, estado nutricional y estilos de vida en adultos mayores activos de la ciudad de Chillán, Chile. Rev. chil. nutr. 2017, 44(1). pp.57-62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182017000100008> (último acceso 25 setiembre 2017)
11. Jiménez M, Orkaizaguirre A, Bimbela M. Estilo de vida y percepción de los cuidados en pacientes crónicos: hipertensos y diabéticos. Rev, Index Enferm. 2015, 24(4), pp.217-221. Disponible en <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000300006>. (último acceso 26 setiembre 2017)
12. Trinidad C, Lucimary D. S, Maria D. Sonia S. M. Hipertensión arterial y otros factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares en adultos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014, 22(4):547-53. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/es_0104-1169-rlae-22-04-00547.pdf (último acceso 26 setiembre 2017)
13. Pañy M, Paguay M, Quito M. Estilos de vida que inciden en la hipertensión arterial de los adultos mayores del hogar Cristo Rey, Cuenca. 2013. [Tesis Pregrado]. Universidad de Cuenca. Facultad de Ciencias Médicas. Quito. 2014. pp. 123.
14. Campos I, Hernández L, Rojas R, Pedroza A, Medina C, Barquera S. Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos. Rev. Salud pública. México. 2013. 55(2), pp.144-150. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003636342013000800011 (último acceso 25 setiembre 2017)

15. Napuche N. Estilos de Vida Y Estado Nutricional en Pacientes con Hipertensión Arterial Atendidos en el Centro de Salud Morona Cocha. Loreto. 2014. [Tesis Pregrado]. Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Iquitos. 2015. pp.83
16. Maguiña P. Factores de riesgo que predisponen a hipertensión arterial en adultos que acuden al servicio de triaje del Centro De Salud “Max Arias Schreiber” – 2013. [Tesis Pregrado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de medicina. Lima 2014. Pp. 121 (último acceso 25 setiembre 2017)
17. Revilla, L et.al. Prevalencia de hipertensión arterial y diabetes en habitantes de Lima y Callao, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2014, 31(3): pp.437-444. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1726-46342014000300005&script=sci_abstract (último acceso 2 octubre 2017)
18. Aguilar G. Estilo de vida del adulto mayor que asiste al Hospital Materno Infantil Villa María del Triunfo, 2013. [Tesis Pregrado]. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Recuperada en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3579/1/Aguilar_mg.pdf (último acceso 8 octubre 2017)
19. Morillos C, Reyna E “Estilo de Vida y Factores Biosocioculturales del Adulto Mayor. Asentamiento Humano Alto Perú Chimbote 2013”. Revista IN CRESCENDO - Ciencias de la Salud, Chimbote 2014. 01(1): p. 63 – 68 disponible en: <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-salud/article/view/266>. (último acceso 8 octubre 2017)
20. Aguilar Y, Cáceres P. Prevalencia y factores de riesgo asociados a hipertensión arterial, Hospital José Agurto Tello, Chosica. Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. 2013; 1: 26 - 32 disponible en: <http://aulavirtual1.urp.edu.pe/ojs/index.php/RFMH/article/view/164> (último acceso 18 octubre 2017)
21. Cadena Estrada JC, Gonzáles Ortega Y. El cuidado de enfermería en pacientes con riesgo cardiovascular sustentado en la teoría de Nola J Pender. Rev. Investig Enferm. Imagen Desarr. 2017;19(1): 107-121. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-1.ecep>

- <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/viewFile/11843/14294> (último acceso 14 octubre 2017)
22. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica: Perfil epidemiológico del adulto mayor en México 2010. 1ª ed. México; 2011. Pp. 120. Disponible en : http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/infoepid/publicaciones/2011/monografias/P_EPI_DEL_ADULTO_MAYOR_EN_MEXICO_2010.pdf. (último acceso 15 octubre 2017).
 23. Curipoma M. Cuidado humanizado de enfermería en la atención del paciente que vive con el virus de inmunodeficiencia humana. Tesis de pregrado. Universidad técnica de Machala. Ecuador. 2017. Pp.30.
 24. Aristizábal G, Blanco D, Sánchez A, Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. Rev. Enferm. univ 2011; 8(4):16-23. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003&lng=es. (último acceso 10 octubre 2017)
 25. Weschenfelder D, Gue J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. Rev. Enfermería Global. 26:344-353 Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/revision5.pdf> (último acceso 15 octubre 2017).
 26. PAHO. Medición de la salud y de la enfermedad. Capítulo 2. PAHO Disponible en: http://publications.paho.org/spanish/PC+629+Cap_2.pdf (último acceso 15 octubre 2017).
 27. Del Cambio, E. C. D. S. Determinantes de salud. Modelos y teorías del cambio en conductas de salud. Rev. Médica. 11(90):6. Disponible en: <http://grupo.us.es/estudiohbsc/images/pdf/formacion/tema4.pdf> (último acceso 9 octubre 2017)
 28. Licas Torres M. Nivel de Depresión del Adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M - V.M.T 2014. [Tesis Pregrado] Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima - Perú 2015.
 29. Salazar P, Rotta A, Otiniano F. Hipertensión en el adulto mayor. Rev Med Hered. 2016; 27(1):60-66. Disponible en:

- http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2016000100010&lng=es. (último acceso 16 octubre 2017).
30. Olascoaga A. Participación social y su influencia en la calidad de vida de adultos mayores. [Pre-proyecto de tesis], Universidad de la República. Facultad de Psicología. 2014
 31. INEI. Situación de Salud de la Población Adulta Mayor, 2012. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 1ª ed, Perú. 2013. P.p. 76 Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1146/libro.pdf (último acceso 23 setiembre 2017)
 32. Hernández S, Fernández L. Metodología de la investigación. Quinta ed. México: McGraw-Hill; 2010.
 33. Heinemann, K. Introducción a la metodología de la investigación. España: Editorial Paidotribo. 2003
 34. Aguilar L, Contreras M, et al. Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta mayor. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, Lima: 2013. 44 p
 35. Villar M, Ballinas Y, Gutiérrez C, Angulo Y. Análisis de la confiabilidad del test fantástico para medir estilos de vida saludables en trabajadores evaluados por el programa “reforma de vida” del seguro social de salud (EsSalud). Revista peruana de medicina integrativa. 2016;1 (2):17-26. <https://www.researchgate.net/publication/306031784>
 36. Comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. Informe Belmont: Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos. National Institutes of Health. U.S.A. 18 de abril 1979. http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10._INTL_Informe_Belmont.pdf (último acceso 18 de oct del 2017).
 37. Cinza, S; Cabarcos, A; Nieto, E. Torre, A. Prevalencia de hipertensión arterial en población mayor de 65 años ingresada en un Servicio de Medicina Interna. An Med Interna. 2006; 23: 577-581.

- http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992006001200005. (último acceso 35 abril 2018)
38. Ortiz, R; Torres, M; Peña, S; Alcántara, V; Supliguicha, M; Vasquez X; Añez, J.; Rojas, Joselyn; Bermúdez, V. Factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en la población rural de Quingeo Ecuador. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*.2017. 12(3): pp. 95-103 <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170252187004>. (último acceso 15 abril 2018)
39. García J, Cardona D, Arango Á, Segura M, Garzón O. Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión. *Rev. Colombiana de Cardiología*. 2016. 23(6):528-534 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S012056331600070X> (último acceso 15 abril 2018)
40. Guerrero N, Yépez MC. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Rev Univ. salud*.2015;17(1):121-131 Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a11.pdf> (último acceso 19 abril 2018)
41. Silva M, Oliveira A, Silva S. Conocimiento sobre hipertensión arterial y factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014. 22(3):491-498. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00491.pdf (último acceso 19 abril 2018)

ANEXOS N° 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR DE UNA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Institución: Universidad Señor de Sipán.

Investigadora: Abigail Gisela Quintana Torres.

Título: Prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor del Centro de Salud Chongoyape, 2018

Propósito del Estudio: invito a usted a participar en un estudio llamado: Prevalencia y factores de riesgo asociados en el adulto mayor del Centro de Salud Chongoyape, 2018

El nivel de competencias investigativas es la medida que se expresa en relación al conjunto de conocimientos, actitudes, habilidades y destrezas necesarias para llevar a cabo la elaboración de un trabajo de investigación.

Esta investigación es desarrollada por investigadores de la Universidad Señor de Sipán.

Realizo este estudio para determinar. Prevalencia y factores de riesgo asociados en el adulto mayor del Centro de Salud Chongoyape, 2018

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se le pedirá que responda a las preguntas de un cuestionario con una duración aproximada de 15 – 30 minutos.

Riesgos:

No existen riesgos por participar en este estudio.

Beneficios:

Usted se beneficiará, si lo desea, de los resultados de la Prevalencia y factores de riesgo asociados en el adulto mayor.

Para acceder a los resultados del estudio puede comunicarse al número (963299230); los costos del estudio serán cubiertos por la investigadora y no le ocasionarán gasto alguno.

Costos e incentivos:

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

Le puedo garantizar que la información que usted brinde es absolutamente confidencial, ninguna persona, excepto la investigadora Quintana Torres Abigail Gisela quien maneja la

información obtenida, la cual es anónima, pues cada entrevista será codificada, no se colocará nombres ni apellidos. Su nombre no será revelado en ninguna publicación ni presentación de resultados.

Uso de la información obtenida:

Deseo conservar la información recolectada por 10 años. Esta información será usada para dar paso a otras investigaciones posteriormente. Esta información solo será identificada con códigos. Si usted no desea que la información permanezca almacenada ni sea utilizada posteriormente, usted aún puede seguir participando del estudio.

Autorizo a tener mi información obtenida y que esta pueda ser almacenada:

SI

NO

Además, la información de los resultados de dicha información será guardada y usada posteriormente para estudios de investigación beneficiando al mejor conocimiento de las competencias investigativas y permitiendo implementar estrategias para su mejora, se contará con el permiso del Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, cada vez que se requiera el uso de la información.

Derechos del paciente:

Si usted decide participar en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Cualquier duda respecto a esta investigación, puede consultar con la investigadora, Quintana Torres Abigail Gisela, al teléfono 963299230. Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Señor de Sipán, teléfono 074- 481610 anexo 6203.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente a participar en este estudio, comprendo que cosas pueden pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante

Nombre:
DNI:

Fecha:

ANEXO N° 02

INSTRUMENTO: ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Objetivo: Identificar los factores de riesgo para la hipertensión arterial presentes en el Adulto mayor adscrito al Centro de Salud Chongoyape, 2018

Instrucciones: su participación es muy importante y el cuestionario es estrictamente confidencial, de carácter anónimo que será para uso del investigador, por lo que se le pide la mayor sinceridad posible. Le agradezco marque con un aspa (X) la respuesta correcta: gracias.

Código: _____

FASE I

Prevalencia

Presión arterial: _____

Fase II

1. Factores sociodemográficos y económicos

1. Edad:

- a. Personas de edad avanzada. 60 -74 años () b. Viejas o ancianas. 75 – 90 años ()
- b. Grandes longevos. 90 - + años ()

2. Sexo:

- a. Masculino () b. Femenino ()

3. Estado civil

- a. Soltero () b. Casado () c. Unión Libre () d. Separado () e. Divorciado ()
- b. Viudo ()

4. Tiempo de viudez

- a. Menor a 1 año () b. Mayor a 1 año () c. No aplica ()

5. Ingresos económicos.

- a. Sin ingresos () b. Menor al salario mínimo (750 nuevos soles) ()
- b. Igual al salario mínimo () c. Mayor al salario mínimo () d. Pensión 65 ()

6. Convivencia.

- a. Solo () b. Cónyuge () c. Hijos () d. Cónyuge e hijos () e. Otros familiares ()

f. otros () _____

7. Actividad laboral

- a. Con actividad laboral remunerada () b. Con actividad laboral no remunerada ()
c. Sin actividad laboral ()

8. Nivel de escolaridad

- a. Analfabeto () b. Primaria sin terminar. () c. Primaria terminada. ()
d. Secundaria sin terminar () e. Secundaria terminada. () f. Técnico medio
terminado. () g. Universitario. ()

II. **Factores fisiológicos**

1. **IMC:** peso: _____ talla: _____

1. **Enfermedad:** Si () No () **Cuál:** _____

III. **Factores Biológicos.**

Antecedentes familiares de hipertensión: Si () No () quien;

ANEXO N° 03

INSTRUMENTO: TEST FANTASTICO PARA EVALUAR EL FACTOR DE RIESGO MODIFICABLE: ESTILO DE VIDA

Objetivo: Identificar el nivel Estilos de vida del Adulto mayor adscrito al Centro de Salud Chongoyape, 2018.

Indicaciones: Marcar con una X en la casilla según corresponda teniendo en cuenta que
1= Nunca 2=Casi nunca 3= A veces 2 = Siempre

N°	ITEM	4	3	2	1
1	Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí				
2	Doy y recibo cariño				
3	Me cuesta decir buenos días, perdón, gracias o lo siento				
4	Soy integrante activo de grupos de apoyo a la salud o sociales				
5	Realizo actividad física por 30 min				
6	Camino al menos 30 min diariamente				
7	Como dos porciones de frutas y tres de verduras				
8	A menudo consumo mucha azúcar, sal, comida chatarra, o grasas				
9	Estoy pasado en mi peso ideal				
10	Fumo cigarrillos				
11	Cigarros fumados por día				
12	Uso excesivamente medicamentos sin prescripción médica o me automedico				
13	Número promedio de bebidas alcohólicas a la semana				
14	Bebo ocho vasos con agua cada día				
15	Bebo té, café, cola, gaseosa				
16	Duermo bien y me siento descansado				
17	Me siento capaz de manejar el estrés o la tensión de mi vida				
18	Me relajo y disfruto mi tiempo libre				
19	Parece que ando acelerado				
20	Me siento enojado o agresivo				
21	Me siento contento con mi trabajo y actividades				
22	Soy un pensador positivo				
23	Me siento tenso o abrumado				
24	Me siento deprimido o triste				
25	Me realizo controles de salud en forma periódica				
26	Converso con mi pareja o familia aspectos de sexualidad				
27	En mi conducta sexual me preocupo del autocuidado y del cuidado de mi pareja				
28	Como peatón, pasajero del transporte público, sigo las reglas				
29	Uso cinturón de seguridad				
30	Tengo claro el objetivo de mi vida				
Total					

Estilo de vida inadecuado, zona de peligro.	0 -46
Estilo de vida Bajo, podría mejorar	47 -72
Estilo de Vida Regular, está bien.	73 - 84
Estilo de vida Bueno, buen trabajo	85 -102
Estilo de vida excelente, "Fantástico"	103 -120

ANEXO 04:

FIABILIDAD DE INSTRUMENTO: “ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL”

Escala: ALL VARIABLES

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	15	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,834	14

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Presión arterial	32,73	56,495	,874	,787
Edad	35,33	73,524	,594	,824
Sexo	34,93	75,067	,481	,828
estado civil	33,40	54,114	,811	,793
tiempo de viudez	33,80	73,886	,693	,824
ingresos económicos	33,20	58,029	,814	,793
Convivencia	32,93	65,352	,830	,802
Actividad	34,20	68,029	,722	,811
nivel de escolaridad	32,67	66,952	,662	,811
IMC	33,87	63,838	,763	,803
Enfermedad	35,13	78,695	,067	,840
Número de patologías	34,33	99,524	-,734	,913
antecedentes familiares de HTA	34,93	73,210	,701	,822
Nivel de consanguineidad	33,47	65,838	,551	,818

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
36,53	79,552	8,919	14

presión arterial	edad	sexo	E. Civil	T. viudez	Ingreso. Económico	Conviven cia	Activ. laboral	Escolaridad	IMC	Pres. otras enfermedades	Patologías	Antece. familiares	Grado de consanguinidad
6	3	2	6	3	5	5	3	6	4	2	1	2	4
6	2	2	6	3	5	5	3	5	4	2	1	2	4
5	1	2	6	3	5	5	3	5	3	2	1	2	3
5	1	1	4	3	5	4	3	5	4	1	1	2	4
5	1	2	5	3	5	4	3	3	4	1	1	2	4
4	1	2	2	3	5	3	3	3	3	1	1	2	3
4	1	1	4	3	3	3	2	3	2	1	1	2	4
3	1	2	2	3	2	4	3	4	4	1	1	1	4
4	1	1	2	3	2	2	1	3	2	1	4	2	4
4	1	1	2	2	2	3	3	3	3	1	1	1	4
4	1	2	2	3	3	4	3	4	2	1	4	2	4
2	1	2	2	3	3	4	2	4	2	2	4	1	1
3	1	2	1	2	3	3	1	4	1	1	4	1	1
1	1	1	1	2	1	3	1	4	1	2	4	1	1
1	1	1	2	2	1	2	1	2	1	2	4	1	1

ANEXO 5

Tabla de IMC

Clasificación	IMC
Delgadez	$\leq 23,0$
Normal	> 23 a < 28
Sobrepeso	≥ 28 a < 32
Obesidad	≥ 32

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS). Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores. Módulo 5. Valoración Nutricional del Adulto Mayor. Washington, DC 2002.

ANEXO 6

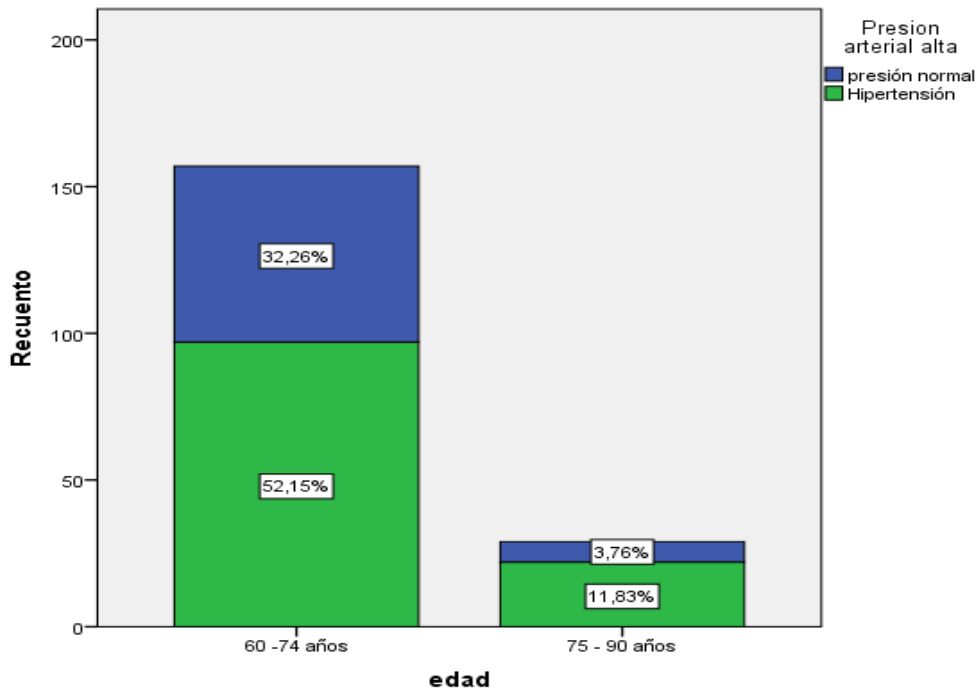
ANEXO DE TABLAS

Tabla 2.1. Edad*Presión arterial alta tabulación cruzada

		Presión arterial alta			
		presión normal	Hipertensión	Total	
Edad	60 -74 años	Recuento	60	97	157
		% dentro de Presión arterial alta	89,6%	81,5%	84,4%
	75 - 90 años	Recuento	7	22	29
		% dentro de Presión arterial alta	10,4%	18,5%	15,6%
Total		Recuento	67	119	186
		% dentro de Presión arterial alta	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Figura 2.1. Edad*Presión arterial alta tabulación cruzada



Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 2. 1.a. Pruebas de chi-cuadrado asociación Edad*Presión arterial

	Valor	gl	Sig. Asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	2,105 ^a	1	,147		
Corrección de continuidad ^b	1,539	1	,215		
Razón de verosimilitud	2,217	1	,136		
Prueba exacta de Fisher				,206	,106
Asociación lineal por lineal	2,094	1	,148		
N de casos válidos	186				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 10.45.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

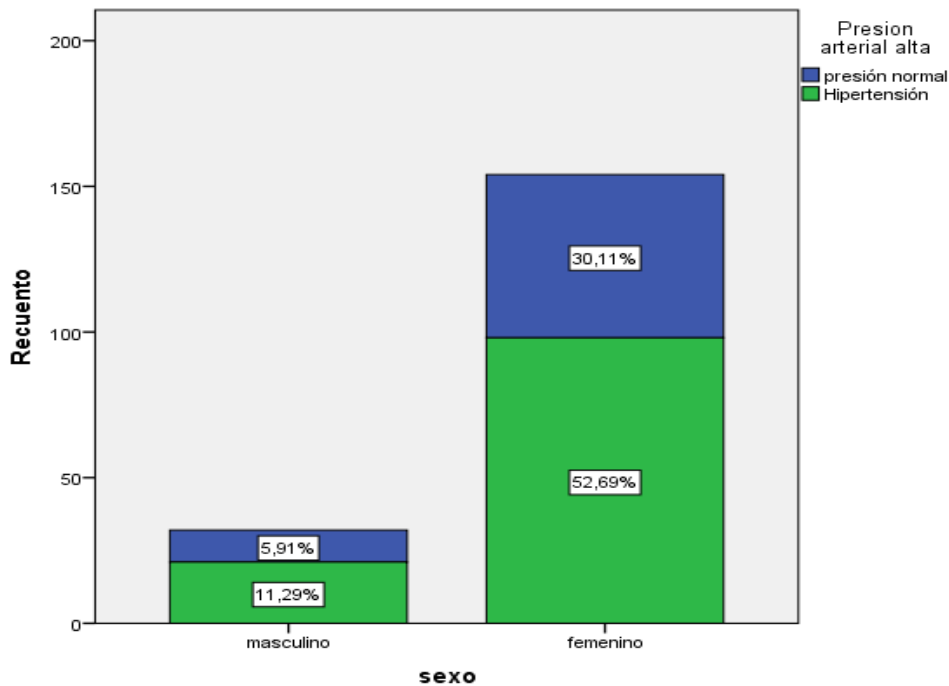
Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 2.2. Sexo*Presión arterial alta tabulación cruzada

			Presión Arterial Alta		
			Presión Normal	Hipertensión	Total
Sexo	Masculino	Recuento	11	21	32
		% Dentro De Presión Arterial Alta	16,4%	17,6%	17,2%
	Femenino	Recuento	56	98	154
		% Dentro De Presión Arterial Alta	83,6%	82,4%	82,8%
Total		Recuento	67	119	186
		% Dentro De Presión Arterial Alta	100,0%	100,0%	100,0%
		Alta			

Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Figura 2.2. Sexo*Presión arterial alta tabulación cruzada



Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 2. 2.a. Pruebas de chi-cuadrado asociación Sexo *Presión arterial

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	,045 ^a	1	,831		
Corrección de continuidad ^b	,000	1	,991		
Razón de verosimilitud	,046	1	,831		
Prueba exacta de Fisher				1,000	,501
Asociación lineal por lineal	,045	1	,832		
N de casos válidos	186				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 11.53.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

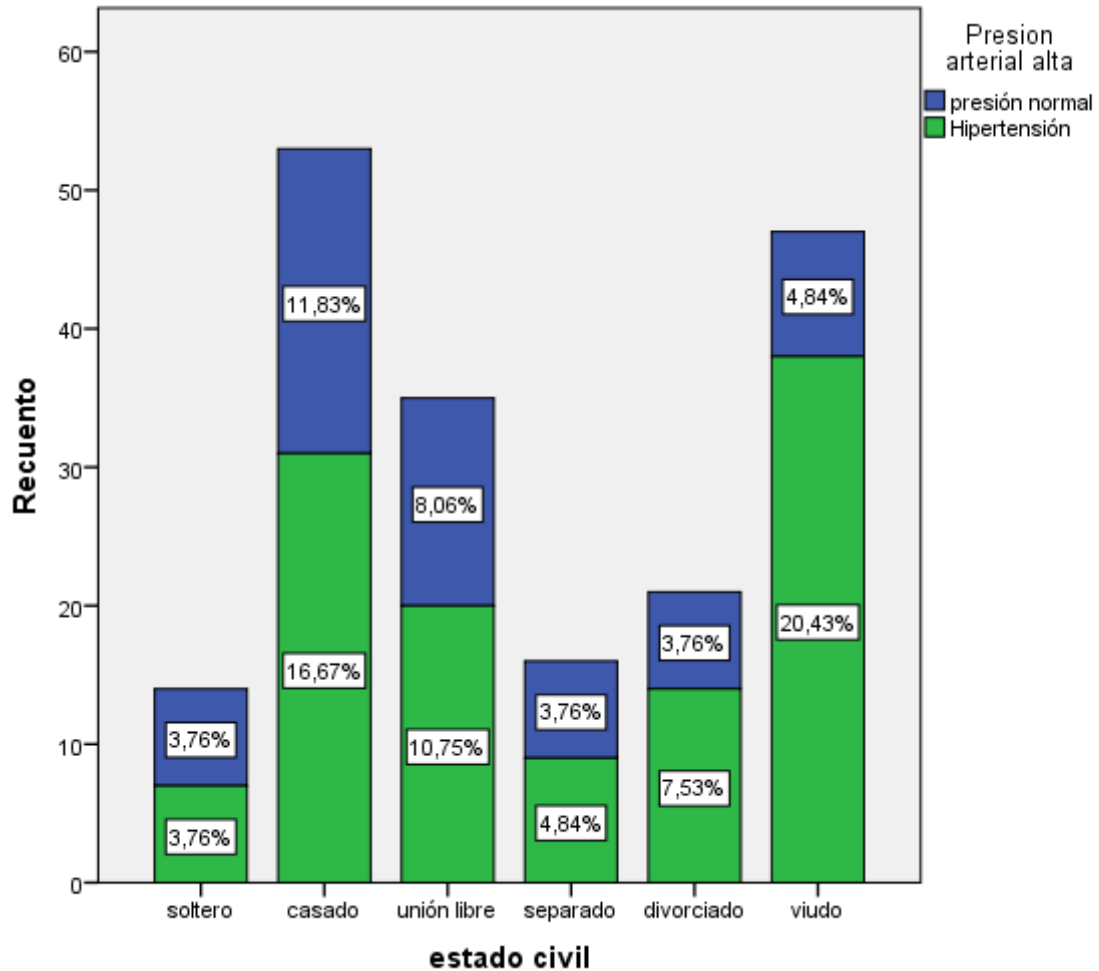
Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 2.3. Estado civil*Presión arterial alta tabulación cruzada

			Presión Arterial Alta		
			Presión Normal	Hipertensión	Total
Estado Civil	Soltero	Recuento	7	7	14
		% Dentro De Presión Arterial Alta	10,4%	5,9%	7,5%
	Casado	Recuento	22	31	53
		% Dentro De Presión Arterial Alta	32,8%	26,1%	28,5%
	Unión Libre	Recuento	15	20	35
		% Dentro De Presión Arterial Alta	22,4%	16,8%	18,8%
	Separado	Recuento	7	9	16
		% Dentro De Presión Arterial Alta	10,4%	7,6%	8,6%
	Divorciado	Recuento	7	14	21
		% Dentro De Presión Arterial Alta	10,4%	11,8%	11,3%
	Viudo	Recuento	9	38	47
		% Dentro De Presión Arterial Alta	13,4%	31,9%	25,3%
Total	Recuento		67	119	186
	% Dentro De Presión Arterial Alta		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Figura 2.3. Estado civil*Presión arterial alta tabulación cruzada



Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 2. 3.a. Pruebas de chi-cuadrado asociación Estado civil *Presión arterial

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	8,876 ^a	5	,114
Razón de verosimilitud	9,397	5	,094
Asociación lineal por lineal	7,209	1	,007
N de casos válidos	186		

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.04.

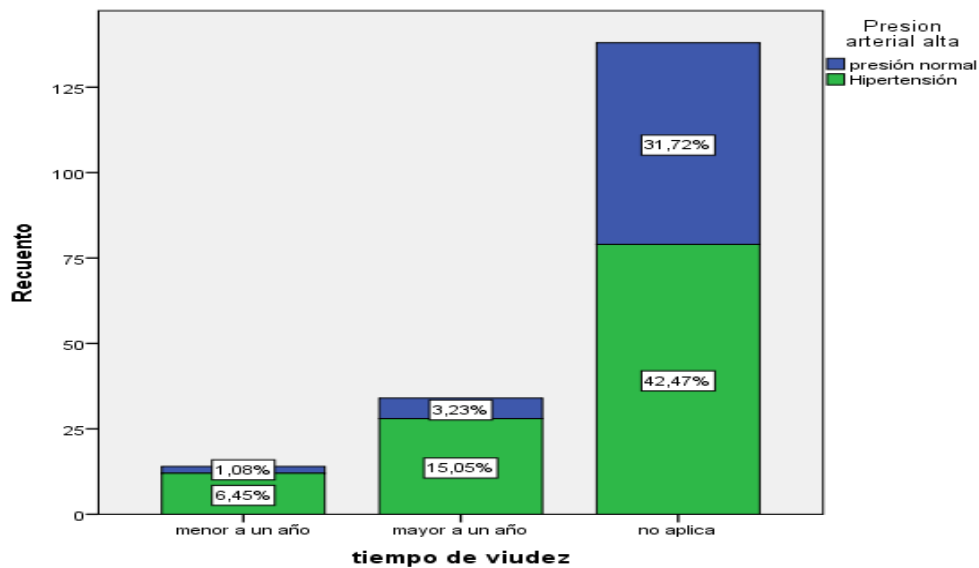
Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 2.4. *Tiempo de viudez*Presión arterial alta tabulación cruzada*

		Presión Arterial Alta			
		Presión		Total	
		Normal	Hipertensión		
Tiempo De Viudez	Menor A Un Año	Recuento	2	12	14
		% Dentro De Presión Arterial Alta	3,0%	10,1%	7,5%
	Mayor A Un Año	Recuento	6	28	34
		% Dentro De Presión Arterial Alta	9,0%	23,5%	18,3%
	No Aplica	Recuento	59	79	138
		% Dentro De Presión Arterial Alta	88,1%	66,4%	74,2%
Total	Recuento	67	119	186	
	% Dentro De Presión Arterial Alta	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Figura 2.4. *Tiempo de viudez*Presión arterial alta tabulación cruzada*



Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 2. 4.a. Pruebas de chi-cuadrado asociación Tiempo de viudez *Presión arterial

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	10,565 ^a	2	,005
Razón de verosimilitud	11,547	2	,003
Asociación lineal por lineal	9,469	1	,002
N de casos válidos	186		

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.04.

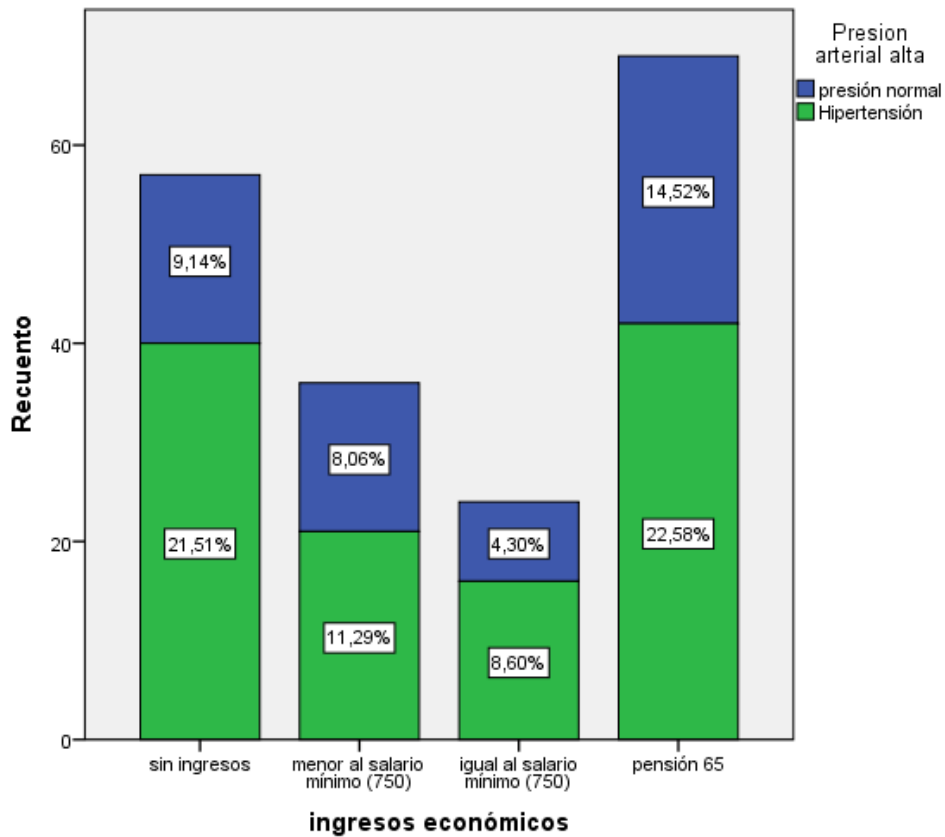
Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 2.5. Ingresos económicos*Presión arterial alta tabulación cruzada

			Presión Arterial Alta		
			Presión Normal	Hipertensión n	Total
Ingresos Económicos	Sin Ingresos	Recuento	17	40	57
		% Dentro De Presión Arterial Alta	25,4%	33,6%	30,6%
	Menor Al Salario Mínimo (750)	Recuento	15	21	36
		% Dentro De Presión Arterial Alta	22,4%	17,6%	19,4%
	Igual Al Salario Mínimo (750)	Recuento	8	16	24
		% Dentro De Presión Arterial Alta	11,9%	13,4%	12,9%
	Pensión 65	Recuento	27	42	69
		% Dentro De Presión Arterial Alta	40,3%	35,3%	37,1%
Total		Recuento	67	119	186
		% Dentro De Presión Arterial Alta	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Figura 2.5. Ingresos económicos*Presión arterial alta tabulación cruzada



Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 2.5.a. Pruebas de chi-cuadrado asociación Ingresos económicos *Presión arterial

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,812 ^a	3	,612
Razón de verosimilitud	1,827	3	,609
Asociación lineal por lineal	,696	1	,404
N de casos válidos	186		

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8.65.

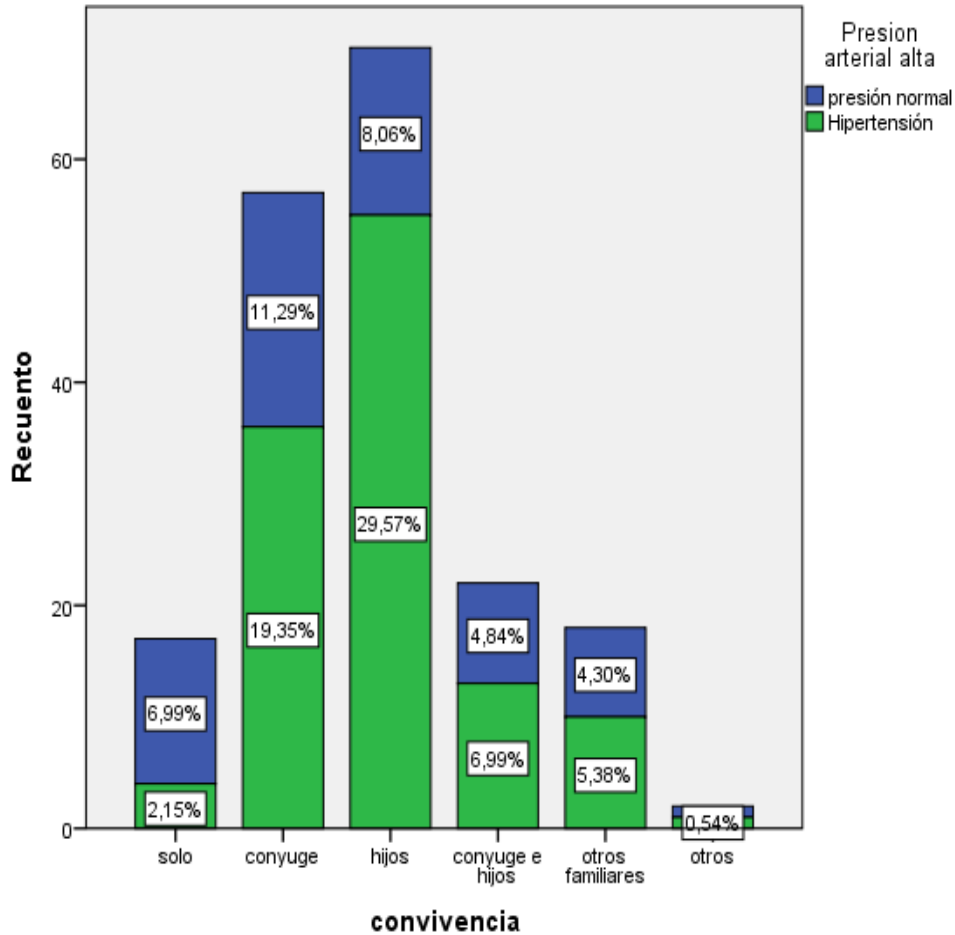
Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 2.6. Convivencia*Presión arterial alta tabulación cruzada

			Presión Arterial Alta		
			Presión Normal	Hipertensión	Total
Convivencia	Solo	Recuento	13	4	17
		% Dentro De Presión Arterial Alta	19,4%	3,4%	9,1%
	Cónyuge	Recuento	21	36	57
		% Dentro De Presión Arterial Alta	31,3%	30,3%	30,6%
	Hijos	Recuento	15	55	70
		% Dentro De Presión Arterial Alta	22,4%	46,2%	37,6%
	Cónyuge E Hijos	Recuento	9	13	22
		% Dentro De Presión Arterial Alta	13,4%	10,9%	11,8%
	Otros Familiares	Recuento	8	10	18
		% Dentro De Presión Arterial Alta	11,9%	8,4%	9,7%
	Otros	Recuento	1	1	2
		% Dentro De Presión Arterial Alta	1,5%	0,8%	1,1%
	Total	Recuento	67	119	186
		% Dentro De Presión Arterial Alta	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Figura 2.6. Convivencia*Presión arterial alta tabulación cruzada



Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 2.6.a. Pruebas de chi-cuadrado asociación Convivencia *Presión arterial

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	19,506 ^a	5	,002
Razón de verosimilitud	19,531	5	,002
Asociación lineal por lineal	1,593	1	,207
N de casos válidos	186		

a. 2 casillas (16.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .72.

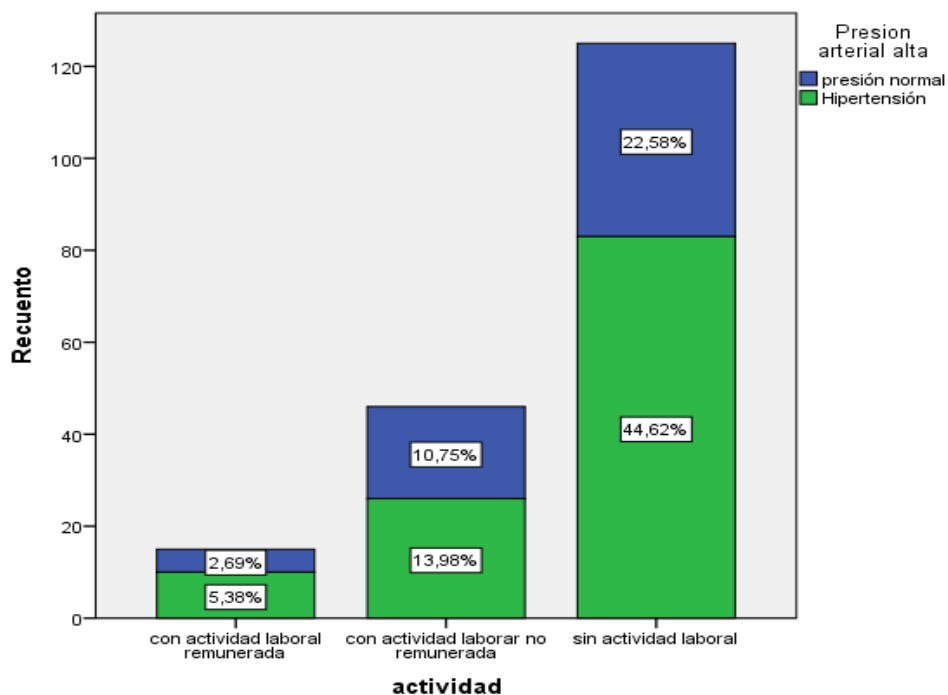
Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 2.7. Actividad*Presión arterial alta tabulación cruzada

		Presión Arterial Alta			
		Presión			
		Normal	Hipertensión	Total	
Actividad	Con Actividad Laboral Remunerada	Recuento	5	10	15
		% Dentro De Presión Arterial Alta	7,5%	8,4%	8,1%
	Con Actividad Laborar No Remunerada	Recuento	20	26	46
		% Dentro De Presión Arterial Alta	29,9%	21,8%	24,7%
	Sin Actividad Laboral	Recuento	42	83	125
		% Dentro De Presión Arterial Alta	62,7%	69,7%	67,2%
Total		Recuento	67	119	186
		% Dentro De Presión Arterial Alta	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Figura 2.7. Actividad*Presión arterial alta tabulación cruzada



Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 2. 7.a. Pruebas de chi-cuadrado asociación Actividad *Presión arterial

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,475 ^a	2	,478
Razón de verosimilitud	1,451	2	,484
Asociación lineal por lineal	,396	1	,529
N de casos válidos	186		

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5.40.

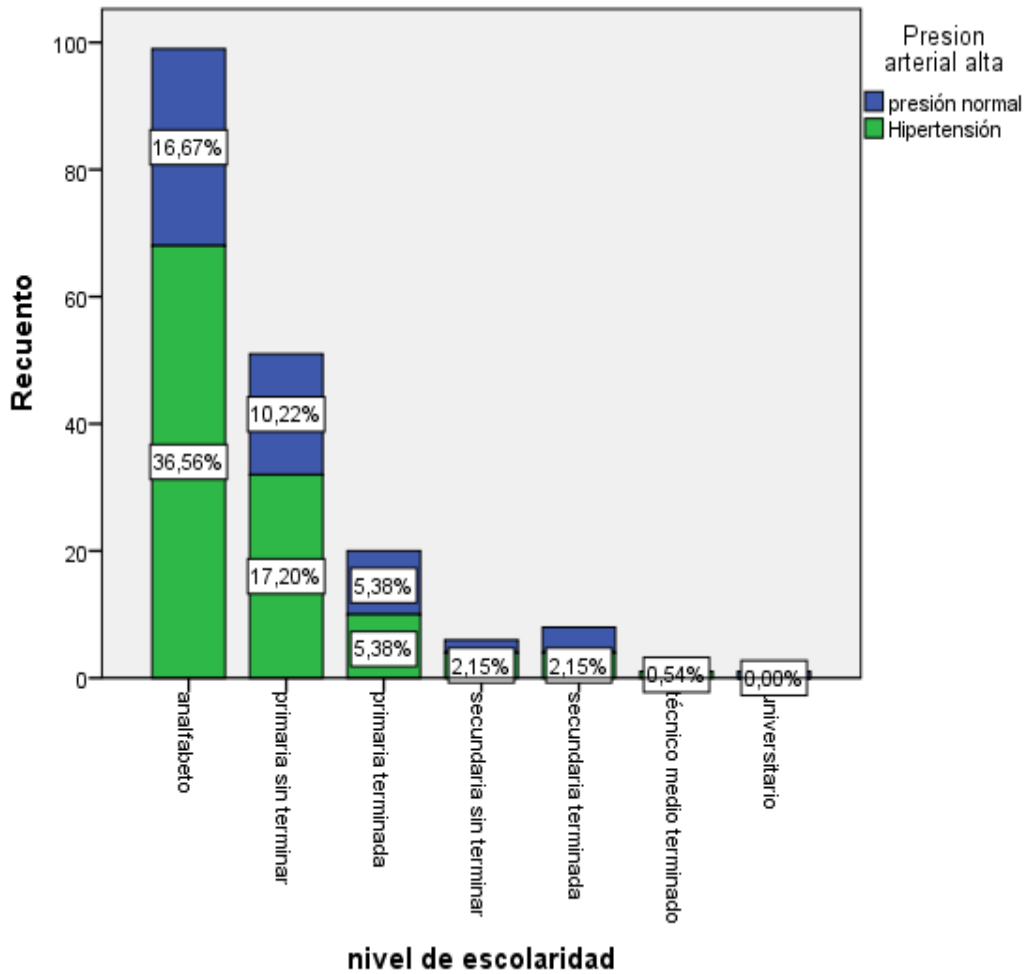
Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 2.8. Nivel de escolaridad*Presión arterial alta tabulación cruzada

		Presión Arterial Alta			
		Presión Normal	Hipertensió n	Total	
Nivel De Escolaridad	Analfabeto	Recuento	31	68	99
		% Dentro De Presión Arterial Alta	46,3%	57,1%	53,2%
	Primaria Sin Terminar	Recuento	19	32	51
		% Dentro De Presión Arterial Alta	28,4%	26,9%	27,4%
	Primaria Terminada	Recuento	10	10	20
		% Dentro De Presión Arterial Alta	14,9%	8,4%	10,8%
	Secundaria Sin Terminar	Recuento	2	4	6
		% Dentro De Presión Arterial Alta	3,0%	3,4%	3,2%
	Secundaria Terminada	Recuento	4	4	8
		% Dentro De Presión Arterial Alta	6,0%	3,4%	4,3%
	Técnico Medio Terminado	Recuento	0	1	1
		% Dentro De Presión Arterial Alta	0,0%	0,8%	0,5%
	Universitario	Recuento	1	0	1
		% Dentro De Presión Arterial Alta	1,5%	0,0%	0,5%
Total		Recuento	67	119	186
		% Dentro De Presión Arterial Alta	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Figura 2.8. Nivel de escolaridad*Presión arterial alta tabulación cruzada



Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 2. 8.a. Pruebas de chi-cuadrado asociación Nivel de escolaridad *Presión arterial

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	5,718 ^a	6	,456
Razón de verosimilitud	6,239	6	,397
Asociación lineal por lineal	2,592	1	,107
N de casos válidos	186		

a. 7 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .36.

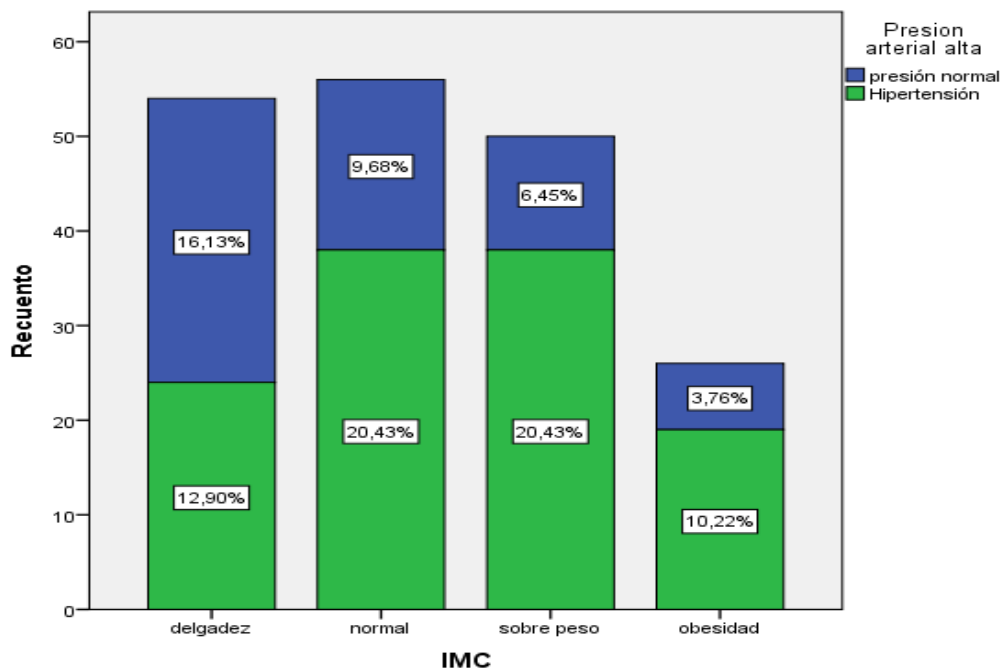
Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 3.1. IMC*Presión arterial alta tabulación cruzada

		Presión Arterial Alta				
		Presión Normal	Hipertensión	Total		
IMC	Delgadez	Recuento	30	24	54	
		% Dentro De Presión Arterial Alta	44,8%	20,2%	29,0%	
	Normal	Recuento	18	38	56	
		% Dentro De Presión Arterial Alta	26,9%	31,9%	30,1%	
	Sobre Peso	Recuento	12	38	50	
		% Dentro De Presión Arterial Alta	17,9%	31,9%	26,9%	
	Obesidad	Recuento	7	19	26	
		% Dentro De Presión Arterial Alta	10,4%	16,0%	14,0%	
	Total		Recuento	67	119	186
			% Dentro De Presión Arterial Alta	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Figura 3.1. IMC*Presión arterial alta tabulación cruzada



Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 3. 1.a. Pruebas de chi-cuadrado asociación IMC*Presión arterial

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	13,376 ^a	3	,004
Razón de verosimilitud	13,199	3	,004
Asociación lineal por lineal	10,001	1	,002
N de casos válidos	186		

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9.37.

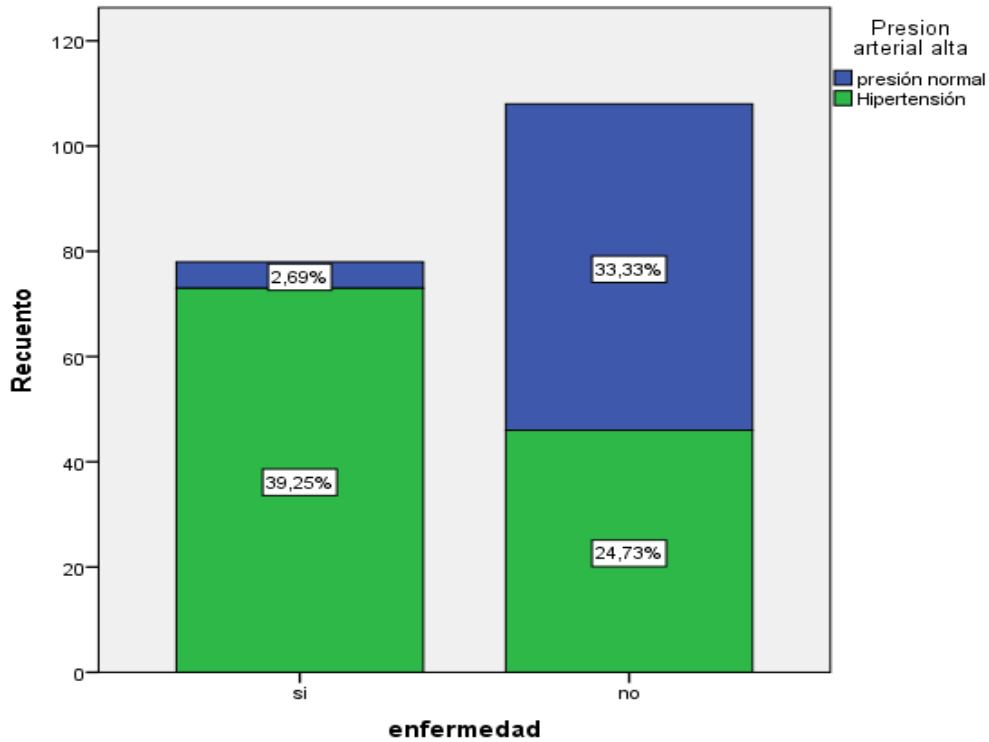
Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 3.2. Enfermedad*Presión arterial alta tabulación cruzada

			Presión Arterial Alta		
			Presión Normal	Hipertensión	Total
Enfermedad	Si	Recuento	5	73	78
		% Dentro De Presión Arterial Alta	7,5%	61,3%	41,9%
	No	Recuento	62	46	108
		% Dentro De Presión Arterial Alta	92,5%	38,7%	58,1%
		Recuento	67	119	186
		% Dentro De Presión Arterial Alta	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Figura 3.2. Enfermedad*Presión arterial alta tabulación cruzada



Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 3. 2.a. Pruebas de chi-cuadrado asociación Enfermedad*Presión arterial

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	51,109 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	48,921	1	,000		
Razón de verosimilitud	58,632	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	50,835	1	,000		
N de casos válidos	186				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 28.10.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

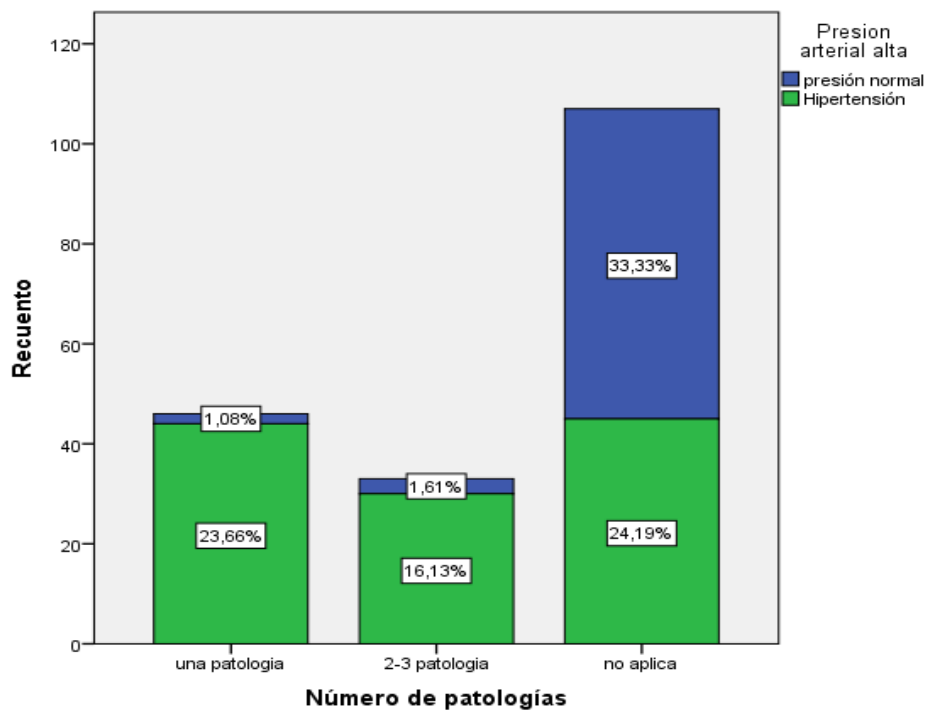
Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 3.3. Número de patologías*Presión arterial alta tabulación cruzada

		Presión Arterial Alta			
		Presión		Total	
		Normal	Hipertensión		
Número De Patologías	Una Patología	Recuento	2	44	46
		% Dentro De Presión Arterial Alta	3,0%	37,0%	24,7%
	2-3 Patología	Recuento	3	30	33
		% Dentro De Presión Arterial Alta	4,5%	25,2%	17,7%
	No Aplica	Recuento	62	45	107
		% Dentro De Presión Arterial Alta	92,5%	37,8%	57,5%
Total	Recuento	67	119	186	
	% Dentro De Presión Arterial Alta	100,0%	100,0%	100,0%	

Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Figura 3.3. Número de patologías*Presión arterial alta tabulación cruzada



Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 3. 3.a. Pruebas de chi-cuadrado asociación N° de patologías*Presión arterial

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	52,723 ^a	2	,000
Razón de verosimilitud	60,937	2	,000
Asociación lineal por lineal	50,627	1	,000
N de casos válidos	186		

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 11.89.

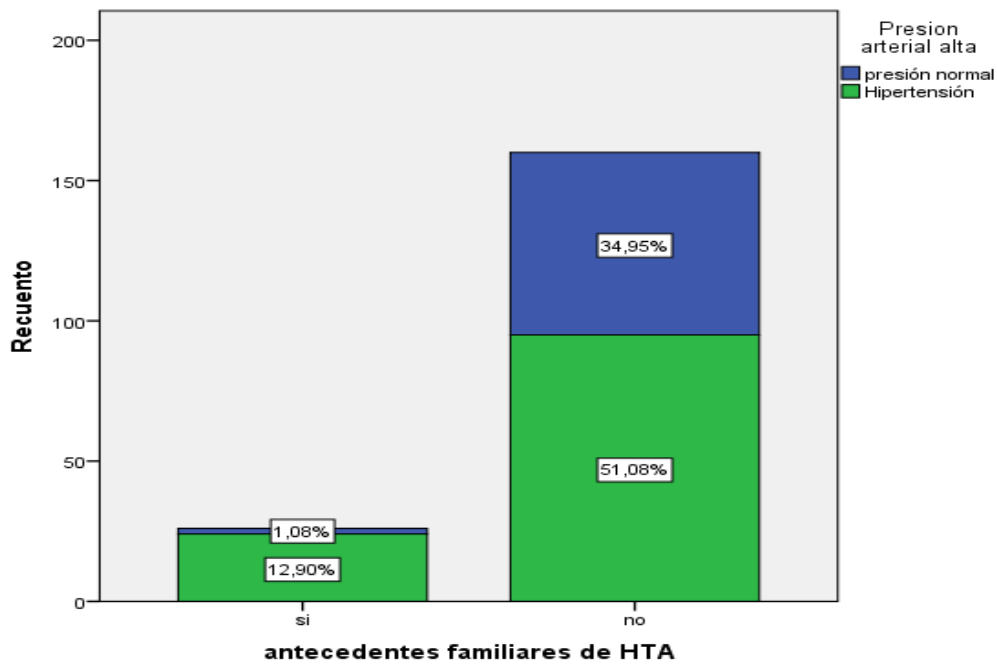
Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 4.1. Antecedentes familiares de HTA*Presión arterial alta tabulación cruzada

			Presión Arterial Alta		
			Presión		Total
			Normal	Hipertensión	
Antecedentes Familiares De HTA	Si	Recuento	2	24	26
		% Dentro De Presión Arterial Alta	3,0%	20,2%	14,0%
	No	Recuento	65	95	160
		% Dentro De Presión Arterial Alta	97,0%	79,8%	86,0%
Total	Recuento		67	119	186
	% Dentro De Presión Arterial Alta		100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Figura 4.1. Antecedentes familiares de HTA*Presión arterial alta tabulación cruzada



Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 4. 1.a. Pruebas de chi-cuadrado asociaciones antecedentes familiares*Presión arterial

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	10,525 ^a	1	,001		
Corrección de continuidad ^b	9,145	1	,002		
Razón de verosimilitud	12,867	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,001	,001
Asociación lineal por lineal	10,469	1	,001		
N de casos válidos	186				

a. 0 casillas (.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9.37.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

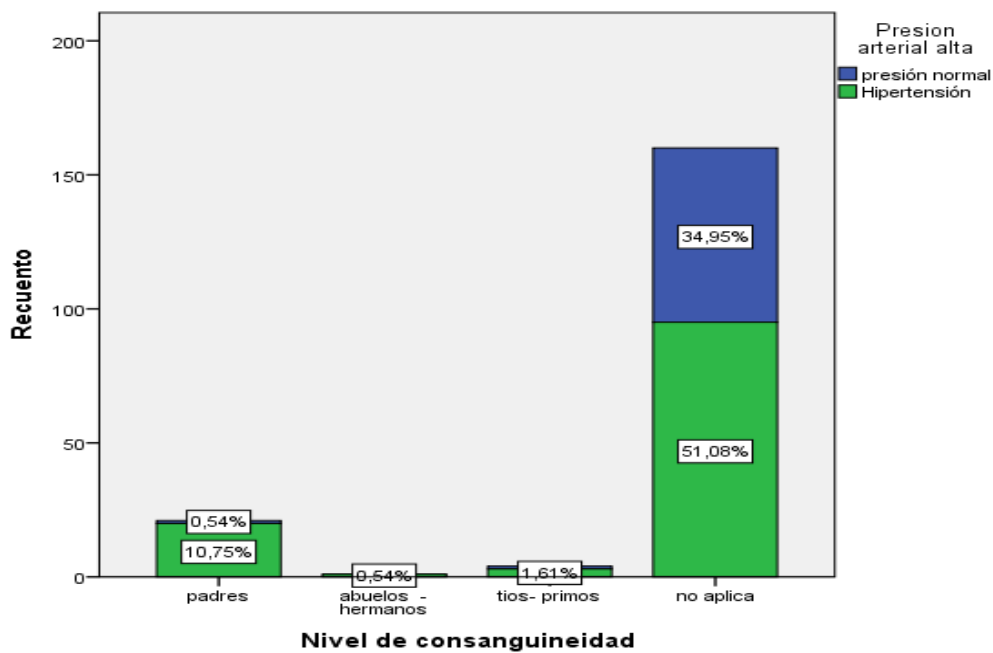
Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 4.2. Nivel de consanguineidad*Presión arterial alta tabulación cruzada

		Presión Arterial Alta				
		Presión Normal	Hipertensión	Total		
Nivel De Consanguineidad	Padres	Recuento	1	20	21	
		% Dentro De Presión Arterial Alta	1,5%	16,8%	11,3%	
	Abuelos - Hermanos	Recuento	0	1	1	
		% Dentro De Presión Arterial Alta	0,0%	0,8%	0,5%	
	Tíos- Primos	Recuento	1	3	4	
		% Dentro De Presión Arterial Alta	1,5%	2,5%	2,2%	
	No Aplica	Recuento	65	95	160	
		% Dentro De Presión Arterial Alta	97,0%	79,8%	86,0%	
		Total	67	119	186	
			% Dentro De Presión Arterial Alta	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Figura 4.2. Nivel de consanguineidad*Presión arterial alta tabulación cruzada



Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 4. 1.a. Pruebas de chi-cuadrado asociación nivel de consanguineidad*Presión arterial

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	11,149 ^a	3	,011
Razón de verosimilitud	14,430	3	,002
Asociación lineal por lineal	10,951	1	,001
N de casos válidos	186		

a. 4 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .36.

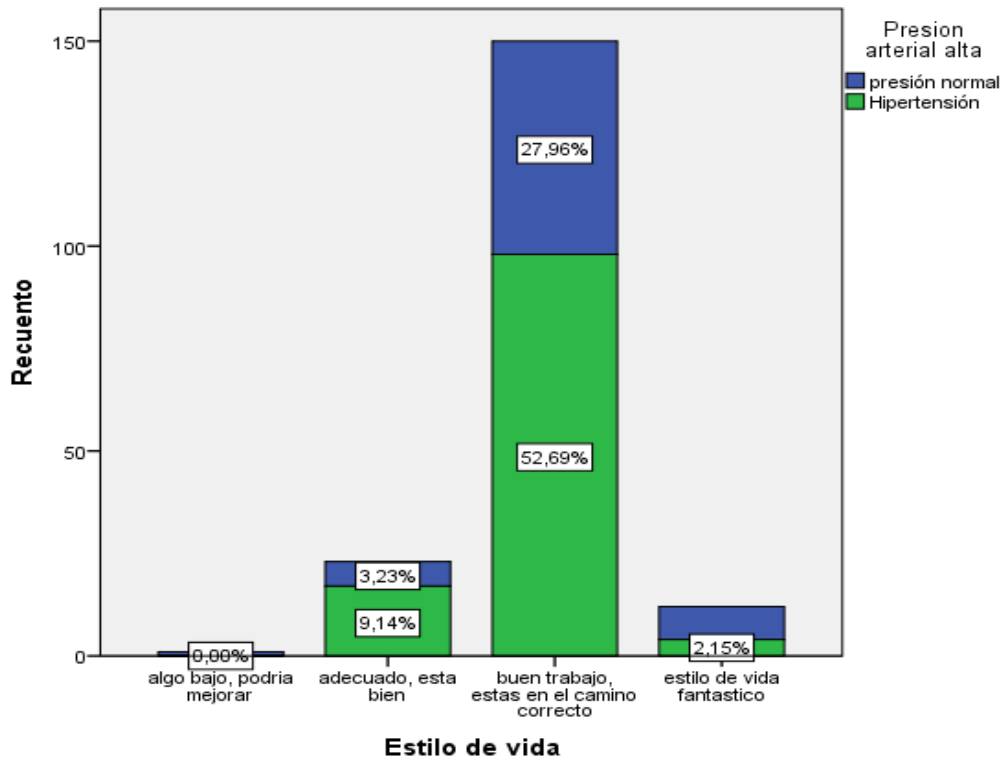
Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 5.1. Estilo de vida*Presión arterial alta tabulación cruzada

			Presión Arterial Alta		
			Presión		
			Normal	Hipertensión	Total
Estilo De Vida	Algo Bajo, Podría Mejorar	Recuento	1	0	1
		% Dentro De Presión Arterial Alta	1,5%	0,0%	0,5%
	Adecuado, Esta Bien	Recuento	6	17	23
		% Dentro De Presión Arterial Alta	9,0%	14,3%	12,4%
	Buen Trabajo, Estas En El Camino Correcto	Recuento	52	98	150
		% Dentro De Presión Arterial Alta	77,6%	82,4%	80,6%
Estilo De Vida Fantástico		Recuento	8	4	12
		% Dentro De Presión Arterial Alta	11,9%	3,4%	6,5%
Total		Recuento	67	119	186
		% Dentro De Presión Arterial Alta	100,0%	100,0%	100,0%
					%

Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Figura 5.1. Estilo de vida*Presión arterial alta tabulación cruzada



Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 5. 1.a. Pruebas de chi-cuadrado asociación Estilo de vida*Presión arterial

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	7,771 ^a	3	,051
Razón de verosimilitud	7,831	3	,050
Asociación lineal por lineal	2,485	1	,115
N de casos válidos	186		

a. 3 casillas (37.5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .36.

Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 6.1. Factor de riesgo sociodemográfico: Tiempo de viudez*Presión arterial alta tabulación cruzada

			Tiempo De Viudez			Total
			Menor A Un Año	Mayor A Un Año	No Aplica	
Presión Arterial Alta	Presión Normal	Media Dentro De Tiempo De Viudez	14,3%	17,6%	42,8%	36,0%
	Hipertensión	Media Dentro De Tiempo De Viudez	85,7%	82,4%	57,2%	64,0%
Total		Media Dentro De Tiempo De Viudez	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 6.2. Factor de riesgo sociodemográfico: Convivencia*Presión arterial alta tabulación cruzada

			Convivencia					Total	
			Solo	Cónyuge	Hijos	Cónyuge E Hijos	Otros Familiares		Otros
Presión Arterial Alta	Presión Normal	Media Dentro De Convivencia	76,5%	36,8%	21,4%	40,9%	44,4%	50,0%	36,0%
	Hipertensión	Media Dentro De Convivencia	23,5%	63,2%	78,6%	59,1%	55,6%	50,0%	64,0%
Total		Media Dentro De Convivencia	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 6.3. Factor de riesgo fisiológico: IMC*Presión arterial alta tabulación cruzada

			IMC				Total
			Delgadez	Normal	Sobre Peso	Obesidad	
Presión Arterial Alta	Presión Normal	Media Dentro De IMC	55,6%	32,1%	24,0%	26,9%	36,0%
	Hipertensión	Media Dentro De IMC	44,4%	67,9%	76,0%	73,1%	64,0%
Total		Media Dentro De IMC	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 6.4. Factor de riesgo fisiológico: Enfermedad*Presión arterial alta tabulación cruzada

			Enfermedad		Total
			Si	No	
Presión Arterial Alta	Presión Normal	Media Dentro De Enfermedad	6,4%	57,4%	36,0%
	Hipertensión	Media Dentro De Enfermedad	93,6%	42,6%	64,0%
Total		Media Dentro De Enfermedad	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 6.5. Factor de riesgo fisiológico: N° de patologías*Presión arterial alta tabulación cruzada

			Número De Patologías			Total
			Una Patología	2-3 Patología	No Aplica	
Presión Arterial Alta	Presión Normal	Media Dentro De Número De Patologías	4,3%	9,1%	57,9%	36,0%
	Hipertensión	Media Dentro De Número De Patologías	95,7%	90,9%	42,1%	64,0%
Total		Media Dentro De Número De Patologías	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 6.6. Factor de riesgo biológicos: Antecedentes familiares*Presión arterial alta tabulación cruzada

			Antecedentes Familiares De HTA		Total
			Si	No	
Presión Arterial Alta	Presión Normal	Media Dentro De Antecedentes Familiares De HTA	7,7%	40,6%	36,0%
	Hipertensión	Media Dentro De Antecedentes Familiares De HTA	92,3%	59,4%	64,0%
Total		Media Dentro De Antecedentes Familiares De HTA	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018

Tabla 6.7. Factor de riesgo biológicos: Nivel de consanguineidad*Presión arterial alta tabulación cruzada

			Nivel De Consanguineidad				
			Abuelos -	Tíos-	No		
			Padres	Hermanos	Primos	Aplica	Total
Presión Arterial Alta	Presión Normal	Media Dentro De Nivel De Consanguineidad	4,8%	0,0%	25,0%	40,6%	36,0%
	Hipertensión	Media Dentro De Nivel De Consanguineidad	95,2%	100,0%	75,0%	59,4%	64,0%
Total		Media Dentro De Nivel De Consanguineidad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Cuestionario de valoración de prevalencia y factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. Centro de salud Chongoyape. 2018