

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA  
UNAN-LEÓN



TESIS  
PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIATURA EN CIENCIAS DE  
ENFERMERÍA

TÍTULO:

“CONOCIMIENTO Y PRÁCTICA DE ESTILOS DE VIDA QUE INCIDEN EN EL AUTOCUIDADO DE PACIENTES HIPERTENSOS DEL CENTRO DE SALUD PERLA MARÍA NORORI ABRIL – JUNIO 2010”

AUTORAS:

- ❖ Bra. Dulce María Salmerón Jirón
- ❖ Bra. Marisela Lisbeth Hernández Quezada

TUTORA:

MSC. FANNY JAIME

ASESORA:

MSP.THELMA DÍAZ DE PAREDES

LEÓN, JULIO 2010

# INDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
ANTECEDENTES.....	8
JUSTIFICACIÓN.....	10
PROBLEMA.....	11
OBJETIVOS.....	12
MARCO TEÓRICO.....	13
DISEÑO METODOLÓGICO.....	37
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	40
RESULTADOS.....	45
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	51
CONCLUSIÓN.....	56
RECOMENDACIONES.....	58
BIBLIOGRAFÍA.....	59
ANEXOS.....	61

## RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares constituyen un problema de salud mundial, entre ellas están la hipertensión arterial, que constituye una de las causas más comunes de mortalidad. Se analiza esta problemática y surge la pregunta: ¿Cuál es el conocimiento y práctica de los estilos de vida que inciden en el autocuidado de pacientes hipertensos?, de lo cual nace como objetivo general: Determinar el conocimiento y práctica de los estilos de vida que inciden en el autocuidado de pacientes hipertensos del centro de salud Perla María Norori. El diseño del estudio es cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, el universo fueron los pacientes hipertensos activos al programa y la muestra la conformaron el 50% de la población en estudio que equivale a 60 pacientes hipertensos por lo cual se concluye que: la mayoría de las edades de los entrevistados comprenden las edades de 45 a 75 años, los pacientes hipertensos consideran que los estilos de vida son importantes para mantener su salud y conocen una serie de estilos de vida, los cuales llevan a cabo y benefician su autocuidado y se recomienda que motiven a los pacientes hipertensos adquirir más conocimientos respecto a su enfermedad, fomentando una serie de actividades que mejoren su autocuidado, sensibilizándolos sobre la importancia de ingerir el líquido más ideal en la cantidad apropiada, usar medios didácticos y charlas educativas que motiven y guíen a los pacientes a mantener un estado de salud óptimo y realizar actividades recreativas que separen a los pacientes del estrés.

## DEDICATORIA

A Dios: nuestro padre y fiel amigo por habernos permitido llegar alcanzar esta meta, siendo la luz que guía cada uno de nuestros pasos y que ha permanecido a nuestro lado en todo momento.

A nuestros padres: ya que nos brindaron sus esfuerzos y apoyo incondicional para alcanzar sueños que ellos no pudieron lograr y por todos los sacrificios que han hecho para que pudiéramos llegar a culminar nuestros estudios y coronar esta carrera.

A nuestros hermanos: porque formaron parte del entusiasmo y deseo de continuar adelante.

Y de una manera general agradecemos a todas aquellas personas que se involucraron para ayudarnos alcanzar nuestro propósito y que fueron fuentes de inspiración para coronar nuestra carrera

---

Bra. Dulce María Salmerón

---

Bra. Marisela Lisbeth Hernández

## AGRADECIMIENTO

Ante todo agradecemos a Dios, por habernos iluminado en este camino, orientándonos cada momento de nuestras vidas para no decaer y seguir adelante, para cumplir de esta manera con nuestro más anhelado sueño como es la culminación de nuestros estudios universitarios.

A nuestros padres, ya que con su apoyo incondicional han sido un pilar fundamental en todas las etapas de nuestras vidas y que todo el tiempo nos han brindado fortaleza en los momentos más difíciles de nuestra carrera y que hoy se ven recompensados a lograr así el final de largos y arduos años de estudios.

A nuestra arbitro Lic. Francisca Canales y nuestra tutora Msc. Fanny Jaime por su paciencia, apoyo y dedicación que nos brindaron para que este trabajo culminara con éxito.

A la Lic. Freda Vanessa Esquivel por brindarnos sus conocimientos en el desarrollo de nuestra investigación y a todas aquellas personas que de una u otra manera han contribuido en todo nuestro proceso educativo y a la realización de nuestro trabajo monográfico.

A todos muchas gracias...

---

Bra. Dulce María Salmerón

---

Bra. Marisela Lisbeth Hernández

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares constituyen un problema de salud mundial y entre el 15 al 20% de adultos presentan presión arterial en todo el mundo.

Este se acentúa en los países desarrollados y dentro de ellas la Hipertensión Arterial, constituye una de las causas más comunes de mortalidad tanto por sus complicaciones agudas o crónicas como en ser un factor de riesgo determinante para el desarrollo de arterosclerosis. (1)

Según Salinas Aguado, en Estados Unidos en el 2000 los procesos infecciosos eran los principales problemas de salud los cuales se fueron controlando y las enfermedades cardiovasculares se hicieron más frecuentes y virulentas; en la actualidad se determina por el aumento del número de enfermos que padecen de las enfermedades cardiovasculares, característicos para los países económicamente desarrollados.

En Latinoamérica las enfermedades del corazón y del aparato circulatorio figuran como una de las cinco causas principales de muerte, siendo las enfermedades cardiovasculares un problema abrumador. (15)

En Nicaragua hasta hoy, podremos ya dar datos confiables gracias al esfuerzo del Ministerio de Salud y los Laboratorios MSD, ya que en el primer simposio Centroamericano de Hipertensión Arterial en el 2001, efectuado en Managua, Nicaragua, el acucioso y entusiasta cardiólogo Dr. Aarón Tuckler, presentó una estadística de alrededor del 10% al 12% de muertos por cardiopatías, que tenían como fondo, una Hipertensión Arterial concomitante. (12)

En su génesis y evolución se imbrican una serie de factores de predisposición los conocidos factores de riesgo cardiovasculares, entre los que cabe destacar por su importantísima prevalencia la Hipertensión Arterial. Este proceso en conjunción con otros factores de riesgo, se desarrolla a lo largo de años y conduce inexorablemente a las complicaciones cardiovasculares mortales o no mortales. La Hipertensión, es por tanto un problema sanitario de primer orden

que afecta a múltiples estamentos implicados en la salud de la población, que van desde la prevención más elemental a las terapéuticas más sofisticadas.

Son numerosas las modificaciones del estilo de vida aconsejadas para reducir la presión arterial, muchas de ellas, no obstante quizás no resulten eficaces. Aunque a todo el mundo le gustaría ser responsable de su propio destino y tratar un proceso patológico sin utilizar medicaciones u otros tratamientos, a menudo ello no es posible en el caso de la Hipertensión. Pero el autocuidado es indispensable para el tratamiento de esta enfermedad. (6)

A nivel local, se cuenta con un número elevado de pacientes que padecen ésta enfermedad más patologías asociadas a la Hipertensión Arterial. El programa de dispensarizados estableció que la Hipertensión Arterial es una enfermedad irreversible en la cual a los pacientes se les tienen que llevar un control continuo para su tratamiento y seguimiento adecuado y se considera que se pueden evitar las complicaciones mejorando la calidad y expectativa de la vida del paciente, disminuyendo así considerablemente la morbimortalidad por esta patología.

Se ha observado mayor preocupación por parte del personal del programa de dispensarizados acerca de los estilos de vida que los pacientes tienen, por lo que se considera que, es de mucho valor tener una apreciación de los conocimientos, y prácticas que tienen los pacientes que padecen ésta patología, ya que dependiendo de sus estilos de vida, dependerá el autocuidado que practiquen.

## ANTECEDENTES

Las estadísticas de la organización Mundial de la Salud y de la sociedad Internacional de Hipertensión, muestran que en la mayoría de los países, del 15% a 20% de los adultos presentan presión arterial elevada, y cerca de dos tercios de ellos manifiestan un incremento leve de la presión arterial. (3)

La organización mundial de la salud realizó numerosas encuestas de prevalencia incluyendo algunas en Latino América y mostraron la magnitud del problema, la detección precoz y tratamiento adecuado. Los cambios en las causas de morbilidad y mortalidad motivaron a la organización mundial de la salud llevar a cabo diversos estudios colaborativos de las enfermedades crónicas con el fin de conocer las características del problema en el mundo y la posibilidad de su control.

Según datos del MINSA, en nuestro país la hipertensión se encuentra entre las diez primeras causa de morbimortalidad en las diferentes unidades de salud. A nivel hospitalario en el 2007, hubo un total de casos incrementados del 33% fallecieron 5.59 % personas. La mayoría de los pacientes son mayores de 50 años.

Según datos estadísticos, de la UNAN Managua muestran que la Hipertensión Arterial en años anteriores (1990-2000) tenían cifras más disminuidas en cuanto a pacientes hipertensos y en fechas actuales (2001) las cifras de porcentaje han incrementado, teniendo la mayoría de los departamentos de Nicaragua cifras parecidas en relación al número de pacientes hipertensos. (1)

Estudios realizados sobre la hipertensión arterial en la UNAN León, 2006 revelan que las cifras de estos pacientes se elevan año con año, debido al desinterés de algunos pacientes por asistir a un centro asistencial, e indican estos estudios que el sistema del paciente se va deteriorando poco a poco puesto que la Hipertensión Arterial conlleva a los pacientes a padecer otro tipo de patología, lo que los hace más vulnerables y aumenta el número de pacientes hipertensos. (10)

A nivel local, se cuenta con un número elevado de pacientes que padecen esta enfermedad más patologías asociadas a la hipertensión arterial y se recomienda a las autoridades sanitarias que presten inmediata y prioritaria atención a esta enfermedad, para que los servicios de salud hayan identificado el alto riesgo del hipertenso en desarrollar enfermedades cardiovasculares, manifestadas de diversas formas.

Las incidencias que revelan la hipertensión arterial en el centro de salud Perla María Norori muestran un elevado número de paciente, ocupando el segundo lugar de las enfermedades crónicas no transmisibles de dicho centro de salud.

## JUSTIFICACIÓN

En Nicaragua las enfermedades cardiovasculares son una consecuencia de diagnóstico de enfermedades hipertensivas, que constituye el motivo más común de consulta en cualquiera de los diferentes niveles asistenciales, al tiempo que suponen la primera causa de muerte y una de las más notables causas de incapacidades laborales transitorias y permanentes en la sociedad, que día a día va incrementando y atacando silenciosamente a nuestra población vulnerable. (6)

Cada paciente adquiere conocimientos que probablemente no son los más adecuados y los hacen parte de su vida cotidiana, estos estilos de vida podrían conllevarlos a factores de riesgo que perjudican su salud, por lo tanto disminuye el adecuado autocuidado que deben practicar para obtener una excelente calidad de vida.

Con el presente estudio se obtendrá información en relación a los estilos de vida que los pacientes hipertensos practican, consideramos importante estudiar este tema ya que observamos la incidencia de esta enfermedad en la población vulnerable, nuestro propósito es analizar el conocimiento sujeto a acciones que tienen estos pacientes e identificar sus principales necesidades de salud, de esta manera se dará a conocer los resultados al personal de salud para que elaboren un plan de acciones asistenciales y educativas con base a las necesidades encontradas, para potencializar la salud y calidad de vida del paciente; contribuyendo así a la formación de un ciudadano responsable y de un trabajador productivo.

## PROBLEMA

¿Cuál es el Conocimiento y Práctica de estilos de vida que inciden en el autocuidado de Pacientes Hipertensos del Centro de Salud Perla María Norori, Abril-Junio 2010?

## OBJETIVOS

### **OBJETIVO GENERAL:**

- Determinar el conocimiento y práctica de estilos de vida que inciden en el autocuidado de Pacientes Hipertensos del Centro de Salud Perla María Norori, Abril-Junio 2010.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Describir los datos sociodemográficos de las personas en estudio.
- Identificar el conocimiento de los estilos de vida que tienen los pacientes hipertensos en el cuidado de su salud.
- Describir la práctica de los estilos de vida, que tienen los pacientes hipertensos en relación a su autocuidado.

## MARCO TEÓRICO

### CONCEPTOS MAYORES

**Conocimiento**: Capacidad que tiene una persona para almacenar diferentes ideas o pensamientos en la mente humana.

**Práctica**: Es ejercer una función tanto física como mental, con base a un conocimiento enriquecido.

**Estilos de vida**: El estilo de vida o hábito de vida son un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que unas veces son saludables y otras son nocivas para la salud. En los países desarrollados los estilos de vida poco saludables son los que causan la mayoría de las enfermedades.

**Autocuidado**: Acción de cuidarse una misma persona, tanto físico como mental, para evitar cualquier tipo de riesgo que nos perjudique en nuestra vida cotidiana. (17)

**Hipertensión Arterial**: Es una afección crónica no curable, que precisa de tratamiento de por vida y susceptible de modificaciones a mediano y largo plazo, es la elevación persistente de la presión arterial por encima de límites normales.

**Programa de dispensarizados**: Programa donde existe un grupo de pacientes en el cual, se establecen estrategias y acciones que contribuyen a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las principales enfermedades crónicas y fomentar el desarrollo de acciones de promoción de salud mediante criterios de salud para la adopción de hábitos saludables. (16)

### HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Según Harrison, 2002 refiere que: la hipertensión arterial es un factor de riesgo independiente y perjudicial de las enfermedades cardiovasculares así como la hipocolesterolemia, tabaquismo, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular, cardiopatía isquémica, de estos dos tercios de la población

mundial hasta los 65 años fallecen por enfermedades cardiovasculares, padeciendo la mayoría de individuos de hipertensión.

Una hipertensión continua, lesiona los vasos sanguíneos, renales, cardíacos y Cerebrales, produciendo aumento en la frecuencia de insuficiencia renal, enfermedad coronaria y embolia cerebral.

La detección temprana y el control de la Hipertensión Arterial constituyen un objeto primordial en la salud pública, la Organización Mundial de la Salud estableció precozmente una serie de prioridades con sucesivas etapas evolutivas que abarcan desde la dirección del hipertenso adulto mediante programas de control hasta el desarrollo de líneas de investigación que proporcionará la prevención primaria del proceso hipertensivo.

### **LAS CAUSAS**

La hipertensión se genera por varias circunstancias como herencia, edad, sexo, cigarrillo, obesidad, colesterol sérico, diabetes, ingestión elevada de sodio, alcohol, drogas antiinflamatorias, descongestionantes nasales y antidepresivos, así mismo factores sociales como ocupación, tamaño familiar, aglomeración de personas, estrés, competencia, ruidos y calor excesivo, entre otros.

### **SÍNTOMAS:**

1. Presión alta asintomática.
2. A veces se siente lo siguiente: Dolor de cabeza, mareos, fatigas, visión borrosa, ruido en los oídos, calor en la cara y cabeza.

Nota: No siempre estos síntomas corresponden a una Hipertensión Arterial.

### **DIAGNÓSTICO:**

El objetivo de la valoración inicial de la Hipertensión Arterial es: Clasificar su gravedad, determinar la necesidad del tratamiento y valorar las posibilidades de que haya una causa secundaria de la Hipertensión Arterial.

**El diagnóstico fundamental se basa en:**

Medición de la presión arterial: se realiza con el paciente sentado cómodamente, es necesario obtener de dos a tres mediciones cada visita y en 3 visitas como mínimo en días diferentes.

- a. Interrogatorio: se basa en antecedentes de la Hipertensión Arterial, factores predisponentes, antecedentes familiares.
- b. Exploración física: sobre todo dirigida a los órganos blancos.
- c. Valoración de laboratorio: Pueden restringirse a aquellas que suelen efectuarse como parte de una medida de rutina como: Hematocrito, EGO, creatinina, nitrógeno ureico, concertación de potasio, radiografía de tórax, EKG, etc.

La valoración de la calidad de vida es un tanto difícil puesto que muchas veces se cae dentro de un subjetivo de lo que el paciente percibe y puede ser alterado por distintas circunstancias no solo por Hipertensión Arterial, incuestionablemente el autocuidado ejerce un impacto en la calidad de vida de estos pacientes. (5)

Según Mendoza Ricardo, 2002 refiere, “que los factores de riesgos son la característica que favorece el desarrollo de enfermedad cardiovascular o agrava el pronóstico.”

Un conocimiento detallado aportara información completa sobre la extensión, gravedad y pronóstico de la enfermedad.

**Los factores de riesgo se clasifican en:**

- a. Permanentes: edad, sexo, raza, susceptibilidad, etc.
- b. Controlables como:
  - Riesgo iatrogénico: Lípidos sanguíneos, colesterol, triacilglicéridos.
  - Factores sanguíneos: Plaquetas (agregación y adhesividad), fibrinógenos aumentados, hematocrito aumentado.
  - Otros como: tabaquismo, alcoholismo, dieta, estrés.
- c. Factores ambientales y genéticos: Personalidad tipo A, sedentarismo etc.

Los conocimientos sobre la fisiopatología de la elevación de la presión arterial han aumentado en 90 a 95% de los casos, la etiología sigue en gran parte sin conocerse. Como consecuencia de ellos en la mayoría de los casos la hipertensión se trata de forma inespecífica lo que conlleva un gran número de efectos colaterales leves y una incidencia relativamente elevada de incumplimiento terapéutico. (7)

Según Baltodano, Yecenia, 2006: La relación entre tensión arterial y el riesgo de un evento de enfermedad cardiovascular es continua, consciente e indispensable de otros factores de riesgo cuanto mayor sea la tensión arterial mayores las posibilidades de infarto al miocardio, insuficiencia cardíaca, apoplejía y enfermedad renal.

Se ha estimado, que cada incremento de 20mmhg en la presión arterial sistólica o 10 mmHg en la diastólica en individuos entre 40 y 70 años de edad, duplica el riesgo de enfermedad cardiovascular e igualmente que por cada 6 mmHg de descenso en la tensión arterial se reduciría en un 14 % la posibilidad de eventos coronarios. (2)

Según Harrison, 2002:

**EVOLUCIÓN NATURAL** La probabilidad de sufrir una crisis cardiovascular puede variar hasta 20 veces, según existan o no factores de riesgos asociados. Aunque se han descrito excepciones la mayoría de los adultos con hipertensión no tratada sufrirá incremento de la tensión arterial con el tiempo.

Además, los datos actuales y de la época anterior a la existencia de tratamientos eficaces han demostrado que la hipertensión no tratada se asocia a reducción de la esperanza de vida de 10 a 20 años, generalmente asociada a la aceleración del proceso aterosclerótico, en parte relacionada con la gravedad de la hipertensión.

Incluso los individuos con hipertensión relativamente leve, es decir, sin signos de afección orgánica, si no se tratan durante periodos de 7 a 10 años tienen un Gran riesgo de presentar complicaciones importantes.

Casi 30% sufre complicaciones de aterosclerosis y más del 50% mostrará lesiones de los órganos relacionadas con la hipertensión, por ejemplo, cardiomegalia, insuficiencia cardíaca congestiva, retinopatía, accidente cerebrovasculares, e insuficiencia renal. Por tanto, incluso en sus formas leves, si no se trata, la hipertensión es una enfermedad progresiva y letal.

**EFFECTOS DE LA HIPERTENSIÓN:** Los pacientes con hipertensión mueren prematuramente, siendo la causa más frecuente la afección cardíaca y también el ictus e insuficiencia renal, especialmente cuando existe una retinopatía importante.

**\*Efectos sobre el corazón:** La compensación cardíaca de la excesiva carga de trabajo impuesta por el incremento de la presión arterial sistémica se logra al principio mediante hipertrofia concéntrica del ventrículo izquierdo caracterizada por aumento del espesor de la pared ventricular. Al final se deteriora la función de esta cámara y la cavidad se dilata apareciendo los signos y síntomas de insuficiencia cardíaca.

También puede aparecer una angina de pecho a consecuencia de la combinación de enfermedad coronaria acelerada y aumento de las necesidades miocárdicas de oxígeno. En la exploración física el corazón está agrandado y puede haber un soplo débil de insuficiencia aórtica.

**\*Efectos neurológicos:** Pueden dividirse en retinianos y del sistema nervioso central. Como la retina es el único tejido en el que se pueden examinar directamente las arterias y arteriolas, la exploración oftalmoscópica repetida proporciona la oportunidad de observar la progresión de los efectos vasculares de la hipertensión.

En pacientes con hipertensión, también es frecuente la disfunción del sistema nervioso central. La cefalea occipitales más frecuentes por la mañana constituye uno de los síntomas precoces más notable de la hipertensión, también pueden observarse mareos, irritabilidad, vértigos y visión borrosa o

sincope, pero las manifestaciones más graves se deben a oclusión vascular, hemorragia o encefalopatías.

**\*Efectos renales:** Las lesiones arterioscleróticas de las arteriolas aferente y eferente y de los ovillos glomerulares son las lesiones vasculares renales más frecuentes en la hipertensión y causan disminución del filtrado glomerular y disfunción tubular. Cuando existen lesiones glomerulares se producen proteinuria y hematuria microscópica y aproximadamente 10% de las muertes por hipertensión se debe a insuficiencia renal. (5)

Buscando Remedio, 2008:

**CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y ESTADIO HIPERTENSIVOS:**

<b>Categorías</b>	<b>Niveles de la presión arterial (PA)</b>	
	<b>Sistólica mmHg.</b>	<b>Diastólica mmHg.</b>
<b>Óptima</b>	<b>Menos de 120</b>	<b>Menos de 80</b>
<b>Normal</b>	<b>Menos de 130</b>	<b>Menos de 85</b>
<b>Normal alta</b>	<b>130-139</b>	<b>85-89</b>
<b>Hipertensión</b>		
<b>Estadio I (discreta)</b>	<b>140-159</b>	<b>90-99</b>
<b>Estadio II (moderada)</b>	<b>160-179</b>	<b>100-109</b>
<b>Estadio III (severa)</b>	<b>180-209</b>	<b>110-119</b>
<b>Estadio IV (muy severa)</b>	<b>210 y más.</b>	<b>120 o más.</b>

## **TIPOS DE HIPERTENSIÓN:**

<b>Según su etiología</b>	<b>Según los niveles de tensión</b>	<b>Según la evolución</b>
Hipertensión esencial o primaria	Presión sistólica	Fase I Fase II
Hipertensión secundaria	Presión diastólica	Fase III

## **SEGÚN LAS NORMAS DEL MINSA 2001:**

### **Prevención y tratamiento:**

Antes de pasar a considerar tratamiento activo de la Hipertensión Arterial debe ser reconocido la necesidad de prevenir la enfermedad. La prevención primaria provee una atractiva oportunidad para interrumpir el costoso ciclo del manejo de la Hipertensión Arterial y sus complicaciones.

La prevención primaria ofrece una serie de realidades:

- El incremento de la tensión sanguínea y la Hipertensión Arterial no son consecuencias inevitables del envejecimiento.
- Un número significativo de enfermedades cardiovasculares ocurren en personas cuya tensión sanguínea está por encima del nivel óptimo (120/80).
- Una política amplia de reducción de los niveles tensionales en la población puede reducir esta importante carga de riesgo.
- El tratamiento activo de la Hipertensión Arterial establecida impone costos financieros y efectos adversos potenciales.
- La mayoría de los pacientes con Hipertensión Arterial no hacen suficientes cambios en su estilo de vida, ni toman el medicamento.

La Secundaria: dirigida a la aparición de un nuevo cuadro de la enfermedad ya declarada a su progresión. (10)

El Protocolo de HTA, 2002 refiere que: Las bases fundamentales de la Hipertensión Arterial radica en las acciones de los principales factores de riesgo cardiovasculares los que han demostrado grandes resultado en países industrializados.

### **NORMAS GENERALES DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO:**

1. Se deberá adecuar la terapéutica a la modalidad de vida del paciente en un esquema de dosificación simple.
2. Para obtener la colaboración del paciente es importante informar la naturaleza de la enfermedad y de las posibles complicaciones a la que se expone al no cumplir con su tratamiento.
3. La terapéutica no debe ser suspendida cuando el paciente alcanza niveles normales de presión arterial.
4. Es conveniente iniciar la medicación con dosis bajas, para disminuir la incidencia de efectos colaterales.
5. Cuando se utilicen drogas con posibles daños colaterales indeseables es prudente advertir al paciente para que tome las precauciones y no abandone la medicación.
6. El tratamiento antihipertensivo deberá administrarse de forma crónica, por lo que se tratará que no afecte la calidad de vida del paciente.

De estas consideraciones surge una conclusión importante: no deben utilizarse esquemas rígidos de posología. La indicación del tratamiento se verá modificado por las características biológicas del individuo, cuadro clínico y la recuperación del medio psicosocial en el cual interactúa.

## **COMO TOMAR CORRECTAMENTE LA PRESIÓN ARTERIAL:**

Medir la presión arterial es una tarea muy común del personal de salud sin embargo para que los resultados de las medidas sean de confianza tenemos que tener mucho cuidado en la atención de la persona, en la calidad del equipo que usamos y en la técnica que aplicamos.

### **Preparar a la persona:**

- Explicar a la persona lo que vamos a hacer.
- Tiene que haber descansado unos 5 a 10 minutos (30 si acaba de correr, comer, tomar café, fumar o defecar).
- Debe sentirse relajada y cómoda, pero evitar hablar durante la medición.
- Estar sentada recta sin cruzar las piernas con el brazo apoyado en una superficie, a la altura del corazón.
- Tener el brazo desnudo, sin ropa que le apriete y dificulte la colocación del brazalete.

### **Revisar el equipo:**

- El tensiómetro debe de estar en buen estado y calibrado.
- Debe ser de tamaño adecuado (para niños/as, personas adultas, personas gordas) y cubrir la mayor parte del brazo (dos tercios).

### **Medir la presión arterial:**

*Cuando y donde medir:*

- Realizar 2 mediciones separadas de por lo menos uno o dos minutos. Si la diferencia es  $> 10\text{mmHg}$ , hacer otra medida.
- Si es la primera vez medir en cada brazo. Si las cifras son diferentes usar siempre el brazo con los valores más altos. Avisar a la persona que le tomen la presión con este brazo.

*Como medir:*

- Colocar el brazalete a dos o tres centímetro encima del pliegue del brazo.
- Sentir el pulso radial o braquial, inflar con rapidez 20 a 30 mmHg más que la sistólica.
- Desinflar el brazalete lentamente a menos de 3 mmHg por segundo.

- Recordar cuando los ruidos aparecen (sistólica) y cuando desaparecen (diastólica).

**Existen dos modalidades del tratamiento, a saber:**

- 1-El tratamiento farmacológico.
- 2-El tratamiento no farmacológico. (11)

Según el Formulario Terapéutico Nacional, 2001:

### **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

El farmacológico se inicia con monoterapia, sin embargo, a la fecha cada vez más paciente requieren más de dos fármacos para lograr el control de la tensión arterial. Se recomiendan los fármacos de acuerdo al siguiente orden de preferencia.

- a. Diuréticos tiasídicos (hidroclorotiazida).
- b. Inhibidores de la encima convertidora de angiotensina (Captopril, Enalapril).
- c. Antagonista receptores angiotensina II (lozartan, basartan).
- d. Beta-bloqueantes (Atenolol, propanolol.).
- e. Bloqueadores de los canales de calcio (verapamilo).
- f. Alfa-bloqueadores (Alfametildopa).

En la mayoría de los pacientes, se debe iniciar con dosis baja del fármaco de primera elección aumentando de manera gradual hasta obtener la dosis adecuada, en dependencia de la edad del paciente, necesidad y respuesta al tratamiento. (9)

Según Rodríguez Carronza, 1999:

#### **HIDROCLOROTIAZIDA:**

***Mecanismo de acción:*** Incrementa la excreción urinaria de sodio y agua por que inhibe la reabsorción de sodio en la parte inicial del túbulo contorneado distal. Reduce la resistencia bascular periférica por un efecto directo periférico sobre el vaso sanguíneo. También reduce la excreción de calcio urinario por una acción directa sobre el túbulo distal lo cual puede prevenir la recurrencia del cálculo renal que contiene calcio.

**Indicaciones:** Esta indicado cuando la función renal es normal, con frecuencia son preferidas para la terapia inicial o de mantenimiento en pacientes con edema o hipertensión esencial.

**Reacciones adversas:** confusión, fatiga, calambres musculares, sequedad de boca, sed, arritmia, alteraciones mentales, náuseas, vómitos, pulso débil, foto sensibilidad.

**Interacciones:** anticonvulsivantes, dióxido, digitálicos, AINES.

**Contraindicaciones:** En pacientes con anuria o falla renal severa, diabetes, gota, falla hepática, pancreatitis.

**Dosis:** 1-2 tabletas al día para todas las indicaciones.

### **CAPTOPRIL:**

**Mecanismo de acción:** Inhibe competitivamente a la enzima encargada de la conversión de angiotensina I, en angiotensina II, lo que origina disminución en su concentración sanguínea.

**Indicación:** Es útil para reducir la presión arterial en pacientes con hipertensión de diversos tipos.

**Reacciones adversas:** Erupciones eritematosas, vértigo, cefalea, molestias gastrointestinales.

**Interacciones:** Alcohol, AINES, estrógeno.

**Contraindicaciones:** En pacientes que tengan hipersensibilidad al Captopril, en el embarazo y la lactancia.

**Dosis:** Inicial 12.5 mg dos ó tres veces al día, después 25mg dos ó tres veces al día.

### **ENALAPRIL:**

**Mecanismo de acción:** Es un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina, por lo que reduce los niveles de angiotensina II y aldosterona lo que se traduce clínicamente en efectos beneficiosos sobre la hipertensión arterial y la insuficiencia cardíaca.

**Indicaciones:** Para el tratamiento de hipertensión leve a severa. Es útil en pacientes hipertensos que además padecen de ICC.

**Reacciones adversas:** Hipotensión arterial, cefalea, vómitos, mareos, .diarrea, prurito, malestar en la garganta, visión borrosa.

**Interacciones:** alcohol, AINES, estrógeno.

**Contraindicaciones:** En pacientes con hipersensibilidad a enalapril.

**Dosis:** En pacientes sin otro problema 5mg/día. En adultos que esta recibiendo diuréticos y en quien presenta insuficiencia renal de moderada a severa 2.5mg/día. La dosis de mantenimiento es de 10-40mg/día.

### **ATENOLOL:**

**Mecanismo de acción:** Bloqueador B-adrenérgico con mayor afinidad por los receptores B1 por lo que se denomina selectivo; actúa de preferencia con el corazón.

**Indicaciones:** En pacientes hipertensos.

**Reacciones adversas:** Disminución de la capacidad sexual, disnea, manos y pies fríos, diarrea, mareos.

**Interacciones:** insulina, indometasina, estrógeno, lidocaína.

**Contraindicaciones:** En el embarazo.

**Dosis:** Inicial 25 a 50mg una vez al día, dos semanas después una vez al día.

**PROPANOLOL:**

**Mecanismo de acción:** Inhibe las respuestas cronotópicas, inotrópicas vasodilatadores a la estimulación adrenérgica mediada por los receptores B1 Y B2.

**Indicaciones:** Hipertensión arterial.

**Reacciones adversas:** Bradicardia, insuficiencia cardíaca, broncoespasmo.

**Interacciones:** verapamilo, AINES, fenitoína, fenobarbital, rifampicina.

**Contraindicaciones:** show carcinogénico, bradicardia sinusual, asma bronquial, ICC.

**Dosis:** Inicial 40mg dos veces al día. De mantenimiento 120 a 240 por día. (14)

## **CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS ESTILOS DE VIDA**

Las estrategias basadas en modificaciones del estilo de vida han demostrado prevenir o retardar el aumento esperado de la tensión sanguínea en personas susceptibles.

Modificar estilo de vida:

- Reducción del peso.
- Reducir o eliminar la ingesta de grasas saturadas y colesterol.
- Disminución de la ingesta de sodio.
- Ingesta adecuada de potasio en la dieta.
- Ingesta de calcio y magnesio.
- Eliminar el hábito de fumar. (2)

Según Brunner y Suddarth, 1989 refieren:

### **ENSEÑANZA DEL ENFERMO:**

Por lo regular los pacientes sometidos a un programa antihipertensivo tienen cierta sensación de sedación que puede ser excesiva ya que, muchos de estos síntomas desaparecen al adaptarse el enfermo a los medicamentos ó si se hacen ajustes a los niveles de dosis. En ocasiones se enseña a medir por si mismo la presión arterial en el hogar.

Algunas autoridades piensan que esto hace que el paciente se ocupe de su propia asistencia y el hecho de que si no ingiere el medicamento su presión arterial se aumentará. Es difícil convencer a muchos pacientes que la presión arterial muestra variaciones normales y que no permanece fija en una cifra.

También es importante que la persona hipertensa tenga el máximo de conocimientos sobre su enfermedad y factores de riesgo, ya que la mayoría de ellos lo desconoce, por ello requiere la participación de una educación sanitaria a todos los niveles asistenciales, asimismo es indispensable a la hora de proyectar estrategias de educación para la salud de estos pacientes, conocer cuál es su nivel de conocimiento. (3)

Según la Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud, 2000: El papel de la educación se revela como un continuo contribuir del saber, que tiene su origen a partir de las relaciones entre los individuos y de la dinámica del proceso de vida. Para el desarrollo de una práctica educativa es necesario reconocer que cada individuo tiene opiniones, valores y creencias adquiridas en su ambiente social.

Educar también se puede ver como un proceso de elaboración del conocimiento, sujeto a las acciones del hombre: aprender, comprender y transformarse a sí mismo y a la realidad que lo rodea. En este intercambio el profesional de enfermería, junto con el usuario de los servicios de salud, no sólo desarrolla conductas que potencializan la salud, sino que contribuyen también a la formación de un ciudadano responsable y de un trabajador productivo.

La idea de trabajar el puente educación-salud en el desarrollo de habilidades para abordar las cuestiones de salud del paciente hipertenso, surgió del intento por alcanzar los objetivos propuestos por el GEMSA en su proyecto «Salud y calidad de vida del adulto,» que tiene como finalidad identificar las principales necesidades de salud de la población adulta de la Gran Curitiba, de la que Araucaria forma parte, y desarrollar y planear acciones asistenciales y con base en las necesidades identificadas.

Proceda a aconsejar al enfermo de la forma siguiente:

- Evitar todos los alimentos elaborados, exentos frutas y sumos.
- No añadir sal al alimento durante su preparación, ni en la mesa.
- Evita la leche y sus derivados, debido al contenido natural alto de sodio de la leche de vaca, ya que la mayor parte de los quesos se le agrega cloruro de sodio.

Importa advertir a los pacientes hipertensos que no hagan ejercicio isométrico ya que la contracción muscular sostenida puede desencadenar angina, insuficiencia cardíaca congestiva y hemorragia cerebral. Cave recalcar que los contactos sexuales pueden elevar de forma manifiesta la presión arterial y la frecuencia del pulso.

Según la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2000 plantea:

### **TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL:**

#### ***Modificar estilo de vida:***

- a. Reducir el peso corporal: el exceso de grasa en el tronco y el abdomen esta relacionado con el incremento de la presión arterial y es además un factor de riesgo de la enfermedad cardiovascular; una dificultad es la falta de disciplina del paciente que pueden fortalecerse en terapia de grupo y con asesoría de un dietista. Debe consumirse grasa vegetal libre de colesterol y reducir el consumo total de grasa. La circunferencia abdominal de 80 cm en la mujer y 98 cm en el hombre también se correlaciona con

Hipertensión Arterial. Se recomienda al paciente que debe mantener el peso ideal de Índice de Masa Corporal: de 20 – 25 kg/m<sup>2</sup>.

- b.** Reducción del consumo de alcohol: ingestión de alcohol se asocia con el incremento de los niveles de tensión arterial, además puede interferir con el tratamiento hipotensor, la ingestión debe reducirse a una onza, que equivale a 30 ml de etano, 240 ml de vino ó 270 ml de cerveza pero recomendable es eliminarlo.
  
- c.** Realizar ejercicios físicos programados: el ejercicio físico adecuado puede ser beneficioso para la prevención y tratamiento de la Hipertensión Arterial. Además favorece a la reducción del peso corporal, mejora el funcionamiento cardiovascular y reduce el riesgo. Deben realizarse de 20-30 minutos ejercicio aeróbico, al menos 3 veces a la semana.
  
- d.** Eliminar el hábito de fumar: el tabaquismo es uno de los factores de riesgo para una enfermedad cardiovascular y por tanto adictiva a la Hipertensión Arterial.
  
- e.** Disminución del consumo de sodio y grasa e incrementar el de potasio:
  - Reducción de sodio: debe lograrse una dieta de menos de 100 mol/día de sodio que equivale a 23 g de Na/día ó menos de 6g de NaCl/día ello puede alcanzarse mediante una disminución de los derivados lácteos, alimentos en conservas, precosidos, salados, y eliminando la sal de la mesa .Una dieta más estricta de 2g de NaCl se obtiene suprimiendo además la sal del cocinado lo cual generalmente no es necesario.
  
  - Incremento de potasio (K): debe elevarse el consumo de potasio sobretodo procedente de la dieta (alimentos ricos en K, verduras, frutas y ensaladas) ó mediante suplementos y diuréticos ahorradores de potasio.

- f. Dieta. Reducción de peso y control de la hiperlipidemia. Se considera la dieta para corregir la obesidad y las hiperlipidemias. Todo paciente hipertenso debe tener un control de glicemia y un perfil lipídico al comienzo. Si hay obesidad se hace el esfuerzo de una dieta de reducción de peso. Es difícil bajar de peso, pero se debe intentar. Hay hipertensiones ligeras que se controlan con sólo reducir peso, esta medida es efectiva. Si hay aumento de colesterol, se disminuyen las grasas saturadas: huevo, grasas animales, piel de pollo, mantequilla, crema de leche, quesos, vísceras.

Si no ha habido enfermedad cardiovascular, es decir, se está haciendo prevención primaria se ensayan estas medidas dietéticas por 3 a 6 meses antes de iniciar terapia con estatinas. Si no hay respuesta con la dieta se inicia tratamiento farmacológico.

Si hay aumento de triglicéridos disminuir harinas, dulces, azúcar. La dieta se complementa con ejercicio. Se recomienda una dieta rica en vegetales y frutas. La dieta del Mediterráneo (frutas, vegetales, más pescado y menos carne) ha demostrado utilidad para eventos coronarios y accidentes cerebrovasculares.

Dieta baja en sal. Hay mucha controversia acerca de la dieta hiposódica. La dieta baja en sal puede reducir la Tensión Arterial muy modestamente, sobre todo en personas mayores de 45 años de tal manera que su indicación no debe ser rutinaria. La reducción puede ser de 3.9 mm en la presión sistólica, y 1.9 mm en la diastólica. La efectividad de los medicamentos hipotensores, y si se utilizan diuréticos, hacen que esta medida no sea necesaria pues altera la calidad de vida. La situación en la que no hay duda de utilizar dieta baja en sal se presenta cuando hay sobrecarga de volumen (edemas, congestión pulmonar) en un paciente hipertenso con falla cardíaca o problema renal.

- g.** Estrés: el estrés puede ser un factor de riesgo cardiovascular y su manejo podría ser beneficioso para el paciente hipertenso. En prevención secundaria la disminución del estrés reduce los eventos cardiovasculares

***Otras medidas no farmacológicas:***

Terapia de relajación que consta de relajación muscular progresiva, yoga, entre otros. La práctica de alguna de estas formas puede contribuir al tratamiento.

Cuanto más joven es el paciente cuando se detecta la hipertensión, mayor es la reducción de su esperanza de vida si la hipertensión no se trata. En estados unidos los individuos de raza negra de la zona urbana, tienen aproximadamente una prevalencia de hipertensión dos veces superiores a la de los blancos y una tasa de morbilidad por hipertensión más de cuatro veces mayor.

Considerando todas las edades, tanto en poblaciones blancas como no blancas las mujeres hipertensas tienen mejor pronóstico que los varones hasta los 65 años de edad. Las mujeres con hipertensión tienen los mismos riesgos relativos de crisis cardiovasculares en relación con mujeres normotensas que los varones.

La aterosclerosis acelerada es una compañera inseparable de la hipertensión. Así pues no debe sorprender que los factores de riesgo independientes asociados al desarrollo de aterosclerosis, por ejemplo las concentraciones elevadas de colesterol sérico, intolerancia a la glucosa y tabaquismo aumenten significativamente el efecto de la hipertensión sobre la tasa de mortalidad con independencia de la edad, sexo o raza.

Tampoco hay duda de que existe una correlación positiva entre la obesidad y la hipertensión arterial. (13)

## **MEDIDAS GENERALES DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS:**

La intervención no farmacológica probablemente está indicada en todos los pacientes con hipertensión mantenida. Sus medidas generales comprenden:

Alivio del estrés, dietas, ejercicios aeróbicos regular, reducción de peso, control de otros factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de la arteriosclerosis, aunque generalmente es imposible separar al enfermo hipertenso de todo el estrés externo o interno, se le debe recomendar evitar las tensiones innecesarias.

En casos excepcionales también puede estar indicado cambiar el trabajo o de modo de vida, se ha sugerido que las técnicas de relajación pueden disminuir la presión arterial.

### **El tratamiento dietético consta de tres aspectos:**

- 1.** Dada la eficacia comprobada de la restricción de sodio y de la disminución de volumen sobre la presión arterial se basa en dos observaciones.
  - En muchos pacientes la presión arterial no es sensible a la ingestión de sodio.
  - Los diuréticos representan otra forma de disminuir los depósitos de sodio en individuos cuya presión arterial sea sensible al mismo.
- 2.** La restricción calórica está indicada de forma urgente en los pacientes con sobre peso. Algunos pacientes obesos experimentaran una reducción significativa de la presión arterial simplemente como consecuencia de la disminución de su peso.
- 3.** Se recomienda la restricción dietética de colesterol y grasa saturada para disminuir la incidencia de las complicaciones arteriosclerótica. También es beneficioso reducir o suprimir el consumo de alcohol, está indicado el ejercicio regular, dentro de los límites del estado cardiovascular del paciente. El ejercicio no es solo útil para controlar el peso sino que existen

datos de que la preparación física por sí misma, puede hacer disminuir la presión arterial. (11)

Goodman Gilman, 2003:

### **BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO**

- Obliga al cuerpo a absorber más oxígeno y a repartirlo entre los músculos y los tejidos.
- El oxígeno mejora la combustión de los alimentos y con ello la producción de energía
- Mayor resistencia de los tejidos que absorben el oxígeno.
- Los músculos esqueléticos tardan más en fatigarse, soportan mejor los esfuerzos prolongados.
- Optimiza la capacidad pulmonar.
- Fortalece el corazón.
- Gana potencia.
- Resiste mejor la fatiga.
- Retarda la aparición de arteriosclerosis.
- Regulariza la digestión y combate el estreñimiento.
- Ayuda a conciliar el sueño.
- Estimula el riesgo en el cerebro.
- En el ámbito psíquico.
- Confianza en sí mismo.
- Fuente de equilibrio.
- Liberación de estrés y agresividad.

El incumplimiento terapéutico, tanto de las recomendaciones de modificación del estilo de vida como del tratamiento farmacológico, es una causa frecuente de mal control de la Hipertensión Arterial hasta el punto de que su diagnóstico debe valorarse en los primeros pasos del estudio de una falta de respuesta al tratamiento. La prevalencia de incumplimiento en el tratamiento antihipertensivo oscila entre el 7,1% y el 66,2% en nuestro país. La buena relación entre el médico y el paciente, la oportuna educación sanitaria y la simplificación del tratamiento son estrategias básicas para optimizar el cumplimiento. (4)

## AUTOCAUIDADO

El autocuidado es la práctica de actividades que las personas maduras y en proceso de maduración inician y realizan dentro de un marco temporal concreto, en su propio beneficio para lograr el mantenimiento de la vida, su funcionamiento saludable, el continuo desarrollo personal y su bienestar.

Todas las personas tienen habilidades intelectuales, motivacionales y prácticas para el autocuidado y el cuidado de quienes de ellas depende. Pueden desarrollar sus actividades de cuidado, habilidades nuevas a lo largo de la vida. Las formas de llevar a cabo el autocuidado son propias de cada persona y están condicionadas por los valores culturales del grupo social de referencia.

El autocuidado requiere de acciones intencionadas que dependen de los repertorios de acciones de cada persona y de su tendencia a actuar en determinadas condiciones. Las proporciones sirven como principios para fundamentar el autocuidado como práctica a desarrollar y adecuar a una situación concreta:

1. El autocuidado como función reguladora requiere de un proceso intelectual, complejo y deliberado.
2. Esta influenciado por los conocimientos de las personas sobre el funcionamiento y desarrollo y debe mantenerse dentro del límite compatible con la vida, la salud y el bienestar.
3. Implica la utilización de recursos y energía dirigida a los aspectos internos de la persona y de su entorno. Las razones sobre la forma de llevar a cabo las acciones del autocuidado pueden ser conocidas o no por la persona que lo realiza.
4. Cada acción de autocuidado requiere un conjunto de acciones que denominan sistemas de autocuidado.

El autocuidado es una práctica que engloba elementos que contribuyen a mejorar la salud y la calidad de vida de la persona como: reposo, dieta balanceada, manejo de estrés, ejercicio y automedicación responsable. El

autocuidado tiene como origen la aspiración que ha acompañado al hombre por cuidar de su salud y comprende toda una serie de acciones para mantener la salud física y mental, prevenir enfermedades, satisfacer necesidades físicas y psicológicas, recurrir a la consulta de un médico o automedicarse.

Cuando hablamos de autocuidado, nos estamos refiriendo a un conjunto de decisiones y prácticas adoptadas por el individuo para ejercer un mayor control sobre su salud. El segundo mecanismo es la ayuda mutua que son los esfuerzos que hacen las personas para corregir sus problemas de salud colaborando unas con otras, prestándose apoyo emocional, compartiendo ideas, información y experiencia. El tercer punto comprende la creación de entornos sanos que implica adaptar los entornos sociales, económicos y físicos de tal forma que ayuden a conservar la salud.

El fomento del autocuidado de la salud y la promoción de hábito y estilos de vida saludables que comprenden, permiten ampliar las expectativas y calidad de vida de las personas.

El fomento integral y humano del autocuidado, se refiere a que toda persona saludable necesita afecto, protección, participación, entendimiento, ocio, creación, libertad y descubrir su propia identidad. Estos factores están relacionados con los valores, los recursos, las costumbres, los derechos, las prácticas personales y sociales, los hábitos, las creencias, el entorno social y los atributos del ser humano como son: la creatividad, la libertad, la dignidad, la identidad, la autonomía, todo esto dentro de un marco de respeto mutuo y relaciones creativas y complementarias.

Factores condicionantes básicos: las conductas de autocuidado están influidas por el auto concepto, nivel de madures, objeto a conseguir, valores culturales, conocimientos y relaciones interpersonales de la persona. Las personas pueden decidir ocuparse de su autocuidado o no hacerlo. La falta de conocimientos, los trastornos de la salud, las falta de habilidades y los hábitos inadecuados limitan a las personas para realizar su autocuidado y los cuidados de otros.

La salud y la enfermedad: el autocuidado se compone de acciones diarias que son necesarias para la integridad de las personas. No son necesarias las acciones para mantener o mejorar la salud se requieren conocimientos, habilidades y el desarrollo de hábitos específicos.

Las demandas departamentales y de recursos: el autocuidado requiere de conocimientos generales sobre el autocuidado y específicos sobre la propia persona, el estado de salud y el ambiente físico y social. Implica la integración de información sobre la necesidad de tratamiento médico.

El autocuidado como acción aprendida: son producto de los valores culturales de cada persona, en cuanto a la cobertura de los requisitos de autocuidado en condiciones habituales y que precisa de conocimientos concretos cuando la cobertura de los requisitos de autocuidado tienen prescripciones específicas para llevar a cabo de la manera adecuada.

El autocuidado como acción intencionada: orienta hacia la necesidad de comprender el autocuidado como actividad que persigue una meta o fin que ha sido identificado antes de emprender la acción.

Los requisitos de autocuidado: se refieren a la reflexión formulada y expresada sobre acciones a realizar que se sabe que son necesarias en la regulación de uno o más aspectos del funcionamiento y desarrollo humano.

Cuando el autocuidado se organiza y proporciona eficazmente con relación a los requisitos de autocuidado favorece la buena salud, el desarrollo y el bienestar.

Déficit de autocuidado: establece que las personas están sujetas a limitaciones relacionadas o derivadas de su salud que les incapacita para el autocuidado continuo cuando la demanda de acción para el autocuidado es mayor que la capacidad de la persona para actuar es decir, cuando la persona no tiene los

conocimientos, y/o la capacidad no desee emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado.

Capacidades de autocuidado: son las habilidades desarrolladas por la agencia de autocuidado de las personas para realizar de manera efectiva dentro del marco temporal adecuado, la investigación, juicio y toma de decisiones y las operaciones reguladoras o de tratamiento necesario para mantener su propio mantenimiento y desarrollo dentro de las normas compatibles con la vida la salud y el bienestar .

Limitaciones de autocuidado: conjunto de influencias humanas y ambientales restrictas dentro de los marcos temporales para el desarrollo personal, juicio y toma de decisiones y producción de operaciones de autocuidado. (6).

Ahora bien, si el propósito de la promoción de la salud es que las personas tengan un mayor control sobre su propia salud, debemos considerar que esta no es solo la ausencia de enfermedad, sino que involucra el bienestar físico, emocional, económico y social, pero también implica obtener un nivel de condiciones materiales y espirituales que permitan al individuo permanecer socialmente activo y sentirse bien con sus acciones, logrando así un estilo de vida más saludable.

No se debe olvidar que lograr impactar sobre los estilos de vida, implica la toma de conciencia de las personas sobre el compromiso y responsabilidad que se tiene en el cuidado de su propia salud, permitiendo el desbloqueo de nuestras corazas personales como la depresión, los malos hábitos alimenticios y el sedentarismo que afecta nuestra salud y el desarrollo de nuestro potencial como seres humanos, lo anterior nos indica que no hay que desconocer la compleja historia de vida que acompaña a cada persona a través de la cual ha socializado sus afectos, desafectos, intereses, opciones, dentro de relaciones, en donde el conflicto y la contradicción se hacen parte de la cotidianidad de la vida en que ella transcurre.

## DISEÑO METODOLÓGICO

**TIPO DE ESTUDIO:** El estudio es Cuantitativo, Descriptivo, de Corte Transversal.

*Cuantitativo:* Porque es relativo a cantidad, es decir se realiza en base a valores numéricos.

*Descriptivo:* Porque describe cada una de las variables de estudio que ocurren en orden cronológico durante la investigación.

*De Corte Transversal:* Porque ocurren en un periodo de tiempo determinado.

**ÁREA DE ESTUDIO:** Centro de Salud Dra. Perla María Norori.

*Límites:* - Al Norte con la Cuarta Sección.

- Al Sur con el Instituto Nacional de Occidente.

- Al Este con Guadalupe.

- Al Oeste con la cancha del Rpto. Emir Cabeza.

*Características Generales:* El Perla María Norori es un centro de salud ubicado en el sector sur-este de la ciudad de León en el Reparto Emir Cabeza, en el cual se brinda atención gratuita a toda la población y presta servicio a través de diferentes programas mediante personal calificado, que da respuesta a las necesidades de la población.

**UNIVERSO:** Está constituido por 120 pacientes activos que asisten al programa de dispensarizados de los diferentes sectores, en el centro de salud Dra. Perla María Norori 2010, León.

**MUESTRA:** Está conformada por 60 pacientes que corresponden al 50% del universo del centro de salud Dra. Perla María Norori.

**TIPO DE MUESTREO:** Aleatorio simple, ya que permitió que todos tuvieran la oportunidad de ser elegidos.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- ❖ Paciente que sea hipertenso.
- ❖ Pacientes de ambos sexos.
- ❖ Pacientes activos al programa de dispensarizados del Centro de Salud

### **FUENTE DE INFORMACIÓN:**

Primaria: información que brindó el paciente a través de la entrevista individual.

Secundaria: expedientes de cada paciente activo en el programa del centro de salud.

**UNIDAD DE ANÁLISIS:** Los pacientes hipertensos del programa dispensarizados del centro de salud Perla María Norori.

### **VARIABLES:**

*Variables independientes:*

- Conocimiento de los estilo de vida saludables.
- Práctica de estilo de vida de los pacientes hipertensos.

*Variable dependiente:* Autocuidado de pacientes hipertensos.

**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:** Se realizó la prueba piloto en el Puesto de Salud el Calvarito y se seleccionó a 5 Pacientes Hipertensos activos al Programa de Dispensarizados.

### **MÉTODO E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN:**

El instrumento de recolección de la información fue una entrevista individual dirigida a los pacientes hipertensos del programa con el objetivo de obtener información sobre el conocimiento y práctica que ellos realizan. La cual consistió en realizarles las preguntas que conforman la entrevista, así mismo los pacientes brindaron sus respuestas y de esta manera obtuvimos la opinión de cada uno de ellos.

**PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:** Se realizó mediante el programa computarizado EPI-info. 2008. Los resultados se presentan en tablas simples y gráficos de acuerdo a los objetivos planteados en el estudio.

**CONSIDERACIONES ÉTICAS:**

- Beneficencia: Razón ética de respetar las opiniones de los demás.
- Consentimiento: Razón ética de permitir o admitir algo.
- Permiso: Razón ética de consentimiento para que otros hagan o dejen de hacer alguna cosa.
- Participar: Razón ética de tener o tomar parte de una cosa.
- Respetar: Razón ética de demostrar veneración sobre algo.

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN	DEFINICIÓN	INDICADOR	ESCALA
<b>Datos Sociodemográficos</b>	Antecedentes que permiten conocer a la persona por estudiar	Edad	Tiempo en año o tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Edad que tiene el paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 30-35 años</li> <li>➤ 36-41 años</li> <li>➤ 42-47 años</li> <li>➤ 48 a más</li> </ul>
		Sexo	Constitución orgánica que diferencia el masculino del femenino	Sexo del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Femenino</li> <li>➤ Masculino</li> </ul>
		Ocupación	Oficio o actividad que realiza una persona	Ocupación que tiene el paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Ama de casa</li> <li>➤ Profesional</li> <li>➤ Otro</li> </ul>
		Nivel de Escolaridad	Nivel máximo de estudio por una persona	Escolaridad del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Primaria completa</li> <li>➤ Primaria incompleta</li> <li>➤ Secundaria completa</li> <li>➤ Secundaria incompleta</li> <li>➤ Universitario</li> </ul>
		Procedencia	Lugar de donde proviene una persona	Procedencia del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Urbana</li> <li>➤ Rural</li> </ul>
		Número de Hijos	Cantidad de descendientes de una persona	Número de hijos que tiene el paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 0</li> <li>➤ 1 - 2</li> <li>➤ 3 - 5</li> <li>➤ 6 - 8</li> <li>➤ 8 - más</li> </ul>
		Estado Civil	Situación social del individuo	Estado civil del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Soltero</li> <li>➤ Casada</li> <li>➤ Acompañada</li> <li>➤ Viuda</li> </ul>

<b>Conocimiento De los Estilos de Vida</b>	Capacidad que se tiene para almacenar diferentes ideas o pensamiento en la mente humana	Estilos de Vida	Forma de vida de una persona expresada en sus actividades	¿Considera que los estilos de vida son de gran importancia para mejorar su salud?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Si ____</li> <li>➤ No ____</li> <li>➤ A veces ____</li> </ul>
				¿Cuáles de estos estilos de vida conoce usted?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Reducir el peso corporal____</li> <li>➤ Reducir el consumo de alcohol__</li> <li>➤ Realizar ejercicios físicos programados____</li> <li>➤ Eliminar el hábito de fumar____</li> <li>➤ Disminuir el consumo de sodio, grasa e incrementar el potasio____</li> <li>➤ Dieta adecuada____</li> <li>➤ Evitar el estrés____</li> </ul>
				¿Cree usted que el hábito de tomar alcohol, es dañino para los pacientes con hipertensión arterial?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Si____</li> <li>➤ No____</li> <li>➤ No sabe____</li> </ul>

<p align="center"><b>Conocimiento De los Estilos de Vida</b></p>	<p>Capacidad que se tiene para almacenar diferentes ideas o pensamiento en la mente humana</p>	<p align="center">Estilos de Vida</p>	<p>Forma de vida de una persona expresada en sus actividades</p>	<p>¿Usted conoce los beneficios del ejercicio físico, cuáles son?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aumenta la fuerza muscular_____</li> <li>➤ Reduce el sobrepeso____</li> <li>➤ Mejora la circulación__</li> <li>➤ Todo lo anterior_____</li> <li>➤ No sabe_____</li> </ul>
				<p>¿Cree usted que el hábito de fumar, es dañino para los pacientes con hipertensión arterial?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Si____</li> <li>➤ No____</li> <li>➤ No sabe_____</li> </ul>
				<p>¿Considera que es necesario mantener una dieta balanceada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Si_____</li> <li>➤ No_____</li> <li>➤ A veces____</li> <li>➤ No sabe_____</li> </ul>
				<p>¿Cuáles de estos son factores de riesgo de la hipertensión arterial?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Sedentarismo_____</li> <li>➤ Obesidad_____</li> <li>➤ Consumo de sal y grasa____</li> <li>➤ Tabaquismo____</li> <li>➤ Alcoholismo__</li> <li>➤ Estrés_____</li> </ul>
				<p>¿Considera importante tomarse el medicamento en la hora indicada?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Si____</li> <li>➤ No____</li> <li>➤ A veces_____</li> <li>➤ No sabe_____</li> </ul>

<b>Práctica de los estilos de vida relacionados al autocuidado</b>	Es ejercer una función tanto física como mental con base al conocimiento enriquecido	Práctica del autocuidado	Hacer o realizar cuidados personales.	¿De qué manera practica el autocuidado?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Asistiendo a las citas al centro de salud en tiempo y forma.____</li> <li>➤ Tomándose su tratamiento en tiempo y forma____</li> <li>➤ Otros____</li> </ul>
		Práctica de los estilos de vida	Realizar actividades para una vida saludable	¿Cada cuánto toma licor?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Diario____</li> <li>➤ Fines de semana____</li> <li>➤ En ocasiones____</li> <li>➤ No toma____</li> </ul>
				¿Cómo practica la actividad física?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Caminando____</li> <li>➤ Andando en bicicleta____</li> <li>➤ Corriendo____</li> <li>➤ Durmiendo____</li> <li>➤ Otros____</li> </ul>
				¿Cuántos cigarrillos fuma?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ De 10 a 5____</li> <li>➤ De 4 a 3____</li> <li>➤ De 2 a 1____</li> <li>➤ No fuma____</li> </ul>
				¿Ingiere alimentos que contienen mucha sal?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Si____</li> <li>➤ No____</li> <li>➤ A veces____</li> <li>➤ Nunca____</li> </ul>

<b>Práctica de los estilos de vida relacionados al autocuidado</b>	Es ejercer una función tanto física como mental con base al conocimiento enriquecido	Práctica de los estilos de vida	Realizar actividades para una vida saludable	¿Qué cantidad de agua consume al día?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ½ litro___</li> <li>➤ 1 litro___</li> <li>➤ 2 litros___</li> <li>➤ Más de 2 litros___</li> </ul>
				¿Qué tipo de líquido ingiere?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Gaseosas___</li> <li>➤ Jugos naturales___</li> <li>➤ Otros___</li> </ul>
				Cuando se siente con estrés ¿Qué hace?	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se pone a llorar___</li> <li>➤ Platica con alguien___</li> <li>➤ Se aísla___</li> <li>➤ Otros___</li> </ul>

## RESULTADOS

- 1) De 60 personas entrevistadas, 2 (36%) tienen estado civil acompañada, 19 (32%) son casadas y 19 (32%) son solteras para un 100 %. (Ver tabla 1)
  
- 2) De 60 personas entrevistadas, 1 (2%) personas que tiene 1 hijo, tiene secundaria incompleta para un 100%; 5 (8%) personas, que tienen 2 hijos, 2 (40%) son bachiller, 3 (60%) tiene primaria completa; 9 (15%) personas que tienen 3 hijos, 5 (56%) son bachiller, 2 (22%) tienen primaria completa y 2 (22%) primaria incompleta; 22 (37%) personas que tienen 4 hijos, 8 (36%) son bachiller, 2 (9%) tienen primaria completa, 3 (14%) tienen primaria incompleta y 9 (41%) tienen secundaria incompleta; 18 (30%) personas que tienen 5 hijos, 9 (50%) son bachiller, 3 (17%) tienen primaria incompleta y 6 (33%) secundaria incompleta; 5 (8%) personas que tienen 6 hijos, 3 (60%) son bachiller, 1 (20%) tienen primaria completa y 1 (20%) tienen secundaria incompleta. (Ver tabla 2)
  
- 3) De 60 personas entrevistadas, 33 (55%) del sexo femenino opinan que si son importantes los estilos de vida para un 100% y 27 (45%) del sexo masculino, 26 (96%) también opinaron que si son importantes los estilos de vida y 1 (4%) del mismo sexo opinó que no son importantes los estilos de vida para un paciente hipertenso. (Ver tabla3)
  
- 4) De 60 personas entrevistadas, 27 (45%) personas que son bachiller, 2 (7%) conocen que la dieta es un estilo de vida, 1 (4%) conoce que la disminución del consumo de sodio y grasa es un estilo de vida, 4 (15%) conocen que eliminar el hábito de fumar es un estilo de vida, 11 (41%) conocen que realizar ejercicios físicos es un estilo de vida, 3 (11%) conocen que reducir el consumo del alcohol es un estilo de vida y 6 (22%) conocen que reducir el peso corporal es un estilo de vida; 7 (12%) personas que tienen primaria completa, 1 (14%) conoce que la disminución del consumo de sodio y grasa es un estilo de vida, 1 (14%) conoce que eliminar el hábito de fumar es un estilo de vida, 3 (43%) conocen que realizar ejercicios físicos es un estilo de

vida, 1 (14%) conoce que reducir el consumo del alcohol es un estilo de vida y 1 (14%) conoce que reducir el peso corporal es un estilo de vida; 9 (15%) personas que tienen primaria incompleta, 3 (33%) conocen que la dieta es un estilo de vida, 1 (44%) conocen que eliminar el hábito de fumar es un estilo de vida, 1 (11%) conoce que evitar el estrés es un estilo de vida y 1 (11%) conoce que realizar ejercicios físicos es un estilo de vida; 17 (28%) personas que tienen secundaria incompleta, 2 (12%) conocen que la dieta es un estilo de vida, 2 (12%) conocen que eliminar el hábito de fumar es un estilo de vida, 1 (6%) conoce evitar el estrés es un estilo de vida, 7 (41%) conocen que realizar ejercicios físicos es un estilo de vida, 1 (6%) conoce que reducir el consumo del alcohol es un estilo de vida y 4 (24%) conocen que reducir el peso corporal es un estilo de vida para los pacientes con hipertensión arterial. (Ver tabla 4)

5) De 60 personas entrevistadas, 7 (28%) personas de 45 a 50 años opinan que el hábito de tomar alcohol es dañino para los pacientes hipertensos para un 100%; 16 (27%) personas de 51 a 55 años opinan que el hábito de tomar alcohol es dañino para los pacientes hipertensos para un 100 %; 14 (23%) personas de 56 a 60 años opinan que el hábito de tomar alcohol es dañino para los pacientes hipertensos para un 100 %; 8 (14%) personas de 61 a 65 años opinan que el hábito de tomar alcohol es dañino para los pacientes hipertensos y de 5 (8%) personas de 66 a 75 años, 4 (80%) también opinan que el hábito de tomar alcohol es dañino y 1 (2%) opinó que no sabe si el hábito de tomar alcohol es dañino para los pacientes hipertensos. (Ver tabla 5)

6) De 60 personas entrevistadas, de 33 (55%) personas del sexo femenino, 1 (3%) opinó que no sabe si el hábito de fumar es dañino para los pacientes hipertensos y 32 (97%) opina que el hábito de fumar si es dañino para los pacientes hipertensos; 27 (45%) del sexo femenino opinan que el hábito de fumar si es dañino para los pacientes hipertensos para un 100%. (Ver tabla 6)

7) De 60 personas entrevistadas 2 (3%) que son albañiles opinan que el ejercicio físico aumenta la fuerza muscular para un 100%; de 21 (34%) personas que son amas de casa, 12 (57%) opina que mejora la circulación, 6 (29%) que reduce el sobre peso y 3 (14%) opinan todo lo anterior; de 4 (7%) personas que son carpinteros, 2 (50%) opinan que mejora la circulación, 1 (25%) que reduce el sobre peso y 1 (25%) opino todo lo anterior; de 4 (7%) personas que son comerciantes 2 (50%) opinan que mejora la circulación y 2 (50%) que reduce el sobre peso; 3 (5%) personas que son costureras opinan que mejora la circulación para un 100%; de 2 (3%) personas que son electricistas , 1 (50%) opina que mejora la circulación y 1 (50%) que reduce el sobre peso; de 2 (3%) personas que son empleadas domesticas, 1 (50%) opina que mejora la circulación y 1 (50%) que reduce el sobre peso; 1 (2%) persona que es estilista opina que mejora la circulación para un 100%; de 4 (8%) personas que son mecánicos, 1 (25%) opina que mejora la circulación y 2 (50%) que reduce el sobre peso; de 12 (20%) personas que no tienen ninguna ocupación 1 (8%) opina que aumenta la fuerza muscular, 8 (67%) que mejora la circulación, 2 (17%) que reduce el sobrepeso y 1 (8%) todo lo anterior; de 3 (5%) personas que son obreros, 2 (67%) opinan que aumenta la fuerza muscular y 1 (33%) que mejora la circulación; de 2 (3%) personas que son taxistas, 1 (50%) opina que aumenta la fuerza muscular y 1 (50%) opina todo lo anterior. (Ver tabla 7)

8) De 60 personas entrevistadas, 8(14%) personas opinan que es a veces es necesario mantener una dieta balanceada de los cuales 3 (38%) son del sexo femenino y 5 (63%) del sexo masculino; 17 (28%) personas opinan que no saben si es necesario mantener una dieta balanceada, de los cuales 10 (59%) son femeninos y 7 (41%) masculinos, 35 (58%) personas opinan que si es necesario mantener una dieta balanceada, de los cuales 20 (57%) son femeninas y 15 (43%) masculinos. (Ver tabla 8)

9) De 60 personas entrevistadas, 13 (22%) personas opinan que el alcoholismo es factor de riesgo de la hipertensión de los cuales 4 (31%) son femeninos y 9 (69%) masculinos; 3 (5%) personas opinan que le consumo de sal y grasa es factor de riesgo de la hipertensión, de los cuales 1 (33%) son femeninos y

2 (67%) masculinos; 26 (43%) personas opinan que la obesidad es factor de riesgo de la hipertensión de los cuales 19 (73%) son femeninos y 7 (27%) son masculinos; 3 (5%) personas opinan que el estrés es un factor de riesgo de la hipertensión para un 100%; 15 (25%) personas opinan que el tabaquismo es un factor de riesgo de la hipertensión, de los cuales 6 (40%) son femeninos y 9 (60%) masculinos. (Ver tabla 9)

10) De 60 personas entrevistadas 17 (28%) personas de 45 a 50 años, 4 (24%) opinan que a veces es importante tomarse el tratamiento, 2 (12%) opinan que no es importante y 11 (65%) opinan que si es importante; de 16 (27%) personas de 51 a 55 años, 3 (19%) opinan que a veces es importante tomarse el tratamiento, 1 (6%) opina que no es importante y 12 (75%) opinan que si es importante tomarse el tratamiento; de 14 (23%) personas de 56 a 60 años, 2 (14%) opinan que a veces es importante tomarse el tratamiento, 1 (7%) opina que no es importante y 11 (79%) opinan que si es importante; de 8 (13%) personas de 61 a 65 años, 2 (29%) opinan que a veces es importante tomarse el tratamiento, 2 (29%) opina que no es importante y 4 (43%) opina que si es importante; de 5 (9%) personas de 66 a 75 años, 2 (40%) opinan que a veces es importante tomarse el tratamiento, 1 (20%) opinan que no es importante y 2 (40%) opinan que si es importante tomarse el tratamiento. (Ver tabla 10)

11) De 60 personas entrevistadas, 17 (28%) personas que practican el autocuidado asistiendo a las citas en tiempo y forma, 5 (29%) practican actividad física andando en bicicleta, 7 (41%) caminando, 1 (6%) durmiendo y 4 (24%) otros; 13 (22%) personas que realizan otro tipo de autocuidado, 1 (8%) practican actividad física andando en bicicleta, 8 (62%) caminando y 4 (31%) otros; 30 (50%) personas que practican autocuidado tomándose su tratamiento en tiempo y forma, 11 (37%) practican actividad física andando en bicicleta, 14 (47%) caminando, 1 (3%) durmiendo y 4 (13%) otros. (Ver tabla 11)

12) De 60 personas entrevistadas, 17 (28%) personas de 45 a 50 años, 4 (24%) toma licor en ocasiones y 13 (77%) no toman; 16 (27%) personas de 51 a 55 años, 16 (100%) no toman licor; 14 (23%) personas de 56 a 60 años,

14 (100%) no toman licor; 8(13%) personas de 61 a 65 años, 2 (29%) toman licor los fines de semana y 6 (71%) no toman; 5 (9%) personas de 66ª 75 años, 5 (100%) no toman. (Ver tabla 12)

13) De 60 personas entrevistadas, 33 (55%) personas del sexo femenino no fuman cigarrillos para un 100%; 27 (45%) personas del sexo masculino, 4 (15%) fuma de 1 a 3 cigarrillos, y 23 (85%) no fuma. (Ver tabla 13)

14) De 60 personas entrevistadas, 2 (3%) personas que son albañiles a veces consumen alimentos con sal y grasa para un 100%, de 21 (35%) que son ama de casa, 12 (57%) a veces consumen alimentos con sal y grasa, 8 (38%) no consumen y 1 (5%) nunca lo hace; 4 (7%) personas que son carpinteros a veces consumen alimentos con sal y grasa para un 100%; 4 (7%) que son comerciantes, 3 (75%) a veces consumen alimentos con sal y grasa y 1 (25%) no consume; 3 (5%) personas que son costureras, 2 (67%) a veces consumen alimentos con sal y grasa y 1 (33%) no consume; 2(3%) personas que son electricistas, a veces consumen alimentos con sal y grasa para un 100%; 2 (3%) personas que son empleadas domésticas, 1 (50%) a veces consumen alimentos con sal y grasa y 1 (50%) no consume; 1 (2%) personas que es estilista a veces consume alimentos con sal y grasa para un 100%; 4 (7%) personas que son mecánicos, 3 (75%) a veces consumen alimentos con sal y grasa y 1 (25%) no consume; 12 (20%) personas sin ninguna ocupación, 6 (50%) a veces consumen alimentos con sal y grasa y 6 (50%) no consumen; 3 (5%) personas que son obreros a veces consumen alimentos con sal y grasa para un 100%; 2 (3%) personas que son taxistas, 1 (50%) a veces consumen alimentos con sal y grasa y 1 (50%) no consume. (Ver tabla 14)

15) De 60 personas entrevistadas, 8 (13%) personas que el líquido que más ingieren es la gaseosa, 6 (75%) toman 2 litros de agua al día y 2 (25%) toman más de 2 litros de agua al día; 12 (20%) personas que el líquido que más ingieren son los jugos naturales, 8 (67%) toman 2 litros de agua al día y 4 (33%) toman más de 2 litros de agua al día; 40 (67%) personas que

ingieren otros tipos de líquidos, 23 (58%) toman 2 litros de agua al día y 17 (43%) toman más de 2 litros de agua al día. (Ver tabla 15)

16) De 60 personas entrevistadas, 9 (15%) personas realizan otra actividad cuando se sienten con estrés, 2 (22%) son del sexo femenino y 7 (78%) masculino; 31 (51%) personas que platican con alguien cuando se sienten con estrés, 18 (58%) son femeninos y 13 (42%) son masculinos, 19 (32%) personas que se aíslan cuando se sienten con estrés, 12 (63%) son femeninas y 7 (37%) son masculinos; 1 (2%) del sexo femenino se pone a llorar cuando se siente con estrés para un 100%. (Ver tabla 16)

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

- 1) En cuanto al estado civil, la mayoría de los pacientes son acompañados que conforman el 36% de la población en estudio, todos son de procedencia urbana que conforman el 100% de la población. Considerando de ésta manera que la mayoría tienen apoyo familiar lo cual es muy importante para ellos.
  
- 2) Según el nivel de escolaridad en relación al número de hijos, la mayoría son bachiller que conforman el 45% de la población en estudio y la mayoría tienen 4 hijos que equivale a 37% de la población total.
  
- 3) De acuerdo al sexo en relación a la importancia de los estilos de vida, la mayoría de pacientes pero con más alto porcentaje las del sexo femenino que corresponde 55% de la población consideran importante los estilos de vida. Según la OPS/OMS, 2000: Las mujeres hipertensas tienen mejor pronóstico que los hombres, ambos tienen los mismos riesgos relativos de crisis cardiovascular, pero las mujeres son más interesadas en cumplir con estilos de vida saludables. Siendo las del sexo femenino el que revela mayor interés en el cuidado de su salud, llevando a cabo mejores cuidados cotidianos.
  
- 4) En cuanto al nivel de escolaridad en relación al conocimiento de los estilos de vida, la mayoría son bachiller equivalente al 45% de la población entrevistada, los cuales el 37% conocen como estilos de vida de los pacientes hipertensos realizar ejercicios físicos programados. Según la OMS 2000: educar se ve como un proceso de conocimiento, sujeto a las acciones del hombre: aprender, comprender y transformarse a sí mismo y a la realidad que lo rodea para potencializar su salud. Indicando de esta manera que las personas de más alto nivel de escolaridad captan y enriquecen mucho más sus mentes, lo que los conlleva a desarrollar día con día lo aprendido.

- 5) Según la edad en relación al hábito de tomar alcohol, la mayoría de pacientes de diferentes edades correspondiente al 78% de la población en estudio, consideran que el hábito de tomar alcohol es dañino para los pacientes hipertensos. La OMS, 2000 indica: cuando más joven es el paciente cuando se detecta la hipertensión, mayor es la reducción de su esperanza de vida si la hipertensión no se trata de la manera indicada, puesto que el hábito de tomar alcohol se asocia con el incremento de los niveles de tensión arterial, lo más recomendable es eliminarlo.
  
- 6) De acuerdo al sexo en relación al hábito de fumar, la mayoría de ambos sexos correspondiente al 98% opinaron que el hábito de fumar es dañino para los pacientes con hipertensión arterial. La OMS, 2000 refiere que el tabaquismo es uno de los factores de riesgo para una enfermedad cardiovascular y por tanto adictiva a la hipertensión arterial. Se considera que la mayoría de estos pacientes conocen que el hábito de fumar los conlleva a mayores complicaciones en cuanto a su enfermedad.
  
- 7) En cuanto a la ocupación en relación a los beneficios del ejercicio físico, la mayoría de pacientes son amas de casa, correspondiente al 34% de la población y la mayoría opinaron que conocen como beneficio del ejercicio físico mejorar la circulación. Según el protocolo de la hipertensión arterial 2002: en casos excepcionales puede estar indicado cambiar el trabajo, se ha sugerido que las técnicas de relajación pueden disminuir la presión arterial y la OMS, 2000: indica que el ejercicio físico puede ser beneficioso para la prevención y el tratamiento de la hipertensión arterial, además que favorece y mejora el funcionamiento cardiovascular. Lo que indica que es más favorable que estos pacientes mantengan una vida en descanso y de esta manera pueden motivarse a realizar sus ejercicios físicos lo que les ayudará a mejorar su estado de salud.
  
- 8) Según la dieta balanceada en relación al sexo, la mayoría de ambos sexos correspondientes al 58% de la población en estudio, opinan que es necesario mantener una dieta balanceada. El protocolo de la hipertensión

arterial 2002: recomienda la restricción dietética de colesterol y grasa saturada para disminuir la incidencia de las complicaciones arterioscleróticas en pacientes hipertensos. La dieta favorece a los pacientes hipertensos a mantener una vida saludable por lo que se indica la restricción de alimentos que perjudican su estado de salud.

- 9) De acuerdo al sexo en relación al conocimiento de los factores de riesgo, tanto el sexo femenino como el masculino opinaron que conocen como factor de riesgo la obesidad para los pacientes con hipertensión arterial correspondiente al 43%. La OMS, 2000: refiere que el exceso de grasa en el tronco y el abdomen está relacionado con el incremento de presión arterial y es además un factor de riesgo de la enfermedad cardiovascular, también las concentraciones elevadas de colesterol sérico y tabaquismo aumentan significativamente el efecto de hipertensión sobre la tasa de mortalidad con independencia de la edad, sexo o raza. Por lo tanto podemos observar que los factores de riesgo atacan significativamente a cualquier persona no importando quien sea.
- 10) En cuanto a la edad en relación a la importancia de tomarse el tratamiento, la mayoría de pacientes hipertensos correspondiente 78% respondieron que si es importante tomarse el tratamiento. Según Goodman Gilman refiere que tanto las modificaciones del estilo de vida como el tratamiento farmacológico, es una causa frecuente de mal control de la hipertensión arterial hasta el punto de que su diagnóstico debe valorarse en los primeros pasos del estudio de una falta de respuesta al tratamiento. De lo cual se considera que tomarse el tratamiento disminuye las complicaciones o consecuencias que se pronostican en tal enfermedad, lo más recomendable es tomárselo en tiempo y forma.
- 11) Según la práctica de autocuidado en relación a si practica actividad física, la mayoría practica autocuidado tomándose su tratamiento en tiempo y forma representando el 50% de la población y de igual manera la mayoría practica la actividad física caminando, correspondiente al 48% de la población en estudio. Según las normas del MINSA, 2001: el tratamiento activo de la

hipertensión arterial imponen costos financieros y efectos adversos potenciales y el Protocolo de la Hipertensión Arterial, 2002: refiere que es importante informarle al paciente hipertenso la naturaleza de su enfermedad y de las posibles complicaciones a las que se exponen al no cumplir con su tratamiento. Se considera que es ideal el cumplimiento del tratamiento y a la misma vez la práctica de actividades físicas, ya que estas favorecen la circulación del organismo.

- 12) De acuerdo a la edad en relación a la toma de licor, la mayoría que corresponde al 90% de la población refieren no tomar licor. El Protocolo de la Hipertensión Arterial, 2002: refiere que es beneficioso reducir o suprimir el consumo de alcohol para disminuir los problemas cardiovasculares del paciente. Lo más ideal es eliminar por completo la toma de licor puesto que el consumo continuo o distanciado de este conlleva de todas maneras al deterioro de su salud.
- 13) En cuanto al sexo en relación a cuántos cigarrillos fuman, el 100% de la población incluyendo hombres y mujeres refieren no fumar. Según la OMS, 2000: el tabaquismo aumenta significativamente el efecto de la hipertensión sobre la tasa de mortalidad con independencia de la edad, sexo o raza. El hábito de fumar complica la salud de los pacientes hipertensos y disminuye sus esperanzas de vida.
- 14) Según la ocupación en relación al consumo de alimentos con sal y grasa, la mayoría son ama de casa y representan el 35% de la población en estudio, refieren que a veces consumen alimentos con sal y grasa correspondiente al 66%. La OMS, 2000: refiere que la dieta baja en sal puede reducir la tensión arterial muy modestamente sobre todo en personas mayores de 45 años de tal manera que su indicación no debe ser rutinaria, la situación en la que no hay duda de utilizar dieta baja en sal se presenta cuando hay sobre carga de volumen (edema, congestión pulmonar) en un paciente hipertenso con fallas cardíacas o problema renal.

- 15) De acuerdo a la cantidad de agua que consumen en relación al tipo de líquido que ingieren, la mayoría consumen dos litros de agua al día correspondiente al 62% y el líquido que más ingieren es jugos enlatados, gatorade, etc. equivalente al 67%. Según la revista despertad, 2007: indica que toda persona debe consumir como mínimo dos litros de agua al día y que el líquido más ideal a consumir es el agua pura y de segunda opción los refrescos naturales sobre todo de verduras, frutas y diuréticos ahorradores de potasio.
- 16) En cuanto al sexo en relación al estrés, ambos sexos es decir la mayoría equivalente a 51% opinaron que cuando se sienten en este estado platican con algunas personas. La OMS, 2000: indica que el estrés puede ser un factor de riesgo cardiovascular y su manejo podría ser beneficioso para el paciente hipertenso y el Protocolo de Hipertensión Arterial refiere: que aunque generalmente es imposible separar al paciente hipertenso de todo el estrés externo o interno, se le debe recomendar evitar las tensiones innecesarias.

## CONCLUSIÓN

1. La mayoría de las edades de los entrevistados comprenden entre las edades de 45 a 75 años, En relación al sexo, 33 personas son sexo femenino y 27 sexo masculino.
2. Respecto a la ocupación la mayoría son ama de casa. En relación al estado civil de las personas, 22 son acompañadas. Respecto a la escolaridad, 27 son bachiller.
3. En relación a la procedencia todos los pacientes son de procedencia urbana y respecto al número de hijos la mayoría tienen de 4 a 5 hijos.
4. Los pacientes hipertensos consideran que los estilos de vida son importantes para mantener la salud y por ende conocen un sinnúmero de estilos de vida revelando entre sus conocimientos que el hábito de tomar alcohol y el hábito de fumar es dañino para su salud.
5. Los pacientes hipertensos conocen que uno de los beneficios del ejercicio físico es que mejora la circulación, considerando importante para ellos mantener una dieta balanceada así como tomarse el tratamiento a la hora indicada e identificando que la obesidad y el tabaquismo, son factores de riesgo de la hipertensión arterial.
6. La mayoría de los pacientes practican autocuidado de manera efectiva ya que describen como una manera de realizar autocuidado, tomarse el tratamiento en tiempo y forma y que la actividad física la practican caminando, evitando la mayoría de pacientes la toma de licor, los cigarrillos y el consumo excesivo de alimentos con sal y grasa.
7. La mayoría de los pacientes refieren que consumen una buena cantidad de agua al día, pero a pesar de ello no ingieren el líquido mejor recomendado y refieren que controlan el estrés platicando con alguien.

8. La mayoría de los pacientes hipertensos practican estilos de vida que benefician su autocuidado.

## RECOMENDACIONES

➤ Al personal de enfermería:

1. Que motiven a los pacientes hipertensos a adquirir más conocimientos respecto a su enfermedad fomentando las actividades de autocuidado, haciendo énfasis en la importancia de los beneficios del ejercicio físico, mantener una dieta balanceada incluyendo la disminución de sodio y grasa.
2. Orientar a los pacientes sobre los factores de riesgo que influyen en el deterioro de su salud, así como la importancia que tiene tomarse el tratamiento en tiempo y forma.
3. Dar consejería a los pacientes sobre la importancia de ingerir abundantes líquidos.
4. Que utilicen medios didácticos al momento de brindar las charlas educativas para que motiven y guíen a los pacientes hipertensos a mantener un estado de salud óptimo.
5. Realizar actividades recreativas que ayuden a los pacientes hipertensos a disminuir el stress.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Arellano Balladares, Fernando. Incidencia de Hipertensión Arterial. Tesis. Managua, Nicaragua: UNAN; 2001
- 2) Baltodano, Yecenia Cecilia. Calidad del programa de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, en relación a Hipertensión Arterial. Tesis León, Nicaragua: UNAN; 2006.
- 3) Brunner y Suddarth. Manual de Enfermería médico Quirúrgico. 4ª Ed. México: Nueva editorial interamericana; 1989.
- 4) Goodman Gilman, Alfred. Las bases farmacológicas de la terapéutica. 10ª Ed. México: Graw-Hill, Interamericana; 2003.
- 5) Harrison Braunwald, Eugene. Principios de medicina interna. 15ª Ed. Mexico: Graw-Hill, interamericana; 2002.
- 6) Marvin Moser, MD. Tratamiento clínico de la hipertensión. 5ª ed. Paris, Francia: copyright; 2002.
- 7) Mendoza, Ricardo Javier. Factores de riesgos para el desarrollo de la hipertensión arterial. Tesis. León, Nicaragua: UNAN; 2002.
- 8) Ministerio de salud. Buscando remedio. 5ª Ed. AIS-Nicaragua: Ministerio de Salud; 2008.
- 9) Ministerio de salud. Formulario terapéutico nacional. 2ª Ed. Nicaragua: Ministerio de Salud; 2001.
- 10) Ministerio de salud. Normas de programa de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. 1ª Ed. Nicaragua: Ministerio de Salud; 2001.
- 11) Ministerio de salud. Protocolo de hipertensión arterial. 1ª Ed. Managua: Ministerio de Salud; 2002.
- 12) Molina Mercado, Gloria. Comportamiento de la Hipertensión Arterial. Tesis. Chinandega, Nicaragua: UNAN; 2002.

13. OPS/OMS. La hipertensión arterial como problema de salud comunitaria. 1ª Ed. 2000. Washington: OPS/OMS; 2000.
14. Rodríguez Carronza, Rodolfo. Vademécum académico farmacéutico. 3ª Ed. Mexico: Graw-Hill, interamericana; 1999.
15. Salinas Aguado, Maria. Prevalencia de algunos factores de riesgo para el desarrollo de la Hipertension Arterial. Tesis. León, Nicaragua: UNAN; 2000.
16. Thomas Lathroy Stedman diccionario de Ciencias Médicas. 25ª Ed. Mexico: editorial médica; 2004.
17. Tomas Ubach. Diccionario Español Manual Enciclopedico. 1ª ed. España: Thema Equipo Editorial, S.A; 2009.

# ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA  
UNAN-LEON

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Por medio de la presente nos dirigimos a usted, haciéndole saber que somos estudiantes egresadas de la carrera de Lic. En enfermería y estamos realizando un estudio investigativo, con el objetivo de determinar el conocimiento y practica de los estilos de vida que inciden en el autocuidado de pacientes hipertensos, el cual es para optar al título de Lic. en Ciencias de Enfermería. Siendo usted parte de la muestra en estudio, le pedimos que contribuya brindándonos información personal a través de la entrevista que hemos elaborado, no se registrara su nombre ya que una vez autorizada su colaboración esta información será fuente fidedigna respetando de esta manera la integridad que tiene como paciente.

Esperamos su comprensión y colaboración al contestarnos la entrevista, si usted está de acuerdo en brindarnos la información le pedimos su firma autorizándonos su participación.

Muchas Gracias.

-----  
Firma

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA  
UNAN-LEÓN**

**ENTREVISTA**

El presente instrumento, tiene como propósito recolectar información acerca del conocimiento y práctica de los estilos de vida que inciden en el autocuidado que usted tiene. Este contiene preguntas cerradas las cuales se marcarán con una "x". Con su aporte se pretende recoger información que nos servirá de base para nuestro estudio monográfico. Gracias por su participación.

Fecha: \_\_\_\_\_

Ficha No: \_\_\_\_\_

**I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:**

Edad: \_\_\_\_\_

Nivel de escolaridad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Procedencia: \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Número de hijos: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

**II. CONOCIMIENTO**

- ¿Considera que los estilos de vida son de gran importancia para mejorar su salud?
  - a) Si \_\_\_\_\_
  - b) No \_\_\_\_\_
  - c) A veces \_\_\_\_\_
  
- ¿Cuáles de estos estilos de vida conoce usted?
  - a) Reducir el peso corporal \_\_\_\_\_
  - b) Reducir el consumo de alcohol \_\_\_\_\_
  - c) Realizar ejercicios físicos programados \_\_\_\_\_
  - d) Eliminar el hábito de fumar \_\_\_\_\_
  - e) Disminución del consumo de sodio, grasa e incrementar el potasio \_\_\_\_\_
  - f) Dieta \_\_\_\_\_
  - g) Evitar el stress \_\_\_\_\_

- ¿Cree usted que el hábito de tomar alcohol es dañino para los pacientes con Hipertensión Arterial?
  - a) Si\_\_\_\_\_
  - b) No\_\_\_\_\_
  - c) No sabe\_\_\_\_\_
  
- ¿Usted conoce los beneficios del ejercicio físico, cuáles son?
  - a) Aumenta la fuerza muscular \_\_\_\_\_
  - b) Reduce el sobre peso \_\_\_\_\_
  - c) Mejora la circulación\_\_\_\_\_
  - d) Todo lo anterior \_\_\_\_\_
  - e) No sabe\_\_\_\_\_
  
- ¿Cree usted que el hábito de fumar es dañino para los pacientes con Hipertensión Arterial?
  - a) Si\_\_\_\_\_
  - b) No \_\_\_\_\_
  - c) No sabe \_\_\_\_\_
  
- ¿Considera que es necesario mantener una dieta balanceada?
  - a) Si\_\_\_\_\_
  - b) No \_\_\_\_\_
  - c) A veces\_\_\_\_\_
  - d) No sabe\_\_\_\_\_
  
- ¿Cuáles de estos, son factores de la Hipertensión Arterial?
  - a) Sedentarismo\_\_\_\_\_
  - b) Obesidad\_\_\_\_\_
  - c) Consumo de sal y grasa\_\_\_\_\_
  - d) Tabaquismo\_\_\_\_\_
  - e) Alcoholismo\_\_\_\_\_
  - f) Stress\_\_\_\_\_

### III. PRÁCTICA

- ¿De qué manera practica el autocuidado?
  - a) Asistiendo a las citas al centro de salud en tiempo y forma\_\_\_\_\_
  - b) Tomándose su tratamiento en tiempo y forma\_\_\_\_\_
  - c) Otros\_\_\_\_\_
  
- ¿Cada cuánto toma licor?
  - a) Diario\_\_\_\_\_
  - b) Fines de semana\_\_\_\_\_
  - c) En ocasiones \_\_\_\_\_
  - d) No toma\_\_\_\_\_
  
- ¿Cómo practica la actividad física?
  - a) Caminando\_\_\_\_\_
  - b) Andando en bicicleta\_\_\_\_\_
  - c) Corriendo\_\_\_\_\_
  - d) Durmiendo\_\_\_\_\_
  - e) Otros\_\_\_\_\_
  
- ¿Cuántos cigarrillos fuma?
  - a) 10-7 cigarrillos \_\_\_\_\_
  - b) 6-4 cigarrillos \_\_\_\_\_
  - c) 3-1 cigarrillos\_\_\_\_\_
  - d) No fuma \_\_\_\_\_
  
- ¿Ingiere alimentos que contienen mucha sal?
  - a) Si \_\_\_\_\_
  - b) No \_\_\_\_\_
  - c) A veces \_\_\_\_\_
  - d) Nunca\_\_\_\_\_

- ¿Qué cantidad de agua consume al día?
  - a) Medio litro \_\_\_\_\_
  - b) Un litro\_\_\_\_\_
  - c) Dos litros\_\_\_\_\_
  - d) Más de dos litros\_\_\_\_\_
  
- ¿Qué tipo de líquido ingiere?
  - a) Gaseosas\_\_\_\_\_
  - b) Jugos naturales\_\_\_\_\_
  - c) Otros \_\_\_\_\_
  
- Cuando se siente con stress, ¿Qué hace?
  - a) Se pone a llorar\_\_\_\_\_
  - b) Platica con alguien\_\_\_\_\_
  - c) Se aísla\_\_\_\_\_
  - d) Otros\_\_\_\_\_

## TABLAS Y GRÁFICOS

### CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Tabla 1. Estado civil de los pacientes hipertensos

Estado Civil							
Acompañada		Casada		Soltera		Total	
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
22	36%	19	32%	19	32%	<b>60</b>	<b>100%</b>

### CONOCIMIENTO DE LOS ESTILOS DE VIDA

Tabla 2. Número de hijos relacionados con el nivel de escolaridad

Número de Hijos	Nivel de Escolaridad									
	Bachiller		Primaria completa		Primaria incompleta		Secundaria incompleta		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1	-	-	-	-	-	-	1	100%	<b>1</b>	<b>2%</b>
2	2	40%	3	60%	-	-	-	-	<b>5</b>	<b>8%</b>
3	5	56%	2	22%	2	22%	-	-	<b>9</b>	<b>15%</b>
4	8	36%	2	9%	3	14%	9	41%	<b>22</b>	<b>37%</b>
5	9	50%	-	-	3	17%	6	33%	<b>18</b>	<b>30%</b>
6	3	60%	-	-	1	20%	1	20%	<b>5</b>	<b>8%</b>
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>45%</b>	<b>7</b>	<b>12%</b>	<b>9</b>	<b>15%</b>	<b>17</b>	<b>28%</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Tabla 3. Sexo relacionado con la importancia de los estilos de vida

Nivel de escolaridad	Estilos de vida					
	Si		No		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Femenino	33	100%	-	-	33	55%
Masculino	26	96%	1	4%	27	45%
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>98%</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

**Tabla 4. Nivel de escolaridad en relación al conocimiento de los estilos de vida**

Nivel de escolaridad	Conocimiento de los estilos de vida															
	Dieta		Disminución del consumo de sodio, grasa e incremento de potasio		Eliminar el hábito de fumar		Evitar el estrés		Realizar ejercicio físico		Reducir el consumo del alcohol		Reducir el peso corporal		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
<b>Bachiller</b>	2	7%	1	4%	4	15%	-	-	11	41%	3	11%	6	22%	<b>27</b>	<b>45%</b>
<b>Primaria completa</b>	-	-	1	14%	1	14%	-	-	3	43%	1	14%	1	14%	<b>7</b>	<b>12%</b>
<b>Primaria incompleta</b>	3	33%	-	-	4	44%	1	11%	1	11%	-	-	-	-	<b>9</b>	<b>15%</b>
<b>Secundaria incompleta</b>	2	12%	-	-	2	12%	1	6%	7	41%	1	6%	4	24%	<b>17</b>	<b>28%</b>
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>12%</b>	<b>2</b>	<b>3%</b>	<b>11</b>	<b>18%</b>	<b>2</b>	<b>3%</b>	<b>22</b>	<b>37%</b>	<b>5</b>	<b>8%</b>	<b>11</b>	<b>18%</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

**Tabla 5. Edad en relación a si conoce que el hábito de tomar alcohol es dañino**

Edad	Hábito de tomar alcohol					
	No sabe		Sí		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
<b>45 - 50</b>	-	-	17	100%	<b>17</b>	<b>28%</b>
<b>51 - 55</b>	-	-	16	100%	<b>16</b>	<b>27%</b>
<b>56 - 60</b>	-	-	14	100%	<b>14</b>	<b>23%</b>
<b>61 - 65</b>	-	-	8	100%	<b>8</b>	<b>14%</b>
<b>66 - 75</b>	1	20%	4	80%	<b>5</b>	<b>8%</b>
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>	<b>59</b>	<b>98%</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

**Tabla 6. Sexo en relación a si conoce que el hábito de fumar es dañino**

Sexo	Hábito de fumar					
	No sabe		Si		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Femenino	1	3%	32	97%	<b>33</b>	<b>55%</b>
Masculino	-	-	27	100%	<b>27</b>	<b>45%</b>
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>	<b>59</b>	<b>98%</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

**Tabla 7. Ocupación en relación a los beneficios del ejercicio físico.**

Ocupación	Beneficios de ejercicio físico									
	Aumenta la fuerza muscular		Mejora la circulación		Reduce el sobrepeso		Todo lo anterior		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Albañil	2	100%	-	-	-	-	-	-	2	3%
Ama de casa	-	-	12	57%	6	29%	3	14%	21	34%
Carpintero	-	-	2	50%	1	25%	1	25%	4	7%
Comerciante	-	-	2	50%	2	50%	-	-	4	7%
Costurera	-	-	3	100%	-	-	-	-	3	5%
Electricista	-	-	1	50%	1	50%	-	-	2	3%
Empleada doméstica	-	-	1	50%	1	50%	-	-	2	3%
Estilista	-	-	1	100%	-	-	-	-	1	2%
Mecánico	1	25%	1	25%	2	50%	-	-	4	8%
Ninguna	1	8%	8	67%	2	17%	1	8%	12	20%
Obrero	2	67%	1	33%	-	-	-	-	3	5%
Taxista	1	50%	-	-	-	-	1	50%	2	3%
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>12%</b>	<b>32</b>	<b>53%</b>	<b>15</b>	<b>25%</b>	<b>6</b>	<b>10%</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

**Tabla 8. Dieta balanceada en relación al sexo.**

Dieta balanceada	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
A veces	3	38%	5	63%	8	14%
No sabe	10	59%	7	41%	17	28%
Si	20	57%	15	43%	35	58%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>55%</b>	<b>27</b>	<b>45%</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

**Tabla 9. Factores de riesgo en relación al sexo.**

Factores de riesgo de la HTA	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Alcoholismo	4	31%	9	69%	13	22%
Consumo de sal y grasa	1	33%	2	67%	3	5%
Obesidad	19	73%	7	27%	26	43%
Estrés	3	100%	-	-	3	5%
Tabaquismo	6	40%	9	60%	15	25%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>55%</b>	<b>27</b>	<b>45%</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

**Tabla 10. Edad en relación a la toma del tratamiento.**

Edad	Tomarse el tratamiento							
	A veces		No		Si		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
45 – 50	4	24%	2	12%	11	65%	<b>17</b>	<b>28%</b>
51 - 55	3	19%	1	6%	12	75%	<b>16</b>	<b>27%</b>
56 – 60	2	14%	1	7%	11	79%	<b>14</b>	<b>23%</b>
61 – 65	2	29%	2	29%	4	43%	<b>8</b>	<b>13%</b>
66 - 75	2	40%	1	20%	2	40%	<b>5</b>	<b>9%</b>
<b>Total</b>	<b>13</b>	<b>22%</b>	<b>7</b>	<b>12%</b>	<b>40</b>	<b>67%</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

## PRÁCTICA DE LOS ESTILOS DE VIDA EN RELACIÓN AL AUTOCUIDADO

**Tabla 11. Practica el autocuidado en relación a la práctica de la actividad física.**

Practica el autocuidado	Practica la actividad física									
	Andando en bicicleta		Caminando		Durmiendo		Otros		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Asistiendo a las citas en tiempo y forma.	5	29%	7	41%	1	6%	4	24%	<b>17</b>	<b>28%</b>
Otros	1	8%	8	62%	-	-	4	31%	<b>13</b>	<b>22%</b>
Tomarse su tratamiento en tiempo y forma	11	37%	14	47%	1	3%	4	13%	<b>30</b>	<b>50%</b>
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>28%</b>	<b>29</b>	<b>48%</b>	<b>2</b>	<b>3%</b>	<b>12</b>	<b>20%</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

**Tabla 12. Edad en relación a si practica la toma de licor.**

Edad	Toma licor							
	En ocasiones		Fines de semana		No toma		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
45 – 50	4	24%	-		13	77%	<b>17</b>	<b>28%</b>
51 – 55	-		-		16	100%	<b>16</b>	<b>27%</b>
56 – 60	-		-		14	100%	<b>14</b>	<b>23%</b>
61 – 65	-		2	29%	6	71%	<b>8</b>	<b>13%</b>
66 - 75	-		-		5	100%	<b>5</b>	<b>9%</b>
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>7%</b>	<b>2</b>	<b>3%</b>	<b>54</b>	<b>90%</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

**Tabla 13. Sexo en relación a cuantos cigarrillos fuma.**

Sexo	Cuántos cigarrillos fuma					
	3 – 1 cigarrillo		No fuma		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Femenino	-	-	33	100%	33	55%
Masculino	4	15%	23	85%	27	45%
<b>Total</b>	<b>4</b>	<b>7%</b>	<b>56</b>	<b>93%</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

**Tabla 14. Ocupación en relación a si consume alimentos con sal y grasa.**

Ocupación	Alimentos con sal y grasa							
	A veces		No		Nunca		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Albañil	2	100%	-	-	-	-	2	3%
Ama de casa	12	57%	8	38%	1	5%	21	35%
Carpintero	4	100%	-	-	-	-	4	7%
Comerciante	3	75%	1	25%	-	-	4	7%
Costurera	2	67%	1	33%	-	-	3	5%
Electricista	2	100%	-	-	-	-	2	3%
Empleada	1	50%	1	50%	-	-	2	3%
Estilista	1	100%	-	-	-	-	1	2%
Mecánico	3	75%	1	25%	-	-	4	7%
Ninguna	6	50%	6	50%	-	-	12	20%
Obrero	3	100%	-	-	-	-	3	5%
Taxista	1	50%	1	50%	-	-	2	3%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>66%</b>	<b>19</b>	<b>32%</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

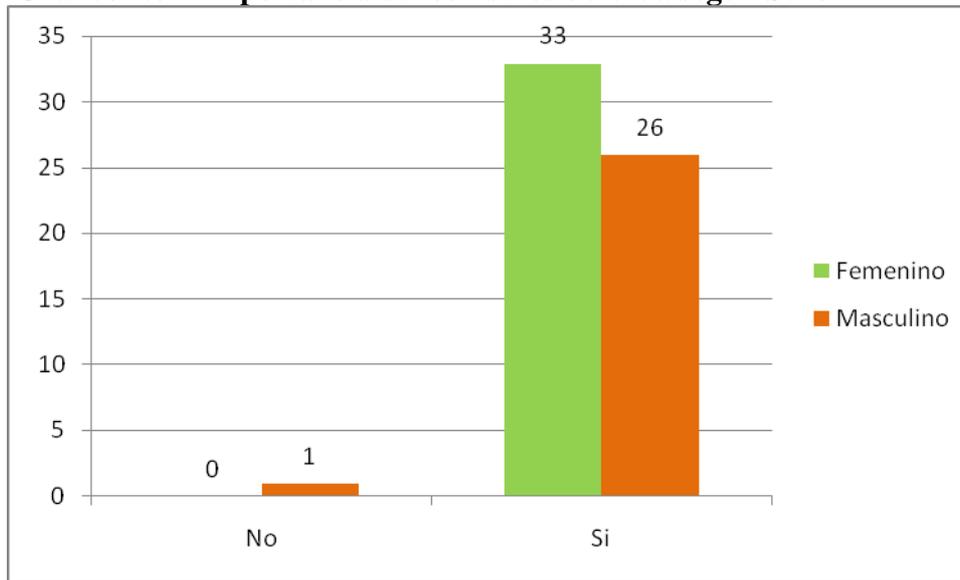
**Tabla 15. Líquido que ingiere en relación a la cantidad de agua.**

Líquido que ingiere	Cantidad de agua					
	2 Litros		Más de 2 litros		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Gaseosas	6	75%	2	25%	8	13%
Jugos Naturales	8	67%	4	33%	12	20%
Otros	23	58%	17	43%	40	67%
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>62%</b>	<b>23</b>	<b>38%</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

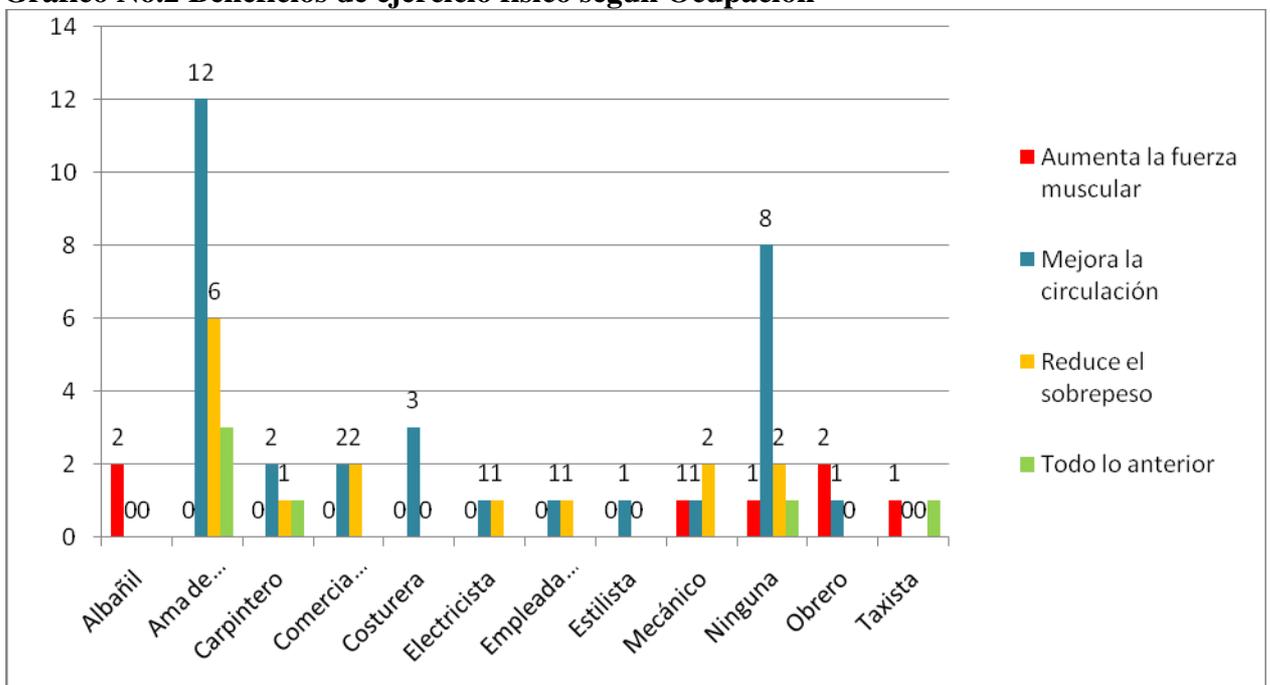
**Tabla 16. Actividad que realiza cuando se siente con stress en relación al sexo.**

Actividad que realiza cuando se siente con stress	Sexo					
	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Otros	2	22%	7	78%	9	15%
Platica con alguien	18	58%	13	42%	31	51%
Se aísla	12	63%	7	37%	19	32%
Se pone a llorar	1	100%	-	-	1	2%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>55</b>	<b>27</b>	<b>45%</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

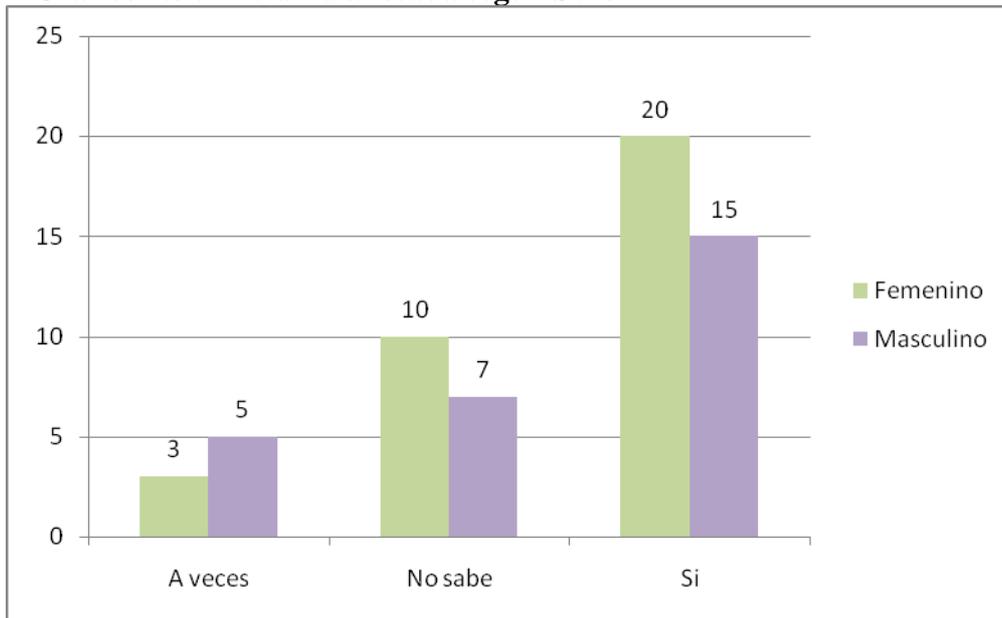
**Gráfico No.1 Importancia de los Estilos de Vida según Sexo.**



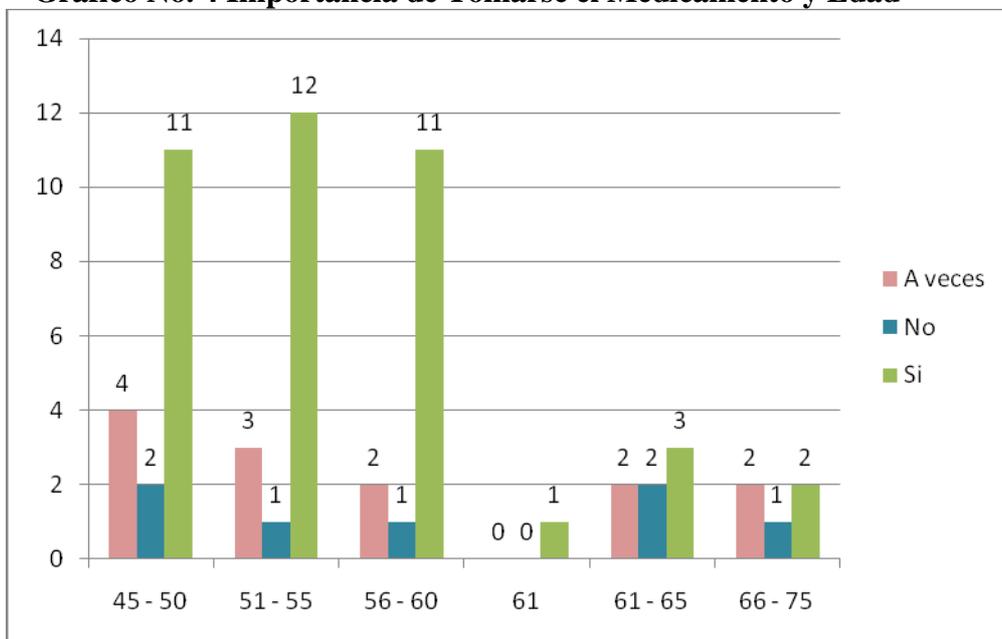
**Gráfico No.2 Beneficios de ejercicio físico según Ocupación**



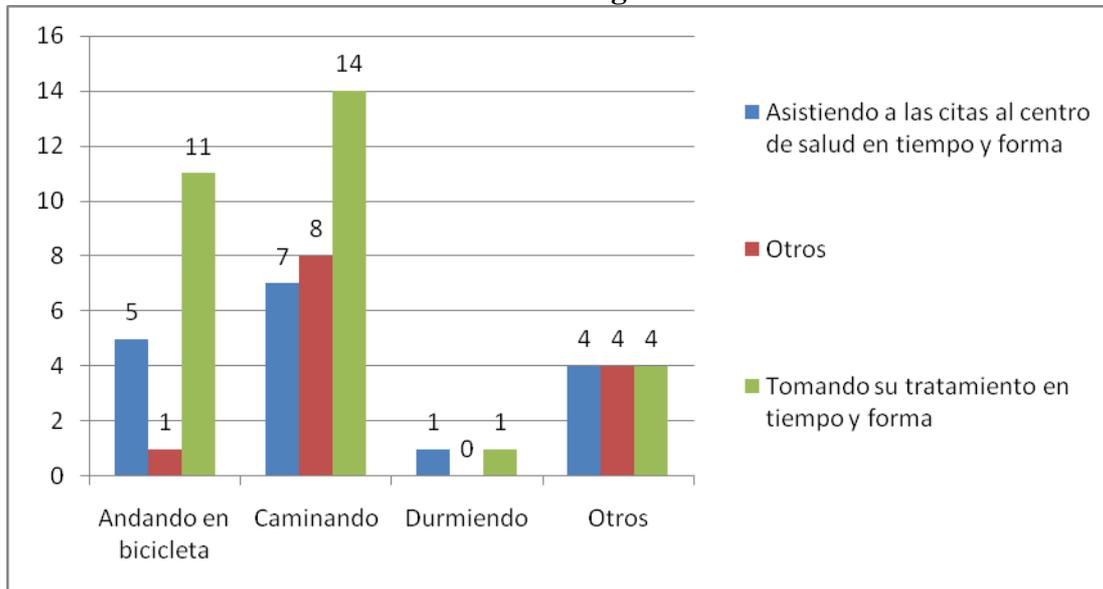
**Gráfico No.3 Dieta Balanceada según Sexo**



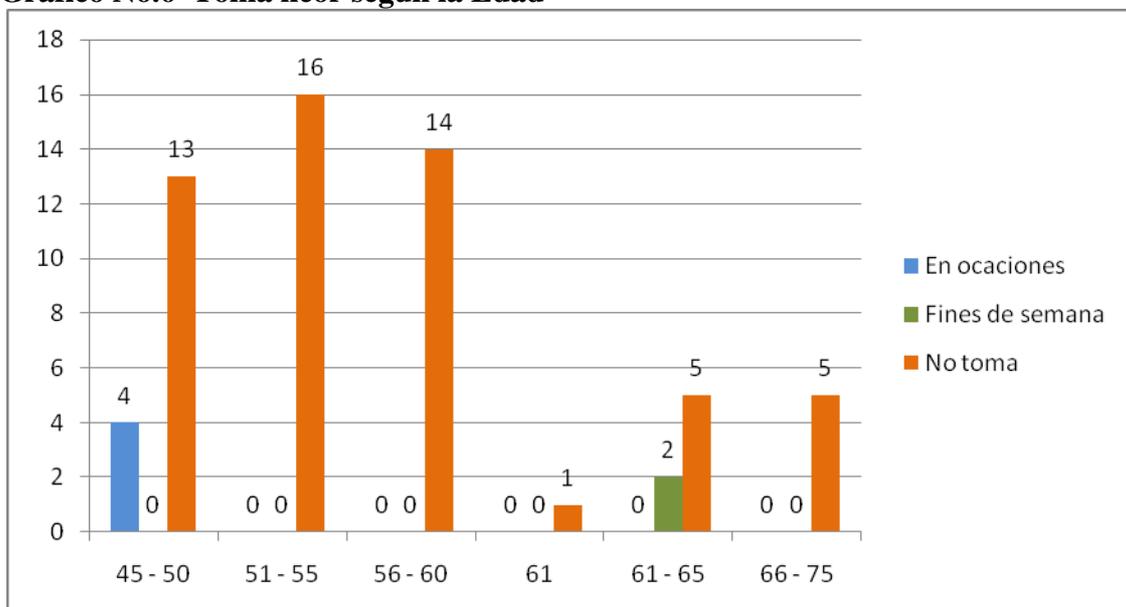
**Gráfico No. 4 Importancia de Tomarse el Medicamento y Edad**



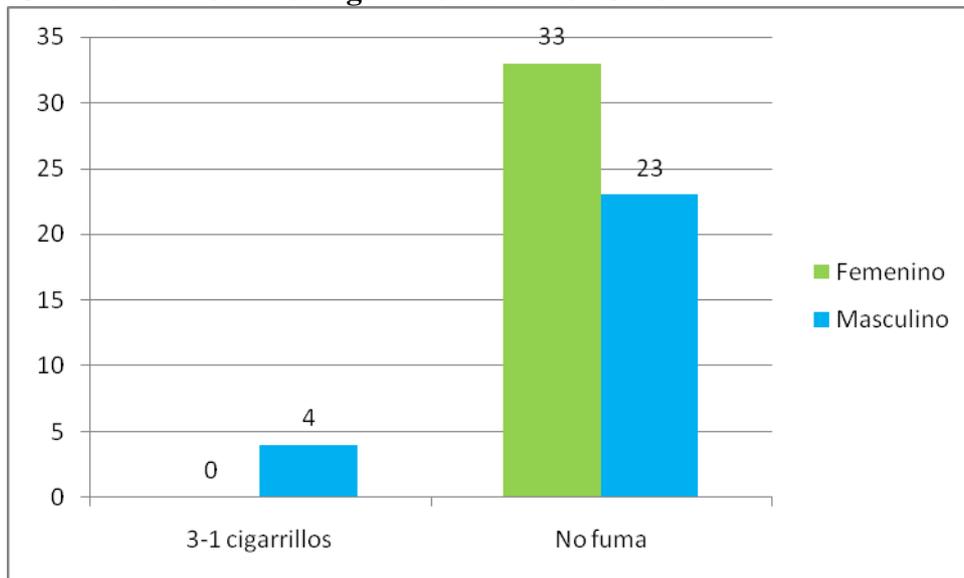
**Gráfico No.5 Practica Autocuidado según Practica Actividad Física**



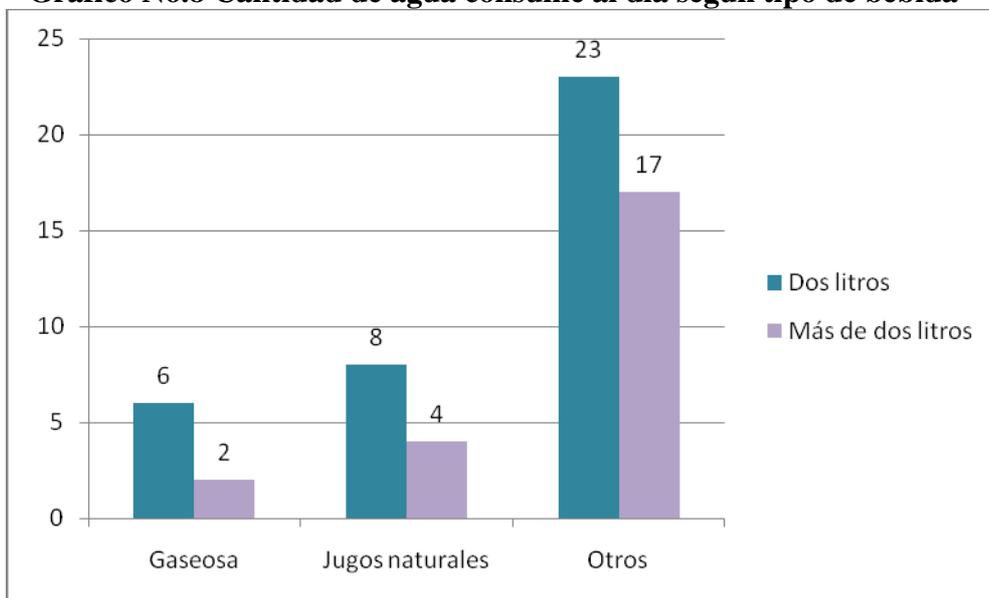
**Gráfico No.6 Toma licor según la Edad**



**Gráfico No.7 Cuántos cigarrillos fuma con Sexo**



**Gráfico No.8 Cantidad de agua consume al día según tipo de bebida**



## CRONOGRAMA

<b>FECHA</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>LUGAR</b>
12-03-08	Exploración y formulación del problema	Biblioteca del campus médico
26-03-08	Elaboración de objetivos	Biblioteca del campus médico
09-04-08	Elaboración de antecedentes, introducción y justificación	Biblioteca del campus médico
14-04-08	Visita al centro de salud PNM	Centro de salud.PMN
17-04-08 18-04-08	Elaboración del marco teórico	Biblioteca del campus médico
24-04-08	Tutoría	Escuela de enfermería
08-05-08	Elaboración de la Operacionalización de las variables.	Biblioteca del campus médico
22-05-08 23-05-08	Elaboración de diseño metodológico y Bibliografía, cronograma y anexos	Biblioteca del campus médico
05-06-08	Tutoría	Escuela de enfermería
11-06-08	Corregir el protocolo posterior a tutoría	Biblioteca del campus médico
13-06-08	Entrega de protocolo	Escuela de enfermería
09-04-10	Visita al centro de salud	Perla María Norori
12-04-10	Tutoría mas corrección de protocolo	Escuela de enfermería y biblioteca del campus médico
14-04-10	Corrección de protocolo en memoria para previa revisión	Biblioteca del campus médico
19-04-10	Revisión de protocolo con arbitro	Escuela de enfermería
21-04-10	Corrección de protocolo en memoria	Campus médico
22-04-10	Revisión de protocolo con tutora	Escuela de enfermería
26-04-10	Corrección de protocolo en memoria para revisión	Campus médico
27-04-10	Entrega de protocolo a árbitro	Escuela de enfermería
30-04-10	Tutoría con árbitro	Escuela de enfermería
04-05-10	Corrección de protocolo en memoria	Campus médico

07-05-10	Tutoría con tutora	Escuela de enfermería
10-05-10	Corrección de protocolo en memoria	Campus médico
13-05-10	Tutoría con árbitro	Escuela de enfermería
17-05-10	Corrección de protocolo en memoria	Campus médico
18-05-10	Impresión de protocolo	Cyber
19-05-10	Realización de prueba piloto	Puesto de salud El Calvarito
20-05-10	Entrega de protocolo a árbitro	Escuela de enfermería
21-05-10	Corrección por parte de árbitro	Escuela de enfermería
24-05-10	Entrega de protocolo a tutora	Escuela de enfermería
24-05-10	Entrega de protocolo firmado por tutora en vicedecanatura	Campus médico
26-05-10	Recibimos carta de vicedecano autorizándonos el inicio de la investigación	Campus médico
27-28 de Mayo 2010	Recolección de datos (Entrevista)	C/S P.M.N
31-4 Junio 2010	Recolección de datos en Epi-info	Biblioteca Campus médico
7-11 Junio 2010	Resultados y análisis	Biblioteca Campus médico
14-06-10	Conclusiones	Biblioteca Campus médico
15-0610	Recomendaciones	Biblioteca Campus médico
16-18 Junio 2010	Revisiones y observaciones de informe final	Biblioteca Campus médico
21-06-10	Entrega de informe final	Campus médico