



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Medicina Humana

Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y prácticas de autocuidado en adultos mayores del Centro Gerontológico de Celica

Trabajo de Titulación, previo a la obtención del título de Médica General

AUTORA

María Soledad Ojeda Vargas

DIRECTORA

Md. Sandra Katerine Mejía Michay Mg. Sc.

Loja – Ecuador

2023

Educamos para **Transformar**

Certificación

Loja, 19 de agosto del 2022

Md. Sandra Katerine Mejía Michay Mg. Sc.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

CERTIFICO

Que he revisado y orientado todo el proceso de elaboración del Trabajo de Titulación denominado: **Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y prácticas de autocuidado en adultos mayores del Centro Gerontológico de Celica**, previo a la obtención del título de Médica General, de la autoría de la estudiante **María Soledad Ojeda Vargas**, con **cédula de identidad Nro. 1106008038**, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja, para el efecto, autorizo la presentación del mismo para su respectiva sustentación y defensa.



Firmado electrónicamente por:
**SANDRA KATERINE
MEJIA MICHAY**

Md. Sandra Katerine Mejía Michay Mg. Sc.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Autoría

Yo, **María Soledad Ojeda Vargas**, declaro ser autora del presente Trabajo de Titulación, y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos, de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Titulación, en el Repositorio Digital Institucional - Biblioteca Virtual.



Firmado electrónicamente por:
**MARIA SOLEDAD
OJEDA VARGAS**

Firma:

Cédula de identidad: 1106008038

Fecha: 28 de noviembre de 2023

Correo electrónico: maria.s.ojeda@unl.edu.ec

Teléfono: 0939456791

Carta de autorización por parte de la autora, para consulta, reproducción parcial o total y/o publicación electrónica del texto completo, del Trabajo de Titulación.

Yo, **María Soledad Ojeda Vargas**, declaro ser autora del Trabajo de Titulación denominado: **Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y prácticas de autocuidado en adultos mayores del Centro Gerontológico de Celica**, como requisito para optar por el título de **Médica General**, autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Titulación que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, suscribo, en la ciudad de Loja, a los veintiocho días del mes de noviembre de dos mil veintitrés.



Firma:

Autora: María Soledad Ojeda Vargas

Cédula de identidad: 1106008038

Dirección: Benjamín Pereira y Alfredo Mora Reyes

Correo electrónico: maria.s.ojeda@unl.edu.ec

Teléfono: 0939456791

Datos complementarios:

Directora del Trabajo de Titulación: Md. Sandra Katerine Mejía Michay, Mg. Sc

Dedicatoria

A Dios por permitirme estar viva y nunca abandonarme a pesar que en algunos momentos dudé de su amor incondicional

En esta vida no se puede escoger a los padres, pero sin lugar a duda los escogería una y mil veces, gracias a mis padres Aquiles Ojeda y Soledad Vargas quienes han estado para mí en todo momento, este logro también es suyo, gracias a ustedes estoy logrando mis metas, espero siempre tenerlos conmigo.

A mis hermanos Alberto y Santiago, por siempre estar ahí, con una sonrisa, un abrazo o una palabra de apoyo, en momentos en los que se me hacía muy difícil continuar.

A mis queridos abuelos Segundo (+), Galut, Manuel y Rosa (+) y a mi tía Mercedes por ser mis segundos padres y preocuparse por mí en todo momento, brindándome su amor y apoyo a la distancia.

A mis amigos por siempre ayudarme y brindarme fortaleza para seguir adelante, dejando de lado la competencia que es tan común en esta carrera.

María Soledad Ojeda Vargas

Agradecimientos

Mi eterno agradecimiento a Dios por siempre estar a mi lado, guiándome por el camino correcto y de igual forma ayudándome a reconocer mis errores y aprender de ellos.

A la Universidad Nacional de Loja de manera especial a la Facultad de la Salud Humana, Carrera De Medicina Humana que me abrió sus puertas y me permitió recibir todas sus enseñanzas que al día de hoy han sido fundamentales para mi formación como profesional.

A mi tutora Md. Sandra Katerine Mejía Michay, quien, con sus extensos conocimientos y guía, contribuyó a la culminación de este proyecto, muchas gracias por el tiempo invertido.

Al Centro Gerontológico del cantón Celica por permitirme llevar a cabo mi proyecto y brindarme la posibilidad de ayudar a la población.

María Soledad Ojeda Vargas

Índice de contenido

Portada	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria	v
Agradecimientos	vi
Índice de contenido	vii
Índice de figuras	ix
Índice de tablas.....	x
Índice de anexos.....	xi
1. Título	1
2. Resumen	2
Abstract	3
3. Introducción	4
4. Marco teórico	6
4.1. Conocimiento	6
4.1.1. Definición	6
4.1.2. Niveles de Conocimiento.....	6
4.2. Hipertensión Arterial.....	7
4.2.1. Definición	7
4.2.2. Fisiopatología	9
4.2.3. Factores de Riesgo.....	10
4.2.4. Causas	17
4.2.5. Signos y síntomas de hipertensión arterial en el adulto mayor	18
4.2.6. Diagnóstico de hipertensión arterial en el adulto mayor	18
4.2.7. Complicaciones	19
4.2.8. Tratamiento.....	20
4.3. Prácticas de autocuidado en personas adultas mayores con Hipertensión Arterial.....	20
4.3.1. Autocuidado del adulto mayor.....	21
4.3.2. Alimentación	21
4.3.3. Ejercicio físico	23
4.3.4. Hábitos nocivos	24
4.3.5. Seguimiento y control de enfermedad	25

4.3.6. Tensión y estrés	25
5. Metodología	26
5.1. Área de estudio.....	26
5.2. Procedimiento.....	26
5.2.1. Enfoque metodológico.....	26
5.2.2. Técnicas	26
5.2.3. Instrumentos	26
5.2.4. Tipo de diseño	27
5.2.5. Unidad de estudio	28
5.2.6. Muestra y tamaño de la muestra	28
5.2.7. Tipo de muestreo	28
5.2.8. Criterios de inclusión.....	28
5.2.9. Criterios de exclusión	28
5.3. Procesamiento y análisis de datos	28
6. Resultados	29
7. Discusión	35
8. Conclusiones	38
9. Recomendaciones	39
10. Bibliografía.....	40
11. Anexos	50

Índice de figuras

Figura 1. Clasificación de la hipertensión según la medición de la presión arterial (PA) en el consultorio.....	19
--	----

Índice de tablas

Tabla 1. Nivel de conocimiento acerca de hipertensión arterial, considerando edad, sexo, escolaridad y presencia o ausencia de HTA diagnosticada, antes de realizar una intervención educativa en los adultos del Centro Gerontológico de Celica, durante el periodo abril-septiembre 2022.....	29
Tabla 2. Nivel de conocimiento acerca de hipertensión arterial, considerando edad, sexo, escolaridad y presencia o ausencia de HTA diagnosticada, después de realizar una intervención educativa en los adultos del Centro Gerontológico de Celica, durante el periodo abril-septiembre 2022.....	30
Tabla 3. Prácticas de autocuidado en prevención y control de la hipertensión arterial, de acuerdo a edad, sexo, escolaridad y presencia o ausencia de HTA diagnosticada, antes de realizar una intervención educativa en los adultos mayores del Centro Gerontológico	31
Tabla 4. Prácticas de autocuidado en prevención y control de la hipertensión arterial, de acuerdo a edad, sexo, escolaridad y presencia o ausencia de HTA diagnosticada, después de realizar una intervención educativa en los adultos mayores del Centro Gerontológico	32
Tabla 5. Relación entre el nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado antes de realizar una intervención educativa en los adultos mayores del Centro Gerontológico de Celica	33
Tabla 6. Relación entre el nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado después de realizar una intervención educativa en los adultos mayores del Centro Gerontológico de Celica	33

Índice de anexos

Anexo 1. Asignación de pertinencia del proyecto de tesis	50
Anexo 2. Asignación de director del trabajo de titulación	51
Anexo 3. Autorización para la recolección de datos	52
Anexo 4. Certificación de tribunal Consentimiento informado.....	53
Anexo 5. Consentimiento informado.....	54
Anexo 6. Cuestionario CSH (Conocimientos sobre hipertensión)Escala tipo lickert sobre prácticas de autocuidado sobre hipertensión arterial	56
Anexo 7. Escala tipo lickert sobre prácticas de autocuidado sobre hipertensión arterial.....	58
Anexo 8. Base de datos.....	60
Anexo 9. Certificación de traducción	61

1. Título

Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y prácticas de autocuidado en adultos mayores del Centro Gerontológico de Celica

2. Resumen

La hipertensión arterial (HTA), se ha convertido en una de las enfermedades más letales debido a la gran cantidad de consecuencias que lleva consigo esta patología, cuando el paciente está consciente de la enfermedad que padece y conoce cuál es la forma adecuada de mantenerla controlada, muestra mayor predisposición a colaborar con el tratamiento, ya sea farmacológico o las actividades diarias de autocuidado que cada paciente realiza de acuerdo al conocimiento que tiene este sobre la enfermedad. La finalidad del presente trabajo fue determinar el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y las prácticas de autocuidado que realizan los adultos mayores del Centro Gerontológico del cantón Céllica. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, tipo analítico, prospectivo y longitudinal, cuya población fueron 25 adultos mayores del Centro Gerontológico del cantón Celica, se usaron dos instrumentos para la recolección de datos denominados: “Conocimiento sobre hipertensión” y “Escala tipo lickert sobre prácticas de autocuidado sobre hipertensión arterial”. Previo a la intervención educativa el nivel bajo predominó con el 52% (n=13) del total, y luego de la misma el grado de conocimiento que se destacó fue el nivel medio con el 56% (n=14). En cuanto a las prácticas de autocuidado previamente a la intervención educativa predominaron las inadecuadas con el 72% (n=18) del total y posteriormente resaltaron las practicas adecuadas con el 52% (n=13) del total. Finalmente se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado de los adultos mayores, antes y después de realizar la intervención educativa, es decir que a mayor conocimiento existe mejores prácticas de autocuidado.

Palabra clave: *Cuidados personales, estudios prospectivos, geriatría*

Abstract

High blood pressure (HTN) has become one of the most lethal diseases due to the large number of consequences that this pathology carries with it, when the patient is aware of the disease they suffer from and knows the appropriate way to maintain it. controlled, shows a greater willingness to collaborate with the treatment, whether pharmacological or the daily self-care activities that each patient carries out according to the knowledge that the patient has about the disease. The purpose of this work was to determine the level of knowledge about high blood pressure and the self-care practices carried out by older adults at the Gerontological Center of the Céllica canton. The study had a quantitative, analytical, prospective and longitudinal approach, whose population was 25 older adults from the Gerontological Center of the Celica canton, two instruments were used for data collection called: "Knowledge about hypertension" and "Lickert-type scale on practices". "self-care on high blood pressure." Before the educational intervention, the low level predominated with 52% (n=13) of the total, and after it, the degree of knowledge that stood out was the medium level with 56% (n=14). Regarding self-care practices prior to the educational intervention, inappropriate practices predominated with 72% (n=18) of the total and subsequently appropriate practices stood out with 52% (n=13) of the total. Finally, it is concluded that there is a statistically significant relationship between the level of knowledge and the self-care practices of older adults, before and after carrying out the educational intervention, that is, the greater the knowledge, the better the self-care practices.

Keyword: *Personal care, prospective studies, geriatrics*

3. Introducción

En la actualidad, la hipertensión arterial se ha convertido en una de las enfermedades más letales debido a la gran cantidad de consecuencias que lleva consigo esta patología. El número de afectados va aumentando en el mundo, dicha enfermedad se ha catalogado como una de las enfermedades crónicas frecuentes en la persona adulta. La hipertensión arterial (HTA) afecta alrededor del 30% de la población adulta en el mundo, siendo la principal causa de la aparición de enfermedades cardiovasculares, especialmente producida en enfermedades coronaria y cerebrovascular (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

A lo largo del tiempo en los diferentes estudios médicos se observa que, conforme el ser humano va envejeciendo aumenta el riesgo de padecer hipertensión arterial, asociada a diferentes factores de riesgo y la probabilidad de padecer esta patología aumenta en el pasar del tiempo (Montes *et al.*, 2022).

En la adultez desde los 60 años, la presión arterial sistólica (PAS) y la presión arterial diastólica (PAD) aumentan, a partir de esta edad se genera diferentes variaciones en la presión de pulso, donde se observa un acrecentamiento de la PAS y reducción de la PAD, producidos por la rigidez de la pared arterial (Rajjoub *et al.*, 2021).

Tener un adecuado control de la presión arterial, es primordialmente que el paciente se encuentre bien informado para que pueda contribuir en el control de su enfermedad. La falta de conocimiento sobre esta patología conlleva una deficiencia en el cuidado personal y a mantener una vida sedentaria (Patel *et al.*, 2017).

Ecuador, es el país con la mayor prevalencia de hipertensión en Latinoamérica, yaciendo la enfermedad cardiovascular secundaria, la primera causa de muerte. Un 46% de la población ecuatoriana tiene hipertensión arterial (Cervantes, 2012). Así, también, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2012-2014), concluyó que más de un tercio de la población mayor a 10 años (3'187.665) es prehipertensa y 717.529 personas de 10 a 59 años padece de hipertensión arterial. En la población de 18 a 59 años este porcentaje fue de 9,3%, teniendo más prevalencia en las mujeres con un 7,5% y en hombres del 11,2%.

De acuerdo con la encuesta STEPS:

1 de cada 5 ecuatorianos de 18 a 69 años tiene hipertensión arterial, de los cuales el 45% desconoce que padece esta enfermedad. El 45,2 % de los encuestados ignora su diagnóstico; el 12,6% estaba al tanto de su patología, pero no consumía la medicación; el 16,2% ingería los fármacos, pero continuaba presentando niveles elevados en su presión; y el 26% mantenía niveles adecuados de presión arterial (OPS, 2021).

Debido a todo lo antes mencionado, el presente estudio estuvo orientado a resolver la siguiente interrogante ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y cuáles son las prácticas de autocuidado de los adultos mayores del Centro Gerontológico de Celica?

En vista de que no se ha realizado ningún estudio de este tipo en el cantón, se propuso investigar acerca del nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y prácticas de autocuidado que realizan los adultos mayores del Centro Gerontológico del cantón Celica, así mismo afianzarlos con una estrategia educativa donde el objetivo fue beneficiar a esta población, dándoles a conocer los conceptos básicos de hipertensión arterial, sus complicaciones, factores de riesgo y el beneficio que trae consigo la modificación del estilo de vida, para de alguna forma evitar la aparición de la enfermedad o las complicaciones que en un futuro puedan generar un deterioro en la calidad de vida o hasta ocasionar la muerte.

Esta investigación se encuentra enmarcada dentro del objetivo 3: Salud y Bienestar, de acuerdo a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, , donde se pretende ayudar a mejorar la calidad de vida de la población a estudiar, fortaleciendo sus conocimientos y formas de prevención y control, para así lograr que los adultos mayores gocen de una buena salud que es esencial para el desarrollo sostenible.

Además, se enmarca dentro de las Prioridades de Investigación del Ministerio de Salud Pública del Ecuador correspondientes al periodo 2013-2017, en el área Cardiovasculares y Circulatorias, línea enfermedad cardiaca hipertensiva y sublínea conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud, paciente y sociedad y; dentro de la tercera línea de investigación de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja de la región Sur del Ecuador o Zona 7, denominada “Salud enfermedad del adulto y adulto mayor”

Se planteó como objetivo general: Determinar el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y las prácticas de autocuidado que realizan los adultos mayores del Centro Gerontológico del cantón Celica, y como objetivos específicos identificar el nivel de conocimiento acerca de hipertensión arterial, considerando edad, sexo, escolaridad y presencia o ausencia de HTA diagnosticada, antes y después de realizar una intervención educativa en los adultos mayores del Centro Gerontológico de Celica, conocer las prácticas de autocuidado en prevención y control de la hipertensión arterial, de acuerdo a edad, sexo, escolaridad y presencia o ausencia de HTA diagnosticada, antes y después de realizar una intervención educativa en los adultos mayores del Centro Gerontológico de Celica y establecer la relación entre el nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado antes y después de realizar una intervención educativa en los adultos mayores del Centro Gerontológico de Celica.

4. Marco teórico

4.1. Conocimiento

4.1.1. Definición

Alan y Cortez (2017) afirmaron que esta es una de las habilidades humanas más importantes porque permite a las personas comprender la naturaleza de las cosas que les rodean, sus relaciones y propiedades a través del razonamiento. Es una colección de información interconectada e ideas abstractas acumuladas a través de la observación y la experiencia.

El conocimiento es la información y la comprensión de una persona u organización sobre un tema o conjunto de hechos obtenidos a través de la educación, la experiencia, la investigación o la interacción con el medio ambiente. Esta información puede ser tanto teórica como práctica, permitiendo a las personas tomar decisiones informadas, resolver problemas y adaptarse a su entorno. El conocimiento incluye no sólo el almacenamiento de datos o información, sino también la capacidad de interpretar, aplicar y contextualizar información de manera significativa. Además, el conocimiento es un recurso valioso que impulsa el progreso y el desarrollo en diversos campos de la sociedad, la ciencia y la tecnología (Chaves, Zapata y Arteaga, 2019).

Desde una perspectiva más amplia, el conocimiento es la comprensión y comprensión que tiene una persona del mundo que la rodea. Se pueden dividir en diferentes categorías, como conocimiento fáctico (hechos concretos), conocimiento conceptual (ideas y conceptos), conocimiento procedimental (habilidades y procesos) y conocimiento metacognitivo (conciencia y control del propio conocimiento). El conocimiento es un componente fundamental de la cognición humana y es esencial para la toma de decisiones, la resolución de problemas y el progreso en todas las áreas del conocimiento y de la vida diaria (Romero, 2021).

4.1.2. Niveles de Conocimiento

En el proceso de aprendizaje, las personas entran en la realidad de los objetos y se apropian de ellos. Sin embargo, esta realidad ocurre en diferentes niveles de abstracción. Los humanos pueden percibir y absorber conocimientos en tres niveles tanto sensorial, conceptual como de tipo holístico (Alan y Cortez, 2017).

El conocimiento sensorial se refiere a la capacidad de comprender objetos a través de nuestros sentidos. En contraste, el conocimiento conceptual implica la habilidad del individuo para crear conceptos basados en ideas abstractas, universales e invisibles, comunicar estos conceptos mediante símbolos abstractos y combinar conceptos a través de procesos cognitivos. El enfoque que corresponde al tipo holístico, por otro lado, nos permite abordar problemas

vistos desde múltiples interacciones y se caracteriza por una perspectiva teórica integral e interpretativa (Alan y Cortez, 2017).

Cada tipo de conocimiento está asociado a un nivel directo de clasificación que determina el grado de comprensión propia de la realidad a medida que se desarrolla un individuo. Estos niveles se dividen en: conocimiento empírico de tipo no científico, que se caracteriza por estar fundamentado en relación al conocimiento común de cada una de las personas y, por tanto, se considera relativamente impreciso; conocimiento científico que tiene como objetivo comprender y descubrir las leyes o procesos que rigen la naturaleza y que se pretende utilizar en beneficio de la sociedad, transformarlos o transformarlos; El conocimiento que corresponde al filosófico se obtiene recopilando información tanto analizada y probada en la práctica diaria humana (Alan y Cortez, 2017).

Cada uno de los niveles que hace referencia al conocimiento presenta una clasificación muy variada tomando en consideración el contexto en el que se encuentre y analice. A continuación, se presenta la clasificación general de los niveles de conocimiento según Carrasco, Fernández y Martínez (2018):

Conocimiento Factual o Declarativo: Este nivel de conocimiento implica la comprensión de hechos, datos y eventos. Se refiere a la capacidad de recordar y describir información concreta. Por ejemplo, saber la capital de un país o las fechas de eventos históricos. **Conocimiento Conceptual:** En este nivel, se comprenden conceptos y principios. Se trata de entender las relaciones entre diferentes ideas o conceptos. Por ejemplo, comprender el concepto de la gravedad en la física. **Conocimiento Tácito o Implícito:** Este tipo de conocimiento es difícil de expresar verbalmente o de transferir a otros. A menudo se adquiere a través de la experiencia directa y no se puede describir fácilmente. Por ejemplo, la intuición o el conocimiento práctico que un experto en una determinada actividad tiene a lo largo de los años. (p.23)

4.2. Hipertensión Arterial

4.2.1. Definición

La hipertensión, también referida como presión arterial elevada o alta, constituye un tipo de afección que principalmente se caracteriza por la presencia reiterada de una presión elevada en cada uno de los vasos sanguíneos, lo que a largo plazo si esta anomalía persiste podría llegar a generar vari afecciones permanentes. La presión arterial se origina debido a la fuerza ejercida por la sangre contra las paredes de las arterias. Cuanto más alta es la tensión de la sangre, más esfuerzo el corazón realiza al momento de bombear y circular la sangre (Organización Mundial de la Salud, 2017).

Una persona puede ser catalogada hipertensa cuando su presión arterial presenta regularmente niveles inusualmente elevados. La presión arterial, comúnmente hace referencia a la fuerza que la sangre ejerce sobre las arterias, los mismo que son los conductos principales por los que circula la sangre en el cuerpo. Esta condición se basa en la medición por dos valores: el primero corresponde principalmente a la presión sistólica, que hace referencia al momento en que el corazón de manera involuntaria realiza una contracción o late, y el segundo es la presión diastólica, que representa la presión que se ejerce directamente sobre los vasos del corazón cuando el mismo se encuentra en un estado de relajación entre latidos (OMS, 2021).

Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud (2020) manifiesta que esta enfermedad se puede prevenir o tardía a través de buenas intervenciones preventivas, entre ellas son las comidas bajas en sal, dietas ricas en verduras de diferentes colores, frutas, ejercicios físicos y el adecuado peso, teniendo en cuenta un buen índice de masa corporal. La OPS impulsa políticas y proyectos desde el punto de vista de la salud pública, la prevención de la HTA a través de políticas para evitar el consumo excesivo de comidas altas en sal, promoviendo una alimentación saludable, el deporte y así prevenir la obesidad y las complicaciones cardiovasculares

La hipertensión arterial, como se explicó anteriormente, está asociada principalmente con la presión que la sangre ejerce sobre las paredes de las arterias. A raíz de esta condición, según la Organización Mundial de la Salud (2021) los pacientes pueden experimentar las siguientes afecciones:

Mantener una presión sistólica, que oscila entre 120 y 90 mmHg, se origina durante la contracción del corazón, mientras que la presión diastólica, corresponde directamente a valores entre 80 y 60 mmHg, se produce cuando el corazón se encuentra en su fase de relajación. Un diagnóstico de hipertensión arterial se confirma cuando el paciente presenta una presión sistólica que supera los 140 mmHg y la presión diastólica supera los 90 mmHg. (p.11)

La hipertensión se manifiesta en pacientes a través de valores de presión arterial que exceden los rangos considerados normales, específicamente, cuando la presión sistólica con valores que van desde los 140 mmHg y/o la presión diastólica con medición mayor a 90 mmHg. En contraste, se considera una lectura de presión arterial normal cuando es menor de 120/80 mmHg, y se etiqueta como pre-hipertensión cuando se encuentra en el rango de 120/80 a 139/89 mmHg (Marín, 2017).

La hipertensión constituye una condición en la que se produce una opresión de la sangre sobre las arterias la misma que al permanecer elevada constantemente se vuelve una condición

crónica. Esta elevación constante puede incrementar el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, como enfermedades del corazón, accidentes cerebrovasculares, trastornos renales y otras complicaciones de salud (Pulgarin y Rico, 2018).

4.2.2. Fisiopatología

La fisiopatología de la hipertensión (HTA) es compleja. Están implicados varios factores, la mayoría de los cuales tienen una base genética. Sin embargo, de todos estos factores, el sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) ha demostrado ser el más importante, ya que contribuye en cierta medida a los efectos de otros factores humorales y/o neurales, como la formación de la inhibición de la endotelina, inhibición del óxido nítrico (NO) o de la prostaciclina (PGI₂), efectos de las catecolaminas o vasopresina (AVP), factor sensible a la ouabaína o PDE, tromboxano A₂ (TxA₂) y diversos vasopresores endógenos (Wagner, 2018).

La renina, una proteasa producida solo por las células yuxtaglomerulares renales, escinde el angiotensinógeno (sustrato de la renina producido por el hígado) en A I, que se convierte en A II por la enzima convertidora de la angiotensina (ECA). La ECA es más abundante en los pulmones, pero también está presente en el corazón y en la vasculatura sistémica (ECA tisular). La cimasa, una serina proteasa en el corazón y en las arterias sistémicas, aporta una vía alternativa para la conversión de A I en A II. La interacción de A II con los receptores AT₁ acoplados a proteína G activa numerosos procesos celulares y contribuye a la hipertensión y acelera el daño hipertensivo en órganos terminales (Zipes et al., 2018).

La fisiopatología de la HTA constituye un conjunto complejo de síntomas que se encuentran interrelacionados que resultan en un aumento sostenido de la presión. Los siguientes son algunos de los factores y procesos clave en la fisiopatología de la hipertensión según Estrada, Chávez y Hernández (2019):

- **El control del sistema renina-angiotensina-aldosterona:** desempeña un papel fundamental dentro de la reducción de la HTA. Cuando los riñones perciben una disminución del torrente sanguíneo, liberan rápidamente renina, la cual es una enzima que se enfoca en realizar varios procesos destinados a elevar la presión arterial. Lo que produce la secreción de la angiotensina tipo II, una sustancia altamente vasoconstrictora que comprime drásticamente los vasos sanguíneos, lo que origina el aumento tanto de sodio como la acumulación de agua, lo que incrementa el volumen de sangre y por consiguiente la presión arterial.

- **Disfunción endotelial:** El endotelio es la capa de células que recubre el interior de los vasos sanguíneos. Cuando el endotelio funciona de manera anormal, puede liberar menos óxido nítrico, una sustancia que relaja los vasos sanguíneos y ayuda a regular la presión arterial. La disfunción endotelial contribuye a la vasoconstricción y al aumento de la presión arterial.
- **Hipertrofia del músculo liso vascular:** En respuesta al estrés crónico, los músculos lisos que rodean las arterias pueden engrosarse y contraerse, lo que disminuye la capacidad de los vasos para relajarse y aumenta la resistencia al flujo sanguíneo.
- **Sistema nervioso autónomo:** el sistema nervioso autónomo juega un papel importante en la regulación de la presión arterial. La hiperactividad del sistema nervioso simpático, que controla la respuesta de "lucha o huida", puede aumentar la presión arterial al elevar la frecuencia cardíaca y contraer los vasos sanguíneos.
- **Factores inflamatorios y oxidativos:** La inflamación crónica y el estrés oxidativo en las paredes arteriales pueden dañar los vasos sanguíneos y contribuir a la hipertensión. La inflamación puede desencadenar la formación de placas en las arterias (aterosclerosis) y estrechar aún más los vasos.

La hipertensión es a menudo una condición multifactorial en la que pueden estar involucrados varios mecanismos. Controlar la presión arterial alta a menudo implica cambios en el estilo de vida, como una dieta baja en sodio, ejercicio, manejo del estrés y, en algunos casos, medicamentos antihipertensivos (Lans y Torres, 2019).

4.2.3. Factores de Riesgo

4.2.3.1. Factores Modificables.

4.2.3.1.1. Obesidad. En los últimos años se ha podido demostrar la existencia de una relación directa entre la obesidad y HTA, ya que el aumento del IMC en el cuerpo aumenta la probabilidad de desarrollar hipertensión. Se estima que alrededor del 60 al 70% de los casos de hipertensión en adultos hoy en día están fuertemente relacionados con el padecimiento de la obesidad. Sin embargo, esta relación es complicada porque el tejido de carácter adiposo conserva características metabólicamente activas y juega un papel importante en el apareamiento de la hipertensión (García et al., 2017)

En pacientes con hipertensión, la obesidad provoca cambios en el nivel de macrocirculación, por lo que los cambios son la base para el tratamiento y control de la hipertensión. El exceso de peso corporal se asocia con una mayor incidencia de hipertensión arterial en la juventud, mientras que un aumento IMC de 2,4 kg/m² en la edad adulta está

fuertemente asociada con un mayor riesgo de hipertensión incluso en individuos menos sedentarios. Por tanto, se puede decir que el 70% de los nuevos casos de hipertensión pueden atribuirse a la obesidad o al aumento de peso. (Mur et al., 2017).

En cuanto a la relación entre obesidad y HTA, se han reportado valores elevados de PA o una alta prevalencia de hipertensión en niños y adolescentes obesos, esto teniendo en cuenta a niños de peso normal. La relación entre obesidad y presión arterial alta y compleja a la vez, debido a la existencia de innumerables mecanismos pueden directamente contribuir al desarrollo de hipertensión tales como la estimulación del sistema nervioso simpático, las alteraciones en la proteína leptina, efectos directos de la grasa perimetral sobre el parénquima renal y citocinas que actúan a nivel del endotelio vascular (Mendoza, 2019).

4.2.3.1.2. Sedentarismo. La escasa actividad física es una condición que se asocia al estado pro inflamatorio, con aumento de los marcadores de resistencia a la insulina e inflamación, que son la base del desarrollo de la aterosclerosis temprana. El sedentarismo es la falta de actividad física regular o el hábito de estar sentado o inactivo durante la mayor parte del día. Está directamente relacionado con la hipertensión arterial (presión arterial alta) y puede ser un factor de riesgo importante para su desarrollo (Abujieres *et al*, 2019).

La actividad física regular crea adaptaciones en diferentes sistemas orgánicos, y de estas adaptaciones se obtienen muchos beneficios, entre los que podemos encontrar beneficios biológicos, psicológicos y sociales. La actividad física y el buen estado físico prolongan la vida y protegen contra enfermedades cardiovasculares, enfermedades cardíacas, hipertensión, obesidad, osteoporosis, cáncer de colon y depresión. Estas afirmaciones no son meramente hipotéticas, ya que los beneficios de prevenir estas enfermedades mediante la actividad física están causalmente relacionados con los cambios inducidos por el ejercicio en los mecanismos enzimáticos fisiológicos del cuerpo (López et al., 2017).

El sedentarismo o la inactividad física se produce en personas que no realizan actividad física ni ejercicio regular, preferentemente ejercicios aeróbicos e isotónicos (caminar, nadar o andar en bicicleta) al menos 3 veces cada 36 semanas. Cada sesión dura entre 30 y 45 minutos. Las investigaciones muestran que las personas que permanecen sentadas durante largos periodos de tiempo tienen mayor riesgo de desarrollar presión arterial alta, por lo que se recomienda permanecer sentadas quietas durante 15 minutos al día. La actividad física protege contra las enfermedades cardiovasculares; El 69% - 71,3% de la población lleva un estilo de vida sedentario. En un estudio que utilizó específicamente el estado físico basado en el ejercicio planificado, los niveles bajos de actividad física se asociaron con un aumento de 2,7 veces en la mortalidad cardiovascular (Valencia, 2017).

4.2.3.1.3. Consumo de Alcohol. El consumo agudo de alcohol afecta el sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) al aumentar la actividad de la renina plasmática. El RAAS es responsable de mantener el equilibrio de líquidos y electrolitos. Un aumento en la renina plasmática da como resultado una mayor producción de angiotensina I (AI), que se convierte en angiotensina II (AII) mediante la enzima convertidora de angiotensina (ACE). La hormona AII es un potente vasoconstrictor que estimula la secreción de aldosterona y vasopresina de la glándula suprarrenal, lo que promueve la retención de sodio y agua. Como resultado, aumentan la resistencia periférica y el volumen sanguíneo, lo que lleva a un aumento de la sangre arterial (Tasnim *et al*, 2020).

Los niveles más altos de HTA se registran en personas que mantienen un hábito de consumo de entre seis o más unidades de alcohol a diario. Se considera que el consumo excesivo ocurre cuando se sobre pasa los 39 centímetros cúbicos al día, lo que equivale entre dos copas de vino o 60 mililitros de ron, o dos cervezas. Cada porción de alcohol es un detonante para sufrir HTA, dado que generan un aumento en los niveles de triglicéridos y el ácido úrico, lo que genera el riesgo de padecer arritmias cardíacas (Zambrano, Jaramillo y Lino, 2016).

Beber con moderación puede tener un efecto inmediato sobre la presión arterial. En algunas personas, el alcohol puede provocar un aumento temporal de la presión arterial al dilatar los vasos sanguíneos. Sin embargo, existen reacciones crónicas del alcohol en HTA tal como menciona Romero (2019):

- El alcohol puede causar daño directo a las células del corazón y a los vasos sanguíneos, lo que puede contribuir al desarrollo de hipertensión a lo largo del tiempo.
- Además, el alcohol puede interferir con la función del sistema nervioso autónomo, que regula la presión arterial. El consumo excesivo de alcohol puede desregular este sistema y llevar a la hipertensión. (p.34)

4.2.3.1.4. Consumo de Tabaco. El humo del cigarrillo contiene aproximadamente 7.000 sustancias químicas, muchas de las cuales aumentan el estrés oxidativo, la disfunción endotelial y la remodelación cardíaca, lo que contribuye al desarrollo de aterosclerosis y a un mayor riesgo cardiovascular. Consumir tabaco provoca aumentos considerables de la PA y la frecuencia cardíaca a través del sistema nervioso simpático, pero los efectos a largo plazo aún no están claros (Acosta *et al.*, 2021).

La nicotina presente en los cigarrillos estimula la médula suprarrenal, desencadenando la liberación de catecolaminas que generan un aumento en la frecuencia cardíaca, el gasto cardíaco y la presión arterial, entre otros efectos (Penín *et al.*, 2021). El tabaquismo está

estrechamente relacionado con la presión arterial como un factor de riesgo cardiovascular, y el efecto principal de la nicotina es la constricción de los vasos sanguíneos. El tabaco afecta a las arterias al generar radicales libres que dañan el endotelio, lo que conduce a la constricción de los vasos, disfunción del endotelio y desarrollo de aterosclerosis, provocando un aumento en la presión arterial (De la Rosa, 2018)

El consumo de tabaco conlleva la inhalación de numerosos productos químicos tóxicos y carcinógenos que afectan negativamente a la salud del sistema cardiovascular. Además, el monóxido de carbono presente en el humo del tabaco puede desplazar el oxígeno en la sangre, lo que aumenta la carga de trabajo del corazón y puede elevar la presión arterial. A largo plazo, el tabaquismo crónico daña las arterias, reduce su capacidad de dilatación y puede contribuir al endurecimiento de las arterias (aterosclerosis), lo que aumenta la presión arterial (Paillacho, 2020).

4.2.3.1.5. Estrés. Cuando las personas experimentan estrés o agresión física o mental, el eje pituitario-suprarrenal se activa, lo que hace que el hipotálamo libere la hormona CRF (factor liberador de corticotropina), que actúa sobre la glándula pituitaria para provocar la secreción de la hormona corticotropina, esta actúa sobre la corteza suprarrenal, lo que da como resultado la producción de corticosteroides, que ingresan al torrente sanguíneo y producen múltiples órganos. Además, en el sistema nervioso vegetativo, encargado de mantener la homeostasis del organismo, la activación simpática supone la secreción de dos catecolaminas según Hernández (2021):

Tanto la Adrenalina como noradrenalina son las encargadas de poner el organismo en estado de alerta y vinculan el estrés con el bienestar psicofisiológico. Ambos interfieren con varios procesos orgánicos, incluida la dilatación pupilar, las bronquiectasias, la movilización de ácidos grasos (aumento de lípidos en sangre), la vasodilatación muscular y la vasoconstricción de la piel, el aumento de la coagulación y el aumento del gasto cardíaco. Y este último, da lugar a la posibilidad de presentar hipertensión arterial. (p.9)

Cuando se genera estrés, la presión arterial aumentan, lo que genera una carncia de oxígeno del corazón. El sistema nervioso libera catecolaminas, como la epinefrina, que pueden aumentar la respiración, la frecuencia cardíaca. Esto eleva nuestra presión arterial, provocando que aumente. (Hernández, 2021).

4.2.3.2. Factores no Modificables

4.2.3.2.1. Edad. Se ha evidenciado que la incidencia de hipertensión en los ancianos aumenta a medida que aumenta la edad debido al proceso de envejecimiento, originado principalmente el aumento de la rigidez arterial, la remodelación vascular y los cambios tanto en los mecanismos renales como de tipo hormonal (Cruz, 2019).

Los mecanismos de disfunción del endotelio, del músculo liso vascular y de la matriz extracelular relacionados con la edad implican estrés oxidativo, disminución o aumento del aclaramiento de óxido nítrico, una relación vasoconstrictora/vasodilatadora desequilibrada, un entorno proinflamatorio bajo y angiogénesis alterada. y células endoteliales. Envejecimiento. Por tanto, el proceso de envejecimiento del músculo liso vascular se caracteriza por cambios en el potencial de replicación, cambios en el fenotipo celular y la sensibilidad a los mediadores contráctiles y relajantes (Osorio y Amariles, 2018).

Se observa un incremento gradual en la incidencia de hipertensión con el avance de la edad, alcanzando hasta un 70% en personas mayores de 70 años. Es bien conocido que existe una correlación directa entre la presión arterial y la edad, y se ha registrado que la prevalencia de la hipertensión arterial sistémica (HAS) supera el 60% en individuos de 65 años o más (Vélez et al., 2017).

4.2.3.2.2. Raza. La prevalencia de hipertensión en la población negra es mayor a la de otras poblaciones, así como las complicaciones cardiovasculares y renales en las distintas edades y niveles de PA. Los niveles de renina y angiotensina son menores que en sujetos blancos, motivo por el que, probablemente, la respuesta a los bloqueantes del SRAA sea menor (Rajjoub, Lorente, Martínez y Zamorano, 2021).

La raza o grupo étnico puede desempeñar un papel en la prevalencia y el riesgo de hipertensión arterial. Se ha observado que ciertos grupos raciales y étnicos tienen una mayor incidencia de hipertensión en comparación con otros. Algunos de los factores que contribuyen a estas diferencias incluyen la genética, la predisposición hereditaria y las disparidades en el acceso a la atención médica. La genética desempeña un papel importante en la predisposición a la hipertensión. Algunos grupos étnicos pueden heredar una mayor susceptibilidad genética a la hipertensión. Por ejemplo, la hipertensión es más común y a menudo se presenta a una edad más temprana en las poblaciones afroamericanas (Camacho, 2017).

Es importante destacar que estas tendencias no son aplicables de manera universal a todos los individuos dentro de un grupo étnico. La genética, el estilo de vida y otros factores individuales juegan un papel crucial en la salud cardiovascular de cada persona. Los factores sociales relacionados que pueden explicar este fenómeno son el nivel socioeconómico y en

consecuencia un acceso limitado al tratamiento médico, además de la presencia de diabetes tipo 2 y la obesidad (Urina et al., 2027).

4.2.3.2.3. Antecedente Familiar. El valor de los factores epigenéticos es muy probable, pero todavía en conocimiento hipotético. La interacción de cada uno de los factores genéticos y ambientales conduce a cambios estructurales antes y durante el diagnóstico de la HTA, produciendo una respuesta pseudoadaptativa del sistema cardiovascular (Gómez, Pérez, Tamayo, & Iparraguirre, 2021). Los informes indican que la proporción de pacientes hipertensos que tienen un familiar cercano con antecedentes de hipertensión oscila entre el 30% y el 60% (Villareal, 2020).

Los historiales médicos familiares representan un factor de riesgo que no se puede cambiar y que actúa de manera independiente. Las personas con un familiar ya sea sus padres o hermanos que hayan padecido una enfermedad coronaria tienen un riesgo más elevado de desarrollar enfermedades arteriales coronarias en comparación con la población general. En el caso de tener uno de los padres con hipertensión arterial, existe aproximadamente un 25% de probabilidad de desarrollar la enfermedad en algún momento de la vida. Por otro lado, si alguno de los padres padece hipertensión, el riesgo de desarrollarla aumenta al 60% (Lozano, 2017).

La influencia de los antecedentes familiares puede ser importante en el desarrollo de la hipertensión, ya que la susceptibilidad genética a la enfermedad puede transmitirse de una generación a otra, ya que existe entre 1,5 y 2 veces más probabilidades de desarrollar una enfermedad cardiovascular que las personas sin este componente genético. En las mujeres, los factores genéticos tienen menos influencia. Las investigaciones también muestran que los pacientes que sufren un infarto agudo de miocardio a una edad temprana tienen más probabilidades de tener parientes consanguíneos con la enfermedad (Custodio, 2019).

4.2.3.2.4. Sexo. Aunque los hombres tienen niveles de HTA en todos los rangos de edad que las mujeres, las mujeres mayores tienen una prevalencia ligeramente mayor de presión arterial alta y casi siempre están peor controladas. El estradiol tiene efectos vasodilatadores, antiproliferativos y antioxidantes debido a sus efectos adrenérgicos y de óxido nítrico en mujeres premenopáusicas. Este efecto protector se pierde en la menopausia, lo que se asocia con una mayor resistencia a la insulina que conduce a cambios en el peso corporal. Las mujeres tienen un gasto cardíaco un 10% mayor, mientras que la resistencia vascular sistémica es un 10% menor, lo que resulta en una frecuencia cardíaca más alta (Urrea, 2018).

Los infartos que afectan a los adultos son más comunes en los hombres, representando el 68% de los casos, y su incidencia aumenta constantemente con la edad. Para las mujeres el riesgo de sufrir afecciones cardíacas aumenta con la menopausia, aunque sigue siendo menor

que en los hombres. El género también juega un papel importante en el contexto de la presión arterial alta, observándose marcadas diferencias en la prevalencia y el riesgo entre hombres y mujeres. Se ha descubierto que las mujeres premenopáusicas tienen tasas más bajas de hipertensión en comparación con los hombres del mismo grupo de edad. Sin embargo, después (Chaves y Muñoz, 2021).

En resumen, aunque hay diferencias en la prevalencia de la hipertensión entre hombres y mujeres, estas diferencias no son absolutas y pueden depender de la edad y de factores hormonales. Tanto los hombres como las mujeres pueden desarrollar hipertensión, y es importante que todas las personas, independientemente de su género, se sometan a evaluaciones regulares de la presión arterial y sigan un estilo de vida saludable para prevenir y controlar la hipertensión. La atención médica y el tratamiento adecuado son fundamentales para aquellos que tienen hipertensión, sin importar su género (Glezerman, 2017).

4.2.3.2.5. Diabetes. La diabetes aumenta el riesgo de hipertensión arterial y otros problemas cardiovasculares porque daña las arterias y provoca aterosclerosis. La aterosclerosis causa presión arterial alta que, si no se trata, puede causar más daño a los vasos sanguíneos y provocar accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca, infarto de miocardio o insuficiencia renal (Muñoz, 2018).

La presencia de diabetes incrementa de 2 a 3 veces la probabilidad de desarrollar enfermedades cardiovasculares, y este riesgo es más pronunciado en mujeres que en hombres. Asimismo, los problemas asociados con la glucosa se asocian con un aumento del 1.5 veces en el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Además, la diabetes se asocia con una mayor probabilidad de hipertrigliceridemia, colesterol HDL bajo, hipertensión y obesidad, síntomas que a menudo preceden a la aparición de la diabetes. Se ha observado que la resistencia a la insulina es un mecanismo común subyacente a estos factores de riesgo, y esta combinación se denomina síndrome metabólico (O'Donnell y Elosua, 2018). La diabetes hace que los riñones filtren sangre de manera menos eficiente. Asimismo, la enfermedad hace que los vasos sanguíneos se endurezcan y eso propicia la alta presión arterial. La combinación de diabetes no controlada y hipertensión aumenta significativamente el riesgo de complicaciones graves, como enfermedades del corazón, accidentes cerebrovasculares, enfermedad renal crónica, retinopatía diabética y neuropatía periférica. Ambas afecciones pueden dañar los vasos sanguíneos y los órganos, lo que lleva a estas complicaciones (Salazar, 2017).

4.2.4. Causas

Existen diferentes causas que se da por padecer hipertensión arterial, esto debido a dos tipos de factores de riesgo; los factores de riesgo modificables “actividades o hábitos del paciente” y los factores de riesgo no modificables “antecedentes familiares de hipertensión arterial, la edad superior a los 65 años y la concurrencia de otras enfermedades, como diabetes o nefropatías” (Busquets, 2019).

Asimismo, para algunos expertos en Medicina Interna, los aumentos de causas corresponden a la hipertensión arterial son: “herencia familiar, alimentación inadecuada, obesidad, inactividad y vida sedentaria, tabaco, estrés y consumo excesivo de alcohol” (Achury, et al., 2019).

Las causas identificables de hipertensión arterial son muchas, sin embargo, únicamente presenta en las personas con hipertensión el 5% de los pacientes, mientras que el 95% de los casos son desconocidos y catalogada como hipertensión primaria o esencial, (Bescós, et al., 2010).

Mientras que la hipertensión inducida dada por los fármacos y sustancias peligrosas, esta es el primer principio de hipertensión secundaria en los individuos, presentándose en un 30% de las hipertensiones secundarias (Bescós, et al., 2010):

- Sustancias esteroideas: los glucocorticoides aumentan la retención de sodio y agua, lo cual conlleva un aumento en el volumen plasmático y en el gasto cardiaco. Los 9-alfa fluorados elevan la presión arterial por estímulo del receptor de mineral corticoides y se encuentran en gran cantidad de pomadas, como las antihemorroidales; su acción es múltiple aumentando la retención de sodio y agua y las resistencias periféricas. Los anabolizantes actúan reteniendo fluidos e inhibiendo la acción de la 11-betahidroxilasa lo que conlleva un aumento de la 11-DOCA.
- Anticonceptivos hormonales: Debido a su contenido estrogénico se produce un aumento de angiotensinógeno, aumentando la retención de sodio y agua y provocando vasoconstricción periférica. En algunas ocasiones, la terapia hormonal sustitutiva con estrógenos y progestágenos puede elevar los valores de presión arterial, aunque en la mayoría de las mujeres los reduce.
- Ciclosporina: El mecanismo es debido a nefrotoxicidad directa y a la producción de vasoconstricción renal. Tiene una elevada capacidad para inducir hipertensión, siendo el factor principal para el desarrollo de hipertensión en el postransplante.

- Eritropoyetina: su efecto es secundario al aumento de la viscosidad sanguínea y aumento de la respuesta a catecolaminas y angiotensina, así como disminución de la vasodilatación inducida por la hipoxia.
- AINE: Elevan la presión arterial en hipertensos y bloquean la actividad hipotensora (de IECA, ARA II) por inhibición de la síntesis de prostaglandinas vasodilatadoras (PGE2).
- Miscelánea: bromocriptina, ergotamínicos, antidepresivos tricíclicos, litio. Múltiples drogas como la cocaína, plomo, paratión. La nicotina y el alcohol.

4.2.5. Signos y síntomas de hipertensión arterial en el adulto mayor

Un porcentaje de la población mundial que presentan hipertensión ignoran la enfermedad y las causas que van acompañadas de síntomas silenciosos, es decir, que dicha enfermedad mata silenciosamente. Es de suma importancia poder controlar la tensión arterial periódicamente, se presenta con diferentes: “cefaleas matutinas, hemorragias nasales, ritmo cardíaco irregular, alteraciones visuales y acúfenos”, mientras que, la hipertensión grave provoca “cansancio, náuseas, vómitos, confusión, ansiedad, dolor torácico y temblores musculares” (OMS, 2021).

La tensión arterial como lo menciona la Organización Mundial de la Salud presenta dos valores:

El primero la tensión sistólica que corresponde desde el momento de la contracción del corazón, mientras que el segundo se considera como la tensión diastólica, que representa cuando el corazón se relaja entre un latido tras otro, si la tensión sistólica es mayor o igual a 140 mmHg y la diastólica superior o igual a 90 mmHg se diagnosticara al paciente como hipertenso (OMS, 2022).

4.2.6. Diagnóstico de hipertensión arterial en el adulto mayor

La medición de la PA se basa en el diagnóstico y rastreo de la hipertensión. El diagnóstico no debe ejecutar en una sola visita al consultorio por lo general, se requieren de 2 a 3 visitas al consultorio en un periodo de un mes (según el nivel de PA) para confirmar el diagnóstico de hipertensión. Si la PA es $\geq 180/110$ mmHg y hay evidencia de enfermedad cardiovascular (ECV), el diagnóstico de hipertensión debe confirmarse mediante la medición de la PA fuera del consultorio (Unger et al., 2020).

Figura 1. Clasificación de la hipertensión según la medición de la presión arterial (PA) en el consultorio

Categoría	Sistólica (mmHg)		Diastólica (mmHg)
PA normal	<130	y	<85
PA normal alta	130-139	y/o	85-89
Hipertensión de grado 1	140-159	y/o	90/99
Hipertensión de grado 2	≥160	y/o	≥100

Fuente: (American Heart Association, 2020).

4.2.7. Complicaciones

Respecto a las complicaciones de la hipertensión arterial, estas pueden producir o provocar daños graves, puede presentarse en el endurecimiento de arterias reduciendo el flujo de sangre y oxígeno que llega al corazón, presentando un dolor torácico, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, arritmias, accidente cerebrovascular, insuficiencia renal y oftalmológicas (Organización Mundial de la Salud, 2021)

Igualmente, se sabe que la hipertensión arterial, acarrea a diferentes condiciones clínicas agravantes del estado de salud como: “enfermedad cerebrovascular, enfermedad cardíaca, retinopatía, enfermedad renal crónica”, es decir, beneficia significativamente el progreso de otras patologías, que puede poner en riesgo la vida del paciente hipertenso (Sociedad Argentina de Cardiología, 2018).

La hipertensión es un trastorno crónico y requiere cuidado y manejo a largo plazo. La educación detallada sobre la modificación del estilo de vida y la terapia farmacológica es la clave del éxito para un mejor control de la presión arterial y para prevenir complicaciones (Dandicourt y Thomas, 2019).

Las complicaciones en las personas con hipertensión arterial deben de controlarse comenzando con la medición del peso, la actividad física que realiza diariamente, la limitación del consumo de alcohol/tabaco, con el fin de reducir el riesgo cardiovascular. Las siguientes complicaciones por la hipertensión no controlada, en múltiples ensayos de población son (Dandicourt y Thomas, 2019):

- Enfermedad coronaria (CHD)
- Infarto de miocardio (IM)
- Accidente cerebrovascular (CVA), ya sea isquémico o hemorragia intracerebral
- Encefalopatía hipertensiva
- Insuficiencia renal, aguda versus crónica

- Enfermedad arterial periférica
- Fibrilación auricular
- Aneurisma aórtico

4.2.8. Tratamiento

El tratamiento de la hipertensión arterial tiene como objetivo la disminución de morbilidad y mortalidad, que se produce por las dificultades de las patologías como ictus, cardiopatía hipertensiva y enfermedad renal. Para obtener una evaluación clara y precisa del paciente hipertenso se debe tener en cuenta 3 objetivos: “determinar las posibles causas, evaluar el estado de afección de los órganos diana y de enfermedades cardiovasculares, e identificar otros factores de riesgo de accidente cardiovascular, dependiendo de los factores de riesgo y el daño producido a los órganos diana se determina el tratamiento terapéutico”. Si se presenta hipertensión arterial esencial usualmente su tratamiento es la modificación del estilo de vida, aumentando la actividad física se debe comenzar el paciente con un tratamiento de alimentación saludable y adecuada, y si aún presenta problemas de mejora en la presión arterial se plantea el uso del tratamiento farmacológico (Candelaria et al., 2019)

Además, el paciente debe tener un tratamiento farmacológico adecuado, ya que al tener la tensión alta las arterias efectuaran mucha fuerza, y esto hace que se endurezca y pueda romperse produciéndose así una hemorragia, esto se puede ocasionar en la retina, oído u otras partes del cuerpo. Teniendo muchos daños cerebrales y apoplejías, como lo menciona en la investigación *Documento de consenso sobre consulta telemática en hipertensión y riesgo vascular, Sociedad Española de Hipertensión, 2021* (Gijón et al., 2021)

Se debe tener en cuenta diferentes aspectos en los tratamientos de las personas, como es la alimentación en los pacientes adultos con hipertensión arterial. Siendo como principal el control el: “consumo de sodio en las comidas, el cual se recomienda debe ser <2300 mg/ día, evitando el consumo excesivo del mismo en alimentos procesados o por el control inadecuado de la ingesta de sal” (Candelaria et al., 2019)

4.3. Prácticas de autocuidado en personas adultas mayores con Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial es una enfermedad común en la población mundial, ya que afecta a otros padecimientos presentes en el individuo, fundamentalmente para la cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca, enfermedad cerebro vascular, insuficiencia renal y contribuye significativamente a la retinopatía. A los adultos mayores hipertenso deben tener en su alimentación una costumbre sana, sobre todo, cuando otros factores de riesgo para

enfermedad cardiovascular, tales como la dislipidemias y diabetes mellitus (Naranjo, Sánchez y Lorenzo, 2019).

Estos hábitos se deben de tener a lo largo de la vida, particular las personas mayores deben de llevar una dieta equilibrada, realizar actividades físicas periódica, igualmente debe de abstenerse de fumar, esto auxilia a reducir el riesgo de sufrir enfermedades no infecciosas y mejorar las facultades físicas, mentales y ayudan a preservar la función cognitiva, retrasar la dependencia y revertir la fragilidad del adulto mayor (Ponce y Lois, 2020).

4.3.1. Autocuidado del adulto mayor

El autocuidado es considera como la acción primordial que tiene el ser humano, con el propósito de cumplir un objetivo de “mejorar nuestro estilo de vida para aplazar los días de vida y vivir sin complicaciones” logrando así una vida saludable (Organización Mundial de la Salud, 2019).

La investigadora Dorotea determinó el significado de “auto” como el total del ser humano, ya que esto llega a ser fundamental en las necesidades físicas, psicológicas y espirituales. El concepto cuidado, se lo representa como un todo en la salud de las personas son sus acciones con el fin de tener una vida saludable. El autocuidado es la acción y la práctica de acciones que el sujeto realiza para su propio beneficio con el objetivo de mejorar su bienestar (Naturaleza del autocuidado, 2022).

En la parte psicológica el autocuidado es esencial especialmente en las personas adultas, ya que el ser humano desarrolla aspectos “emocionales, intelectuales y sociales”, para una mejor calidad de vida. Con la presencia de hipertensión arterial, el adulto mayor presenta un impacto emocional superior, por los cambios imprescindibles en los estilos de vida del individuo y su familia, ya que se debe de reducir los factores de riesgos que acarrea (Caballero, 2019).

Igualmente, el autocuidado es una práctica diaria que la persona debe de estar comprometida con respecto a la calidad de vida que mantiene, es decir, una capacidad innata para prevenir enfermarse, conservar la buena salud y enfrentar las invalideces y evitar el servicio de una segunda persona, familia o entidad (Organización Mundial de la Salud, 2019)

4.3.2. Alimentación

La práctica de la nutrición y alimentación en las personas con hipertensión arterial tiene que ser adecuada, cuando la persona hipertensa práctica una alimentación saludable, soluciona las diferentes complicaciones de esta enfermedad. La buena nutrición admite la reducción de la gravedad, mejorando de la misma forma con su tratamiento farmacológico diario y sus

diferentes actividades físicas que evitara complicaciones de esta enfermedad (Noohi F, et al., 2017).

Se recomienda una dieta hiposódica, hipograsa, hipocalórica, estas dietas deben de incluir los siguientes alimentos:

Frutas y verduras; el ajo tiene una sustancia que actúa como dilatador de los vasos sanguíneos, de este modo ayuda a reducir la presión arterial, el apio es un diurético y elimina el colesterol malo por la orina y las heces, además de depurar el organismo y ayuda a perder peso, es recomendable comer diariamente en las ensaladas (Kunstamann, 2019).

Se ha comprobado que la presión arterial es susceptible a los cambios en el estilo de vida, estos cambios que presenta la persona con problemas de hipertensión modifican el tipo de alimentos como:

La reducción de la ingesta calórica, consumir menos de 5gr de sal al día, aumento de consumo de potasio (frutas frescas, vegetales y cereales), incluir granos enteros, legumbres, semillas, nueces, aceites vegetales, pescado, aves, carnes magras productos lácteos sin grasa o bajos en grasa y reducir las carnes rojas, los dulces y las bebidas azucaradas; este hábito propiciará para permanecer en un peso corporal saludable (Nidal, 2018)

Actualmente, las estrategias más aceptadas en la prevención primaria se hallan en:

Disminución del aporte calórico de la dieta, aumentando la riqueza de la fibra; evitar la ingesta excesiva de grasas en concreto las saturadas; evitar las dietas con alto contenido en sodio y fomentar el consumo de potasio, magnesio y calcio; y favorecer y fomentar el ejercicio físico de carácter aeróbico moderado (García y Centurión, 2020).

En las diferentes investigaciones se pudo observar los beneficios de la dieta rica en vegetales, frutas y la comida baja en carbohidratos y proteínas, conocida como dieta DASH, para la salud cardiovascular. En estudios controlados se observó la disminución de incluso 10 mmHg en personas hipertensas y 3.5 mmHg en personas no hipertensas posterior a la transformación de la dieta por un periodo de ocho semanas. Muchos de los pacientes adultos mayores requieren un cuidado único, por la alimentación que llevan, debido a las proteínas, minerales y demás vitaminas que se necesita, los médicos confían que los pacientes tengan una restricción de alimentos ricos en proteínas puede traer consigo aumentar el riesgo de desnutrición. Por otra parte, el acceso a los alimentos en los adultos mayores traza un panorama altamente heterogéneo, por las diferentes dificultades que presentan los adultos mayores, una

de esa es el no poder salir de casa, la preparación de alimentos saludables o incluso para adquirirlos por problemas económicos (Cruz, 2019).

Gran parte de las personas que presentan la enfermedad con hipertensión arterial presentan una condición con física de sobrepeso o con obesidad, esto demuestra que el peso está relacionado con la PA, ya que constituye uno de los principales factores de riesgo. Que las persona pueda disminuir de peso genera una reducción notable en la PA en 1.6/1.1 mmHg por cada kilo perdido, cuando la persona hipertensa pierde de un 5 a 10 % de su peso corporal, estos valores disminuyen gracias a que la persona pierde peso y tienen un efecto positivo en la PA (Noohi et al., 2017).

Para la dieta de hipertensión arterial, hay prácticas diarias como la alimentación, que desarrollan la disminución del riesgo en un paciente con diagnóstico de hipertensión arterial, tales como: “el consumo de sal superior a 5g diarios, no consumir frutas y verduras, ausencia de actividad física, consumo de tabaco y alcohol, exceso en la ingesta de grasas en la dieta” (Busquets, 2019).

Las dietas apoyadas por intervenciones contienen: reducir la ingesta. También se correspondería ejecutar una valoración en su alimentación para saber las porciones de comida que se prepara, con el fin de construir un consumo excesivo de sodio, por la falta de conocimiento de su autocuidado en la nutrición (Rodríguez, 2022).

La fisiopatología está relacionada por el consumo incrementado de sodio y potasio, debido por una baja ingesta de frutas y verduras, asimismo se relaciona al acrecentamiento de comida industrializada o precocidos, permitiendo resultado del aumento del líquido extracelular y del gasto cardíaco, también el producir contracción del endotelio vascular periférico y se genera la hipertensión arterial (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020).

4.3.3. Ejercicio físico

La relación entre obesidad, hipertensión y enfermedad cardiovascular presentan una relación positiva, como lo menciona *Hernández* en su investigación, comenta que la “presión arterial se incrementa aproximadamente 3 mmHg por cada 10 kg de aumento de peso corporal y se vincula con 12% de incremento del riesgo de muerte por enfermedad coronaria y 24% de enfermedad vascular cerebral”, este riesgo se desarrolla en la población longeva, una buena medida que se debe de tomar es la practicar ejercicios aeróbicos ha mostrado no sólo reducir la presión arterial, sino mejorar en general la salud cardiovascular (Hernández, 2021).

Las personas con hipertensión arterial deben realizar una actividad física, ya que esto permitirá una reducción de presión de “-4/-4 mmHg para sistólica y diastólica

respectivamente”, diferencia equivalente entre la población general que realiza ejercicio físico y la que no realiza. El ejercicio tiene que ser dinámico, prolongado isotónico de los grupos musculares, por ejemplo: “una caminata de 30 a 45 minutos a paso rápido, llevada a cabo la mayoría de los días de la semana”. En las diferentes investigaciones demuestra que el ejercicio físico ligero es capaz de disminuir la presión sistólica en casi “20 mmHg en pacientes en edad que va de los 60 y 69 años” (Gutiérrez, 2020).

El colegio de farmacéuticos de Barcelona, afirma que, “una práctica constante o regular de ejercicio o actividad física tiene como resultado la disminución de la presión arterial”, se debe de indicar que las actividades se deben de realizar entre 3 a 5 veces por semana, igualmente, debe de incluir un calentamiento de 5 minutos, midiendo la duración individualmente según la resistencia de cada paciente (Brito, et al., 2022).

4.3.4. Hábitos nocivos

Es esencial su buena práctica, se debe establecer una buena relación médico-paciente, el médico le debe tener un buen trato verbal como escrita, y responda las preguntas que pueda tener en forma clara. La mejor táctica para optimar la adherencia al tratamiento es implicar al paciente en las decisiones sobre el mejor manejo de la salud (Rodríguez, 2020).

El consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias nocivas, induce una elevación en la presión arterial, en las investigaciones por parte de la (OMS) determinan que la utilización de tabaco provoca un aumento estacional en los niveles de presión arterial. Consumir tres bebidas alcohólicas eleva igualmente la presión arterial, y una persona que consume compulsivamente repetida incita a un aumento a largo plazo. Además, el consumo de café provoca pequeñas oscilaciones temporales en la presión arterial, pero el consumo habitual y en cantidad alta ocasiona un efecto de incremento moderado en la presión arterial en algunas personas (Acosta, et al., 2021).

- Alcohol: la elevada ingesta de alcohol es un factor asociado a la hipertensión arterial y reducir su ingesta hace que se reduzca el riesgo de enfermedades de las arterias 15 coronarias. Algunos autores recomiendan que se debe instruir a la persona hipertensa a que disminuya su cantidad a 30 gramos al día, en caso de que beba en exceso, pero a que no lo abandone. Además, los efectos del alcohol atenúan los efectos de los fármacos antihipertensivos, pero es reversible en una o dos semanas si la persona modera su consumo al 80 % 38 (Tejada, 2018).
- Consumo de tabaco: es un factor que influye en la presión arterial, provoca una elevación brusca de la presión arterial y de la frecuencia cardiaca. El tabaco produce

disfunción endotelial, vasoconstricción, resistencia a la insulina y dislipidemia, sin añadir que las personas fumadoras suelen ser más sedentarias y con un patrón dietético menos saludable. Por lo tanto, la relación del tabaco con el riesgo cardiovascular es evidente, principalmente por su relación con la aterosclerosis (Tejada, 2018).

4.3.5. Seguimiento y control de enfermedad

Cuando el paciente recibe el tratamiento adecuado, comienza con un control de presión arterial del 75% de los controles realizados, la medida de PA compensará estar dentro del rango objetivo, considerándose como paciente inspeccionado (Naturaleza del autocuidado, 2022).

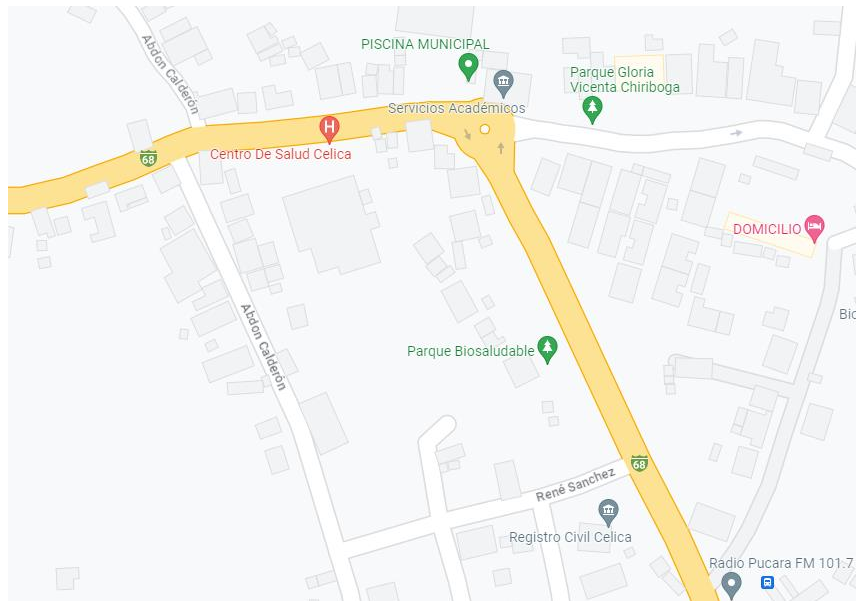
Una vez conseguido un control adecuado de las cifras de presión arterial, esta situación es el objetivo principal en las modificaciones del estilo de vida y cambios de medicación que debería realizarse un seguimiento al paciente en intervalo de 3 a 6 meses. Los objetivos son valorar por los efectos secundarios, es decir, un estilo de vida que cumpla los tratamientos correspondientes, que cumpla un grado de control de las cifras tensionales y objetivar problemas médicos asociados, tales como lesiones en órganos (Naturaleza del autocuidado, 2022).

4.3.6. Tensión y estrés

La tensión y estrés son problemas fisiológicos inespecíficas del organismo del individuo, estas respuestas se dan por una activación del eje hipotálamo e hipófisis-suprarrenal, de corticoides y del sistema nervioso autónomo. El estrés es uno de los elementos de riesgo más significativos en la hipertensión arterial (Tomás, 2022).

5. Metodología

5.1. Área de estudio



El presente estudio se realizó en el Centro Gerontológico, ubicado en las calles René Sánchez y avenida 12 de diciembre, en la parroquia urbana Celica, cantón Celica, provincia de Loja, periodo abril – agosto 2022, cuyas coordenadas geográficas son -4.099400, -79.959339.

5.2. Procedimiento

5.2.1. Enfoque metodológico

Cuantitativo

5.2.2. Técnicas

Consentimiento informado, cuestionarios “Conocimiento sobre hipertensión” y “Escala tipo lickert sobre prácticas de autocuidado sobre hipertensión arterial”.

5.2.3. Instrumentos

5.2.3.1. Consentimiento Informado. Está dirigido a los adultos mayores del Centro Gerontológico del cantón Celica, a quienes se invitó a participar de la investigación denominada “Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y prácticas de autocuidado en adultos mayores del Centro Gerontológico de Celica”. En este documento consta la siguiente información: director de tesis, propósito, tipo de intervención de la investigación, selección de participantes, participación voluntaria, beneficio, confidencialidad, derecho a negarse o retirarse, datos de contacto, nombre y firma del participante y fecha de recolección de datos.

5.2.3.2. Cuestionario CSH (Conocimiento sobre hipertensión). Es un cuestionario con un tiempo de realización de aproximadamente 5 min, pensado para que sean los propios

pacientes quienes lo contesten sin ayuda de profesionales. Se trata de un cuestionario descriptivo con preguntas de formato cerrado y categórico múltiple (sí, no, no lo sé) que se divide en 9 bloques. Del bloque primero al sexto se recogen preguntas que miden el conocimiento sobre la HTA, mide 6 dimensiones de conocimientos: hipertensión, riesgos de la hipertensión, factores de riesgo asociados con la hipertensión, dieta, medicación y modificaciones de estilo de vida. Del séptimo al noveno se recogen variables independientes con información sobre apoyo familiar, nivel de escolaridad y estado laboral. En los 6 primeros bloques constan 24 preguntas, 4 de las cuales: ¿Cuántos años hace que ud. es hipertenso/a?, ¿quién le hace la visita de seguimiento de la hipertensión?, ¿le han explicado qué es la hipertensión? y ¿toma medicamentos para la hipertensión?, se consideraron como variables de control por no constituir conocimientos de hipertensión, de manera que el puntaje total fue de 0-20 y las puntuaciones fueron asignadas como correctas (1 punto) e incorrectas (0 puntos). Cada pregunta tuvo tres opciones: sí, no y no sé. Se estimó con un alto conocimiento a las personas que obtuvieron un puntaje ≥ 18 , un conocimiento medio a los que obtuvieron de 9 a 17 puntos y bajo conocimiento a aquellos con puntajes de 0 a 8 puntos (Estrada, 2013).

5.2.3.3. Escala tipo lickert sobre prácticas de autocuidado sobre hipertensión arterial. Esta escala contó con 18 ítems, la cual fue elaborada por Cinthia Tafur, Lucía Vásquez y Margarita Nonaka, está constituido por un conjunto de preguntas con direccionalidad de aceptación y de rechazo que se planteó al encuestado(a), ante los cuales respondieron si aceptan o rechazan, tomando como referencia tres alternativas: siempre, a veces o nunca y las respuestas de aceptación fueron consideradas como, prácticas de autocuidado adecuado y las respuestas de rechazo se consideró como prácticas de autocuidado inadecuado (Tafur et al,2017).

Este instrumento fue sometido a validez y confiabilidad. Para determinar la validez del instrumento se empleó la técnica de juicio de expertos, para lo cual participaron como expertos, profesionales de reconocida trayectoria profesional y de investigación. Posteriormente se sometió a la aplicación del coeficiente de correlación de PEARSON. El nivel aceptable de validez fue de 80 % a más o según la unidad de 0.8 a más. La Escala tuvo una validez de 89.3%. Para determinar la confiabilidad se empleó la prueba Piloto se trabajó con 10% de la muestra de adultos mayores. La Escala de actitud tipo Lickert sobre Prácticas de Autocuidado sobre hipertensión arterial tuvo una confiabilidad de 88% (Tafur et al, 2017).

5.2.4. Tipo de diseño

Tipo analítico, prospectivo y longitudinal

5.2.5. Unidad de estudio

Adultos mayores del Centro Gerontológico del cantón Celica

5.2.6. Muestra y tamaño de la muestra

25 adultos mayores del Centro Gerontológico del cantón Celica que cumplieron con los criterios de inclusión

5.2.7. Tipo de muestreo

Estratificado

5.2.8. Criterios de inclusión

- Adultos mayores que pertenecieron al Centro Gerontológico del cantón Celica
- Adultos mayores de ambos sexos
- Adultos mayores que decidieron participar de la investigación y firmaron el consentimiento informado

5.2.9. Criterios de exclusión

- Adultos mayores que presentaron alguna discapacidad física o mental invalidantes
- Adultos mayores que no asistieron al Centro Gerontológico el día de la recolección de datos

5.3. Procesamiento y análisis de datos

Para la realización de la presente investigación, se procedió a una revisión bibliográfica, posteriormente se solicitó aprobación y pertinencia del proyecto de tesis a la dirección de la carrera de Medicina Humana, para luego solicitar asignación de director. A continuación, por parte de la carrera de Medicina Humana se tramitó el permiso a las autoridades correspondientes del Centro Gerontológico del cantón Celica. Para el proceso de recolección de datos, se realizó el traslado los fines de semana al Centro Gerontológico del cantón Celica, en el cual, previo al llenado del consentimiento informado, se dio una explicación detallada del llenado de los cuestionarios, para posteriormente hacer la entrega de los mismos. La estrategia educativa se llevó a cabo en un periodo de un mes, y se encuestó antes y después de la misma, para de esta manera evaluar los conocimientos aprendidos. Con respecto a la tabulación de los datos obtenidos se utilizó un análisis paramétrico y mediante la utilización de plataformas de cálculo como Excel se logró la captación, ordenamiento y el procesamiento de datos y mediante la plataforma SPSS se determinó el análisis estadístico y la relación de los mismos.

6. Resultados

6.1. Resultados para el primer objetivo

Identificar el nivel de conocimiento acerca de hipertensión arterial, considerando edad, sexo, escolaridad y presencia o ausencia de HTA diagnosticada, antes y después de realizar una intervención educativa en los adultos mayores del Centro Gerontológico de Celica.

Tabla 1. Nivel de conocimiento acerca de hipertensión arterial, considerando edad, sexo, escolaridad y presencia o ausencia de HTA diagnosticada, antes de realizar una intervención educativa en los adultos del Centro Gerontológico de Celica, durante el periodo abril-septiembre 2022

Variables		Nivel de conocimiento						Total	
		Bajo		Medio		Alto			
		f	%	f	%	f	%	f	%
Sexo	Femenino	8	32,0%	6	24,0%	1	4,0%	15	60,0%
	Masculino	5	20,0%	4	16,0%	1	4,0%	10	40,0%
	Total	13	52,0%	10	40,0%	2	8,0%	25	100,0%
Edad	60-80	8	32,0%	8	32,0%	2	8,0%	18	72,0%
	>80	5	20,0%	2	8,0%	0	0,0%	7	28,0%
	Total	13	52,0%	10	40,0%	2	8,0%	25	100,0%
Escolaridad	Primaria	13	52,0%	9	36,0%	2	8,0%	24	96,0%
	Secundaria	0	0,0%	1	4,0%	0	0,0%	1	4,0%
	Total	13	52,0%	10	40,0%	2	8,0%	25	100,0%
HTA	No	4	16,0%	4	16,0%	2	8,0%	10	40,0%
	Si	9	36,0%	6	24,0%	0	0,0%	15	60,0%
	Total	13	52,0%	10	40,0%	2	8,0%	25	100,0%

Frecuencia (f); Porcentaje (%)

Fuente: Cuestionario sobre hipertensión arterial

Elaboración: María Soledad Ojeda Vargas

El nivel bajo de conocimiento sobre HTA se destacó con el 52% (n=13) del total, de los mismos, el grupo etario dominante pertenece al de 60 a 80 años, donde se evidenció una semejanza entre el nivel de conocimiento bajo y medio, cada uno con el 32% (n=8), en cuanto al sexo el predominio fue el femenino con el 32% (n=8) correspondiente al nivel bajo. Con respecto a la escolaridad, el porcentaje de los participantes con instrucción primaria fue el representativo con 52% (n=13), además, se destaca la población con HTA diagnosticada con un nivel bajo que corresponde al 36% (n=9).

Tabla 2. Nivel de conocimiento acerca de hipertensión arterial, considerando edad, sexo, escolaridad y presencia o ausencia de HTA diagnosticada, después de realizar una intervención educativa en los adultos del Centro Gerontológico de Celica, durante el periodo abril-septiembre 2022

Variables		Nivel de conocimiento							
		Bajo		Medio		Alto		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%
Sexo	Femenino	3	12,0%	8	32,0%	4	16,0%	15	60,0%
	Masculino	3	12,0%	6	24,0%	1	4,0%	10	40,0%
	Total	6	24,0%	14	56,0%	5	20,0%	25	100,0%
Edad	60-80	3	12,0%	11	44,0%	4	16,0%	18	72,0%
	>80	3	12,0%	3	12,0%	1	4,0%	7	28,0%
	Total	6	24,0%	14	56,0%	5	20,0%	25	100,0%
Escolaridad	Primaria	6	24,0%	13	52,0%	5	20,0%	24	96,0%
	Secundaria	0	0,0%	1	4,0%	0	0,0%	1	4,0%
	Total	6	24,0%	14	56,0%	5	20,0%	25	100,0%
HTA	No	2	8,0%	5	20,0%	3	12,0%	10	40,0%
	Si	4	16,0%	9	36,0%	2	8,0%	15	60,0%
	Total	6	24,0%	14	56,0%	5	20,0%	25	100,0%

Frecuencia (f); Porcentaje (%)

Fuente: Cuestionario sobre hipertensión arterial

Elaboración: María Soledad Ojeda Vargas

Luego de la intervención educativa el grado de conocimiento que se destacó fue el nivel medio con el 56% (n=14) del total, el 44% (n=11) en los grupos de edad de 60 a 80 años, el sexo femenino con el 32% (n=8). Con respecto a la escolaridad, hubo el predominio de la instrucción primaria con el 52% (n=13), cabe recalcar que casi la totalidad de la población presentó este nivel de escolaridad, y finalmente la población hipertensa diagnosticada con el 36% (n=9).

6.2.Resultados para el segundo objetivo

Conocer las prácticas de autocuidado en prevención y control de la hipertensión arterial, de acuerdo a edad, sexo, escolaridad y presencia o ausencia de HTA diagnosticada, antes y después de realizar una intervención educativa en los adultos mayores del Centro Gerontológico de Celica.

Tabla 3. Prácticas de autocuidado en prevención y control de la hipertensión arterial, de acuerdo a edad, sexo, escolaridad y presencia o ausencia de HTA diagnosticada, antes de realizar una intervención educativa en los adultos mayores del Centro Gerontológico

Variables		Prácticas de autocuidado					
		Inadecuadas		Adecuadas		Total	
		f	%	f	%	f	%
Sexo	Femenino	11	44,0%	4	16,0%	15	60,0%
	Masculino	7	28,0%	3	12,0%	10	40,0%
	Total	18	72,0%	7	28,0%	25	100,0%
Edad	60-80	12	48,0%	6	24,0%	18	72,0%
	>80	6	24,0%	1	4,0%	7	28,0%
	Total	18	72,0%	7	28,0%	25	100,0%
Escolaridad	Primaria	17	68,0%	7	28,0%	24	96,0%
	Secundaria	1	4,0%	0	0,0%	1	4,0%
	Total	18	72,0%	7	28,0%	25	100,0%
HTA	No	7	28,0%	3	12,0%	10	40,0%
	Si	11	44,0%	4	16,0%	15	60,0%
	Total	18	72,0%	7	28,0%	25	100,0%

Frecuencia (f); Porcentaje (%)

Fuente: Escala tipo Lickert sobre prácticas de autocuidado sobre hipertensión arterial

Elaboración: María Soledad Ojeda Vargas

Las prácticas de autocuidado que predominaron en la población previamente a la intervención educativa fueron inadecuadas con el 72% (n=18) del total, en cuanto al grupo etario destacó el de 60 a 80 años con el 48% (n=12), además el sexo femenino sobresalió con el 44% (n=11), el cual fue semejante al valor que destacó en los pacientes con HTA diagnosticada y con respecto al nivel de escolaridad, predominaron los participantes con instrucción primaria con el 68% (n=17).

Tabla 4. Prácticas de autocuidado en prevención y control de la hipertensión arterial, de acuerdo a edad, sexo, escolaridad y presencia o ausencia de HTA diagnosticada, después de realizar una intervención educativa en los adultos mayores del Centro Gerontológico

Variables	Prácticas de autocuidado						
	Adecuadas		Inadecuadas		Total		
	f	%	f	%	f	%	
Sexo	Femenino	9	36,0%	6	24,0%	15	60,0%
	Masculino	4	16,0%	6	24,0%	10	40,0%
	Total	13	52,0%	12	48,0%	25	100,0%
Edad	60-80	12	48,0%	6	24,0%	18	72,0%
	>80	1	4,0%	6	24,0%	7	28,0%
	Total	13	52,0%	12	48,0%	25	100,0%
Escolaridad	Primaria	12	48,0%	12	48,0%	24	96,0%
	Secundaria	1	4,0%	0	0,0%	1	4,0%
	Total	13	52,0%	12	48,0%	25	100,0%
HTA	No	6	24,0%	4	16,0%	10	40,0%
	Si	7	28,0%	8	32,0%	15	60,0%
	Total	13	52,0%	12	48,0%	25	100,0%

Frecuencia (f); Porcentaje (%)

Fuente: Escala tipo Lickert sobre prácticas de autocuidado sobre hipertensión arterial

Elaboración: María Soledad Ojeda Vargas

Las prácticas de autocuidado que predominaron en la población posteriormente a la intervención educativa fueron las adecuadas con el 52% (n=13) del total, en cuanto al grupo etario destaca el de 60 a 80 años con un 48% (n=12), así mismo, con respecto al nivel de escolaridad donde sobresalieron los participantes con instrucción primaria, se evidenció que existe semejanza entre las prácticas adecuadas e inadecuadas del 48% (n=12) para los dos grupos y finalmente se logra apreciar un predominio de la población con HTA diagnosticada con el 32% (n=8) correspondiente a prácticas inadecuadas.

6.3.Resultados para el tercer objetivo

Establecer la relación entre el nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado antes y después de realizar una intervención educativa en los adultos mayores del Centro Gerontológico de Celica.

Tabla 5. Relación entre el nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado antes de realizar una intervención educativa en los adultos mayores del Centro Gerontológico de Celica

Estadístico	Valores
Chi cuadrado	12,599
Grado de libertad	2
Grado de significancia (α)	0,001
Valor crítico	12,095
Coefficiente de correlación	0,710
Probabilidad coeficiente de correlación	0,000
Coefficiente de asociación V de Crámer	0,710

Valor de significancia (p)

Fuente: programa estadístico SPSS

Elaboración: María Soledad Ojeda Vargas

Con la aplicación del coeficiente de chi cuadrado donde se obtuvo un valor de 12,599 mayor al valor crítico 12,095 un grado de significancia de 0,001 lo que demuestra que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado de los adultos mayores. Lo que se comprueba, al calcular el coeficiente de correlación de Pearson donde se obtuvo una correlación positiva y estadísticamente significativa entre ambas variables (0,710), es decir que a medida que el conocimiento se incrementa las prácticas de autocuidado de los adultos mayores mejoran, de igual forma de acuerdo con el coeficiente de asociación V de Crámer se estableció un grado de asociación fuerte entre ambas variables con 71,10%.

Tabla 6. Relación entre el nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado después de realizar una intervención educativa en los adultos mayores del Centro Gerontológico de Celica

Estadístico	Valores
Chi cuadrado	4,720
Grado de libertad	2
Grado de significancia (α)	0,037
Valor crítico	4,348
Coefficiente de correlación	0,426
Probabilidad coeficiente de correlación	0,034
Coefficiente de asociación V de Crámer	0,435

Valor de significancia (p)

Fuente: programa estadístico SPSS

Elaboración: María Soledad Ojeda Vargas

Con la aplicación del coeficiente de chi cuadrado donde se obtuvo un valor de 4,720 mayor al valor crítico 4,348 un grado de significancia de 0,037 lo que demuestra que existe una relación estadísticamente significativa el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado de los adultos mayores con hipertensión arterial. Lo que se comprueba, al calcular el coeficiente de correlación de Pearson donde se obtuvo una correlación positiva y estadísticamente significativa entre ambas variables (0,426), es decir que a medida que el conocimiento se incrementa las prácticas de autocuidado de los adultos mayores mejoran, de igual forma de acuerdo con el coeficiente de asociación V de Crámer se estableció un grado de asociación leve entre ambas variables con 43,50%.

7. Discusión

La presente investigación estuvo conformada por una muestra de 25 adultos mayores pertenecientes al Centro Gerontológico del cantón Celica durante el periodo abril-septiembre 2022, se determinó que, el 52% (n=13) presentó nivel de conocimiento bajo sobre HTA, seguido del nivel medio con el 40,0% y el alto 8,0% (n=1), resultados similares a los encontrados por García y Pinto (2017) en su estudio denominado “Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos”, realizado en el Hospital Cayetano Heredia, Perú, donde hubo nivel de conocimiento bajo con el 52,3% (n=104), seguido del nivel medio 37,3% (n=75) y el nivel bajo con 10,4% (n=21) así mismo existió un predominio de participantes de sexo femenino. De forma contraria, en el estudio de Montes et al. (2017) denominado “Nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial (HTA) de adultos de una comunidad rural de Nayarit”, México, se muestra que el 50% (n=32) de los participantes posee buen nivel de conocimientos, y 29,68% (n=20) nivel regular, además reconocen a la HTA como una enfermedad para toda la vida, identifican las cifras normales de las presiones sistólicas y diastólicas y los factores que influyen en la presión arterial, resultados que atribuye a programas que se realizan en la comunidad, basados en educar a las familias en cuanto a alimentación y estilos de vida saludables.

Con respecto a las prácticas de autocuidado en prevención y control de la HTA, se identificó que el 72% (n=18) de la población estudiada, presentaba prácticas inadecuadas, mientras el 28% (n=7) prácticas adecuadas, donde el sexo femenino predominó, estos resultados tienen similitud con los encontrados en la investigación de Tafur et al. (2017) en su estudio denominado “Nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor hipertenso del Centro de Atención del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2017”, Perú, Se encontró que el 84,6% (n=44) de los adultos realizaban prácticas de autocuidado inadecuadas y sólo el 15,4% (n=8) realizaban prácticas de autocuidado adecuadas. De igual forma, los resultados de Torres (2017) arrojaron que el 16,7% tenía un nivel de conocimiento alto, el 54,5% tenía un nivel de conocimiento medio y el 28,8% tenía un nivel de conocimiento bajo. El 69,7% (n=39) tenía práctica insuficiente y sólo el 30,3% (n=16) tenía práctica suficiente.

Ante estos resultados Tafur, Vásquez y Novaka (2018) mencionan que los conocimientos y habilidades de autocuidado pueden aumentar la capacidad de las personas y las familias para evaluar su propia salud y determinar si necesitan buscar atención profesional, dando así a los profesionales de la salud confianza en sí mismos., las deficiencias de

conocimiento de prácticas de autocuidado se deben muchas de las veces a factores culturales, nivel socioeconómico y el lugar de residencia si en el campo o la ciudad.

En el presente estudio en lo que concierne a los resultados posterior a la intervención educativa que se llevó a cabo, el nivel de conocimiento que predominó fue el nivel medio con el 56% (n=14) y el nivel bajo se redujo a 24% (n=6) de los participantes, de forma similar, López et al. (2019) en su estudio denominado “Intervención educativa sobre la hipertensión arterial en pacientes del consultorio médico no.13 Guáimaro”, realizado en Cuba, evaluó antes y después de una intervención educativa, donde los resultados previos fueron desalentadores ya que la mayor parte de los participantes mostraron un conocimiento deficiente y de forma general prevaleció el bajo nivel de conocimiento, posteriormente a la intervención educativa, la mayoría de la población estudiada tuvo conocimiento suficiente de los aspectos evaluados, la misma que tuvo un porcentaje del 65% (n=30) y el 16% (n=16) aun después de la intervención educativa aún carecen de conocimientos de autocuidado. Resultados parecidos los encontrados por Leyva y Jiménez (2017) en el grupo de estudio, se observó que el 73% de los participantes (n=43) demostraron una capacidad de autocuidado adecuada, mientras que el 27% (n=16) evidenciaron un nivel de conocimiento insuficiente. De manera similar, en la investigación de Aguado y Guisado (2018), se encontró que el 40% de los pacientes (n=34) presentaron un alto nivel de conocimiento y capacidad de autocuidado, mientras que el 38,1% (n=33) mostraron un bajo nivel de conocimiento y autocuidado. Este resultado sugiere que la posesión de capacidades cognitivas por parte de los adultos mayores les permite cuidarse y protegerse ante de los riesgos que puedan aparecer y condicionar su estado de salud.

Los resultados antes descritos se deben a lo mencionado por Lezama (2018) donde menciona que la educación sobre la hipertensión arterial es fundamental para ayudar a los pacientes a manejar su condición de manera efectiva. La educación proporciona a los pacientes el conocimiento y las herramientas necesarias para comprender, controlar y tomar decisiones informadas sobre su salud. Sin embargo, muchos de los pacientes deciden no recibir charlas debido a la lejanía de los centros médicos donde se brindan las capacitaciones y a su limitada cantidad de recursos económicos.

En cuanto a las variables estudiadas en este trabajo de investigación, la estadística chi-cuadrado de Pearson mostró que el nivel de conocimiento tiene un efecto significativo en el comportamiento de autocuidado de los pacientes ancianos hipertensos a través de la prueba de hipótesis. ($p=0,000<0,05$). Resultado que concuerda con lo expuesto con García y Llanco (2015) quien realizó una investigación obteniendo los siguientes resultados, el nivel de las prácticas de autocuidado mantiene una relación positiva y estadística significativa entre el

conocimiento y las prácticas de autocuidado dada una probabilidad de chi-cuadrado de 0,000. De igual forma Díaz (2018) quien evidenció en su estudio una probabilidad de chi-cuadrado de $0,001 < 0,05$ lo que demuestra la existencia de una relación significativa entre la práctica de autocuidado y el nivel de conocimiento. Estos resultados se deben a lo que menciona por Rivera y Diaz (2018) donde muestran que la persona con hipertensión arterial con mayor índice de actividad y ejercicio posee mayor capacidad de autocuidado, esto puede ser explicado porque cuando la persona comprende y percibe la importancia de realizar una práctica de actividad diaria, consciente y constante evita sufrir complicaciones en su salud a largo plazo.

8. Conclusiones

Se determinó que el nivel de conocimiento sobre HTA que predominó previo a la intervención educativa fue el nivel bajo, destacando la población de sexo femenino, el grupo etario de 60 a 80 años, de los cuales la mayoría habían cursado solamente la primaria y presentaban hipertensión arterial diagnosticada. Posteriormente a la intervención educativa, se logró evidenciar que destacó el nivel medio de conocimiento, con un predominio del sexo femenino, grupo etario de 60 a 80 años, escolaridad primaria e hipertensión diagnosticada, por lo que se puede concluir que la intervención educativa fue de gran ayuda para mejorar el conocimiento sobre HTA en los adultos mayores.

En cuanto a las prácticas de autocuidado sobre prevención y control de la HTA, previo a la intervención educativa, destacaron las prácticas inadecuadas, con un predominio del sexo femenino, grupo etario de 60 a 80 años, con escolaridad primaria e hipertensión diagnosticada, sin embargo, luego de realizar la intervención educativa, predominaron las prácticas adecuadas, razón por la cual se concluye que la intervención influyó de manera positiva en las prácticas de autocuidado de la población estudiada.

Finalmente, se evidenció una correlación significativa entre las variables que son el nivel de conocimiento de los adultos mayores y la conducta de autocuidado antes y después de la intervención educativa, es decir, a mayor conocimiento, mejor capacidad de autocuidado.

9. Recomendaciones

Se recomienda al Ministerio de Salud Pública educar en prevención y control de la HTA, tanto a los pacientes como a los familiares para que así se logre un diagnóstico oportuno y se lleven a cabo las medidas de control necesarias para mejorar su estilo de vida.

Se recomienda al personal del Centro Gerontológico del cantón Celica, realizar charlas sobre hipertensión arterial y prácticas de autocuidado de forma periódica, de esta manera la población que asiste al centro se mantenga informada respecto a todo lo que tiene que ver con esta patología que es tan común en nuestro medio. Así mismo, se recomienda monitorear la presión arterial a cada uno de los adultos mayores, debido a que conforme pasan los años, cada vez más va aumentando la población hipertensa.

A los adultos mayores se recomienda mantener una vida saludable dentro de sus limitaciones, poner más interés en informarse acerca de las enfermedades que aquejan a su grupo etario, para así evitar complicaciones en un futuro.

A los familiares de los adultos mayores se recomienda colaborar con la administración adecuada del tratamiento, debido a la degeneración tanto física como mental, esta población se caracteriza por ser vulnerable, por lo que se debe tratar en lo posible de ayudar a mejorar ciertos hábitos inadecuados que pueden ocasionar la presentación de la enfermedad o la exacerbación de la misma.

10. Bibliografía

- Abujieres, C., Garmendia, K., Figueroa, L. y Paz, H. (2019). Factores de riesgo asociados a hipertensión arterial. *Revista Científica de la Escuela Universitaria de las Ciencias de la Salud*, 6(6), 17-26. DOI: 10.5377/rceucs.v6i2.9761
- Achiong, F., González, Y., Vega, O., Guillot, O., Rodríguez, A., Díaz, A. y Londoño, E. (2018). Intervención educativa sobre conocimientos de hipertensión arterial. Policlínico Héroes del Moncada. Municipio Cárdenas, 2015. *Revista Médica Electrónica*. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2018/me184e.pdf>
- Achury L, Saldaña D, Rodríguez S, Achury-Beltrán L, Padilla-Velasco M, LeuroUmaña J, Martínez M et al. Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. AQUICHAN [en línea]. [Citado 2019 abr 25]; No 3 Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/741/74130042005.pdf>
- Acosta, C., Sposito, P., Torres, V., Sacchi, F., Pomies, L., Pereda, M., Soto, E. (2021). Variabilidad de la presión arterial, hipertensión arterial nocturna y su asociación con tabaquismo. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 6(1), 54-65. <https://dx.doi.org/10.26445/06.01.6>
- Acosta Carolina, Sposito Paola, Torres Esteche Verónica, Sacchi Florencia, Pomies Lucia, Pereda Maximiliano et al. Variabilidad de la presión arterial, hipertensión arterial nocturna y su asociación con tabaquismo. *Rev. Urug. Med. Int.* [Internet]. 2021 Mar [citado 2022 Oct 28]; 6(1):54-65. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-67972021000100054&lng=es. Epub 01-Mar-2021. <https://doi.org/10.26445/06.01.6>.
- Alan, D. y Cortea, L. (2017). *Procesos y Fundamentos de la Investigación Científica*. UTMACH. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/14231/1/Cap.3-Niveles%20del%20conocimiento.pdf>
- Alfonso, J., Salabert, I., Alfonso, I., Morales, M., García, D. y Acosta, A. (2017). La hipertensión arterial: un problema de salud internacional. *Revista Médica Electrónica*. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000400013
- Arroyo, D., Quiroga, B., & de la Fuente, G. (2019). Hipertensión arterial en la enfermedad renal crónica. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(81), 4772-4778. doi:10.1016/j.med.2019.06.003

- Bescós, E., Crespo, A., Arias, C., & Chaparro, M. (2010). Hipertensión arterial. Málaga [internet].
- Borghi C, Tartagni E. The older patient with hypertension: care and cure *Ther Adv Chronic Dis.* [Internet]. [Citado 2017 oct 29]; 3(5) 231–236 Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2040622312452189>
- Brito-Núñez Jesus David, Medina-Ore Carmen Albertina, Fox-Medina Maricé Ruth, Corro-Cortez Vima Lili. Consumo de alimentos y actividad física en pacientes hipertensos de un centro de atención primaria. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 2022 Mar [citado 2022 Oct 28]; 38(1):e1626. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252022000100005&lng=es. Epub 08-Abr-2022
- Busquets R. Educacion de enfermería para el autocuidado y control de la hipertension arterial (HTA) en personas con HTA crónica [Internet] [Citado 2019 dic 12] Disponible en: http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/234157/Roser_Busquets_Diviu.pdf?sequence=1.
- Caballero Ramos, M, Herazo Cogollo, J Autocuidado en personas adultas con hipertensión arterial Montería, 2019. [Internet]. Montevideo, Uruguay: Universidad de la República; 2020-01-27. [citado: 2022, octubre]
- Carbajal L. y colaboradores. Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado del adulto mayor hipertenso del hospital nacional Sergio E. Bernales de Collique Comas – Lima 2018 [Internet]. Edu.pe. 2018 [citado el 29 de abril de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/764/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Camacho Baldelomar, M. M. (2017). Factores de riesgos en pacientes hipertensos entre las edades de 40-70 años, que asisten al C/S Perla María Norori, mayo-septiembre del 2015 (Doctoral dissertation).
- Candelaria Brito JC, Gutiérrez Gutiérrez C, Acosta Cruz C, Casanova Moreno MC, M. MdOD. Marcadores de daño, factores de progresión y causas de Enfermedad renal crónica en adultos mayores. *Revista Habanera de Ciencias Médicas.* 2019; 18(5).
- Carrasco, C. J. G., Fernández, J. M., & Martínez, P. M. (2018). Conocimiento histórico y evaluación de competencias en los exámenes de educación secundaria. Un análisis comparativo España-Inglaterre. *Educatio Siglo XXI*, 36(1 Mar-Jun), 85-106.

- Chaves, M. P., Zapata, A. F. R., & Arteaga, I. H. (2019). Investigación cualitativa: una reflexión desde la educación como hecho social. *Universitaria: Docencia, Investigación e Innovación*, 86-100.
- Chaves, B. D. B., & Muñoz, E. O. (2021). Riesgo cardiovascular asociado a menopausia. *Revista Médica Sinergia*, 6(1), 5.
- Consenso Argentino de Hipertensión Arterial. (2018). Tratamiento del paciente hipertenso. *Revista Argentina de Cardiología*, 86(2), 25-41.
- Cruz, J. (2019). Manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor. *Medicina Interna de México*, 35(4), 515-524. <https://doi.org/10.24245/mim.v35i4.2444>.
- Custodio Pisfil, M. (2019). Factores que contribuyen al desarrollo de hipertensión arterial en adultos del Centro de Salud Las Pampas, Chiclayo-2016.
- Dandicourt-thomas C. Modelos de enfermería relacionados con el cuidado preventivo orientado a la comunidad y la familia. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 2019 [citado 28 Oct 2022]; 34 (4) Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2318>
- De la Rosa Tomalá, E. J. (2018). Factores de riesgo de hipertensión arterial en Centro de Salud Pablo Neruda (Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Medicina).
- Documento de consenso sobre consulta telemática en hipertensión y riesgo vascular. Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA). 2021 España <https://www.elsevier.es/es-revista-hipertensionriesgo-vascular-67-avance-resumen-2021-spanish-societyhypertension-positionS1889183721000283>
- Esparza, R., Jiménez, M. y Moreno, N. (2017). ¿Por qué el adulto mayor con hipertensión arterial requiere de un cuidado específico? *Rev. Enf. Neurol.* 16(1), 43-50. <https://doi.org/10.37976/enfermeria.v16i1.231>
- Estrada Reventos, D., Ho Wong, T. M., Agudo Ugena, J. P., Arias Barroso, P., Capillas Pérez, R., Gibert Llorach, E., ... Salamero Baró, M. (2013). Validación de un cuestionario de conocimientos sobre la hipertensión. *Hipertensión y Riesgo Vascular*, 30(4), 127–134. doi:10.1016/j.hipert.2013.05.003
- Estrada, L. R., Chávez, A. G., & y Hernández, H. H. (2019). El sistema renina-angiotensina-aldosterona y su papel funcional más allá del control de la presión arterial. *Revista mexicana de cardiología*, 19(1), 21-29.

- García, A., Martín, D., Martínez, M., Merchán, C., Mayorga, C. y Barragán, A. (2017). Fisiopatología de la hipertensión arterial secundaria a obesidad. *Archivos de Cardiología de México*, 87(4), 336-344. DOI: 10.1016/j.acmx.2017.02.001
- García, L. y Centurión, O. (2020). Medidas preventivas y manejo diagnóstico y terapéutico de la hipertensión arterial y las crisis hipertensivas. *Revista de Salud Pública Paraguay*, 10(2), 59-66. <https://doi.org/10.18004/rspp.2020.diciembre.59>
- Glezerman, M. (2017). Medicina de género: La nueva revolución de la medicina: el papel del sexo en el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades. Plataforma.
- Gómez, J., Pérez, M., Tamayo, O. y Iparraguirre, A. (2021). Agregación familiar para la hipertensión arterial. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 20(2). Recuperado de <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/3509/2832>
- Gutiérrez O, et al. Efectos del ejercicio físico en la presión arterial en mujeres. *Revista de la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales* [Internet] 2020 [Consultado 28/10/2022]; 16(2). Disponible en: <https://revistas.udca.edu.co/index.php/rdafd/article/view/1565/1926>
- Hernández, C. (2021). Estrés e hipertensión arterial. *Gaceta Hidalguense de Investigación en Salud*, 9(2), 16-18. Recuperado de https://s-salud.hidalgo.gob.mx/contenido/informacion/gaceta/2021/Estr%C3%A9s-HT_G22021.pdf
- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018- 19 [Internet]. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2020 [Consultado 28/10/2022]. Disponible en: <https://www.insp.mx/produccion-editorial/novedadeseditoriales/ensanut-2018-nacionales>
- Kunstamann S. Manual de Fisiopatología Clínica. Marín MP, editor. Santiago de Chile; 2019.
- Lans, V. G., & Torres, G. S. (2019). LA EVOLUCIÓN BIOLÓGICA Y LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL.
- Lara, M. I., & Serio, M. (2023). Tendencias en el Consumo de Alcohol y Peso Corporal en Argentina (No. 264).
- López, S. M. M. (2023). Abordaje de la hipertensión arterial en el adulto mayor (+ 60) desde la perspectiva de atención primaria en salud, en hospital santa teresa y barrio Torondon de la ciudad de Comayagua, municipio de Comayagua en la cohorte 2019-2020.
- López, L. (8 de junio de 2020). Hipertensión arterial: ¿cómo daña nuestro corazón? *Luis López Cardiólogo*. <https://luislopezcardiologo.com/es/hipertension-arterial-como-dana-nuestro-corazon/>

- López, M., Vázquez, R., Estrada, R., Cortes, K., Tlazola, R. y Ruvalcaba, J. (2017). Actividad física como medida de control de la hipertensión arterial. *Journal of negative y no positive results*, 2(11), 581-588. DOI: 10.19230/jonnpr.1531.
- Lozano Ortiz, D. (2017). Factores de riesgo no modificables y modificables e hipertensión arterial en población masculina y femenina mayor de 55 años en el distrito de Cajamarca Mayo-Julio 2017.
- Marín M. Causas Hipertensión Arterial, México [Internet] 2017 [Citado 2017 dic 12] Disponible en: http://www.fac.org.ar/1/publicaciones/libros/tratfac/hta_01hta.pdf. 2017-.
- Ministerio de Salud Pública. Hipertensión arterial: Guía de Práctica Clínica (GPC). Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2019. Disponible en: <http://salud.gob.ec>
- Mendoza Briones, J. N. (2019). Obesidad como factor asociado a hipertensión y prehipertensión arterial en adolescentes Hospital de Cajamarca 2013.
- Montes, A., Leal, E., Sillas, D., Benítez, V., Ruiz, M., Magaña, L.,... Carvajal, K. (2022). Nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial (HTA) de adultos de una comunidad rural de Nayarit. *South Florida Journal of Development*, 3(2), 2024-2035, DOI: 10.46932/sfjdv3n2-034.
- Mur Villar, N., García San Juan, C., Castellanos González, M., Sexto Delgado, N., Méndez Castellanos, C., & Gamio Pruna, W. (2017). La influencia de la obesidad y la aterosclerosis en la etiología y patogenia de las enfermedades periodontales. *Medisur*, 15(1), 93-106.
- Muñoz, C. (29 de agosto de 2018). *Estrés e Hipertensión*. GeoSalud. Recuperado de <https://www.geosalud.com/hipertension/estres.htm>
- Muñoz, C. (14 de agosto de 2018). *Hipertensión arterial en el paciente diabético*. GeoSalud. Recuperado de https://www.geosalud.com/hipertension/hiper_diabetes.htm
- NATURALEZA DEL AUTOCUIDADO [Internet]. 1Library.co. [citado el 12 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://1library.co/article/naturaleza-delautocuidado-participantes-seg%C3%BAAn-edad.zpnl9d4y>.
- Naranjo, Y., Sánchez, M. y Lorenzo, Y. (2019). Estrategia de cuidado de los adultos mayores hipertensos en la comunidad. *Revista Cubana de Enfermería*, 35(3), Recuperado de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2670/462>
- Nidal F. Assessing Publics' Knowledge About Hypertension in a Community Dwelling Sample, *Journal of Cardiovascular Nursing*, Wolters Kluwer Health, Inc. Jordan [Internet] Asia [Citado 2018 nov 15] : vol. 00, No. 0, disponible en: <https://>

- Noohi F, Sarrafzadegan N, Khosravi A, Andalib E. The first Iranian recommendations on prevention, evaluation and management of high blood pressure. ARYA Atheroscler; [Internet]. [Citado 2017 sep 15]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3557580/>
- O'Donnell, C. J., & Elosua, R. (2018). Factores de riesgo cardiovascular. Perspectivas derivadas del Framingham Heart Study. Revista española de Cardiología, 61(3), 299-310.
- Organización Mundial de la Salud. Hipertensión [Internet]. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 25 agosto 2021 [Consultado 28/10/2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Organización Mundial de la Salud. Hipertensión [Internet] 2017. [Citado 2017 dic 18] Disponible en: <http://www.who.int/topics/hypertension/es/>
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación de hipertensión arterial [Internet] 2014 [Citado 2017 dic 12] Disponible en: <http://salud.ccm.net/faq/33210- clasificacion-de-la-hipertension-arterial-segun-la-oms>
- Organización Mundial de la Salud. El autocuidado es un nuevo abordaje de la atención primaria de la salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 26 de junio del 2021 [Consultado 28/10/2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/multi-media/details/self-care-is-a-new-approach-to-primaryhealthcare>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Hipertensión. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- OMS. Hipertensión [Internet]. Who.int. [citado el 6 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/hypertension>
- Organización Panamericana de la Salud. Hipertensión arterial guía de diagnóstico y manejo. [Internet] 2018 [Citado dic 18] Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia20.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Día Mundial de la Hipertensión. Recuperado de <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-hipertension-2020#:~:text=La%20hipertensi%C3%B3n%20arterial%20afecta%20m%C3%A1s,insuficiencia%20card%C3%ADaca%20y%20la%20demencia.>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Día Mundial de la Hipertensión. Recuperado de https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13257:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-

numeros&Itemid=42345&lang=es#:~:text=Entre%20el%2020%25%20y%2035,y%20 muchos%20desconocen%20su%20condici%C3%B3n.

- Organización Panamericana de la Salud. (2022). Día Mundial de la Hipertensión 2022. Recuperado de <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-hipertension-2022>
- Osorio, E. y Amariles, P. (2018). Hipertensión arterial en pacientes de edad avanzada: una revisión estructurada. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25(3), 209-221. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.10.006>
- Paillacho Chapi, K. N. (2020). Factores que determinan el tabaquismo en estudiantes de pregrado (9no semestre) Carrera de Derecho UNIANDES Sede Tulcán (Bachelor's thesis).
- Patel, P., Ordunez, P., DiPette, D., Escobar, M., Hassell, T., Wyss, F.,...Angell, S. (2017). Mejor control de la presión arterial para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares: Proyecto de Prevención y Tratamiento Estandarizado de la Hipertensión Arterial. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(12), 1284-1294. DOI: 10.1111/jch.12861
- Penín, O., Rojo, J., Penín, A., Villasuso, B. (2021). Influencia de la dependencia del consumo de tabaco en el control de la presión arterial en personas con tratamiento farmacológico antihipertensivo. *Revista trimestral farmacéuticos comunitarios*, 13(4), 5-11. doi:10.33620/FC.2173-9218
- Peña, S., Espinosa, H., Torres, C., Mora, G., Vélez, P. y Vásquez, G. (2018). Hipertensión arterial en la población urbana de Cuenca-Ecuador, 2016. Prevalencia y factores asociados. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 13(2), 73-77.
- Peña J; Sainz de la Mesa. Hipertensión arterial [Internet] [Citado 2017 dic 15]. Disponible en: <http://academicae.unavarra.es/xmlui/bistream/handle/2454/11277/JaionePe%C3%.Maz a.pdf>.
- Poma, J. (2017). Factores familiares y su relación con los factores de riesgo modificables para diabetes mellitus tipo 2 en adultos de 20-64 años. Universidad Nacional de Loja.
- Ponce, J. y Lois, N. (2020). Prevalencia de hipertensión arterial y estilos de vida en adultos mayores. *Revista Científica Dominio de las Ciencias*, 6(4), 977-986. <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v6i4.1517>
- Pulgarín Días, V., & Rico Quintero, M. (2018). Hipertensión arterial como factor de riesgo en el ámbito prehospitalario.
- Rajjoub, E., Lorente, A., Martínez, R. y Zamorano, J. (2021). Hipertensión arterial y corazón. *Medicine*, 13(16), 2089-2098. <https://doi.org/10.1016/j.med.2021.06.013>.

- Rodriguez. V. “Hipertensión Arterial y Hábitos Alimentarios en Adultos mayores” [Internet]. Edu.ar. [citado el 20 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC110707.pdf>
- Rodríguez-Bustamante Pavel, Báez-Hernández Francisco Javier. Epistemología de la Profesión Enfermera. Ene. [Internet]. 2020 [citado 2022 Oct 28]; 14(2): 14213. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000200013&lng=es. Epub 25-Ene-2021.
- Romero, P. M. (2021). Cómo desarrollar habilidades de pensamiento: guía basada en cinco propuestas de investigadores. Ediciones de la U.
- Romero Versoza, B. W. (2019). Orientación educativa sobre los factores que inciden en la hipertensión arterial a los pacientes de la clínica integral del adulto y adulto mayor de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil atendidos en enero del 2019 (Bachelor's thesis, Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología).
- Rubio, A. y Narváez, J. (2017). Hipertensión arterial en el paciente obeso. *Archivos en Medicina Familiar*, 19(3), 69-80.
- Salazar Checa, V. A. (2017). La alimentación y su incidencia en la hipertensión arterial en pacientes mayores a 40 años que acuden al centro de salud Tipo A de la ciudad de Baños (Bachelor's thesis).
- Sociedad Argentina de Cardiología. Consenso Argentino de Hipertensión Arterial. Revista Argentina de Cardiología [Internet] 2018 [Consultado 28/10/2022]; 86(2):18- 40 22. Disponible en: <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2018/08/consensoargentino-de-hipertension-arterial-2018.pdf>
- Sierra, C. (2017). La hipertensión arterail en el anciano. *Hipertensión y riesgo vascular*, 34(2), 26-29. Recuperado de file:///C:/Users/VEL-USER/Downloads/sierra2017%20(1).pdf.
- Tagle, R. (2018). Diagnóstico de hipertensión arterial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(1), 12-20
- Tafur, C., Vásquez, L. y Nonaka, M. (2017). *Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado del adulto mayor hipertenso, del centro de atención del adulto mayor del hospital regional de loreto, iquitos-2017* [Tesis para obtener el título de Licenciada Enfermería, Universidad Nacional de la Amazonía Peruana]. Repositorio Institucional Digital UNAP.
- Tasnim, S., Tang, C., Musini, V. y Wright, J. (2020). Efecto del alcohol en la presión arterial. Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas 2020, número 7. N.º de artículo: CD012787. DOI: 10.1002/14651858.CD012787.pub2.

- Tejada T. Capacidad de autocuidado según Dorothea Orem en adultos mayores del distrito de Ayapata-2018 [Internet]. Edu.pe. [citado el 13 de mayo de 2022]. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/9639/Tejada_Quispe_Thalia.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Tomás. EL CUESTIONARIO COMO INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN/EVALUACIÓN [Internet]. Univsantana.com. [citado el 29 de mayo de 2022]. Disponible en: http://www.univsantana.com/sociologia/El_Cuestionario.pdf
- Unger, T., Borghi, C., Charchar, F., Khan, N. A., Poulter, N. R., Prabhakaran, D., ... Schutte, A. E. (2020). 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension*, 75(6), 1334–1357. doi:10.1161/hypertensionaha.120.15026
- Urina-Triana, M., Urina-Jassir, D., Urina-Jassir, M., & Urina-Triana, M. (2017). Consideraciones especiales de la hipertensión arterial sistémica en afrodescendientes de América latina. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, 12(5), 151-160.
- Urrea, J. (2018). Hipertensión arterial en la mujer. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25(1), 13-20. DOI: 10.1016/j.rccar.2017.12.003
- Valencia Oñate, N. L. (2017). Efectividad del programa de actividad física en el adulto mayor independiente del club diabético perteneciente al Cantón Patate (Bachelor's thesis, Universidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias de la Salud-Carrera de Terapia Física).
- Vélez Benjumea, C. A., Román Girón, J. F., Montaña Marmolejo, Y., & Rocha Alarcón, T. I. (2017). Hipertensión arterial en la infancia y adolescencia en las instituciones públicas y privadas del área urbana del municipio de san pedro valle año 2016 (Bachelor's thesis, Medicina).
- Villareal, E., Camacho, I., Vargas, E., Galicia, L., Martínez, L. y Escorcía, V. (2020). Antecedente heredofamiliar de hipertensión (padremadre), factor de riesgo para familia hipertensa (hijos). *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 13(1), 15-21. Recuperado de <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v13n1/1699-695X-albacete-13-01-15.pdf>
- Viver, S. (18 de febrero de 2021). *¿Cómo afecta la hipertensión arterial a los ojos?* Barraquer. <https://www.barraquer.com/noticias/hipertension-arterial-ojos>
- Wagner, P. (2018). Fisiopatología de la hipertensión arterial. *Rev Perú Ginecol Obstet*, 64(2), 175- 184. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2075>.
- Zambrano, J. E. C., Jaramillo, P. A. V., & Lino, V. E. R. (2016). Riesgo cardiovascular relacionado con el consumo de alcohol. *Dominio de las Ciencias*, 2(4), 17-27.

- Zela Ari, L., & Mamani Chambi, W. (2015). Hipertensión Arterial y Estilo de Vida en Adultos Mayores de la Micro Red de Salud Revolución San Román, Juliaca-2015.
- Zipes, D. P., Libby, P., Bonow, R. O., Mann, D. L., Tomaselli, G. F. & Braunwald, E. *Braunwald Tratado de cardiología: Texto de medicina cardiovascular*. Elsevier. Madrid.

11. Anexos

Anexo 1. Asignación de pertinencia del proyecto de tesis



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

Oficio Nro. 1166-D-CMH-FSH-UNL
Loja, 07 de Junio de 2022

Srta. María Soledad Ojeda Vargas
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA
Ciudad.

De mi consideración:

Mediante el presente me permito informarle sobre el proyecto de investigación titulado: **"Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y prácticas de autocuidado en adultos mayores del Centro Gerontológico de Celica"**, de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita el 06 de Junio de 2022, por la Md. Mgs. Sandra Mejía, Docente de la Carrera, una vez revisado y corregido, considera **aprobado y pertinente**, puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,



TANIA VERONICA
CABRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo.
TVCP/NOT

Anexo 2. Asignación de director de trabajo de titulación



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

Oficio Nro. 1188-D-CMH-FSH-UNL
Loja, 08 de Junio de 2022

Md. Mgs. Sandra Mejía
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA
Ciudad.

De mi consideración:

A través de un cordial y respetuoso saludo me dirijo a usted, a la vez me permito comunicarle que ha sido designado/a como Director/a de tesis del tema: **“Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y prácticas de autocuidado en adultos mayores del Centro Gerontológico de Celica”**, autoría de la **Srta. María Soledad Ojeda Vargas**.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,



El móvil o teléfono celular: 9921
**TANIA VERONICA
CABRERA PARRA**

Dra. Tania Cabrera
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
C.c.- Archivo, Estudiante.
TVCP/NOT

Anexo 3. Autorización para la recolección de datos



UNIVERSIDAD
NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE
MEDICINA HUMANA

Oficio Nro. 1237-D-CMH-FSH-UNL
Loja, 13 de Junio de 2022

Ing. Oswaldo Vicente Román Calero
ALCALDE DEL CANTÓN CELICA
Ciudad.-

De mi consideración:

*Dr. Albo Beltracchini.
Telc. Permiso.
Autorizado, con nota en
No. 1237-D-CMH-FSH-UNL*

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones. Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa se digne conceder su autorización a la Srita. **María Soledad Ojeda Vargas**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, para poder aplicar dos cuestionarios (cuestionario sobre Hipertensión y Escala LICKERT sobre prácticas de autocuidado sobre hipertensión arterial) a los usuarios del Centro Gerontológico de Celica; luego se realizara una intervención educativa sobre hipertensión arterial; información que servirá para cumplir con el trabajo de investigación denominado: "Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y prácticas de autocuidado en adultos mayores del Centro Gerontológico de Celica"; trabajo que lo realizará bajo la supervisión de la Md. Mgs. Sandra Mejía, Catedrática de nuestra Carrera.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,



Forma autorizada por
TANIA VERONICA
CARRERA PARRA

Dra. Tania Cabrera

DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

Contacto del Estudiante: celular: 0939456791, correo: maria.s.ojeda@uni.edu.ec

Cc.- Archivo

TVCF/NOT

Anexo 4. Certificación de tribunal



FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

Loja, 27 de noviembre de 2023

Los miembros del tribunal del Trabajo de Titulación de la postulante **María Soledad Ojeda Vargas**, con cédula de identidad: **1106008038** y autora del trabajo denominado: **Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y prácticas de autocuidado en adultos mayores del Centro Gerontológico de Celica**, bajo la dirección de la Dra. Sandra Katerine Mejía Michay, **CERTIFICAMOS** que el postulante antes mencionado, cumplió con las correcciones sugeridas durante su sesión privada, para lo cual autorizamos la publicación del mencionado Trabajo de Titulación en el Repositorio Digital del Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja.

Dra. Angélica María Gordillo Iñiguez
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
ANGELICA MARIA
GORDILLO INIGUEZ

Dr. Edwin Fabricio Nagua Carrión
MIEMBRO DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
EDWIN FABRICIO
NAGUA CARRION

Dr. Michel Alexander Jiménez Delgado
MIEMBRO DEL TRIBUNAL



Firmado electrónicamente por:
MICHEL ALEXANDER
JIMENEZ DELGADO

Anexo 5. Consentimiento informado



Universidad
Nacional
de Loja

Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana

CONSENTIMIENTO INFORMADO ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

Este formulario de consentimiento informado está dirigido a los Adultos mayores que conforman el Centro Gerontológico del Cantos Celica

Investigador: María Soledad Ojeda Vargas

Director de tesis:

Introducción

Yo, María Soledad Ojeda Vargas, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja. Me encuentro realizando un estudio que busca conocer sobre el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y las prácticas de autocuidado que realizan los adultos mayores del Centro Gerontológico del cantón Celica, a continuación, pongo a su disposición la información y a su vez le invito a participar de este estudio. Si tiene alguna duda responderé a cada una de ellas.

Propósito

Identificar el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y las prácticas de autocuidado que realizan los adultos mayores del Centro Gerontológico del cantón Celica

Tipo de intervención de la investigación

Esta investigación incluirá: datos personales como sexo, edad, escolaridad e hipertensión diagnosticada, además de la aplicación del Cuestionario CSH (Conocimiento sobre hipertensión) y la escala tipo lickert sobre prácticas de autocuidado sobre hipertensión arterial.

Selección de participantes

Las personas que participarán de esta investigación son los adultos mayores que conformen el Centro Gerontológico del cantón Celica en el periodo abril agosto 2022

Participación voluntaria

Su participación en este estudio es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted puede tomar otra decisión posteriormente y decidir no formar parte del estudio aun cuando haya aceptado antes.

Beneficio

La realización de este estudio nos ayudará a identificar el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y las prácticas de autocuidado que realizan los adultos mayores del Centro Gerontológico del cantón Celica

Confidencialidad

Toda la información obtenida de los participantes será manejada con absoluta confidencialidad por parte de los investigadores. Los datos de filiación serán utilizados exclusivamente para garantizar la veracidad de los mismos y a estos tendrán acceso solamente los investigadores y los organismos de evaluación de la Universidad Nacional de Loja.

Compartiendo los resultados

La información que se obtenga al finalizar el estudio será socializada en el repositorio digital de la Universidad Nacional de Loja. No se divulgará información personal de ninguno de los participantes.

Derecho a negarse o retirarse

Si ha leído el presente documento y ha decidido participar en el presente estudio, entiéndase que su participación es voluntaria y que usted tiene derecho a abstenerse o retirarse del estudio en cualquier momento del mismo sin ningún tipo de penalidad. Tiene del mismo modo derecho a no contestar alguna pregunta en particular, si así, lo considera.

A quien contactar

Si requiere hacer preguntas más tarde, puede contactar a:

Tesista: María Soledad Ojeda Vargas

Correo electrónico: maria.s.ojeda@unl.edu.ec

Numero de celular: 0939456791

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____

Fecha: _____ (Día/mes/año)

Anexo 6. Cuestionario CSH (Conocimientos sobre hipertensión)



Universidad
Nacional
de Loja

Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana

CUESTIONARIO CSH (Conocimientos sobre hipertensión)

Este cuestionario realizado por Estrada D., tiene como finalidad conocer el nivel de conocimiento acerca de hipertensión arterial, el mismo que fue validado en el año 2013.

Estimado Señor/a:

Solicitamos su colaboración para evaluar su nivel de conocimiento respecto a hipertensión arterial. Solo debe dar respuesta a las preguntas que aparecen a continuación. Le garantizamos la mayor discreción con los datos que pueda aportarnos, los cuales son de gran valor para este estudio. Muchas gracias.

Edad: _____

Sexo: Masculino __ Femenino __

Escolaridad:

Primaria

Secundaria

Educación superior

¿Usted tiene hipertensión arterial diagnosticada por un médico? Si __ No__

1. Hipertensión			
1.1. ¿A partir de qué valor se considera una persona hipertensa?	140/90	160/95	130/85
1.2. ¿Es la hipertensión una enfermedad para toda la vida?	Si	No	No lo sé
2. Riesgos de la hipertensión			
2.1. ¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas a los ojos?	Si	No	No lo sé
2.2. ¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas al corazón?	Si	No	No lo sé
2.3. ¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas de artrosis?	Si	No	No lo sé
2.4. ¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas al cerebro?	Si	No	No lo sé
2.5. ¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas a los riñones?	Si	No	No lo sé
3. Factores de riesgo asociado a la hipertensión			
3.1. Un/a hipertenso/a con diabetes ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Si	No	No lo sé

3.2.Un/a hipertenso/a con obesidad ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Si	No	No lo sé
3.3.Un/a hipertenso/a fumador/a ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Si	No	No lo sé
3.4.Un/a hipertenso/a con colesterol alto ¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Si	No	No lo sé
4. Dieta			
4.1.¿Cree que es importante la dieta para el hipertenso?	Si	No	No lo sé
4.2.Una dieta pobre en grasas, abundante en frutas y verduras ¿es importante para disminuir la presión arterial?	Si	No	No lo sé
4.3.¿Es aconsejable reducir el consumo de sal?	Si	No	No lo sé
5. Medicación			
5.1.¿Cree que se puede controlar la hipertensión solo con medicación?	Si	No	No lo sé
5.2.¿Cree que Ud. puede aumentar o disminuir la dosis de la medicación si le sube o le baja la presión arterial?	Si	No	No lo sé
5.3.¿Cree que Ud. puede dejar el tratamiento cuando tiene la presión arterial controlada?	Si	No	No lo sé
6. Modificaciones de estilos de vida			
6.1.¿Cree que perder peso en personas obesas puede ayudar a bajar la presión arterial?	Si	No	No lo sé
6.2.¿Cree que caminar cada día ½ -1 h, puede reducir el riesgo de sufrir una enfermedad del corazón?	Si	No	No lo sé
6.3.¿Cree que si se toma la vida con tranquilidad puede favorecer el control de la hipertensión?	Si	No	No lo sé

Anexo 7. Escala tipo lickert sobre prácticas de autocuidado sobre hipertensión arterial



Universidad
Nacional
de Loja

Facultad de la Salud Humana
Carrera de Medicina Humana

ESCALA TIPO LICKERT SOBRE PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

El presente cuestionario realizado por Tafur, C., Vásquez, L. y Nonaka, M., tiene como finalidad identificar las prácticas de autocuidado para la prevención y el control de la hipertensión arterial, el mismo que fue validado en el año 2017.

INSTRUCCIONES: Esta escala es anónima. Es decir, nadie podrá saber a quién pertenece las respuestas, las cuales serán tratadas con la más absoluta confidencialidad y reserva. Contiene una serie de preguntas cada una de las cuales tienen diversas categorías de respuesta: Siempre (2), a veces (1) y nunca (0) todas las preguntas tienen direccionalidad positiva. Le solicitamos que nos dé su respuesta a cada una de las preguntas y nos proporcione una respuesta sincera y honesta.

ÍTEMS	Siempre	A veces	Nunca
ALIMENTACIÓN	2	1	0
1. ¿Acostumbra a consumir alimentos que contengan frutas y verduras			
2. ¿Acostumbra a consumir alimentos que contenga gran contenido de grasa?			
3. ¿Generalmente usted prepara sus alimentos fritos?			
4. ¿La frecuencia con la que usted consume ajos y apio es de 3 a 4 veces a la semana?			
5. ¿Usted ingiere sus alimentos con gran contenido de sal?			
EJERCICIO FÍSICO	Siempre	A veces	Nunca
6. ¿Realiza ejercicio físico 5 días a la semana durante al menos 30 minutos?			
7. ¿Acostumbra a realizar caminatas mensualmente?			
8. ¿Acostumbra a realizar trabajos en su hogar, que implique esfuerzo físico durante el día?			
9. ¿Con frecuencia se controla su peso?			
HÁBITOS NOCIVOS	Siempre	A veces	Nunca
10. ¿Con que frecuencia consume bebidas alcohólicas?			
11. ¿Con que frecuencia acostumbra a fumar cigarrillos durante el día?			
12. ¿Con que frecuencia acostumbra a tomar café?			

SEGUIMIENTO Y CONTROL	Siempre	A veces	Nunca
13. ¿Cuántas veces a la semana se controla la presión arterial?			
14. ¿Asiste a sus controles médicos puntualmente?			
TENSIÓN Y ESTRÉS	Siempre	A veces	Nunca
15. ¿Con que frecuencia se presenta discusiones desagradables en la familia?			
16. ¿Con que frecuencia se fomenta la risa en su hogar?			

Anexo 8. Base de datos

- Antes de la intervención educativa

NÚMERO	SEXO		EDAD		ESCOLARIDAD	HTA		CONOCIMIENTO SOBRE HTA			PRACTICAS DE AUTOCUIDADO	
	M	F	60-80	>80		SI	NO	BAJO	MEDIO	ALTO	ADECUADO	INADECUADO
1	1			1	PRIMARIA		1	1				1
2		1	1		PRIMARIA	1		1				1
3		1	1		PRIMARIA		1		1		1	
4		1	1		PRIMARIA	1		1				1
5		1	1		PRIMARIA	1			1		1	
6		1	1		PRIMARIA		1	1				1
7	1		1		PRIMARIA	1		1				1
8	1		1		PRIMARIA		1		1			1
9	1		1		PRIMARIA	1		1				1
10	1		1		SECUNDARIA		1		1			1
11	1		1		PRIMARIA		1				1	1
12		1	1		PRIMARIA		1		1			1
13	1		1		PRIMARIA	1			1		1	
14		1	1		PRIMARIA	1		1				1
15	1			1	PRIMARIA	1			1		1	
16		1	1		PRIMARIA		1	1				1
17		1	1		PRIMARIA	1			1			1
18		1	1		PRIMARIA	1		1				1
19		1		1	PRIMARIA	1		1				1
20		1		1	PRIMARIA	1			1			1
21		1	1		PRIMARIA		1				1	1
22	1			1	PRIMARIA		1	1				1
23		1		1	PRIMARIA	1		1				1
24		1	1		PRIMARIA	1			1		1	
25	1			1	PRIMARIA	1		1				1
TOTAL	10	15	18	7		15	10	13	10	2	7	18

- Después de la intervención educativa

NÚMERO	SEXO		EDAD		ESCOLARIDAD	HTA		CONOCIMIENTO SOBRE HTA			PRACTICAS DE AUTOCUIDADO	
	M	F	60-80	>80		SI	NO	BAJO	MEDIO	ALTO	ADECUADO	INADECUADO
1	1			1	PRIMARIA		1		1			1
2		1	1		PRIMARIA	1		1			1	
3		1	1		PRIMARIA		1			1	1	
4		1	1		PRIMARIA	1			1			1
5		1	1		PRIMARIA	1			1		1	
6		1	1		PRIMARIA		1	1	1		1	
7	1		1		PRIMARIA	1		1				1
8	1		1		PRIMARIA		1		1		1	
9	1		1		PRIMARIA	1			1			1
10	1		1		SECUNDARIA		1		1		1	
11	1		1		PRIMARIA		1			1	1	
12		1	1		PRIMARIA		1		1			1
13	1		1		PRIMARIA	1			1		1	
14		1	1		PRIMARIA	1			1		1	
15	1			1	PRIMARIA	1		1				1
16		1	1		PRIMARIA		1	1				1
17		1	1		PRIMARIA	1			1			1
18		1	1		PRIMARIA	1			1		1	
19		1		1	PRIMARIA	1		1				1
20		1		1	PRIMARIA	1			1		1	
21		1	1		PRIMARIA		1			1	1	
22	1			1	PRIMARIA		1	1				1
23		1		1	PRIMARIA	1				1		1
24		1	1		PRIMARIA	1				1	1	
25	1			1	PRIMARIA	1			1			1
TOTAL	10	15	18	7		15	10	6	14	5	13	12

Anexo 9. Certificación de traducción

Loja, 27 de Noviembre del 2023

David Andrés Araujo Palacios.

TRADUCTOR E INTÉRPRETE DE IDIOMAS (INGLÉS-ESPAÑOL-INGLÉS)

CERTIFICO:

Que se ha realizado la traducción de español a inglés del resumen derivado del trabajo de titulación denominado **“Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y prácticas de autocuidado en adultos mayores del Centro Gerontológico de Celica”** de autoría de la tesista **María Soledad Ojeda Vargas** portadora de la cédula de identidad número **1106008038** estudiante de la **Carrera de Medicina Humana** de la **Facultad de la Salud Humana** de la **Universidad Nacional de Loja**, mismo que se encuentra bajo la dirección de la **Md. Sandra Katerine Mejía Michay**.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando al interesado hacer uso del presente como considere.



DAVID ANDRÉS
ARAUJO PALACIOS

Traductor

Registro: **MDT-3104-CCL-252098**

Teléfono: **0963660998**

email: davidaraujopalacios@gmail.com