



Policlínico Docente “Cecilio Ruiz De Zárate Castellón” Cienfuegos

Conocimientos sobre hipertensión arterial en población adulta joven no hipertensa. Consultorio 7. Área II. Cienfuegos.

TRABAJO DE TERMINACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA
DE PRIMER GRADO EN MEDICINA GENERAL INTEGRAL

Autor: Dr. Jhoan Antonio González Sánchez
Residente 3er año d Medicina General Integral

Tutor: Dr. MSc. Rubén Darío García Núñez
*** Especialista de Segundo Grado en Medicina General Integral.
Profesor Auxiliar.

“Año 64 de la Revolución”

AGRADECIMIENTOS.

Llegó el momento de agradecer a todos los que de una forma u otra me ayudaron a la realización de este trabajo.

En primer lugar a dios por iluminar mi camino y llenarme de sabiduría para alcanzar mis objetivos.

A mis padres por su ayuda incondicional que hizo posible que pudiese alcanzar este sueño.

A mi esposa que comprendió lo importante que era para mí este proyecto y estuvo a mi lado para darme ánimo y apoyarme en todo momento.

A mis tíos por apoyarme en la realización de este proyecto tan importante en mi carrera.

A mi tutor por toda su ayuda, por brindarme sus conocimientos y por todo el tiempo que dedicó a enseñarme posponiendo sus actividades propias y regalándome su sabiduría.

A todo el colectivo de profesores por contribuir a mi formación profesional.

A mis pacientes que son la razón de este trabajo.

Y a todos los que aportaron su granito de arena para la culminación de esta obra que sin su ayuda no hubiese llegado a su fin.

DEDICATORIA.

Dedico este trabajo a Dios, a mis padres que son el pilar fundamental en mi vida, mi apoyo incondicional, a mi esposa que me apoyó en todo momento y que supo estar para mí en los momentos más difíciles, quisiera también dedicárselo a mi pequeña Sami a la cuál adoro, quisiera dedicárselo a la memoria de mi abuela que desde el cielo sé que están orgullosos de mí, a todas las personas que apoyaron mi formación académica y a los pacientes adultos jóvenes de mi comunidad que estuvieron prestos a trabajar en esta investigación.

Resumen.

Fundamento: La Hipertensión Arterial (HTA) es uno de los principales problemas de Salud pública en los países desarrollados y en desarrollo por su elevada prevalencia y gravedad, condicionada en la mayor parte de los casos por la adopción de estilos de vida no saludables.

Objetivo: Determinar el conocimiento sobre hipertensión arterial en población adulta joven del consultorio médico #7 del área II.

Métodos: Se realizó una investigación que asume un diseño de investigación descriptiva, de corte transversal desde octubre de 2020 a marzo 2022. El universo estuvo constituido por 213 individuos adultos no hipertensos y la determinación del tamaño muestral (nivel de confianza del 95 % y un máximo error admisible del 15 %) fue fijada mediante aplicación estadística y fue de 36 individuos.

Resultados: Las características sociodemográficas que se determinaron fueron: predominio del sexo femenino en un 63,9 %, el grupo etáreo de 25-29 años (50%), el color de la piel blanca (61,1%), el nivel educacional el universitario (44,4%) y el estado civil la unión consensual (41,7%). La dimensión del conocimiento de resultados más desfavorables fue la de conocimientos de factores de riesgo de hipertensión arterial

Conclusiones: Se determinó que el conocimiento sobre hipertensión arterial en la población estudiada no fue satisfactorio, lo que pone de manifiesto la necesidad de desarrollar un programa de intervención educativa para aumentar el conocimiento sobre esta importante enfermedad.

Palabras Claves: hipertensión arterial, conocimientos, población adulta joven.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	¡Error! Marcador no definido.
Justificación de la investigación	8
OBJETIVOS	9
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	10
DISEÑO METODOLÓGICO	24
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	34
RESULTADOS FUNDAMENTALES	49
CONCLUSIONES	51
RECOMENDACIONES	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	53
ANEXOS	
Anexo -1. Solicitud de consentimiento informado	
Anexo -2. Criterios de Moriyama.	
Anexo -3. Cuestionario	

Introducción

Las enfermedades no transmisibles constituyen las principales causas de morbilidad y mortalidad entre adultos de países desarrollados y en vías de desarrollo. La hipertensión arterial (HTA) es la que más afecta la salud de los individuos adultos. Es una enfermedad y también un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares e insuficiencia renal. Asimismo, puede producir afectaciones vasculares periférica y de la retina. (1)

A nivel mundial la hipertensión arterial (HTA) es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatía y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular. (1)

Una de las enfermedades crónicas no transmisibles que guarda relación con la práctica de estilos de vida no saludables es la hipertensión arterial. Según investigadores aseveran que la hipertensión arterial en el mundo es la causa por la que mueren anualmente más de dieciocho (18) millones de personas, la OMS calcula que para el año 2030 la mortalidad cardiovascular global anual llegará a los 23,6 millones de personas, con mayor incremento en las regiones del este mediterráneo y en el sudeste asiático . (2)

La hipertensión arterial está identificada como un problema de salud a escala mundial por ser una de las primeras causas básicas de morbilidad y mortalidad en la población mayor de 15 años de edad, además por su papel principal como factor de riesgo para el accidente cerebro vascular y la enfermedad coronaria. Es una enfermedad poligénica, interrelacionada con los factores ambientales, que va en aumento con los estilos de vida inadecuados, la vida sedentaria y los hábitos alimentarios. Los estudios disponibles a nivel mundial, señalan que el porcentaje de pacientes diagnosticados de hipertensión (HTA) que no siguen adecuadamente las instrucciones del personal sanitario oscila entre el 20% y el 80%, si bien la mayoría de ellos ofrecen porcentajes en torno al 50%.(3)

En el mundo se estima que 691 millones de personas padecen hipertensión arterial. Buena parte de las mismas son adultos mayores, dadas las tendencias mundiales al incremento de la expectativa de vida en la mayoría de los países y al hecho de que la frecuencia de HTA aumenta con la edad. (4)

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

En América Latina, la hipertensión arterial es causante de alrededor del 30% de fallecimientos, se pronostica que estas tasas de mortalidad aumentarán en un 14,5% para el año 2020; en cambio la Guía Latinoamericana de hipertensión revela también la prevalencia de esta enfermedad en algunos países, siendo Colombia con 23% y Perú con 24% los menos afectados, así Argentina, Brasil, Chile, Ecuador, México, Paraguay, Uruguay y Venezuela reportan cifras que van desde el 25 al 35%; en el caso particular de Cuba la prevalencia se encuentra en un 23,3 y el de la provincia de Cienfuegos en 24,08.(5)

En el policlínico Área II del municipio de Cienfuegos, la HTA afecta a 1267 personas mayores de 15 años, lo que representa una tasa de 31,8 por 1000 habitantes y en el consultorio # 7 de una población total de 1242, existen 401 hipertensos para una tasa de 32.3 por cada 100 habitantes, de los cuales 123 son adultos jóvenes hipertensos.

Actualmente está demostrado que existen diferentes estilos de vida que incluyen, comportamientos que son perjudiciales/beneficiosos para la salud. La expresión “estilos de vida saludable” se ha convertido en un hito que necesariamente permea a la sociedad como colectivo y al individuo como persona, pues propende por un desarrollo armónico del ser humano, elevando su calidad de vida. (6)

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

Mientras el mundo trata de controlar las patologías infecciosas y la mortalidad infantil, aumenta la preocupación por la incidencia de los problemas de salud relacionados al tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, el sedentarismo y el consumo de comida chatarra o basura; que están íntimamente ligados a las epidemias del siglo XXI como es la obesidad, la diabetes mellitus y la hipertensión arterial; considerándose que es más difícil el manejo porque no se trata de combatir bacterias o virus, sino los malos hábitos de las sociedades modernas, que hace décadas el ser humano abandonó repercutiendo hoy en día a su salud. (7)

A nivel mundial la sociedad tiene la oportunidad de cambiar la epidemia de las enfermedades no transmisibles según manifestó la directora general de la Organización Mundial de la Salud, Margaret Chan. La OMS ha lanzado un programa para reducir estas muertes en un veinte cinco por ciento (25%) hasta el año 2025; por tan solo con invertir entre uno y tres dólares anualmente por persona los países pueden disminuir las enfermedades y la mortalidad que provocan estas enfermedades. (7)

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

Por otro lado, los modelos psicosociales, en el marco de los estilos de vida, señalan que los hábitos o patrones conductuales que guardan una estrecha relación con la salud son formas recurrentes de comportamiento que se ejecutan de forma estructurada para responder a diferentes situaciones, que se aprenden a lo largo del proceso de socialización del individuo. Una vez adquiridos, son difíciles de modificar y están determinados por factores socioculturales y características personales. (6)

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

En la actualidad los estilos de vida de las personas han cambiado rotundamente; los juegos de videos, la televisión, la tablet, el celular y la computación mantienen a los niños encerrados e inactivos en sus casas por largas horas, con lo que van creando un estilo de vida inapropiado, propiciando el sedentarismo; por otra parte las familias o los padres se encuentran ocupados y dedicados la mayor parte del tiempo al trabajo y como opción fácil cuando llegan al hogar, elaboran “comidas rápidas”, con alto contenido de calorías, grasas, sal y azúcar; a estos hábitos

dañinos se le añaden los desayunos o meriendas con golosinas y snacks que toman los niños en las escuelas, convirtiéndose en un círculo que el propio desarrollo de las sociedades propicia para desencadenar los malos hábitos nutricionales.

La clave del control de la mayoría de las enfermedades crónicas no transmisibles vinculadas a comportamientos de riesgo se ubica precisamente en las conductas que son habituales; tal es el caso del sedentarismo, el consumo de sustancias nocivas para la salud y la inadecuada alimentación. Por ello se hace necesario que los pacientes enfermos de hipertensión arterial modifiquen sus estilos de vida para evitar el progreso de la enfermedad, mantenerse compensados y no desarrollar complicaciones cardiovasculares que terminarán con su vida. (8)

Dos décadas tomaría el bajar la incidencia de la hipertensión arterial, teniendo en cuenta que la mayor parte de la población de países desarrollados o en vías de desarrollo tiene dentro de sus hábitos el consumo de alimentos no saludables por ejemplo el etiquetado de una gaseosa refiere alto contenido en azúcar, bajo en sal y que no contiene grasa; la de un snack menciona su alto contenido en sal, alto en grasa y bajo en azúcar, sin embargo estos productos son parte de la alimentación a media mañana para muchas familias que tienen su vida muy ocupada.

Los estilos de vida son determinados por la presencia de factores de riesgo y de factores protectores para el bienestar, por lo que la estrategia para desarrollar estilos de vida saludables es el compromiso individual, social, y el estar convencido de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales y se mejora la calidad de vida de las personas. (9)

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

Los cambios adecuados en el estilo de vida, ya sea a través de programas que aumenten el nivel de conocimientos sobre los mismos o por la pesquisa activa que desarrollen los profesionales de la salud, son la piedra angular para la prevención de la hipertensión arterial y si se padece evitar sus complicaciones; aunque nunca deben retrasar la instauración del tratamiento farmacológico en pacientes con un nivel de riesgo alto.

Los cambios en el estilo de vida pueden retrasar o prevenir de forma segura y eficaz la HTA en pacientes no hipertensos, retrasar o prevenir el tratamiento farmacológico en pacientes con HTA estadio 1 y contribuir a la reducción de la presión arterial en pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico, lo que permite una reducción de número y dosis de fármacos antihipertensivos. Además del efecto de control de la presión arterial, los cambios en el estilo de vida contribuyen al control de otros factores de riesgo cardiovasculares. (10)

De la misma manera se consigue determinar la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular dentro de los cuales en Cuba el sobrepeso encabeza el 41%, el sedentarismo el 35% y el 25% el hábito de fumar, es por eso que un estilo de vida saludable es esencial; los factores que más influyen en el desarrollo de esta patología son el sobrepeso sobre todo la obesidad abdominal, sal excesiva y no sólo la sal que se agrega a las comidas sino todos los alimentos industrializados que contienen en su composición sal o sodio, incluso aquellos que son dulces y la falta de ejercicio físico diario .

En el ASIS del consultorio, que se discutió recientemente la prevalencia de estilos de vida no saludables en la población adulta joven se comporta de la siguiente manera: hábito de fumar: 122 individuos para una tasa de 36,3 por cada 100 habitantes, sedentarismo, en 110 personas para una tasa de 32,7 por 100 habitantes e ingestión excesiva de alcohol: 15 casos para una tasa de 1.2 por cada 100 habitantes, las demás prácticas relacionadas con el estilo de vida son difíciles de identificar por los métodos utilizados.

Dado la magnitud de ésta problemática de salud no sólo en el policlínico área II y en el consultorio # 7 sino a nivel mundial, a la falta de conocimientos y a las prácticas no saludables sobre estilos de vida e hipertensión arterial y a la ausencia de estrategias de intervenciones educativas se hace necesario implementar dichas acciones de salud dirigidas a la población adulta joven no hipertensa que permitan modificar los conocimientos y las prácticas sobre los estilos de vida saludables e hipertensión arterial actuando sobre estos y mejorando la calidad de vida de la población.

Problema científico

¿Cuáles serán los conocimientos sobre hipertensión arterial que tienen los adultos jóvenes no hipertensos del consultorio # 7 del Policlínico Área II en el período 2020-2022?

Justificación de la Investigación:

Las cifras cada vez más elevadas de hipertensos, se reconoce como un problema de salud a nivel mundial, siendo uno de los factores de riesgo más importantes, junto al tabaquismo y la hipercolesterolemia para el desarrollo de la enfermedad arterial coronaria y cerebrovascular por arteriosclerosis, que son las principales causas de muerte en muchos países. El control de esta incide directamente en la morbilidad y mortalidad de la población adulta; sin embargo, en la actualidad las intervenciones existentes para la prevención, diagnóstico y tratamiento de esta afección no están sistematizadas y en la mayoría de los casos no se conoce la efectividad.

En el Análisis de la Situación de Salud del Consultorio N° 7 del área II se identifica un gran número de pacientes con esta enfermedad relacionada con estilos de vida no saludables con estadísticas por encima de la media provincial y nacional.

En este sentido, la prevención y diagnóstico temprano de la hipertensión arterial resulta clave para propiciar la ejecución de intervenciones en salud que posibiliten cambios en los estilos de vida y la disminución de las complicaciones que aparecen cuando esta no se diagnostica tempranamente.

El presente estudio constituirá un aporte al conocimiento científico para el diseño de intervenciones que permitan mejorar el estado de salud de los pacientes con estilos de vida no saludables, así como mejorar la eficiencia en el manejo integral de esta afección. De manera consustancial esta investigación aportará nuevos conocimientos a la población participante y mejorará la satisfacción de los mismos con respecto a los servicios de salud en el nivel primario.

Objetivo general

Determinar los conocimientos sobre hipertensión arterial en los adultos jóvenes no hipertensos del consultorio # 7 del Policlínico Área II “Cecilio Ruíz de Zárate en el período 2020 -2022.

Objetivos específicos.

- Caracterizar la población objeto de estudio según variables socio-demográficas.
- Identificar los conocimientos sobre hipertensión arterial en adultos jóvenes no hipertensos.
- Establecer la relación entre algunos factores sociodemográficos y el conocimiento sobre hipertensión arterial.

Marco teórico.

1.1. Investigaciones realizadas acerca del tema de investigación.

Se diseñó una propuesta de intervención educativa sobre estilos de vida saludables en hipertensos adultos del barrio Bellavista Baja en el periodo agosto 2015 – julio 2016. Se realizó un estudio observacional de tipo inferencial de desarrollo tecnológico y de corte transversal, con universo de 83 adultos hipertensos del barrio Bellavista Baja. La recolección de datos fue a través de una encuesta aplicada para conocer datos sociodemográficos, hábitos tóxicos y alimenticios, práctica del ejercicio físico, estado nutricional, alteraciones del sueño y estrés a cada paciente. Como resultados existió un predominio del sexo femenino con el 62,7%, en mayores de 65 años con el 54,2%, autoidentificación mestiza con el 83,1%, nivel de instrucción primaria completa con el 24,1% y dedicados a labores domésticas con el 41,0%. Los participantes que tuvieron un conocimiento inadecuado sobre estilos de vida saludables corresponden a mayores de 65 años con el 38,6%, autoidentificación mestiza con el 53%, instrucción de primaria completa con el 15,7% y dedicados a labores domésticas con el 28,9%; por lo cual se diseñó una intervención educativa con la finalidad de modificar los conocimientos sobre estilos de vida saludables. Se concluyó en la caracterización sociodemográfica de los participantes, predominaron los investigados del sexo femenino, mayores de 65 años, dedicados a labores domésticas y con nivel de instrucción primaria completa; además el conocimiento sobre estilos de vida resultó inadecuado. Se recomienda la aplicación de la intervención educativa a los adultos hipertensos del barrio Bellavista Baja para mejorar la calidad de vida. (11)

Se realizó un estudio de intervención educativa en el consultorio de Haticos II, municipio Maracaibo, estado Zulia desde el primero de enero al 31 de diciembre de 2007, con el objetivo de evaluar la efectividad de una intervención educativa para modificar variables relacionadas con la HTA en aras de mejorar el estilo de vida del adulto mayor hipertenso. El universo y muestra estuvo constituida por 86 adultos mayores hipertensos. Se operacionalizaron las variables: dieta, actividad física, peso, tratamiento, estilo de vida, así como las variables sociodemográficas:

edad, sexo, nivel escolar y como variable de impacto el control de la hipertensión arterial. Para el desarrollo de la investigación se aplicaron varios métodos: Teóricos, Empíricos y Estadísticos. Se utilizaron como medidas de resumen los números absolutos, el método porcentual y para la asociación de variables cualitativas se aplicaron pruebas no paramétricas para muestras pareadas: Mc Nemar para 2 categorías de la variable y Friedman en el caso de 3 o más categorías. Predominaron el sexo masculino y el grupo de 60 a 74 años y la escolaridad primaria. El programa aplicado demostró ser efectivo y pertinente porque contribuyó a modificar las variables estudiadas y demostró ser un arma poderosa para el control de la Tensión Arterial del adulto Mayor Hipertenso al aplicar la Prueba de McNemar, obteniendo como resultado $\chi^2=35,37$ gl = 1 $p=0,00$ (12)

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, el universo estuvo constituido por 167 adultos jóvenes no hipertensos del consultorio 11 del Centro de Salud Pascuales 2015 – 2016. Se aplicó una encuesta confeccionada por la autora de la investigación para evaluar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de hipertensión arterial y diseñar una estrategia educativa. Se evidenció que el grupo de edad que predominó fue el de 20 – 24 años con un 30,5%. El 68,9% estuvo representado por el sexo femenino. El 58,1% de los participantes tienen nivel de escolaridad secundaria. El 49,1% de estado unión libre. El 84,4% se auto identificaron como mestizos y el 69% fueron amas de casa. El nivel de conocimiento fue bajo en un 91% de los encuestados, siendo el sexo masculino el que tiene menos conocimiento, con un 94,2%. La estrategia quedó conformada mediante charlas semanales, de 30 minutos de duración, en grupo de 5 a 10 personas. (13)

Lagos. Realizó en el 2014, un estudio titulado: Efectividad de la Estrategia Educativa en un incremento de conocimientos del autocuidado en adultos mayores hipertensos. Centro de atención del adulto mayor “TAYTA WASI” – Villa María del Triunfo, Lima, tuvo como objetivo determinar la efectividad de la estrategia

educativa “cuidando y controlando mi presión alta “sobre el incremento de conocimientos acerca del autocuidado en adultos mayores hipertensos del “TAYTA WASI”. El estudio es de enfoque cuantitativo, nivel aplicativo y diseño metodológico o método de estudio cuasi experimental. La población estuvo conformada por 44 adultos mayores y la muestra fue de 30. Los resultados fueron que antes de la aplicación de la estrategia educativa, 16 (53,3%) adultos mayores presentaron un nivel de conocimientos bajo, 12 (40%) adultos mayores un nivel medio y solo 2(6,7%) adultos mayores con un nivel alto. Después de aplicada la estrategia educativa, 21 (70%) adultos mayores presentaron un nivel de conocimientos alto, 9 (30%).Se concluye que es efectiva la estrategia educativa “cuidando y controlando mi presión alta (14)

En Majibacoa, provincia Las Tunas se realizó un proyecto de “Intervención educativa en adultos mayores sobre la hipertensión arterial y sus factores de riesgo”, que tuvo como objetivo evaluar la eficacia de un programa educativo sobre el nivel de conocimientos de la hipertensión arterial y sus factores de riesgo. Se seleccionaron para la muestra 108 pacientes obtenidos mediante criterios de inclusión y exclusión. Se utilizaron métodos científicos, teóricos, empíricos y estadísticos, donde se observó que antes de la intervención educativa existían un 32.4% de pacientes con nivel adecuado de conocimientos acerca de la hipertensión arterial y un 35.2% sobre los factores de riesgo, después de la intervención el número de pacientes con nivel adecuado de conocimientos fue de 92.4% y 100% respectivamente. Concluyéndose que antes de la intervención educativa, la mayoría de los pacientes tenían conocimientos inadecuados acerca de la Hipertensión Arterial y sus factores de riesgo, constatándose que después de la intervención el nivel de conocimientos se elevó en todos los aspectos. (15)

Raquel González realizó un estudio en la Habana-Cuba, con el objetivo de caracterizar los estilos de vida, e identificar la hipertensión arterial y el exceso de peso de los adolescentes del Reparto “Antonio Guiterras”, del municipio Habana del Este, se realizó una investigación descriptiva de corte transversal, donde se estudiaron 276 adolescentes, con predominio del grupo de 10 a 14 años (59,4 %), color de la piel blanca (60,9 %), sin diferencias en el sexo. El 23,2 % presentó

sobrepeso y obesidad, 2,9 % hipertensión arterial y 14,5 % pre hipertensión. Predominó el consumo de alimentos dulces diariamente (72,8 %) y fritos (43,5 %), así como poco consumo de vegetales y frutas. El 34,4 % ingería bebidas alcohólicas con edad de comienzo temprana, 7,2 % eran fumadores activos y 56,2 % pasivos. Concluyendo con que los valores de exceso de peso e hipertensión arterial presente en los adolescentes estudiados coinciden con otras investigaciones y los hábitos alimentarios y de actividad física fueron deficitarios, y los hábitos tóxicos comienzan desde edades tempranas (16)

En Cienfuegos se llevó a cabo el proyecto Carmen que tuvo entre sus expectativas evaluar unas 2400 familias cienfuegueras. De ahí que sea tomada como referencia para otros estudios científicos. Uno de los resultados de la primera medición de CARMEN en 2001 estuvo asociado a los altos niveles de hipertensión que presenta la población cubana, la cual no tiene una conciencia participativa en cuanto a su prevención; la estrategia busca delimitar los factores de riesgo que posibilitan el desarrollo de enfermedades como la diabetes mellitus, hipercolesterolemia, insuficiencia renal e hipertensión arterial; luego de diez años se presenta una corte de la segunda medición de CARMEN en Cienfuegos, llegaron a una conclusión que los factores de riesgo que se analizan muestran que el problema luego de mejorar, en los últimos 10 años, empeora y de manera general los valores son muy superiores a los observados durante la primera medición CARMEN. (17)

1.2. Aspectos teóricos

1.2.1 La hipertensión arterial

El reconocimiento de la hipertensión primaria o esencial, se le atribuye a la obra de Huchard, Vonbasch y Albutt. Observaciones por Janeway y Walhard llevaron a demostrar el daño de un órgano blanco, el cual calificó a la hipertensión como el «asesino silencioso». Los conceptos de la renina, la angiotensina y aldosterona fueron demostrados por varios investigadores a finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Nikolai Korotkov inventó la técnica de la auscultación para la medición de la presión arterial. Son prominentes en la literatura sobre la hipertensión, los nombres Irvine H. Page, Donald D. Van Slyke, Harry Goldblatt,

John Laragh, y Jeremy B. Tuttle y sus trabajos mejoran la actual comprensión de bioquímicas de la Hipertensión Esencial. Cushman y Ondetti desarrollaron las bases de una forma oral de un inhibidor de una enzima convertidora a partir de péptidos de veneno de serpiente y se les acredita con la síntesis exitosa del antihipertensivo Captopril. La comprensión del sistema cardiovascular progresó sustancialmente durante el Renacimiento, gracias a los estudios de numerosos eruditos, artistas e investigadores, entre los cuales es inevitable mencionar a Leonardo da Vinci, Andrea Vesalio y Marcello Malpighio. (10)

Definiciones y Clasificación de la Hipertensión Arterial:

Se define como Hipertensión Arterial la elevación mantenida de la presión arterial (PA) por encima de los límites normales. La enfermedad se produce cuando la cifras de tensión arterial medidas como promedio en tres tomas realizadas en condiciones apropiadas, con intervalo de tres a nueve días entre cada toma se encuentran por encima de 140 mmHg de tensión arterial sistólica (TAS) y 90 mmHg de tensión arterial diastólica (TAD) (18)

Podemos clasificar la Hipertensión Arterial desde el punto de vista etio patogénico en dos grandes grupos:

- Hipertensión esencial, que engloba el 90-95% de todos los pacientes, y en la que no se llega a encontrar una causa.
- Hipertensión secundaria representa el 5-10% y en la que sí podemos determinarla (18)

Según la Presión Arterial:

(19)

Clasificación de la presión arterial	PA sistólica (mm de Hg)	PA diastólica (mm de Hg)
Normal	Menor a 120	Menor 80
Pre hipertensión	120-139	80-89
Estadio 1	140-159	90-99
Estadio 2	Mayor o igual a 160	Mayor o igual a 100
Diabéticos	Mayor o igual a 135	Mayor o igual a 85

Estilos de vida

Estilo de vida, define la OMS como los aspectos relacionados con el comportamiento individual, especialmente a aquellos patrones de conducta sostenidos durante un plazo relativamente largo y una serie de actividades, rutinas cotidianas como características basadas en hábitos alimentarios, actividad física, recreación y sueño, que son patrones de comportamiento que tienen los adultos mayores. Los estilos de vida se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico, pero no la salud como bienestar biopsicosocial, espiritual y como componente de localidad de vida. En este sentido se define como útiles de vida saludables. Definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social. (19)

La hipertensión arterial (HTA) es la más común de las condiciones prevenibles que afectan la salud de los individuos adultos, en las poblaciones de todas las regiones del mundo. Representa por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo importante para otras enfermedades, fundamentalmente, cardiopatía isquémica (CI), insuficiencia cardíaca (IC), enfermedad cerebrovascular (ECV) e insuficiencia renal (IR) (20)

La Hipertensión Arterial está asociada a distintos factores personales tanto no modificables, como modificables; estos últimos nos dan la posibilidad de prevenir o retardar la aparición de esta enfermedad. (21)

Factores no modificables:

a) Edad: la TA aumenta durante los primeros años de vida, siendo el índice de masa corporal determinante de dicho incremento hasta los 14 años, edad en la que dicha correlación sólo se mantiene con respecto al peso corporal. En los países desarrollados la TA aumenta con la edad, de modo que la prevalencia de la HTA es superior en la población de más de 64 años.

b) Sexo: diversos estudios epidemiológicos señalan la existencia de una mayor prevalencia de HTA en los hombres que en las mujeres hasta los 40-45 años, igualándose dicha prevalencia en torno a los 50 años e invirtiéndose cuando se superan los 55 años. Entre las causas de que a partir de los 55 años en las mujeres se den más casos de HTA son la menopausia y la distinta prevalencia de la obesidad.

c) Raza: La HTA es más común entre los adultos afroamericanos que entre los adultos blancos o los hispanos. Comparados con estos grupos étnicos, los afroamericanos tienden a tener presión arterial alta a una edad más joven; en promedio, suelen tener valores más altos de presión arterial, y tienen menos probabilidad de lograr los objetivos de presión arterial deseada con el tratamiento.

d) Herencia genética: tener antecedentes familiares de presión arterial alta aumenta el riesgo de HTA. La descendencia de uno o dos progenitores con HTA tiene una probabilidad de un 30-40% de sufrir HTA

Factores modificables relacionados con los estilos de vida:

Alimentación inadecuada.

Los principales factores que influyen en el estado de salud son la genética y el estilo de vida, se debe tomar en cuenta que casi todas las enfermedades crónicas tienen bases genéticas, sin embargo aunque las influencias genéticas desempeñan un papel importante en el desarrollo de enfermedades crónicas igualmente lo es el estilo de vida. Estudios recientes de Ward indican que el estilo de vida si se incorpora dieta saludable y ejercicio puede dar esperanza de una vida más larga y saludable, además La Rosa indica en uno de sus estudio que la dieta saludable y el ejercicio además de prevenir enfermedades crónicas, también aumenta el efecto de las terapias farmacológicas (22)

Junto con el sedentarismo y el tabaquismo, la alimentación no saludable figura entre los principales factores de riesgo prevenibles que están asociados a enfermedades crónicas no transmisibles. Se estima que una ingesta diaria de 5 porciones de frutas y hortalizas puede prevenir algunas ECNT, principalmente las enfermedades cardiovasculares, la diabetes tipo 2, la obesidad y ciertos canceres entre otras enfermedades (23)

El alto consumo de cloruro de sodio es directamente proporcional al aumento de la presión arterial en humanos. La ingesta de algunos minerales como el sodio tiene un efecto significativo sobre el aumento de la presión arterial al aumentar la edad .G/día (5 g/día de sal) (23)

Consumo de tabaco

Actualmente se conoce que los fumadores tienen alrededor de un 80 % de incremento del riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular (24)

El fumar cigarro fue asociado con un incremento significativo en el riesgo de enfermedad coronaria independientemente de otros factores de riesgo. Las políticas para desestimar el hábito de fumar, no ha tenido el impacto deseado, más bien la prevalencia ha aumentado en ambos sexos y el consumo empieza desde edades tempranas. La creciente popularidad del cigarrillo se debe en parte a las agresivas campañas publicitarias de las tabacaleras, que se enfocan en jóvenes consumidores (24).

Se estima que existen 1.1 billón de personas fumadoras en el mundo, de las cuales 95 millones radican en América latina y el Caribe, para el 2,025 se prevee que aumentara a 1.6 billones si no se toman medidas. La OMS calcula que 450 millones de personas sufrirán o morirán prematuramente a causa del consumo de tabaco (25)

Consumo de alcohol.

Si tomamos en cuenta el hecho de que todo en exceso es dañino para nuestro organismo, entonces hablando de bebidas alcohólicas estudios han determinado que el consumo moderado de ellas (una bebida al día), se acompaña de una reducción de 40 a 50 % en el riesgo de cardiopatía coronaria, pero no es recomendable utilizar el alcohol como una estrategia de intervención (26)

De acuerdo a la Asociación Americana del corazón (AHA), la cantidad moderada de alcohol para consumo diario es de 1 onza (30 ml) de licor, una copa de vino de 8 Onzas o dos vasos de cerveza de 12 onzas por día (26)

El consumo excesivo de alcohol, aumenta a su vez las kilocalorías hecho que conlleva al incremento de la grasa corporal lo que puede ocasionar problemas relacionados con el corazón, hipertensión, accidentes cerebrovasculares (26)

Sedentarismo

Debido a la globalización el ser humano ya no realiza actividad física y si lo hace es muy poco, esto se debe a que cada vez prefieren usar un medio de transporte para ir a su centro de labor o a su centro de estudios. El ser sedentario aumenta el riesgo de padecer una patología cardiaca, debido a que hay mayor predisposición de sufrir hipertensión arterial, enfermedades respiratorias y aterosclerosis. Al realizar actividad física se da un efecto antitrombótico, aumenta la irrigación de sangre oxigenada al musculo cardiaco y por ende hay una mejor conducción de los impulsos eléctricos del corazón. En las personas hipertensas o que ya tienen una enfermedad cardiovascular la actividad física es favorable para el sistema cardiovascular siempre y cuando se efectuó de manera moderada. Los ejercicios más eficaces es el caminar, correr, nadar o montar en bicicleta. La actividad física reduce los niveles de triglicéridos y colesterol, disminuye la presión arterial sistólica y diastólica, también reduce el peso, el pulso en reposo y en ejercicio, la

agregación plaquetaria; por el contrario, aumenta el colesterol bueno (HDL) y disminuye la resistencia a la insulina y el corazón y los tejidos periféricos captan el O₂. También la actividad física tonifica el músculo cardíaco y hace más elásticas a las arterias. (27)

Obesidad

La adiposidad es el acumulo excesivo de grasa en el cuerpo que puede ser perjudicial para el organismo. Las personas que tienen un incremento de la grasa abdominal tienen un mayor riesgo de padecer una patología cardíaca; por ello las personas deben mantenerse en su peso normal para el buen funcionamiento d su corazón, vasos sanguíneos, metabolismo, huesos, etc. (27)

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador que se utiliza para determinar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Un IMC normal es de 18.5 – 24.9, sobrepeso es de 25 – 29.9, obesidad tipo I es de 30 – 34.9, obesidad tipo II 35 – 39.9, obesidad tipo III es de 40 – 49.9 y obesidad tipo IV es >50. En la persona hay dos formas en que se acumula la grasa: una es la adiposidad periférica o ginoide en donde la grasa esta almacenada en los brazos, muslos y glúteos; la otra es la adiposidad central donde la grasa está almacenada en el vientre y es la más peligrosa porque está relacionada al acumulo de grasa en las vísceras. El contorno ventral es una medida antropométrica que se realiza para identificar la cantidad de grasa almacenada en el organismo. Para realizar esta medida se utiliza un centímetro que tiene que estar ubicado alrededor de la cintura al nivel del ombligo. El valor normal en mujeres es menos de 80 y en los varones menos de 94. Cuando en el hombre el perímetro abdominal es mayor de 102 cm y en las mujeres mayores de 88 cm es riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares es mayor. Si en una persona su peso esta elevado, pero su perímetro abdominal es menor quiere decir que es obesidad periférica; pero si es lo contrario sería obesidad central. Entre las personas obesas, la mayor incidencia es del tipo androide. (27)

El exceso de grasas en las vísceras hace que haya resistencia a la insulina, colesterol alto, incremento del colesterol malo (LDL) y descenso del colesterol bueno (HDL). Existe una hormona llamada leptina cuya función es regular el

apetito y la termogénesis. Cuando la persona es obesa los niveles de leptina aumentan hasta cuatro veces, creando una resistencia y esto hace que la frecuencia cardiaca y presión arterial se eleven.

1.2.2 Conocimientos

Un factor predominante que muchas veces ayuda a promover el interés por parte de las personas con enfermedades crónicas no transmisibles y a desarrollar hábitos preventivos sobre la salud es el conocimiento que cada persona tiene sobre su propia salud, su enfermedad, que se ve influenciado por las diferentes costumbres, situación económica, sexo, edad, ideologías. En las diferentes circunstancias de la vida este conocimiento puede ser aplicado, de esta forma se podrá lograr un cambio personal en la práctica disminuyendo así las complicaciones de esta enfermedad.

En la teoría del conocimiento Sócrates hace referencia que para llegar al conocimiento se debe practicar un método inquisitivo, es decir donde se tenga que investigar detalladamente, esté método obliga a la persona a pensar para poder dar soluciones a las diversas situaciones que se presenten. Para Sócrates tener un comportamiento adecuado depende del conocimiento, que puede ser adquirido por principios morales en la que destaca la virtud y la justicia. (28)

Seguidamente el filósofo Aristóteles refiere que el punto de partida para el conocimiento son los sentidos, es decir todo lo que el ser humano percibe a través de los ojos, olfato, oídos le permite obtener información representado por la actividad del entendimiento que al unirse con la imaginación puede lograrse un conocimiento más persistente generando experiencia como resultado de la actividad de la memoria, conociendo el por qué y la causa de los objetos percibidos. Por lo tanto, dar a entender la causa de lo que existe constituye un certero conocimiento. (28)

Para Piaget, el conocimiento se tiene que construir desde el interior del individuo de forma activa de tal manera que el organismo intenta conocer la realidad

seleccionando información, interpretándola, organizándola mediante mecanismos de asimilación y acomodación de los esquemas preexistentes. (28)

Melgarejo C, define que el conocimiento influye de manera positiva o negativa a tomar decisiones, es decir requiere de ciertas conductas modificadas en sus medidas preventivas ante determinadas situaciones. (28)

Nola Pender en su teoría Promoción de la salud, destaca a la cultura como la suma de sapiencias y experiencias que se van adquiriendo en el transcurso del tiempo, la cual se transmite de generación en generación, manifestándose en los diferentes grupos humanos, influyendo en los comportamientos, prácticas de autocuidado, creencias respecto a la salud, respuestas a los tratamientos y utilización de los servicios de salud. Al mismo tiempo resalta en su teoría la práctica de estilos de vida saludables que ayuda a regular las conductas observadas y explica la influencia de cada creencia que ejerce en un determinado comportamiento. Esta teoría propuesta por Nola Pender, les permite a los profesionales de la salud comprender los diversos comportamientos en relación a la salud partiendo de un componente humanístico, donde la persona es vista como un ser integral, a la vez analiza las fortalezas, capacidades para tomar decisiones entorno a su salud y calidad de vida orientada hacia la generación de conductas saludables. (29)

Características del conocimiento

- Es un proceso de carácter dialogal, de nosotros como sujeto con algo, lo conocido, que es el objeto, este dialogo se mediatiza por la conciencia, este actúa como frontera que, al mismo tiempo que une, separa o divide.
- Es un fenómeno consciente.
- Proceso consciente supone siempre una dualidad, sujeto-objeto.

Tipos de conocimientos

□ Conocimiento empírico.- Se define como el conocimiento basado, en la experiencia y en la percepción, que todo hombre adquiere debido a las diversas necesidades que se presentan en la vida, adquirido muchas veces por instinto y no pensamiento fundamentado donde todo conocimiento que se genera no implica a la ciencia o leyes.(33)

□ Conocimiento científico.- A diferencia del conocimiento empírico, el conocimiento científico es un saber crítico con fundamentos, metódico, verificable, sistemático, unificado, ordenado, universal, objetivo, racional, provisorio y que implica los sucesos a partir de leyes. Cabe indicar que para esto se utiliza también el método científico que aparte de otras cosas muchas veces empieza trabajando en base a algo empírico que necesita ser probado.

□ Conocimiento explícito.- A diferencia del conocimiento tácito, de esta sabemos que lo toleramos y para ejecutarlos somos conscientes de ello. Por esto es más fácil de transmitir o representarlos en un lenguaje, debido a que sus características son: ser Estructurado y Esquemático.

□ Conocimiento tácito.- Es conocido como el tipo de conocimiento inconsciente, del cual podemos hacer uso, lo que hace que podamos implementarlo y ejecutarlo, como se diría, de una forma mecánica sin darnos cuenta de su contenido.

□ Conocimiento intuitivo.- El conocimiento intuitivo está definido como la aprehensión inmediata de las experiencias internas o externas en su experimentación o percepción.(34).

Evaluación del conocimiento

Para evaluar el conocimiento adquirido en una escala, puede ser cualitativa (ej. Excelente, bueno, regular, malo) o cuantitativa (ej. De 0 a 50%: bajo, 51% a 71%: medio y de 71% a 100%: alto).

La escala Cuantitativa

Es aquella que permite examinar los datos de manera numérica, especialmente en el campo de la estadística.

Para que exista Metodología Cuantitativa se requiere que entre los elementos del problema de investigación exista una relación cuya naturaleza sea lineal. Es decir, que haya claridad entre los elementos del problema de investigación que conforman el problema, que sea posible definirlo, limitarlos y saber exactamente donde se inicia el problema, en cual dirección va y que tipo de incidencia existe entre sus elementos.(35,36)

1.2.5 Educación para la salud

La Educación para la Salud (EpS) es una de las disciplinas más jóvenes en el ámbito de las ciencias de la salud. Clásicamente, el término EpS sugería la comunicación hacia fuera y hacia debajo de conocimientos sobre la salud, a individuos a los que se suponía desprovistos de los mecanismos cognitivos sobre el modo de prevenir las enfermedades. Así, Gilbert consideraba en los años 40-50 que la EpS consistía en instruir a las personas sobre temas de higiene, de tal forma que apliquen los conocimientos adquiridos al cuidado de su salud. (37)

Los actores que intervienen en la educación para la salud no solo son profesionales de la salud, sino también organismos nacionales e internacionales que tienden a señalar como objetivo común la modificación de los conocimientos, las actitudes y el comportamiento de los individuos, para mejorar la salud. (38)

Es frecuente que la labor educativa en el campo de la salud adopte un enfoque de tratamiento, aunque se enmarque en la prevención y el cambio de actitud de las personas y en la adopción de estilos de vida saludables, como base para la recuperación de la salud; esa colocación desconoce el conjunto de medios operantes en la conducta social. (38)

Las nuevas necesidades de salud sólo se pueden cubrir incorporando la participación de individuos responsables de su propia salud. Los servicios sanitarios han de responder a este nuevo planteamiento y será por ello necesaria también una reorientación de dichos servicios sanitarios. La acción comunitaria será básica para lograr esa participación. Se tratará de desarrollar un modelo que gire en torno a tres conceptos: acción social en salud, participación social e intervención comunitaria, y se hará corresponsabilizando a los agentes sociales para generar nuevos recursos y cambiar comportamientos y actitudes. La OMS plantea la EpS relacionando el desarrollo personal y el enfoque social (concepción socio-ecológica de la salud) y señala una serie de prerequisites sociales para la salud como son, entre otros, la paz, la justicia social, los derechos humanos, la equidad, etc. (38)

DISEÑO METODOLÓGICO

Clasificación de la investigación: Investigación Desarrollo (I+D)

Contexto y Tipo de Estudio

Lugar: Consultorio médico de familia #7, área de salud II, del municipio Cienfuegos, provincia Cienfuegos, Cuba.

Se realizó una investigación descriptiva, prospectiva de corte transversal desde marzo del 2020 a abril del 2022.

Universo y muestra

El universo de estudio quedó constituido por las 213 personas adultas jóvenes no hipertensas del consultorio 7, del policlínico “Cecilio Ruíz de Zárate”.

La determinación del tamaño muestral (nivel de confianza del 95 % y un máximo error admisible del 15 %) fue fijada mediante la aplicación estadística diseñada para ello, del grupo survey software (<http://www.surveysoftware.net/sscalce.htm>).

La muestra quedó conformada por 36 adultos jóvenes no hipertensos.

La selección de las unidades muestrales para aplicar el cuestionario se realizó mediante muestreo aleatorio simple (se confeccionó un listado por orden alfabético de todos los pacientes, a los que se les otorgó un número consecutivo de orden. La selección de los números aleatorios se realizó mediante la aplicación =ALEATORIO.ENTRE(x;xx) del programa Excel del Office 2010, en caso de duplicidad se seleccionó el inmediato superior, cada número seleccionado fue asignado al correspondiente del listado de individuos adultos jóvenes.

Criterios de inclusión.

- Personas no hipertensas
- Personas de ambos sexos
- Personas con edad cumplida entre 20 y 39 años al momento de realizar la encuesta.
- Personas femeninas no embarazadas.
- Personas con residencia permanente en el consultorio # 7 del Policlínico Área II del municipio de Cienfuegos.
- Personas que firmen el consentimiento informado

Criterios de exclusión.

- Personas con discapacidad intelectual.
- Personas con hipertensión arterial.
- Personas que en más de dos ocasiones de visitarles para el llenado del cuestionario no se encuentren en el domicilio.

Procedimiento de recolección de la información

La recolección de datos se inició con la autorización de los participantes del estudio por medio de la firma del consentimiento informado. (Anexo #3)

La recolección de datos se realizó a través de un cuestionario, tipo test, que se encuentra validado en otras investigaciones.(11)

Además se realizó una prueba piloto aplicándoles el instrumento a 20 personas que no estén incluidas en el estudio, para evaluar el nivel de asequibilidad e inteligibilidad de la encuesta..

Antes de aplicar el cuestionario se les explicó a los participantes en qué consiste y las características de la investigación a la que fueron sometidos, también se les aclararán las dudas planteadas en relación con el cuestionario.

El cuestionario consta de dos secciones, la primera para obtener los aspectos sociodemográficos de los participantes, que corresponde a las preguntas de la 1 a la 6 y la segunda para diagnosticar los conocimientos sobre estilos de vida e hipertensión arterial, que corresponde a las preguntas de la 7 a la 31.

Con el cuestionario se analiza el conocimiento sobre estilos de vida saludables e hipertensión arterial:

Cuestionario de conocimiento **sobre** estilos de vida e hipertensión arterial:

Dimensión 1: Identificación de factores de riesgo para hipertensión arterial: preguntas 7, 8 y 9

Dimensión 2: Estilos de vida no saludables relacionados con hipertensión arterial: preguntas 10, 11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23y 24.

Dimensión 3: Diagnóstico de hipertensión arterial: preguntas 25 y 26

Dimensión 4: Medidas de control y prevención de factores de riesgo para hipertensión arterial: preguntas 27, 28,29 y 30

Dimensión 5: Complicaciones de la hipertensión arterial: pregunta 31

El instrumento confeccionado fue aplicado por el autor de la investigación en la consulta o en el domicilio de los adultos jóvenes incluidos en el estudio, en todos los casos se garantizó la privacidad de la persona encuestada y el investigador durante el transcurso de la recogida de la información.

El conocimiento sobre estilos de vida e hipertensión arterial en pacientes adultos jóvenes no hipertensos fueron evaluados por cada dimensión y de forma general, mediante ítems de opción múltiple, donde se considera en algunos casos una alternativa correcta y en otros varias alternativas. El sistema de puntuación que se empleará es el simple, a través de la sumatoria de respuestas correctas, calificándolo como: conocimiento satisfactorio cuando responde correctamente el

60 % o más de los ítems realizados y no satisfactorios cuando responde correctamente menos del 60 % de los ítems realizados.

Operacionalización de variables.

Variable	Tipo	Escala	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa discreta	20-24 25-29 30-34 35-39	Edad en años cumplidos	Porcentaje y números absolutos.
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológico	Porcentaje y números absolutos.
Escolaridad	Cualitativa ordinal politómica	Primaria terminada Secundaria Terminada Preuniversitario Técnico Medio Universitario	Según último nivel de escolaridad aprobado	Porcentaje y números absolutos.
Estado civil	Cualitativa nominal politómica	Soltero Casado Unión consensual Divorciado	Según estado civil	Porcentaje y números absolutos.
Color de la piel	Cualitativa nominal politómica	Negra	Autoidentificación de cada paciente.	Porcentaje y números absolutos.

		Blanca		
		Mestiza		
Ocupación	Cualitativa nominal politómica	Desempleado Ama de casa Trabajador por cuenta propia Trabajador agrícola Estudiante Profesional Dirigente	Ocupación laboral al momento de la encuesta.	Porcentaje y números absolutos.

Variable: conocimiento y sus dimensiones				
Dimensión 1: conocimientos sobre factores de riesgo para hipertensión arterial (preguntas 7, 8 y 9)	Cualitativa nominal	Satisfactorio No satisfactorio	Cuando responde correctamente el 60 % o más de las preguntas Cuando responde correctamente menos del 60 % de las preguntas.	Porcentaje de adultos jóvenes con conocimiento satisfactorio sobre factores de riesgo para hipertensión arterial
Dimensión 2: Estilos de vida relacionados con la hipertensión arterial (preguntas 10 a la 24)	Cualitativa nominal	Satisfactorio No satisfactorio	Cuando responde correctamente el 60 % o más de las preguntas Cuando responde correctamente menos del 60 % de las preguntas.	Porcentaje de adultos jóvenes con conocimiento satisfactorio sobre estilos de vida no saludables relacionados con la hipertensión arterial

Dimensión 3: diagnóstico de la hipertensión arterial.(preguntas 25 y 26)	Cualitativa nominal	Satisfactorio	Cuando responde correctamente el 60 % o más de las preguntas	Porcentaje de adultos jóvenes con conocimiento satisfactorio sobre diagnóstico de hipertensión arterial
		No satisfactorio	Cuando responde correctamente menos del 60 % de las preguntas.	
Dimensión 4: Medidas de control y prevención de la hipertensión arterial (preguntas 27, 28, 29 y 30)	Cualitativa nominal	Satisfactorio	Cuando responde correctamente el 60 % o más de las preguntas	Porcentaje de adultos jóvenes con conocimiento satisfactorio sobre medidas de control y prevención de hipertensión arterial
		No satisfactorio	Cuando responde correctamente menos del 60 % de las preguntas.	

Dimensión 5: Complicaciones de la hipertensión arterial(pregunta 31)	Cualitativa nominal	Satisfactorio	Cuando responde correctamente el 60 % o más de las preguntas	Porcentaje de adultos jóvenes con conocimiento satisfactorio sobre complicaciones de la hipertensión arterial
		No satisfactorio	Cuando responde correctamente menos del 60 % de las preguntas.	

Métodos a utilizar

En la investigación se asume como método general al dialéctico materialista, considerándose la realidad objetiva como la unidad indisoluble de lo cuantitativo y lo cualitativo, y desde esta concepción se trabajan todas las etapas de la investigación teniéndose en cuenta las leyes y categorías principales de dicha teoría y desde la cual se consideran los métodos generales a utilizar en la investigación como son los siguientes:

Métodos del nivel teórico: el analítico sintético, el inductivo deductivo, el sistémico y el método de la ascensión de lo abstracto a lo concreto pensado, todos utilizados en las diferentes etapas del estudio, desde la etapa exploratoria para desde la idea de investigación concretar, justificar y formular el problema, así como en la construcción del marco teórico referencial y en el análisis de los principales resultados, su discusión y el establecimiento de las conclusiones fundamentales.

Métodos del nivel empírico: se utilizarán la observación, la revisión documental, el formulario a manera de cuestionario para la recolección de la información, la medición y la triangulación de métodos y fuentes.

Métodos estadísticos-matemáticos: se utilizaron de la estadística descriptiva las frecuencias absolutas y relativas, todo lo cual se expondrá en tablas y gráficos. Para establecer la relación entre variables cualitativas se aplicó la prueba de chi cuadrado.

Procedimientos

Para dar salida al Objetivo No 1 se realizó el cuestionario propuesto en el que se incluyen: el grupo de edad, el sexo, color de la piel, nivel de escolaridad, estado civil y ocupación.

Para dar salida al Objetivo No 2 se calificaron las respuestas que brindaron los pacientes a las preguntas relacionadas con los conocimientos que poseen acerca de los estilos de vida e hipertensión arterial.

Procesamiento de los resultados. Plan de Análisis

Los datos finales fueron analizados con el programa SPSS. La frecuencia y distribuciones de las variables se determinaron mediante la estadística descriptiva, que sirvió para determinar la situación general de los sujetos del estudio. Las variables cuantitativas se expresarán como medias y desviaciones estándar de la media, excepto para la edad, que se expresa por años y las variables cualitativas se expresarán como frecuencias absolutas.

La distribución normal de las variables cuantitativas se verificará a través de pruebas adecuadas. Para determinar las posibles asociaciones, la prueba de Chi-cuadrado se utiliza para la comparación de medias independientes de los datos cuantitativos.

Aspectos éticos

El estudio se realizará de acuerdo a los estándares éticos establecidos en la Declaración de Helsinki 1961 (revisada en Hong Kong en 1989 y en Edimburgo, Escocia, en 2000). El Estudio será aprobado por el Comité de Ética. Antes de

participar en este estudio, todos los sujetos participantes se les informará de la naturaleza del estudio para obtener su consentimiento. (Anexo 1)

Los datos recogidos, su carácter agregado, así como los documentos generados se codifican numéricamente con anonimato lo que garantizará la privacidad de los participantes. La información recogida en este estudio es estrictamente confidencial. Se informa que se puede acceder a la información por las autoridades sanitarias. Solo será utilizada con fines científicos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla No. 1. Distribución de los pacientes según variable sociodemográficas

	No.	%
Edad		
De 20 a 24	5	13.9
De 25 a 29	18	50.0
De 30 a 34	7	19.4
De 35 a 39	6	16.7
Sexo		
Femenino	23	63.9
Masculino	13	36.1
Color de la piel		
Blanca	22	61.1
Negra	13	36.1
Mestiza	1	2.8
Escolaridad		
Secundaria Básica	2	5.6
Preuniversitaria	3	8.3
Técnico medio	15	41.7
Universitaria	16	44.4
Estado civil		
Casado(a)	7	19.4
Divorciado(a)	3	8.3
Soltero(a)	9	25.0
U. Consensual	15	41.7
Viudo(a)	2	5.6
		n= 36

Fuente: encuesta aplicada

La hipertensión arterial es una patología crónica asintomática, que se caracteriza por la elevación de la tensión arterial a los valores normales considerándose un problema de salud pública y un factor de riesgo cardiovascular, que parece inofensiva pero genera graves complicaciones. Las personas jóvenes es un grupo etario que está en la plenitud de la vida y que aparentemente es un grupo con una buena salud, pero de acuerdo a las conductas que adopten pueden llegar a presentar esta patología, más aún si la desconocen. (40)

En la tabla No. 1, se caracteriza a los pacientes teniendo en cuenta la edad, el sexo, el color de la piel, el estado civil y la escolaridad; en cuanto a la edad, se observa un predominio notable del grupo de 25 a 29 años y representa el 50,0% del total; el resto de los grupos presentan una distribución muy similar; en el sexo predominan las féminas en un 63,9% sobre los masculinos, la relación femenino / masculino es de 1,8. En cuanto al color de la piel predominaron las blancas (61,1%), relacionado con la zona donde se realizó la investigación, que es un área donde habitaban personas de clase media alta, antes del triunfo de la Revolución y que sus familiares han seguido viviendo en la misma. En relación con la escolaridad los pacientes del estudio muestran un nivel de escolaridad alto teniendo, teniendo en cuenta las exigencias educativas del país; el 86,1% (41,7% + 44,4%) poseen escolaridad superior al preuniversitario. En estudio llevado a cabo en una Centro de salud de Guayaquil, Ecuador, el grado de escolaridad que prevaleció fue la instrucción primaria con un total de 29,6% [24 adultos jóvenes], seguido de aquellos que no tienen ninguna instrucción en un 28,4% [23 adultos jóvenes], No podemos negar que cuando no se tiene experiencia o estudios, un título ayuda a tener un poco más de peso a la hora de incorporarse al mercado de trabajo, en el sector Guayaquil, hay un mínimo porcentaje de encuestados con instrucción universitaria de 4,9% [4 adultos jóvenes]

Por último la muestra teniendo en cuenta el estado civil, mostró un predominio de la unión consensual (41,7%), relacionado con las actuales tendencias demográficas de nuestro país, en la que las parejas jóvenes no prefieren casarse para desarrollar una vida en común, lo que no es patrimonio solo de esta muestra, sino que es observable en varias regiones del país.

Tabla No. 2: Resultados de las preguntas según respuesta de los pacientes.

Preguntas	Respuesta			
	Correcta		Incorrecta	
	No.	%	No.	%
Dimensión 1: Factores de riesgo de hipertensión arterial				
La hipertensión arterial se relaciona con	8	22.2	28	77.8
Conoce usted si los adultos jóvenes pueden padecer de hipertensión arterial?	14	38.9	22	61.1
En hijos de padres hipertensos la aparición de ésta enfermedad es:?	6	16.7	30	83,3
Dimensión 2: Estilo de vida no saludable				
¿Qué alimentos cree usted que pueden estar relacionados con la hipertensión arterial?	33	91.7	3	8.3
Considera que el consumo frecuente de alcohol:?	30	83.3	6	16.7
Considera que tomar café todos los días:?	11	30.6	25	69.4
Considera que fumar cigarrillo o tabaco?	26	72.2	10	27.8
¿Qué cantidad de sal se considera como normal que debe agregarse a las comidas?	23	63.9	13	36.1
Conoce usted ¿cuáles son las grasas perjudiciales para su salud?	19	52.8	17	47.2
¿Qué tipo de aceite o grasa son los que deben utilizarse en la alimentación diaria?	14	38.9	22	61.1
Conoce usted la importancia de realizar ejercicios físicos regularmente?	30	83.3	6	16.7
¿Con qué frecuencia se debe realizar ejercicios físicos?	31	86.1	5	13.9
¿Qué tiempo debe dedicarse al ejercicio físico?	34	94.4	2	5.6
¿Qué tipo de ejercicio físico es más útil para los pacientes que padecen hipertensión arterial?:	25	69.4	11	30.6
¿Conoce usted que el exceso de peso es dañino para su salud?	25	69.4	11	30.6
¿Conoce usted su índice de masa corporal?	18	50.0	18	50.0
¿Conoce cuál debe ser su índice de masa corporal normal?	20	55.6	16	44.4
El índice corporal normal es:?	26	72.2	10	27.8
Dimensión 3: Diagnóstico de hipertensión arterial				
A partir de qué cifras considera que una persona es hipertensa?(marque una sola).	21	58.3	15	41.7
¿En qué lugar se debe realizar el diagnóstico de la hipertensión arterial?	12	33.3	24	66.7
Dimensión 4: Control y prevención de la hipertensión arterial				
¿Por qué considera importante el control de los factores de riesgo que conllevan a la hipertensión arterial?	10	27.8	26	72.2
La detección precoz de hipertensión arterial debe comenzar a partir de:?	18	50.0	18	50.0
Conoce usted con qué frecuencia deben visitar los pacientes hipertensos al médico de familia?	1	2.8	35	97.2
¿Cuáles de los siguientes aspectos considera útil para evitar la hipertensión arterial?	26	72.2	10	27.8
Dimensión 5: Complicaciones de la hipertensión arterial.				
¿Conoce usted cuáles son las principales complicaciones de la hipertensión arterial?	22	61.1	14	38.9

Fuente: encuesta aplicada

En la tabla No.2, se describen las preguntas evaluadas en cada dimensión; en la dimensión 1, “factores de riesgo de hipertensión arterial”, las tres preguntas las respuestas fueron incorrectas entre porcentajes que oscilaron entre 61,1% y 83,3%, lo que demuestra el poco conocimiento de los participantes en estos aspectos. La dimensión “estilo de vida no saludable” se evaluó con 15 preguntas, de ellas 10 preguntas fueron contestadas correctamente por más de 60% de los pacientes (63,3% a 94,4%), lo que consideramos aceptable, pero no lo suficiente tratándose de interrogantes del estilo de vida no saludable.

Otras investigaciones como la desarrollada en Santiago de Cuba por Linares Despaigne y colaboradores muestra que los hábitos tóxicos, como el consumo de alcohol y cigarros, son desfavorables para el adecuado control de la enfermedad en los pacientes hipertensos. Por ello, la adquisición de un adecuado nivel de conocimiento sobre esta temática es notablemente beneficiosa. En relación con la ingestión de café se habla poco al respecto hoy día y no está del todo claro, aunque se conozca que altas concentraciones de cafeína elevan la tensión arterial. (41)

Otra investigación desarrollada en Santiago de Cuba por Morrillo Suárez Y. de conocimientos acerca de los factores de riesgo, observándose que sólo 9 participantes pudieron responder correctamente esta pregunta, lo cual representó el 29% de la muestra, incluso en el encuentro relacionado con el tema, muchos no reconocían la causa por la que eran considerados de riesgo coincidiendo con la baja percepción inicial encontrada. (42)

No hay coincidencias con lo encontrado por Díaz A. 2019, quien en su estudio presentó que el 28% tiene buenos estilos de vida, el 48% nivel medio y un 24% malos estilos de vida, de igual manera mostró que respecto a los cuidados preventivos de hipertensión arterial el 48.8% señaló nivel medio, un 24% nivel Así mismo la presencia de otros estilos de vida no saludables como el alcoholismo que conducen al aumento de las cifras de tensión arterial que se puede confrontar el riesgo de HTA al ingerir reiteradamente 720 mL de cerveza, 300 mL de vino o

60 mL de ron, este factor de riesgo es una amenaza latente por la gran cantidad de jóvenes que actualmente consumen bebidas alcohólicas, lo que conlleva a un trabajo intersectorial para la disminución del mismo. (41)

En una investigación llevada a cabo en Ecuador se muestra que la mayoría de los participantes tienen conocimientos inadecuados sobre la práctica de estilos de vida saludables predominando el desconocimiento sobre la práctica adecuada del consumo de sal con el 79,5%, seguido del tiempo necesario para el sueño con el 78,3% y sobre hábitos alimenticios y peso adecuados con el 72,3%. (43)

Otra investigación, desarrollada en Centro de salud La Victoria I en Ecuador de 64 adultos seleccionados a los que se les interrogó sobre el conocimiento del estilo de vida no saludable, se encontró que un 64% (41) de las personas muestran un mal conocimiento en los estilos de vida saludables, el 28% (18) tiene un conocimiento regular nivel y el 8% (5) buenos conocimientos. En lo que respecta al nivel de conocimientos del estilo de vida saludable un 50% (32) presenta un mal conocimiento, el 33% (21) un regular conocimiento y el 17% (11) un buen conocimiento. (45)

Cuando se indagó sobre el conocimiento del diagnóstico de la hipertensión arterial un 58,3% identificó correctamente las cifras para considerar al paciente hipertenso, pero solo un 33,3% identificó el lugar correcto en que se debe realizar dicho diagnóstico. Consideramos insuficiente los resultados en esta dimensión.

Nuestra investigación no coincide con el estudio realizado por Correa D., Quintero M. y Varela M. en el 2013 estudio sobre Conocimientos y creencias sobre la hipertensión arterial presentes en usuarios de un servicio de salud menores de 40 años sanos en Colombia, encontró que existe poco conocimiento sobre la hipertensión arterial y sus implicaciones, entre sus resultados por ítems, fue que

más de la mitad de la población encuestada respondió cifras incorrectas de la presión arterial y aseguraron no conocer la cifra. (40)

Otra de las investigaciones revisadas como la de Morrillo Suárez Y, en Santiago de Cuba muestra que al evaluar los conocimientos que tenían los participantes acerca de las cifras de presión arterial consideradas como normales, se observa que el 38,7% de ellos estaba errado en este aspecto no pudiendo definir el límite de la normalidad., lo que no se relaciona con los resultados alcanzados en nuestra investigación. (42)

La dimensión 4, “Control y prevención de la hipertensión arterial”, el 72,2% no respondió correctamente la importancia del control de los factores de riesgos que conllevan a la hipertensión, un 50% no conocía la edad en que debe comenzar la detección precoz de la hipertensión arterial. Llama la atención que el 97,2% de los pacientes no conocen las veces que el paciente hipertenso debe visitar al médico en el año para control de su enfermedad. El 72,2% si reconoció los aspectos útiles a tener en cuenta para evitar la hipertensión arterial. Por último el 61,1% de los pacientes conocen las principales complicaciones de la hipertensión arterial.

En resumen para la tabla 2, de 25 preguntas que recorren las 5 dimensiones de la hipertensión arterial: factores de riesgo, estilo de vida no saludable, diagnóstico, control y prevención y complicaciones de la hipertensión arterial 12 de ellas se encontró la respuesta correcta del 60% y más de los pacientes.

Tabla 3 Distribución de los individuos según conocimientos sobre hipertensión arterial.

Conocimientos	Número	%
Suficiente	15	41.7
Insuficiente	21	58.3

Como puede observarse en la tabla #3 los conocimientos sobre hipertensión en los adultos jóvenes encuestados fue insuficiente en el 58,3 % (21) y suficientes en el 41,7 % (15), lo que resulta llamativo por ser un grupo de adultos jóvenes y con un nivel educacional mayormente de universitarios y preuniversitario, estos

resultados se corresponden con los encontrados por los estudios de Acosta y Buendía en donde el 57,6% de los pacientes desconocían los aspectos más generales de los factores de riesgo de la hipertensión arterial y el 42,4% sí los conocían. (46)

Cabe señalar que en nuestro país desde el año 1984, cuando comienza el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, ha sido un objetivo primordial del Sistema Nacional de Salud, que este desarrolle un tipo de atención que tiene al paciente como centro, y se establezcan acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades en las que la intersectorialidad tiene un papel fundamental para llevar a cabo la Educación para la salud que permita a los individuos y colectividades tener los conocimientos necesarios para adquirir estilos de vida saludables y por ende evitar la epidemia de enfermedades crónicas no transmisibles que son un problema de salud en nuestro país.

Sin embargo otra investigación realizada en el Centro de Salud El Arenal, en Perú, se pudo identificar que un porcentaje muy significativo tiene conocimiento(87,68%) sobre lo que es hipertensión arterial tienen un estilo de vida saludable lo que permite establecer la hipótesis que a mayor conocimiento es más fácil lograr el control de los estilos de vida no saludables. (47)

En correspondencia con nuestros resultados, otra investigación llevada a efecto en el Centro de Salud N o 1 del Distrito Chambo-Riobamba 06D01", en el año 2019, se evidenció que el nivel de conocimientos de la mayoría de los pacientes evaluados fue de insuficiente (76,7%), lo que se corresponde además con el bajo nivel de instrucción que poseen por ser un población eminentemente indígena. (48)

Otra de las investigaciones revisadas durante la confección de este informe fue la realizada en un pueblo de Colombia por Luis Fernando Barraza-Araiza y Carlos Arturo Sarmiento Limas, donde evidenciaron el conocimiento insuficiente que poseían los pacientes que acudían a Virrey Solís IPS una institución prestadora de servicios de salud (IPS) que cuenta con 23 sedes repartidas por la ciudad de Bogotá D.C. y algunos municipios de Cundinamarca, concluyendo que Existen

deficiencias severas en el conocimiento de hipertensión de la población encuestada. Es necesario continuar con el desarrollo de un cuestionario o escala válida y confiable en la población colombiana y utilizarlo en muestras representativas, para llegar a conclusiones válidas sobre la totalidad de la población hipertensa en Colombia. (49)

Tabla 4 Relación de la edad y el sexo de los pacientes con la evaluación sobre conocimientos de la hipertensión arterial

Sobre conocimientos de la hipertensión arterial			
Edad y sexo	Evaluación		Total
	Suficiente	Insuficiente	
	No. y %	No. y %	
Edad			
20 a 24	4 26,7%	1 4,8%	5 13,9%
25 a 29	7 46,7%	11 52,4%	18 50,0%
30 a 34	2 13,3%	5 23,8%	7 19,4%
35 a 39	2 13,3%	4 19,0%	6 16,7%
Sexo			
Femenino	11 73,3%	12 57,1%	23 63,9%
Masculino	4 26,7%	9 42,9%	13 36,1%
Total	15 100,0%	21 100,0%	36 100,0%

Los autores de la investigación consideran muy importante tener presente que el conocimiento que tienen las personas desde edades tempranas de sus vidas, es un factor importante para modificar los conceptos erróneos y, sobre todo, el riesgo que constituye la hipertensión como condicionante del daño cardiovascular, que pone en riesgo de muerte de forma frecuente a los adultos. Otros autores expresan criterios similares. (44)

En la tabla No.4, se relaciona la edad y el sexo según la evaluación obtenida; en cuanto a la evaluación el 58,3% (21 de 36), de los pacientes según el criterio de evaluación empleado obtuvo la calificación de **insuficiente**, el 41,7% (15 de 36), restante de **suficiente**. Estos resultados evidencian que los participantes en el estudio no mostraron un conocimiento adecuado en aspectos tan necesarios a

tener en cuenta para enfrentar adecuadamente una enfermedad como la hipertensión arterial. Otras investigaciones desarrolladas en otros contextos como la desarrollada en Perú por Alejos García M I, Maco Pinto J M. se encontró que el 97.7% de los usuarios presentaron un conocimiento insuficiente, este grupo conforma la gran mayoría de los encuestados, sólo el 2.3% tuvo un conocimiento suficiente. Estos resultados se correspondieron según su autora a que son personas jóvenes que no conocen sobre la enfermedad más en la parte de aspectos generales y la prevención de la hipertensión arterial, destacando los ítems que desconocían como los síntomas, las consecuencias y el tiempo mínimo recomendable para prevenir la hipertensión arterial. (42)

Piaget al respecto afirma que el conocimiento es una construcción que se da en el individuo, por la asimilación de la información que recibe, modificando estructuras preexistentes, manifiesta que para que el conocimiento ingrese a la estructura mental debe haberse dado la interacción con objetos concretos, darse la experiencia y el contacto directo. De acuerdo con lo dicho se deduce que, el nivel de conocimiento encontrado fue bajo porque las personas encuestadas, no todas lidian con la realidad de ser hipertenso, no hay interacción con la realidad de esta enfermedad directamente, puesto que las personas a pesar de que dicen cuidarse, ignoran cuáles son sus factores de riesgos o controles que deben realizarse para realmente saber si están sanos y solo le toman importancia a ciertos malestares cuando el asunto se vuelve serio.

En cuanto al conocimiento con respecto a la edad se observa que los del grupo de 25 a 29 años, los más representado en el estudio, obtuvieron la evaluación de suficiente con un 46,7%, seguido de los de 20 a 24 años con 26,7%, es decir el mejor resultados en los grupos más jóvenes. Sin embargo es precisamente el grupo de 25 a 29 años el que también mostró el porcentaje más elevado de evaluación insuficiente (52,4%), pensamos que se asocia a que es el grupo que aporta el 50% de los participantes; le sigue el grupo de 30 a 34 años con 23,8%. Ahora al tratar de establecer a través de pruebas de inferencia estadística, si las diferencias antes descritas son estadísticamente significativas, es decir, si existe

relación entre la edad y el conocimiento, se encuentra que los resultados que se muestran a continuación, sugieren que esta relación no se puede establecer, a un nivel de confiabilidad de 95% con un valor de $p = 0,890$. Dicho de otra forma los resultados señalan, que no existen diferencias estadísticamente significativas entre los promedios de edad, entre los que tienen el conocimiento y los que no lo tienen.

En el sexo las féminas con 73,3% mostraron mejor conocimientos con respecto a los varones que alcanzaron el 26,7% restante; algo similar son también las féminas las de mayor porcentaje de evaluación insuficiente (57,1%), es el grupo que aporta el mayor número de participantes.

Tabla No 5 Relación de la escolaridad de los pacientes y su evaluación.

Escolaridad	Evaluación		Total No. y %
	Suficiente	Insuficiente	
	No. y %	No. y %	
Secundaria Básica	2 13,3%	- 0,0	2 5,5%
Preuniversitaria	- 0,0	3 14,3%	3 8,3%
Técnico medio	4 26,7%	11 52,4%	15 41,7%
Universitaria	9 60,0%	7 33,3%	16 44,4%
Total	15 100,0%	21 100,0%	36 100,0%

En la tabla No. 5, al relacionar la escolaridad de los pacientes con la evaluación, se observa que los mejores resultados de suficiente se encuentran en los universitarios con el 60% y los que mayor porcentaje de evaluación insuficiente corresponde a los técnicos medios con 52,4%. No existió relación estadísticamente significativa. Se espera que una población con mejor formación académica, tenga mayor probabilidad de adoptar modelos técnicos y científicos básicos para el manejo de la enfermedad, cambios en los estilos de vida y manejo del régimen terapéutico.

Similares estudios se encontraron en una investigación desarrollada en la provincia de Napo, Ecuador (43) según el nivel de instrucción, se pudo apreciar que de los 83 participantes veinte tenían escuela completa de los cuales trece (13) tienen un conocimiento inadecuado con el 15.7%, con mismo valores para escuela incompleta; predominaron con conocimientos inadecuados. No existió asociación estadísticamente significativa entre conocimiento y nivel de instrucción.

Tabla 6: Distribución de los individuos según resultados por dimensiones del conocimiento.

Dimensiones	Resultado			
	Suficiente		Insuficiente	
	#	%	#	%
1.-Factores de riesgo	10	27,8	26	72,2
2.-Estilos de vida no saludables	25	72,0	11	28,0
3.- Diagnóstico de hipertensión arterial	17	46,0	19	54,0
4.- Control y prevención	9	25,0	27	75,0
5.- Complicaciones	22	62,0	14	38,0

En la tabla No.6, se expone el conocimiento según las dimensiones medidas de la hipertensión arterial; en cuanto a la identificación de los factores de riesgo, con un 72,2,0% de respuestas insuficientes muestra la poca percepción de los pacientes de identificarlos; por otra parte el 75,0% con resultados insuficientes no serían capaces de prevenir ni controlar.

Llama poderosamente la atención que en un país como el nuestro, donde la Salud es un derecho del pueblo y una responsabilidad del Estado, que aspectos tan importantes como el control y prevención de esta enfermedad muestre un conocimiento tan insuficiente, pues el médico y la enfermera de la familia, se encuentran al alcance de toda la población, ejerciendo actividades de promoción y prevención de salud, lo que debiera revertirse en un mayor nivel de conocimientos en la población que recibe su servicio. Dificultades con la permanencia del médico en el consultorio, por problemas con la vivienda y la pandemia que afectó durante dos años al país, son factores que pueden condicionar este resultado. Además la población estudiada se considera sana y no acude periódicamente a los servicios de salud y es otro factor que pudiera condicionar este conocimiento insuficiente

En un estudio realizado en Guayaquil, Ecuador, el conocimientos de hipertensión arterial y sus factores de riesgo, se observa que 63,0% [51 adultos jóvenes] con predominio del sexo masculino no conocían que es la hipertensión y el 37,0% [30 adultos jóvenes] con predominio del sexo masculino sí tienen conocimiento de su condición de hipertensos, en lo que respecta a los conocimientos sobre los factores de riesgo de la patología en estudio el 55.6% [45 adultos jóvenes] con predominio del sexo masculino, no saben cuáles son los factores de riesgo de esta enfermedad, mientras que el 44,4% tiene conocimiento de las complicaciones. Además este estudio coincide con el realizado por Mireyllé Alejos García en Lima – Perú en el 2017 (50), donde el 26.0% de los pacientes encuestados tenían conocimiento sobre hipertensión y el 73.5% refirieron no conocer sobre los factores de riesgo de la enfermedad. (50)

En la citada anteriormente investigación desarrollada en Guayaquil, los resultados que se obtuvieron en la dimensión estilos de vida fue suficiente principalmente en el ítems que exploraba alimentación saludable el 51,9% [42 adultos jóvenes], saben cuáles son los alimentos que conforman una dieta saludable, mientras que el 48,1% [39 adultos jóvenes] desconocen sobre el tema, lo que no concuerda con los resultados obtenidos en este trabajo.

Sin embargo otro de los estudios analizados como el de Espinosa y otros investigadores en Medellín, Colombia, 2015, donde los participantes tenían un conocimiento mínimo sobre alimentación saludable, concuerda con el realizado por este investigador. (50)

Otro de los ítems que evaluaron el conocimiento sobre estilos de vida fue la relacionada con la práctica sistemática de ejercicios físicos donde los resultados obtenidos fueron suficientes, lo que se corresponde con la investigación realizada en el Centro de Salud de Guayaquil se encontró que el 95,1% [77 adultos jóvenes], tienen conocimiento de su importancia, mientras que el 4,9% [4 adultos jóvenes] refieren no conocer la importancia de la actividad física. Estudio que coincide con el que realizaron Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic,

Lucimary Afonso dos Santo, María Delva de Barros Carvalho y Sonia Silva Marcon en el año 2014 en Brasil (54), donde el 23,49% conocía la importancia de la actividad física y el 25,59% refirió no conocer dicha importancia.

Relacionada con una alimentación saludable, dentro de los estilos de vida, la mayor parte de los entrevistados en nuestra investigación obtuvo un conocimiento suficiente, pues la cultura sanitaria de nuestra población es alta, y por tanto conocen sobre este aspecto.

Concuerda con nuestros resultados una investigación llevada a cabo en Guayaquil, Ecuador, donde los conocimientos de alimentación saludable fueron suficientes en el 51,9% (42 adultos jóvenes) mientras que el 48,1% [39 adultos jóvenes] con predominio del sexo masculino, desconocen sobre el tema.

Otro estudio revisado como el de Espinosa y otros investigadores en Medellín – Colombia en el año 2015 donde los participantes sobre todo los del sexo masculino y de estrato bajo tenían un mínimo de conocimiento sobre alimentos saludables.

En cuanto a la dimensión diagnóstico de la hipertensión arterial, si bien el mayor número de individuos respondió suficientemente 58,3 % (21) la pregunta relacionada con las cifras a partir de las cuales se considera una persona hipertensa, no obtuvo el mismo resultado el lugar donde se debe realizar el diagnóstico de esta enfermedad, obteniendo un conocimiento insuficiente el 41,7% de la muestra estudiada (15), lo que no se corresponde con el papel que debe desarrollar el Equipo Básico de Salud (EBS) del consultorio médico de la familia, pues se establece que como parte de la pesquisa activa de esta entidad a toda la población mayor de 15 años se le debe medir la tensión arterial al menos una vez al año. Este estudio concuerda con uno desarrollado en Sevilla, España, donde una de las informaciones básicas que el paciente debe de conocer son los valores de presión arterial normales, por eso se le pidió al paciente encuestado que apuntara los valores que consideraran normales. En los resultados de dicha pregunta se pudo observar que solo 6 pacientes de los 50 totales no sabían responder nada al respecto, mientras que el resto de pacientes sí daba un valor

concreto de presión arterial. (51) No se encontraron investigaciones realizadas en nuestro país que evaluaran el lugar donde se debe realizar el diagnóstico de la enfermedad.

En cuanto a la dimensión control y prevención de la hipertensión arterial llama la atención que el ítems relacionado con la frecuencia con que los pacientes deben visitar al médico de familia, solamente 1 (2,8%) respondió correctamente, el autor atribuye este resultado al estado de salud de los individuos entrevistados que al no sentirse enfermos no acuden a la consulta del médico, si bien se debe señalar que la labor preventiva del médico y enfermera de la familia incluye la educación a la población sobre estos aspectos tan importantes.

La última pregunta del estudio realizado tiene relación con las complicaciones derivadas de la hipertensión. Es necesario que el paciente conozca todas las complicaciones que pueden aparecer a raíz de la hipertensión para que se tome conciencia de la importancia de la enfermedad. En los resultados a la pregunta de si conoce las complicaciones que pueden aparecer a raíz de una hipertensión, se pudo observar que el 62,0 % de los pacientes encuestados sí tienen constancia de las complicaciones derivadas y un 38,0 % no conocían nada de ella. A pesar de que hay más pacientes que sí saben, el porcentaje de los que no tienen conocimiento es relativamente alto, por lo tanto se deberían de diseñar estrategias para que toda la población tenga esta información. Dentro de los que sí saben qué complicaciones pueden aparecer, se observan las propuestas o ejemplos que los individuos han respondido en el estudio, es decir las complicaciones que éstos saben o creen que pueden aparecer derivadas de una hipertensión. Las complicaciones principales y que más prevalecen en el estudio es el ictus con un 26% y los problemas cardiovasculares con un 20%, seguido del infarto con un 17% y enfermedades del corazón con un 15%. Estas patologías tienen los porcentajes más altos, por lo tanto son las enfermedades con las que los pacientes están más identificados y poseen más información. En menor porcentaje, los pacientes creen que también pueden aparecer complicaciones

como; problemas renales, derrame cerebral, sangrados nasales, angina de pecho, mareos e incluso la muerte.

Estos resultados concuerdan con una investigación realizada en Sevilla, España, donde los resultados fueron similares. (51)

Resultados fundamentales

- Entre las características sociodemográficas de la población estudiada predominaron las siguientes: se observa un predominio notable del grupo de 25 a 29 años y representa el 50,0% del total; en el sexo predominan las féminas en un 63,9% sobre los masculinos, la relación femenino / masculino es de 1,8. En cuanto al color de la piel predominaron las blancas (61,1%). En relación con la escolaridad los pacientes del estudio muestran un nivel de escolaridad alto teniendo, teniendo en cuenta las exigencias educativas del país; el 86,1% (41,7% + 44,4%) poseen escolaridad superior al preuniversitario. Por último la muestra teniendo en cuenta el estado civil, mostró un predominio de la unión consensual (41,7%), relacionado con las actuales tendencias demográficas de nuestro país, en la que las parejas jóvenes no prefieren casarse para desarrollar una vida en común, lo que no es patrimonio solo de esta muestra, sino que es observable en varias regiones del país.
- En cuanto a las diferentes preguntas de la encuesta, las relacionadas con los factores de riesgo de hipertensión arterial, las tres preguntas las respuestas fueron incorrectas entre porcentajes que oscilaron entre 61,1% y 83,3%, lo que demuestra el poco conocimiento de los participantes en estos aspectos. La dimensión “estilo de vida no saludable” se evaluó con 15 preguntas, de ellas 10 preguntas fueron contestadas correctamente por más de 60% de los pacientes (63,3% a 94,4%), lo que consideramos aceptable, pero no lo suficiente tratándose de interrogantes del estilo de vida no saludable. La dimensión diagnóstico de la hipertensión arterial el conocimiento del diagnóstico de la hipertensión arterial un 58,3% identificó correctamente las cifras para considerar al paciente hipertenso, pero solo un 33,3% identificó el lugar correcto en que se debe realizar dicho diagnóstico. La dimensión 4, “Control y prevención de la hipertensión arterial”, el 72,2% no respondió correctamente la importancia del control de los factores de riesgos que conllevan a la hipertensión, un 50% no conocía la edad en que debe comenzar la detección precoz de la hipertensión

arterial. Llama la atención que el 97,2% de los pacientes no conocen las veces que el paciente hipertenso debe visitar al médico en el año para control de su enfermedad. El 72,2% si reconoció los aspectos útiles a tener en cuenta para evitar la hipertensión arterial. Por último el 61,1% de los pacientes conocen las principales complicaciones de la hipertensión arterial.

Conclusiones

- El conocimiento de los individuos que participaron en la investigación sobre la hipertensión arterial y el riesgo asociado es insuficiente. La tarea de incrementar los conocimientos sobre la hipertensión arterial y la enfermedad cardiovascular implica a los profesionales sanitarios de todos los niveles asistenciales, privilegiando la actuación del Equipo básico de salud en el primer nivel de atención.

Recomendaciones

- Valorar la incorporación al Plan de Acción del Análisis de la Situación de Salud del CMF #7, intervenciones comunitarias sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial que permitan promover estilos de vida saludables como principal estrategia para la prevención de esta enfermedad que constituye la principal causa de muerte de la población cubana y del consultorio.
- Capacitar a lo/as brigadistas sanitario/as del CMF con herramientas de educación para la salud para que puedan desarrollar una labor preventiva en unión al equipo básico de salud en la población que se atiende.

Bibliografía:

1. Achiong Estupiñán F, González Hernández Y, Vega Rico O, Guillot Alzubiaga O, Rodríguez Salvá A, Díaz Piñera A, Londoño Agudelo E. Intervención educativa sobre conocimientos de hipertensión arterial. Policlínico Héroes del Moncada. Municipio Cárdenas, 2015. Revista Médica Electrónica. 2018 Aug; 40(4):968-77. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v40n4/rme050418.pdf>
2. Velasteguí AM. Prevalencia de los factores de riesgo en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial, hospitalizados en el servicio de medicina interna del hospital del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social– IESS (tesis de pregrado). Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Ecuador. Recuperado de <http://repo.uta.edu.ec/bitstream/123456789/929/1/7094-Velastegu%C3%AD%20Mar%C3%AD.pdf>. 2011. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/929/1/7094-Velastegu%C3%AD%20Mar%C3%AD.pdf>
3. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redán J, Zanchetti A, Böhm M, Christiaens T, Cifkova R, De Backer G, Dominiczak A, Galderisi M. 2013 Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC): ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. Journal of hypertension. 2013 Oct 1; 31(10):1925-38. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/08037051.2013.812549>
4. *Delfino Frometa Y, Delfino Vega E L, Saiz García L M, Cazull Imbert I, Creagh Cazull A.* Intervención educativa a pacientes hipertensos del Policlínico “Omar Ranedo”. Guantánamo, septiembre 2016-marzo 2017. III Congreso de Medicina Familiar. Disponible en: <http://medicinafamiliar2019.sld.cu/index.php/medfamiliar/2019/paper/view/492>
5. Reyes MM, Sotolongo IM, Reyes EM, Colina BV. Estrategia educativa sobre hipertensión arterial para adultos mayores de un consultorio del Policlínico Previsora. Humanidades Médicas. 2011 Dec 29; 11(3):433-52. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/hmc/v11n3/hmc03311.pdf>

6. Reverter-Masía J, Legaz-Arrese A, Jové-Deltell MC, Pi MM, Salvo CV. Intervención educativa sobre hábitos nutricionales, higiene y salud en alumnos de primaria. Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte/International Journal of Medicine and Science of Physical Activity and Sport. 2012;12(48):611-23. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54224840001>
7. Prats J. El estilo de vida 'no saludable' causa 16 millones de muertes al año. El país. 2015. Disponible en: https://elpais.com/elpais/2015/01/16/ciencia/1421435312_637657.html
8. Uscanga YC, de la Parra TR. La complejidad del cambio de hábitos alimentarios. Revista Psicología Científica. com. 2014; 16(11). Disponible en: <http://smip.udg.mx/sites/default/files/campos-uscanga2014.pdf>
9. Varela MT, Duarte C, Salazar IC, Lema LF, Tamayo JA. Actividad física y sedentarismo en jóvenes universitarios de Colombia: prácticas, motivos y recursos para realizarlas. Colombia médica. 2011; 42(3):269-77. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/283/28322503002.pdf>
10. MINSAP. Anuario Estadístico de salud. La Habana: Bess Constantén S; 2020. Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2019-ed-2020.pdf>
11. Buenaño N, del Rocio A. Propuesta de intervención educativa sobre estilos de vida saludables en hipertensos adultos. Bellavista baja. Agosto 2015-julio 2016. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/5877/1/10T00134.pdf>
12. Intervención Educativa para modificar la Hipertensión Arterial. Granma; 2008. Disponible en: <https://www.monografias.com/>
13. Cuzco Tello LV. Propuesta de estrategia de intervención educativa para modificar factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos jóvenes. Consultorio Médico 11. Centro de Salud Pascuales. 2015-2016. Disponible en: <http://192.188.52.94/bitstream/3317/7416/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-28.pdf>

14. Lagos Arana, K. Efectividad de la Estrategia Educativa en un incremento de conocimientos del autocuidado en adultos mayores Hipertensos. Centro de atención del Adulto Mayor "TAYTA WASI". 2015. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4164/Lagos_a_k.pdf?sequence=1&isAllowed=y
15. Pérez MS, Aballe OB, Rodríguez RC. Intervención educativa en adultos mayores sobre la hipertensión arterial y sus factores de riesgo. Opuntia Brava. 2018 Oct 17; 10(4):291-301. Disponible en: <http://200.14.53.83/index.php/opuntiabrava/article/view/638/610>
16. González Sánchez R, Llapur Milián R, Díaz Cuesta M, Illa Cos MD, Yee López E, Pérez Bello D. Estilos de vida, hipertensión arterial y obesidad en adolescentes. Revista Cubana de Pediatría. 2015 Sep;87(3):273-84. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ped/v87n3/ped03315.pdf>
17. Espinosa Brito AD. Experiencias y resultados en el Proyecto Global de Cienfuegos. Revista Cubana de Salud Pública. 2011; 37:619-30. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v37s5/spu11511.pdf>
18. Iris A, Castillo G. intervención Educativa en pacientes sobre riesgo de Hipertensión Arterial. Consultorio La Victoria. Julio–Diciembre 2016. InEnfermería 2017 2017 Jul. 24. Disponible en: <http://enfermeria2017.sld.cu/index.php/enfermeria/2017/paper/viewPaper/399>
19. OMS. Medicina Interna. Diagnóstico y Tratamiento. 2 ed. Ginebra; 2019. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/worldhealthday20130403/es/>
20. R. Molina, E. Guija. M. María, L. García A. González. P. Alguacil. et al. Manual de Hipertensión Arterial en la práctica clínica de atención primaria. Sociedad Andaluza de Medicina de Familia Grupo de Hipertensión Arterial 2006. 7.
21. Guarín-Loaiza GM, Pinilla-Roa AE. Adherencia al tratamiento antihipertensivo y su relación con la calidad de vida en pacientes de dos hospitales de Bogotá, DC 2013-2014. Revista de la Facultad de Medicina. 2016 Oct 1;64(4):651-7.

Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-00112016000400651&script=sci_abstract&tlng=es

22. Melvin H William. Nutrición para la salud, condición física y deporte. Séptima edición, 2006, McGraw-Hill Interamericana.
23. Calpa A, Santacruz G, Álvarez M, Zambrano C, Hernández E, Matabanchoy S. Promoción de estilos de vida saludables: estrategias y escenarios. Hacia. Promoc. Salud. 2019; 24 (2): 139-155.DOI: 10.17151/hpsal.2019.24.2.11
24. Tabaquismo y enfermedades cardiovasculares. Universidad de Talca. 2016. Disponible en: http://pifrecv.utalca.cl/archivos/i_publico/tabaquismo_pifrecv.doc
25. Rodríguez Perón JM, Mora SR, Acosta Cabrera E, Menéndez López JR. Repercusión negativa del tabaquismo en la evolución clínica de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica. Revista Cubana de Medicina Militar. 2004 Jun; 33(2):0-. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572004000200004
26. Nevado A. Hipertensión arterial y modificaciones en el estilo de vida. [Revista en Internet] 2011 marzo [citado 2020 julio 07]; 17(1). Disponible en: <http://www.saha.org.ar/hipertension-y-modificaciones-en-el-estilo-de-vida.php>.
27. Barrera Chuquiarque DE. Factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares según los determinantes de la salud presentes en los choferes de transporte público 2014. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4141/Barrera_cd.pdf?sequence=1&isAllowed=y
28. Bertrand R. Teoría del conocimiento de Sócrates [Internet]. [citado 14 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.filosofia.org/enc/ros/socr.htm> 20. Torres A. Teoría del conocimiento de Aristóteles [Internet]. [citado 14 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.filosofía.com/Aristoteles-conocimiento.htm> 21. Guerri M. La Teoría del Aprendizaje de Jean Piaget [Internet]. Blog de

Psicoactiva. 2016 [citado 17 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.psicoactiva.com/blog/la-teoria-del-aprendizaje-de-jean-piaget-ideasprincipales/>

29. Ostiguin M. Modelo de Promoción de la salud de Nola Pender [Internet]. Enfermería Universitaria. [citado 17 de mayo de 2020]. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>
30. Ariztía, T. 2017. La teoría de las prácticas sociales: particularidades, posibilidades y límites Cinta moebio 59: 221-234 doi: 10.4067/S0717-554X2017000200221
31. Molina Y. Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo II que asisten al programa de diabetes del Hospital Nacional "Dos de Mayo". [Tesis de Licenciatura] Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos; 2008.
32. Menezes K, Saboia P, Sales T, Alves R, Sousa T, Gomes T et al. Promoting healthy living in childhood: an action research. Procedia. Soc. Behav. Sci. 2015; 174;1695-1699.
33. Kharofa R, Copeland K, Sucharew H, Meurer J. Randomized controlled trial of a Wellness Action Plan to promote healthy diet and activity in pediatric primary care. Preventive Medicine Reports. 2015; 2; 899-905.
34. Jenkins D, Boucher B, Ashbury F, Sloan M, Brown P, Sohemy A et al. Effect of Current Dietary Recommendations on Weight Loss and Cardiovascular Risk Factors. J. Am. Coll. Cardiol. 2017; 69 (9); 1103-1112.
35. Quillas B, Vásquez V, Cuba F. Promoción de cambios de comportamiento hacia estilos de vida saludable en la consulta ambulatoria. Acta. Med. Perú. 2017; 34 (2): 125-31.
36. Vega E. ¿En qué consiste la intervención educativa. Revista en internet. 2013. Disponible en: <https://es.scribd.com/doc/123915639/En-que-consiste-la-intervencion-educativa>
37. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. España. 2014. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud.

Disponible

en:

<https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>

38. Romero R. H, Paz S. C, Toscano R. D. Factores de riesgo hipertensivos en educación de la salud, mediación productiva para la salud conductual. Ecuador. UTB. 2016. Disponible en: http://www.pedagogia.edu.ec/public/docs/Comision_5/factores_de_riesgo_hipertensivos_en_educacion.pdf 59
39. González Benítez I. Modo de vida. En: Casal Sosa A , González Valdés TL, Goizueta Simel M, García Valdés M, Paraño Montero W, Iglesias Durán O. ... [et al]. Psicología y Salud. Complemento al programa de la asignatura Psicología Médica I. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2002. p. 45-58
40. Chumo Yanayaco GT. Nivel de conocimientos sobre Hipertensión Arterial en usuarios de 20-39 años que acuden a consulta externa del Hospital apoyo II Santa Rosa Setiembre-Diciembre 2018. Universidad Cesar Vallejo. Piura – Perú. 2018.2018. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/25785>
41. Linares Despaigne M J, Arrate Negret M M, Molina Hechavarría V, Poll Pineda J A, Linares Ibarra D. Estrategia capacitante en pacientes con hipertensión arterial. MEDISAN. 2016 Sep.; 20(9): 2111-2117. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30192016000900009&script=sci_arttext&lng=pt
42. Morillo Suarez Y, Selva Capdesuñer A, Esther L. Título: Actividades educativas sobre hipertensión arterial y estilos de vida saludables en población no hipertensa. 2020. Disponible en: www.medicinafamiliar2020.sld.cu
43. Buenaño Naula A R. Propuesta de intervención educativa sobre estilos de vida saludables en hipertensos adultos. Bellavista baja. Agosto 2015-julio 2016. escuela superior politécnica de chimborazo. Riobamba- Ecuador. 2016.2016. Disponible en: <http://dspace.esPOCH.edu.ec/handle/123456789/5877>
44. Salas P, González C, Carrillo D, et al. Hipertensión arterial en la infancia. Recomendaciones para su diagnóstico y tratamiento. Parte 2 Rama de

Nefrología Infantil, Sociedad Chilena de Pediatría. Rev chil Pediatr [Internet]. 2019 [citado 03/11/2017];90(3):336-42. Disponible en: Disponible en: <https://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/1007> [Links]

45. Contreras Ventura R Y, Senmache Serquen A L, Cortavarria Pérez D M. Conocimiento y estilos de vida en los adultos con hipertensión arterial del centro de salud la victoria I, 2021. Universidad Señor de Sipan. Pimentel – Perú. 2021. 2021. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/9713>
46. Rivera Cuellar A, Magolaorozco Coneo B, Gómez Cuellar C G, Suarez Camargo M A. Conocimientos, actitudes y prácticas del paciente hipertenso de la ese hospital comunal Malvinas, Florencia. Noviembre 2013-enero 2014. Universidad surcolombiana. Neiva – Huila. 2014. 2014. Disponible en: www.contenidos.usco.edu.co
47. Mamani Medina TJ. “Conocimiento sobre hipertensión y su relación con el estilo de vida en pacientes adultos atendidos en el centro de salud el arenal distrito de los Aquijes”. CHINCHA – ICA – PERU. 2018. 2018. Disponible en: <http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/handle/autonmadeica/318>
48. Córdova Angulo M G, Dominguez Criollo M J. “Asociación del conocimiento sobre hipertensión arterial (HTA) y adherencia al tratamiento en pacientes del club de hipertensos del Centro de Salud No 1 del Distrito Chambo-Riobamba 06D01”. UNIVERSIDAD DE CUENCA. Cuenca-Ecuador. 2019. 2019. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/31972>
49. Barraza-Araiza LF, Sarmiento Limas CA. Conocimiento de la enfermedad en una población hipertensa colombiana. Rev. Fac. Med. 2014; 62 (3): 399-405. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-00112014000300009
50. Vidal Plúas J G. “diseño de estrategia educativa para modificar estilos de vida en adultos jóvenes con hipertensión arterial. Sector guayaquil. Centro de salud pedro carbo. Año 2018”. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL. GUAYAQUIL – ECUADOR. 2018. 2018. Disponible en: <http://201.159.223.180/handle/3317/12176>
51. Ruiz González P. “análisis del conocimiento del paciente hipertenso sobre la enfermedad desde una oficina de farmacia de Badajoz”. Universidad de Sevilla. Sevilla. 2019. 2019. Disponible en: <https://idus.us.es/handle/11441/91600>

Anexos:

Anexo # 1: Consentimiento informado.

Yo, Jhoan González Sánchez, residente de la especialidad de Medicina General Integral del Policlínico “Cecilio Ruíz de Zárate”, estoy realizando mi trabajo de tesis sobre el tema “Intervención educativa sobre estilos de vida e hipertensión arterial en pacientes adultos jóvenes en el consultorio # 7 de octubre 2020 a marzo 2022” como requisito para obtener el título de especialista. Se encuestará a los adultos jóvenes no hipertensos de esta comunidad. A partir de los resultados obtenidos, se diseñará una estrategia educativa con el propósito de incrementar el nivel de conocimientos sobre estilos de vida e hipertensión arterial y disminuir de esta manera el aumento de hipertensos en la comunidad. Se garantiza que toda la información brindada será estrictamente confidencial y solo será utilizada con fines investigativos. La participación en el estudio no supone gasto alguno.

Por esta razón, solicito su autorización para participar en la investigación. La decisión de participar es totalmente voluntaria, pudiendo abandonar la misma cuando considere conveniente, sin que eso traiga consigo medidas represivas contra su persona.

Yo _____ estoy de acuerdo en participar en la investigación, habiendo sido informada sobre la importancia de esta investigación.

Para que conste mi libre voluntad,

Firmo la presente el día ____ del mes _____ del año _____.

Firma _____

Anexo # 2: Criterios de Moriyama.

Ítems	Comprensible	Sensible a variaciones	Razonable	Componentes claramente definidos	Datos factibles de obtener
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					

Anexo # 3 Cuestionario

Estimado usuario: Usted ha sido seleccionado para participar en el estudio sobre estilos de vida saludables e hipertensión arterial en pacientes adultos jóvenes, para la recolección de la información, usted debe llenar este formulario de datos. Por la atención que le preste a la misma le damos las gracias.

Instrucciones: A continuación aparecen una serie de interrogantes, usted debe marcar con una X la o las respuestas correctas según corresponda.

I. ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad:

- a) ____ 20-24
- b) ____ 25-29
- c) ____ 30-34
- d) ____ 35-39

2. Sexo:

- a) ____ Femenino
- b) ____ Masculino

3. Nivel de escolaridad:

- a) ____ Primaria terminada
- b) ____ Secundaria Terminada
- c) ____ Preuniversitario
- d) ____ Técnico Medio
- e) ____ Universitario

4. Estado civil actual

- a) ____ Soltero/a
- b) ____ Casado/a

- c) ____ Unión consensual
- d) ____ Divorciado/a
- e) ____ Viudo/a

5. Color de la piel

- a) ____ Blanca
- b) ____ Negra
- c) ____ Mestiza

6. Señale con una X cual ha sido su ocupación principal en el último año.

- a) ____ Desempleado
- a) ____ Ama de casa
- b) ____ Trabajador por cuenta propia
- c) ____ Trabajador agrícola
- d) ____ Estudiante
- e) ____ Profesional
- f) ____ Dirigente
- g) ____ Jubilado.
- h) ____ Desempleado

II. ASPECTOS SOBRE CONOCIMIENTOS SOBRE ESTILOS DE VIDA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Señale con una x la o las respuestas correctas.

7. La hipertensión arterial se relaciona con:

- a) ____ La herencia
- b) ____ Consumo de sal
- c) ____ Consumo de grasas
- d) ____ Exceso de peso
- e) ____ Ingestión de productos lácteos.
- f) ____ El estrés
- g) ____ El consumo de drogas anticonceptivas

- h) ☐ El embarazo
 - i) ☐ Consumo de tabaco
 - j) ☐ La práctica de ejercicios físicos.
8. Conoce usted si los adultos jóvenes pueden padecer de hipertensión arterial?
- a) ☐ Si
 - b) ☐ No
 - c) ☐ No sé
9. En hijos de padres hipertensos la aparición de ésta enfermedad es:
- a) ☐ Muy frecuente
 - b) ☐ Poco frecuente
 - c) ☐ No se relaciona
 - d) ☐ No sé
10. ¿Qué alimentos cree usted que pueden estar relacionados con la hipertensión arterial?
- a) ☐ Ingestión de azúcares
 - b) ☐ Ingestión de sal
 - c) ☐ Consumo de alimentos fritos.
 - d) ☐ Consumo de carnes
 - e) ☐ Consumo de frutas
 - f) ☐ Consumo de vegetales
11. Considera que el consumo frecuente de alcohol:
- a) ☐ No tiene efecto en la presión arterial
 - b) ☐ Afecta la presión arterial
 - c) ☐ No sabe
12. Considera que tomar café todos los días:
- a) 1. ☐ Afecta la presión arterial
 - b) 2. ☐ No afecta la presión arterial
 - c) 3. ☐ No sé
13. Considera que fumar cigarrillo o tabaco:
- a) ☐ No tiene efecto en la presión arterial
 - b) ☐ Aumenta el riesgo de padecer hipertensión arterial

- c) ____ No sé
14. ¿Qué cantidad de sal se considera como normal que debe agregarse a las comidas?
- a) ____ una cucharadita de postre
 - b) ____ dos cucharaditas de postre.
 - c) ____ una cucharada sopera.
 - d) ____ dos cucharadas soperas.
15. Conoce usted ¿cuáles son las grasas perjudiciales para su salud?
- a) ____ Sí
 - b) ____ No
16. ¿Qué tipo de aceite o grasa son los que deben utilizarse en la alimentación diaria?
- a) ____ Aceite vegetal
 - b) ____ Manteca de animal
 - c) ____ Mantequilla
 - d) ____ Margarina
 - e) ____ No sabe
17. Conoce usted la importancia de realizar ejercicios físicos regularmente?
- a) ____ Sí
 - b) ____ No
18. ¿con qué frecuencia se debe realizar ejercicios físicos?
- a) ____ 1 a 2 veces/semana
 - b) ____ 3 a 4 veces/semana
 - c) ____ 5 a 6 veces/semana
 - d) ____ todos los días
19. ¿ Qué tiempo debe dedicarse al ejercicio físico?
- a) ____ Menos de 15 min
 - b) ____ 15 – 29 min
 - c) ____ 30 -- 45 min
 - d) ____ Más de 45 min

20. ¿Qué tipo de ejercicio físico es más útil para los pacientes que padecen hipertensión arterial?:

- a) ___ Caminata
- b) ___ Andar en bicicleta
- c) ___ Pesas
- d) ___ Jugar fútbol
- e) ___ Nadar

21. ¿Conoce usted que el exceso de peso es dañino para su salud?

- a) 1. ___ Sí
- b) 2. ___ No

22. ¿Conoce usted su índice de masa corporal?

- a) 1. ___ Sí
- b) 2. ___ No

23. ¿Conoce cuál debe ser su índice de masa corporal normal?

- a) ___ Sí
- b) ___ No

24. El índice corporal normal es:

- a) ___ por debajo de 18,5 kg/m
- b) ___ entre 18,5 y 24,9 kg/m
- c) ___ entre 25 y 29,9 kg/m
- d) ___ más de 30 kg/m

25. A partir de qué cifras considera que una persona es hipertensa?(marque una sola).

- a) ___ Mayor de 120/80
- b) ___ Mayor o igual a 140/90
- c) ___ Mayor o igual a 160/100
- d) ___ Mayor o igual a 170/110
- e) ___ No sé

26. ¿ En qué lugar se debe realizar el diagnóstico de la hipertensión arterial ?

- a) _____ En el consultorio del médico y enfermera de la familia
- b) _____ En la casa del paciente

- c) ____ En el hospital
- d) ____ En su centro laboral.
27. ¿Por qué considera importante el control de los factores de riesgo que conllevan a la hipertensión arterial?
- a) ____ Impiden que se presente la hipertensión arterial.
- b) ____ Impide complicaciones como el daño cerebral o en los riñones.
- c) ____ Impide complicaciones digestivas
- d) ____ Impide alteraciones en la visión
28. La detección precoz de hipertensión arterial debe comenzar a partir de:
- a) ____ 15 años de edad
- b) ____ 20 años de edad
- c) ____ 45 años de edad
- d) ____ 60 años de edad.
29. Conoce usted con qué frecuencia deben visitar los pacientes hipertensos al médico de familia?
- a) ____ una vez al año.
- b) ____ dos veces al año
- c) ____ tres veces al año
- d) ____ No sé.
30. ¿Cuáles de los siguientes aspectos considera útil para evitar la hipertensión arterial?
- a) ____ Práctica habitual de ejercicios físicos
- b) ____ Disminución en el consumo de sal
- c) ____ Evitar el consumo excesivo de alcohol.
- d) ____ Aumentar el consumo de bebidas gaseadas.
- e) ____ Evitar el hábito de fumar.
- f) ____ Mantenerse con peso adecuado
- g) ____ Evitar la ingestión de alimentos fritos.
- h) ____ Utilizar grasa animal para el consumo diario.
- i) ____ Ingestión de alimentos ricos en calcio como los productos lácteos.
- j) ____ Disminuir el consumo de frutas y vegetales.

31. ¿Conoce usted cuáles son las principales complicaciones de la hipertensión arterial?

- a) ___ Trombosis cerebral
- b) ___ Infarto cardíaco
- c) ___ Insuficiencia cardíaca
- d) ___ Insuficiencia renal
- e) ___ Cálculo de la vesícula
- f) ___ úlcera en el estómago
- g) ___ No sabe