

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Enfermería

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES RELACIONADOS
CON LA PRESENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL
EN ADULTOS MAYORES MIEMBROS DEL
CLUB AIPA TACNA-2017

TESIS

Presentada por:

Bach. Beatriz Gomucio Panca

Para optar el título profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

TACNA – PERÚ

2018

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN – TACNA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Enfermería

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES RELACIONADOS CON
LA PRESENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL EN ADULTOS
MAYORES MIEMBROS DEL CLUB AIPA TACNA-2017

TESIS

Presentado por:

BACH. BEATRIZ GOMUCIO PANCA


Para Optar el Título Profesional de:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Aprobado por Inanimidad ante el siguiente jurado.



Dra. Victoria Nora Vela de Córdoba
PRESIDENTA



Dra. Ruth R. Salinas Lunario
SECRETARIA



Dra. Carla Patricia Mori Fuentes
VOCAL



Dr. Wender Condori Chipana
ASESOR

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso, por darme la vida y sabiduría necesaria para culminar mis estudios profesionales.

A mis Padres, Celestino Gomucio Turpo y Flavia Panca Suaña y a mi Hermana Elsa Gomucio Pancca, por el apoyo incondicional ofrecido durante mis años de estudios, y por seguir contando con su amor y comprensión

Beatriz Gomucio Panca

AGRADECIMIENTOS

- A la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, al personal docentes y administrativo por todas sus enseñanzas brindadas a lo largo de mi formación profesional.
- A la Sra. Hilda Cofre de Lajo presidenta del AIPA y a sus miembros, por las facilidades brindadas en la realización del presente trabajo de investigación.
- Al Dr. Wender Condori Chipana por su asesoría, tolerancia, apoyo y orientación a lo largo de la realización del presente trabajo de investigación.
- A mis compañeros de generación y amistades por brindarme ánimos y apoyo en la ejecución de mi investigación.

Beatriz Gomucio Panca

ÍNDICE

	Pág.
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción del Problema	3
1.2 Formulación del Problema	5
1.3 Objetivos.....	6
1.3.1 Objetivo General	6
1.3.2 Objetivos Específicos.....	6
1.4 Justificación	6
1.5 Hipótesis.....	9
1.6 Variables de Estudio.....	9
1.7 Operacionalización de Variables.....	9
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	13
2.1 Antecedentes de la Investigación	13
2.2 Base Teórica o Fundamento Teórico.....	19
2.1.1. Teoría General de Enfermería.....	19
2.1.2. Mapa Conceptual de la Teoría	22
2.1.3. Variables de Estudio	24

2.3	Definición Conceptual de Términos	43
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....		44
3.1	Enfoque de la Investigación	44
3.2	Tipo de Investigación	44
3.3	Método de Investigación	45
3.4	Población	45
3.4.1	Criterios de inclusión y exclusión	45
3.5	Muestra	46
3.6	Muestreo o selección de la muestra	46
3.7	Unidad de Análisis	47
3.8	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	47
3.9	Procedimiento de recolección de datos	50
3.10	Técnica de procesamiento y análisis de datos	53
3.11	Consideraciones Éticas	54
3.11.1	Principio de Autonomía	54
3.11.2	Principio de Beneficencia y no Maleficencia.....	54
3.11.3	Principio de Respeto a la Dignidad Humana	54
3.11.4	Principio de Justicia.....	55
3.11.5	Consentimiento Informado	55
3.11.6	Derecho a la Intimidad	55
3.11.7	Derecho al anonimato y confidencialidad de los datos.....	56

CAPÍTULO IV: DE LOS RESULTADOS	57
4.1 Resultados (Tablas, Gráficos).....	57
4.2 Analisis y Discusion	87
CONCLUSIONES	101
RECOMENDACIONES.....	103
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	104
ANEXOS.....	111

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
TABLA Nro. 01	Distribución porcentual de los adultos mayores miembros del club AIPA, según edad, sexo, nivel de instrucción, estado civiles y convivencia.	58
TABLA Nro. 02	Distribución porcentual de los adultos mayores miembros del club AIPA, según control de salud, en los últimos 3 meses.	61
TABLA Nro. 03	Distribución porcentual de los adultos mayores miembros del club AIPA, según lugar al que acude cuando se enferma.	63
TABLA Nro. 04	Distribución porcentual de los adultos mayores miembros del club AIPA, según si se controló la presión arterial.	65
TABLA Nro. 04-01	Distribución porcentual de los adultos mayores miembros del club AIPA, según comunicación de resultado obtenido, después de la toma de presión arterial.	67
TABLA Nro. 05	Distribución porcentual de los adultos mayores miembros del club AIPA, según antecedente personal de enfermedades.	69
TABLA Nro. 06	Distribución porcentual de los adultos mayores miembros del club AIPA, según antecedente familiar de enfermedades asociadas.	71

TABLA Nro. 07	Distribución porcentual de los adultos mayores miembros del club AIPA, según consumo de tabaco.	73
TABLA Nro. 08	Distribución porcentual de los adultos mayores miembros del club AIPA, según consumo de alcohol.	75
TABLA Nro. 09	Distribución porcentual de los adultos mayores miembros del club AIPA, según actividad física que realiza.	77
TABLA Nro. 10	Distribución porcentual de los adultos mayores miembros del club AIPA, según índice de masa corporal.	79
TABLA Nro. 11	Distribución porcentual de los adultos mayores miembros del club AIPA, según hábitos alimenticios.	81
TABLA Nro. 12	Distribución porcentual de los adultos mayores miembros del club AIPA, según rangos de presión arterial.	83
TABLA Nro. 13	Distribución porcentual de los adultos mayores miembros del club AIPA, según factores de riesgo modificables.	85

ÍNDICE DE GRÁFICO

		Pág.
GRÁFICO Nro. 01	Distribución porcentual de los adultos mayores miembros del club AIPA, según edad, sexo, nivel de instrucción, estado civiles y convivencia.	60
GRÁFICO Nro. 02	Distribución porcentual de los adultos mayores miembros del club AIPA, según control de salud, en los últimos 3 meses.	62
GRÁFICO Nro. 03	Distribución porcentual de los adultos mayores miembros del club AIPA, según lugar al que acude cuando se enferma.	64
GRÁFICO Nro. 04	Distribución porcentual de los adultos mayores miembros del club AIPA, según si se controló la presión arterial.	66
GRAFICO Nro. 04-01	Distribución porcentual de los adultos mayores miembros del club AIPA, según comunicación de resultado obtenido, después de la toma de presión arterial.	68
GRÁFICO Nro. 05	Distribución porcentual de los adultos mayores miembros del club AIPA, según antecedente personal de enfermedades.	70

GRÁFICO Nro. 06	Distribución porcentual de los adultos mayores miembros del club AIPA, según antecedente familiar de enfermedades asociadas.	72
GRÁFICO Nro. 07	Distribución porcentual de los adultos mayores miembros del club AIPA, según consumo de tabaco.	74
GRÁFICO Nro. 08	Distribución porcentual de los adultos mayores miembros del club AIPA, según consumo de alcohol.	76
GRÁFICO Nro. 09	Distribución porcentual de los adultos mayores miembros del club AIPA, según actividad física que realiza.	78
GRÁFICO Nro. 10	Distribución porcentual de los adultos mayores miembros del club AIPA, según índice de masa corporal.	80
GRÁFICO Nro. 11	Distribución porcentual de los adultos mayores miembros del club AIPA, según hábitos alimenticios.	82
GRÁFICO Nro. 12	Distribución porcentual de los adultos mayores miembros del club AIPA, según rangos de presión arterial.	84
GRÁFICO Nro. 13	Distribución porcentual de los adultos mayores miembros del club AIPA, según factores de riesgo modificables.	86

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo determinar la relación de los factores de riesgo modificables con la presencia de hipertensión arterial en adultos mayores miembros del club AIPA, Tacna-2017. Es de enfoque cuantitativo, método deductivo, según el criterio de autor Hernández, Fernández y Baptista investigación tipo no experimental transeccional y descriptivo, la población y muestra fue de 52 adultos mayores, trabajándose con un muestreo no probabilístico, los resultados fueron: Al aplicarse como instrumento el cuestionario de hipertensión arterial, y hábitos alimenticios, encontramos como resultado que, según rangos de presión arterial, 23 casos de pre-hipertensión y 17 casos de hipertensión, asimismo el factor de riesgo modificable predominante relacionado con la presencia de hipertensión arterial es el hábito alimenticio, con un 63,5% entre pre-hipertensos e hipertensos con una alimentación inadecuada, en conclusión, se acepta la hipótesis, los factores de riesgo modificables se relacionan significativamente con la presencia de hipertensión arterial en adultos mayores miembros el CLUB AIPA, influyendo estadísticamente con valor Chi cuadrado $p=0,0364$ ($P=,000<0,05$).

Palabras clave: Factor de riesgo modificable, Hipertensión arterial, y adulto mayor.

ABSTRACT

The objective of this research is to determine the relationship of modifiable risk factors with the presence of hypertension in elderly members of the AIPA club, Tacna-2017. It is of quantitative approach, deductive method, according to the criteria of author Hernández, Fernández and Baptista non-experimental, descriptive and descriptive type of research, the population and sample was of 52 older adults, working with a non-probabilistic sampling, the results were: When applied as instrument the questionnaire of arterial hypertension, and eating habits, we find as a result that, according to ranges of blood pressure, 23 cases of pre-hypertension and 17 cases of hypertension, also the predominant modifiable risk factor related to the presence of arterial hypertension is the food habit, with 63.5% between pre-hypertensive and hypertensive with inadequate diet, in conclusion, the hypothesis is accepted, the modifiable risk factors are significantly related to the presence of hypertension in elderly members the AIPA CLUB, Statistically influencing Chi square value $p = 0.0364$ ($P = ,000 < 0.05$).

Key words: Modifiable risk factor, arterial hypertension, and older adult.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad uno de los factores de riesgo clave de las enfermedades cardiovasculares es la hipertensión arterial o tensión arterial alta. Esta enfermedad provoca infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares. Los investigadores calculan que la hipertensión afecta a mil millones de personas y causa nueve millones de fallecimientos cada año en todo el mundo.

Este trabajo de investigación tiene como objetivo determinar la relación de los factores de riesgo modificables con la presencia de hipertensión arterial en adultos mayores miembros del club AIPA, Tacna-2017; cabe resaltar que la hipertensión arterial es una enfermedad no transmisible que ocupa uno de los primeros puestos como factores de riesgo de diferentes enfermedades cardiovasculares, asimismo año tras año va en aumento las cifras de casos de hipertensión arterial. Por otro lado la presión arterial aumenta con la edad, por ello, el riesgo de que una persona sea hipertensa aumenta en las personas mayores de 60 años. A esta edad su prevalencia alcanza entre el 60% y el 70%, siendo esta, según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática, que informa al 2015, se tiene una población que va en aumento, convirtiéndolos en el grupo etario de mayor vulnerabilidad.

La hipertensión arterial es una enfermedad que se relaciona con estilos de vida de la persona misma, existiendo diferentes factores de riesgo (modificables y no modificables) que contribuyen a que se adquiera esta enfermedad, como es la alimentación inadecuada, el índice de masa corporal,

el consumo de tabaco, alcohol, la inactividad física, la edad, el sexo, antecedente familiar, entre otros; es por ello de la importancia del estudio de dichos factores de riesgo, no solo para su conocimiento sino también como antecedente y referencia para la población adulta joven.

El siguiente estudio de investigación se organizó en IV capítulos:

El capítulo I, consta del planteamiento del problema, donde encontraremos los fundamentos y formulación del problema, objetivos, justificación, formulación de la hipótesis y Operacionalización de variables.

El capítulo II, del marco teórico, desarrolla los antecedentes de la investigación, bases teóricas y definición conceptual de términos.

En el capítulo III, de la metodología de la investigación presenta material y métodos, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procedimientos de recolección de datos y procesamiento de datos.

En el capítulo IV, de los resultados, trata sobre los resultados y discusión finalmente encontraremos las conclusiones, recomendaciones referencias y anexos del trabajo de investigación

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

En el mundo, uno de cada tres adultos tiene presión arterial alta, una condición que causa alrededor de la mitad de todas las muertes por accidente cerebrovascular y enfermedad cardíaca, estadísticas Sanitarias Mundiales, pone de relieve el creciente problema de la carga de enfermedades no transmisibles.

Actualmente, las enfermedades cardiovasculares se han convertido en la primera causa de muerte no solo del país sino también en todos los países del mundo, y el análisis epidemiológico de este fenómeno ha permitido reconocer la existencia de factores de riesgo que contribuyen a desembocar en un enfermedad cardiovascular, estos factores de riesgo se dividen en factores de riesgo modificables, aquellos que con el tiempo y cambio en el estilo de vida son modificables por uno mismo, como es la alimentación, la adquisición de hábitos nocivos, actividad física; y factores de riesgo no modificables como la edad y el antecedente familiar, todos ellos contribuyen al desenvolvimiento de la enfermedad.

En el Perú, la Sociedad Peruana de Cardiología en su última investigación a nivel nacional, titulada Factores de Riesgo de las Enfermedades Cardiovasculares en el Perú, entre Marzo 2010 y Enero 2011, en todos los departamentos del territorio nacional, realizaron 14,675 encuestas en 26 ciudades distribuidas en todos los departamentos del

Perú. Los resultados obtenidos fueron, que la prevalencia de la hipertensión arterial en el Perú se ha incrementado de 23,7 %, según el estudio Tornasol I a 27,3 % de acuerdo a los resultados de Tornasol II. (1).

Teniendo en cuenta estos resultados, dos de cada 6 peruanos mayores de 18 años son hipertensos, es decir estamos hablando de casi 5 millones de personas que tienen esta afección.

Por otro lado la presión arterial aumenta con la edad, por ello en nuestro país según Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el Informe Técnico N° 2 – Junio 2016 señaló un aumento en la proporción de la población adulta mayor a 9,7% en el año 2016. También que el 40,7% de los hogares del país tenía entre sus miembros al menos una persona de 60 y más años de edad. Siendo este un factor de vulnerabilidad a adquirir esta enfermedad, y poniendo en riesgo a la población adulta mayor. (2).

En la dirección regional de Salud Tacna, ASÍS en el año 2015 especifica que ha habido un aumento en la población adulto mayor en comparación con el ASIS del año 2013, con una población 7,5% y en el año 2015 la población adulto mayor aumento a un 8,7% siendo la población era de 24 467 adultos mayores. Actualmente con una población de 341,838 habitantes, donde el 10,9% representa la población adulta mayor (29,722). Lo cual demuestra que la población de adultos mayores está creciendo considerablemente. (3).

En la región Tacna en cuanto a la Tasa de incidencia registrada por hipertensión arterial durante el periodo 2014 al 2015 los rangos son de 615 a 655 casos por 100,000 habitantes observándose un incremento en el número de casos nuevos en este último año, la mayor incidencia se da en los distritos de Tacna (1046 casos), G. Albarracín L. (245 casos), Ciudad Nueva (181 casos), A. Alianza (167 casos), Candarave (129 casos), y

Tarata (75 casos), respectivamente. En cuanto la mortalidad por Hipertensión Arterial se observa que hay un incremento importante de un año a otro desde el año 2009 al 2013 de 14 a 28 el número de muertes por enfermedades hipertensivas, con una tasa de 8,40 por 100,000 habitantes, en el cuadro de las principales causas de mortalidad general en el año 2015 está ocupando el doceavo lugar (28 muertes por HTA)(4).

Es por ello, el motivo del presente trabajo de investigación, siendo un gran problema la presencia de los factores de riesgo tales como la edad mayor de 60 años, los antecedentes familiares, el tabaquismo, el alcoholismo, la presencia de diabetes, el estrés, el sedentarismo, los malos hábitos alimenticios, consumo excesivo de sal, entre otros factores, se denota, el gran impacto que representa en la salud de la población adulta mayor, así también en la población en general. Estos factores de riesgo modificables deben ser del conocimiento de la población, no solo adulta mayor sino también de la población en general; para así aunar esfuerzos en la prevención, y tratamiento de la hipertensión arterial. Asimismo mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Frente a este contexto se considera a formular la siguiente interrogante:

¿Cuáles son Factores de Riesgo Modificables Relacionados con la presencia de Hipertensión Arterial en Adultos Mayores Miembros del Club AIPA Tacna-2017?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación de los factores de riesgo modificables con la presencia de hipertensión arterial en adultos mayores miembros del Club AIPA Tacna – 2017.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la presencia de factores de riesgo modificables relacionados con la hipertensión arterial en los adultos mayores miembros del club AIPA.
- Determinar el porcentaje de casos con presencia de hipertensión arterial, relacionados con factores de riesgo modificables, en los adultos mayores miembros del club AIPA.
- Establecer la relación de factores de riesgo modificables de mayor predominancia, con la presencia de hipertensión Arterial en los adultos mayores miembros del club AIPA.

1.4 JUSTIFICACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hipertensión arterial (HTA) es la primera causa de muerte en el mundo, con una prevalencia promedio de 25% con un total de mil millones de adultos mayores hipertensos, cifra que se incrementara

en 20 años en más del 50%. Actualmente 691 millones de personas sufren de hipertensión arterial en el mundo.

El informe de Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) advierte que uno de cada tres adultos mayores tiene presión arterial alta en todo el mundo, afección que ocasiona alrededor de la mitad de todas las muertes por accidente cerebrovascular (ACV) y enfermedad cardíaca. (5).

Siendo la hipertensión arterial una enfermedad relacionada causalmente con una serie de factores de riesgo tales como la edad, el sexo, el antecedente familiar y patológico, los estilos de vida, los hábitos alimenticios, el consumo excesivo de sal, consumo de tabaco, consumo de alcohol, el estrés, la actividad física entre otros, dichos factores son determinantes en el desenvolvimiento de la hipertensión arterial, ya que desarrolla a largo plazo, por tanto es posible su prevención si se lleva estilos de vida saludable.

La alta prevalencia e incidencia de Hipertensión Arterial, especialmente en la población adulta mayor, es un problema de salud a nivel mundial, en el Perú, esta patología se encuentra entre las diez principales causas de morbilidad, así como, de mortalidad. Es una enfermedad que no da síntomas durante mucho tiempo y, si no se trata, puede desencadenar complicaciones severas como un infarto de miocardio, una hemorragia o trombosis cerebral, lo que se puede evitar si se controla adecuadamente.

Es por ello la importancia de identificar los factores de riesgo modificables más predominantes de la hipertensión, para así poder establecer nuevas medidas de promoción de estilos de vida

saludable, y fomentar la prevención, seguimiento y cumplimiento tratamiento de la hipertensión arterial. Así también fomentar en la población, brindar calidad de vida a la población adulta mayor, la cual según datos estadísticos representa la mayor parte del grupo etario.

En la región latinoamericana, las condiciones de vida de los adultos mayores son precarias, la situación de exclusión y pobreza se ha agudizado desde el ajuste estructural de los años ochenta, causando el deterioro de las condiciones de vida de todas aquellas personas que no cuentan con los ingresos necesarios para subsistir. (6).

Por tanto, el presente trabajo de investigación es justificable debido a que la tendencia de incremento del adulto mayor es cada más frecuente en nuestro país, haciéndolos un grupo vulnerable frente a enfermedades como la Hipertensión Arterial.

De igual forma cabe destacar el valor implícito que tiene la realización del presente estudio de investigación, ya que sus resultados le permitirá al profesional de enfermería iniciar la planificación de estrategias que implementen planes y programas de educación dirigidos a la población adulta mayor en general con la finalidad de prevenir, mediante la difusión y cumplimiento de las diferentes actividades planteadas, para así disminuir los factores de riesgo de la hipertensión arterial.

1.5 HIPÓTESIS

Ho: Los factores de riesgo modificables no se relacionan con la presencia de hipertensión arterial, en adultos mayores miembros del club AIPA. Tacna-2017.

Hi: Los factores de riesgo modificables se relacionan significativamente con presencia de hipertensión arterial, en adultos mayores miembros del club AIPA. Tacna-2017.

1.6 VARIABLES DE ESTUDIO

- **Variable Independiente:**
 - Factores de riesgo
 - Edad
 - Sexo
 - Antecedentes familiar
 - Presencia de diabetes
 - Hábitos alimenticios
 - Alcoholismo
 - Tabaquismo
 - Sedentarismo
- **Variable Dependiente:**
 - Presencia de Hipertensión Arterial
 - Normal
 - Pre hipertensión
 - Hipertensión

1.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA VALORATIVA	NIVEL DE MEDICIÓN
Variable Independiente FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES	Los factores de riesgo son características o circunstancias detectables de una persona o grupo de personas asociadas con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. (21)	Sexo	Femenino Masculino	Ítems: N°02	Femenino Masculino	Nominal
		Edad	Adulto mayor joven Adulto mayor maduro Adulto mayor Adulto mayor nonagenarios y centenarios	Ítems: N°01	60–64 años 65–74 años 75–84 años 85 años a mas	Ordinal
		Antecedente Personal y Familiar	Hipertensión Arterial Diabetes Mellitus Obesidad Ninguna	Ítems: N°09 N° 10	Si No	Nominal

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA VALORATIVA
Variable Independiente FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES	Los factores de riesgo son características o circunstancias detectables de una persona o grupo de personas asociadas con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. (21)	Alimentación	Alimentación adecuada Alimentación regular Alimentación inadecuada	Ítems: N°01 N° 15	51 – 75 puntos 26 – 50 puntos 0 – 25 puntos
		Actividad física	Si realiza ejercicio No realiza ejercicio	Ítems: N°13	1-2 veces/semana 3 o más veces/semana
		Consumo de alcohol	No, soy ex consumidor No consumidor Consumidor actual	Ítems: N°12	No consumo Diariamente Ocasional Fines de semana
		Consumo de tabaco	No, soy ex fumador No Fumador Fumador actual	Ítems: N°11	No fumo 1-5 cigarrillos/día 6-10 cigarrillos/día >10 cigarrillos/día
		Índice de masa corporal	Normal Sobrepeso Obesidad	Ítems: N°14	18-24,9 25- 29,9 30- 40 o mas

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA VALORATIVA	NIVEL DE MEDICIÓN
Variable dependiente HIPERTENSIÓN ARTERIAL	Presencia de tensión excesivamente alta de la sangre en el aparato circulatorio; con cifras iguales o mayores de 140 y 90 mmHg, sistólica y diastólica respectivamente (32)	Presión arterial	Normal Pre- Hipertensión Hipertensión	Ítems; N° 14	Sistólica / Diastólica mmHg / mmHg <120 / <80 120-139 / 80-89 ≥140 / ≥90	Ordinal

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Aguas N. (7), Realizó un estudio de investigación titulado “*Prevalencia de hipertensión arterial y factores de riesgo en población adulta afroecuatoriana de la comunidad la Loma, Canton Mira, del Carchi 2011*”, realizada en Ibarra, Ecuador- Julio 2012; el cual tuvo como *Objetivo* determinar la prevalencia de hipertensión arterial y principales factores de riesgo en población afroecuatoriana de la comunidad rural La Loma, fue un estudio observacional, descriptivo y transversal en una muestra de 111 hombres y mujeres adultas mayores a 30 años, en la metodología se consideró hipertensos aquellas personas con una presión arterial superior a 120/80; se utilizó estadística descriptiva, se utilizó el programa Epi-info. Los *Resultados* obtenidos fueron: La prevalencia de hipertensión arterial alcanzó el 32% y este fue mayor en adultos mayores de 61 años de edad, en dicho grupo de edad. Se presentó HTA en personas que tuvieron alto consumo de sal. No se encontró relación entre la presencia de hipertensión arterial y práctica de actividad física, es decir, que al igual que el consumo de cigarrillo y alcohol, no está directamente relacionada con la presencia o ausencia de HTA.

Trindade C. Afonso L. Dalva M. et al. (8), Realizaron un estudio titulado *“Factores y comportamientos de riesgo cardiovascular en adultos residentes en el municipio de Paicandu-Paraná– efectos de una intervención en salud, Brasil- 2014”*, el cual tuvo como *Objetivo* identificar la prevalencia de la hipertensión arterial y su asociación con factores de riesgo cardiovasculares en adultos. Estudio de tipo transversal, descriptivo, de base poblacional, desarrollado con 408 individuos adultos seleccionados. En cuanto a la metodología, los datos fueron recolectados con un cuestionario; se midió el peso, la estatura y la circunferencia abdominal. Los *Resultados* obtenidos fueron de 23,03% de los sujetos refirieron ser hipertensos, con prevalencia mayor en el sexo femenino. El Odds Ratio apuntó que tabaquismo, índice de masa corporal, circunferencia abdominal, diabetes mellitus y dislipidemia presentaron asociación positiva con hipertensión arterial. Asimismo la elevada prevalencia de hipertensión auto-referida y su asociación con otros factores de riesgo cardiovasculares como diabetes, obesidad y dislipidemia.

Zubeldia L. Quiles J. Mañes J. Redon J. et al (9), Realizaron un estudio titulado *“Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la comunidad Valenciana, España -2015”* el cual tuvo como *Objetivo* estimar la prevalencia de hipertensión arterial en población mayor de quince años de la Comunidad Valenciana y describir su asociación con determinados factores etiológicos. Estudio transversal de base poblacional en 413 hombres y 415 mujeres de 16 a 90 años de edad participantes en la Encuesta de Nutrición de la Comunidad Valenciana

realizada en 2010. La metodología fue mediante encuesta a domicilio y medida de la presión arterial utilizando esfigmomanómetro automático. Los *Resultados* fueron: La prevalencia de hipertensión estimada para la Comunidad Valenciana fue de 38,2%; 40,7% en hombres y 35,7% en mujeres. La edad predominante fue de 45-64 años y ≥ 65 años, la categoría ponderal asociada fue el sobrepeso, la obesidad y padecer diabetes mellitus, se constituyeron como variables asociadas con hipertensión. La probabilidad de presentarla aumenta con la edad. El sobrepeso así como la diabetes mellitus duplican la probabilidad de padecerla.

Maguiña P. (10), Realizó un estudio titulado *“Factores de riesgo que predisponen a hipertensión arterial en adultos que acuden al servicio de triaje del Centro De Salud “Max Arias Schreiber – Lima 2013”* tuvo como *Objetivo* determinar los factores de riesgo que predisponen a Hipertensión Arterial en las personas adultas que acuden al Servicio de Triage del Centro de Salud “Max Arias Schreiber”, de tipo cuantitativo y corte transversal. La muestra estuvo conformada por 80 personas adultas, la técnica utilizada en la recolección de datos fue la entrevista y como instrumento se aplicó un cuestionario. Los *Resultados* fueron: Los factores de riesgo modificables que predominan son el consumo de grasas, ausencia del control del índice de masa corporal y de la presión arterial, así como el consumo excesivo de sal y presencia de estrés. Los factores de riesgo no modificables que predisponen a hipertensión arterial prevalentemente son los antecedentes familiares de HTA y de obesidad.

Alvares E. (11), Realizó un estudio titulado “*Nivel de conocimientos de los Adultos Mayores sobre Prevención de Hipertensión Arterial en un Centro de Salud, Lima, 2014*” de tipo descriptivo, el cual tuvo como *Objetivo* determinar el nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial. La muestra estuvo conformada por 30 pacientes que no eran hipertensos, la metodología fue mediante la entrevista. Los *Resultados* obtenidos fueron que la mayoría conoce los valores de su presión arterial y que existe un mayor nivel de conocimiento de 80% tienen un nivel de conocimiento medio y un menor nivel conocimiento de 6,6% de un conocimiento bajo. El nivel conocimiento medio, indica que están en riesgo de presentar hipertensión arterial y esto ocasionaría complicaciones. Los conocimientos que tienen los adultos mayores en base a la prevención de la hipertensión con respecto a la alimentación indica que los adultos mayores manifiestan una alimentación inadecuada para prevenir la hipertensión arterial esto se observa en el incremento de la presión arterial con la edad la cual está directamente correlacionada con mayores niveles del consumo de sal y colesterol y los ácidos grasos saturados.

Tafur C. Vesquez L. Nonaka M. et al. (12), Realizaron un estudio titulado “*Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado del adulto mayor hipertenso, del centro de Atención del adulto mayor del hospital regional de Loreto, iquitos-2017*”. El *Objetivo* fue determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor hipertenso del Centro de Atención del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto. El enfoque fue cuantitativo y el diseño no experimental de tipo correlacional. La

población fue de 89 adultos mayores de ambos sexos y la muestra de 52 adultos, la metodología fue aplicando dos instrumentos: el cuestionario sobre conocimiento y la escala de actitud sobre Prácticas de Autocuidado sobre hipertensión. Los *Resultados* fueron: los adultos mayores con hipertensión arterial, el 84,6% (44) realizan prácticas de autocuidado inadecuado, mientras que sólo el 15,4% (8) realizan las prácticas de autocuidado adecuado, referido a alimentación, actividad física, cumplimiento de tratamiento farmacológico, hábitos de vida diaria, conducta asumida ante el aumento de la presión arterial y su asistencia a la consulta de salud.

Condori L. (13), Realizó un estudio de investigación titulado, *“Factores de Riesgo relacionados con la presencia de Hipertensión Arterial en adultos asistentes al centro de atención Primaria Luis Palza Lévano Essalud del distrito Gregorio Albarracín, Tacna, 2011”* cuyo *Objetivo* fue relacionar los factores de riesgo con la presencia de Hipertensión arterial en adultos asistentes al Centro de Atención Primaria Luis Palza Lévano; de tipo descriptivo correlacional, prospectivo y de corte transversal, con una muestra de 120 adultos. Los *Resultados* fueron: Los factores de riesgo de hipertensión arterial más frecuentes son: el sedentarismo (81,7%), la alimentación inadecuada (60,8%) y la edad de 50 a más años (56,7%). Los factores de riesgo relacionados con la presencia de hipertensión arterial son: la edad mayor de 60 años (25%), los antecedentes familiares de hipertensión arterial (28,3%), la diabetes mellitus (15,8%), la obesidad (29,2%), la alimentación inadecuada (36,7%) y la exposición al estrés (24,2%). El sexo masculino (22,5%), el consumo de tabaco (5,0%), el consumo de

alcohol (24,2%) y el sedentarismo (44,2%) no tienen relación significativa con el desarrollo de la hipertensión arterial.

Bornaz G. Caceres O. Bornas S. et al (14), Realizaron un estudio titulado *“Prevalencia y factores de riesgo de hipertensión en Adultos de la ciudad de Tacna- 2017”* El objetivo de este trabajo fue determinar la prevalencia de la HTA y evaluar la posible asociación de la edad, sexo, sobrepeso, los antecedentes familiares de HTA, el tabaquismo, el alcoholismo y el sedentarismo en la población adulta mayor de 30 años de edad, estudio transversal analítico con una muestra de 250 adultos. La metodología fue mediante la encuesta y la toma de presión arterial. Los *Resultados* fueron la prevalencia de HTA en hombres fue significativamente superior a la encontrada en mujeres (45,7%, frente a 20,5%, respectivamente). Las personas mayores de 49 años tuvieron una prevalencia de HTA de 37,6%, superior encontrada en las personas de 30 a 49 años (22,6%). Los antecedentes familiares de HTA y el sobrepeso mostraron una asociación con la HTA, mientras que la práctica de ejercicio físico tuvo un efecto protector significativo. No se observó una asociación significativa entre el tabaquismo o la ingesta de alcohol y la HTA.

Ancalli F. (15), Realizó un estudio titulado, *“Reducción de la Hipertensión Cardiovascular global en los pacientes del Programa de HTA de EsSalud”*. Cuyo *Objetivo* fue determinar la reducción de la hipertensión arterial y riesgo cardiovascular global en los pacientes del Programa de HTA de EsSalud. Método descriptivo, retrospectivo y longitudinal. La muestra estuvo conformada por 193 pacientes del

Programa de HTA de EsSalud. Los *Resultados* fueron: Durante 2010-2012, los pacientes redujeron los promedios de PAS de 152,1 a 124,2 mmHg, PAD de 84,5 mmHg a 73,5 mmHg, y riesgo cardiovascular de 27,5% a 18,6%, y cuya conclusión fue que los pacientes del Programa de Hipertensión Arterial de EsSalud evidenciaron reducción significativa de la hipertensión arterial y riesgo cardiovascular global.

2.2 BASE TEÓRICA O FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1.1. TEORÍA GENERAL DE ENFERMERÍA

Uno de los principales objetivos de enfermería es la prevención y promoción de acciones en salud que permitan un satisfactorio proceso de envejecimiento en los adultos mayores.

Frente a lo descrito en este trabajo de investigación se propone la siguiente teoría de enfermería:

TEORÍA GENERAL DE LA ENFERMERÍA DE DOROTHEA OREM.

La teoría general de la Enfermería de Dorotea Orem, está compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría del Autocuidado, Teoría del Déficit de Autocuidado y Teoría de los Sistemas de Enfermería.

Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.(16).

Orem en su teoría general del autocuidado, define el autocuidado como una función humana reguladora, que debe aplicar cada individuo, en forma deliberada y continúa a través del tiempo, con el fin de mantener su vida, estado de salud, desarrollo y bienestar. Según lo propuesto el autocuidado, refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación (17).

Para Orem, enfermería debe identificar las capacidades potenciales de autocuidado del individuo para que ellos puedan satisfacer sus necesidades de autocuidado con el fin de mantener la vida y la salud.

Si se lleva a la práctica la Teoría de Orem deben seguirse los siguientes pasos:

1. Examinar los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado.
2. Realizar la recogida de datos acerca de los problemas y la valoración del conocimiento, habilidades motivación y orientación del cliente.
3. Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
4. Diseñar y la planificar la forma de capacitar y animar al cliente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de su salud.

5. Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidador u orientador, contando con la participación del cliente. (17).

METAPARADIGMAS:

Persona: Orem la define como el paciente, un ser que tiene funciones biológicas, simbólicas y sociales, y con potencial para aprender y desarrollarse. Con capacidad para autoconocerse. Puede aprender a satisfacer los requisitos de autocuidado; si no fuese así, serán otras personas las que le proporcionen los cuidados.

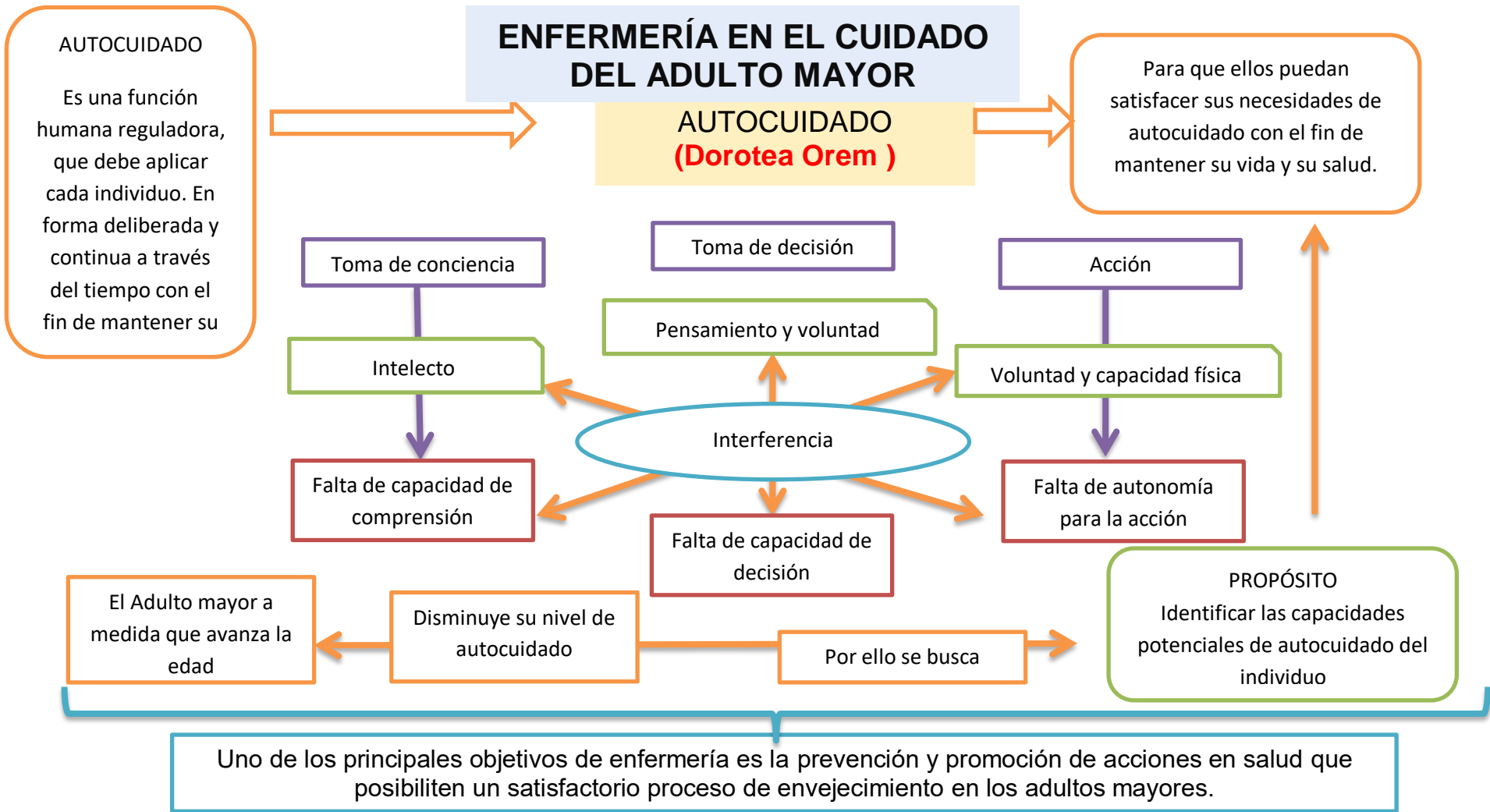
Entorno: Es entendido en este modelo como todos aquellos factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean éstos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.

Salud: Es definida como “el estado de la persona que se caracteriza por la firmeza o totalidad del desarrollo de las estructuras humanas y de la función física y mental”, por lo que la salud es un concepto inseparable de factores físicos, psicológicos, interpersonales y sociales. Incluye la promoción y el mantenimiento de la salud, el tratamiento de la enfermedad y la prevención de complicaciones.

Enfermería como cuidados: El concepto de cuidado surge de las proposiciones que se han establecido entre los conceptos de persona, entorno y salud, si bien incluye en este concepto metaparadigmático el objetivo de la disciplina, que es “ayudar a las

personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico o a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico de otros”. Puede utilizar métodos de ayuda en cada uno de los sistemas de enfermería. (18).

2.1.2. MAPA CONCEPTUAL DE LA TEORÍA



Fuente: Gomucio B.

2.1.3. VARIABLE DE ESTUDIO

– VARIABLE INDEPENDIENTE

- **FACTOR DE RIESGO**

Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene. (19).

Asimismo los factores de riesgo son características o circunstancias detectables de una persona o grupo de personas asociadas con un aumento en la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido.

- **FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULARES**

Las enfermedades cardiovasculares constituyen una de las causas más importantes de discapacidad y muerte prematura en todo el mundo. Los episodios coronarios (infarto de miocardio) y cerebrovasculares (ataque apoplético) agudos se producen de forma repentina y conducen a menudo a la muerte antes de que pueda dispensarse la atención médica requerida. La modificación de los factores de riesgo puede reducir los episodios cardiovasculares y la muerte prematura tanto en las personas con enfermedad

cardiovascular establecida como en aquellas con alto riesgo cardiovascular debido a uno o más factores de riesgo. (20).

Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) son un grupo heterogéneo de enfermedades que afectan tanto al sistema circulatorio como al corazón, de ahí se deriva su nombre (cardiovascular), entre las cuales podemos mencionar a: arteriosclerosis, angina de pecho, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, infarto agudo de miocardio (IAM), insuficiencias cardiacas, enfermedad cerebrovascular, trombosis arterial periférica, etc.

CAUSAS

Las principales causas de las ECV son:

- Hipertensión Arterial
- Colesterol Alto
- Sedentarismo
- Obesidad
- Tabaquismo

IMPORTANCIA

A nivel mundial representan el 30% del total de las defunciones y la tendencia indica que esta cifra podría aumentar.(21).

- **FACTORES DE RIESGO:**

Entre los factores de riesgo más comunes encontramos los siguientes:

- Edad
- Sexo
- Nivel de instrucción
- Nivel socioeconómico
- Antecedentes familiares
- Consumo de alcohol
- Consumo de tabaco
- Malos hábitos alimenticios
- Sedentarismo
- Sobrepeso
- Obesidad
- Estrés

- **FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES**

Son aquellos cuya aparición está estrechamente ligada a hábitos del individuo como el tabaquismo, obesidad, estrés, alcoholismo, la elevada ingesta de sodio y el sedentarismo.

- **DIETA ALTA EN SODIO**

Se ha observado una relación entre la ingesta de sodio y la elevación de la PA propia de la edad, sugiriendo que un elevado consumo de sal contribuirá al aumento de la PA.

Datos estadísticos indican que la reducción de la ingesta de sodio reduce significativamente la tensión arterial en los adultos. El sodio no solo se encuentra en la sal de mesa, sino también de forma natural en una gran variedad de alimentos, como la leche, la nata, los huevos, la carne y los mariscos. También se encuentra en cantidades mucho mayores en los alimentos procesados, como panes, galletas saladas, carnes procesadas como el tocino y aperitivos, las bolitas de queso y las palomitas de maíz, así como en condimentos como la salsa de soja, la salsa de pescado y los cubitos o pastillas de caldo. (22).

- **DIETA ALTA EN LÍPIDOS**

Los lípidos son moléculas insolubles en agua y solubles en solventes orgánicos. Tienen tres funciones biológicas esenciales:

- Almacenamiento de energía.
- Función estructural: forman parte de las membranas celulares, de las vainas que recubren los nervios, de la envuelta de los órganos internos.
- Tienen otras funciones al actuar como hormonas, mensajeros intracelulares, vitaminas.

Un concepto importante a conocer es el de ácido graso. Se trata de una molécula de naturaleza lipídica formada por una larga cadena de carbonos e hidrógenos unida por un extremo a un grupo ácido (carboxilo, $-\text{COOH}$). Se dice que un ácido graso es saturado cuando todos los carbonos de su cadena se unen por enlaces simples.

Los lípidos o grasas son la reserva energética más importante del organismo. Recordemos que cada gramo de grasa

produce 9 kcal, que es más del doble de energía que aportan proteínas y glúcidos, con lo que para acumular una determinada cantidad de calorías sólo es necesaria la mitad de grasa que sería necesaria de glucógeno o proteínas.

Sobrepasar los niveles de lípidos en nuestra dieta constituye un grave factor de riesgo para contraer enfermedades cardiovasculares. (23).

- **OBESIDAD**

Según la OMS, un sistema alimentario que no proporciona una cantidad suficiente de alimentos de calidad puede ocasionar tanto un crecimiento insuficiente como un exceso de peso. (24).

- **ÍNDICE DE MASA CORPORAL**

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso en kilos de una persona por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). Se consideran personas con sobrepeso cuando el IMC es mayor o igual a $25 \text{ kg}/\text{m}^2$. y se considera obesa cuando el IMC es mayor o igual a $30 \text{ kg}/\text{m}^2$.

En consecuencia el índice de masa corporal (IMC) es un indicador antropométrico indirecto de la cantidad de tejido graso en el cuerpo. Dicho índice correlaciona con el riesgo de otras enfermedades cardiovasculares y metabólico-endocrinológicas. (24).

- **CONSUMO DE ALCOHOL**

El uso nocivo de alcohol está considerado como un factor de riesgo en el padecimiento de algún tipo de cáncer, enfermedades cardiovasculares y cirrosis hepática.

El uso nocivo del alcohol se define como el consumo que causa consecuencias perjudiciales en la salud y el entorno social del bebedor, las personas que lo rodean y la sociedad en su conjunto, al igual que cuando los patrones de consumo se asocian con un aumento del riesgo para la salud.

En promedio, en el mundo cada persona de 15 años o mayor bebe anualmente cerca de 6,2 litros de alcohol puro. Pero menos de la mitad de la población (38,3%) bebe alcohol, lo cual implica que aquellos que lo beben en promedio consumen 17 litros de puro alcohol por año.

Asimismo se señala que un mayor porcentaje de hombres que mujeres mueren por causas relacionadas con el alcohol - 7,6 % de los hombres y 4% de las mujeres -, aunque hay evidencia de que las mujeres pueden ser más vulnerables a los efectos nocivos del alcohol en comparación con los hombres. (25).

- **CONSUMO DE TABACO**

Si bien el rol del tabaco como factor causal de cáncer de pulmón es bastante conocido, también está asociado al desarrollo de enfermedad vascular y por ende constituye un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades isquémicas. Actualmente, se

estima que las enfermedades cardiovasculares son responsables de casi la mitad de los decesos vinculados al consumo de tabaco en países desarrollados, así como más de un cuarto de estos en países en vías de desarrollo.

El tabaco se cobra 7,2 millones de vidas al año (si se incluyen los efectos de la exposición al humo ajeno), y se prevé que esa cifra aumente considerablemente en los próximos años. (26).

- **SEDENTARISMO**

Se considera sedentarismo a la falta de actividad física o cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.

Se ha observado que la inactividad física o sedentarismo es el cuarto factor de riesgo en lo que respecta a la mortalidad mundial (6% de las muertes registradas en todo el mundo). Además, se estima que la inactividad física es la causa principal de aproximadamente un 21%-25% de los cánceres de mama y de colon, el 27% de los casos de diabetes y aproximadamente el 30% de la carga de cardiopatía isquémica.

Un nivel adecuado de actividad física regular en los adultos:

- Reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer de mama y de colon, depresión y caídas;
- Mejora la salud ósea y funcional
- Es un determinante clave del gasto energético, y es por tanto fundamental para el equilibrio calórico y el control del peso.(27).

- **DIABETES MELLITUS**

La diabetes mellitus (DM) es un trastorno metabólico que tiene causas diversas; se caracteriza por hiperglucemia crónica y trastornos del metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas como consecuencia de anomalías de la secreción o del efecto de la insulina.

- **CLASIFICACIÓN:**

Diabetes mellitus tipo 1 (DM-1): Se presenta por la destrucción de las células beta (β) del páncreas.

Diabetes mellitus tipo 2: caracterizada por un defecto relativo de la insulina o aumento de la resistencia de su acción. Es el tipo más frecuente y supone alrededor de 90% - 95% de los diabéticos. Suele aparecer de forma solapada e insidiosa.

- **SIGNOS Y SÍNTOMAS**

Dependerá de la etapa en la que se encuentra la enfermedad al momento del diagnóstico:

Asintomáticos: Son aquellas personas con DM-2 que no advierten los síntomas clásicos. Esta es una condición clínica frecuente, de duración variable (entre 4 a 13 años).

Sintomáticos: Los síntomas clásicos son poliuria, polifagia, polidipsia y pérdida de peso; adicionalmente podría presentar visión borrosa, debilidad, prurito. (28).

- **ESTRÉS**

Es la respuesta no específica a toda demanda que se le haga, dicho con mucha simpleza esto implicaría la interacción del organismo con el medio ambiente ya sea éste otro organismo o el medio en que nos desenvolvemos, lo que nos podría llevar a definir el estrés según el estímulo (a), la respuesta (b) o el concepto estímulo-respuesta (c).

(a) Según el estímulo: Estrés es la fuerza o el estímulo que actúa sobre el individuo y que da lugar a una respuesta de tensión.

(b) Según la respuesta: Estrés es la respuesta fisiológica o psicológica que manifiesta un individuo ante un estresor ambiental.

(c) Según el concepto estímulo – respuesta: Estrés es una consecuencia de la interacción de los estímulos ambientales y la respuesta idiosincrásica del individuo.

Podemos ampliar esa breve definición de estrés mencionada anteriormente diciendo que cualquier demanda, sea física, psicológica, externa o interna, buena o mala, provoca una respuesta biológica del organismo idéntica y estereotipada.(29).

- **FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES**

Son aquellos cuya aparición no dependen del individuo como la edad, sexo y la herencia genética.

- **HERENCIA GENÉTICA**

Observaciones epidemiológicas en poblaciones humanas llevan a pensar que la hipertensión arterial es de carácter poligenético, basadas en cuatro hechos principales:

- 1) La distribución de los niveles de presión arterial guarda relación significativa con el parentesco en primer grado.
- 2) La tendencia de los parientes de personas hipertensas a presentar cifras de presión arterial similares a las de estos.
- 3) Los valores de presión arterial entre gemelos monocigóticos son altamente análogos, sean normotensos o hipertensos.
- 4) La ausencia de la correlación significativa entre los valores de presión arterial de hijos adoptivos con los de sus padres y hermanos adoptivos. (30).

- **EDAD**

El aumento de la frecuencia de la hipertensión arterial con la edad es un hecho reconocido. Los promedios de las cifras de presión arterial por grupos de edad son crecientes a medida que aumenta esta, siendo más notorio para la presión sistólica aunque también se eleva la presión diastólica, la cual sube a partir de los cincuenta y cinco a sesenta años.

Esta asociación entre edad e hipertensión arterial resulta del periodo de interacción entre el individuo y el medio ambiente, lo que aumenta la exposición a otros factores de riesgo y del aumento de la edad, que por sí solo es agente causante de cambios endógenos orgánicos. (30).

– **VARIABLE DEPENDIENTE**

• **HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

- **DEFINICIÓN:**

La hipertensión arterial es el aumento de la presión arterial de forma crónica. Es una enfermedad que no genera síntomas durante mucho tiempo y, si no se trata, puede desencadenar complicaciones severas como un infarto de miocardio, una hemorragia o trombosis cerebral, lo que se puede evitar si se controla adecuadamente.

Las primeras consecuencias de la hipertensión las sufren las arterias, que se endurecen a medida que soportan la presión arterial alta de forma continua, se hacen más gruesas y puede verse dificultado al paso de sangre a su través. Esto se conoce con el nombre de arterosclerosis.

- **CLASIFICACIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) Y LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE HIPERTENSIÓN (SIH)**

En el año 2014, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad Internacional de hipertensión (SIH) clasificaron la hipertensión arterial de la siguiente forma:

La categoría sistólica y diastólica óptima debe ser inferior a 120/80 mmHg. Un nivel normal comprende niveles inferiores a 130/85 mmHg y se considera alta cuando supera 130-139 / 85-89 mmHg.

Una persona padece hipertensión sistólica aislada cuando el valor de la tensión arterial sistólica supera 140 mmHg.

La hipertensión ligera o de grado I comprende niveles de 140-159 / 90-99 mmHg. La hipertensión moderada o de grado II se sitúa entre 160-179 / 100-109 mmHg y la hipertensión severa o de grado III comprende niveles superiores a 180-110 mmHg. (31).

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria-crónica, sin etiología definida en la mayoría de los casos; y cuya manifestación clínica indispensable es la elevación anormal y persistente de la presión arterial sistólica (PAS) o diastólica (PAD).

- ETIOLOGÍA

HIPERTENSIÓN PRIMARIA (ESENCIAL O IDIOPÁTICA):

Es aquella hipertensión en la que no existe una causa identificable; existen múltiples factores relacionados o asociados pero no con categoría de causa y efecto; está descrito un componente familiar, pero aún no está definido un único gen responsable. De manera general, corresponde a más del 95% de casos de hipertensión arterial.

HIPERTENSIÓN SECUNDARIA:

Es aquella debida a una causa identificable; cuya remoción o corrección desencadena un control óptimo de la PA y, en muchos casos, la curación de la enfermedad. Corresponde a menos del 5% del total de casos de hipertensión arterial.

Entre ellas destacan por su prevalencia:

- Enfermedad renal: parenquimal o renovascular (glomerulonefritis, nefropatías intersticiales, hidronefrosis, tumores renales, aterosclerosis o displasias de arterias renales).
- Enfermedades endocrinas: hipotiroidismo e hipertiroidismo, hiperaldosteronismo primario, feocromocitoma, síndrome de Cushing, entre otras.
- Miscelánea: tumores, coartación de aorta, enfermedad de Paget, entre otros.
- Medicamentos: anticonceptivos hormonales, corticosteroides, agentes vaso constrictores, simpáticomiméticos, antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa, anfetaminas, antiinflamatorios no esteroideos, ciclosporina, eritropoyetina entre otros.

- FISIOPATOLOGÍA

El concepto actual sobre la enfermedad hipertensiva es de una enfermedad vascular arterial, sistémica, inflamatoria, crónica y progresiva.

Partiendo de ese concepto genérico, se desprende que el vaso sanguíneo es el órgano primario de afección y dentro de esa estructura está el endotelio. Este órgano es vital en la homeostasis vascular ya que de su normal funcionamiento depende el equilibrio y, por ende, la salud integral vascular.

La presión arterial está regulada por numerosos factores neuro-hormonales de acción sistémica y local, que funcionan en circuitos de autorregulación, manteniéndola dentro de límites estrechos.

- ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

La Hipertensión Arterial (HTA) es la principal causa de enfermedad y mortalidad cardiovascular; y la primera carga de enfermedad a nivel mundial. De esta manera, la Organización Mundial de la Salud estima que 12,8% de todas las muertes a nivel mundial se deben a esta enfermedad; y calcula que en personas de 25 años a más, alrededor del 40% padecen hipertensión, y 35% para la región de las Américas, siendo algo mayor en hombres (39%) que en mujeres (32%). La prevalencia a nivel mundial ha ido aumentando progresivamente, estimando que para el año 2025 la padecerían 1,500 millones de Personas. (32).

- FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Medio ambiente: la polución está asociada a mayor riesgo cardiovascular.

Estilo de vida: tabaquismo, sedentarismo, café, alcohol, dieta malsana.

Factores hereditarios: historia familiar de enfermedades cardiovasculares.

Riesgo cardiovascular: Es la probabilidad que tiene un individuo de sufrir una enfermedad o evento cardiovascular durante un periodo de tiempo, generalmente por 10 años, el cual va a depender del número de factores de riesgo que estén presentes simultáneamente en el individuos.

- CUADRO CLÍNICO

SIGNOS Y SÍNTOMAS

La Hipertensión Arterial (HTA) es esencialmente asintomática. Es más común identificar a un paciente con Hipertensión Arterial (HTA) cuando ya presenta complicaciones crónicas como la insuficiencia cardiaca congestiva, hipertrofia de ventrículo izquierdo, nefropatía, trastornos visuales por retinopatía. Pueden existir síntomas en casos de crisis hipertensiva como cefalea, mareos, visión borrosa o náuseas. Los trastornos cognitivos agudos se asocian a encefalopatía hipertensiva o accidentes cerebro vasculares.

- DIAGNÓSTICO

CRIBADO Y DETECCIÓN TEMPRANA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Se recomienda realizar un control de presión arterial (PA) en toda la población mayor o igual a 18 años. Esta se deberá repetir cada 5 años si la medición de la presión arterial está en rangos normales (PAS <120 mmHg y PAD <80 mmHg) y no exista evidencia de algún factor de riesgo. Si se encontrase al menos un factor de riesgo cardiovascular o si los valores de PAS son de 120-139 mmHg o PAD 80-89 mmHg, deberá repetirse los controles anualmente.

- PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Los procedimientos diagnósticos comprenden: la historia médica, evaluación clínica, mediciones repetidas de la presión arterial y exámenes de laboratorio e instrumentales.

- EXAMEN FÍSICO

Evaluar:

- Peso
- Talla
- Índice de masa corporal
- Perímetro abdominal
- Inspección: facies y aspecto sugestivo de HTA secundaria.
- Medición de la presión arterial, pulso y frecuencia cardíaca.
- Verificar la presencia de pulsos en todas las extremidades: arteria carótida, braquial, radial, femoral, poplíteo, tibial y pedio.
- Palpación y auscultación de arteria carótida, verificar ingurgitación yugular y palpación de la tiroides.
- Examen precordial, para descartar hipertrofia ventricular o crecimiento de cavidades cardíacas.
- Examen pulmonar: auscultación de ruidos agregados.
- Examen abdominal, auscultación de soplos abdominales o masa abdominal.
- Examen de fondo de ojo: entrecruzamiento arteriovenoso, exudados, hemorragias, edema de papila, entre otros.

- **CLASIFICACIÓN:**

CATEGORIA	SISTOLICA (mm Hg)	DIASTOLICA (mm Hg)
Normal	<120	<80
Pre – Hipertensión	120 – 139	80 -89
Hipertensión	≥140	≥90

Fuente: **MINSA**. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva 2015

- **TRATAMIENTO**

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

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 hipertensión arterial y contribuir a la reducción de la PA en pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico, lo que permite una reducción del número y dosis de medicamentos antihipertensivos; por lo que, es una indicación de gran importancia en el manejo del paciente con enfermedad hipertensiva. Las medidas con demostrada capacidad para reducir la PA son:

- a) Restricción de la ingesta de sal.
- b) Evitar el consumo de alcohol, en su defecto, moderar su consumo.
- c) Consumo de frutas y verduras, y alimentos bajos en grasa.

- d) Reducción y control de peso.
- e) Actividad física regular.
- f) Evitar exposición al humo de tabaco.

Por otro lado, es necesario reducir la exposición de factores de riesgo ocupacionales: psicosociales, químicos (plomo, sulfuro de carbono, disolventes, insecticidas) y físicos (ruido y altas temperaturas).

Es importante involucrar a la familia en el manejo integral de la persona con hipertensión arterial.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La decisión de iniciar medicamentos antihipertensivos dependerá del nivel de riesgo cardiovascular que se le ha adjudicado según la evaluación integral del paciente, tomando en cuenta fundamentalmente: nivel de la presión arterial sistólica y diastólica, factores de riesgo y presencia de daño clínico o subclínico en los órganos blanco.

Los pacientes hipertensos que iniciarán terapia farmacológica son:

- a. Hipertensos con riesgo cardiovascular bajo que han realizado cambios en el estilo de vida por lo menos 3 a 6 meses y en quienes no se han obtenido las metas de la presión arterial.
- b. Hipertensos con niveles de presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg o presión arterial diastólica ≥ 100 mmHg, independiente de otros parámetros.

- c. Hipertensos a partir de riesgo cardiovascular moderado, independiente del nivel de la presión arterial.

El inicio de monoterapia podrá realizarlo el médico general del primer nivel de atención con uno de los agentes antihipertensivos mencionados, para lo cual se recomienda iniciar con:

- Enalapril, dos veces al día (10 a 20 mg por día), o
- Losartán, dos veces al día (50 a 100 mg por día), o
- Hidroclorotiazida, una vez al día (12.5 a 25 mg por día), o
- Amlodipino, una vez al día (5 a 10 mg por día).

- **CONTROLES**

Una vez que el paciente tenga el tratamiento instaurado y este tiene un control de su presión arterial <140/90mmHg o según meta terapéutica, se realizarán controles cada mes por un periodo de 6 meses. Por lo menos, en 4 de los 6 controles, la medida deberá estar dentro del rango objetivo. Conseguido ello, los controles se realizarán cada tres meses en el establecimiento de salud asignado tomando en cuenta la categorización de riesgo cardiovascular. (32).

2.3 DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE TÉRMINOS

- **ADULTO MAYOR:**

Se califica de adulto mayor a aquellas personas que superan los 60 años de edad y que van sufriendo cambios degenerativos en su biología y cognición.(33).

- **HIPERTENSION**

Aumento excesivo de la tensión arterial por encima de los valores que se consideran normales. (34).

- **FACTOR DE RIESGO**

Elemento, causa, unidos a otras situaciones, que contribuyen a un efecto. (34).

- **ESTILO DE VIDA**

El estilo de vida, hábitos de vida o forma de vida es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que a veces son saludables y otras veces son nocivas para la salud.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

El siguiente trabajo de investigación sobre Factores de Riesgo Modificables relacionados con la presencia de Hipertensión Arterial en Adultos Mayores miembros del Club AIPA, es de enfoque cuantitativo ya que se asigna un valor numérico a los hallazgos, dado que estudia fenómenos sociales a través de técnicas estadísticas.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Tipo de investigación de diseño no experimental, Transeccional y descriptivo, ya que se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, con el propósito es describir variables y analizar la incidencia e interrelación en un momento determinado.

Se estudió la relación entre las variables de factores riesgo y la presencia de la Hipertensión Arterial, asimismo se va a presentar los hechos tal y como se obtuvieron en un tiempo y espacio determinado en razón a los conocimientos y actitudes que presentaron los adultos mayores, además permite determinar la relación que existe entre las variables de una misma muestra.

3.3 MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

El método de investigación es deductivo ya que comienza dando paso a los datos en cierta forma válidos, para llegar a una deducción a partir del razonamiento de forma lógica o mediante la hipótesis. Inductivo ya que partimos de una hipótesis o antecedente particular mediante cuestionarios a escala, en razón a los conocimientos y actitudes que presentaron los adultos mayores.

3.4 POBLACIÓN

El universo poblacional está constituido por 52 Adultos mayores en el Club AIPA - Alto de la Alianza, de la ciudad de Tacna. Para fines de estudio se trabajó con el 100% de la población de Adultos mayores, cuyas edades oscilaban de 60 a más años.

3.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Adultos mayores que son miembros del club AIPA con 60 a más años edad.
- Adultos mayores de ambos sexos.
- Adultos mayores de cualquier nivel socioeconómico y no importando el nivel de alfabetización.
- Adultos mayores miembros que deseen participar en el estudio.
- Adultos mayores que estuvieron presentes el día de aplicación de los instrumentos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Adultos miembros del club AIPA, menores de 60 años.
- Adultos mayores que se nieguen a participar en el estudio.
- Adultos mayores ausentes el día de la aplicación de los instrumentos.
- Adultos mayores que presentan alteraciones mentales que imposibiliten su expresión y/o llenado de los instrumentos.

3.5 MUESTRA

Para alcances del estudio, el tamaño de la muestra será el 100% de la población ya que cumplen con los criterios y características particulares necesarias para la investigación.

3.6 MUESTREO O SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Muestreo no probabilístico, la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación. Procedimiento no mecánico ni con base en fórmulas de probabilidad, depende del proceso de toma de decisiones a conveniencia y criterios de la investigación.

3.7 UNIDAD DE ANÁLISIS

CLUB DE ADULTOS MAYORES AIPA

Ubicado en el distrito de Alto de la Alianza, de la ciudad de Tacna, actualmente con 52 miembros del club, a cargo de su presidenta la Sra. Hilda Cofre Lajo, con reuniones esporádicas, cuenta con apoyo de la municipalidad provincial de Tacna, asimismo se encuentra monitorizada con el Centro de la Salud la Esperanza.

3.8 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El método que se utilizó es la encuesta y entrevista para la recolección de datos, así como también los instrumentos utilizados fueron 02 instrumentos para medir las variables:

VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores de Riesgo; se evalúa con una encuesta y una entrevista personal, para estudiar el nivel de riesgo que presenta la persona, asimismo fundamentar la relación con la presencia de hipertensión arterial.

Teniendo como ítems de estudio sus estilos de vida en:

Factores de riesgo Modificables:

- Hábitos alimenticios
- Ejercicio físico
- Tabaquismo
- Consumo de alcohol

Factores de riesgo no Modificables:

- Edad
- Sexo
- Antecedentes personales
-

VARIABLE DEPENDIENTE, Hipertensión Arterial; se evaluó con la toma de presión arterial, teniendo como escalas de puntuación las siguientes:

CATEGORIA	SISTOLICA (mm Hg)	DIASTOLICA (mm Hg)
Normal	<120	<80
Pre – Hipertensión	120 – 139	80 -89
Hipertensión	≥140	≥90

Fuente: **MINSA**. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva 2015

INSTRUMENTO N° 01

CUESTIONARIO SOBRE FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSION ARTERIAL

Elaborado por la organización panamericana de salud, titulada, Encuesta de diabetes hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas; sujeto a modificación, de acuerdo a objetivos de la investigación y de acuerdo a la realidad y condiciones de la muestra de estudio.

Consta de 14 ítems:

1. Edad
2. Sexo
3. Nivel de Instrucción:
4. Estado Civil:
5. Convivencia con la familia
6. Controles de salud
7. Visitas al centro de Salud
8. Antecedentes de enfermedades personales
9. Antecedentes de enfermedades familiares
10. Control de presión Arterial
11. Consumo de tabaco
12. Consumo de alcohol
13. Ejercicio físico
14. Valoración antropométrica y presión arterial
 - Peso, Talla, Índice de masa corporal, Presión Arterial

(ANEXO 02)

INSTRUMENTO N° 02:

VALORACIÓN DE HABITOS ALIMENTICIOS

Elaborada por Condori L. en su investigación; Factores de Riesgo relacionados con la presencia de Hipertensión Arterial en adultos asistentes al centro de atención Primaria Luis Palza Lévano Essalud del distrito Gregorio Albarracín, Tacna. 2011, con la escala de Likert (sumatoria), de 15 Ítems modificados por la autora

de esta investigación, a fin de determinar los Intervalos de la variable de hábitos alimenticios. Siendo la Puntuación:

- Alimentación adecuada (51 – 75)
- Alimentación Regular (26 – 50)
- Alimentación inadecuada (0 – 25)

(ANEXO 02)

3.9 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se realizó coordinaciones con la presidenta del Club AIPA, para las facilidades del caso.

El proceso de recolección de datos se llevó a cabo durante los meses de noviembre y diciembre del 2017, asimismo se solicitó los correspondientes consentimientos informados a cada sujeto de estudio, con un procedimiento personal, la fuente a utilizada fue:

- Las entrevistas
- La encuesta
- Control de medidas antropométricas
- Control de presión Arterial

Se aplicó los instrumentos de recolección de datos en los domicilios así como también en el mismo club AIPA de los adultos mayores, utilizando un promedio de 25 minutos para la aplicación de los instrumentos.

PRUEBA DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS

- VALIDEZ

El grado de validez en que los instrumentos utilizados realmente miden las variables que se pretende medir, fue mediante validez de contenido, criterio y constructo.

- VALIDEZ DE CONTENIDO

La validez de contenido se encuentra referida al grado en que el instrumento reflejó el dominio específico del contenido de la investigación, se midió mediante el método de juicios (juicio de expertos) de acuerdo al estadístico de prueba DPP del instrumento "Factores de Riesgo modificables relacionados con la presencia de hipertensión arterial". La misma que tuvo por finalidad recoger las opiniones, recomendaciones y sugerencias de expertos dedicados al área académica de estudio del presente trabajo de investigación.

El resultado de la DPP fue de 1,66 cayendo en la zona "A", lo cual significa una "adecuación total" del instrumento y que puede ser aplicado en la recolección de información para este estudio de investigación. (ANEXO 08)

- VALIDEZ DE CRITERIO

Se estableció la validez de los instrumentos de medición al comparar sus resultados con los de algún criterio externo que pretende medir lo mismo. Mediante el cálculo de coeficiente de validez, se empleó la correlación y regresión lineal simple. Y cuyo resultado fue: 0,960

Como es positivo, esto indica que existe una relación directa entre las variables de estudio. Además, su valor es próximo a 1 indicando una dependencia lineal muy fuerte. (ANEXO 08)

- **VALIDEZ DE CONSTRUCTO**

La validez de constructo es el grado en que el instrumento de medida cumple con las hipótesis, es así una perspectiva científica, y se refiere a qué tan exitosamente un instrumento representa y mide un concepto teórico. Asimismo por ser una investigación no experimental se utilizó el Análisis de las diferencias individuales, el cual refiere el análisis de la distribución de las puntuaciones de test y a comparaciones de estos aspectos en distintas muestras. Estas comparaciones no son arbitrarias, sino que se derivan de hipótesis que se hacen en función de los conocimientos que se tiene del constructo.

- **CONFIABILIDAD**

El grado de aplicación o confiabilidad se midió mediante la técnica de consistencia Interna, utilizando Alfa de Cronbach.

Es por ello que se desarrolló la Confiabilidad, la cual implica conocer qué proporción de la varianza de los resultados obtenidos en una medición es varianza verdadera, se asume que toda condición que no es relevante para efectos de la medición representa; varianza error.

Para la confiabilidad o fiabilidad de los instrumentos se aplicó una muestra piloto de 20 adultos mayores del club Dignidad Alto de la Alianza, con las mismas características a la muestra de estudio y

se ha hecho uso de una de las herramientas estadísticas denominadas Alpha de Cronbach, cuya valoración fluctúa entre - 1 y 1. Para dicho cálculo se ha hecho uso del programa SPSS 23, sin reducir ningún elemento; es decir no se eliminó ninguna pregunta o ítems de los presentados por cada variable. (ANEXO 09)

El Coeficiente obtenido para la variable hábitos alimenticios dio un valor considerable y significativo de 0.720 lo cual significa que la interpretación de confiabilidad es “Marcada”, concluyendo que el instrumento aplicado tiene una confiabilidad alta y puede ser aplicado a la muestra real.

3.10 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Una vez concluido con la recolección de datos se codificaron y vaciaron en una base de datos en programa Excel de Microsoft Windows 2010; el procesamiento de los mismos se realizó utilizando el software estadístico informativo

Para el análisis estadístico descriptivo se utilizó las frecuencias absolutas y frecuencias relativas simples, para el análisis de la correlación de variables, se utilizó la prueba estadística Chi cuadrado.

Para la presentación de los resultados se generaron tablas de contingencia y gráficos según corresponda a los objetivos planteados.

3.11 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Durante todo el proceso de la investigación se tuvo en cuenta los siguientes principios:

3.11.1 PRINCIPIO DE AUTONOMÍA

Afirma el respeto al adulto mayor y a sus determinaciones, reconoce al adulto mayor como un sujeto y no un objeto dentro de la investigación.

3.11.2 PRINCIPIO DE BENEFICENCIA Y NO MALEFICENCIA

Determinar nuestros deberes profesionales para con todos los seres humanos. En relación con la investigación establecer los deberes que se deben tener con el grupo de adultos mayores de la investigación. Asimismo responde al desarrollo del proyecto de vida del adulto mayor.

3.11.3 PRINCIPIO DE RESPETO A LA DIGNIDAD HUMANA

En las diferentes etapas de la investigación el sujeto de investigación, se halló enmarcado dentro del respeto a su dignidad humana, no violando en ninguna circunstancia, modo o actitud el respeto que merece.

3.11.4 PRINCIPIO DE JUSTICIA

Derechos que nos asisten como ser humano, no acepta intolerancia o discriminación en ninguna etapa de la investigación, hacia los adultos mayores.

3.11.5 CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para el desarrollo del estudio de investigación se obtuvo la autorización de las personas con el consentimiento informado, de acuerdo a las disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la Salud, aplicando los siguientes artículos:

- Artículo 13, donde refiere que prevalecerá el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos.
- Artículo 17, donde menciona que el sujeto a investigar no sufrirá daños en el estudio.
- Artículo 20, donde el sujeto de investigación autoriza su participación mediante un consentimiento informado por escrito.
- Artículo 21, en el cual el sujeto deberá recibir una explicación clara y completa del estudio al cuál será sometido.
- Fracción VIII, a seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad (35).

3.11.6 DERECHO A LA INTIMIDAD

Se estableció total defensa de la información obtenida, como también de los datos personales (nombres, apellidos, direcciones,

documentos de identidad, vida íntima) de los adultos mayores, obtenidos en la investigación, a fin de proteger su derecho a la intimidad personal, prohibiendo la publicación de dichos datos, sin la autorización establecida.

3.11.7 DERECHO AL ANONIMATO Y CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS

El investigador establece total discreción brindada durante la etapa de recolección de datos, asimismo se establece la confidencialidad como secreto profesional, y el anonimato de la información privada de cada sujeto de estudio.

CAPÍTULO IV

DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS (TABLAS, GRÁFICOS)

Luego de aplicar los instrumentos de recolección de datos, se obtuvieron los siguientes resultados, los cuales son presentados en distribución de frecuencias y porcentual, respondiendo así a los objetivos e hipótesis planteadas.

TABLA N° 01
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES
MIEMBROS DEL CLUB AIPA, SEGÚN EDAD, SEXO,
NIVEL DE INSTRUCCIÓN, ESTADO CIVIL Y
CONVIVENCIA, TACNA- 2017

ITEMS	CATEGORIA	N°	%
Edad	60–64 años	3	5,77
	65 - 74 años	13	25,00
	75 - 84 años	31	59,62
	85 a mas	5	9,62
	TOTAL	52	100
Sexo	Femenino	41	78,85
	Masculino	11	21,15
	TOTAL	52	100
Nivel de Instrucción	Sin instrucción	15	28,85
	Primaria	28	53,85
	Secundaria	8	15,38
	Técnico	0	0,00
	Profesional	1	1,92
	TOTAL	52	100
Estado Civil	Soltera(o)	4	7,69
	Casado	15	28,85
	Conviviente	4	7,69
	Viudo(a)	25	48,08
	Divorciado(a)	4	7,69
	TOTAL	52	100
Actualmente usted vive en compañía de	Sus hijos	17	32,69
	Con su pareja	13	25,00
	Con algún familiar o amigo	20	38,46
	Solo	2	3,85
	TOTAL	52	100

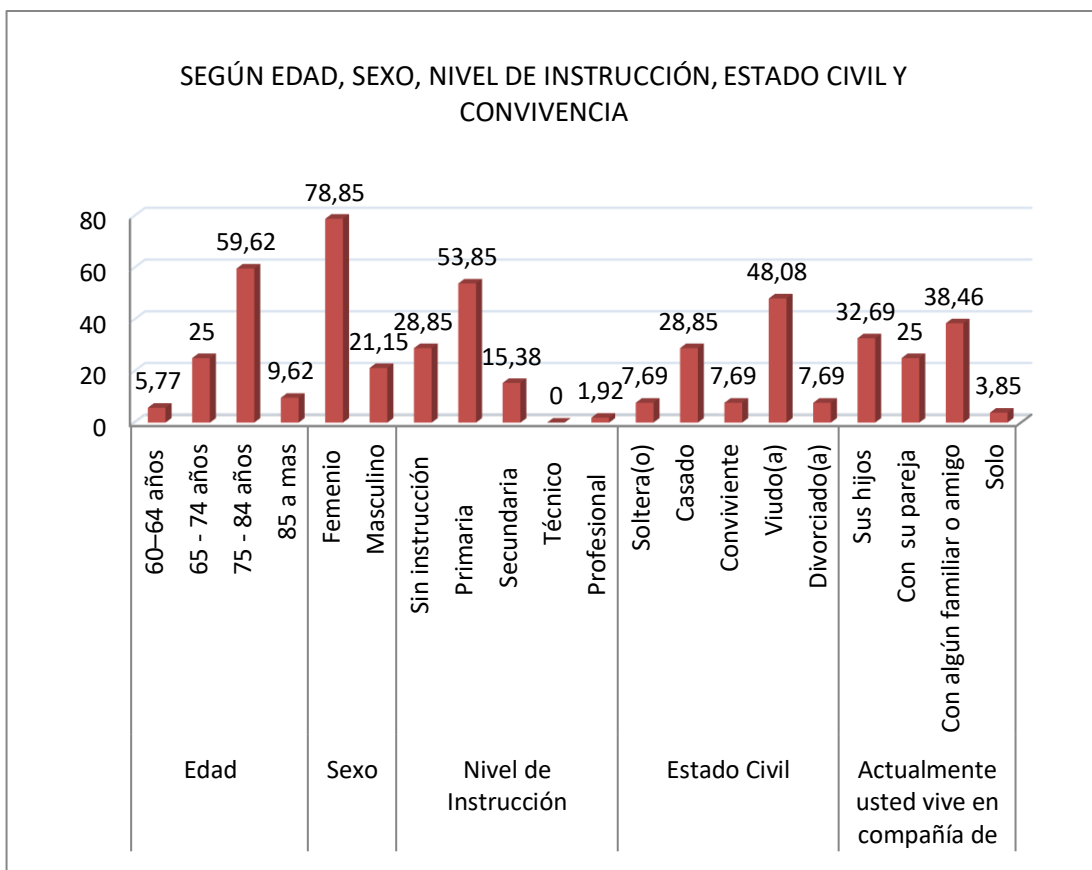
Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores Miembros del Club AIPA/ Diciembre 2017
Elaborado: Organización Panamericana de Salud, modificado por Bach. Gomucio B.

INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 01 se observa que, el 59,62% de los adultos mayores miembros del Club AIPA, fluctúan sus edades de entre 75 – 84 años; el 78,85% son de sexo femenino, el 53,85% tiene un nivel de instrucción primario, el 48,08% es viudo(a); y el 38,46% actualmente vive con algún familiar o amigo.

GRÁFICO N° 01

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES MIEMBROS DEL CLUB AIPA, SEGÚN EDAD, SEXO, NIVEL DE INSTRUCCIÓN, ESTADO CIVIL Y CONVIVENCIA, TACNA- 2017



Fuente: Tabla N° 01

TABLA N° 02

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES
MIEMBROS DEL CLUB AIPA, SEGÚN CONTROL DE SALUD,
EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, TACNA - 2017

PRESION ARTERIAL	CONTROL DE SALUD EN LOS ULTIMOS 3 MESES				TOTAL	
	SI		NO		n	%
	n	%	n	%		
Normal	3	5,77	9	17,31	12	23,08
Pre- Hipertenso	10	19,23	13	25,00	23	44,23
Hipertenso	5	9,62	12	23,08	17	32,69
TOTAL	18	34,62	34	65,38	52	100

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores Miembros del Club AIPA/ Diciembre 2017

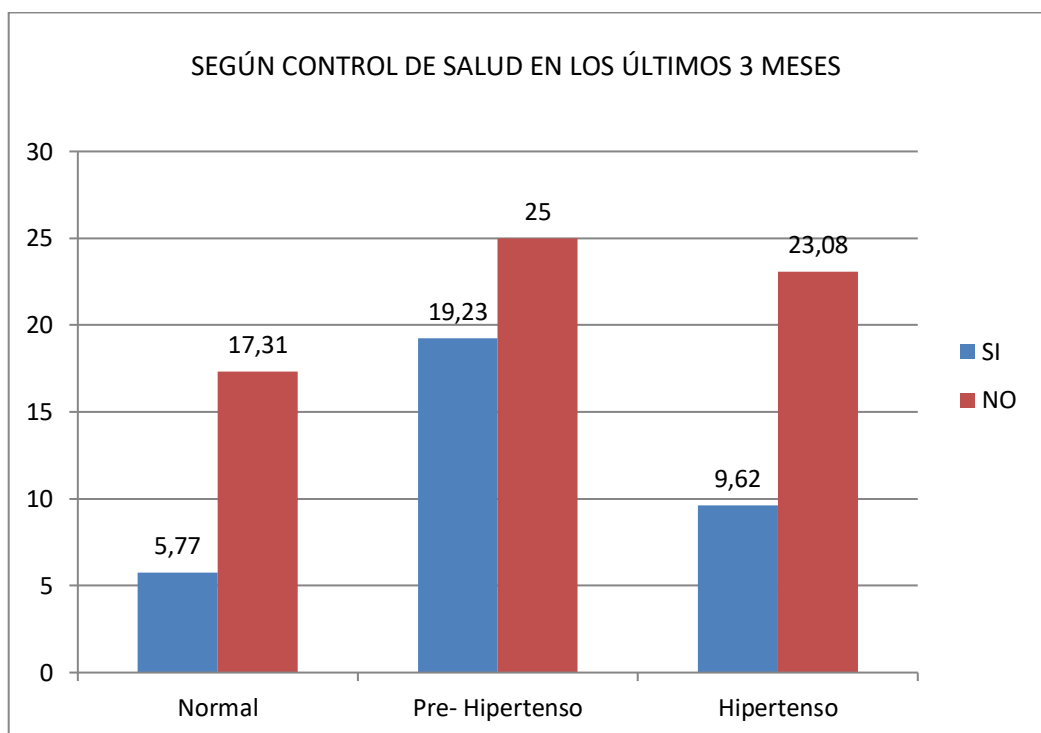
Elaborado: Organización Panamericana de Salud, modificado por Bach. Gomucio B.

INTERPRETACIÓN

En la Tabla N°02 se observa que, el 65,38% no ha tenido ningún control de salud en los últimos 3 meses. Mientras que el 34,62% si se controló la presión arterial en los últimos 3 meses.

GRÁFICO N° 02

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES MIEMBROS DEL CLUB AIPA, SEGÚN CONTROL DE SALUD, EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, TACNA - 2017



Fuente: Tabla N°02

TABLA N° 03

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES
MIEMBROS DEL CLUB AIPA, SEGÚN LUGAR AL QUE
ACUDE CUANDO SE ENFERMA,
TACNA - 2017

PRESION ARTERIAL	A QUE LUGAR VA CUANDO SE ENFERMA												TOTAL	
	HOSPITAL PUBLICO		CENTRO DE SALUD		CONSULTORIO PRIVADO		FARMACIA		CURANDERO		NINGUNO			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Normal	0	0,00	6	11,54	0	0,00	2	3,85	1	1,92	3	5,77	12	23,08
Pre- Hipertenso	3	5,77	8	15,38	2	3,85	7	13,46	0	0,00	3	5,77	23	44,23
Hipertenso	0	0,00	9	17,31	0	0,00	2	3,85	1	1,92	5	9,62	17	32,69
TOTAL	3	6,8	23	45,2	2	2,7	11	21,3	2	2,7	11	21,3	52	100

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores Miembros del Club AIPA/ Diciembre 2017

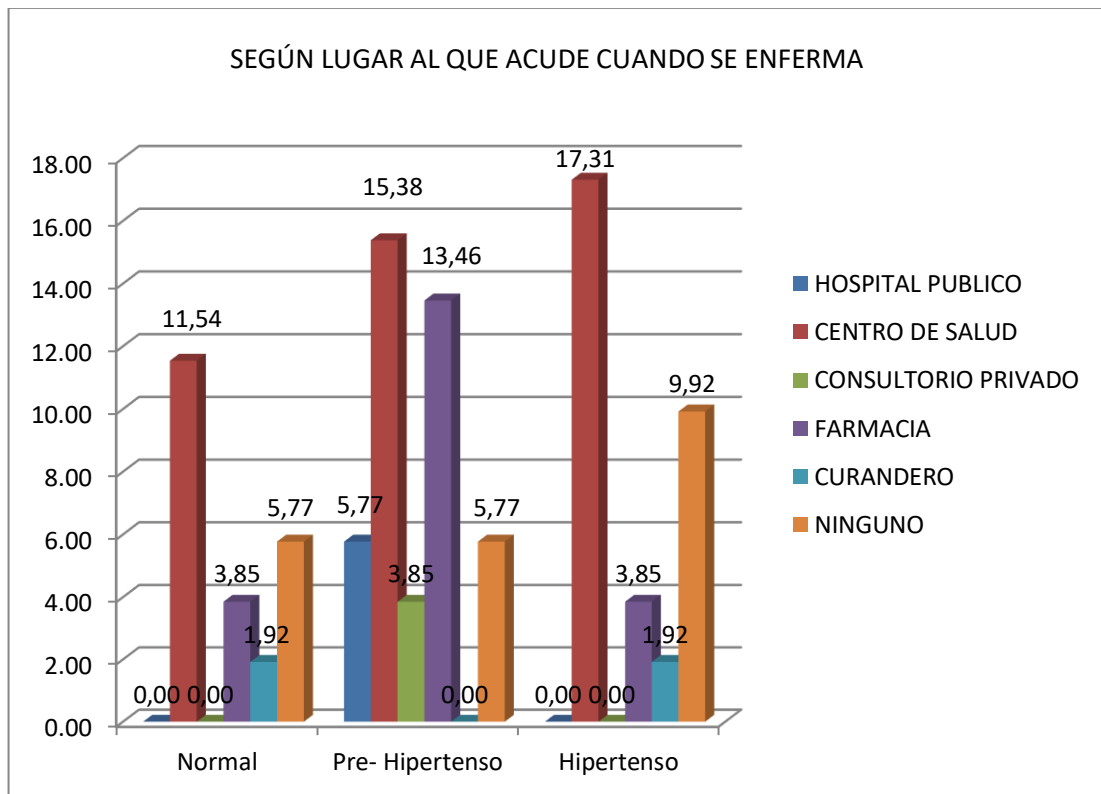
Elaborado: Organización Panamericana de Salud, modificado por Bach. Gomucio B.

INTERPRETACIÓN

En la Tabla N°03 se observa que, el 45,2% acude a un centro de Salud, en segundo lugar el 21,3% no acude a Ningún lugar y con el mismo porcentaje acude a la farmacia, en tercer lugar el 6,8% acude a un hospital público.

GRÁFICO N° 03

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES
MIEMBROS DEL CLUB AIPA, SEGÚN LUGAR AL QUE
ACUDE CUANDO SE ENFERMA,
TACNA - 2017



Fuente: Tabla N° 03

TABLA N° 04

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES
MIEMBROS DEL CLUB AIPA, SEGÚN SI SE CONTROLÓ
LA PRESIÓN ARTERIAL, TACNA - 2017

PRESIÓN ARTERIAL	CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL				TOTAL	
	NO		SI		n	%
	n	%	n	%		
Normal	2	3,85	10	19,23	12	23,08
Pre- Hipertenso	3	5,77	20	38,46	23	44,23
Hipertenso	0	0,00	17	32,69	17	32,69
TOTAL	5	9,62	47	90,38	52	100

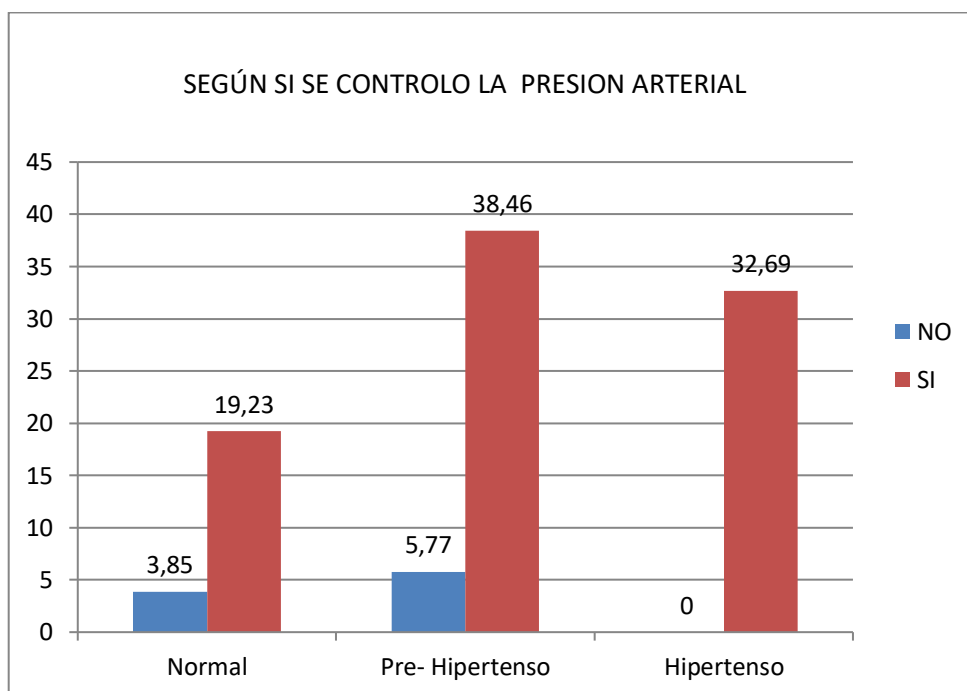
Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores Miembros del Club AIPA/ Diciembre 2017
Elaborado: Organización Panamericana de Salud, modificado por Bach. Gomucio B.

INTERPRETACIÓN

En la Tabla N°04 se observa que, el 90,38% si se controló la presión arterial, y el 9,62% no se controló la presión arterial.

GRÁFICO N° 04

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES MIEMBROS DEL CLUB AIPA, SEGÚN SI SE CONTROLA LA PRESION ARTERIAL, TACNA- 2017



Fuente: Tabla N° 04

TABLA N° 04-01

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES
MIEMBROS DEL CLUB AIPA, SEGÚN COMUNICACIÓN DE
RESULTADO OBTENIDO, DESPUES DE LA
TOMA DE PRESION ARTERIAL,
TACNA - 2017

PRESION ARTERIAL	SI SE CONTROLÓ, QUE LE DIJERON								TOTAL	
	BAJA		NORMAL		ALTA		NO ME DIJERON NADA			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Normal	3	6,68	7	14,89	0	0,00	0	0,00	10	21,28
Pre- Hipertenso	0	0,00	4	8,51	5	10,64	11	23,40	20	42,55
Hipertenso	0	0,00	0	0,00	8	17,02	9	19,15	17	36,17
TOTAL	3	6,38	11	23,41	13	27,65	20	42,5	47	100

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores Miembros del Club AIPA/ Diciembre 2017

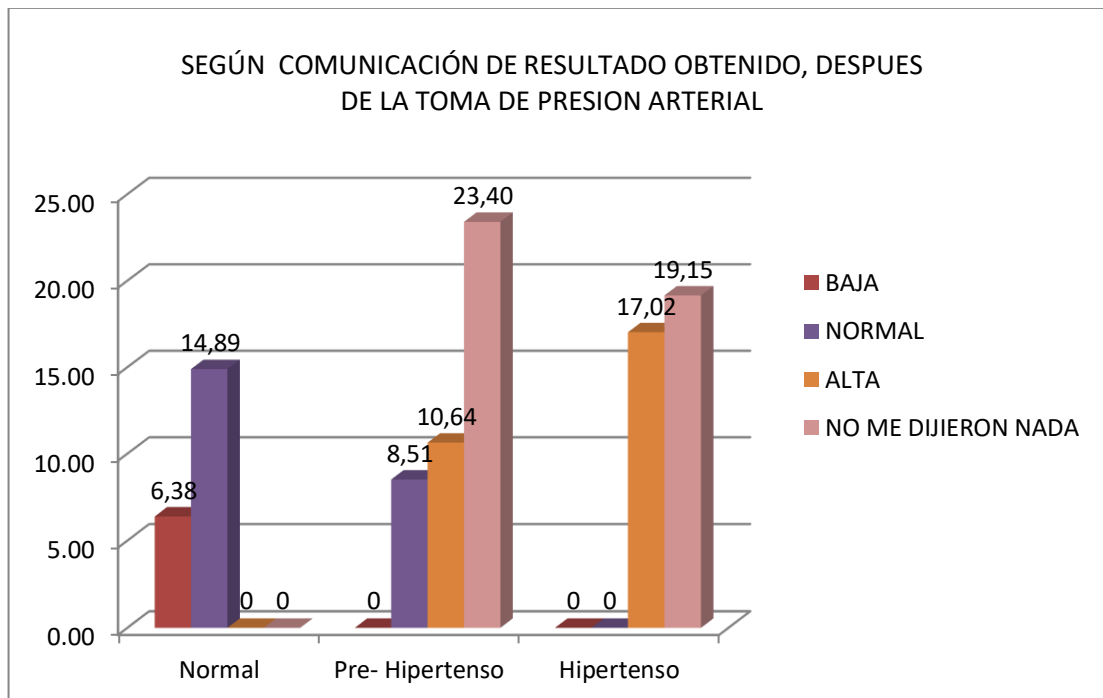
Elaborado: Organización Panamericana de Salud, modificado por Bach. Gomucio B.

INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 04 -01 se observa que, el 90,38% que afirmaron que si se controlaron la presión arterial, el 42,5% indica que no le dijeron nada después de la toma de presión arterial, el 27,65% le informaron que tenían presión arterial alta, el 23,41% le informaron que tenían la presión arterial Normal, y el 6,38% le informaron que tenía la presión arterial baja.

GRÁFICO N° 04 – 01

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES MIEMBROS DEL CLUB AIPA, SEGÚN COMUNICACIÓN DE RESULTADO OBTENIDO, DESPUES DE LA TOMA DE PRESION ARTERIAL, TACNA - 2017



Fuente: Tabla N° 04 -01

TABLA N° 05

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES
MIEMBROS DEL CLUB AIPA, SEGÚN ANTECEDENTE
PERSONAL DE ENFERMEDADES, TACNA 2017

PRESION ARTERIAL	FUE DIAGNOSTICADO CON										TOTAL	
	HIPERTENSION		DIABETES		OBESIDAD		HIPERTENSION + DIABETES		NINGUNO			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Normal	1	1,92	1	1,92	0	0,00	0	0,00	10	19,23	12	23,08
Pre- Hipertenso	6	11,54	2	3,85	1	1,92	5	9,92	9	17,31	23	44,23
Hipertenso	8	15,38	0	0,00	0	0,00	9	17,31	0	0,00	17	32,69
TOTAL	15	28,84	3	5,76	1	1,94	14	26,93	19	36,53	52	100

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores Miembros del Club AIPA/ Diciembre 2017

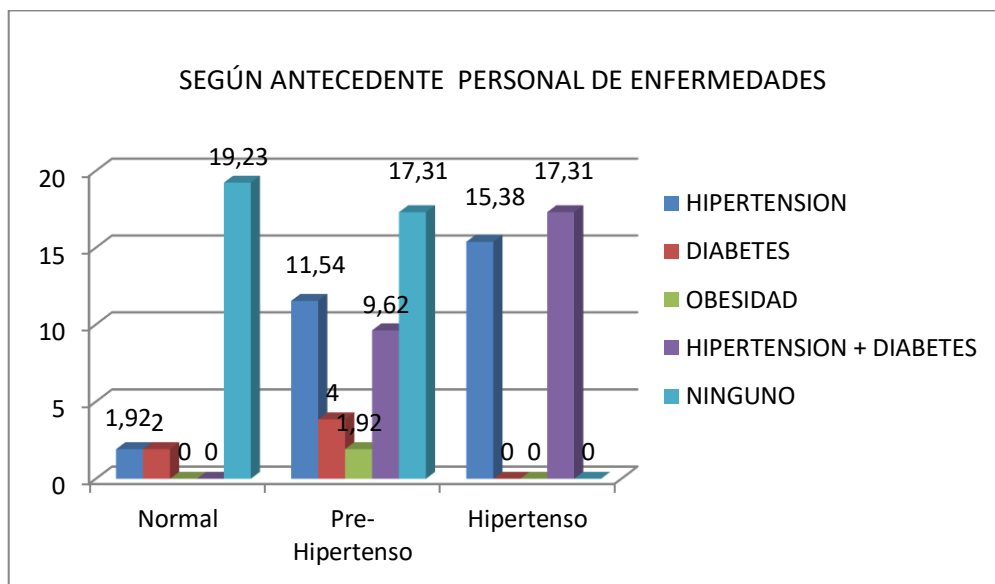
Elaborado: Organización Panamericana de Salud, modificado por Bach. Gomucio B.

INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 05 se observa que, el 36,63% refiere no tener patologías, en segundo lugar el 28,84% son hipertensos, el 26,93% son hipertensos y diabéticos a la misma vez, el 5,76% son solo diabéticos, y finalmente el 1,94% sufren de obesidad.

GRÁFICO N° 05

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES MIEMBROS DEL CLUB AIPA, SEGÚN ANTECEDENTE PERSONAL DE ENFERMEDADES, TACNA- 2017



Fuente: Tabla N° 05

TABLA N° 06

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES
MIEMBROS DEL CLUB AIPA, SEGÚN ANTECEDENTE
FAMILIAR DE ENFERMEDADES ASOCIADAS,
TACNA - 2017

PRESION ARTERIAL	TIENE ALGUN FAMILIAR CON												TOTAL	
	HIPERTENSION		DIABETES		OBESIDAD		HIPERTENSION Y DIABETES		DIABETES Y OBESIDAD		NINGUNO			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Normal	0	0,00	5	9,62	1	1,92	2	3,85	1	1,92	3	5,77	12	23,08
Pre- Hipertenso	1	1,92	8	15,38	1	1,92	5	9,62	2	3,85	6	11,54	23	44,23
Hipertenso	3	5,77	1	1,92	2	3,85	4	7,69	7	13,46	0	0,00	17	32,69
TOTAL	4	7,69	14	26,93	4	7,69	11	21,15	10	19,24	9	17,30	52	100

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores Miembros del Club AIPA/ Diciembre 2017

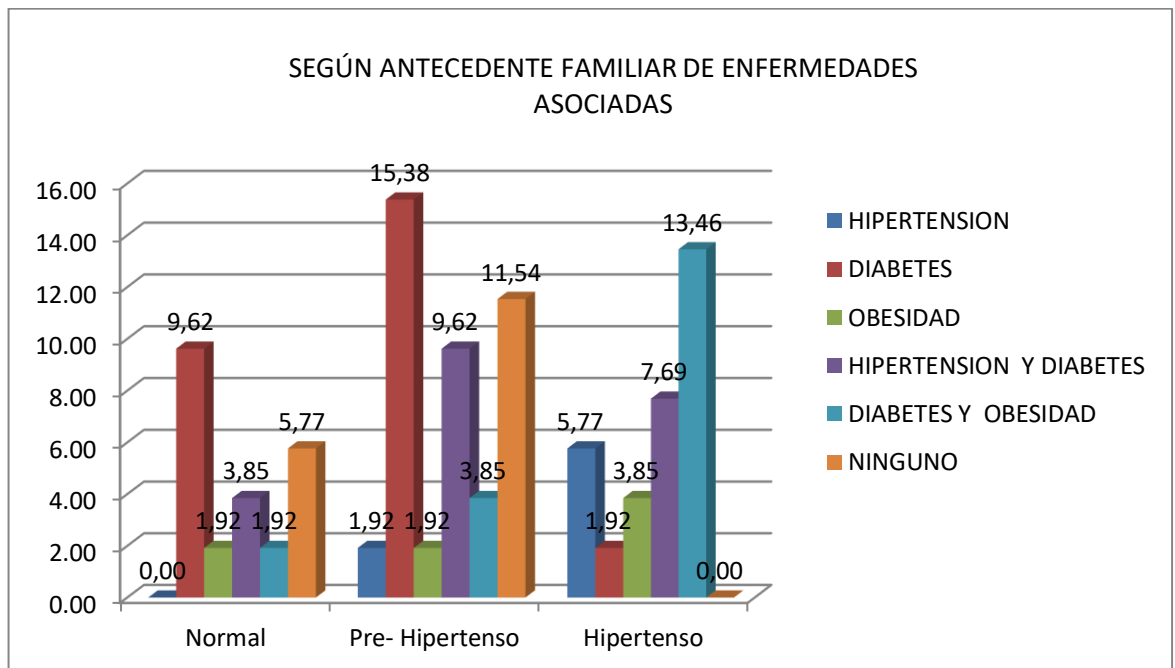
Elaborado: Organización Panamericana de Salud, modificado por Bach. Gomucio B.

INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 06 se observa que, el 26,93% tienen antecedente familiar de diabetes, el 21,15% con antecedentes familiar de Hipertensión y Diabetes a la misma vez, el 19,24% con antecedente familiar de diabetes y obesidad, el 7,69% con antecedente familiar de solo obesidad, el 7,69% con antecedente familiar de solo hipertensión, y finalmente el 17,30% con ningún antecedente familiar patológico asociado.

GRÁFICO N° 06

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES
MIEMBROS DEL CLUB AIPA, SEGÚN ANTECEDENTE
FAMILIAR DE ENFERMEDADES ASOCIADAS,
TACNA - 2017



Fuente: Tabla N° 06

TABLA N° 07

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES
MIEMBROS DEL CLUB AIPA, SEGÚN CONSUMO DE
TABACO, TACNA - 2017

PRESION ARTERIAL	CONSUME UD CIGARRILLOS						TOTAL	
	NO, SOY EX FUMADOR		NO FUMADOR		FUMADOR ACTUAL			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Normal	10	19,23	2	3,85	0	0,00	12	23,08
Pre- Hipertenso	14	26,92	9	17,31	0	0,00	23	44,23
Hipertenso	16	30,77	1	1,92	0	0,00	17	32,69
TOTAL	40	76,93	12	23,07	0	100	52	100
X ² = 6,44		gl = 2		p valor = 0,0397		Si se asocia		

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores Miembros del Club AIPA/ Diciembre 2017

Elaborado: Organización Panamericana de Salud, modificado por Bach. Gomucio B.

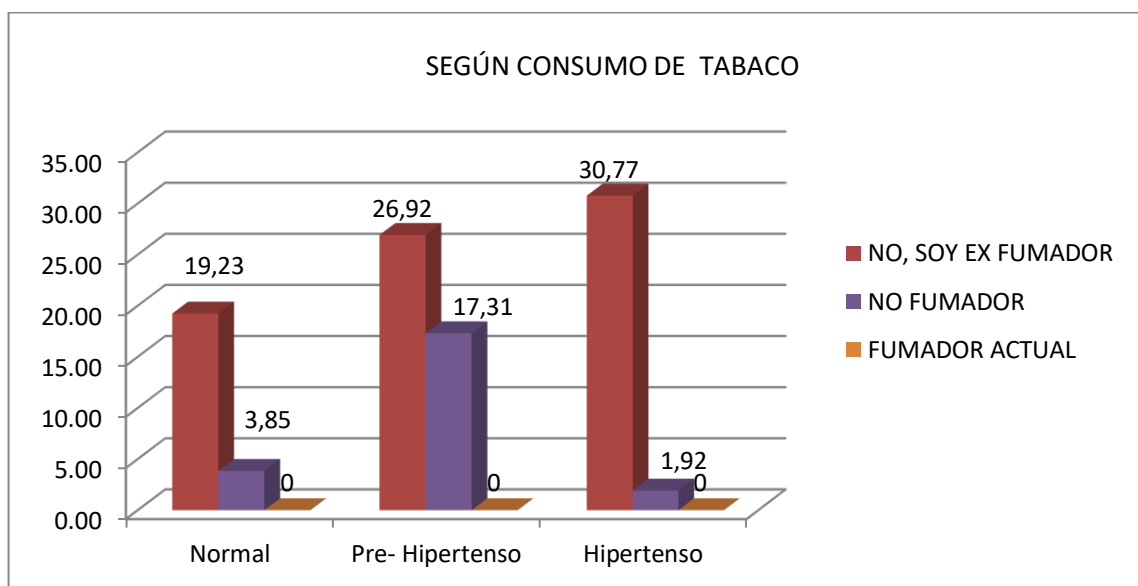
INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 07 se observa que, el 76,93% refiere ser ex consumidor, el 23,07% refiere no ser ni haber sido fumador, y finalmente no se encontraron fumadores actuales.

Por lo tanto con un 95% de confianza podemos concluir que el consumo de tabaco si es un factor de riesgo modificable, que influye en la presencia de hipertensión arterial, estadísticamente es significativo según la prueba Chi cuadrado $X^2=6,44$ con un valor $P= 0,0397$.

GRÁFICO N° 07

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES MIEMBROS DEL CLUB AIPA, SEGÚN CONSUMO DE TABACO, TACNA - 2017



Fuente: Tabla N° 07

TABLA N° 08

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES
MIEMBROS DEL CLUB AIPA, SEGÚN CONSUMO DE
ALCOHOL, TACNA- 2017

PRESION ARTERIAL	CONSUME USTED ALCOHOL						TOTAL	
	NO, SOY EX CONSUMIDOR		NO CONSUMIDOR		CONSUMIDOR ACTUAL		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Normal	5	9,62	2	3,85	5	9,62	12	23,08
Pre- Hipertenso	12	23,08	7	13,46	4	7,69	23	44,23
Hipertenso	14	26,92	3	5,77	0	0,00	17	32,69
TOTAL	31	59,62	12	23,07	9	17,31	52	100

$X^2 = 10,3631$ gl = 4 p valor = 0,0347 Si se asocia

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores Miembros del Club AIPA/ Diciembre2017
Elaborado: Organización Panamericana de Salud, modificado por Bach. Gomucio B.

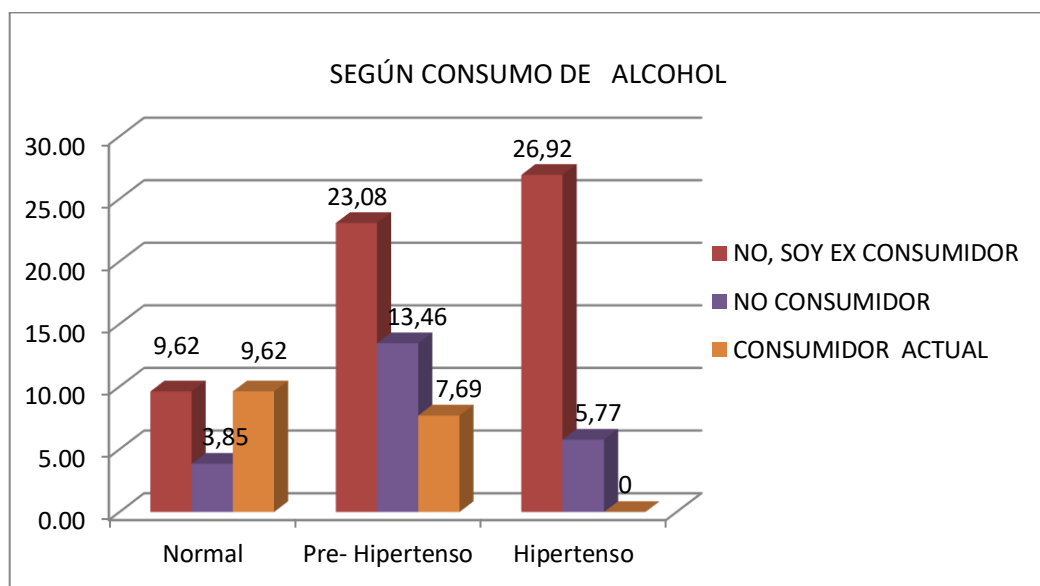
INTERPRETACIÓN

En la Tabla N°08 se observa que, el 59,62% es ex consumidor, el 23,07% no es consumidor y el 17,31% es consumidor actualmente.

Por lo tanto con un 95% de confianza podemos concluir que el consumo de alcohol si es un factor de riesgo modificable, que influye en la presencia de hipertensión arterial, estadísticamente es significativo según la prueba Chi cuadrado $X^2=10,3631$ con un valor $P= 0,0347$.

GRÁFICO N° 08

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES
MIEMBROS DEL CLUB AIPA, SEGÚN CONSUMO DE
ALCOHOL, TACNA- 2017



Fuente: Tabla N° 08

TABLA N° 09

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES
MIEMBROS DEL CLUB AIPA, SEGÚN ACTIVIDAD FÍSICA
QUE REALIZA, TACNA- 2017

PRESION ARTERIAL	REALIZA EJERCICIO				TOTAL	
	NO		SI		n	%
	n	%	n	%		
Normal	5	9,62	7	13,46	12	23,08
Pre- Hipertenso	18	34,62	5	9,62	23	44,23
Hipertenso	15	28,85	2	3,85	17	32,69
TOTAL	38	73,07	14	26,93	52	100

$X^2 = 7,5854$ gl = 2 p valor = 0,0225 Si se asocia

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores Miembros del Club AIPA/ Diciembre 2017

Elaborado: Organización Panamericana de Salud, modificado por Bach. Gomucio B.

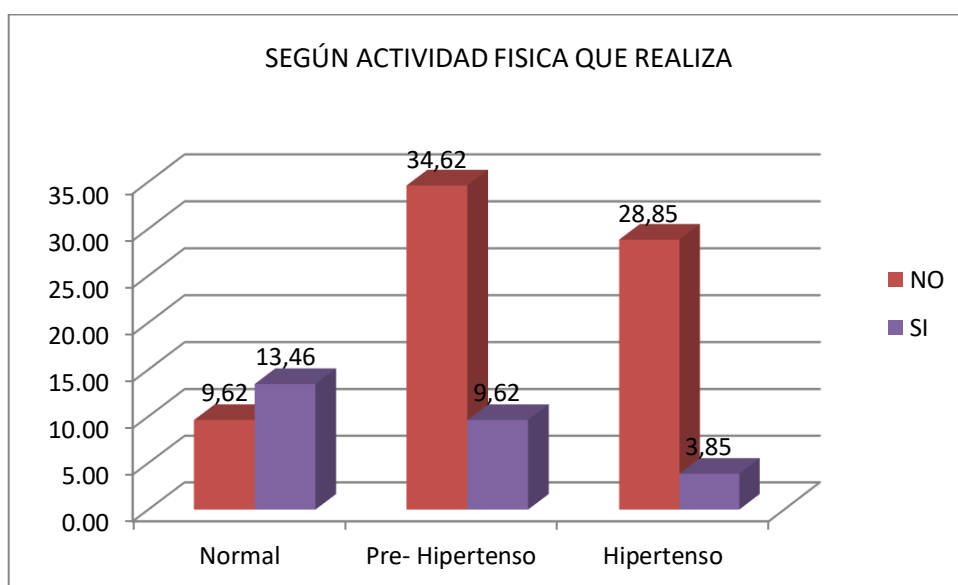
INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 09 se observa que, el 73,03% no realiza ejercicio, y el 26,93% si realiza ejercicio.

Por lo tanto con un 95% de confianza podemos concluir que la actividad física si es un factor de riesgo modificable, que influye en la presencia de hipertensión arterial, estadísticamente es significativo según la prueba Chi cuadrado $X^2=7,5854$ con un valor $P= 0,0225$.

GRÁFICO N° 09

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES MIEMBROS DEL CLUB AIPA, SEGÚN ACTIVIDAD FÍSICA QUE REALIZA, TACNA - 2017



Fuente: Tabla N° 09

TABLA N° 10

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES
MIEMBROS DEL CLUB AIPA, SEGÚN ÍNDICE DE MASA
CORPORAL, TACNA - 2017

PRESION ARTERIAL	VALORACION ANTOPOMETRICA : IMC								TOTAL	
	ADELGAZADO		NORMAL		SOBREPESO		OBESO		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Normal	3	5,77	9	17,31	0	0,00	0	0,00	12	23,08
Pre- Hipertenso	17	32,69	5	9,62	0	0,00	1	1,92	23	44,23
Hipertenso	12	23,08	4	7,69	1	1,92	0	0,00	17	32,69
TOTAL	32	61,54	18	34,62	1	1,92	1	1,92	52	100

$X^2 = 14,08$ gl = 6 p valor = 0,0287 Si se asocia

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores Miembros del Club AIPA/ Diciembre 2017

Elaborado: Organización Panamericana de Salud, modificado por Bach. Gomucio B.

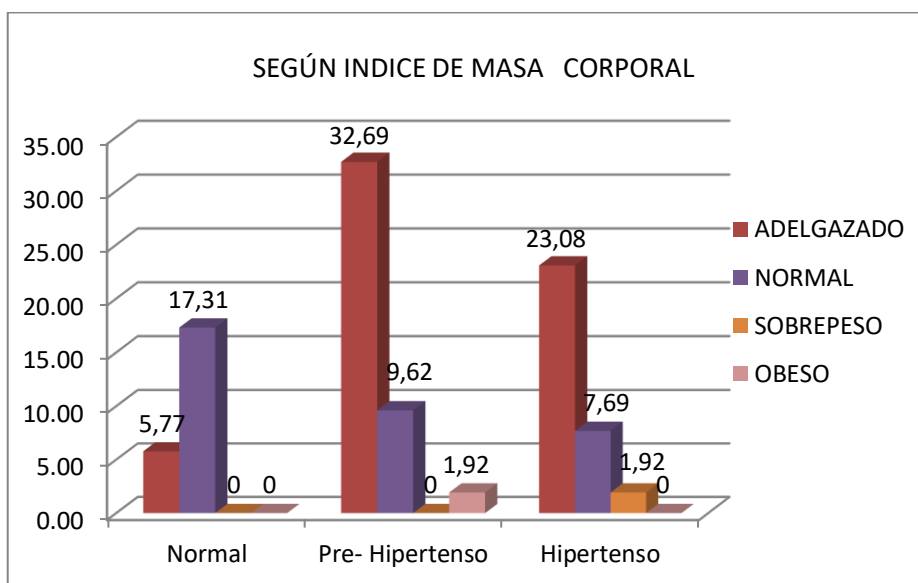
INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 10 se observa que, el 61,54% tiene un IMC en rango adelgazado, el 34,62% tiene un IMC en rango normal, un 1,92% tiene un IMC en rango sobrepeso, y con el mismo porcentaje un obeso.

Por lo tanto con un 95% de confianza podemos concluir que el índice de masa corporal si es un factor de riesgo modificable, que influye en la presencia de hipertensión arterial, estadísticamente es significativo según la prueba Chi cuadrado $X^2=14,08$ con un valor $P= 0,0287$.

GRÁFICO N° 10

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES MIEMBROS DEL CLUB AIPA, SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL, TACNA - 2017



Fuente: Tabla N° 10

TABLA N° 11

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES
MIEMBROS DEL CLUB AIPA, SEGÚN HÁBITOS
ALIMENTICIOS, TACNA - 2017

PRESION ARTERIAL	HABITOS ALIMENTICIOS						TOTAL	
	ALIMENTACION ADECUADA		ALIMENTACION REGULAR		ALIMENTACION INADECUADA		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Normal	4	7,69	3	5,77	5	9,62	12	23,08
Pre- Hipertenso	2	3,85	3	5,77	18	34,62	23	44,23
Hipertenso	0	0,00	2	3,85	15	28,85	17	32,69
TOTAL	6	11,55	8	15,38	38	73,07	52	100

$X^2 = 10,25$ gl = 4 p valor = 0,0364 Si se asocia

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores Miembros del Club AIPA/ Diciembre2017

Elaborado: Condori Gutierrez L, modificado por Bach. Gomucio B.

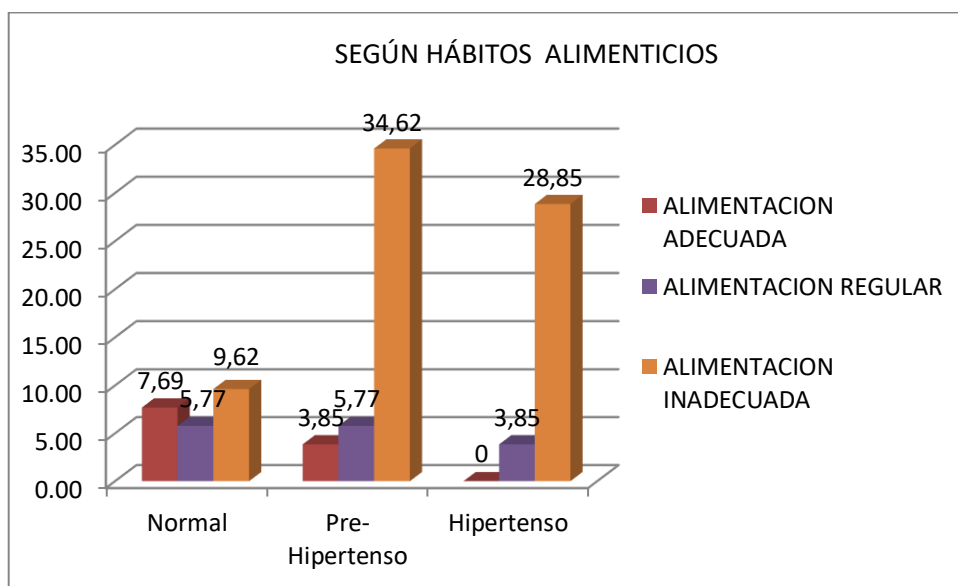
INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 11 se observa que, el 73,07% tiene una alimentación inadecuada, el 15,38% tiene una alimentación regular, y el 11,55% tiene una alimentación adecuada.

Por lo tanto con un 95% de confianza podemos concluir que los hábitos alimenticios si es un factor de riesgo modificable, que influye en la presencia de hipertensión arterial, estadísticamente es significativo según la prueba Chi cuadrado $X^2=10,25$ con un valor $P= 0,0364$.

GRÁFICO N° 11

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES MIEMBROS DEL CLUB AIPA, SEGÚN HÁBITOS ALIMENTICIOS, TACNA - 2017



Fuente: Tabla N° 11

TABLA N° 12

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES
MIEMBROS DEL CLUB AIPA, SEGÚN RANGOS DE
PRESION ARTERIAL, TACNA- 2017

PRESION ARTERIAL	ADULTOS MAYORES	
	n	%
Normal (<120/ <80)	12	23,08
Pre- Hipertenso (120- 139 / 80- 89)	23	44,23
Hipertenso (\geq 140/ \geq 90)	17	32,69
TOTAL	52	100,00

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores Miembros del Club AIPA/ Diciembre 2017

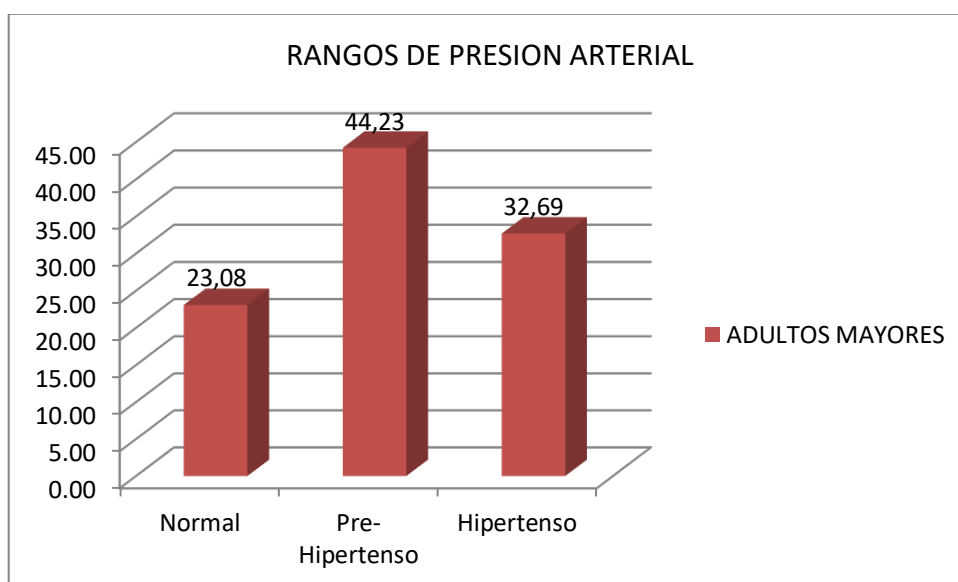
Elaborado: Condori Gutierrez L, modificado por Bach. Gomucio B.

INTERPRETACIÓN

En la Tabla N° 12 se observa que, el 44,23% tiene un rango de pre-hipertensión, en segundo lugar el 32,69% tiene un rango de Hipertenso, y por último un 23,08% tiene un rango normal de presión arterial.

GRÁFICO N° 12

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES MIEMBROS DEL CLUB AIPA, SEGÚN RANGOS DE PRESION ARTERIAL, TACNA - 2017



Fuente: Tabla N° 12

TABLA N°13

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES
MIEMBROS DEL CLUB AIPA, SEGÚN FACTORES DE
RIESGO MODIFICABLES, TACNA - 2017

FACTOR DE RIESGO MODIFICABLES	ADULTOS MAYORES				Chi-cuadrado	Valor P	TOTAL	
	PRE-HIPERTENSO		HIPERTENSO				n°	%
	n°	%	n°	%				
Consumo de alcohol (Consumidor actual/ex consumidor)	16	30,77	13	25,0	$X^2 = 10,363$	0,0347	29	55,8
Consumo de Tabaco (ex fumador)	14	26,92	16	30,8	$X^2 = 6,44$	0,0397	30	57,7
Actividad Física (sedentarismo)	17	32,69	15	28,8	$X^2 = 7,5854$	0,0225	32	61,5
Alimentación (Inadecuada)	18	34,62	15	28,8	$X^2 = 10,25$	0,0364	33	63,5
índice de masa corporal (adelgazado)	17	32,69	12	23,1	$X^2 = 14,08$	0,0287	29	55,8

Fuente: Encuesta aplicada a los adultos mayores Miembros del Club AIPA/ Diciembre 2017

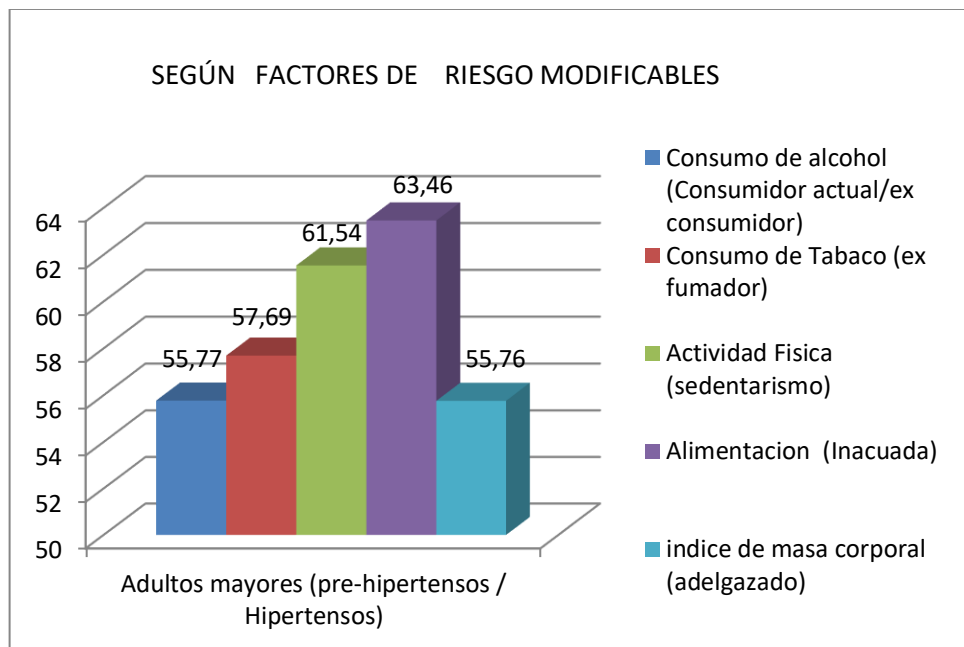
Elaborado: Condori Gutierrez L, modificado por Bach. Gomucio B.

INTERPRETACIÓN

En la Tabla N°13 se observa que, el factor de riesgo predominante es el hábito alimenticio, con un 63,5% de adultos mayores entre pre-hipertensos e hipertensos, tienen una alimentación inadecuada, como segundo factor de riesgo predominante con el 61,5% con inadecuada actividad física, en tercer lugar el consumo de tabaco con un 57,7%, y en cuarto lugar con el mismo porcentaje, el consumo de alcohol y el índice de masa corporal con un 55,8% para cada uno. Estadísticamente es significativa la presencia de los factores de riesgo modificables en la presencia de hipertensión Arterial.

GRÁFICO N° 13

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES MIEMBROS DEL CLUB AIPA, SEGÚN FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES TACNA - 2017



Fuente: Tabla N°13

4.2 ANALISIS Y DISCUSION

Los resultados obtenidos en este estudio al evaluar los Factores de riesgo modificables relacionados con la presencia de hipertensión arterial en adultos mayores miembros del club AIPA TACNA-2017, se tiene:

En la **Tabla N° 01** se observa la distribución según edad, sexo, nivel de instrucción, estado civil y convivencia, de los adultos mayores miembros del club AIPA:

- Respecto a la edad tenemos que un 59,62% tienen edades de entre 75 – 84 años, el 25% tiene edades de entre 65-74 años, el 9,92% tiene edades de 85 a más años, y en menor porcentaje el 5,77% tiene de entre 60-64 años.
- Respecto al sexo, el 78,85% son de sexo femenino, y el 21,15% de sexo masculino
- En cuanto al nivel de instrucción en su mayoría el 53,85% tiene un nivel de instrucción primario, el 28,85% no tiene instrucción alguna, el 15,38% nivel de instrucción secundario, y el 1,92% instrucción profesional.
- En cuanto al estado civil en su mayoría el 48,08% es viudo(a), el 28,85% es casado, el 7,69% es soltero, asimismo con el mismo porcentaje 7,69% es conviviente y divorciado.
- En cuanto a la convivencia del adulto mayor el 38,46% actualmente vive con algún familiar o amigo, el 32.69% vive en compañía de sus hijos, el 25.0% vive solo con su pareja y en menor proporción el 3,85% vive solo.

Este resultado coincide con la investigación realizada por Aguas N. (07) en su estudio de investigación titulado Prevalencia de Hipertensión Arterial y Factores de Riesgo en Población Adulta Afroecuatoriana de la Comunidad la Loma, Canton Mira, del Carchi 2011, realizada en Ibarra, Julio 2012; en el cual obtuvo que la prevalencia de hipertensión arterial alcanzó el 32% y este fue mayor en adultos mayores de 61 años de edad.

Asimismo Tridade C. et al (8) en su estudio titulado Factores y comportamientos de riesgo cardiovascular en adultos residentes en el municipio de Paicandu-Paraná– efectos de una intervención en salud- 2014, obtuvo que el 23,03% de los sujetos refirieron ser hipertensos, con prevalencia mayor en el sexo femenino.

Estos resultados demuestran que con el avance de la edad, la persona adulta mayor se vuelve más vulnerable a adquirir la hipertensión arterial, como así también enfermedades asociadas, por otro lado el sexo femenino por su estilo de vida representa en su mayoría de casos estudiados el grupo más afectado con dicha enfermedad.

En la **Tabla N°02** se observa la distribución según controles de salud, en los últimos 3 meses, en el cual se muestra que el 65,38% no ha tenido ningún control de salud en los últimos 3 meses. De los cuales el 25,00% son adultos mayores con pre hipertensión y el 23,08% son adultos mayores Hipertensos.

Asimismo el 34,62% si tuvo por lo menos un control de salud en los últimos 3 meses, de los cuales en su mayoría el 19,23% son adultos mayores con pre-hipertensión.

La falta de controles y conocimiento sobre la enfermedad, coincide con la investigación de Da Silva M. et al, en su estudio titulado Conocimiento sobre hipertensión arterial y factores asociados a la no adhesión a la farmacoterapia en Maringá, Paraná-2014, obtuvo como resultados que el 17,7% poseían conocimiento insatisfactorio sobre la enfermedad. Los factores asociados fueron la insatisfacción con el servicio de salud. Asimismo el, poco conocimiento sobre la enfermedad e insatisfacción con el servicio de salud influyen en el proceso de la no adhesión al tratamiento medicamentoso antihipertensivo.

Estos resultados obtenidos en comparación con las investigaciones antes mencionadas, afirman la relación que tiene los factores sociales con la presencia de la hipertensión arterial, asimismo afecta en su mayoría a adultos mayores de 60 años, siendo predisponentes el sexo femenino, y la falta de conocimiento sobre el tema los vuelve un grupo vulnerable ante las enfermedades no transmisibles.

En la **Tabla N°03** se muestra la distribución según lugar al que acude cuando se enferma, se muestra que en su mayoría el 45,2% acude a un centro de Salud, de los cuales el 17,31% son adultos mayores Hipertensos, el 21,3% no acude a Ningún lugar de los cuales el 9,62% son adultos mayores hipertensos, y con el mismo porcentaje acude a la farmacia, siendo el 13,46% adultos mayores pre- Hipertensos, en tercer lugar el con el 6,8% acude a un hospital público.

Datos estadísticos del Instituto de Nacional de Estadística e Informática (INEI) en su informe Técnico N°02 del 2015, muestra además del incremento de la población adulta mayor, el nivel de abandono en que dicha población se encuentra, convirtiéndose para el adulto mayor una dificultad el poder asistir a un establecimiento de salud cuando se enferma.

Diferentes realidades sociales han demostrado a lo largo del tiempo la dificultad que representa una correcta atención de salud para el adulto mayor, ya que en su mayoría por causas patológicas y/o sociales no logran acudir a un establecimiento de salud cuando sufren de alguna enfermedad, haciéndolos más vulnerables a desarrollar y no poder recibir el tratamiento necesario para lograr la calidad de vida.

En la **Tabla N°04** se muestra la distribución según control de presión, por parte de los adultos mayores, se muestra que el 90,38% si se controló la presión arterial, de los cuales el 38,46% son adultos mayores Pre- Hipertensos y un 9,62% no se controló la presión arterial.

Este resultado coincide con Alvares E. (11) en su estudio titulado Nivel de conocimientos de los Adultos Mayores sobre Prevención de Hipertensión Arterial en un Centro de Salud, Lima, 2014, el cual indica que el nivel de conocimiento de la enfermedad influye significativamente en la prevalencia de la hipertensión arterial. Asimismo el control de la presión arterial disminuye el riesgo de crisis hipertensivas, evitando así posibles complicaciones.

El seguimiento y controles de la hipertensión arterial representan, para la población hipertensa, un factor indispensable para poder evitar posibles complicaciones en la población adulta mayor. Por otro lado los miembros del club AIPA, cuenta con el monitoreo constante por parte del personal de salud de su jurisdicción.

En la **Tabla N° 04 -01** se muestra la distribución según comunicación del resultado obtenido, después de la toma de presión arterial, se muestra que del 90,38% (Tabla N°04) que afirmaron que si se controlaron la presión arterial, un 42,5% indica que no le dijeron nada después de la toma de presión arterial, un 27,65% le informaron que tenían presión arterial alta, un 23,41% le informaron que tenían la presión arterial Normal, y un 6,38% le informaron que tenía la presión arterial baja.

Este resultado coincide con Tafur C. et al (12) en su estudio titulado Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado del adulto mayor hipertenso, del centro de Atención del adulto mayor del hospital regional de Loreto, Iquitos-2017, donde los adultos mayores con hipertensión arterial, (84,6%) realizan prácticas de autocuidado inadecuado, siendo uno de los factores la falta de orientación que brinda el personal de salud, hacia los adultos mayores sobre su patología.

La educación sobre las diferentes enfermedades que aquejan a la población adulta mayor, no solo es responsabilidad del personal de salud, también de la misma población en mención, estos resultados demuestran que muchas veces el usuario que acude a un establecimiento de salud, no recibe una correcta atención de salud,

lo cual conlleva a que posteriormente el usuario opte por otras alternativas de atención de salud más personalizada, como es farmacias, boticas y otros.

En la **Tabla N° 05** se muestra la distribución según antecedentes personal de patologías, en el cual se muestra que en su mayoría el 36,63% refiere no tener patologías, en segundo lugar el 28,84% son hipertensos, el 26,93% son hipertensos y diabéticos a la misma vez, el 5,76% son solo diabéticos, y finalmente el 1,94% sufren de obesidad.

Este resultado difiere con la investigación de Ancalli F (15); en su estudio titulado, Reducción de la Hipertensión Cardiovascular global en los pacientes del Programa de HTA de EsSalud, donde se demostró asociación significativa entre enfermedades como diabetes mellitus, sobrepeso, obesidad y otros, como factores influyentes para el desarrollo de la hipertensión, en pacientes del programa de HTA de EsSalud.

La población adulta mayor es una de las poblaciones con más patologías recurrentes, lo cual demuestra que muchas de sus enfermedades estarán asociadas unas a otras, convirtiéndolos en el grupo de mayor vulnerabilidad de salud. Es por ello que se debe enfocar la atención de salud a brindar calidad de vida a toda la población adulta mayor.

En la **Tabla N° 06** se muestra la distribución según antecedentes familiar de enfermedades asociadas, en el cual tenemos que el 26,93% tienen antecedente familiar de diabetes, el 21,15% con antecedentes familiar de Hipertensión y Diabetes

a la misma vez, el 19,24% con antecedente familiar de diabetes y obesidad, de los cuales en su mayoría el 13,46% son hipertensos; el 7,69% con antecedente familiar de solo obesidad, el 7,69% con antecedente familiar de solo hipertensión, y finalmente el 17,30% con ningún antecedente familiar patológico asociado.

Este resultado coincide con la investigación de Maguiña P. (10) en su estudio titulado Factores de riesgo que predisponen a hipertensión arterial en adultos que acuden al servicio de triaje del Centro De Salud “Max Arias Schreiber” – Lima 2013, en el cual los factores de riesgo no modificables que predisponen a hipertensión arterial prevalentemente son los antecedentes familiares de HTA y de obesidad.

Existen múltiples observaciones clínicas que corroboran la importancia del factor genético en el origen de esta patología, en la cual los hijos de progenitores hipertensos tienen un riesgo mayor que el resto de la población para padecerla. Es por ello la importancia de la prevención secundaria, la cual consiste en identificar y controlar los grupos de alto riesgo de hipertensión arterial siendo uno de ellos las personas con historia familiar de esta enfermedad, es así que durante la atención de enfermería se debe preguntar a la persona sobre los antecedentes familiares de hipertensión arterial de parte del padre o madre y llevar a cabo seguimientos después de las mediciones de la presión sanguínea inicial dependiendo de los hallazgos encontrados en ese momento.

Las Tablas N° 07, Tabla N° 08, Tabla N° 09, Tabla N° 10, y Tabla N° 11, evalúan los factores de riesgo Modificables, tales como la influencia del consumo de tabaco, consumo de alcohol,

actividad Física, hábitos Alimenticios e índice de masa corporal, con la presencia de Hipertensión Arterial.

En la **Tabla N° 07** se muestra la distribución según consumo de tabaco, tenemos que en su mayoría el 76,93% refiere ser ex consumidor, de los cuales el 30,77% es adulto mayor Hipertenso y el 26,92% adulto mayor Pre – Hipertenso; el 23,07% refiere no ser, ni haber sido fumador, y finalmente no se encontró fumador actual.

Este resultado difiere con la investigación de Bornaz G. et al (14) en su estudio titulado Prevalencia y factores de riesgo de hipertensión en Adultos de la ciudad de Tacna- 2017, donde no se observó una asociación significaba entre el tabaquismo y la hipertensión arterial.

Diferentes investigaciones refiere que el tabaquismo no provoca hipertensión; sin embargo si una persona con presión arterial alta fuma, su riesgo de mortalidad por enfermedad cardíaca o trastornos relacionados se incrementa de manera importante. Por lo cual la enfermera tiene que aconsejar a la persona que deje el tabaco y explicar al paciente los efectos que tiene la nicotina, y sugerir modificar el comportamiento y la asistencia a terapias de grupos.

En la **Tabla N°08** se muestra la distribución según el consumo de alcohol, en el cual se encuentra que el 59,62% es ex consumidor, de los cuales el 26,92% son adultos mayores Hipertensos, y el 23,08% son Pre- Hipertensos, el 23,07% no es consumidor y el 17,31% es consumidor actualmente, de los cuales en su mayoría son adultos mayores con Pre- Hipertensión.

Este resultado difiere con la investigación de Bornaz G. et al (14) en su estudio titulado Prevalencia y factores de riesgo de hipertensión en Adultos de la ciudad de Tacna- 2017, donde no se observó una asociación significativa entre el consumo de alcohol y la hipertensión arterial.

Un hábito nocivo que predispone la hipertensión arterial es el consumo de alcohol; ya que tomar cantidades pequeñas a moderadas de alcohol por día se ha demostrado en una serie de estudios el aumento de la presión arterial y posteriormente otros problemas cardiovasculares.

En la **Tabla N° 09** se muestra la distribución según actividad física que realiza los adultos mayores, en el cual tenemos que un 73,03% no realiza ejercicio, de los cuales el 34,62% son adultos mayores Pre- Hipertensos, y un 26,93% si realiza ejercicio.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Sociedad internacional de Hipertensión Arterial en el 2015 incluyeron, la recomendación de realizar ejercicio físico entre las medidas no farmacológicas destinadas a disminuir los valores de presión arterial. Desde entonces, la mayoría de los estudios coinciden en su utilidad en el tratamiento y prevención de esta enfermedad.

Un aspecto muy importante, es el hecho de que las personas que están físicamente inactivas aumentan su probabilidad de desarrollar presión arterial alta. Asimismo en la población adulta mayor, existe por su avanzada edad mayor dificultad de desarrollar actividad física activa.

En la **Tabla N° 10** se muestra la distribución según índice de masa corporal, en el cual tenemos que un 61,54% tiene un IMC en rango adelgazado, de los cuales el 32,69% son adultos mayores Pre-Hipertensos, y el 23,08% son Hipertensos; el 34,62% tiene un IMC en rango normal, un 1,92% tiene un IMC en rango sobrepeso, y con el mismo porcentaje un obeso.

Este resultado difiere con la investigación de Zubeldia L. et al (9) en su estudio titulado Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la comunidad Valenciana, España -2015, donde la categoría ponderal asociada fue el sobrepeso, la obesidad y padecer diabetes mellitus, se constituyeron como variables asociadas con hipertensión.

En la actualidad se puede llevar un control de lo que respecta al sobrepeso y la obesidad a través de la medición periódica del Índice de masa corporal. La frecuencia de la hipertensión arterial entre personas con sobrepeso y obesidad, independientemente de la edad, es entre dos y tres veces superior a la de los individuos con un peso normal. Por otro lado la población en estudio muestra un IMC en rango adelgazado, por sus avanzadas edades, lo cual no representa directamente que en la etapa adulta no hayan sufrido de obesidad y sobrepeso.

En la **Tabla N° 11** se muestra la distribución según hábitos alimenticios, en el cual tenemos que un 73,07% tiene una alimentación inadecuada, de los cuales el 34,62% son adultos mayores Pre- Hipertensos, y el 28,85% son adultos mayores

Hipertensos, el 15,38% tiene una alimentación regular, y el 11,55% tiene una alimentación adecuada.

Estos resultados difieren con la investigación de Maguiña P. (13) en su estudio titulado Factores de riesgo que predisponen a hipertensión arterial en adultos que acuden al servicio de triaje del Centro De Salud “Max Arias Schreiber” – Lima 2013, en el cual los factores de riesgo modificables que predominan son el consumo de grasas, ausencia del control del índice de masa corporal y de la presión arterial, así como el control inadecuado del colesterol y presencia de estrés. Los factores de riesgo modificables que se encuentran en menor proporción son la inactividad física y el consumo de tabaco.

Asimismo difiere con la investigación de Aguas N. (01) en su estudio de investigación titulado Prevalencia de Hipertensión Arterial y Factores de Riesgo en Población Adulta Afroecuatoriana de la Comunidad la Loma, Canton Mira, del Carchi 2011, realizada en Ibarra, Julio 2012; en el cual se presentó HTA en personas que tuvieron alto consumo de sal (> de 6 gr). No se encontró relación entre la presencia de hipertensión arterial y práctica de actividad física, es decir, que al igual que el consumo de cigarrillo y alcohol, no está directamente relacionada con la presencia o ausencia de HTA.

Los hábitos alimenticios están estrechamente ligados a diferentes patologías, no solo a la hipertensión arterial, las dietas que incluyen muchas frutas, verduras y productos lácteos con bajo contenido de grasa pueden prevenir el desarrollo de la hipertensión

arterial y reducir las presiones altas. Las modificaciones en la dieta está basado en reducir el consumo de sodio, mantener un consumo adecuado de potasio en la dieta, mantener un consumo adecuado de calcio y magnesio en la dieta para la salud general; y reducir el consumo de grasas saturadas y colesterol en la dieta para la salud cardiovascular. Por ello la participación de la enfermera en las modificaciones de los hábitos alimenticios en pacientes hipertensos, hace énfasis en la importancia de una dieta balanceada y nutritiva durante toda la vida, evitando las frituras y exceso de sal en las comidas; lo cual ayudará a mantener una presión arterial dentro de los límites normales y a mantener un adecuado peso corporal.

En la **Tabla N° 12** se muestra la distribución según rangos de presión arterial, en su mayoría el 44,23% tiene un rango de pre-hipertensión, en segundo lugar el 32,69% tiene un rango de Hipertenso, y por último un 23,08% tiene un rango normal de presión arterial.

Los resultados obtenidos dan énfasis en resaltar la importancia del control de la presión arterial, el cual permite evaluar si el paciente presenta valores elevados de la presión arterial, por ello se recomienda controlar la presión arterial y más en los grupos más vulnerables como son los adultos mayores.

En la **Tabla N°13** se aprecia que el factor de riesgo predominante es el hábito alimenticio, con un 63,5% de adultos mayores entre pre- hipertensos e hipertensos, tienen una alimentación inadecuada, como segundo factor de riesgo

predomínate con el 61,5% con inadecuada actividad física, en tercer lugar el consumo de tabaco con un 57,7%, y en cuarto lugar con el mismo porcentaje, el consumo de alcohol y el índice de masa corporal con un 55,8% para cada uno.

La organización mundial de la salud, en su informe sobre enfermedades de sobrepeso y obesidad, del 2016, identifica un incremento en casos registrados de sobrepeso en Latinoamérica, es por ello la importancia de los buenos hábitos alimenticios en todas las etapas de vida de la población.

Este resultado difiere en comparación con la investigación de Condori L. (13) en su estudio de investigación titulado Factores de Riesgo relacionados con la presencia de Hipertensión Arterial en adultos asistentes al centro de atención Primaria Luis Palza Lévano Essalud del distrito Gregorio Albarracín, Tacna, 2011. Los factores de riesgo de hipertensión arterial más frecuentes son: el sedentarismo (81,7%), la alimentación inadecuada (60,8%) y la edad de 50 a más años (56,7). Los factores de riesgo relacionados con la presencia de hipertensión arterial son: la edad mayor de 60 años (25%), los antecedentes familiares de hipertensión arterial (28,3%), la diabetes mellitus (15,8%), la obesidad (29,2%), la alimentación inadecuada (36,7%) y la exposición al estrés (24,2%).

Por otro lado coincide con la investigación de Tafur C. et al (12) en su estudio titulado Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado Del adulto mayor hipertenso, del centro de Atención del adulto mayor del hospital Regional de Loreto, Iquitos-2017, los adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Atención del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto el 84,6% realizan prácticas de autocuidado inadecuado, mientras que sólo el 15,4%

realizan las prácticas de autocuidado adecuado, referido a alimentación, actividad física, cumplimiento de tratamiento farmacológico, hábitos de vida diaria, conducta asumida ante el aumento de la presión arterial y su asistencia a la consulta de salud.

Los estilos que vida y la calidad de vida que se le brinda al adulto mayor son factores esenciales que predisponen la hipertensión arterial. Es por ello la importancia de su estudio, para poder prevenir de manera oportuna su adquisición.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en nuestro estudio de investigación podemos concluir:

- Existen factores de riesgo modificables en la muestra de 52 adultos mayores miembros del club AIPA, de los cuales 31 (59,62%) tienen la edad comprendida entre 75 – 84 años, el sexo predominante es femenino con 41 (78,85%). Se encontró que los factores de riesgo modificables presentes en la investigación son el consumo de alcohol con 29 casos, consumo de tabaco con 30 casos, inactividad física con 32 casos, alimentación (inadecuada) con 33 casos y finalmente el índice de masa corporal con 29 casos asociados a la pre hipertensión e hipertensión.
- Se halló al aplicarse el cuestionario de hipertensión arterial, y hábitos alimenticios, que según rangos de presión arterial, 23 (44,23%) casos de adultos mayores con rango de pre-hipertensión, 17 (32,69%) casos de adultos mayores con rango de Hipertensión, y 12 (23,08%) casos de adultos mayores con un rango normal de presión arterial.
- Asimismo se aprecia que el factor de riesgo modificable predominante es el hábito alimenticio, con un 63,5% de adultos mayores entre pre- hipertensos e hipertensos con una alimentación inadecuada, como segundo factor de riesgo predominante con el 61,5% la inadecuada actividad física, en tercer lugar el consumo de tabaco con un 57,7%, y en cuarto lugar con el mismo porcentaje, el consumo de alcohol y el índice

de masa corporal con un 55,8% para cada uno. Por tanto se acepta la hipótesis, los factores de riesgo modificables se relacionan con presencia de hipertensión arterial, en adultos mayores miembros del club AIPA. Tacna-2017. Existe influencia significativa comprobado estadísticamente mediante la prueba chi cuadrado $X^2 = 10,25$ ($P = ,000 < 0,05$), y se rechaza la hipótesis nula a una confiabilidad del 95%, lo que indica la relación.

RECOMENDACIONES

Los resultados obtenidos en el presente estudio de investigación nos permiten proponer las siguientes recomendaciones:

- Ejecución y cumplimiento de los diferentes programas del Adulto mayor, para el adecuado desenvolvimiento de los adultos mayores, donde se pueda sentir útil y pueda mantener una calidad de vida adecuada.
- Monitoreo y seguimiento de casos de hipertensión arterial, por parte del equipo multidisciplinario de salud, a fin de llevar un control adecuado de los adultos mayores hipertensos.
- Promoción de los estilos de vida saludables en las diferentes etapas de vida, para la prevención de las enfermedades no transmisibles, como la hipertensión arterial, para las fomentando hábitos saludables.
- Apoyo intersectorial y multidisciplinario del equipo de salud para que contribuyan a la mejora de la calidad de vida del Adulto mayor.
- Seguir realizando estudios cuanti cualitativos sobre influencias del estado emocional en los estilos de vida en adultos mayores. Realizar otros estudios similares en distintos lugares, para conocer distintas realidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Segura L. et al. investigadores de TORNASOL II*, La Hipertensión Arterial en el Perú según el estudio TORNASOL II. Enero - Abril 2011. [Revista Peruana de Cardiología Vol. XXXVII N° 1].
2. INEI. Informe Técnico No 2 - junio 2016. Situación de la Población adulta Mayor. [Internet]. Perú: INEI.[citado el 21 de julio del 2016].URL disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_poblacion-adulta-mayor-ene-feb-mar2016.pdf
3. Huallpa J. Relación entre el nivel de conocimiento y práctica sobre el autocuidado del adulto mayor del club de san francisco del distrito de Gregorio Albarracín Lanchipa, Tacna 2014. [Tesis de licenciatura en Enfermería]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. 2014.[citado el 30 de marzo del 2016].
4. DIRESA TACNA. Plan Estratégico Institucional 2014-2018. Equipo de planes y programas. Dirección ejecutiva de planeamiento estratégico. (pag.15,16) [citado en agosto del 2016].
5. Alva L. Nivel de conocimiento de los personas adultas mayores sobre su hipertensión y su recurrencia a la unidad de emergencias del hospital de yungay durante el I trimestres del 2016. [Tesis de de Segunda Especialidad de: Emergencias Y Desastres].Universidad Autonoma de Ica. 2015. [citado en marzo del 2016]

6. RENA. Desarrollo de la edad adulta tardía o vejez. [citado el 30 de Julio del 2016]. URL disponible en: <http://www.rena.edu.ve/cuartaEtapa/psicologia/Tema8.html>
7. Aguas N. “Prevalencia de Hipertensión Arterial y Factores de Riesgo en Población Adulta Afroecuatoriana de la Comunidad la Loma, Canton Mira, del Carchi 2011”, . [Tesis de licenciatura en nutrición y salud comunitaria]. Universidad Tecnica Del Norte, Ibarra Ecuador; Julio 2012
8. Trindade C. Afonso L. Dalva De Barros M. y Silva S. et al. Factores y comportamientos de riesgo cardiovascular en adultos residentes en el municipio de Paiçandu-Paraná– efectos de una intervención en salud- 2014, [Tesis de doctorado]. Brasil, 2014 Universidad de Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.
9. Zubeldia L. Quiles J. Mañes J. Redon J. Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la comunidad Valenciana, España -2015, [Tesis de doctorado]. Dirección General de Salud Pública. Vol. 90; 2016: 1 de abril. Publicado el 1 de abril del 2016
10. Maguiña P. “Factores de riesgo que predisponen a hipertensión arterial en adultos que acuden al servicio de triaje del Centro De Salud “Max Arias Schreiber” – Lima 2013” [Tesis de licenciatura en Enfermería]. Universidad Nacional Mayor De San Marcos
11. Alvares E. “Nivel de conocimientos de los Adultos Mayores sobre Prevención de Hipertensión Arterial en un Centro de Salud, Lima, 2014” [Tesis de licenciatura en Enfermería]. Universidad Nacional Mayor De San Marcos 2015.

12. Tafur C. Vesquez L. Nonaka M. et al. Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado Del adulto mayor hipertenso, del centro de Atención del adulto mayor del hospital Regional de Loreto, iquitos- 2017 [Tesis de licenciatura en Enfermería]. Universidad Nacional de la amazonia peruana. 2017
13. Condori L. Factores de Riesgo relacionados con la presencia de Hipertensión Arterial en adultos asistentes al centro de atención Primaria Luis Palza Lévano Essalud del distrito Gregorio Albarracín, Tacna. 2011 [Tesis de licenciatura en Enfermería]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann 2011
14. Bornaz G. Caceres O. Bornas S. *“Prevalencia y factores de riesgo de hipertensión en Adultos de la ciudad de Tacna- 2017”* [Investigación]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann 2017
15. Ancalli F. *“Reducción de la Hipertensión Arterial y Riesgo Cardiovascular Global en los Pacientes del Programa de Hipertensión Arterial de Es Salud-Red Tacna entre los años 2010-2012”* [Tesis de Maestría en Salud Pública]. Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann. 2014. Escuela de Posgrado
16. Pérez E. ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA: conceptos para la práctica. Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud N° 31. [Internet]. Washington, D.C. 1993. [citado el 26 de noviembre del 2017]. URL disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/3106/Enfermeria%20gerontologica%20conceptos%20para%20la%20pr%C3%A1ctica.pdf?sequence=1>

17. Cisneros F. Introducción a los modelos y Teorías de Enfermería, Popoyan 2005 Universidad del Cuaca. Programa de Enfermería
18. Pereda M. explorando la teoría general de enfermería de Orem. Enfermería Neurológica Ensayo Vol. 10 No. 3 Pag. 163- 167 Mexico 2011 disponible en: www.medigraphic.org.mx
19. Organización Mundial de la Salud (OMS) Factores de riesgo OMS. Artículo informativo [Internet]. OMS [citado el 21 de julio del 2016]. URL disponible en: http://www.who.int/topics/risk_factors/es/
20. Organización Mundial de la Salud. (OMS). Prevención de las enfermedades cardiovasculares [Guía de bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular]. OMS [citado en julio del 2015].
21. Organización Mundial de la Salud. (OMS). Informe Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012 Hipertensión, OMS [citado el 12 de mayo del 2016]. URL disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=6797&Itemid=259
22. Organización Mundial de la Salud. (OMS). Reducir la ingesta de sodio para reducir la tensión arterial y el riesgo de enfermedades cardiovasculares en adultos. [Biblioteca electrónica] Artículo informativo [citado el 29 de septiembre de 2017] [Internet]. OMS. URL disponible en: http://www.who.int/elena/titles/sodium_cvd_adults/es/

23. Moran A. Nutrición: Lípidos. Artículo Informativo. [Biblioteca electrónica] [citado el 28 de septiembre de 2016] [Internet]. OMS. URL disponible en: <http://www.dciencia.es/nutricion-lipidos/>
24. INEI. Instituto Nacional de Estadística e Informática, “Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2014”, Informe Técnico 2014- [Internet]. Perú: INEI. [Citado abril del 2016]. URL disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_ Perú-Enfermedades -No- Transmisibles -y –Transmisibles-2014.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico_Perú-Enfermedades -No- Transmisibles -y –Transmisibles-2014.pdf) (pag.25)
25. Organización Mundial de la Salud (OMS) Informe sobre la situación mundial sobre el alcohol y la salud 2014. [Internet]. OMS [citado el 12 Mayo 2016]. URL disponible en: http://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1317:informe-mundial-de-la-oms-destaca-los-impactos-negativos-del-alcohol-en-la-salud&Itemid=226
26. Organización Mundial de la Salud (OMS) Enfermedades no transmisibles .Nota descriptiva. [Internet]. OMS [citado en junio del 2017]. URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
27. Organización Mundial de la Salud (OMS) Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Nota informativa. [Internet]. OMS [citado en mayo del 2016]. URL disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>

28. MINSA. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Primer Nivel de Atención; Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, 1ra. Edición, 2016; [Dirección de Prevención de Enfermedades No Transmisibles y Oncológicas]. [citado en agosto del 2016] URL disponible en: [http://www.minsa.gob.pe / webmaster@minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe/webmaster@minsa.gob.pe)
29. Pose G. Síndrome general de adaptación (SGA) - incidencia del estrés en la evaluación. Capítulo II : El Estrés. Artículo informativo [Internet]. URL disponible en: <https://evaluacioninstitucional.idoneos.com/345577/>
30. Ochoa De Molina O. Control de los Factores de riesgo de Hipertensión Arterial [Artículo de investigación y Educación en Enfermería]. Universidad de Antioquia, Apartado 1226 Medellín, Colombia [citado marzo del 2016].(pag.112)
31. Organización Mundial de la Salud. (OMS). Hipertensión arterial. [Internet]. OMS. [Citado el 06 de Julio del 2015]. URL disponible en: <http://salud.ccm.net/faq/33210-clasificacion-de-la-hipertension-arterial-segun-la-oms#que-es-la-hipertension-arterial-segun-la-organizacion-mundial-de-la-salud-oms>
32. MINSA. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva [Guía Técnica], [citado el 19 de enero del 2016].
33. MINSA. Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores / Perú. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. -- Lima: Ministerio de Salud,

2006. [citado el 26 de Julio del 2016]. URL disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/Ineamiento%20normas%20tecnicas_%20primera%20parte.pdf

34. SALVAT. La Enciclopedia (diccionario) editorial Salvat Editores pag. 7635, 5891

35. Reglamento de la Ley General en Materia de Investigación para la Salud. [Internet]. 3 de febrero de 1983. [citado el 26 de Julio del 2016]. URL disponible en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

ANEXOS

ANEXO N° 01

MATRIZ DE CONSISTENCIA

MATRIZ DE CONSISTENCIA											
Título: “Factores de Riesgo Modificables Relacionado con la presencia de Hipertensión Arterial en Adultos Mayores miembros del Club AIPA, Tacna-2017”											
Problema	Objetivos	Hipótesis	OPERALIZACIÓN							METODOLOGÍA	
			Variable	Def. Concep.	Dimensión	Indicadores	Ítem	Escala valorativa	Nivel de mediación	Enfoque de investigación: Cuantitativo	Tipo de investigación: De diseño no experimental, Transeccional y descriptivo
¿Cuáles son Factores de Riesgo Modificables Relacionados con la presencia de Hipertensión Arterial en Adultos Mayores Miembros del Club AIPA Tacna-2017?	General Determinar la relación los factores de riesgo modificables con la presencia de hipertensión arterial en adultos mayores miembros del club AIPA. Específicos: –Identificar la presencia de factores de riesgo modificables relacionados con la hipertensión arterial en los adultos mayores miembros del club AIPA. –Determinar el porcentaje de casos con presencia de hipertensión arterial, relacionados con factores de riesgo modificables, en los adultos mayores miembros del club AIPA. –Establecer la relación de factores de riesgo modificables de mayor predominancia, con la presencia de hipertensión Arterial en los adultos mayores miembros del club AIPA.	Ho: Los factores de riesgo modificables no se relacionan con la presencia de hipertensión arterial, en adultos mayores miembros del club AIPA. Tacna-2017. Hi: Los factores de riesgo modificables se relacionan con presencia de hipertensión arterial, en adultos mayores miembros del club AIPA. Tacna-2017.	- Variable Independiente: FACTORES DE RIESGO • Edad • Sexo • Antecedentes familiares • Hábitos alimenticios • Alcoholismo • Tabaquismo • Actividad física o Sedentaris mo • IMC (sobrepeso, obesidad)	Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.	Sexo	-Femenino -Masculino	Ítems N°02	F M	Nominal	Enfoque de investigación: Cuantitativo Tipo de investigación: De diseño no experimental, Transeccional y descriptivo Método: Deductivo – Inductivo Población : Constituido por 52 Adultos mayores en el Club AIPA Criterios de inclusión: Adultos mayores que son miembros del club AIPA con 60 a más años edad. Criterios de exclusión: Adultos miembros del club AIPA, menores de 60 años. - Adultos mayores que se nieguen a participar en el estudio. Unidad de análisis: Adultos mayores miembros del CLUB AIPA Muestra: Para alcances del estudio, el tamaño de la muestra será el 100% de la población Muestreo: No probabilístico Aspectos éticos: Para la aplicación de los instrumentos se aplicó el consentimiento informado. Técnicas e instrumentos de recolección: El método que se utilizó es la encuesta y entrevista para la recolección de datos, así como también los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de hipertensión arterial, y la valoración de hábitos. Técnicas para el procesamiento de datos: Para el análisis estadístico descriptivo se utilizó las frecuencias absolutas y frecuencias relativas simples. Técnicas para la presentación, análisis e interpretación de datos: Para el análisis de la correlación de variables, se utilizara la prueba estadística Chi cuadrado. Técnicas para el informe final: Se elaboraron tablas estadísticas donde se distribuyó la información de acuerdo a las variables de estudio.	
					Edad	-Adulto mayor joven -Adulto mayor maduro -Adulto Mayor -Adulto mayor nonagenarios y centenarios	Ítems N°01	0–64 años 65–74 años 75–84 años 85 años a mas	Ordinal		
					Antecedente Personal y Familiar	-Hipertensión Arterial -Diabetes Mellitus -Obesidad -Ninguna	Ítems N° 08 N°09 N° 10	Si No	Nominal		
					Consumo de tabaco	- No, soy ex fumador -No Fumador -Fumador actual	Ítems N°11	No fumo 1-5 cigar/día 6-10 cigar/día >10 cigar/día	Nominal		
					Consumo de alcohol	- No, soy ex consumidor -No consumidor -Consumidor actual	Ítems: N°12	No consumo Diariamente Ocasional Fines de semana	Nominal		
					Actividad física	-Si realiza ejercicio -No realiza ejercicio	Ítems N°13	1-2 vcs/sem 3 o más vcs/sem	Nominal		
					Índice de masa corporal	Normal Sobrepeso Obesidad	Ítems: N°14	18-24,9 25- 29,9 30- 40 o mas	Ordinal		
					Hábitos alimenticios	-Alimentación adecuada Alimentación regular -Alimentación inadecuada	Ítems: N°01 N° 15	51– 75 puntos 26 – 50puntos 0 – 25 puntos	Ordinal		
			- Variable Dependiente: PRESENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	Enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria- crónica, sin etiología definida	Presión arterial	Normal Pre- Hipertensión Hipertensión	Ítems: N°14	Sist / Diast <120 <80 120-139/80-89 ≥140 / ≥90	Ordinal		

ANEXO N° 02

CUESTIONARIO SOBRE FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSION ARTERIAL

Estimado usuario, soy egresada de la UNJBG de la Escuela Profesional de Enfermería y estoy realizando un estudio de investigación para conocer los **“FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES RELACIONADOS CON LA PRESCENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL”** su colaboración en esta encuesta es de gran importancia, para lo cual solicitamos su veracidad en la contestación de las preguntas.

Las respuestas que Ud. dé a las preguntas serán totalmente confidenciales y anónimas siendo tratadas solamente de forma estadística.

INSTRUCCIONES:

Lea o escuche detenidamente las siguientes preguntas, y responda la alternativa que Usted considere la correcta.

❖ DATOS GENERALES

1. **Edad:** 60–64 años () 65–74 años () 75–84 años () 85 años a mas ()
2. **Sexo:** Femenino () Masculino ()
3. **Nivel de Instrucción:**
Sin instrucción () Primaria () Secundaria ()
Técnico () Profesional ()
4. **Estado Civil:**
Soltera(o) () Casado() Conviviente() Viudo(a)() Divorciado(a) ()
5. **Actualmente usted vive en compañía de:**
Sus hijos ()
Con su pareja ()
Con algún familiar o amigo ()
Solo ()

❖ CUESTIONARIO:

6. **¿Visitó en los últimos 03 meses, a algún profesional de la salud, por su salud?**
Si () No ()
7. **¿A qué lugar va primero cuando se enferma?**
Hospital público () Farmacia ()
Centro de salud () Ninguno ()
Consultorio/ hospital privado () A curandero ()
Otro, cuál? _____
8. **Alguna vez se controló la Presión Arterial**
No ()
Si ()
Como le dijeron que Ud. Tenía la presión arterial:
- Baja ()
- Normal ()
- Alta ()
- No me dijeron nada ()

9. ¿Usted fue diagnosticado con alguna de estas enfermedades?

- Hipertensión Arterial ()
Diabetes Mellitus ()
Obesidad ()

10. Tiene usted algún familiar con:

- Hipertensión Arterial ()
Diabetes Mellitus ()
Obesidad ()

11. ¿Consume Usted Cigarrillos?

- No, soy ex fumador ()
No Fumador ()
Fumador actual () **(Determine frecuencia)**
 Ocasionalmente ()
 Diariamente ()

12. ¿Consume Usted Alcohol?

- No, soy ex consumidor ()
No consumidor ()
Consumidor actual () **(Determine frecuencia)**
 Ocasional ()
 Diariamente ()
 Fines de semana ()

13. Realiza alguna clase de ejercicio mayor de 30 minutos:

- No ()
Si () **(Determine frecuencia)**
 Frecuencia con que realiza el ejercicio:
 1-2 veces/semana () 3 o más veces/semana ()

14. VALORACIÓN ANTROPOMETRICA Y PRESIÓN ARTERIAL

Peso:.....kg.

Talla:.....cm.

IMC:.....

Presión Arterial:mmHg

Rangos		
CATEGORIA	SISTOLICA (mm Hg)	DIASTOLICA (mm Hg)
Normal	<120	<80
Pre - Hipertensión	120 - 139	80 -89
Hipertensión	≥140	≥90

Observaciones:

.....
.....
.....

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

VALORACIÓN DE HABITOS ALIMENTICIOS

INSTRUCCIONES:

Lea o escuche detenidamente las siguientes preguntas, y responda la alternativa que Usted considere la correcta.

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 0 = Nunca | 3 = Frecuentemente |
| 1 = Raramente | 4 = Muy a menudo |
| 2 = Ocasionalmente | 5 = Siempre |

TEST DE ALIMENTACIÓN	N	R	O	F	M A M	S
1. Come usted tres veces al día: desayuno, almuerzo y cena.						
2. Consume en su dieta diaria, por lo menos 2 de estos alimentos: pan, arroz, papas o fideos.						
3. Consume ensaladas 1 vez por día.						
4. Consume frutas en forma diaria.						
5. Consume en su dieta diaria, leche, queso, yogurt, mantequilla.						
6. Bebe usted con frecuencia jugos y gaseosas.						
7. Incluye en su dieta habitual pollo o carnes blancas.						
8. Consume usted carnes rojas.						
9. Consume pescado por lo menos 1 vez a la semana.						
10. Consume arvejas o lentejas, 1 vez en la semana.						
11. Controla el consumo de pasteles o tortas.						
12. Consume refrescos o bebidas sin azúcar.						
13. Consume frituras con frecuencia.						
14. Consume alimentos con poca sal.						
15. Consume agua pura durante el día.						

Fuente: **CONDORI, L.** Factores de Riesgo relacionados con la presencia de Hipertensión Arterial C.S. Luis Palza Lévano Essalud, modificado por Bach. Beatriz Gomucio Panca

Tipo de Alimentación

- Alimentación adecuada (51 – 75)
- Alimentación Regular (26 – 50)
- Alimentación inadecuada (0 – 25)

¡MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

ANEXO N° 03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado Usuario, se le hace de conocimiento que usted; fue escogido para participar de la investigación titulada: “**FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES RELACIONADOS CON LA PRESENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES MIEMBROS DEL CLUB AIPA TACNA-2017**” el cual tiene como objetivo: Determinar la relación de los factores de riesgo modificables con la presencia de hipertensión arterial en adultos mayores miembros del club AIPA Tacna-2017.

Su participación es completamente libre y voluntaria, se trata de una investigación que no le producirá ningún tipo de daño, en todo momento se respetarán sus derechos humanos y se ceñirá a principios éticos. Asimismo NO le implicará ningún costo económico. La información recabada tendrá carácter anónimo y confidencial.

Por lo tanto, firme en la parte posterior si acepta ser partícipe de dicha investigación y aplicación de la encuesta.

Atte.:

INVESTIGADOR(A): Bach. Beatriz Gomucio Panca
Universidad Nacional Jorge Basadre Grohman
Facultad Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Enfermería

FIRMA DEL PARTICIPANTE

DNI: _____

ANEXO N° 04

FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS (MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann
Facultad Ciencias De La Salud
Escuela Profesional De Enfermería

“Año del buen servicio al ciudadano”

Tacna 07 de noviembre del 2017

Sr. _____

Presente:

Por la presente, reciba usted el saludo cordial y fraterno a nombre de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann; luego para manifestarle, que estoy desarrollando la tesis titulada: “FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES RELACIONADO CON LA PRESENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES MIEMBROS DEL CLUB AIPA, TACNA-2017” por lo que conocedores de su trayectoria profesional y estrecha vinculación en el campo de la investigación, le solicito su colaboración en emitir SU JUICIO DE EXPERTO, para la validación del instrumento “ CUESTIONARIO SOBRE FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSION ARTERIAL “ de la presente investigación.

Agradeciéndole por anticipado su gentil colaboración como experto, me suscribo de usted.

Atentamente

Srta. Beatriz Gomucio Panca
Bachiller en Enfermería

Adjunto:

1. Matriz de Consistencia
2. Operacionalización de variables
3. Instrumento de investigación con su solucionario
4. Ficha de juicio de experto

VALIDACION DE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y Nombres del Experto Edad
- 1.2. Institución Donde Labora/Cargo
- 1.3. Título Profesional
- 1.4. Grado Académico Mención en
- 1.5. Título de la Investigación:

“Factores de Riesgo Modificables Relacionados con la Presencia de Hipertensión Arterial en Adultos Mayores Miembros del Club AIPA Tacna-2017”

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

N°	INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
			0-19	20-39	40-59	60-79	80-100
1	CLARIDAD DE LA REDACCION	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible.					
2	OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación.					
3	PERTINENCIA	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación,					
4	ORGANIZACION	Hay una secuencia lógica en las pregunta.					
5	SUFICIENCIA	El número de preguntas es adecuado, y tiene calidad en la transmisión de las mismas.					
6	INTENCIONALIDAD	El conjunto de Ítems del cuestionario cumple en: Registrar, estructurar las funciones, finalidad, organización, tipo de preguntas características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación.					
7	CONSISTENCIA	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia de la salud basado en aspectos teóricos científicos.					
8	COHERENCIA INTERNA	Entre dimensiones, indicadores ,ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación					
9	METODOLOGIA	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al					

ANEXO N° 05

VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO POR LOS EXPERTOS

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

VALIDACION DE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y Nombres del Experto Aponte Cardenas, Rubi Edad 52
 1.2. Institución Donde Labora/Cargo HINSA, ES Esperanza / Enf. Adulto Mayor
 1.3. Título Profesional licenciada en Enfermería
 1.4. Grado Académico Especialista Mención en Salud Pública
 1.5. Título de la Investigación:

“Factores de Riesgo Modificables Relacionados con la Presencia de Hipertensión Arterial en Adultos Mayores Miembros del Club AIPA Tacna-2017”

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

N°	INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
			0-19	20-39	40-59	60-79	80-100
1	CLARIDAD DE LA REDACCION	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible.				65	
2	OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación.					85
3	PERTINENCIA	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación,					85
4	ORGANIZACION	Hay una secuencia lógica en las pregunta.					85
5	SUFICIENCIA	El número de preguntas es adecuado, y tiene calidad en la transmisión de las mismas.				78	
6	INTENCIONALIDAD	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en: Registrar, estructurar las funciones, finalidad, organización, tipo de preguntas características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación.					83
7	CONSISTENCIA	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia de la salud basado en aspectos teóricos científicos.					90
8	COHERENCIA INTERNA	Entre dimensiones, indicadores ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación					80
9	METODOLOGIA	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso del Método científico (proceso de la investigación)					80
10	INDUCCION A LA RESPUESTA (CALIDAD)	Entre la comprensión del ítems y la expresión de la respuesta				79	
11	LENGUAJE	Esta acorde al nivel del que será entrevistado				75	

VALIDACION DE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y Nombres del Experto Rios Alvarez, Amanda Edad 54
 1.2. Institución Donde Labora/Cargo C. 5 Alto Allianza, P. Adulto Mayor
 1.3. Título Profesional Tecniciada en Enfermería
 1.4. Grado Académico Magister Mención en Enfermería
 1.5. Título de la Investigación:

"Factores de Riesgo Modificables Relacionados con la Presencia de Hipertensión Arterial en Adultos Mayores Miembros del Club AIPA Tacna-2017"

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

N°	INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
			0-19	20-39	40-59	60-79	80-100
1	CLARIDAD DE LA REDACCION	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible.				75	
2	OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación.				75	
3	PERTINENCIA	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación,					80
4	ORGANIZACION	Hay una secuencia lógica en las pregunta.					80
5	SUFICIENCIA	El número de preguntas es adecuado, y tiene calidad en la transmisión de las mismas.				75	
6	INTENCIONALIDAD	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en: Registrar, estructurar las funciones, finalidad, organización, tipo de preguntas características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación.					85
7	CONSISTENCIA	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia de la salud basado en aspectos teóricos científicos.					85
8	COHERENCIA INTERNA	Entre dimensiones, indicadores ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación				75	
9	METODOLOGIA	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso del Método científico (proceso de la investigación)					85
10	INDUCCION A LA RESPUESTA (CALIDAD)	Entre la comprensión del ítems y la expresión de la respuesta				70	
11	LENGUAJE	Esta acorde al nivel del que será entrevistado					85

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

1. OPINIÓN DE APLICABILIDAD :

a) Deficiente _____ b) baja _____ c) regular _____ D) buena E) muy buena _____

2. Promedio de valoración: 92%

3. Fecha y Lugar 03/12/17 _____

4. Observaciones: general (si debe eliminarse o modificarse un ítems por favor indique)

Ninguna


.....
Lic. Enf. Amanda Rios Alvarez
CEH 25666
Firma y sello del experto
DNI 25201352

VALIDACION DE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y Nombres del Experto ALAVE GOMEZ, CARLOS ALBERTO Edad 46
 1.2. Institución Donde Labora/Cargo MINSA, CS. ALTO ALIANZA (PROMOCION DE LA SALUD)
 1.3. Título Profesional LICENCIADO EN ENFERMERIA
 1.4. Grado Académico BACHILLER Mención en ENFERMERIA
 1.5. Título de la Investigación:

“Factores de Riesgo Modificables Relacionados con la Presencia de Hipertensión Arterial en Adultos Mayores Miembros del Club AIPA Tacna-2017”

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

N°	INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
			0-19	20-39	40-59	60-79	80-100
1	CLARIDAD DE LA REDACCION	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible.				75	
2	OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación.				75	
3	PERTINENCIA	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación,					80
4	ORGANIZACION	Hay una secuencia lógica en las pregunta.					80
5	SUFICIENCIA	El número de preguntas es adecuado, y tiene calidad en la transmisión de las mismas.					80
6	INTENCIONALIDAD	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en: Registrar, estructurar las funciones, finalidad, organización, tipo de preguntas características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación.					80
7	CONSISTENCIA	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia de la salud basado en aspectos teóricos científicos.				75	
8	COHERENCIA INTERNA	Entre dimensiones, indicadores ,ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación				75	
9	METODOLOGIA	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso del Método científico (proceso de la investigación)				70	
10	INDUCCION A LA RESPUESTA (CALIDAD)	Entre la comprensión del ítems y la expresión de la respuesta					80
11	LENGUAJE	Esta acorde al nivel del que será entrevistado					85

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

1. OPINIÓN DE APLICABILIDAD :


a) Deficiente _____ b) baja _____ c) regular _____ D) buena E) muy buena _____

2. Promedio de valoración: 80 %

3. Fecha y Lugar 04.12.2017

4. Observaciones: general (si debe eliminarse o modificarse un ítems por favor indique)

- PREGUNTA (10) CUAL ES LO INTENCION DEBE SER HIJOS
 - PREGUNTA (14) RANBO PA, DEBE REGIRSE A NORMA MINSA
 - PREGUNTA (15) RANBO DE GUACAMA, DEBE REGIRSE A VOLUNT.
- REFERENCIA NORMA GUIA DME MINSA.


Carlos A. Aláve Gómez
Enfermero
CEP 24721

Firma

VALIDACION DE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y Nombres del Experto Mendoza Roldo Jenny Concepción Edad 56 a.
 1.2. Institución Donde Labora/Cargo ESEN/FACS
 1.3. Título Profesional Licenciada en Enfermería
 1.4. Grado Académico Bachiller Menciona en Exhaustiva
 1.5. Título de la Investigación:

“Factores de Riesgo Modificables Relacionados con la Presencia de Hipertensión Arterial en Adultos Mayores Miembros del Club AIPA Tacna-2017”

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

N°	INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
			0-19	20-39	40-59	60-79	80-100
1	CLARIDAD DE LA REDACCION	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible.					98
2	OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación.					98
3	PERTINENCIA	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación,					98
4	ORGANIZACION	Hay una secuencia lógica en las pregunta.					98
5	SUFICIENCIA	El número de preguntas es adecuado, y tiene calidad en la transmisión de las mismas.					98
6	INTENCIONALIDAD	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en: Registrar, estructurar las funciones, finalidad, organización, tipo de preguntas características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación.					98
7	CONSISTENCIA	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia de la salud basado en aspectos teóricos científicos.					98
8	COHERENCIA INTERNA	Entre dimensiones, indicadores ,ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación					98
9	METODOLOGIA	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso del Método científico (proceso de la investigación)					98
10	INDUCCION A LA RESPUESTA (CALIDAD)	Entre la comprensión del ítems y la expresión de la respuesta					98
11	LENGUAJE	Esta acorde al nivel del que será entrevistado					98

VALIDACION DE JUICIO DE EXPERTO DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

I. DATOS GENERALES

- 1.1. Apellidos y Nombres del Experto Apaza Chura Julio Cesar Edad 30
 1.2. Institución Donde Labora/Cargo Docente ENGE-INEZ-TACMA
 1.3. Título Profesional Lic. Matemática, Computación e Informática
 1.4. Grado Académico Bachiller Menciona en Ciencias de la Educación
 1.5. Título de la Investigación:

"Factores de Riesgo Modificables Relacionados con la Presencia de Hipertensión Arterial en Adultos Mayores Miembros del Club AIPA Tacha-2017"

II. ASPECTOS DE VALIDACION:

N°	INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	BAJA	REGULAR	BUENA	MUY BUENA
			0-19	20-39	40-59	60-79	80-100
1	CLARIDAD DE LA REDACCION	Esta formulado con lenguaje apropiado y entendible.					95
2	OBJETIVIDAD	Esta expresado en conductas observables y medibles hacia los objetivos de la investigación.					90
3	PERTINENCIA	Es útil y adecuado, las preguntas están relacionadas al tema de investigación.					85
4	ORGANIZACION	Hay una secuencia lógica en las pregunta.					80
5	SUFICIENCIA	El número de preguntas es adecuado, y tiene calidad en la transmisión de las mismas.					85
6	INTENCIONALIDAD	El conjunto de ítems del cuestionario cumple en: Registrar, estructurar las funciones, finalidad, organización, tipo de preguntas características y naturaleza, utilizando las estrategias científicas para alcanzar las metas del estudio de investigación.					95
7	CONSISTENCIA	Existe solidez y coherencia entre sus preguntas en función al avance de la ciencia de la salud basado en aspectos teóricos científicos.				75	
8	COHERENCIA INTERNA	Entre dimensiones, indicadores ,ítems, escala y nivel de medición de las variables en estudio de la investigación					87
9	METODOLOGIA	Los ítems responden a la temática de estudio que está en relación al proceso del Método científico (proceso de la investigación)				75	
10	INDUCCION A LA RESPUESTA (CALIDAD)	Entre la comprensión del ítems y la expresión de la respuesta					90
11	LENGUAJE	Esta acorde al nivel del que será entrevistado					90

ANEXO N° 06
AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO
EN EL CLUB AIPA



Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



"AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO"

OFICIO N° 817-2017-ESEN/FACS
Tacna, 2017 Diciembre 19



Señora:
Hilda Cofré de Lajo
PRESIDENTA DEL CLUB DE ADULTOS MAYORES AIPA
Presente.

ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA APLICAR INSTRUMENTO

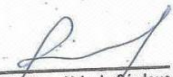
De mi consideración:

Por el presente me dirijo a Ud., con la finalidad de saludarla y, a la vez hacer de su conocimiento que la Bach. Beatriz Gomucio Panca, viene ejecutando su proyecto de tesis titulado **FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES RELACIONADO CON LA PRESENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES MIEMBROS DEL CLUB AIPA, TACNA – 2017**, según R.F. N° 7910-2017-FACS-UNJBG, por lo que solicitamos su **AUTORIZACIÓN**, para la aplicación de su instrumento mediante Encuestas dirigido a los adultos mayores que asisten al mencionado Club, que esta a cargo de su personal, brindándole las facilidades que requiera el caso a dicha tesista.

Agradeciéndole por anticipado la atención que preste al presente, reitero a Ud., mis saludos y consideraciones.

Atentamente,




Dra. Victoria Nora Vela de Córdova
DIRECTORA E.P. ENFERMERÍA

Ccch.




00737944
23/12/2017.

ANEXO N° 07

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

1. VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Análisis de validez de contenido se realizará mediante por juicio de expertos de acuerdo al estadístico de prueba DPP del instrumento “Factores de Riesgo modificables relacionados con la presencia de hipertensión arterial” La misma que tuvo por finalidad recoger las opiniones, recomendaciones y sugerencias de expertos dedicados al área académica de estudio del presente trabajo de investigación.

**TABLA 01: CALIFICACIÓN DE VALIDEZ DEL INSTRUMENTO
“FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES RELACIONADOS CON LA
PRESENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL”**

NUEVA ESCALA		INTERVALO	SIGNIFICADO
0,000	2,653	A	Adecuación Total
2,654	5,308	B	Adecuación en gran medida
5,309	7,962	C	Adecuación promedio
7,963	10,616	D	Adecuación escasa
10,617	12,270	E	inadecuación

Fuente: elaboración por autor, Tomado del libro “Estadística inferencial” Cleto de la torre Dueñas, Yeny M. Accostupa Quispe, (2013, p19) Editorial Moshera- lima, 1° edición.

Interpretación:

Según la Tabla 01 y los procesos que figuran en el anexo 01, la prueba estadística de validez del **(DPP) es 1,166** y cae dentro del Intervalo A [0,000 – 2,653]. Por tanto el instrumento tiene una validez de medida “Adecuación total” por lo cual supera la prueba de validez (validez de contenido) por lo cual podemos decir que el

instrumento puede pasar a la siguiente etapa que es la aplicación a la muestra piloto. (Anexo 08)

2. CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para la confiabilidad o fiabilidad de los instrumentos se aplicó una muestra piloto de 15 adultos mayores – Tacna, luego una vez aplicada los cuestionarios se hizo uso de una de las herramientas usados para estos fines denominadas Alpha de Cronbach, cuya valoración fluctúa entre - 1 y 1 como se muestra en la Tabla siguiente:

TABLA 02.- ESCALA DE ALPHA DE CRONBACH

Escala	Significado
0,00 a +/- 0,20	Despreciable
0,20 a 0,40	Baja o ligera
0,40 a 0,60	Moderada
0,60 a 0,80	Marcada
0,80 a 1,00	Muy alta

Fuente: Santiago Valderrama Mendoza. (2013, p. 228).

Para dicho cálculo se ha hecho uso del SPSS Versión 24, sin reducir ningún elemento; es decir de una sola medida, se presentan a continuación:

TABLA 03.- ALPHA DE CRONBACH: INTERPRETACION DE RESULTADOS

Variable	N° de elementos	Alfa de Cronbach	Interpretación
Hábitos alimenticios	15	0,726	Marcada

Fuente: Elaboración propia, basado en cuestionario aplicado al adulto mayor.

Análisis e Interpretación:

El Coeficiente obtenido para la variable hábitos alimenticios dio un valor considerable y significativo de 0,726 lo cual significa que la interpretación de confiabilidad es “Marcada”, concluyendo que el instrumento aplicado tiene una confiabilidad alta y puede ser aplicado a la muestra real.

ANEXO N° 08

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO (MEDIANTE EL CRITERIO DE EXPERTOS)

INSTRUMENTO

“FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES RELACIONADOS CON LA PRESENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES MIEMBROS DEL CLUB AIPA TACNA-2017”

PRIMERO: Se construye una tabla de doble entrada, como la mostrada a continuación; y se colocan los puntajes para cada reactivo o ítem de acuerdo al criterio establecido por el experto, además de sus respectivos promedios.

PROMEDIO DE LA VALIDACIÓN DE LOS EXPERTOS DEL CUESTIONARIO

CRITEROS	Experto 01	Experto 02	Experto 03	Experto 04	Experto 05	Promedio \bar{x}
01	4	4	5	4	5	4,40
02	4	4	5	5	5	4,60
03	5	5	5	5	5	5,00
04	5	5	5	5	5	5,00
05	5	4	5	4	5	4,60
06	5	5	5	5	5	5,00
07	4	5	5	5	4	4,60
08	4	4	5	5	5	4,60
09	4	5	5	5	4	4,60
10	5	4	5	4	5	4,60
11	5	5	5	4	5	4,80

SEGUNDO: Con los promedios hallados se determina la distancia de puntos múltiples (DPP), mediante la siguiente ecuación:

$$DPP = \sqrt{(X - Y_1)^2 + (X - Y_2)^2 + \dots + (X - Y_9)^2}$$

Donde:

x = Valor Máximo en la escala concedido para cada ítem.

y = El promedio de cada ítem.

Para el presente estudio tenemos:

CRITEROS	X	Y	(X-Y) ²
01	5	4,40	0,36
02	5	4,60	0,16
03	5	5,00	0,00
04	5	5,00	0,00
05	5	4,60	0,16
06	5	5,00	0,00
07	5	4,60	0,16
08	5	4,60	0,16
09	5	4,60	0,16
10	5	4,60	0,16
11	5	4,80	0,04
		Suma	1,36

$$DPP = \sqrt{1.36} = 1,166$$

La DPP hallada es de: **1,166**

TERCERO: Determinar la distancia máxima (Dmax) del valor obtenido respecto al punto de referencia (0), con la ecuación.

$$Dmax = \sqrt{(X_1 - Y)^2 + (X_2 - Y)^2 + \dots + (X_{11} - Y)^2}$$

Donde

x = Valor máximo en la escala para cada ítem. (5)

y = Valor mínimo de la escala para cada ítem. (1)

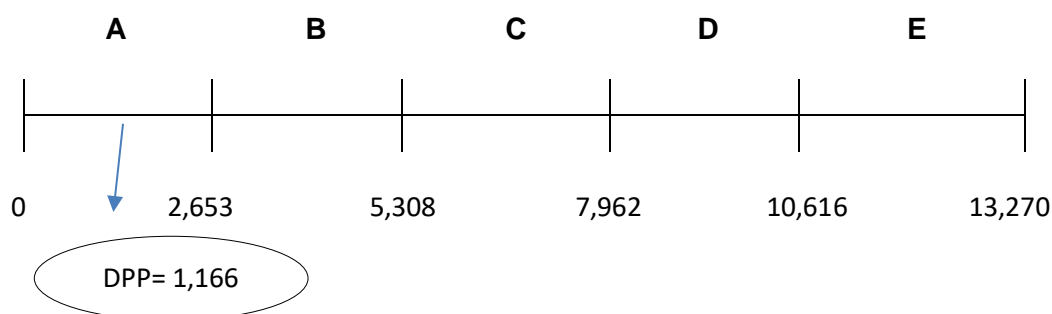
$$Dmax = \sqrt{176} = 13,27$$

CUARTO: La Dmax se divide entre el valor máximo de la escala, lo que nos da un valor de 2,653.

QUINTO: Con este último valor hallado, se construye una nueva escala valorativa a partir de cero hasta llegar a Dmax. Dividiéndose en intervalos iguales entre sí, llamándose con letras A, B, C, D, E.

Siendo:

- A= Adecuación Total
- B= Adecuación en gran medida
- C= Adecuación Promedio
- D= Escasa adecuación
- E= Inadecuación



SEXTO: El punto DPP debe caer en las zonas A o B; en caso contrario el instrumento requiere reestructuración y/o modificación, luego de los cuales se somete a nuevamente a juicio de expertos. El valor hallado del DPP fue de 1,166 cayendo en la zona A, lo que significa adecuación total del instrumento y que puede ser aplicado a la muestra piloto.

- VALIDEZ DE CRITERIO

Se estableció la validez de los instrumentos de medición al comparar sus resultados con los de algún criterio externo que pretende medir lo mismo. Mediante el cálculo de coeficiente de validez, se empleó la correlación y regresión lineal simple.

Mediante la siguiente expresión:

$$Y = \alpha + \beta X + \varepsilon,$$

Y cuyo resultado fue: 0,960

Como es positivo, esto indica que existe una relación directa entre las variables de estudio. Además, su valor es próximo a 1 indicando una dependencia lineal muy fuerte.

- **VALIDEZ DE CONSTRUCTO**

La validez de constructo es el grado en que el instrumento de medida cumple con las hipótesis, es así una perspectiva científica, y se refiere a qué tan exitosamente un instrumento representa y mide un concepto teórico. Asimismo por ser una investigación no experimental se utilizó el Análisis de las diferencias individuales, el cual refiere el análisis de la distribución de las puntuaciones de test y a comparaciones de estos aspectos en distintas muestras. Estas comparaciones no son arbitrarias, sino que se derivan de hipótesis que se hacen en función de los conocimientos que se tiene del constructo.

ANEXO N° 09

Cálculo de Confiabilidad: Alfa de Cronbach

Dentro de la fase de validación cuantitativa: tenemos la confiabilidad, la validez de constructo, validez de criterio, validez de estabilidad y el rendimiento. Desarrollaremos la Confiabilidad o consistencia interna: que implica conocer qué proporción de la varianza de los resultados obtenidos en una medición es varianza verdadera, se asume que toda condición que no es relevante para efectos de la medición representa; varianza error. Tenemos el Alfa de Cronbach y el Kuder-Richardson.

Requisitos para poder calcular la fiabilidad de un test:

1. Estar formado por un conjunto de ítems que se combinan aditivamente para hallar una puntuación global (esto es, las puntuaciones se suman y dan un total que es el que se interpreta).
2. Todos los ítems miden la característica deseada en la misma dirección. Es decir, los ítems de cada una de las escalas tienen el mismo sentido de respuesta. Este último no es necesario para el método de varianza de ítems.

Calculando la fiabilidad:

La formula para hallar la fiabilidad es:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right]$$

Donde:

A	=	Alfa de Cronbach	=	A
K	=	Numero de Items	=	20
K-1	=	N° de Items menos 1 (34-1)	=	19
$\sum Vi$	=	Suma de las Varianzas de cada Item	=	5,37
Vt	=	Varianza del Total	=	16,64

1. Hallar las varianzas

ítems	Media	Desviación estándar	Varianza
16. Come usted tres veces al día: desayuno, almuerzo y cena.	3,20	,77	,60
17. Consume en su dieta diaria, por lo menos 2 de estos alimentos: pan, arroz, papas o fideos.	3,13	,99	,98
18. Consume ensaladas 1 vez por día.	1,80	,68	,46
19. Consume frutas en forma diaria.	2,27	,59	,35
20. Consume en su dieta diaria, leche, queso, yogurt, mantequilla.	2,27	,59	,35
21. Bebe usted con frecuencia jugos y gaseosas.	1,73	,59	,35
22. Incluye en su dieta habitual pollo o carnes blancas.	3,07	,80	,64
23. Consume usted carnes rojas.	1,87	,52	,27
24. Consume pescado por lo menos 1 vez a la semana.	1,80	,68	,46
25. Consume arvejas o lentejas, 1 vez en la semana.	3,40	,63	,40
26. Controla el consumo de pasteles o tortas.	1,80	,41	,17
27. Consume refrescos o bebidas sin azúcar.	1,60	,51	,26
28. Consume frituras con frecuencia.	2,40	,91	,83
29. Consume alimentos con poca sal.	1,80	,56	,31
30. Consume agua pura durante el día.	2,20	,68	,46
Suma de cada ítems ($\sum V_i$)	-	-	5,37
Suma total general ($\sum V_t$)	31,27	4,08	16,64

2. Reemplazando el algoritmo:

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right]$$

$$\alpha = \frac{15}{15 - 1} \cdot \left[1 - \frac{5.37}{16.64} \right]$$

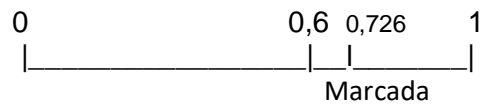
$$\alpha = 0,725660577 < 1$$

3. Si el valor de Alfa es cercano a la unidad se trata de un instrumento fiable que **hace mediciones estables y consistentes**.

Entonces:

$$\alpha = 0,726$$

4. Ubicando en el rango de 0 a 1



Se concluye: que el instrumento es fiable que **hace mediciones estables y consistentes**.

ANEXO N°10

PRUEBA ESTADÍSTICA DE HIPÓTESIS

Hipótesis nula

Ho: Los factores de riesgo modificables no se relacionan con la presencia de hipertensión arterial, en adultos mayores miembros del club AIPA. Tacna-2017.

Hipótesis alterna

Ha: Los factores de riesgo modificables se relacionan significativamente con presencia de hipertensión arterial, en adultos mayores miembros del club AIPA. Tacna-2017.

Regla de decisión

- Si el valor $Sig > 0,05$ se acepta Ho
- Si el valor $Sig < 0,05$ se acepta Ha

Test de prueba Chi cuadrado

En el programa SPSS se tiene los siguientes resultados:

	valor	gl	Nivel de significancia
Chi-cuadrado de Pearson	10,25	4	0,0364
Razón de verosimilitudes	15,632	6	0,004
Asociación lineal por lineal	6,314	4	0,013
N° de casos válidos	52		
5 casillas (63.5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3.			

ANEXO N°10
AUTORIZACIÓN DE APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE LA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

14 NOV 2017

Escuelas Profesionales de: Obstetricia, Enfermería, Medicina Humana, Odontología,
Farmacia y Bioquímica

RESOLUCIÓN DE FACULTAD N° 7910-2017-FACS-UNJBG
Tacna, 10 de noviembre del 2017

VISTO:

El Oficio N° 691-2017-ESEN/FACS, remitido el 08.11.17, la Directora de la Escuela Profesional de Enfermería, solicitando la designación de Asesor para el Proyecto de tesis presentado por la Bach. Beatriz Gomucio Panca, y

CONSIDERANDO:

Que, la Bach. Beatriz Gomucio Panca, de la Escuela Profesional de Enfermera, solicita se le asigne Asesor para el proyecto de tesis;

Que, mediante el Oficio N° 691-2017-ESEN/FACS, remitido el 08.11.17, la Directora de la Escuela Profesional de Enfermería, solicita se designe Asesor del Proyecto de Tesis titulado: FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES RELACIONADOS CON LA PRESENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES MIEMBROS DEL CLUB AIPA TACNA – 2017, presentado por la Bach. Beatriz Gomucio Panca, de la Escuela Profesional de Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud, teniendo como Asesora a la Dr. Wender Condori Chipana;

Que, teniendo opinión favorable de su Asesor el Dr. Wender Condori Chipana, se procede a autorizar la ejecución del Proyecto de Tesis;

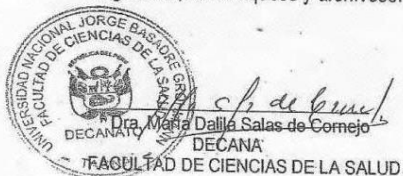
De conformidad con el Art. 70° numeral 70.2 de la Ley Universitaria N° 30220, en uso de las atribuciones conferidas a la Sra. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud;

SE RESUELVE:

ART. 1°: Oficializar la Designación como Asesor del Dr. Wender Condori Chipana, para el Proyecto de Tesis titulado: FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES RELACIONADOS CON LA PRESENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES MIEMBROS DEL CLUB AIPA TACNA – 2017, presentado por la Bach. Beatriz Gomucio Panca, de la Escuela Profesional de Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud.

ART. 2°: Autorizar la ejecución de Proyecto de Tesis presentado por la Bach. Beatriz Gomucio Panca, de la Escuela Profesional de Enfermería, de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Regístrese, comuníquese y archívese.



DISTR. ESEN., INTERESADO., arch.

