

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO ESCUELA DE GRADUADOS EN  
CIENCIAS DE LA SALUD**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE:**

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**TEMA:**

**“DISEÑO DE ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA MODIFICAR  
ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS JÓVENES CON HIPERTENSIÓN  
ARTERIAL. SECTOR GUAYAQUIL. CENTRO DE SALUD PEDRO  
CARBO. AÑO 2018”**

**AUTORA:**

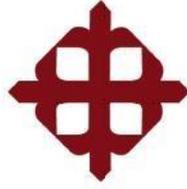
**JOHANNA GEORGINA VIDAL PLÚAS**

**DIRECTOR:**

**DRA. CRISTINA VICTORIA HERNÁNDEZ ROCA**

**GUAYAQUIL – ECUADOR**

**2018**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por el/la Dr.  
(a) *Johanna Georgina Vidal Plúas*, como requerimiento parcial para la  
obtención del Título de Especialista en *Medicina Familiar y Comunitaria*.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018.

**DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:**

---

Dra. Cristina Victoria Hernández Roca

**DIRECTOR DEL PROGRAMA:**

---

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:**

*Yo, Johanna Georgina Vidal Plúas*

**DECLARO QUE:**

El Trabajo de investigación “*Diseño de estrategia educativa para modificar estilos de vida en adultos jóvenes con hipertensión arterial. Sector Guayaquil. Centro de Salud Pedro Carbo. Año 2018*” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía.

Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

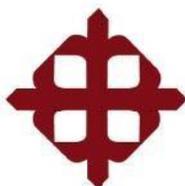
En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018

**EL AUTOR:**

---

Johanna Georgina Vidal Plúas



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**  
**SISTEMA DE POSGRADO**  
**ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**AUTORIZACIÓN:**

*Yo, Johanna Georgina Vidal Plúas*

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: *“diseño de estrategia educativa para modificar estilos de vida en adultos jóvenes con hipertensión arterial. Sector Guayaquil. Centro de salud Pedro Carbo. Año 2018”*, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 17 días del mes de diciembre año 2018

**EL AUTOR:**

---

Johanna Georgina Vidal Plúas

## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** TESIS MFC UCSG.docx (D45723115)  
**Submitted:** 12/14/2018 7:04:00 AM  
**Submitted By:** joha\_vip@hotmail.com  
**Significance:** 4 %

### Sources included in the report:

TESIS MOISES DAVID MENDOZA FRANCO.doc (D45647623)  
Raul Jonnathan Urgiles Calero.docx (D45622543)  
TESIS CORREO.docx (D21319852)  
<https://www.thefreelibrary.com/Factores+protectores%252C+estilos+de+vida+saludable+y+riesgo...-a0454485055>

### Instances where selected sources appear:

13

---

## **1. Agradecimiento**

Agradezco primeramente a Dios por guiar mis pasos día con día, por haber puesto en mi camino a aquellas personas que me brindaron su apoyo durante todo este período y por permitirme alcanzar una meta más en mi vida profesional.

A mis padres por apoyarme durante toda mi formación académica y personal, a mis hermanos, a mis abuelos que, aunque ya no están en este mundo terrenal, llevo en mi sus valiosos consejos y ejemplos, y a los docentes de la Misión Cubana, quienes me apoyaron de manera incondicional para finalizar el trabajo de investigación y obtener el grado Académico de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

## **2. Dedicatoria**

Dedico este trabajo a Dios, a mis padres que son el pilar fundamental en mi vida, a mis hermanos, a la memoria de mis abuelitas Grecia, Nicerata y a mi abuelito Alfonso, que desde el cielo sé que están orgullosos de mí, a todas las personas que apoyaron mi formación académica y a los pacientes adultos jóvenes de mi comunidad que estuvieron prestos a trabajar en esta investigación.



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO**  
DIRECTOR DEL POSGRADO

f. \_\_\_\_\_

**ARANDA CANOSA, SANNY**  
COORDINADORA DOCENTE

f. \_\_\_\_\_

**BATISTA PEREDA, YUBEL**  
OPONENTE

TEMA:	“DISEÑO DE ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA MODIFICAR ESTILOS DE VIDA EN ADULTOS JOVENES CON HIPERTENSION ARTERIAL. SECTOR GUAYAQUIL. CENTRO DE SALUD PEDRO CARBO. AÑO 2018”
ALUMNO:	JOHANNA GEORGINA VIDAL PLÚAS
FECHA:	

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDIVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						

Observaciones: \_\_\_\_\_

Lo certifico,

\_\_\_\_\_  
DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS  
DIRECTOR DEL POSGRADO MFC  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

\_\_\_\_\_  
DR. YUBEL BATISTA PEREDA  
OPONENTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

\_\_\_\_\_  
DRA. SANNY ARANDA CANOSA  
COORDINADORA DOCENTE  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

# 1 INDICE DE CONTENIDOS

1	Agradecimiento .....	VI
2	Dedicatoria.....	VII
	TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN .....	VIII
	ACTA DE SUSTENTACIÓN.....	IX
3	INDICE DE CONTENIDOS.....	X
4	INDICE DE TABLAS .....	XII
5	INDICE DE ANEXOS .....	XIII
6	RESUMEN .....	XIV
7	ABSTRACTS .....	XV
8	INTRODUCCIÓN.....	2
9	EL PROBLEMA.....	6
9.1	Identificación, Valoración y Planteamiento.....	6
9.2	Formulación .....	7
10	OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS .....	7
10.1	General .....	7
10.2	Específicos .....	7
11	MARCO TEÓRICO .....	8
11.1	Antecedentes .....	8
11.2	Definición de estilos de vida .....	11
11.3	Definición de hipertensión arterial.....	12
11.4	Epidemiología de hipertensión arterial .....	12
11.5	Fisiopatología de la hipertensión arterial .....	13
11.6	Clasificación de hipertensión arterial.....	14
11.7	Factores que influyen en los estilos de vida.....	16
11.8	Manifestaciones clínicas .....	20
11.9	Diagnóstico.....	21
11.10	Tratamiento .....	21
12	Marco legal.....	23
13	Método.....	27
13.1	Justificación de la elección del método.....	27

13.2	Diseño de la investigación.....	27
13.2.1	Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.....	27
13.2.2	Procedimiento de recolección de la información .....	27
13.2.3	Técnicas de recolección de información .....	28
13.2.4	Técnicas de análisis estadístico .....	29
13.2.5	Operacionalización de las variables .....	29
14	ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	32
15	CONCLUSIONES.....	41
16	RECOMENDACIONES. ....	42
17	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	43
	ANEXO.....	48

## 2 INDICE DE TABLAS

Tabla 1 Distribución de adultos jóvenes hipertensos según grupos de edad y sexo. Sector Guayaquil. Centro Materno Infantil Pedro Carbo. Año 2018. ....	32
Tabla 2 Distribución de adultos jóvenes hipertensos según nivel de instrucción y sexo. Sector Guayaquil. Centro Materno Infantil Pedro Carbo. Año 2018. ....	33
Tabla 3 Distribución de adultos jóvenes hipertensos según estado civil y sexo. Sector Guayaquil. Centro de salud Pedro Carbo. Año 2018. ....	33
Tabla 4 Distribución de adultos jóvenes hipertensos según etnia y sexo. Sector Guayaquil. Centro de salud Pedro Carbo. Año 2018. ....	34
Tabla 5 Distribución de adultos jóvenes hipertensos según la Ocupación y sexo. Sector Guayaquil. Centro de salud Pedro Carbo. Año 2018. ....	35
Tabla 6 Distribución de los adultos jóvenes hipertensos según conocimiento de HTA, factores de riesgo y sexo. Sector Guayaquil. Centro de salud Pedro Carbo. Año 2018.....	35
Tabla 7 Distribución de los adultos jóvenes hipertensos según conocimiento de Alimentos Saludables y sexo, factores de riesgo y sexo. Sector Guayaquil. Centro de salud Pedro Carbo. Año 2018. ....	36
Tabla 8 Distribución de los adultos jóvenes hipertensos según conocimiento sobre importancia de actividad física y sexo. Sector Guayaquil. Centro de salud Pedro Carbo. Año 2018.....	37
Tabla 9 Distribución de adultos jóvenes hipertensos según hábitos tóxicos y sexo. Sector Guayaquil. Centro de Salud Pedro Carbo. Año 2018.....	37
Tabla 10 Distribución de adultos jóvenes hipertensos según realizan actividad física y sexo. Sector Guayaquil. Centro de Salud Pedro Carbo. Año 2018.....	38
Tabla 11 Distribución de adultos jóvenes hipertensos según consumo de alimentos saludables y sexo. Sector Guayaquil. Centro de Salud Pedro Carbo. Año 2018.....	38
Tabla 12 Distribución de los adultos jóvenes hipertensos según componentes de la estrategia. Sector Guayaquil. Centro de salud Pedro Carbo. Año 2018. ....	39
Tabla 13 Distribución de los adultos jóvenes hipertensos según tiempo de duración, horario y lugar para impartir la estrategia. Sector Guayaquil. Centro de salud Pedro Carbo. Año 2018. ....	40

### 3 INDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento Informado .....	48
Anexo 2 Encuesta .....	49
Anexo 3 PROPUESTA DE ESTRATEGIA DE INTERVENCION EDUCATIVA. ....	53

#### 4 RESUMEN

**Antecedentes:** La hipertensión arterial está identificada como una de las enfermedades más frecuentes del mundo y a la vez es una de las primeras causas básicas de morbilidad y mortalidad en la población, además es el principal factor de riesgo para el accidente cerebro vascular y la enfermedad coronaria. **Objetivo:** Diseñar una estrategia educativa para modificar estilos de vida en pacientes adultos jóvenes con hipertensión arterial del sector Guayaquil, Centro de salud Pedro Carbo en el año 2018. **Material y Método:** Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, el universo estuvo constituido por 81 adultos jóvenes hipertensos del sector Guayaquil. Centro de salud Pedro Carbo año 2018. Se aplicó una encuesta confeccionada por la autora de la investigación para evaluar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de hipertensión arterial, alimentación saludable, actividad física, hábitos tóxicos y diseñar una estrategia educativa. **Resultados:** Se evidenció que el grupo de edad que predominó fue el de 35 – 39 años con un 51,9%. El 59,3% estuvo representado por el sexo masculino. El 29,6% de los participantes tienen nivel de escolaridad primaria. El 66,7% de estado unión libre. El 82,7% se autoidentificaron como mestizos y el 22,2% fueron amas de casa. El nivel de conocimiento de hipertensión arterial fue alto en un 63,0% de los encuestados, el nivel de conocimiento fue bajo en 55,6% para los factores de riesgo de hipertensión. La estrategia quedó conformada mediante charlas quincenales, de 30 minutos de duración. **Conclusiones:** La mayoría de los adultos jóvenes mostraron un bajo nivel de conocimiento sobre factores de riesgo para hipertensión arterial, a pesar de ello, un alto porcentaje están conscientes que deben mejorar su estilo de vida para tener una mejor calidad de vida.

**Palabras clave:** hipertensión arterial, factor de riesgo, adultos jóvenes, estrategia educativa.

## 5 ABSTRACTS

**Background:** The arterial hypertension is identified as the illness most common in the world, in addition it is one of the leading causes of morbidity and mortality in the population and its main as a risk factor for stroke Vascular and coronary disease. **Objective:** Design an educational strategy to modify lifestyles in patients' young adults with high blood pressure of the Guayaquil sector, health center Pedro Carbo. Year 2018. **Materials and Method:** a study was made observational, descriptive, cross. the universe consisted of 81 hypertensive young adults from the Sector Guayaquil. Health center Pedro Carbo. A survey was carried out by the author of the research to evaluate the level of Knowledge about risk factors of arterial hypertension and design an educational strategy. **Results:** It was evidenced that the age group that predominated was 35 - 39 years old with 51,9%. 59,3% were represented by the male sex. 29,6% of the participants had primary education. The 66,7% free union state. 82,7% self-identified as mestizos and 22,2% were housewives. The level of knowledge the hipertension arterial was high in 63,0%, the level of knowledge low in 55,6% for risk factor of the illness. The strategy was shaped by biweekly talks, 30 minutes of duration. **Conclusions:** Most of the young adults showed a low level of knowledge about risk factors for hypertension arterial, although a high percentage are conscious, they must improve your lifestyle in order to have a better quality of life.

**Keywords:** hipertension arterial, risk factors, Young adults, educational strategy.

## 6 INTRODUCCIÓN

El estilo de vida se refiere a las formas particulares de manifestarse el modo y las condiciones de vida, estos se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico, pero no la salud como bienestar biopsicosocial espiritual y como componente de la calidad de vida, en este sentido se definen como estilos de vida saludables que son los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, las conductas, los comportamientos de las personas y grupos de población dirigidos a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. (1)

Existen múltiples definiciones en cuanto a los estilos de vida, aunque se semejan en que todos están centrados en un criterio común al ir más allá de los aspectos demográficos o económicos en la descripción de las personas. En los individuos, el estilo de vida es un patrón que cumple con dos funciones: Caracterizar al individuo según su comportamiento, forma de ser y expresarse.

Adler menciona que los estilos de vida hacen referencia a la meta que una persona se fija a sí misma y a los medios que se vale para alcanzarla, ya que las personas utilizan diversidad de medios para lograr obtener su meta en donde muchas veces se integraría en su interior donde hay diferentes valores, creencias, rasgos de personalidad y afecto lo que indica que el estilo de vida sería aquel grupo de personas que comparten características demográficas, actitudes, valores y comportamientos similares. (2)

Actualmente se evidencia una creciente preocupación a nivel mundial con el estilo de vida y las consecuencias que puedan traer en la salud de las personas (1). En el siglo XXI, existe una nueva generación que es reconocida como sociedad del milenio, debido a un proceso de modernización, globalización y desarrollo tecnológico que refleja nuevos estilos de vida. Esta es una tendencia en la cual las personas dedican cada vez menos tiempo a la actividad física y el deporte.

Por lo anterior, se refleja el crecimiento del sedentarismo, y como consecuencia se genera la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como la hipertensión arterial, la diabetes y la obesidad, entre otras, que tiene una relación directa con la inactividad física. (3, 4) La hipertensión arterial (HTA) contribuye a la carga de cardiopatías, accidentes cerebrovasculares e insuficiencia renal, y a la mortalidad y discapacidad prematuras. Afecta desproporcionadamente a las poblaciones de países de ingresos bajos y medianos, en los que los sistemas de salud son débiles.

La promoción de la salud pone de relieve la consideración de que la salud hay que entenderla como una realidad social compleja y como un proceso social-político y no circunscrito solo a una atención médica reparativa con la que se puedan identificar acciones para prevenir, mejorar el diagnóstico oportuno y el control de la (HTA). (4)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) a nivel mundial el 63% de las muertes anuales son causadas por las ECNT, que están relacionadas con la globalización del estilo de vida no saludable, y que cada año mueren 38 millones de personas en el mundo, de los que 16 millones son prematuras es decir que se producen antes de los 70 años y que cada uno de estos fallecimientos están vinculados a procesos pulmonares, cardiovasculares, tumores, diabetes o ictus. (5)

Desde el punto de vista epidemiológico la (HTA) es el factor de riesgo cardiovascular más prevalente en el mundo, afectando el 26% de la población adulta, lo que representa 1000 millones de personas en todo el mundo; como es bien conocido la prevalencia de esta patología aumenta con la edad, con lo que se estima que con el envejecimiento de la población en el 2025 la HTA afectará a 1500 millones de personas.

La carga mundial de enfermedades no transmisibles (ENT) y la amenaza que suponen constituyen un importante problema de salud pública que profundiza el desarrollo social y económico en todo el mundo, para evitar las crecientes diferencias entre los países y poblaciones se necesitan medidas urgentes a nivel mundial, regional y nacional que mitiguen esta amenaza.

Dentro de las principales causas de ECNT, se encuentran la alimentación no saludable, el sedentarismo y el uso de sustancias psicoactivas. En cuanto al primer factor las evidencias destacan la relación existente entre la mala nutrición y la enfermedad coronaria. (6)

El sedentarismo es otro importante factor de riesgo que conduce a elevadas tasas de mortalidad y desenlace de estas enfermedades, siendo el 60% de la población la que no realiza actividad física, únicamente el 14,1% de la población colombiana cumple con el mínimo de actividad física recomendada.

Entre los factores que se han identificado y que contribuyen a la aparición de HTA, diversos estudios citan la edad, un alto consumo de sal, grasas saturadas, tabaquismo, inactividad física y presencia de enfermedades crónicas como obesidad, dislipidemias y diabetes. En México, estas enfermedades han sido caracterizadas epidemiológicamente a partir de las Encuestas Nacionales de Salud de los años 2000 a 2012. Con respecto al consumo nocivo

de cigarrillo, alcohol y otras sustancias, se estima que el fumar causa cerca del 10% de las enfermedades cardiovasculares en población global. (6)

González Cevallos, comenta que los niveles de salud percibida en la población latinoamericana, en el contexto universitario son positivas, aunque las estadísticas revelan índices altos en consumo de tabaco y alcohol, algunos tipos de cáncer, enfermedades cardiovasculares, alteraciones del sueño, trastorno mental, sedentarismo, entre otros. (7). Margaret Chan, expresó que la comunidad mundial tiene la oportunidad de cambiar el curso de la epidemia de las enfermedades no transmisibles, ya que esta organización ha lanzado un programa para disminuir las enfermedades y la mortalidad que provocan estas afecciones, como es el caso de Brasil que ha conseguido hacer descender las muertes por causas no transmisibles a un ritmo del 1,8% anual gracias a la extensión de la red de asistencia sanitaria primaria. Con ello, se pretende contribuir a generar evidencia para que los tomadores de decisiones en salud pública puedan identificar acciones para prevenir, mejorar el diagnóstico oportuno y el control de esta patología. (8)

Hoy en día existe una transformación de la óptica desde la cual se estudian el modo y los estilos de vida, que se focaliza en el comportamiento de las personas y asume que los estilos de vida son una decisión racional que compete exclusivamente al ámbito personal, para dar paso a una perspectiva que indaga las condiciones materiales, sociales y culturales que favorecen la adopción de los comportamientos de un individuo, se podría afirmar que hay una mirada un poco más contextual o estructural de los estilos de vida. Sin duda, hay un consenso entre los investigadores del tema, en el sentido de que estas circunstancias afectan en buena medida los hábitos, los conocimientos en salud y, además, condicionan la probabilidad de transformar el conocimiento en acciones concretas. (9)

Los programas integrados en materia de enfermedades no transmisibles, ejecutados a través de un enfoque de atención primaria, son asequibles y sostenibles, y permiten a los países combatir la hipertensión arterial.

La hipertensión arterial es la condición clínica más común vista en atención primaria, la cual si no es tratada adecuadamente en etapa temprana conduce a infarto de miocardio, enfermedad cerebro vascular, enfermedad renal y muerte. La prevención y el control de la hipertensión son complejos y demandan la colaboración de múltiples interesados, como los gobiernos, la sociedad civil, las instituciones académicas y la industria de alimentos y bebidas. Dados los enormes beneficios de salud pública que se derivan del control de la tensión arterial, este es el momento adecuado para la acción concertada. (10)

La hipertensión es considerada un asesino silencioso porque rara vez causa síntomas en sus etapas iniciales y mucha gente está sin diagnosticar. Si se la detecta en forma temprana y si se trata correctamente, es posible minimizar el riesgo de ataque al corazón, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal". Los estilos de vida saludables pueden ayudar a prevenir la hipertensión y a mejorar su control entre quienes necesitan medicamentos.

En el Ecuador actualmente se ha demostrado que existen diferentes estilos de vida que incluyen comportamientos perjudiciales o beneficiosos para la salud, la expresión "estilos de vida saludable" se ha convertido en un hito que permea a la sociedad como colectivo y al individuo como persona, pues se inclina a un desarrollo armónico del ser humano, elevando su calidad de vida. En el país el 80% de los infartos de miocardio y de los accidentes cerebrovasculares prematuros son prevenibles, el sobrepeso, la obesidad y el exceso de sal en las comidas, principales factores de riesgo para tener presión arterial alta son otras de las causas de la hipertensión, alguno de estos factores ya han sido contemplados en el programa nacional de promoción de salud, el cual ha promovido la necesidad de realizar ejercicios físicos, luchar contra el exceso de peso y el mal hábito de fumar (10).

En la ciudad de Guayaquil los pacientes no tienen arraigada la cultura de prevención de enfermedades, y esperan el último grado de la enfermedad para buscar atención, lo que indica que hace falta una verdadera simbiosis entre entidades públicas y privadas que nos permitan conocer los factores de riesgo en la población que son la clave para la prevención y permite identificar a la población más susceptible de padecer estas enfermedades. Además, que establece la necesidad de realizar cambios en los hábitos de vida, que ayudan de forma positiva a los factores modificables. (11)

En el Análisis de la Situación Integral de Salud del Sector Guayaquil del Cantón Pedro Carbo 2017, (12) se registró que el 20% de su población adulta padece de HTA, dicha enfermedad constituye uno de los trastornos de mayor incidencia en la sociedad, cuyo mecanismo de producción está relacionado con factores de riesgo modificables como la obesidad, el sedentarismo, el estrés, el tabaquismo, el alcoholismo y la elevada ingesta de sal. Es por ello el interés en el presente estudio que prime el principio de servicio comunitario, con el objetivo de diseñar una estrategia de intervención que permita modificar los factores de riesgo para la hipertensión arterial en los adultos jóvenes del sector Guayaquil del centro de salud Pedro Carbo durante el año 2018; ya que se sabe que durante la adolescencia se aprenden conductas que tienen una importante repercusión sobre la salud de las personas, los mismos que se consolidan en la juventud y son difíciles de modificar en la edad adulta,

por lo que la enseñanza de hábitos de vida saludables ocupa un papel muy importante en la infancia y la adolescencia, ya que es en este momento cuando deben adquirirse los conocimientos, habilidades y actitudes, que permitan el desarrollo de comportamientos sanos para prevenir la hipertensión como evitar subir de peso, evitar el consumo del tabaco, alcohol, el consumo excesivo de sal y actividad física frecuente y control periódico de la presión arterial. Está plenamente asumido que los principales problemas de salud en los jóvenes están relacionados con una serie de procederes que modulan la salud, a los cuales los individuos se exponen deliberadamente y sobre los que podría ejercerse un mecanismo de control, evitándolos o reforzándolos. (13)

## **7 EL PROBLEMA**

### **7.1 Identificación, Valoración y Planteamiento**

En el Ecuador la hipertensión arterial aparece con mayor frecuencia a partir de los 30 años de vida, teniendo un pico entre los 40 y 80 años. Los malos hábitos en la alimentación y la falta de ejercicio aumentan el riesgo de desarrollar esta enfermedad, que es una de las principales causas de muerte en Ecuador. Cifras del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) revelan que, en el 2010, el 7% falleció por hipertensión. Estos números resultan alarmantes, pues en Ecuador, según el estudio de prevalencia de hipertensión arterial, tres de cada 10 personas son hipertensas. De ellas, apenas el 40% está consciente de su enfermedad, mientras que apenas el 7% está en tratamiento.

De cada 100.000 ecuatorianos, la OMS afirma que 1.373 personas sufren de esta afección. Esta cifra coincide con la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT), una investigación realizada por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el INEC, la cual indica que más de un tercio de los habitantes mayores de 10 años (3'187.665) es prehipertenso y 717.529 ciudadanos de 10 a 59 años sufre de hipertensión arterial. (6)

La ausencia de adecuadas medidas preventivas y de insuficientes actividades de promoción de salud, en la población del Sector Guayaquil ha provocado un incremento en el índice de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), por lo que se necesita diseñar una estrategia educativa que instruya a la población sobre las consecuencias de mantener hábitos tóxicos, falta de ejercicio físico y una dieta no saludable. (6, 7).

En el sector Guayaquil del cantón Pedro Carbo se ha observado un aumento escalonado de enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con malos hábitos alimentarios, hábitos tóxicos y la falta de ejercicio físico. La prevalencia de HTA en la población adulta

joven del sector Guayaquil es del 15% por lo que se considera un problema de salud a priorizar en esta población.

Por esta razón este trabajo investigativo permite identificar el actual estilo de vida modificable de la población, que incluye alimentación no saludable, falta de actividad física, sedentarismo, presión arterial elevada, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemias, sobrepeso, obesidad, tabaquismo y los no modificables como la herencia, edad, sexo y etnia que contribuyen al desarrollo de la aterosclerosis, que es un importante factor de riesgo para desarrollar enfermedades cardiovasculares (9), lo que orientará a diseñar una estrategia educativa adecuada, que proporcionaría con su posterior implementación promover estilos de vida saludables y que la población de estudio adquiriera conocimientos adecuados sobre el tema con el fin de promover una alimentación adecuada, ejercicio físico y eliminación de hábitos tóxicos, para de esta manera prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles como la hipertensión.

## **7.2 Formulación**

¿Qué elementos se considerarían tener en cuenta para la elaboración de una estrategia educativa que modifique los estilos de vida en los adultos jóvenes con hipertensión arterial en el sector Guayaquil del centro de salud Pedro Carbo?

# **8 OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

## **8.1 General**

Diseñar una estrategia educativa para modificar estilos de vida en pacientes adultos jóvenes con hipertensión arterial del sector Guayaquil, Centro de salud Pedro Carbo en el año 2018.

## **8.2 Específicos**

- Caracterizar a los pacientes adultos jóvenes hipertensos según las variables sociodemográficas.
- Identificar el conocimiento sobre hipertensión arterial y factores de riesgo en la población de estudio.
- Determinar estilos de vida no saludables en la población de estudio.
- Identificar los componentes de la estrategia educativa para modificar estilos de vida en la población de estudio
- Elaborar una estrategia educativa para el mejoramiento de los estilos de vida de los adultos jóvenes hipertensos.

## 9 MARCO TEÓRICO

### 9.1 Antecedentes

La hipertensión arterial (HTA) es una elevación continua de la presión arterial (PA) por encima de unos límites establecidos, identificados desde un punto de vista epidemiológico como un importante factor de riesgo cardiovascular para la población general. En Estados Unidos esta enfermedad afecta aproximadamente a 50 millones de habitantes. Un gran número de estudios observacionales han demostrado que la morbilidad y mortalidad cardiovascular tiene una relación continua con las cifras de PA sistólica y diastólica, aunque menos significativa para los episodios coronarios que para los accidentes vasculares cerebrales. Sin embargo, en algunos países de Europa, el riesgo de muerte en pacientes con cifras elevadas de PA guarda relación con los episodios coronarios. Tanto las cifras de PA sistólica como diastólica muestran una relación independiente con la insuficiencia cardiaca, la arteriopatía periférica y la insuficiencia renal. Por lo tanto, la hipertensión arterial se debe considerar un factor de riesgo importante de enfermedades cardiovasculares. (12)

En prácticamente todas las naciones, la prevención y el control de la HTA implica la utilización de nuevas estrategias y abordajes que identifiquen con más precisión los individuos en situación de riesgo, sin embargo, por ser una enfermedad crónica, su control requiere acompañamiento y tratamiento durante toda la vida. Considerando las elevadas tasas de morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares en el mundo y en Latinoamérica, se atribuye su prevalencia a la escasez de estudios sobre este tema, y a que no se toman en cuenta sus múltiples factores de índole económico, social, cultural, ambiental y étnico, asociados a una alimentación inadecuada, a la disminución de la actividad física y aspectos conductuales interrelacionados con los hábitos tóxicos, estrés, malos estilos de vida. (13)

El estudio sobre el concepto de calidad de vida relacionado con la salud es un aporte fundamental, para esta investigación, destaca la importancia de tomar en cuenta la percepción del individuo, sus deseos y motivaciones en el proceso de toma de decisiones en salud, así como en la evaluación de la calidad de la asistencia sanitaria. En él se discuten los aspectos conceptuales como la calidad de vida relacionada con la salud, Claudia Wong de Liu (14) define los estilos de vida como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos,

conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

Los estilos de vida son determinados por la presencia de factores de riesgo y de factores protectores para el bienestar de las personas, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social. A principios del siglo XX, aparece una orientación personalista representada por Alfred Adler con su Psicología Individual, que incorpora el término estilo de vida a la antropología, produciéndose un desplazamiento desde los factores socioeconómicos a los factores individuales en el estudio de estos, por lo tanto, desde esta filosofía se define el estilo de vida como un patrón único de conductas y hábitos con los cuales el individuo lucha para sentirse mejor. (15).

La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores, creencias, su contexto cultural e historia personal. (15) Es una construcción a partir de sutiles técnicas de formación que propone un modelo que permite ser probado empíricamente y produzca las evidencias que justifiquen la inclusión de intervenciones dirigidas a impulsar el bienestar psicosocial.

Un estudio realizado por González A., Fernández, Guerrero L.; González V., en el 2004 sobre los estilos de vida y factores de riesgo asociados a la cardiopatía isquémica; en él participaron 100 pacientes portadores de cardiopatía isquémica, a los que se les realizó una encuesta buscando la presencia de factores de riesgo coronarios y otra encuesta para evaluar estilos de vida. En la muestra predominó el sexo femenino de etnicidad blanca, más de la mitad eran jubilados con un nivel de escolaridad que no rebasa el 9no. grado, y casi el 90 % eran mayores de 60 años. Los factores de riesgo más frecuentes fueron la hipertensión arterial, el sedentarismo y el hábito de fumar. Igualmente se comprobó que los medicamentos más usados fueron los antiagregantes plaquetarios y los vasodilatadores. La forma clínica que predominó fue la cardiopatía isquémica no dolorosa. La prevención de esta entidad es la medida sanitaria más importante, universal y menos costosa, la cual es obtenida con medidas de promoción y educación dirigidas a modificar el estilo de vida, que impacta sobre los factores de riesgo asociado a la HTA. Al evaluar el estilo de vida de estos pacientes se encontró que los comportamientos no promotores de salud prevalecieron en la muestra, apareciendo con peores resultados los relacionados con la responsabilidad con la salud, soporte interpersonal y ejercicio físico. (7)

Espinosa en el mismo año estudió los cambios del estilo de vida y su influencia en el proceso salud enfermedad. Este estudio demostró que la calidad de vida depende directamente del medio natural y su condición. En este estudio se afirma que la valoración sobre la salud no solo depende de las necesidades y los conocimientos del individuo, sino también de las condiciones de vida y trabajo, por lo tanto, el modo y estilo de vida de la población depende del sistema socioeconómico imperante. (16)

Se realizó el análisis sobre la calidad de vida y los estilos de vida en pacientes con enfermedades no transmisibles (ENT), estudio transversal en 150 pacientes provenientes de unidades de medicina familiar del instituto mexicano del seguro social en Querétaro. Entre sus resultados tenemos que los dominios de los estilos de vida que requieren atención fueron actividad física 48,1% autoestima 5 .8% autopercepción 68.3%, dieta 68.7% y apego terapéutico 73.8%, en conclusión, falta mejorar la actividad física la autoestima, la dieta y el apego terapéutico, así como la independencia ambiente y dominio físico. (17)

Durante la segunda mitad del siglo XX, el ámbito de aplicación en el que el término estilo de vida ha tenido más impacto ha sido el área de salud. En los años 50 es cuando empieza a utilizarse en el contexto de la investigación sobre salud pública y en el intento de buscar explicación a los problemas de salud que empezaban a caracterizar a las sociedades industrializadas. Las primeras investigaciones realizadas desde el campo de la salud adoptan una perspectiva médico-epidemiológica (18). En la línea de lo explicado en apartados anteriores sobre la filosofía del modelo biomédico, desde este paradigma, la comunidad médica defendía que las personas practican estilos de vida insanos por su propia voluntad; es decir, este modelo no reconocía la importancia del contexto social y de los factores psicológicos como condicionantes de la adquisición de los estilos de vida, precisamente porque culpabiliza a la víctima de sus hábitos o estilos de vida insanos, este enfoque ha recibido numerosas críticas. Aunque sea criticado de reduccionista, el modelo biomédico contribuyó a que el estilo de vida fuera un tema de estudio e investigación para las ciencias de la salud y que los ciudadanos llegaran a ser más conscientes de que algunas de sus conductas conllevan riesgos para la salud. Además, el modelo biomédico fue el encargado de introducir el término de estilo de vida saludable y de conseguir en cierto modo que, tanto su uso como el del término estilo de vida, se extendiese al lenguaje cotidiano y a la literatura sobre la salud, aunque sin una base teórica ni una conceptualización clara. (19)

Francisco Arias Solís (22), indicó que en los últimos años se ha prestado gran atención a algunas de las variables que componen este complejo mundo, realizándose gran cantidad de investigaciones sobre los llamados “estilos de vida”, debido a la observación de que algunas

conductas se asociaban con diversas enfermedades. Así, en España el tabaco es la causa contribuyente aislada más importante de mortalidad, ascendiendo al 13% de total de las muertes. Diversos estudios muestran como estos estilos de vida perjudiciales para la salud son más frecuentes en los niveles socioeconómicos más bajos, ya que los recursos materiales, primordialmente la renta está considerada como indicador y condicionante del bienestar material, la calidad de la vivienda, el equipamiento doméstico, y los recursos de ocio son variables muy ligadas a la renta que tienen una enorme influencia sobre la salud.

La relación entre el nivel de vida y salud se reduce al hecho de que a mayor nivel de vida los individuos tienen un rango mayor de opciones que elegir y pueden elegir más en el terreno de lo saludable. Hacer más fácil la elección más saludable no es sólo una cuestión de información a los ciudadanos sino de desarrollo de políticas que permitan ampliar el rango de opciones.

De hecho, como ya se ha comentado, el término estilo de vida es utilizado hoy en día en mayor medida desde el área de la salud que desde la sociología, la antropología o la Psicología Individual, a pesar de que han surgido muchos intentos de conceptualizar qué es estilo de vida, todavía no existe una definición consensuada, aún más, los términos estilo de vida en general y estilo de vida saludable continúan empleándose actualmente por muchos autores como sinónimos, a pesar de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), durante la década de los 80 para diferenciarlos.

## **9.2 Definición de estilos de vida**

La (OMS) define a los estilos de vida como: “Un conjunto de actividades, comportamiento identificable y relativamente estable en el individuo o en una sociedad determinada; dicho estilo de vida resulta de la interacción entre las características individuales, la interacción social, las condiciones de vida socioeconómica y ambiental en la cual vive la persona, que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida, los cuales son determinados por la presencia de factores de riesgo y de factores protectores para el bienestar, por lo que deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social. La OMS recomienda que se adopte un estilo de vida saludable a lo largo de todo el ciclo vital, con el fin de preservar la vida, mantenerse sano y paliar la discapacidad y el dolor en la vejez. Los entornos adaptados a las necesidades de las personas adultas jóvenes, la prevención, la detección precoz y el tratamiento de enfermedades mejoraran el

bienestar, pero si no se adoptan medidas, el envejecimiento de la población dificultará la consecución de los objetivos de desarrollo socioeconómico y humano.

### **9.3 Definición de hipertensión arterial**

La hipertensión arterial es definida como una “enfermedad sistémica de etiología multifactorial que consiste en la elevación crónica de las cifras de presión arterial por encima de los valores considerados como los normales. El valor óptimo de la presión arterial debe ser menor o igual a 120/80 mmHg”. (17) Según el protocolo de hipertensión arterial del año 2014 de La Rioja-España la define como “la elevación persistente de las cifras de presión arterial por encima de los valores establecidos como normales por consenso: en general presión arterial sistólica igual o superior a 140 mmHg y/o presión arterial diastólica igual o superior a 90 mmHg, en la media de al menos 2 determinaciones espaciadas varios días”. (24)

La guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva del Perú del año 2015 refiere que “la hipertensión arterial 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 o diastólica”. (20)

Se conoce hoy que, aunque la HTA es mucho más que tener cifras elevadas de presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) por encima de los valores que se consideren como normales incluso después de tomar las debidas precauciones en la toma adecuada de la misma, sin embargo, la elevación de las cifras de presión arterial (PA) constituyen un aspecto crucial de su diagnóstico, seguimiento y control. Los límites de las cifras a partir de las cuales se ha considerado a una persona como hipertensa se han adoptado como criterios de HTA y se han ido modificando en el transcurso del tiempo, según los conocimientos, las evidencias disponibles y las opiniones predominantes en cada momento y lugar.

### **9.4 Epidemiología de hipertensión arterial**

La Hipertensión Arterial (HTA) se ha convertido en un importante problema de salud pública a nivel mundial debido a su alta prevalencia y morbimortalidad, ocasionando alrededor de 7,5 millones de muertes por año a nivel mundial. Se considera el factor de riesgo modificable más relevante para la enfermedad cardiaca, enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal y enfermedad vascular periférica, de hecho, un adecuado control de la HTA reduce la incidencia de enfermedad cerebrovascular, infarto de miocardio e insuficiencia cardiaca en

un 40%, 25%, 50%, respectivamente. A pesar de esto, varios estudios han demostrado que el control de la presión arterial se consigue en un bajo porcentaje de los pacientes hipertensos.

El estilo de vida actual característico de los países industrializados ha favorecido el notable incremento de la prevalencia de HTA y de las complicaciones cardiovasculares ocasionadas por esta entidad. En este sentido, la prevalencia de HTA aumenta con la obesidad, sedentarismo, consumo de alcohol, tabaquismo, entre otros. Estas condiciones han favorecido el incremento en la prevalencia de HTA especialmente en áreas urbanas, proyectándose que para el año 2025 aproximadamente 1,5 millones de individuos serán hipertensos; por otra parte, ha sido reportado que la prevalencia de HTA difiere entre diversas regiones o países debido a los diferentes factores ambientales y genéticos. (50)

Sin embargo, a diferencia de los factores genéticos, las conductas relacionadas con el estilo de vida son susceptibles a modificación, por ello la importancia de educación para la salud como una medida de prevención.

La OMS emitió un nuevo documento de información sobre la hipertensión en el mundo que busca contribuir a los esfuerzos de todos los estados para elaborar y aplicar políticas dirigidas a reducir la mortalidad y la discapacidad que causan las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). La prevención y el control de la hipertensión son piedras angulares para ello. Uno de los factores de riesgo clave de las enfermedades cardiovasculares es la tensión arterial (TA) elevada que afecta ya a mil millones de personas en el mundo, y puede provocar infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares.

Los investigadores calculan que la hipertensión es la causa por la que mueren anualmente nueve millones de personas. (9)

## **9.5 Fisiopatología de la hipertensión arterial**

La presión arterial es el producto del gasto cardíaco y la resistencia vascular periférica. Cada uno de ellos depende de diferentes factores como son la volemia, la contractilidad miocárdica y la frecuencia cardíaca para el gasto cardíaco. La vasoconstricción funcional y estructural de las arterias de resistencia que son las de mediano calibre que determina el incremento de las resistencias periféricas.

En diferentes poblaciones de hipertensos el equilibrio entre ambos está desplazado hacia niveles relativamente elevados de gasto cardíaco, aunque en valores absolutos estará disminuido, como es el caso de la obesidad, sensibilidad a la sal o en los jóvenes o bien hacia

el incremento de resistencias, como es el caso de hipertensión de larga evolución, hipertensiones severas o en el viejo.

Son varios los factores fisiopatológicos que han sido considerados en la producción de la hipertensión esencial: el aumento en la actividad del sistema nervioso simpático (SNS); el alto consumo de sodio; la disminución de la ingesta de potasio y calcio; el incremento en la secreción o la inapropiada actividad de la renina, que produce un incremento en la producción de angiotensina II y aldosterona; la deficiencia de vasodilatadores, tales como la prostaciclina, el óxido nítrico (ON) La hipertensión reduce los niveles de la enzima óxido nítrico sintetasa endotelial (eNOS) y neuronal (nNOS), y los péptidos natriuréticos; la alteración en la expresión del sistema kininakalikreína, que afecta el tono vascular y el manejo renal del sodio; las alteraciones en los vasos de resistencia, incluyendo lesiones en la microvasculatura renal; la diabetes mellitus, la resistencia a la insulina; la obesidad; la dislipidemia, el incremento en la actividad de factores de crecimiento; las alteraciones en los receptores adrenérgicos, que influyen la frecuencia cardiaca, el inotropismo cardiaco y el tono vascular; y las alteraciones celulares en el transporte iónico.

## **9.6 Clasificación de hipertensión arterial**

La hipertensión arterial puede clasificarse según su etiología en:

Hipertensión arterial primaria llamada también esencial que tiene un origen desconocido y representa el 90 a 95% de los casos.

Hipertensión arterial secundaria que es debido a una causa identificable y corresponde al 5 y 10% de los casos. (19,20)

Entre 30 y 45% de la población general es hipertensa; es decir, que uno de cada cuatro adultos es hipertenso y entre las causas más frecuentes de HTA se encuentran: enfermedad renal parenquimatosa, coartación aórtica, endocrinas como síndrome de Cushing, hiperaldosteronismo primaria, feocromocitoma, el uso de medicamentos como fenilpropanolamina, corticoides y anticonceptivos orales, hipertensión arterial inducida por el embarazo, entre otros.

En la revisión actual permanece la clasificación en riesgo bajo, intermedio, alto y muy alto de versiones anteriores, referida al riesgo de mortalidad cardiovascular a 10 años de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular del 2012 (modelo SCORE). En la clasificación se eliminó la columna de presión arterial normal, y la enfermedad renal crónica estadio tres se sitúa en el mismo nivel que la diabetes no complicada y otras lesiones subclínicas de órganos

diana. Además, de acuerdo con otros documentos se consideran algunos de los siguientes modificadores del riesgo: vida sedentaria, obesidad abdominal, factores psicosociales y concentraciones elevadas de proteína C reactiva (PCR) de alta sensibilidad. La evaluación del riesgo cardiovascular total y la toma de decisiones terapéuticas basadas en el mismo se consideran de nivel IB.

<b>Categoría</b>	<b>Sistólica</b>	<b>Diastólica</b>
Óptima	< 120	<80
Normal	120-129	80-84
Normal alta	130-139	85-89
Hipertensión arterial Grado 1	140-159	90-99
Hipertensión arterial Grado 2	160-179	100-109
Hipertensión arterial Grado 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensión arterial sistémica aislada	≥ 140	< 90

La Organización Mundial de la Salud, la Sociedad Internacional de Hipertensión y la Sociedad Europea de Hipertensión / Sociedad Europea de Cardiología, también consideran que la hipertensión arterial se diagnostica a partir de 140/90 mmHg, aunque a diferencia del JNC, consideran 3 categorías en los niveles menores a 140/90 mm Hg, con un nivel óptimo y 2 categorías: normal y normal alta entre 120/80 y 139/89 mmHg. Estas asociaciones también dividen el estadio 2 de la clasificación del JNC7, con un estadio tres que comienza en  $\geq 180$  y  $\geq 110$  mm Hg, además de la hipertensión arterial aislada que se refiere a la presión sistólica  $\geq 140$  mmHg y la presión diastólica  $< 90$  mmHg, que se presenta en los adultos mayores. (24)

<b>Tabla 2: Clasificación de la Hipertensión arterial</b>			
Sociedad Europea de Hipertensión y Sociedad Europea de Cardiología			
<b>Nivel de Presión Arterial (mmHg)</b>			
<b>Categoría</b>	<b>Sistólica</b>		<b>Diastólica</b>
Óptima	< 120	y	< 80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal Alta	130-139	y/o	85-89
<b>Hipertensión Arterial</b>			
Hipertensión Grado 1	140–159	y/o	90–99
Hipertensión Grado 2	160–179	y/o	100–109
Hipertensión Grado 3	≥180	y/o	≥110
Hipertensión sistólica aislada	≥140	y	< 90

## 9.7 Factores que influyen en los estilos de vida

**Cultura:** influye en los procesos de pensamiento y comportamiento del individuo y da las pautas en las cuales evolucionan los estilos de vida e impone reglas que prohíben o especifican ciertos comportamientos en situaciones particulares como las creencias, los valores, los conocimientos, la moral, las costumbres, el arte, las leyes y los hábitos adquiridos.

**Aspectos demográficos:** están relacionado a ingresos, edad y situación geográfica.

**Estratos sociales o niveles socioeconómicos:** Son divisiones relativamente permanentes y homogéneas dentro de la sociedad, en la que los individuos comparten conductas similares y estilos de vida. (21)

### **Factores de riesgo de Hipertensión arterial**

Los factores de riesgo son aquellas variables de origen biológico, físico, químico, psicológico, social, cultural, etc. Y se clasifican en modificables y no modificables a los que una persona está expuesta cotidianamente.

#### **Los no modificables:**

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

**Edad y Sexo:** La presión arterial aumenta con la edad en ambos sexos. Las presiones arteriales sistólica y diastólica media son mayores en varones jóvenes que en mujeres y se invierte por encima de los 50 años en relación con la aparición de la menopausia.

**Raza:** Hay mayor incidencia de personas hipertensas en la raza negra

**Herencia:** En los familiares de primer grado se correlaciona de forma significativa; la prevalencia de hipertensión es superior entre familiares de hipertensos. La herencia depende de varios genes no identificados aún cuya expresión resulta modificada por factores ambientales.

### **Los modificables**

**Tabaquismo:** La presión arterial está ligada al tabaquismo, por ser este un factor de riesgo cardiovascular siendo el principal efecto de la nicotina la vasoconstricción. El humo del tabaco actúa sobre las arterias por medio de sus radicales libres disminuyendo el óxido nítrico y lesionando el endotelio, lo cual lleva a la vasoconstricción, disfunción endotelial y aterosclerosis produciendo aumento de la tensión arterial.

**Desórdenes alimentarios:** en los países industrializados en donde las dietas son ricas en hidratos de carbono, grasas de origen animal, exceso de sal, pobres en frutas y verduras frescas.

**Obesidad:** existe una sólida relación en los estudios epidemiológicos entre peso corporal y TA que es más frecuente en individuos de raza negra y de nivel socioeconómico bajo. Los obesos desarrollan una resistencia a la insulina por la cual las concentraciones plasmáticas de insulina son mayores y esta aumenta la actividad del sistema simpático y la reabsorción de sodio en los túbulos renales.

**Stress:** puede provocar hipertensión a través de elevaciones tensionales repetidas determinadas por la estimulación adrenérgica y liberación de hormonas vasoconstrictoras.

**Alcoholismo:** Su consumo excesivo se relaciona con un aumento de la PA, así como con arritmias cardíacas, miocardiopatía dilatada y accidentes cerebrovasculares hemorrágicos. La mortalidad por accidente cerebrovascular hemorrágico aumenta en caso de consumo excesivo de alcohol. Existen estudios que sugieren que el consumo moderado de alcohol protege de la enfermedad coronaria y de accidentes cerebrovasculares isquémicos. Se ha descrito que, en las personas con consumo moderado de alcohol, existe una reducción de las moléculas de adhesión endotelial en comparación con los bebedores importantes o con los abstemios, contribuyendo en la protección contra la aterosclerosis.

También se ha observado que el consumo moderado de alcohol tiene efecto sobre los lípidos, principalmente elevando los niveles de lipoproteínas de alta densidad (HDL) y en menor grado, disminuyendo los niveles de las lipoproteínas de baja densidad (LDL). La mortalidad por enfermedad cardiovascular es menor en personas que ingieren alcohol moderadamente (< 2 copas/día). El mecanismo presor del alcohol es poco conocido.

**Ingesta de sodio:** Un elevado consumo de sal contribuiría al aumento de la TA relacionado con la edad. El mecanismo por el cual la restricción de sal de la dieta provoca la disminución de la TA en hipertensión arterial es desconocido.

En los pacientes hipertensos de edad avanzada la posibilidad de que el sodio de la dieta pueda contribuir al aumento de la TA está relacionada con la edad.

**Sedentarismo:** Numerosos estudios entre los que se encuentra el estudio epidemiológico Harvard Alumni, han demostrado que los hipertensos sedentarios presentan un riesgo de muerte doble en comparación a aquellos que tienen una vida activa.

**Dislipidemias:** Comprende situaciones clínicas en que existen concentraciones anormales de colesterol total, colesterol de alta densidad (HDL), colesterol de baja densidad (LDL) y triglicéridos. Las dislipidemias constituyen un factor de riesgo mayor y modificable de enfermedad cardiovascular coronaria.

**Diabetes mellitus:** Más del 80% de los pacientes diabéticos pueden desarrollar HTA, entre el 30 al 75% de las complicaciones de la diabetes pueden ser atribuidas a la hipertensión.

Una vez identificados uno o varios factores de riesgo, estos pueden variar mediante la educación para la modificación de los estilos de vida del paciente con un trabajo organizado que sea el medio para la construcción de hábitos sanos para una vida saludable. Cualquier cambio en los factores de riesgo puede hacer que la vida sea más sana y evitar enfermedades del corazón.

### **Factores protectores**

Se entienden como factores de protección todas aquellas características personales o elementos del ambiente capaces de disminuir los efectos negativos que el estrés o la enfermedad puede tener sobre la salud y el bienestar, o la percepción que se tiene sobre ellos; es decir que un factor protector disminuirá la presentación de un riesgo.

Los factores protectores se clasifican en:

**Factores individuales:** Son aquellos que dependen de la persona como sus características personales y según ello se pueden distinguir:

Factores biológicos

Factores psicológicos

**Factores individuales-biológicos:** en ellos podemos encontrar el sistema inmunológico elevado, ascendencia sana, nutrición adecuada, estilo de vida adecuado y ausencia de adicciones.

**Factores individuales-psicológicos:** son los que tienen que ver con el nivel de educación, autoestima elevada, respeto hacia sí mismo y los demás, empatía y optimismo, la facilidad de cada persona para comunicarse con los demás, buena integración social y laboral, y la facilidad para superar las dificultades y problemas.

**Factores ambientales:** son los que tienen que ver con el ecosistema ya sea cálido o húmedo, adecuada higiene ambiental, control de plagas o ambiente con poca contaminación, sistema socioeconómico de medio a alto, el acceso a sistema de salud de buena calidad y a los servicios públicos.

**Factores sociales:** son aquellos que van a depender de las relaciones interpersonales del individuo con los demás entre estos se incluyen los familiares y los comunitarios:

**Sociales-familiares:** es cuando hay una estrecha vinculación emocional entre los miembros de la familia, facilidad para superar los problemas en familia, clima familiar armonioso, buena comunicación familiar y familia extensa.

**Sociales-comunitarios:** está relacionado con los vínculos afectivos en el colegio, cuando se rodean de personas con buena tolerancia al estrés y que gusten de actividades sanas, amigos empáticos y con facilidad para relacionarse con los demás y la facilidad para relacionarse con la comunidad e integrarse a sus actividades. Además, estas emociones positivas se ven afectadas por una variedad de elementos personales, como las variables cognitivas y sociales, llamadas fortalezas, entre ellas la creatividad, la perspectiva, la valentía, la perseverancia, el sentido de la vida, la autoconfianza, el apoyo social, el apoyo de equipo y la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas (resiliencia). (26)

**Consideraciones genéticas:**

1.- En formas mendelianas raras de hipertensión se han identificado variantes genéticas específicas, pero estas últimas no son aplicables a la mayoría de enfermos (>98%) de hipertensión esencial.

2.- Es posible que la hipertensión constituya un trastorno poligénico en el cual la combinación de los genes actúa concertadamente con la exposición ambiental, para hacer solo una pequeña contribución a la presión arterial en la mayoría de los hipertensos.

- 3.- Aun más, subgéneros de genes pueden ocasionar fenotipos diferentes vinculados con la hipertensión, como es el caso de la obesidad, la dislipidemia y la resistencia a la insulina.
- 4.- Pruebas actuales sugieren que los genes que codifican componentes del sistema de renina-angiotensina-aldosterona junto con polimorfismos del angiotensinógeno y de la enzima convertidora de angiotensina pudieran intervenir en la hipertensión y en la sensibilidad de la presión arterial al cloruro de sodio de los alimentos.
- 5.- Según se piensa, el gen alfa-adducina, o la mayor absorción de sodio por túbulos renales y las variantes de dicho gen pudieran vincularse con la hipertensión y con la sensibilidad de la presión arterial al cloruro de sodio.
- 6.- Otros genes que quizá intervienen en la hipertensión son los que codifican el receptor AT1, la aldosterona sintasa y los receptores adrenérgicos  $\beta_2$ .
- 7.- Los estudios de asociación al nivel del genoma han tenido pocos resultados satisfactorios para identificar las determinantes genéticas de la hipertensión.

## **9.8 Manifestaciones clínicas**

En la hipertensión esencial no complicada la hipertensión leve, sin afectación de órganos diana, suele ser totalmente asintomática y su diagnóstico es casual. Dentro de la sintomatología atribuible a hipertensión arterial, el síntoma más constante es la cefalea, pero lo es más en aquellos que conocen el diagnóstico, que en los que tienen igual nivel de TA, pero desconocen que son hipertensos. La cefalea suele ser fronto-occipital y, en ocasiones, despierta en las primeras horas de la mañana al paciente. En la hipertensión arterial grave, la cefalea occipital es más constante y uno de los primeros síntomas que alerta al paciente; otros síntomas atribuidos como zumbidos de oídos, epístaxis o mareos, no son más frecuentes que en los sujetos normotensos.

En la hipertensión arterial complicada, las repercusiones a nivel sistémico serán las determinantes de la sintomatología en estos pacientes; así, a nivel cardiaco, pueden aparecer síntomas derivados de la hipertrofia ventricular izquierda e insuficiencia cardiaca congestiva y si existe arteriosclerosis de los vasos coronarios determinará cardiopatía isquémica. Las complicaciones a nivel del sistema nervioso central pueden ir desde un accidente isquémico transitorio a infarto cerebral en territorios de carótida interna o vertebrobasilar, infartos lacunares que, en conjunto, pueden desembocar en una demencia vascular y Hemorragia cerebral, cuyo principal factor etiológico es la hipertensión arterial.

## **9.9 Diagnóstico**

La hipertensión se diagnostica con el examen de la presión arterial. Este examen se realiza varias veces para estar seguros de que los resultados sean correctos. Si los números son altos, se repite el examen y ver cómo está su presión arterial en un período de tiempo.

Si la presión arterial es de 140/90 mmHg o más durante un tiempo, probablemente el médico diagnosticará presión arterial alta. Si el paciente tiene diabetes o enfermedad renal crónica y una TA con un valor de más de 130/80 mmHg se considera presión arterial alta.

El examen de la presión arterial es fácil y no duele. Se realiza en el consultorio del médico o en un área hospitalaria.

Se deben seguir las siguientes indicaciones antes de la toma de presión. Para la medición de la PA se debe usar un tensiómetro el cual podrá ser de mercurio, aneroide o digital. La persona debe estar sentada con la espalda apoyada en el respaldar de la silla, en reposo al menos 5 minutos antes de la toma de la PA, con los pies apoyados en el piso y toda la extremidad superior descubierta, extendida y apoyada sobre una superficie fija, a la altura del corazón, ya que el movimiento puede causar alteración en las cifras tensionales. La persona no debe haber tomado café ni fumar cigarrillos durante los 30 minutos anteriores a tomarse la presión. Estas actividades pueden causar una elevación temporal de la presión arterial, no beber alcohol u otras bebidas calientes en los 30 minutos previos a la toma de la presión, debe ir al baño antes de tomarse la presión porque tener la vejiga llena puede alterar la lectura de la presión arterial, el médico o la enfermera por lo general pedirán que la persona se siente o se acueste y le pondrán el brazalete alrededor del brazo mientras le toma la presión arterial. Si el diagnóstico es positivo, se debe empezar el tratamiento.

## **9.10 Tratamiento**

### **Tratamiento no farmacológico**

Las medidas no farmacológicas encaminadas a cambiar el estilo de vida se deben instaurar en todos los pacientes hipertensos, tanto como tratamiento de inicio, tratamiento farmacológico antihipertensivo. Los objetivos de las medidas no farmacológicas son:

Reducir la presión arterial, reducir las necesidades de fármacos antihipertensivos y aumentar su eficacia, abordar los demás factores de riesgo existentes, prevención primaria de la hipertensión y los trastornos cardiovasculares asociados en la población.

El JNC VII estableció, como objetivo de la prevención y el tratamiento de la HTA, reducir la morbilidad y mortalidad con los medios menos agresivos posibles. Esto puede conseguirse mediante la obtención y mantenimiento de una presión arterial sistólica inferior a 140 mmHg y una presión arterial diastólica inferior a 90 mmHg, o incluso más baja si es tolerada, al tiempo que se consiguen controlar otros factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular que sean modificables. La adopción y modificación de los estilos de vida como la reducción de peso en obesos y con sobrepeso, mejorar los hábitos de alimentación, por esa razón la Organización Panamericana de Salud(OPAS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) busca incrementar y realizar estrategias e instrumentos para facilitar el desarrollo de actividades de detección precoz, control permanente y aumento del nivel de conocimiento de la población sobre la enfermedad, factores de riesgo y los impactos causados por la hipertensión arterial, así como, las implicaciones que su control y prevención representan para la salud pública.

**Tratamiento farmacológico:** La decisión de iniciar tratamiento farmacológico depende de los niveles de presión arterial y del riesgo cardiovascular global del paciente, tal y como se ha comentado a propósito de la estratificación del riesgo.

En la actualidad, el objetivo del tratamiento farmacológico de la HTA no sólo es reducir las cifras de presión arterial hasta límites que estén dentro de la normalidad (140/90 mmHg o inferiores), sino que aquel debe ser mucho más amplio y pretende:

- Realizar un tratamiento específico y selectivo frente al mecanismo fisiopatológico responsable de la HTA, lo que con la mayoría de los fármacos equivale a reducir las resistencias vasculares periféricas.
- Reducir la morbimortalidad cardiovascular, controlando las complicaciones asociadas directamente con la HTA o con el proceso arteriosclerótico.
- Revertir las lesiones orgánicas que la HTA produce en los órganos diana (hipertrofia cardíaca, remodelado vascular, lesiones renales y oculares).
- Evitar la progresión de la HTA hacia formas más graves.
- Mejorar la calidad de vida del hipertenso.

Los fármacos antihipertensivos producen efectos adversos, por lo que es imprescindible evaluar la relación riesgo-beneficio, en particular en los hipertensos con cifras ligeras o moderadas, que muchas veces están asintomáticos. Los efectos adversos empeoran la calidad de vida y facilitan el abandono del tratamiento por el paciente.

Las seis clases principales de medicamentos utilizados, en todo el mundo, para el tratamiento de reducción de la presión arterial son las siguientes:

Diuréticos betabloqueantes calcioantagonistas, inhibidores de la ECA, antagonistas de la angiotensina II y bloqueantes alfa adrenérgicos.

En algunas partes del mundo se utilizan también con frecuencia la reserpina y la metildopa.

### **Comorbilidades que ensombrecen el pronóstico:**

Las Evidencias Clase I para el tratamiento de la IC han determinado las siguientes recomendaciones:

- Utilizar IECA para todos los pacientes con reducción de la fracción de eyección a menos que estén contraindicados.
- B-bloqueadores para pacientes de alto riesgo después de IMA.
- Hidralazina y nitrosorbide en los que no pueden usar IECA.
- Diuréticos para pacientes con sobrecarga de volumen. Considerar asociación con espironolactona.
- Digoxina en pacientes con fibrilación auricular y ritmo acelerado.
- Digoxina en quienes no responden a IECA y diuréticos.

## **10 Marco legal.**

Las enfermedades crónicas son un conjunto amplio de enfermedades que ocasionan una alta prevalencia de morbi-mortalidad, que se caracterizan por el tiempo que necesitan para, sus múltiples y posibles causas, que en algunas ocasiones resultan desconocidas, cuyo análisis epidemiológico y de intervención suelen ser comunes.

Afectan de manera sustancial la calidad de vida de los pacientes y perturba de manera significativa su entorno familiar y social.

El Sistema de Salud del Ecuador se caracteriza por la segmentación en sectores, privado y público. Existen múltiples financiadores y proveedores: Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto de Seguridad Social (IESS), que actúan independientemente. La cobertura de la seguridad social es relativamente baja (IESS 10% y Seguro Campesino 10%) y la red asistencial pública muy limitada quedando aproximadamente sin cobertura un 30% de la población. Otros prestadores que cubren pequeñas cuotas de aseguramiento son: la Sociedad Oncológica de Lucha Contra el Cáncer (SOLCA), la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG) y los servicios del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de la Seguridad Social de la Policía (ISPOL).

La consulta nacional de 1997 atribuye cuatro roles del estado en salud:

- Rectoría

- promoción de la salud
- garantía de acceso equitativo a la atención
- provisión descentralizada de los servicios

La estructura dependiente del MSP está muy debilitada por la falta de presupuesto y su capacidad de liderar el sector salud es por el momento limitada.

La red de servicios de salud dependiente del (MSP) se estructura de forma regionalizada con dos niveles de descentralización: el provincial (direcciones provinciales de salud) y cantonal (áreas de salud). Las áreas de salud no siempre coinciden con la delimitación del cantón.

Existen barreras económicas, culturales y geográficas que limitan el acceso a los servicios de salud y que afectan especialmente a la población pobre que vive en zonas rurales, en su mayoría indígenas.

Desde 1995 se ha venido desarrollando en Ecuador un proceso de Reforma del Sector Salud, asentado sobre un proceso de descentralización y transferencia de funciones del MSP a las Municipalidades que lo soliciten. Al momento actual no existen consensos completos entre los diversos actores de cómo llevar adelante dicho proceso de descentralización, que no ha contado con decisiones políticas acordes. Esta situación, unida a la reducción muy importante de los recursos asignados al sector salud, ha repercutido en la calidad de atención, niveles de coberturas de servicios que no responden adecuadamente a las necesidades sentidas y a la realidad epidemiológica de poblaciones, especialmente en aquellas zonas más empobrecidas. (33)

A pesar de ello, tanto el MSP como el Consejo Nacional de Salud han reconocido esta situación de crisis y están comprometidos en llevar a delante el proceso de reforma del sector a nivel central y hacer lo necesario a fin de apoyar el proceso de transferencia de funciones a los gobiernos locales. (34-35) Existen leyes en las cuales se apoya la reforma del sector como:

Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud

Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia

Ley de Medicamentos Genéricos de Uso Humano

Programa Nacional de Nutrición y alimentación

Ley de Descentralización y participación social

Varias de estas leyes apoyan la descentralización del Sistema Nacional de Salud en Sistemas Cantonales de Salud, la participación ciudadana y el aumento de la cobertura. No obstante, el nivel de aplicación de estas leyes es muy reducido debido a inestabilidad política que ha sufrido el país en los últimos años.

El país cuenta con un amplio marco legal y normativo relacionado a la garantía del derecho a la salud, ya que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así mismo, como a su familia, la salud, el bienestar y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, los servicios sociales necesarios como la educación que debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental, misma que será obligatoria. La estructuración del Sistema Nacional de Salud y la protección de grupos poblacionales. (35) La constitución aprobada en el 2008 constituye el marco normativo que rige la organización y vida democrática del país y representa la garantía y ejercicio de los derechos y responsabilidades en función del logro del Buen Vivir, el Sumak Kawsay.

El marco regulatorio de las políticas públicas se compone de instrumentos jurídicos de distinto rango, ubicándose en el nivel superior la Constitución de la República, las leyes nacionales, y a nivel inferior los decretos, resoluciones y otros recursos normativos de Ministerios, sectores y otras entidades de gobierno.

A continuación, se describen brevemente las disposiciones legales vigentes de los Ministerios de Salud, Educación e Interior relacionados con la promoción de salud: (36)

### **Ley Orgánica de Salud**

Art. 6.-numeral 2. Responsabilidades del Ministerio de Salud Pública “Ejercer la Rectoría del Sistema Nacional de Salud”.

Numeral 6 “Formular e implementar políticas, programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo con el ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos, tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que la realidad epidemiológica nacional y local requiera”.

Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico — degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto. Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludable, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos. Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables.

Art. 35. Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria.

Art. 3 y 37. Derechos de las personas adultas.

Art. 42. Prohibición de desplazamiento arbitrario.

Art. 51. Derechos de las personas privadas de libertad.

Art. 62 y 95. Derechos políticos de las personas adultas jóvenes y mayores.

Art. 66. Derechos de libertad: vida libre de violencia.

Art. 81. Derecho de protección: acceso a la justicia.

Art. 83. Deberes y responsabilidades.

Art. 193. Defensoría pública.

Art. 347. Educación: erradicar el analfabetismo y apoyar a los procesos de postalfabetización y educación permanente.

Art.341. Protección integral.

Art. 363. Atención integral de la salud.

Art. 363 y 369. Seguridad social

Todos estos artículos denotan que está prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

## **11 MÉTODO**

### **11.1 Justificación de la elección del método.**

La investigación se realizó teniendo en cuenta el propósito del estudio y los objetivos planteados en la población de adultos jóvenes con hipertensión arterial del sector Guayaquil del centro Materno infantil Pedro Carbo en el año 2018, de nivel investigativo descriptivo por hallarse una variable de interés y otras de caracterización. Es un estudio observacional ya que no hubo intervención del investigador, descriptivo al ser univariado, de corte transversal porque las variables fueron medidas en una sola ocasión y prospectivo porque los datos se recogieron de una fuente de información primaria.

### **11.2 Diseño de la investigación**

#### **11.2.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.**

La población estuvo conformada por los adultos jóvenes con hipertensión arterial del sector Guayaquil del centro de salud Pedro Carbo, que cumplieron los criterios de participación en el estudio.

##### **Criterios de inclusión:**

Adultos jóvenes con hipertensión que firmen el consentimiento informado para participar en el estudio.

##### **Criterios de exclusión:**

Pacientes que en el momento de la recogida de la información en más de dos ocasiones no se encuentre presente en el domicilio.

Pacientes que tengan algún déficit mental que no le permita responder adecuadamente la encuesta.

#### **11.2.2 Procedimiento de recolección de la información**

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, para la recolección de los datos se cumplirán las normas éticas vigentes en el reglamento de ética del Ecuador y en la Declaración de Helsinki. La información se recogió en el período correspondiente a marzo del 2018 hasta mayo de ese año. Previo al inicio de la recolección de la información se procedió a la solicitud y firma del consentimiento informado por parte de los pacientes que participaron en la investigación (Anexo 1); los datos se obtuvieron a través de una encuesta que la autora elaboró con las variables seleccionadas para obtener una descripción sociodemográfica de la población de estudio

(Anexo 2), así como el conocimiento que tiene cada adulto joven hipertenso de su enfermedad, además de, una alimentación adecuada, la realización de actividad física y hábitos tóxicos, con la finalidad de diseñar una estrategia educativa relacionada con estos factores. La encuesta fue confeccionada por la autora basada en la revisión bibliográfica de cuestionarios similares al tema en cuestión fue validada por dos expertos, uno de Medicina familiar y comunitaria y otro de Bioestadística, teniendo en cuenta para misma los criterios de Moriyama; posteriormente fue realizado una prueba piloto con 30 adultos jóvenes hipertensos de la población del sector San Pedro Apóstol también perteneciente al postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria.

Para hacer la selección de las unidades de estudio se tuvo en cuenta la información de las fichas familiares. Se realizó la recogida de la información en la consulta médica y se visitaron los domicilios en los casos en que estos no asistieron a la correspondiente cita, se realizó la toma de los datos con privacidad para el paciente y siguiendo las técnicas de medición de examen físico.

### 11.2.3 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron:

Variable	Tipo de técnica
Edad	Encuesta
Sexo	Encuesta
Nivel de Instrucción	Encuesta
Estado Civil	Encuesta
Etnia	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Conocimiento sobre hipertensión arterial	Encuesta
Conocimiento sobre factores de riesgo de hipertensión arterial	Encuesta
Conocimiento sobre alimentación saludable	Encuesta
Conocimiento sobre importancia de actividad física	Encuesta
Qué hábitos tóxicos tiene	Encuesta
Práctica de actividad física	Encuesta
Tipos de alimentos que consume	Encuesta
Tipo de estrategia	Encuesta
Frecuencia de la estrategia	Encuesta
Duración de la estrategia	Encuesta
Horario para recibir la estrategia	Encuesta
Lugar de la actividad	Encuesta

### 11.2.4 Técnicas de análisis estadístico

Se ingresaron los datos en una hoja del programa Microsoft Excel las variables, se colocaron en las columnas y las unidades de estudio en las filas.

Las variables se codificaron y exportaron al programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22 donde se procesaron y analizaron. El análisis estadístico se realizó de acuerdo con el nivel de investigación descriptivo, para las variables categóricas y se usaron los valores absolutos y porcentos.

### Variable

### 11.2.5 Operacionalización de las variables

Variable	Indicador	Valor Final	Tipo de Escala
Edad	Años cumplidos Grupos quinquenales	De 20 a 24 De 25 a 29 De 30 a 34 De 35 a 39	Numérica Discreta
Sexo	Según caracteres externos	Masculino Femenino	Categórica nominal dicotómica
Nivel de Instrucción	Ultimo nivel escolar aprobado	Ninguno, Primaria, Secundaria, Bachillerato, Universidad	Categórica ordinal
Estado Civil	Condición social relacionada con la pareja	Soltero, casado, unión libre, divorciado, viudo	Categórica nominal politómica.
Etnia	Auto identificación.	Blanco, mestizo montubio, indígena, negro, afroecuatoriano , no sabe	Categórica nominal politómica.

Ocupación	Actividad laboral que realiza	Estudiante. Ama de casa. Obrero. Empleado público. Empleado privado Empleado domestico(a). Independiente. Jornalero. Desempleado	Categoría nominal politómica
Conocimiento de hipertensión arterial	Conocer que es una enfermedad crónica no transmisible Conocer las complicaciones	Conoce No conoce	Categoría nominal dicotómica
Conocimiento de los factores de riesgo de la hipertensión arterial	Antecedentes familiares La raza Obesidad Edad El estrés No conoce	Conoce No conoce	Categoría nominal dicotómica.
Conocimiento sobre dieta saludable	Conocer los alimentos que ayudan a mantener o mejorar la salud.	Conoce No conoce	Categoría nominal dicotómica.
Conocimiento sobre importancia de actividad física	Conocer que: Previene el sobrepeso, la Obesidad, enfermedades cardiovasculares, el estrés	Si No	Categoría nominal dicotómica.
Hábitos tóxicos	Tabaco Alcohol Café Ninguno	Si No	Categoría nominal dicotómica.

Actividad física	Realizar ejercicios al menos 3 veces a la semana y no menos de 30 minutos	Si No	Categórica nominal dicotómica.
Tipos de alimentos que consume con frecuencia	Colas, jugos con endulzantes y confites, Carne de res y cerdo Enlatados Cereales azucarados Pan y galleta, leche, queso, mantequilla, frituras y fideos	Alto consumo Bajo consumo	Categórica nominal dicotómica
Tipo de estrategia	Charlas educativas Dinámica de grupo Video conferencia Materiales impresos Lluvia de ideas Sociodrama	Si No	Categórica nominal dicotómica.
Frecuencia de la estrategia	Una vez a la semana Una vez cada 15 días Una vez al mes	Si No	Categórica nominal dicotómica.
Duración de la estrategia	15 minutos 30 minutos Una hora	Si No	Categórica nominal dicotómica
Horario para realizar la estrategia	Por la mañana Por la tarde	Si No	Categórica nominal politómica
Lugar de la actividad	Centro de Salud Parque Local de la comunidad	Si No	Categórica nominal dicotómica

## 12 ANÁLISIS DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

**Tabla 1** Distribución de adultos jóvenes hipertensos según grupos de edad y sexo. Sector Guayaquil. Centro Materno Infantil Pedro Carbo. Año 2018.

Grupos de edad	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>20 a 24</b>	0	0,0	1	3,0	1	1,2
<b>25 a 29</b>	8	16,7	8	24,2	16	19,8
<b>30 a 34</b>	15	31,3	7	21,2	22	27,2
<b>35 a 39</b>	25	52,1	17	51,5	42	51,9
<b>Total</b>	48	100,0	33	100,0	81	100,0

En la tabla 1 se pueden observar las características sociodemográficas de los 81 pacientes hipertensos estudiados en el sector Guayaquil del Cantón Pedro Carbo donde la media de edad es de 51,9% con un rango de 35 a 39 años% [42 adultos jóvenes], seguido de 27,2% con un rango de 30 a 34 años % [22 adultos jóvenes]. Este hallazgo concuerda con lo planteado por la literatura de Ismael Campos, Lucía Hernández y otros investigadores en México que realizaron un estudio en el 2016 (44), en el que la media de edad en adultos jóvenes con hipertensión arterial fué de 35-39 años predominando el sexo femenino y se describió que, a mayor edad, mayor es el riesgo de padecer hipertensión arterial, que por ende esta enfermedad aumenta progresivamente con la edad, aunque no es normal que hayan jóvenes que pueden tener hipertensión arterial, incluso hay niños y adolescentes que padecen esta enfermedad que generalmente se debe a un problema genético. En este estudio el sexo que predomina es el sexo masculino con un total de 59,3% [48 adultos jóvenes] y el sexo femenino con 40,7% [33 adultos jóvenes]. Que no coincide con el estudio anterior ni con otro estudio realizado por Olga Vega en Cúcuta – Colombia (45), en el 2014 en el que describió que el rango de edad fue mayor en adultos de 20 a 49 años con mayor participación del género femenino que coincide con lo establecido en la literatura de la sociedad argentina que indica que la enfermedad cardiovascular es la primera causa de muerte en la mujer.

**Tabla 2 Distribución de adultos jóvenes hipertensos según nivel de instrucción y sexo. Sector Guayaquil. Centro Materno Infantil Pedro Carbo. Año 2018.**

Nivel de instrucción	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Ninguno</b>	20	41,7	3	9,1	23	28,4
<b>Primaria</b>	18	37,5	6	18,2	24	29,6
<b>Secundaria</b>	4	8,3	12	36,4	16	19,8
<b>Bachillerato</b>	6	12,5	8	24,2	14	17,3
<b>Universitario</b>	0	0,0	4	12,1	4	4,9
<b>Total</b>	48	100,0	33	100,0	81	100,0

En la tabla 2 de escolaridad la que prevalece es la instrucción primaria con un total de 29,6% [24 adultos jóvenes], seguido de aquellos que no tienen ninguna instrucción en un 28,4% [23 adultos jóvenes], No podemos negar que cuando no se tiene experiencia o estudios, un título ayuda a tener un poco más de peso a la hora de incorporarse al mercado de trabajo, en el sector Guayaquil, hay un mínimo porcentaje de encuestados con instrucción universitaria de 4,9% [4 adultos jóvenes]. Este estudio no se corresponde con el estudio realizado en Cuba en el año 2017 por Yuset Siria Tula Leyva (46) que describió una afectación mayor en los pacientes con instrucción Universitaria con un 35.45 %.

**Tabla 3 Distribución de adultos jóvenes hipertensos según estado civil y sexo. Sector Guayaquil. Centro de salud Pedro Carbo. Año 2018.**

Estado Civil	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Soltero</b>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Casado</b>	8	16,7	17	51,5	25	30,9
<b>Unión libre</b>	39	81,3	15	45,5	54	66,7
<b>Divorciado</b>	0	0,0	1	3,0	1	1,2
<b>Viudo</b>	1	2,1	0	0,0	1	1,2
<b>Total</b>	48	100,0	33	100,0	81	100,0

En la tabla 3 del estado civil existe un ligero predominio de la unión libre 66,7% [54 adultos jóvenes], es la unión afectiva a fin de convivir de forma estable, en una relación de afectividad análoga a la conyugal, en este estudio el 30,9% [25 adultos jóvenes] se corresponde a el estado civil casados, lo que no concuerda con el estudio realizado por Lucía Navas y otros investigadores en la ciudad de Córdoba en España en el 2016 (47), en el que el estado civil que predominó fue el de casados con 78,1%.

**Tabla 4 Distribución de adultos jóvenes hipertensos según etnia y sexo. Sector Guayaquil. Centro de salud Pedro Carbo. Año 2018.**

Etnia	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Blanco</b>	1	2,1	0	0,0	1	1,2
<b>Mestizo</b>	41	85,4	26	78,8	67	82,7
<b>Montubio</b>	1	2,1	2	6,1	3	3,7
<b>Indígena</b>	1	2,1	2	6,1	3	3,7
<b>Negro</b>	0	0,0	1	3,0	1	1,2
<b>Afroecuatoriano</b>	1	2,1	0	0,0	1	1,2
<b>No sabe</b>	3	6,3	2	6,1	5	6,2
<b>Total</b>	48	100,0	33	100,0	81	100,0

En la tabla 4 de distribución de hipertensos por etnia la que prevalece es la raza mestiza en hombres con 85,4% [41 adultos jóvenes], en mujeres con 78,8% [26 adultos jóvenes]. Llama la atención en este estudio que hubo un 6,2% [5 adultos jóvenes, 3 hombres y 2 mujeres] que refirieron no saber a qué etnia pertenecen. Este estudio concuerda con el realizado por Rina Ortiz junto a otros investigadores, en una zona urbana de la ciudad de Cuenca en Ecuador en el 2014 (48), donde predominó la raza mestiza en ambos sexos con 97,8% en hombres y 94,1% en mujeres, cabe recalcar que la raza mestiza se utiliza para nombrar a las personas descendientes de aborígenes americanos, afroamericanos y españoles. Esto hace que la mayoría de la población latinoamericana sea mestiza.

**Tabla 5 Distribución de adultos jóvenes hipertensos según la Ocupación y sexo. Sector Guayaquil. Centro de salud Pedro Carbo. Año 2018.**

Ocupación	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Estudiante	2	4,2	6	18,2	8	9,9
Ama de casa	0	0,	18	54,5	18	22,2
Obrero	5	10,4	1	3,0	6	7,4
Empleado Público	13	27,1	4	12,1	17	21,0
Empleado privado	2	4,2	0	0,0	2	2,5
Empleada doméstica	0	0,0	1	3,0	1	1,2
Independiente	14	29,2	1	3,0	15	18,5
Jornalero	4	8,3	2	6,1	6	7,4
Desempleado	8	16,7	0	0,0	8	9,9
<b>Total</b>	48	100,0	33	100,0	81	100,0

En la tabla 5 relacionada con la actividad laboral que realiza la población de estudio, la ocupación que predomina es la de ama de casa que representan 22,2% [18 mujeres adultas jóvenes], este comportamiento obedece a la situación económica desfavorable que presenta el cantón, debido al bajo nivel de empleo, el mínimo porcentaje lo representa la ocupación de empleada doméstica con 1,2% [1 adulto joven] representado por el sexo femenino. Estos resultados concuerdan con el estudio realizado en Perú por Nailin Ynga Maita en el 2017(49), donde hubo un alto porcentaje en ocupación de ama de casa con 33.3%.

Estudios realizados por el INEC (40), demostraron que en el cantón Pedro Carbo, hay un alto porcentaje de trabajadores por cuenta propia con 40,5% entre hombres y mujeres, predominando el sexo masculino.

**Tabla 6 Distribución de los adultos jóvenes hipertensos según conocimiento de HTA, factores de riesgo y sexo. Sector Guayaquil. Centro de salud Pedro Carbo. Año 2018.**

Conocimientos	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Conocimiento sobre HTA</b>						
No conoce	16	33,3	14	42,4	30	37,0
Conoce	32	66,7	19	57,6	51	63,0
<b>Total</b>	48	100,0	33	100,0	81	100,0
<b>Conocimientos sobre factores de riesgo HTA</b>						
No conoce	35	73,0	10	30,3	45	55,6
Conoce	13	27,0	23	69,7	36	44,4
<b>Total</b>	48	100,0	33	100,0	81	100,0

En la tabla 6 que corresponde a el nivel de conocimientos de hipertensión arterial y sus factores de riesgo, se observa que 63,0% [51 adultos jóvenes] con predominio del sexo masculino sabe que es la hipertensión lo que pudiera relacionarse con las visitas que realizan los pacientes a las consultas de medicina familiar y comunitaria, y el 37,0% [30 adultos jóvenes] con predominio del sexo masculino no tienen conocimiento de su condición de hipertensos, en lo que respecta a los conocimientos sobre los factores de riesgo de la patología en estudio el 55.6% [45 adultos jóvenes] con predominio del sexo masculino, no saben cuáles son los factores de riesgo de esta enfermedad, mientras que el 44,4% tiene conocimiento de las complicaciones. Este estudio coincide con el realizado por Mireylle Alejos García en Lima – Perú en el 2017 (50), donde el 26.0% de los pacientes encuestados tenían conocimiento sobre hipertensión y el 73.5% refirieron no conocer sobre los factores de riesgo de la enfermedad.

**Tabla 7 Distribución de los adultos jóvenes hipertensos según conocimiento de Alimentos Saludables y sexo, factores de riesgo y sexo. Sector Guayaquil. Centro de salud Pedro Carbo. Año 2018.**

Conocimiento sobre alimentación	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>No conoce</b>	24	50,0	15	45,5	39	48,1
<b>Conoce</b>	24	50,0	18	54,5	42	51,9
<b>Total</b>	48	100,0	33	100,0	81	100,0

En la tabla 7 de conocimientos de alimentación saludable el 51,9% [42 adultos jóvenes] con predominio del sexo femenino, saben cuáles son los alimentos que conforman una dieta saludable, mientras que el 48,1% [39 adultos jóvenes] con predominio del sexo masculino, desconocen sobre el tema. Estudio que no concuerda con el realizado por Holmes Rodríguez Espinosa y otros investigadores en Medellín – Colombia en el año 2015 (51), donde los participantes sobre todo los del sexo masculino y de estrato bajo tenían un mínimo conocimiento sobre alimentos saludables.

**Tabla 8 Distribución de los adultos jóvenes hipertensos según conocimiento sobre importancia de actividad física y sexo. Sector Guayaquil. Centro de salud Pedro Carbo. Año 2018.**

Conocimiento sobre importancia de realizar ejercicios físicos	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>No conoce</b>	2	4,2	2	6,1	4	4,9
<b>Conoce</b>	46	95,8	31	93,9	77	95,1
<b>Total</b>	48	100,0	33	100,0	81	100,0

En la tabla 8 de conocimientos sobre importancia de la actividad física se encontró que el 95,1% [77 adultos jóvenes], tienen conocimiento de su importancia sobre todo en el sexo masculino, mientras que el 4,9% [4 adultos jóvenes] en ambos sexos refieren no conocer la importancia de la actividad física. Estudio que coincide con el que realizaron Cremilde Aparecida Trindade Radovanovic, Lucimary Afonso dos Santo, María Delva de Barros Carvalho y Sonia Silva Marcon en el año 2014 en Brasil (54), donde el 23,49% conocía la importancia de la actividad física y el 25,59% refirió no conocer dicha importancia.

**Tabla 9 Distribución de adultos jóvenes hipertensos según hábitos tóxicos y sexo. Sector Guayaquil. Centro de Salud Pedro Carbo. Año 2018.**

Hábitos tóxicos	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Alcohol</b>	15	45,5	20	41,7	35	43,2
<b>Tabaco</b>	11	22,9	6	18,2	17	21,0
<b>Café</b>	7	14,6	3	9,1	10	12,3
<b>No Consume</b>	10	20,8	9	27,3	19	23,5

En la tabla 9 de hábitos tóxicos se describen los hábitos que tienen la población de estudio en el que el 43,2% [35 adultos jóvenes] en el que prevalece el sexo masculino refieren que consumen alcohol, el 21,0% [17 adultos jóvenes] prevaleciendo el sexo masculino dijeron que consumen tabaco, y el 23,5% [19 adultos jóvenes] en el que prevalece el sexo femenino,

refieren que no tienen hábitos tóxicos y el 12,3% [10 adultos jóvenes] con prevalencia en el sexo masculino refieren consumir café. Estudio que no coincide con el realizado por Odalys Rivero Canto en Cuba en este año (53), donde el mayor porcentaje de los encuestados refirió consumir café con 78,3 %, seguido del consumo de tabaco 31,9% con predominio del sexo masculino.

**Tabla 10 Distribución de adultos jóvenes hipertensos según realizan actividad física y sexo. Sector Guayaquil. Centro de Salud Pedro Carbo. Año 2018.**

Realizar actividad física	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>No realiza</b>	35	72,9	25	75,8	60	74,1
<b>Realiza</b>	13	27,1	8	24,2	21	25,9

En la tabla 10 sobre prácticas de actividad física, se evidencia que el 74,1% de los encuestados [60 adultos jóvenes] con prevalencia del sexo femenino refieren que no realizan actividad física y el 25,9% [21 adultos jóvenes] con prevalencia del sexo masculino, respondieron que si realizan actividad física. Este estudio no concuerda con el realizado por Daira Burbano Rivera y otros investigadores en Bogotá-Colombia en el año 2017 (54), donde la mayoría de los encuestados refirió tener práctica activa por lo menos 20 minutos diarios en un 41,1%.

**Tabla 11 Distribución de adultos jóvenes hipertensos según consumo de alimentos saludables y sexo. Sector Guayaquil. Centro de Salud Pedro Carbo. Año 2018.**

Consumo de alimentos saludables	Sexo					
	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Bajo consumo</b>	42	87,5	23	69,7	65	80,2
<b>Alto consumo</b>	6	12,5	10	30,3	16	19,8

En la tabla 11 sobre consumo de alimentos el 80,2% [65 adultos jóvenes] en el que prevalece el sexo masculino, refirieron tener bajo consumo de alimentos saludables mientras que el 19,8% [16 adultos jóvenes] con predominio del sexo femenino, dijeron que tienen una dieta saludable. Este estudio concuerda con el realizado por Riccardo Lorenzini en la ciudad de Yucatán - México en el año 2015 (55), en el que los encuestados refirieron tener bajo consumo de alimentos saludables, pero ninguno de los dos estudios anteriores concuerda con el realizado por Daira Burbano Rivera en Bogotá-Colombia en el año 2017 donde la población de estudio respondió tener alimentación adecuada en un 23,49% e inadecuada en un 21,59%.

Aunque existe tratamiento para la hipertensión, sin embargo, no es suficiente para lograr que el tratamiento farmacológico sea el adecuado para obtener el control de la hipertensión arterial, sino que es muy importante además el cambio en los estilos de vida no saludables. Lo que coincide con el estudio realizado por Buenaño Naula A. quien hizo una propuesta de intervención educativa sobre estilos de vida saludables en el Chimborazo-Ecuador, donde se demostró que un alto porcentaje de personas tenían conocimiento sobre estilos de vida saludable pero no lo practicaban. (6) Además coincide con el estudio realizado por Wond de Liu en Guatemala (14) donde el 78% de pacientes conocían los estilos de vida saludables, pero no lo practicaban

**Tabla 12 Distribución de los adultos jóvenes hipertensos según componentes de la estrategia. Sector Guayaquil. Centro de salud Pedro Carbo. Año 2018.**

<b>Componentes de la estrategia</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de estrategia</b>		
Charlas educativas	70	86,4
Dinámica de grupo	5	6,2
Video conferencia	6	7,4
<b>Frecuencia de la estrategia</b>		
Una vez a la semana	12	14,8
Una vez cada 15 días	69	85,2
Una vez al mes	0	0,0

En la tabla 12 sobre los componentes de la estrategia de acuerdo con las vías que prefieren los encuestados para obtener la información sobre hipertensión arterial el 86,4% [70 adultos jóvenes] eligieron adquirirla mediante charlas educativas y el 85% [69 adultos jóvenes] contestaron que desean recibir la intervención con una frecuencia de 1 vez cada 15 días.

**Tabla 13 Distribución de los adultos jóvenes hipertensos según tiempo de duración, horario y lugar para impartir la estrategia. Sector Guayaquil. Centro de salud Pedro Carbo. Año 2018.**

<b>Tiempo de duración de la estrategia</b>		
15 minutos	14	17,3
30 minutos	67	82,7
<b>Horario de la estrategia</b>		
Por la mañana	59	72,8
Por la tarde	22	27,2
<b>Lugar de la estrategia</b>		
Centro de salud	51	63,0
Parque	30	37,0

En la tabla 13 en lo que respecta al tiempo y el lugar para impartir la estrategia el 82,7% [67 adultos jóvenes] eligieron que la charla se de en 30 minutos, de acuerdo con el horario el 72,8% [59 adultos jóvenes] prefirieron que se de en el turno de la mañana y el 63,0% [51 adultos jóvenes] decidieron que se imparta la estrategia en el centro de salud.

En relación al impacto que tiene una estrategia de intervención educativa para elevar el nivel de conocimiento de estilos de vida en la hipertensión en un estudio realizado en Venezuela por Guerrero Montoya y León Salazar en el 2011, se observó que el nivel de conocimientos en la población estudiada aumentó sobre todo en temas relacionados con el hábito de fumar y la obesidad en el 99%, la inactividad física en el 98,5% y la hipertensión arterial en el 92,0%(18), igual que el estudio realizado en Perú en el 2005 por Umaña Machado después de la intervención educativa para aumentar el nivel de vida y salud se logra incrementar los conocimientos sobre el hábito de fumar y obesidad en el 100%, la hipercolesterolemia y el sedentarismo en el 80,2%. (20)

### 13 CONCLUSIONES

La población hipertensa que predominó fue la del sexo masculino, de 35 a 39 años, perteneciente al Sector Guayaquil del Centro de Salud Pedro Carbo con un nivel de educación primario, se autoidentifican como mestizos cuyo estado civil es la unión libre, la ocupación que predomina es la de ama de casa.

En la población de estudio no existen deficiencias en el conocimiento sobre la enfermedad, pero la mayoría mostró deficiencia sobre los factores de riesgo. La mayoría de los adultos jóvenes encuestados tienen conocimiento sobre alimentación saludable y actividad física, pero no practican hábitos saludables.

La estrategia educativa quedó conformada por temas tales como: concepto hipertensión arterial, factores de riesgos, alimentación saludable, importancia de la actividad física, hábitos tóxicos que se impartirán en forma de charlas una vez cada quince días durante treinta minutos cada uno en el horario de la mañana las mismas que se impartirán en el auditorio del Centro de salud.

#### **14 RECOMENDACIONES.**

Aplicar por parte de las autoridades de salud pública del distrito la estrategia diseñada con el objetivo de aumentar el conocimiento a los pacientes adultos jóvenes con hipertensión arterial sobre esta enfermedad y sus factores de riesgo con el fin de reducir la incidencia y prevalencia de esta patología, así como, lograr que adquieran el hábito de practicar estilos de vida saludable para mejorar y aumentar la calidad de vida de la población.

## 15 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Síntes R. Estilo de vida. 2<sup>da</sup> edición. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008; vol. 1: Salud y medicina.
2. Cortés Honorio J. Estilos de vida; Universidad de Lima. Facultad de ciencias médicas. Perú; octubre 2010
3. Molina Pinzón A., Zea Robles A., de Souza Martins M., Rodríguez Caro G. Estilos de vida y factores socioeconómicos en estudiantes de actividad física y deporte. Bogotá-Colombia: Pontificia Universidad Javeriana; 30 septiembre 2016; Vol. 49. N° 90, pp. 229-243.
4. Aliaga E. Políticas de Promoción de la salud: Retos y perspectivas. Perú: Foro Salud y el Consorcio de Investigación Económica y Social [serie en línea]; mayo 2009.
5. Ministerio de Salud Pública. Atención Integral a nivel individual, familiar, comunitario y del entorno. Ecuador: Manual del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS); 2013.
6. Buenaño Naula A. Propuesta de intervención educativa sobre estilos de vida saludables. Escuela Politécnica Superior. Chimborazo-Ecuador; 2016.
7. Gonzáles Ceballos A. Estilos de vida y salud. Santiago de Cali. Pontificia Universidad Javeriana. Facultad de humanidades y ciencias sociales; febrero 2017.
8. Álvarez L. Los estilos de vida en salud: Del individuo al contexto. Universidad de Antioquia. Rev. Facultad Nacional de Salud Pública Vol. 30 (1). Medellín-Colombia; enero-abril 2011
9. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades crónicas no transmisibles. OMS. Ginebra; 2013
10. Cando I. Factores de riesgo cardiovascular y estilos de vida en adolescentes. Universidad de Ambato. Facultad de Ciencias de la Salud. Ecuador; 2016
11. Alcívar Bravo M. Medina Montoya Francisco. Perfil epidemiológico y factores de riesgo de mortalidad en enfermedad hipertensiva en el hospital Abel Gilbert Pontón. Universidad Estatal de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. Guayaquil-Ecuador; 2016
12. Prats J. Estilos de vida no saludables y Prevención de enfermedades. Ediciones el PAIS S. L. Diario El PAIS. Valencia; enero 2015.
13. Armas Hernández M., Armas Padilla M., Hernández R. La hipertensión en Latinoamérica. Sociedad latinoamericana de hipertensión. Rev. Latinoamericana de hipertensión. Vol. 1 (1). Caracas; enero – marzo 2006

14. Wond de Liu C. Estilos de vida. Universidad de San Carlos Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Fase I, área de Salud Pública. Guatemala; 2011.
15. Tagle R. Diagnóstico de hipertensión arterial. Revista Médica Clínica Las Condes. Vol. 29 (1). Santiago de Chile; febrero 2018
16. Monsalve Lorente L. La educación para la salud en la adquisición de estilos de vidas saludables. Universidad de Valencia. Revista Internacional de Educación y Aprendizaje. Vol. 1. España; 2013.
17. Lange I, Vio F. Importancia de la promoción de salud en la población. Guía universidades saludables y otras instituciones de educación superior. Sociedad científica de estudiantes de medicina. Lima Perú; agosto 16 2015.
18. Guerrero Montoya L., León Salazar A. Estilo de vida y salud: un problema socioeducativo. Antecedentes. Universidad de los Andes. Revista Educere vol. 14, núm. 49. Mérida Venezuela; junio-diciembre, 2010, pp. 287-295
19. OCEDE. Estudios sobre los sistemas de salud: Estilos de vida que dañan la salud. Organización para la cooperación y desarrollo económico. México; 2016
20. Umaña Machado A. Las relaciones entre nivel de vida y salud. Centro de información y documentación científica. Lima Perú; 2005
21. Oyarzún Neumann E. Modelo biomédico y modelo biopsicosocial. Universidad de Chile; 2013.
22. Arias Solís F. Estilos de vida y promoción de salud: material didáctico. Universidad de Sevilla. España; 2009
23. OMS. Campaña del día mundial de la salud. Ecuador; 2012
24. Vivas Balcones D. JNC8. Nuevas guías americanas para el manejo de la hipertensión arterial. The Journal of the American medical Association; 8 de enero 2014
25. Fernández Rojas X., Méndez Chacón E. Estilos de vida y factores de riesgo para la salud. CRELES. Revista electrónica vol. 5: 1. Costa Rica; 2007
26. Guerrero Alcedo J., Sánchez Angulo J. Factores protectores, estilos de vida saludable y factores de riesgo cardiovascular. Instituto de investigaciones psicológicas. Universidad Veracruzana. México; 2015
27. Viñas de Rodríguez Rey M. Estilos de vida y conocimientos acerca de la salud. Universidad del Norte de Santo Tomás de Aquino. Tucumán-Argentina; 2017
28. MSP. Protocolos clínicos y terapéuticos para la atención de las enfermedades crónicas no transmisibles. Normatización del Sistema Nacional de Salud. Programa del Adulto-Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Ecuador; junio 2011.

29. MSP. Guía de alimentación y nutrición para padres de familia. Dirección Nacional de Educación para la Democracia y el Buen Vivir. Quito- Ecuador; 2017
30. Guía de alimentación y salud. Alimentación en: Enfermedades cardiovasculares. Factores de riesgo. UNED. Facultad de ciencias de Nutrición y Dietética. Madrid-España; 2017
31. Molina V. Guías alimentarias en América Latina. Guatemala: Instituto de nutrición de Centro América y Panamá; 2008; Vol. 21 (1):31-41: Informe de la consulta técnica regional de las guías alimentarias.
32. Hernández Meléndres D. Delgado Pérez I. Modificación de comportamientos mediante la construcción de capacidades y la participación social. Convención internacional de Salud Pública. La Habana-Cuba; 3-7 diciembre 2012.
33. Martín Zurro A., Huguet Recasens M. y García Cardona F. Organización de las actividades en Atención Primaria. Editorial Elsevier. España; 2008. Capítulo 3.
34. MSP. Manual del Modelo de Atención Integral de SALUD-MAIS. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Ecuador; 2013
35. Constitución de la República del Ecuador. [Internet]. 2008. [citado 27 abril del 2015].
36. Freire W. B., Silva Jaramillo K., Mendieta M. J., Gómez L. F. Ramírez Luzuriaga M., Belmont P.,” etal”. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Ecuador; 2012; Tomo 1: Salud y nutrición.
37. Pérez López C. Muestreo estadístico. España: Editorial PEARSON EDUCACION; 16 Julio 2014; capítulo 2: Métodos generales de selección de muestras: conceptos, estimadores y su distribución.
38. Hernández Sampieri R., Fernández Collado C., Baptista Lucio P., Metodología de la Investigación. 4taEd. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. México; enero 2008.
39. Apolaya Segura M. Operacionalización de variables. Universidad de Juárez. Revista Global de Negocios, v. 3 (5) p. 71-84. México; 2015.
40. INEC 2010. Ecuador. ECU-INEC-DIES-CPV-2010-v1.2 Disponible en: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manulateral/Resultados-provinciales/guayas.pdf>
41. Rojas M., Rosales Y., Guerrero N., Morillo J., Añez R., Bermúdez J., Valmore; Rojas J. et al. Comportamiento epidemiológico de la hipertensión arterial en individuos adultos del municipio San Cristóbal del estado Táchira - Venezuela Revista Latinoamericana de Hipertensión, vol. 10, núm. 2, 2015, pp. 25-35 Sociedad

- Latinoamericana de Hipertensión Caracas, Organismo Internacional Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170247129001>.
42. Herrera Añazco P. Pacheco Mendoza J. Valenzuela Rodríguez G. Málaga G. Autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Perú: Una revisión narrativa. Rev. Perú Med. Exp. Salud Publica 34(3):497-504. Lima - Perú; 2017
  43. Rodríguez Espinosa H. Restrepo Betancur L. Deossa Restrepo G. Conocimientos y prácticas sobre alimentación, salud y ejercicio. Universidad de Antioquia. Vol. 17, N° 1, p 36-54. Medellín – Colombia; enero-junio de 2015.
  44. Campos Nonatom I., Hernández Barrera L, Pedroza Tobías A., Medina C., Barquera S. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. salud pública de México / vol. 60, no. 3, México; mayo-junio de 2018.
  45. Vega Angarita O. Agencia de autocuidado en hipertensos usuarios de un hospital universitario en Cúcuta. Salud Uninorte. Vol. 30 (2): 133-145. Colombia; 2014.
  46. Tula Leyva Y., Morales Zaldivar Y., Cañete Castillo O. Hipertensión arterial en el servicio de observación de un policlínico comunitario. Multimed. Revista Médica. Granma 21(6). Cuba; noviembre-diciembre 2017.
  47. Navas Santos N. Magnabosco P. Cavalari Teraoka E., Meirelles de Oliveira E., Aparecida E. Análisis comparativo de la no adhesión al tratamiento medicamentoso de la hipertensión arterial sistémica en población urbana y rural. Rev. Latino-Am. Enfermagem 23(1):20-7; ene.-feb. 2015.
  48. Ortiz Benavides R., Ortiz Benavides A., Villalobos M., Rojas J., Torres Valdez M., Sigüencia Cruz W., Añez R., Bermúdez V. Prevalencia de hipertensión arterial en individuos adultos de las parroquias urbanas. Rev. Síndrome cardiometabólico Volumen IV N°1. Cuenca Ecuador; 2014.
  49. Inga Mayta N. Prevalencia de hipertensión arterial en el área de espera de un Hospital Regional. Universidad Peruana Los Andes. Lima - Perú 2017.
  50. Alejos García M. Maco Pinto J. Tesis sobre nivel de conocimiento para hipertensión arterial. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima Perú; 2017
  51. Rodríguez-Espinosa H.; Restrepo Betancur L.; Deossa Restrepo G. Conocimientos y prácticas sobre alimentación, salud y ejercicio en universitarios. Escuela de Nutrición y Dietética. Rev. PERSPECTIVAS EN NUTRICIÓN HUMANA Vol. 17, (1). pp. 36-54. Colombia. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia; enero-junio de 2015.

52. Trindade Radovanovic C., Afonso dos Santos L., Dalva de Barros M., Silva Marcon S. Hipertensión arterial y otros factores de riesgo asociados a las enfermedades cardiovasculares en adultos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 22(4):547-53. Brasil; julio-agosto 2014.
53. Rivero Canto O., Martínez Rivero A., Muñoz Escobar E. Hipertensión Arterial. Prevalencia y factores de riesgo en la población de un consultorio de Morón. Cuba; 2018.
54. Burbano Rivera D. Estilos de vida en salud del paciente hipertenso. Tesis de maestría. Universidad Nacional de Bogotá. Colombia; 2017
55. Lorenzini R.; Betancur Ancona D.; Chel Guerrero L.; Segura Campos M.; Castellanos Ruelas A. Estado nutricional en relación con el estilo de vida de estudiantes universitarios mexicanos. *Rev. Nutrición Hospitalaria* vol. 32 (1) pp. 94-100. Madrid-España; 2015. Rodríguez Espinosa H. Restrepo Betancur L. Deossa Restrepo G. Conocimientos y prácticas sobre alimentación, salud y ejercicio. Universidad de Antioquia. Vol. 17, N° 1, p 36-54. Medellín – Colombia; enero-junio de 2015.

## ANEXO 1.

### Consentimiento Informado

Yo,....., de cédula de Identidad ....., de nacionalidad....., mayor de edad, con domicilio en..... he recibido la información suficiente de parte de la Dra.....de forma verbal me ha explicado acerca de la forma en que se me atenderá y realizará la encuesta escrita que debo responder, de la cual puedo retirarme en el momento que yo considere sin represalias en mi atención como paciente, consiento en participar en la investigación denominada: “Diseño de estrategia educativa en pacientes adultos jóvenes en el sector Guayaquil del Centro de Salud Pedro Carbo 2017 la cual bajo mi autorización puede ser publicada con sus resultados preservando el anonimato de mi identidad.

Con el beneficio de colaborar en el aporte al conocimiento científico que en esta ocasión se requiere.

En caso de necesitar información adicional puedo contactarme con la Dra. Johanna Georgina Vidal Plúas a la siguiente dirección de correo electrónico **joha\_vip@hotmail.com**.

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

-----  
**Firma de autorización**

## Anexo 2

### Encuesta

#### ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. **Edad:** \_\_\_\_

2. **Sexo:** Femenino \_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_

**3.- Nivel de instrucción:**

1. \_\_\_\_ Ninguno(a)

2. \_\_\_\_ Primaria

3. \_\_\_\_ Secundaria

4. \_\_\_\_ Bachillerato

5. \_\_\_\_ Universitario(a)

**4.- Señale su estado civil actual**

1. \_\_\_\_ Soltero/a

2. \_\_\_\_ Casado/a

3. \_\_\_\_ Unión libre

4. \_\_\_\_ Divorciado/a

5. \_\_\_\_ Viudo/a

**5.- Señale con una X su auto identificación étnica**

1. \_\_\_\_ Blanco

2. \_\_\_\_ Mestizo

3. \_\_\_\_ Montubio

4. \_\_\_\_ Indígena

5. \_\_\_\_ Negro

6. \_\_\_\_ Afroecuatoriano

7. \_\_\_\_ No sabe

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

1. \_\_\_\_ Estudiante.

2. \_\_\_\_ Ama de casa.

3. \_\_\_\_ Obrero.

4. \_\_\_\_ Empleado público.

5. \_\_\_\_ Empleado privado.

6. \_\_\_\_ Empleado domestico(a).

7. \_\_\_\_ Independiente.

8. \_\_\_ Jornalero.

9. \_\_\_ Desempleado

**ASPECTO SOBRE CONOCIMIENTO SOBRE ESTILOS DE VIDA E HIPERTENSIÓN ARTERIAL.**

Señale con una x la respuesta que considere correcta:

**7.- Diga que entiende por hipertensión arterial:**

1. \_\_\_ La HTA un trastorno digestivo y se cura con tratamiento

2. \_\_\_ La HTA es una enfermedad que no tiene cura y que se mantiene estable con tratamiento

3. \_\_\_ La HTA es una enfermedad infecciosa que se transmite de una persona a otra

4. \_\_\_ No se

**8.- La hipertensión arterial es una enfermedad:**

1.- que es poco probable la aparición de una complicación si se mantiene controlada

2.- Las complicaciones aparecen con frecuencia aun cuando existe control

3.- \_\_\_ No se

**10.- ¿Cuáles son los factores de riesgo de la hipertensión arterial:**

1. \_\_\_ Antecedentes familiares

2. \_\_\_ La raza

3. \_\_\_ Obesidad

4. \_\_\_ Edad

5. \_\_\_ El estrés

6. \_\_\_ no conoce

**11.- Marque con una x los alimentos que considere parte de una alimentación saludable:**

1. \_\_\_ vegetales, verduras y legumbres

2. \_\_\_ Colas, jugos con endulzantes y confites

3. \_\_\_ proteínas como carne, pollo y pescado

3. \_\_\_ Enlatados

4. \_\_\_ Cereales integrales, pan y galletas integrales

5. \_\_\_ leche, queso y huevo

6. \_\_\_ frutas

7. \_\_\_ mantequilla

8. \_\_\_ frituras

9. \_\_\_ carne de cerdo y de res

10. \_\_\_ Carbohidratos

11. \_\_\_ No se

**10. Conoce Ud. ¿Por qué es importante realizar ejercicios físicos?**

1. \_\_\_ Previene los cólicos y las enfermedades diarreicas

2. \_\_\_ Previene el sobrepeso las enfermedades cardiovasculares y el estrés

3. \_\_\_ Previene el dolor de cabeza y las intoxicaciones

4. \_\_\_ No se

**11.- Señale con una cruz de los siguientes hábitos tóxicos cuales ud tiene:**

1. \_\_\_ Alcohol

2. \_\_\_ Tabaco

3. \_\_\_ Drogas

4. \_\_\_ Café

5. \_\_\_ No consume

**12.- ¿Cuánto tiempo aproximado realiza actividad física?**

1. \_\_\_ 30 minutos o más y al menos 3 veces a la semana

2. \_\_\_ menos de 30 minutos y menos de 3 veces a la semana

3. \_\_\_ No realiza

**13.- ¿Qué tipos de comida consume?**

1. \_\_\_ vegetales, verduras y legumbres

2. \_\_\_ Colas, jugos con endulzantes y confites

3. \_\_\_ proteínas como carne, pollo y pescado

4. \_\_\_ Enlatados

5. \_\_\_ Cereales integrales, pan y galletas integrales

6. \_\_\_ leche, queso y huevo

7. \_\_\_ frutas

8. \_\_\_ mantequilla

9. \_\_\_ frituras

10. \_\_\_ carne de cerdo y de res

11. \_\_\_ Panes, galletas y fideo

**14.- ¿Por qué medio le gustaría recibir información sobre hipertensión arterial?**

1. \_\_\_ Charlas educativas

2. \_\_\_ Dinámica de grupo

3. \_\_\_ Viendo videos

4. \_\_\_ Materiales impresos

5. \_\_\_ Lluvia de ideas

6. \_\_\_ Sociodrama

**15.-- ¿Con qué frecuencia usted podría recibir información sobre hipertensión arterial?**

1. \_\_\_ 1 vez a la semana

2. \_\_\_ 1 vez cada 15 días

3. \_\_\_ 1 vez al mes

**16.- ¿Qué tiempo dispone para recibir la información?**

1. \_\_\_ 15 minutos

2. \_\_\_ 30 minutos

3. \_\_\_ 1 hora

**17.- ¿En qué horario le gustaría recibir la actividad educativa**

1. \_\_\_ Por la mañana

2. \_\_\_ Por la tarde

**18. ¿En qué lugar le gustaría recibir la información?**

1. \_\_\_ Centro de salud

2. \_\_\_ Parque

3. \_\_\_ Local de la comunidad

**19.- Tiempo de duración de la estrategia**

1. \_\_\_ 30 minutos

2. \_\_\_ 1 hora

3. \_\_\_ 90 minutos

## ANEXO 3

### **Propuesta de estrategia de intervención educativa.**

#### **Fundamentos:**

La estrategia de intervención educativa se fundamenta desde una perspectiva filosófica, sociológica y psicológica las cuales se articulan para sustentarla. Desde una perspectiva filosófica se considera la práctica social como punto de partida, se concibe al hombre como un ser de naturaleza social, que se desarrolla según las relaciones dialécticas que establece con la realidad que le rodea como parte del sistema naturaleza-hombre-sociedad. Desde una perspectiva sociológica se concibe al individuo como históricamente condicionado, producto del propio desarrollo de la cultura que él mismo ha creado conduce a abordar la relación que existe entre la educación, cultura y sociedad: la sociedad como depositaria de toda la experiencia histórico-cultural y la educación como medio y producto de la sociedad y su transformación. Desde una perspectiva psicológica el enfoque histórico cultural del desarrollo humano, asume que el fin de la educación es la transformación del hombre y la cultura en su interrelación dialéctica: el hombre se educa a partir de la cultura creada y a la vez la desarrolla, y que necesariamente responde a las exigencias de la sociedad en cada momento histórico.

La estrategia se incluye desde la epistemología pedagógica de este tipo de intervención en el paradigma sociocrítico donde el diseño respeta y valoriza tanto el papel del salubrista como al sujeto en el medio en que ambos se desarrollan, preconice un protagonismo integral y dialectico donde no se entiende la intervención en salud sin un rol de actividades de los actores sociales, manteniendo la autoreflexión crítica en los procesos de conocimiento lo que demanda una racionalidad sustantiva que incluya los juicios, los valores y los intereses de la sociedad, su objetivo es la transformación de la estructura de las relaciones sociales dando respuesta a los problemas generados por ellas y teniendo en cuenta la capacidades activas y reflexivas de los propios integrantes de la comunidad el conocimiento y la comprensión de la realidad como praxis, la vinculación de la teoría con la práctica, integrando conocimiento, acción y valores; la orientación del conocimiento hacia la emancipación y liberación del ser humano, y su propuesta de integración de todos los participantes, incluido el investigador, en procesos de autorreflexión y de toma de decisiones consensuadas. La estrategia didáctica el aprendizaje está orientado a proyectos, a casos y a problemas.

Se asume que el tema sobre el conocimiento no satisfactorio sobre hipertensión arterial y sus factores de riesgo en el Sector Guayaquil del Cantón Pedro Carbo, que es un problema de salud, de causa multifactorial, que afecta a todos los adultos.

La estrategia educativa debe aprovechar la capacidad de aprendizaje propia de cada persona o comunidad. Se debe adoptar, siempre que sea posible, técnicas de transmisión de información y conocimientos a las que la comunidad o personas estén acostumbradas.

La educación en salud debe considerar la implementación de un plan de trabajo o un plan educativo en el cual se establezca un diagnóstico de las necesidades educativas; formulación de objetivos y/o metas que se quiere alcanzar, la definición de objetivos es importante porque así se fija la dirección de los esfuerzos que se debe realizar, en estos debe indicarse en forma explícita los cambios de conocimientos, actitudes o hábitos que se procura lograr como condición para alcanzar la meta, la cual le da un sentido de misión a la educación; diseño de la estrategia educativa; ejecución de actividades, métodos o técnicas educativas para incorporar el conocimiento; y la evaluación del programa desarrollado.

La implementación de las estrategias educativas permite la identificación, selección e incorporación de metodologías y técnicas de aprendizaje por parte de los individuos y grupos con que se trabaja. El punto de partida para el diseño de una estrategia educativa debe ser la identificación del nivel de conocimiento y utilización de los recursos, métodos y técnicas de aprendizaje ya existentes en el contexto en el que se realizará la educación. lo cual hace que múltiples profesionales de la salud en el ámbito internacional y de nuestro país en particular, centren sus proyectos investigativos en buscarle solución a esta problemática.

En las enfermedades crónicas y particularmente en la HTA, la enseñanza no sólo permite que los pacientes aumenten sus instrucciones e ideas acerca de la enfermedad, sino que también mejoren su atributo de vida, ya que a través de la educación se mejora la perspectivas del conocimiento de la enfermedad en todo sus aspectos, facilitando procesos de promoción, prevención y prestación de servicios de salud de alta calidad a toda la población del territorio nacional, y mejora la adherencia al tratamiento.

### **Diferentes tipos de intervención.**

Se define como estrategias de aprendizaje como las secuencias integradas de procedimientos o actividades que se eligen con el propósito de facilitar la adquisición, el almacenamiento y/o la utilización de información o conocimientos, cuya misión es la enseñanza básica y profesional

## **Objetivos**

**Objetivo general:** Elevar los conocimientos sobre factores de riesgo de hipertensión arterial e importancia de estilos de vida saludables en los adultos jóvenes con hipertensión en el sector Guayaquil del centro de salud Pedro Carbo.

### **Objetivos específicos:**

- Proveer del conocimiento sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial, manejo y tratamiento a los adultos jóvenes hipertensos del sector Guayaquil del centro de salud Pedro Carbo.
- Brindar información sobre la importancia y práctica de estilos de vida saludables.
- Orientar las principales medidas para prevenir las complicaciones de la enfermedad.

### **Límites:**

La estrategia se aplicará cada 15 días durante 30 minutos, cada tema se impartirá en el salón auditorio del Centro de salud tipo C Pedro Carbo. Con un universo de 81 adultos jóvenes, que van a ser beneficiarios del programa educativo, integrado por amas de casa y trabajadores independientes.

### **Estrategia:**

El diseño se realizó siguiendo los elementos señalados en la propuesta de la OPS. Está conformada con acciones de tipo instructivo-educativas a cumplir, teniendo en cuenta la forma organizativa de la enseñanza, los responsables, participantes, el periodo de cumplimiento y forma de evaluación, que finalizó con orientaciones generales para el cumplimiento de la misma.

Se seguirá una metodología activa de enseñanza lo que promoverá el desarrollo de capacidades individuales y grupales, el trabajo independiente, la participación activa, consciente y creadora de todos los participantes. Además, se tendrá en cuenta el lugar de la reunión accesible y adecuada para todos, así como la fecha y hora se establecerá de mutuo acuerdo.

La estrategia se dará mediante charlas educativas sobre estilos de vida saludables e hipertensión arterial

### **Actividades:**

Se seleccionaron y organizaron, en función de los objetivos, coordinando los recursos, los contenidos, con el tipo de mensaje, seleccionando adecuadamente las técnicas, los espacios y los medios en función de los posibles sujetos del proceso educativo; de acuerdo a los avances y propuestas metodológicas de la pedagogía contemporánea:

**Temas a tratar:**

1. Concepto de hipertensión arterial, factores de riesgo, prevención y tratamiento.
2. Importancia de una alimentación saludable.
3. Importancia de realizar actividad física.
4. Hábitos tóxicos.

**Recursos humanos:** Posgradista, director del centro de salud, técnico de atención primaria de salud (TAPS) y representante del comité local de salud.

**Materiales:** salón auditorio del Centro de salud tipo C Pedro Carbo, una computadora, un infocus, 500 hojas de papel, una pizarra, 80 esferos, 5 marcadores.

**Cronograma:**

Se establece en función de los objetivos, de las actividades programadas sin perder de vista el problema a solucionar.

Temas		Semanas				
		1	2	3	4	5
1	Hipertensión arterial y Factores de riesgo	CH				
2	Alimentación saludable		CH			
3	Actividad física			CH		
4	Hábitos tóxicos				CH	
5	Recapitulación, Conclusiones sobre los métodos anticonceptivos y evaluación final.					T

**Presentación del programa**

Para el desarrollo del programa se prevé cinco encuentros, con una periodicidad quincenal, con una duración de 30 minutos para cada grupo.

Para su realización se tendrá en cuenta las condiciones de infraestructura que permitan un desarrollo de los talleres según los fines previsto. El local en el que se trabaje debe reunir los siguientes requisitos: espacioso, ventilado y con iluminación adecuada, factores que permiten la correcta interacción entre los participantes de los talleres. Se debe tener en cuenta la privacidad del local, para que no puedan ser interrumpidos y evitar distracciones por ruidos o sonidos del exterior. Se propone la utilización de la sala múltiple del centro de salud tipo C Pedro Carbo.

## Estrategia educativa sobre estilos de vida en adultos jóvenes con hipertensión arterial

### Datos informativos

**Institución ejecutora:** Centro de salud Pedro Carbo

**Institución beneficiada:** población del sector Guayaquil del Cantón Pedro Carbo provincia del Guayas.



### Beneficiarios:

Adultos jóvenes con hipertensión arterial

del sector Guayaquil del Cantón Pedro Carbo.

**Autora:** Md. Johanna Vidal Plúas

### Personal responsable:

Md. Johanna Vidal plúas

Director (a) del Centro de Salud Pedro Carbo

Técnico de atención primaria de salud (TAPS)

Representante del comité local de salud

**Nº de participantes:** 81 adultos jóvenes hipertensos

**Grupos:** 4 grupos de 16 personas y 1 de 17 personas.

**Encuentros por grupos:** 5 encuentros

**Duración total:** 30 minutos para cada grupo

**Frecuencia:** Quincenal

**Objetivo General:** Elevar los conocimientos sobre factores de riesgo de hipertensión arterial e importancia de estilos de vida

saludables en los adultos jóvenes con hipertensión en el sector Guayaquil del centro de salud Pedro Carbo.

### Objetivos específicos:

- Proveer del conocimiento sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial, manejo y tratamiento a los adultos jóvenes hipertensos del sector Guayaquil del centro de salud Pedro Carbo.
- Brindar información sobre la importancia y practica de estilos de vida saludables.
- Orientar las principales medidas para prevenir las complicaciones de la enfermedad.

### Justificación:

En la población del sector Guayaquil del cantón Pedro Carbo, se ha observado un aumento escalonado de enfermedades crónicas no transmisibles, con malos hábitos alimentarios, hábitos tóxicos y la falta de ejercicio físico. Las personas asisten al centro de salud tipo C del Cantón, que brinda servicios en distintas especialidades, de las cuales el área de Medicina Familiar y Comunitaria tiene una gran influencia e impacto en la salud de la población.



Al evaluar las atenciones prestadas se evidencia que existe un alto porcentaje de hipertensos debido al estilo de vida inadecuado.

Al momento de investigar sobre los estudios aplicados a mejorar los estilos de vida se evidencia que la mayoría no ha tenido éxito en cuanto a la práctica se refiere, es decir que no llevan una alimentación adecuada, no practican actividad física y no eliminan los hábitos tóxicos, para mejorar su calidad de vida.



Durante el estudio realizado se evidenció que un gran porcentaje de los pacientes encuestados conocían sobre lo que es la hipertensión arterial pero un alto porcentaje refirió también no conocer sobre los factores de riesgo y complicaciones de esta enfermedad, refirieron asistir mensualmente al centro de salud a retirar la medicación correspondiente, dijeron conocer que es una dieta saludable y la importancia de realizar actividad física pero no practican hábitos saludables lo que fue una justificación fundamental para diseñar la presente estrategia educativa, la cual incrementará el conocimiento en los adultos jóvenes con hipertensión arterial, para de esta forma disminuir las complicaciones de esta enfermedad.



### Encuentro 1

- Charla educativa sobre hipertensión arterial.
- Charla educativa sobre factores de riesgo de hipertensión arterial.

### Encuentro 2

- Charla sobre alimentación saludable
- Indicar dieta adecuada para hipertensos y para aquellos que tengan una enfermedad asociada.

### Encuentro 3

- Evaluar la importancia que cada uno tiene sobre la actividad física.
- Informar sobre ventajas del ejercicio y forma adecuada de practicarlo.

### Encuentro 4

- Evaluar conocimiento de hábitos tóxicos
- Informar las desventajas de estos

### Encuentro 5

- Evaluar los conocimientos adquiridos por los adultos jóvenes durante la intervención educativa



**“Estrategia educativa sobre estilos de vida en adultos jóvenes hipertensos”**

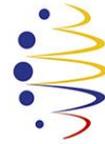
**Md. Johanna Vidal Plúas**  
**Posgradista en Medicina Familiar y Comunitaria**



**Presidencia  
de la República  
del Ecuador**



**Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes**



**SENESCYT**  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **JOHANNA GEORGINA VIDAL PLÚAS**, con C.C: # **0920082393** autor/a del trabajo de titulación: **Diseño de estrategia educativa para modificar estilos de vida en adultos jóvenes con hipertensión arterial. sector Guayaquil. Centro de Salud Pedro Carbo. Año 2018** ,previo a la obtención del título de **Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigente

Guayaquil, 17 de diciembre de 2018

f. \_\_\_\_\_

Nombre: **JOHANNA GEORGINA VIDAL PLÚAS**,

C.C: # **0920082393**



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Diseño de estrategia educativa para modificar estilos de vida en adultos jóvenes con hipertensión arterial. sector Guayaquil. Centro de Salud Pedro Carbo. Año 2018”		
<b>AUTOR(ES)</b>	Johanna Georgina, Vidal Plúas		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Cristina Victoria Hernández Roca		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Escuela de Graduados en ciencias de las salud		
<b>CARRERA:</b>	Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	17 de diciembre de 2018	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	72
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Medicina, Medicina Familiar y comunitaria y Ciencias de la Salud		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Hipertensión arterial, factor de riesgo, adultos jóvenes, estrategia educativa.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT</b>	<p><b>Antecedentes:</b> La hipertensión arterial está identificada como una de las enfermedades más frecuentes del mundo y a la vez es una de las primeras causas básicas de morbilidad y mortalidad en la población, además es el principal factor de riesgo para el accidente cerebro vascular y la enfermedad coronaria. <b>Objetivo:</b> Diseñar una estrategia educativa para modificar estilos de vida en pacientes adultos jóvenes con hipertensión arterial del sector Guayaquil, Centro de salud Pedro Carbo en el año 2018. <b>Material y Método:</b> Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, el universo estuvo constituido por 81 adultos jóvenes hipertensos del sector Guayaquil. Centro de salud Pedro Carbo año 2018. Se aplicó una encuesta confeccionada por la autora de la investigación para evaluar el nivel de conocimiento sobre factores de riesgo de hipertensión arterial, alimentación saludable, actividad física, hábitos tóxicos y diseñar una estrategia educativa. <b>Resultados:</b> Se evidenció que el grupo de edad que predominó fue el de 35 – 39 años con un 51,9%. El 59,3% estuvo representado por el sexo masculino. El 29,6% de los participantes tienen nivel de escolaridad primaria. El 66,7% de estado unión libre. El 82,7% se autoidentificaron como mestizos y el 22,2% fueron amas de casa. El nivel de conocimiento de hipertensión arterial fue alto en un 63,0% de los encuestados, el nivel de conocimiento fue bajo en 55,6% para los factores de riesgo de hipertensión. La estrategia quedó conformada mediante charlas quincenales, de 30 minutos de duración. <b>Conclusiones:</b> La mayoría de los adultos jóvenes mostraron un bajo nivel de conocimiento sobre factores de riesgo para hipertensión arterial, a pesar de ello, un alto porcentaje están conscientes que deben mejorar su estilo de vida para tener una mejor calidad de vida.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> +593-4-704930 +593-996686353	E-mail: <a href="mailto:joha_vip@hotmail.com">joha_vip@hotmail.com</a>	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>Nombre: Dr. Xavier Landívar Varas</b>		
	<b>Teléfono: +593-4-3804600 ext. 1830-1811</b>		
	<b>E-mail: xavier.landivar@cu.ucsg.edu.ec.</b>		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			