



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

DISEÑO DE ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA ELEVAR EL  
CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA  
POBLACIÓN, DE 20 AÑOS Y MÁS. CONSULTORIO 2. CENTRO DE  
SALUD LUCHADORES NORTE. AÑO 2021.

AUTORA:

GONZÁLEZ HUACÓN, ANABELL DOLORES

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DIRECTOR:

BAJAÑA VARGAS, FREDY ÁNGEL

GUAYAQUIL – ECUADOR

2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *el Dra. Anabell Dolores González Huacón*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

---

Dr. Fredy Ángel Bajaan Vargas

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  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Yo, Anabell Dolores González Huacón

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación “Diseño de estrategia educativa para elevar el conocimiento sobre hipertensión arterial en la población, de 20 años y más. Consultorio 2. Centro de salud Luchadores Norte. Año 2021.” previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme a 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 20 días del mes de noviembre del año 2021

LA AUTORA:

---

Dra. Anabell Dolores González Huacón



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
SISTEMA DE POSGRADO  
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

AUTORIZACIÓN:

Yo, Anabell Dolores González Huacón

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 elevar el conocimiento sobre hipertensión arterial en la población, de 20 años y más. Consultorio 2. Centro de salud Luchadores Norte. Año 2021.”, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

LA AUTORA:

---

Dra. Anabell Dolores González Huacón

URKUND

Original

Document Information

Analysed document: GONZALEZ FUJICION ANABEL DONOSES.pdf (2024080308)  
Submitted: 2025-05-21 13:46:46.042 (20250521)  
Submitted by: anabel.gonzalez@ucsp.ucsp.edu.ec  
Submitter email:  
Security: PDF  
Analysed address: https://analyzer.urkund.com/analyses/urkund.com

Sources included in the report

W	<a href="http://repositorio.ucsp.edu.ec/bitstream/2101/2219/1/7/GONZ.FUJICION ANABEL.pdf">http://repositorio.ucsp.edu.ec/bitstream/2101/2219/1/7/GONZ.FUJICION ANABEL.pdf</a> File hash: 2025-05-20 17:38:42.24.52050010	2
SA	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / RECIAS CIVISSE MELVIN STALIN GONZALEZ.pdf Document: MACIAS CIVISSE MELVIN STALIN GONZALEZ.pdf (2024080308) Submitted by: macias.melvin@ucsp.edu.ec Reviewer: carlos.sanchez@urkund.com	4
SA	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil / POVEDA MUÑOZ DIANA ISABEL.pdf Document: POVEDA MUÑOZ DIANA ISABEL.pdf (2024070403) Submitted by: diana.poveda@ucsp.edu.ec Reviewer: carlos.sanchez@urkund.com	1

## AGRADECIMIENTO

El principal Agradecimiento a Dios, quien me ha guardado y dado la fortaleza suficiente para seguir adelante.

A mi familia por su comprensión y estímulo constante; por su apoyo incondicional a lo largo de mis estudios.

A todas las personas que de una u otra forma me apoyaron en la realización de este sueño.

Gracias totales, no tengo palabras ni acciones suficientes para compenazarlos.  
Los amo con mi vida.

## DEDICATORIA

La presente tesis se la dedico a Dios por su infinita bondad.

A mis padres quienes me dieron la vida.

A mi esposo, el Dr. Christian Contreras, por sus palabras, confianza, y amor; por brindarme el tiempo necesario para seguir cumpliendo una meta más en mi vida. A mis hijos, Christian y Cristhiane Contreras González, porque siempre estuvieron apoyándome en sentimiento, aunque el tiempo que les brindaba era menor.

A mi hija Cristhie, mi pálida, por ser mi apoyo incondicional en estos tres años; gracias por estar siempre conmigo, no dudes que estaré para ti hija de mi vida.

A mi madre Enma Fernández (Mi dino), quien no dejó de alegrarme mis días con sus ocurrencias: mi viejita, nunca me faltes.

A mis hermanos: Bolívar, Emma, Mireya, Jomira; y demás familiares, tíos, primos, sobrinos, suegros, cuñados, por sus palabras de aliento.

Sé que no ha sido nada fácil lo que tuvimos que pasar por la pandemia. Perdimos a muchos seres queridos, pero hay que vivir por ellos. Estoy segura que mis familiares están felices en el cielo, festejando la culminación de esta etapa, y deseando muchos existos más en mi destino.

A mis maestros, Dr. Yubel & Dra Sanny, por estos tres años y por compartir sus conocimientos.

A mi tutor, Dr. Fredy Bajaña, gracias totales, le debo las instrucciones en las que me formó.

A mis compañeros, amigos presentes quienes sin esperar nada a cambio, estuvieron para compartir momentos de alegría y tristeza juntos. Su apoyo incondicional también cuenta en mi corazón.



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

---

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO  
DIRECTOR DEL POSGRADO

---

ARANDA CANOSA, SANNY  
COORDINADORA DOCENTE

---

BATISTA PEREDA, YUBEL  
OPONENTE





UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA  
III COHORTE  
ACTA DE CALIFICACIÓN



TEMA: POSGRADISTA: FECHA:
---------------------------------

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO /60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN /40	CALIFICACIÓN TOTAL /100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDÍVAR 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  
TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

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

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

## ÍNDICE GENERAL

1.	INTRODUCCIÓN.....	2
2.	EL PROBLEMA .....	4
2.1	IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO.....	4
2.2	FORMULACIÓN .....	5
3.	OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS .....	6
3.1	GENERAL .....	6
3.2	ESPECÍFICOS.....	6
4.	MARCO TEÓRICO.....	7
4.1	MARCO CONCEPTUAL. ....	7
<b>4.2</b>	<b>ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS. ....</b>	<b>19</b>
5.	MÉTODOS .....	21
6.1	NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.....	21
6.2	TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	21
6.3	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN. ....	21
6.4	JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO .....	21
6.5	POBLACIÓN DE ESTUDIO. ....	22
6.5.1	CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA O PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.....	22
6.5.1.1	Criterios de inclusión.....	22
6.5.1.2	Criterios de exclusión.....	22
6.6	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	22
6.7	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	24
6.8	TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....	25
6.9	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	25
6.10	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	28
7	CONCLUSIONES.....	41
8	VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN .....	42
9	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	43
10	ANEXOS .....	57

## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS SEGÚN SEXO Y GRUPOS DE EDAD. CONSULTORIO 2. CENTRO LUCHADORES DEL NORTE. AÑO 2021 .....	28
TABLA 2: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS SEGÚN SEXO Y ESCOLARIDAD. CONSULTORIO 2. CENTRO LUCHADORES DEL NORTE. AÑO 2021.	29
TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS SEGÚN SEXO Y ESTADO CIVIL CONSULTORIO 2. CENTRO LUCHADORES DEL NORTE. AÑO 2021...	30
TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS SEGÚN SEXO Y ETNIA. CONSULTORIO 2. CENTRO LUCHADORES DEL NORTE. AÑO 2021 .....	31
TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS SEGÚN SEXO Y OCUPACIÓN. CONSULTORIO 2. CENTRO LUCHADORES DEL NORTE. AÑO 2021 ....	32
TABLA 6: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS SEGÚN SEXO Y ACTIVIDAD FÍSICA REALIZADA. CONSULTORIO 2. CENTRO LUCHADORES DEL NORTE. AÑO 2021.....	33
TABLA 7: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS SEGÚN SEXO Y CONSUMO ELEVADO DE SAL, GRASAS Y BEBIDAS GASEOSAS Y ENERGIZANTES. CONSULTORIO 2. CENTRO LUCHADORES DEL NORTE. AÑO 2021. (N=107) .....	34
TABLA 8: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS SEGÚN CONOCIMIENTO SOBRE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y SEXO. CONSULTORIO DOS. CENTRO LUCHADORES DEL NORTE. AÑO 2021.....	35
TABLA 9: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS SEGÚN TIPO DE TÉCNICA EDUCATIVA Y SEXO. CONSULTORIO 2. CENTRO LUCHADORES DEL NORTE. AÑO 2021.....	36
TABLA 10: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS SEGÚN LA FRECUENCIA DE LA TÉCNICA EDUCATIVA Y SEXO. CONSULTORIO 2. CENTRO LUCHADORES DEL NORTE. AÑO 2021. ....	37
TABLA 11: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS SEGÚN HORARIO PARA LA ACTIVIDAD EDUCATIVA Y SEXO. CONSULTORIO 2. CENTRO LUCHADORES DEL NORTE. AÑO 2021. ....	37

TABLA 12: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS SEGÚN DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD Y SEXO. CONSULTORIO 2. CENTRO LUCHADORES DEL NORTE. AÑO 2021.....	38
TABLA 13: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS SEGÚN LUGAR DE LA ACTIVIDAD Y SEXO. CONSULTORIO 2. CENTRO LUCHADORES DEL NORTE. AÑO 2021. ....	39
TABLA 14: DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS SEGÚN TAMAÑO DEL GRUPO PARA LA ACTIVIDAD EDUCATIVA Y SEXO. CONSULTORIO 2. CENTRO LUCHADORES DEL NORTE. AÑO 2021. ....	40

## ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	57
ANEXO 2. CUESTIONARIO PARA EL CONOCIMIENTO SOBRE HTA .....	58
ANEXO 3.....	64
EL CONOCIMIENTO SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO ENFERMEDAD PREVIENE LAS COMPLICACIONES.....	64

## RESUMEN

**Antecedentes:** En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de casi un tercio del total de las muertes por año. **Métodos:** Se realizó una investigación descriptiva, observacional, prospectiva y transversal con la población de adultos del centro de salud Luchadores Norte, para realizar el diseño de una estrategia educativa que eleve el conocimiento sobre esta enfermedad; se midieron variables sociodemográficas, de estilos de vida y de conocimiento. **Resultados:** el grupo de edad de mayor frecuencia fue 50 a 59 años 26,2%, el sexo masculino 66,4%, la escolaridad nivel básico 41,1%, estado civil unión libre 52,3%, etnia mestizo 58,9% y la ocupación empleado privado 29,0%, no realizan actividad física 65,4%, consumo excesivo sal 67,3%, grasa 58,9%, gaseosas y energizantes 52,8%, no conocen de la enfermedad 62,6%, la técnica charla 39,3%, la frecuencia una vez cada 15 días 43,9%, el horario de la mañana 57,0%, duración 30 minutos, 52,3%, lugar centro de salud 50,5% y tamaño del grupo de 6 a 10, 42,1%. **Conclusiones:** son representados fundamentalmente por el grupo de 50 a 59 años, masculinos, escolaridad nivel básico, estado civil unión libre y la ocupación empleada privado; no realizan actividad física mayoritariamente y tienen un alto consumo de sal, grasas y gaseosas; la técnica educativa más seleccionada es la charla y le siguió los videos, la frecuencia una vez cada 15 días, la duración 30 minutos, el lugar para dar la actividad prefieren el centro de salud y el tamaño de los grupos de 6 a 10 personas.

**Palabras Clave:** ESTRATEGIA, HÁBITOS ALIMENTARIOS, ESTILOS DE VIDA SALUDABLES, ACTIVIDAD FÍSICA, CONOCIMIENTO.

## ABSTRACT

**Background:** In the world, cardiovascular diseases are responsible for almost one third of all deaths per year. **Methods:** A descriptive, observational, prospective and cross-sectional study was carried out with the adult population of the Luchadores Norte health center to design an educational strategy to increase knowledge of this disease; sociodemographic, lifestyle and knowledge variables were measured. **Results:** the most frequent age group was 50 to 59 years old 26.2%. to 59 years old 26.2%, male sex 66.4%, schooling basic level 41.1%, marital status free union 52.3%, mestizo ethnicity 58.9% and occupation private employee 29.0%, no physical activity 65.4%, excessive salt consumption 67.3%, fat 58.9%, sodas and energizers 52.8%, do not know about the disease 62.6%, technique talk 39.3%, frequency once every 15 days 43.9%, morning schedule 57.0%, duration 30 minutes, 52.3%, place health center 50.5% and group size from 6 to 10, 42.1%. **Conclusions:** represented mainly by the group of 50 to 59 years old, male, schooling basic level, marital status free union and occupation private employee; they do not perform physical activity mostly and have a high consumption of salt, fats and soft drinks; the most selected educational technique is the talk and followed by videos, the frequency once every 15 days, duration 30 minutes, the place to give the activity prefer the health center and the size of the groups from 6 to 10 people.

**Keywords:** STRATEGY, EATING HABITS, HEALTHY LIFESTYLES, PHYSICAL ACTIVITY, KNOWLEDGE.

t

## 1. INTRODUCCIÓN

En el mundo las enfermedades cardiovasculares son responsables de casi un tercio del total de las muertes por año (1). Cada vez son más las personas que padecen hipertensión arterial (HTA), desconociendo muchos su condición; entre el 20% y 35% de la población adulta de América Latina y el Caribe la padece (2). La presión arterial es una condición en la que los vasos sanguíneos tienen una tensión permanentemente alta, produciendo daño, siendo una enfermedad letal, silenciosa e invisible, que rara vez provoca síntomas, sobre todo en las primeras etapas y en muchos casos no se diagnostica (3).

Las (ECNT), enfermedades crónicas no transmisibles, se han hecho notables en el listado de enfermedades que afecta a la población mundial, para indicar medicamentos que puedan paliar sus síntomas y controlar la enfermedad el gobierno de cada país debe dedicar una atención especial teniendo en cuenta que la incidencia y prevalencia es cada vez mayor, esto constituye un problema de salud a nivel mundial ya que perjudica la salud de la población y la calidad de vida de los mismos, sobre todo, en la clase pobre, además de lo que interfieren estas patologías en el desarrollo humano, (4).

Los factores relacionados a la elevación de las cifras de presión arterial (PA) difieren según las características de cada población o región, influyendo y muchas veces determinando variables tales como las sociodemográficas, afecciones con mayor o menor prevalencia como endocrinas, renales, tipos de adicciones más frecuentes a diferentes sustancias o fármacos, en lo cual el terapeuta debe de tener definido de manera clara y precisa si cualquiera de estos trastornos son los que elevan o descontrolan las cifras de tensión arterial y si es el que se relaciona con el desequilibrio fisiológico o con la falta de adherencia al tratamiento indicado (5).

El proceso de envejecer implica cambios en el organismo de tipo metabólicos y degenerativos, ellos están relacionados con todas las células y tejidos, afectando también las paredes de los vasos sanguíneos, cuya rigidez y aumento progresivo de la resistencia a nivel periférico, mismos que se



constituyen como fundamentales en la aparición y evolución tórpida de la hipertensión arterial, afectando, por tanto, en mayor medida a las personas de mayor edad. Todo lo anteriormente dicho, fundamenta la necesidad de mantener controlando de forma periodica la tensión arterial en este sector de la población que incluiría a todos los adultos y muy especialmente a los adultos mayores de cualquier región del mundo (5).

Tener un considerable conocimiento de la HTA, es necesario para poder cumplir con el tratamiento indicado y tomar medidas que puedan evitar la falta de control de la enfermedad, involucrando a las personas en los procesos de protección y además que los estilos de vida sean adecuados para conservar la salud en todos los sentidos. En la atención primaria de salud, la estrategia educativa es una herramienta de trabajo para lograr una reorientación que fortalezca y articule las acciones de promoción de salud y prevención de la enfermedad en sus dimensiones individual y colectiva (6).

## 2. EL PROBLEMA

### 2.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

Según el estudio más reciente sobre carga global de enfermedad, se estima que cuatro de cada diez adultos en el mundo padecen presión alta y en 2013, alrededor de 10,3 millones de muertes, fueron relacionadas con la hipertensión arterial (7).

La HTA es la 1ª causa de enfermedad en países desarrollados; la 2ª en países en vías de desarrollo; la 1ª causante de ataque cerebrovascular e insuficiencia cardiaca y la 2ª en síndrome coronario agudo. Investigadores nativos de Pakistán demostraron que sólo el 10% de pacientes, entre los 4 niveles de educación, sabían qué era la hipertensión arterial, y de este, el 6%, conocía las complicaciones de la enfermedad (8); reflejando un escaso entendimiento sobre la misma.

En la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) del año 2012, en el país, la pre-hipertensión en los adolescentes del grupo de edad de 10 a 17 años es 14.2% y en el grupo de 18 a 59 años, 37.2%; pero, la prevalencia de HTA en personas de 18 a 59 años es de 9.3%; sucediendo más en el sexo masculino que en el femenino (11.2% vs. 7.5%) (9).

En los resultados de la guía latinoamericana de HTA del 2015, el 31.5% de la región ecuatoriana tiene HTA, lo que significa que tres de cada diez ecuatorianos son hipertensos, el 6.7% está controlada, este valor se considera muy poco, ya que el 23% de la población refiere tener tratamiento para la hipertensión y conocen que hacer para no perder el control de la presión.

Una de las causas es la carga genética; un hijo de una persona hipertensa tiene 80% de riesgo de padecer hipertensión (10), pero otras son la presencia de factores de riesgo que aumentan la probabilidad de su aparición o la evolución de complicaciones de la enfermedad. Estos factores pueden ser modificados a través de los estilos de vida adecuados.

La provincia de Guayas exhibe una de las más altas prevalencias (13,5%) del país; las enfermedades crónicas no transmisibles se pueden evitar en un gran porcentaje controlando los factores de riesgo y mejorar así su pronóstico, una

medida para ello es la elaboración de estrategias educativas basada en el conocimiento sobre la HTA, los factores que inciden en ella y sus complicaciones (11). En el consultorio 2 de Medicina Familiar y Comunitaria, del Centro de Salud Luchadores Norte se considera necesario realizar una investigación para aumentar el estudio social sobre la HTA, donde se incluya a los factores de riesgo y cómo modificarlos, llegando así a asegurar una salud comunitaria.

Los resultados del estudio serán aplicables a los pacientes hipertensos, de 20 años y más, que son atendidos en el postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria en el consultorio 2 del Centro de Salud Luchadores del Norte; obteniendo los beneficios de una estrategia educativa que podrá proveer a los mismos del conocimiento de su enfermedad, con el propósito de disminuir los factores de riesgo y adquirir hábitos de vida saludables que facilitarán un mejor control de la HTA y disminución de las complicaciones. Esto repercute desde el punto de vista económico en un menor gasto para el paciente y la sociedad y también mejor calidad de vida.

.

## **2.2 Formulación**

¿Qué elementos se considerarían para la elaboración de una estrategia educativa que eleve el conocimiento de la hipertensión arterial en pacientes de 20 años y más?

### 3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

#### 3.1 General

Diseñar una estrategia educativa para elevar el conocimiento sobre hipertensión arterial en la población de 20 años y más del consultorio 2 de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Luchadores del Norte en el año 2021.

#### 3.2 Específicos

- Caracterizar a los pacientes hipertensos según variables sociodemográficas.
- Determinar los hábitos nutricionales y la actividad física en el estilo de vida de la población de estudio.
- Determinar los conocimientos sobre hipertensión arterial de la población de estudio.
- Identificar los componentes de la estrategia educativa para el conocimiento sobre hipertensión arterial de la población de estudio.
- Elaborar una estrategia educativa para elevar el conocimiento sobre hipertensión arterial en la población estudiada.

## 4. MARCO TEÓRICO

### 4.1 Marco conceptual.

#### Definición de HTA

El concepto de hipertensión arterial está dado por un aumento perseverante de la presión arterial sistólica (PAS) que incluye o no la presión arterial diastólica (PAD) con cifras iguales o mayor a los valores establecidos como normales de manera consensuada (140 mmHg PAS/90 mmHg PAD) (12).

Epidemiología de la HTA:

Los entornos físicos y sociales actúan en el individuo a través de mecanismos que se establecen desencadenando un conjunto de factores que influyen en la presión arterial, una forma de proceder para disminuir la influencia del medio es intervenir de forma efectiva en la reducción de las discrepancias socio-económicas y ambientales, identificando los factores de riesgo psicosocial en todos los pacientes (13).

Estos factores están relacionados con hábitos de vida no saludables como no realizar ejercicios físicos, comer grasas de origen animal, no mantener un peso normal, tener adicciones como el tabaco y el alcohol.

También la educación y el conocimiento son necesarios, la eliminación del estrés y la incorporación al medio social, pensamientos positivos y optimismo, contribuyen al control y no aparición de la HTA; la depresión, la ansiedad, la hostilidad, la personalidad tipo depresiva, el trastorno de estrés postraumático u otros trastornos mentales, son detonantes a tener en cuenta a disminuir por considerarse que influyen el desarrollo y evolución de la HTA (14).

Por tanto, es necesario atender el paciente desde el punto de vista psicológico aplicando encuestas o test, donde se evalúe y mida si hace falta atención especializada en esta esfera, para poder establecer cambios en el modo de vida que sean favorecedores de una vida sana con bienestar físico y mental (15).

La HTA es un factor de riesgo independiente de enfermedad cardiovascular, y otros como el colesterol y los lípidos altos, las adicciones como hábito de fumar, el sexo masculino, la diabetes mellitus. Para poder evaluar el riesgo

cardiovascular a todos los que han cumplido 40 años o más debe realizársele en la consulta, cuando acudan por primera vez y de forma periódica una valoración clínica.

La edad incluida es hasta 79 años, por lo que la valoración debe ser de forma individual. Hábitos que previenen la HTA (15):

- Disminuir la sal en las comidas, hasta un gramo menos de lo que habitualmente se consume
- Realizar ejercicios físicos diariamente o al menos 3 veces en la semana no menos de 30 minutos.
- No tener adicciones, tales como el tabaquismo y el consumo de alcohol en los diferentes tipos de bebidas.
- Mantener un peso dentro de lo normal para la talla
- Tratar de que la infancia pase con estilos de vida saludables. Existen estudios que confirman una relación entre la hipertensión en la etapa de la infancia y la adolescencia y padecer ésta en la etapa de adultez en. El desarrollo de la hipertensión puede ser en cualquier etapa de la vida, sobre todo después de los 18 años, por lo que debe ser una preocupación y una visión a tener en cuenta en esta enfermedad.

El Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF, por sus siglas en inglés) exhorta a tener en cuenta en las consultas de medicina la edad de 18 años para sospechar y confirmar hipertensión arterial y realizar tomas de la tensión arterial en otras condiciones, que no sean en el área de salud para determinar posteriormente el tratamiento. (15).

Signos que sugieren daño de órgano blanco:

Corazón: el aumento de tamaño del ventrículo izquierdo, que posteriormente puede dar lugar a la angina de pecho, con un desarrollo de la circulación colateral y la consecuente, insuficiencia cardíaca

Cerebro: la isquemia transitoria y los infartos cerebrales.

Riñón: insuficiencia renal.

Arterias periféricas: Insuficiencia arterial.

Ojo: daño en mayor o menor grado de la retina.

## **Diagnóstico de HTA**

La HTA es una enfermedad letal, silenciosa e invisible, conocida como “asesino silencioso”, dado que, a pesar de su elevada morbimortalidad, normalmente no presenta síntomas y pasa inadvertida hasta que se produce la afectación de alguno de los órganos denominados diana, en cuyo caso la sintomatología depende del órgano afectado: corazón (infarto, angina o insuficiencia cardíaca), riñón (insuficiencia renal) y cerebro (hemorragia o infarto cerebral), principalmente.

La hipertensión en sus inicios se puede diagnosticar mediante la automedida de la PA y/o su toma en revisiones periódicas, así como por el conocimiento de los antecedentes familiares y hábitos de vida personales, siendo preciso, una vez detectada, evaluar al paciente, los síntomas y los efectos de la terapia antihipertensiva (16).

### **Manifestaciones clínicas**

La HTA es un trastorno crónico asintomático que lesiona de forma silente los vasos sanguíneos, el corazón, el cerebro y los riñones si no se detecta ni se trata. La mayoría de los pacientes con hipertensión arterial no tienen síntomas específicos y a menudo son identificados en un examen médico de rutina. Cuando los síntomas obligan al paciente a ir a la consulta médica, esta sintomatología se relaciona con los síntomas de la hipertensión arterial, los síntomas de la enfermedad vascular hipertensiva, y los síntomas derivados de la enfermedad de base en caso de una hipertensión arterial secundaria (17).

Uno de los síntomas más frecuentes es la cefalea, la cual sobre todo se observa en la hipertensión arterial severa, localizándose en la región occipital; el paciente se despierta con la cefalea y se calma luego de varias horas. Otras manifestaciones pueden ser: vértigos, palpitaciones, fatiga fácil e impotencia. Los diversos factores de riesgo vascular (arterioesclerosis, hipercolesterolemia, diabetes, hipertensión arterial, tabaquismo) ejercen un efecto sinérgico, acelerando la aparición y agravando la evolución de la disfunción eréctil (17).

Como consecuencia de la enfermedad vascular el paciente puede presentar

epistaxis, hematuria, visión borrosa por los cambios retinianos, así como episodios de debilidad o vértigos debidos a una isquemia cerebral transitoria, angina de pecho y disnea como consecuencia de una insuficiencia cardíaca. Ocasionalmente puede presentar dolor toraco-abdominal por un aneurisma disecante de aorta o la ruptura del mismo.

En el caso de una hipertensión arterial secundaria los pacientes pueden presentar diversos trastornos como la: poliuria, polidipsia, y debilidad muscular secundaria, misma que se deriva de una hipokalemia (desequilibrio del nivel de potasio en la sangre), debido a un aldosteronismo primario. Incluso, se podría exhibir una ganancia de peso y labilidad emocional en pacientes con síndrome de Cushing. Los pacientes con una feocromocitoma pueden presentar episodios de cefalea, palpitaciones, sudoración profusa e hipotensión postural (17).

### **Clasificación de la HTA. Estadios.**

Cuadro de clasificación de la presión sanguínea en adultos de 18 años en adelante (18)

Clasificación	Sistólica mm Hg		Diastólica mm Hg
Óptima	< 120	y	< 80
Normal	120-129	y	80-84
Normal Alta	130-139	y/o	85-89
<b>Hipertensión</b>			
Estadio I	140-159	y/o	90-99
Estadio II	160-179	y/o	100-109
Estadio III	≥180	y/o	≥ 110

### *Fisiopatología de la HTA*

Son muchos los componentes relacionados con la fisiología de la hipertensión arterial, pero fundamentalmente lo que determina la misma es el desbalance entre los componentes que producen vasoconstricción (endotelinas) y los que producen vasodilatación (óxido nítrico), lo que trae por consecuencia una disfunción endotelial (19).

Las endotelinas son los vasoconstrictores mas potentes de la pared vascular



mucho más que la angiotensina II. Ellas actúan en el tono de la musculatura lisa del vaso, con la eliminación de sodio y agua a través del riñón y la elaboración de la matriz fuera de la célula. Hay situaciones que afectan el funcionamiento de las endotelinas como son las situaciones de proteinuria crónica, cuando hay retención de matriz extracelular del glomérulo o del tejido intersticial, en las enfermedades del riñón producidas por la diabetes, las producidas por la hipertensión y otras (19).

Los resultados que producen las sustancias llamadas endotelinas están asociados a la concentración de las mismas dentro de cada tejido. Ellas intervienen en la remodelación de los vasos, pudiendo producir hipertrofia o hiperplasia del músculo liso.

Sistema Renina Angiotensina Aldosterona: comprende proteínas y 4 angiotensinas (I, II, III y IV), este sistema, además de sus funciones relacionadas con los vasos, favorece el estrés oxidativo en los tejidos ocasionando modificaciones en su estructura y en sus funciones que dan lugar a la hipertensión arterial.

La angiotensina II produce la contracción de las paredes de las arterias y de las venas, interviene en la producción de la aldosterona y en su excreción, en la salida de la noradrenalina en las terminaciones nerviosas del sistema simpático, regula el transporte del sodio en las células de los túbulos del riñón eleva el estrés oxidativo de NADH y NADPH, interviene en la función de estimulación de la vasopresina/ADH, así como, inhibe al sistema del péptido atrial natriurético-natural (PAN) y tipo C (PNC), aumenta la síntesis de endotelina (ET1) y de prostaglandinas vasoconstrictoras (TXA2, PF2 $\alpha$ ).

#### *El estilo de vida*

Se refiere a las formas particulares de manifestarse el modo y condiciones de vida; estos se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico, pero no la salud como bienestar biopsicosocial, 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.

Existen múltiples definiciones en cuanto a los estilos de vida, algunos se asemejan y otros difieren en cuanto a criterios económicos o socioculturales. El estilo de vida se caracteriza por cumplir con dos funciones esencialmente que describen a una persona o grupo poblacional. Actualmente, se evidencia una creciente preocupación a nivel mundial con el estilo de vida y la importancia para evitar cualquier enfermedad (15).

### ***Disminuir la sal de las comidas***

El efecto que tiene la reducción de la sal de 5-6 g/día en personas que no son hipertensas es de 2 a 4 mmHg y en los hipertensos de 3 a 6 mmHg en la tensión arterial sistólica y diastólica (20).

### ***Dieta saludable***

La dieta saludable se caracteriza por consumo de grasas de origen vegetal, principalmente de aceite de oliva, consumir pescados y carnes blancas fundamentalmente hasta tres veces en la semana, consumir verduras, leguminosas, frutas, cereales y frutos secos, productos lácteos una vez por semana y restringir el consumo de carnes rojas

### ***Actividad física***

Realizar ejercicio físico al menos tres veces en la semana y no menos de 30 minutos es muy beneficioso para prevenir la hipertensión arterial así como su control, reduciendo el riesgo CV y la mortalidad.

### ***Hábito de fumar***

Los componentes tóxicos del cigarrillo y del humo, como la nicotina, alquitrán y todos los otros componentes generados por la combustión del tabaco originan estados fisiológicos alterados que aumentan la incidencia de enfermedades isquémicas, como los trastornos vasculares, hemodinámicos, endocrinos, de coagulación, cancerosos, etc. Estas sustancias, además de causar daño endotelial, estimulan la producción de neurotransmisores excitatorios que provocan aumento en la presión arterial y alteraciones del sistema de conducción ventricular, entre otros (21).

Obesidad

Las personas con índice de masa corporal (IMC) > 30 tienen 2.2 veces más probabilidad de padecer hipertensión que las personas con IMC < 24.9, por lo que el síndrome metabólico y la obesidad tienen cabida en estos datos (14).

Los mecanismos por los que la obesidad y la distribución de la grasa corporal conllevan un aumento del riesgo de HTA no son bien conocidos.

La concentración del tejido adiposo en la región del abdomen tiene una alta relación con la resistencia de la insulina que puede ser una importante causa de HTA, sin embargo, en sujetos delgados, normoglucémicos e hipertensos, quienes en caso no presencian un tratamiento estable, presentan más insulinoresistencia que los sujetos normotensos.

Igualmente, los pacientes que desarrollan HTA precoz tienen con más frecuencia alteraciones lipídicas, pudiendo ser la resistencia insulínica la que subyace en el conjunto de alteraciones aterogénicas. En individuos obesos el gasto cardíaco, el volumen de eyección y el volumen intravascular son más altos, con una correlación aún mayor con los ácidos grasos libres (AGL) que con la masa adiposa.

Se observa mayor nivel de la actividad del sistema nervioso simpático (SNS) que refleja un fallo en la inhibición de la descarga simpática cardíaca. Además, en los individuos obesos existe un aumento del número de adipocitos que secretan distintas sustancias capaces de producir insulinoresistencia, incluidos los AGL y múltiples polipéptidos, entre los que se encuentra la resistina. La mayoría de los pacientes obesos presentan resistencia a la insulina(15).

La hiperinsulinemia resultante es incapaz de mantener la normoglucemia y puede llegar a desarrollar diabetes tipo 2. El aumento de los AGL produce diversos efectos perjudiciales tales como: disminución de la sensibilidad a la insulina con inhibición del transporte de glucosa en los músculos y alteración de la vasodilatación y producción de óxido nítrico mediados por la insulina. La hipertensión se puede llegar a producir a partir de los efectos de la hiperinsulinemia o a través de la resistencia a la insulina (15).

*Tratamiento no farmacológico de la HTA*

Son medidas en prácticas de vida, dadas por: el no consumo de sal, eliminar o reducir al máximo el alcohol y el tabaco, consumir alimentos saludables, naturales, no de elaboración industrial, restringir el consumo de azúcar a ninguno o mínimo, mantener el peso normal y realizar ejercicios físicos regularmente.

La práctica de vida saludable puede evitar o diferir la hipertensión y pueden reducir el riesgo cardiovascular. Estas prácticas pueden ser capaces de aplazar u obviar la necesidad de la terapia farmacológica en pacientes con hipertensión de grado 1, además de elevar la acción de la terapia de reducción de la TA. Sin embargo, nunca se debe demorar el comienzo del tratamiento farmacológico en pacientes con HTA y daño de órgano blanco o con un alto riesgo cardiovascular.

#### Restricción de sal

Los efectos de la disminución del consumo de sal en la dieta diaria se ha verificado que tiene efectividad en la reducción de las cifras tensionales, menos notable en las personas que no tienen diagnóstico de hipertensión y una mayor reducción de las cifras en las personas hipertensas y en general con enfermedades asociadas a la hipertensión o con complicaciones de la hipertensión arterial. Esta disminución de las cifras tensionales puede ser tan efectiva que consigue llegar a favorecer la disminución de los fármacos incluidos en el tratamiento de la hipertensión.

#### Moderación en el consumo de alcohol

Consumir alcohol con riesgo esta relacionado con las consecuencias nocivas para el consumidor y la familia o convivientes de forma física, psicológica o social, consumir alcohol en mayor o menor medida siempre implica daño a la salud (22).

El consumidor de alcohol tiene un riesgo alto de presentar problemas de salud sin que se pueda determinar que cantidad de la que consume es la que produce el daño a determinado órgano o sistema, es evidente que mientras mas se consuma, es mayor el efecto perjudicial que se produce. Se han descrito alrededor de 60 enfermedades y daño físico causadas por esta

adicción (22).

En el informe de la OMS relacionado con el consumo de alcohol y las enfermedades, en el año 2016, dice que de las muertes por esta causa el 19% están relacionadas con enfermedades cardiovasculares. El consumo de alcohol puede producir enfermedades, traumatismos y disímiles problemas de salud y también, agravar los que ya existen con sus consecuentes complicaciones (22).

#### Consumo de cigarrillo

El hábito de fumar es un factor de riesgo trascendental para las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, principalmente el del pulmón y el fumador pasivo también está incluido en este riesgo. Teniendo como primer lugar la HTA, el hábito de fumar ocupa el segundo lugar como causante de la enfermedad (23). Cuando se van a modificar los estilos de vida, para poder hablar de cambios determinantes para la salud, es necesario que se cuente con la eliminación del hábito de fumar, este es uno de los más dañinos que existen por cuanto afecta severamente los órganos y sistemas, en muchas ocasiones de forma irreversible. La eliminación de este hábito es la manera más eficaz para la prevención de enfermedad cardiovascular, incluyendo: apoplejía, infarto de miocardio y enfermedad vascular periférica.

#### Cambios en la dieta

Existen evidencias sobre el efecto protector cardiovascular de la dieta mediterránea. Los componentes de la dieta logran revertir el riesgo para padecer de enfermedades crónicas no transmisibles, estos conceptos han adquirido cada vez un mayor respaldo en el mundo de la medicina.

Una revisión bibliográfica realizada en el 2016 en Chile (24) sobre la dieta mediterránea como uno de los patrones dietéticos que más evidencia científica acumula en relación a los beneficios en la salud, de la prevención de las enfermedades esta ocupando cada vez más un lugar prioritario en el mundo de salud y la medicina por lo que la dieta adecuada es uno de los pilares necesarios a mantener para evitar la aparición y desarrollo de diversas enfermedades como las inflamaciones, la diabetes mellitus y otras (24).

Las publicaciones que se han hecho en relación al tema de la dieta, especialmente a la dieta mediterránea en los últimos años se han multiplicado de forma exponencial. Se manejan más de 500 artículos en el año 2014 en Pubmed y es de interés científico la real trascendencia del tema en la prevención de las enfermedades tanto agudas como crónicas.

#### *Complicaciones de la HTA*

El tratamiento adecuado en pacientes hipertensos disminuye en 50% la posibilidad de padecer alguna enfermedad cardiovascular.

Con respecto a la enfermedad renal, se sabe que la hipertensión arterial es causa primaria de ésta, inmediatamente después de la diabetes mellitus, por lo que el cuidado a proporcionarse en estos pacientes es doblemente importante.

El corazón del paciente hipertenso comienza a sufrir cambios como el crecimiento ventricular izquierdo, este crecimiento anormal favorece la insuficiencia cardíaca, además, de tener mayor riesgo de sufrir cardiopatía isquémica por aumento de la presión en las arterias coronarias. El incremento de 10 mmHg en la presión sistólica duplica el riesgo de padecer alteraciones cardiovasculares a la larga, y disminuirla al menos 5 mmHg puede disminuir significativamente el riesgo (25).

En el cerebro, la hipertensión arterial sistémica puede provocar microinfartos lacunares facilitando a la larga la aparición de demencia vascular. Otro riesgo que se ve incrementado en el paciente hipertenso, es el de sufrir un evento cerebrovascular hemorrágico, el más común es la formación de un hematoma intraparenquimatoso.

#### *Estrategia de intervención educativa*

La intervención educativa es la acción intencional para realizar acciones que llevan al desarrollo integral del que la recibe. Tiene carácter teleológico, ya que existe un sujeto agente (educando-educador), un lenguaje propositivo, donde a través de la realización de una acción se cumple un objetivo, se mantiene un orden y los acontecimientos se relacionan intencionalmente.

Para planificar y realizar una intervención se debe tener conocimientos

necesarios acerca de la dimensión del problema, los factores asociados a su propagación, las medidas eficaces y las características de la población afectada.

Existen tres grandes modelos que se usan a menudo en la planificación de intervenciones en epidemiología: la historia natural, los factores de riesgo y los determinantes sociales de la salud (15).

Elementos de una estrategia de intervención

Toda estrategia de intervención debe contener al menos los siguientes elementos componentes: identificación y diagnóstico del problema, análisis de sus causas, factores y consecuencias, objetivos de la intervención, medios, técnicas y recursos, criterios de evaluación e indicadores de logro.

1.- Determinación del marco donde se desarrolla el problema.

Se identifican los elementos comunes al contexto desde el punto de vista socioeconómico, políticocultural y tecnológico que intervienen en un problema planteado.

2.- Analizar y definir el problema: cuales son las causas que lo producen, que factores influyen en su desarrollo y cuales son las consecuencias del problema.

3.- Objetivos generales y operacionales de la estrategia de intervención.

4.- Medios materiales, técnicas a utilizar y recursos humanos y financieros.

5.- Identificación de metas e indicadores de logro observables.

6.- Criterios de evaluación e indicadores de logro (26).

Importancia de la educación para la salud.

La instrucción para el conocimiento de la salud de las personas es uno de los mecanismos establecidos y llevados a la práctica como forma de prevenir las enfermedades, esta se realiza en los diferentes grupos poblacionales donde existe un determinado problema de salud a resolver. En los años 40-50, la educación para la salud consistía en instruir a las personas sobre temas de higiene, de tal forma que apliquen los conocimientos adquiridos al cuidado de su salud (27).

Los actores que intervienen en la educación para la salud no sólo son

profesionales de la salud, se logra incluir tanto a organismos nacionales como internacionales que tienden a señalar como objetivo común la modificación de los conocimientos, las actitudes y el comportamiento de los individuos, para mejorar la salud (28).

Es frecuente que la labor educativa en el campo de la salud adopte un enfoque de tratamiento, aunque se enmarque en la prevención y el cambio de actitud de las personas y en la adopción de estilos de vida saludables, como base para la recuperación de la salud; esa colocación desconoce el conjunto de medios operantes en la conducta social (28).

Las nuevas necesidades de salud se pueden cubrir incorporando la participación de individuos responsables de su propia salud. Los servicios sanitarios han de responder a este nuevo planteamiento, y, será por ello necesaria de la misma manera, una reorientación de dichos servicios sanitarios.

La acción comunitaria será básica para lograr esa participación. Se tratará de desarrollar un modelo que gire en torno a tres conceptos: acción social en salud, participación social e intervención comunitaria, y se hará corresponsabilizando a los agentes sociales para generar nuevos recursos y cambiar comportamientos y actitudes. La OMS plantea la educación para la salud relacionando el desarrollo personal y el enfoque social (concepción socio-ecológica de la salud) y señala una serie de prerequisites sociales para la salud como son, entre otros, la paz, la justicia social, los derechos humanos, la equidad, etc (28).

Bases Legales.

Constitución Política de la República del 2008

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin



exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (29).

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 al 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.

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 (29).

## **4.2 Antecedentes investigativos.**

El Ministerio de Sanidad y Consumo de España elaboró la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (NAOS). Aquella sirvió como base para contribuir al cambio social en la promoción de una alimentación saludable y disminución del sedentarismo, lo cual fue respaldado por varias organizaciones como las sociedades científicas, fundaciones, universidades y colegios profesionales (30).

En países localizados al Norte del continente Americano, Estados Unidos y

Canadá, se han implementado estrategias que involucran acciones a nivel de reglamentación como es la implementación del Codex alimentario, estímulo de actividad física a nivel de las comunas generando espacios recreacionales, múltiples estrategias en las escuelas para promover los estilos de vida saludables, intervenciones en atención primaria de salud a las familias con miembros que sean vulnerables a padecer obesidad, observándose buenos resultados (31).

A partir del año 2001, en el Ecuador se realizaron los primeros estudios nacionales para establecer la prevalencia de sobrepeso y la obesidad. La seguridad alimentaria y nutricional es un estado en el cual todas las personas gozan de manera oportuna y permanente, de acceso físico, económico y social. Es de señalar que los estudios han demostrado que la mayoría de las personas no realizaban ningún tipo de actividad física y estaban siendo afectado por sus inadecuados hábitos alimenticios, lo que afectaba psicológicamente al individuo y a sus familiares, que en varios casos también padecían de malnutrición por exceso (9).

Un estudio publicado en España en el 2016 (32), sobre las pautas nutricionales en la prevención y control de la hipertensión arterial como problema de salud frecuente y de graves consecuencias, que no esta diagnosticado en todos los casos que existen y se mejora o empeora de acuerdo a los alimentos que se ingieran con regularidad; analizaron la información actual sobre la influencia de la nutrición en el control y la prevención de la enfermedad (32). . Realizaron una revisión bibliográfica y encontraron que las pautas más conocidas y seguidas son la restricción en la ingesta de sodio, pero mantener un peso dentro de lo normal y no tener adicciones, con una dieta sana, adecuada y realizar ejercicios físicos de forma regular es de una gran influencia en el control de la hipertensión arterial (32). También, el no consumo de grasa de origen animal, el suministro de minerales, vitaminas y fibra y los antioxidantes en la dieta, prepara al organismo a mantener un equilibrio en relación a la salud. (32)

## 5. MÉTODOS

### **6.1 Nivel de la investigación.**

El nivel de la investigación es descriptivo, se caracteriza a la población de estudio y según se identificaron los estilos de vida que practican y el conocimiento sobre ellos, se determinaron los componentes de la estrategia educativa y su elaboración, para elevar conocimientos sobre hipertensión arterial en la población de 20 años y más.

### **6.2 Tipo de investigación.**

Según la intervención del investigador, es de tipo observacional, porque éste no interviene en el estudio, sino que los datos expresan la evolución natural de los eventos; según la planificación de la toma de datos, el estudio es prospectivo, los datos para el estudio, pertenecen a una fuente de información primaria. Por el número de ocasiones que se mide la variable de estudio, es transversal, las variables se miden en un solo momento y teniendo en cuenta el número de variables de estudio, el estudio es descriptivo, el análisis estadístico es univariado.

### **6.3 Diseño de investigación.**

El diseño de investigación responde a un estudio de prevalencia o de corte transversal, en éste se midieron, (en el momento en que se recoge la información), por una única vez, las variables sociodemográficas, la presencia de los estilos de vida y el conocimiento sobre estos y teniendo en cuenta la frecuencia de estas variables, se estipulan los elementos para diseñar una estrategia educativa, que termina siendo elaborada en el estudio.

### **6.4 Justificación de la elección del método**

El método se seleccionó de manera que se planificará paso a paso los requerimientos para el cumplimiento del proyecto de la investigación, teniendo en cuenta el diseño de una estrategia educativa para promover estilos de vida

saludables en la población de adultos; la investigadora determinó que el mismo se ajusta a la pregunta de investigación, a los objetivos del estudio, la búsqueda de la información, la selección, análisis y obtención de los resultados esperados.

## **6.5 Población de estudio.**

La población de estudio son los pacientes de ambos sexos con diagnóstico de hipertensión arterial, de 20 años y más, asignados al consultorio 2 del postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud Luchadores Norte en el año 2021.

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

Para los criterios de selección de los participantes en el estudio se tuvieron en cuenta: las normas éticas, los recursos y la disponibilidad de tiempo para el desarrollo de la investigación y el cumplimiento de los objetivos planteados.

#### **6.5.1.1 Criterios de inclusión.**

1. Pacientes de 20 años y más, hipertensos que firmaron el consentimiento informado para participar en la investigación.
2. Pacientes que residen permanentemente en el área de atención.

#### **6.5.1.2 Criterios de exclusión**

1. Pacientes con discapacidad que no les permite responder la encuesta.
2. Pacientes que después de dos citas al centro de salud y dos visitas al domicilio no pudieron contactarse.

## **6.6 Procedimiento de recolección de la información**

La investigación se presentó en el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, y fue aprobada por el mismo, se realizó a través del cumplimiento de las normas éticas vigentes en el

Reglamento de Ética del Ecuador y en la declaración de Helsinki en su última revisión en el año 2013.

Los pacientes firmaron el consentimiento antes de la recolección de los datos (Anexo 1). Se realizó la recogida de los datos por medio de una encuesta tipo test, en el periodo correspondiente a la realización del estudio, esta fue elaborada por la autora de la investigación, basada en la revisión bibliográfica sobre el tema que se investiga. Se utilizaron las fichas familiares para facilitar la obtención de la población a investigar.

Esta encuesta fue validada por tres expertos en el tema, dos especialistas en medicina familiar y uno en medicina interna, todos con cuarto nivel de estudio, utilizando los criterios de Moriyama. Posteriormente se realizó un estudio piloto para precisar la comprensión de las preguntas por parte de la población asignada.

La encuesta fue aplicada a todos los pacientes hipertensos, de 20 años y más, durante las consultas de control en el consultorio 2 del postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria, del Centro de Salud Luchadores Norte y en las visitas domiciliarias, respetando el derecho de privacidad.

La encuesta quedó conformada por cuatro componentes:

La primera sección, busca caracterizar a la población conforme a las variables sociodemográficas que comprometen a la edad, sexo, escolaridad, estado civil, etnia y la ocupación (Anexo 2).

La segunda sección se trató del estilo de vida, mediante la encuesta se va a medir la realización de actividad física, consumo de sal elevado, consumo de grasa elevado, consumo elevado de gaseosas y energizantes (Anexo 2) (inciso a, b, c, d)

La tercera sección se trató del conocimiento sobre: la hipertensión arterial como enfermedad, de como se realiza el diagnóstico, las cifras de control de la hipertensión, (un solo item de respuesta correcta), las complicaciones (se consideró correcta si marca las tres respuestas correctas o al menos dos de las respuestas correctas y ninguna incorrecta), el conocimiento sobre los antecedentes familiares, conocimiento sobre el hábito de fumar, realizar

actividad física y sobre la alimentación adecuada, (se consideró que conoce si marca la única respuesta correcta).(Anexo 2). Para evaluar las variables del conocimiento se fijó como punto de corte considerando que existe conocimiento, cuando el 70% o más de las preguntas contestadas son correctas (al menos 6 del total de 8 preguntas del conocimiento).

La cuarta sección se refiere a identificar los componentes de la estrategia educativa el tipo de actividad, frecuencia de la actividad, horario del día para recibir la información, la duración de la actividad y la cantidad de personas para integrar el grupo.

### 6.7 Técnicas de recolección de información

Las Técnicas empleadas para recolectar la información fueron

Variable	Tipo de técnica
Edad	Encuesta
Sexo	Encuesta
Escolaridad	Encuesta
Estado civil	Encuesta
Etnia	Encuesta
Ocupación	Encuesta
Actividad física	Encuesta
Consumo de sal elevado	Encuesta
Consumo de grasa elevado	Encuesta
Consumo de gaseosas y energizante	Encuesta
Conocimiento sobre la hipertensión	Encuesta
Tipo de técnica educativa	Encuesta
Frecuencia de las actividades educativas	Encuesta
Horario de las actividades educativas	Encuesta
Duración de las actividades educativas	Encuesta
Lugar para el desarrollo de las actividades educativas	Encuesta
Tamaño de los grupos para el desarrollo de las actividades educativas	Encuesta

## 6.8 Técnicas de análisis estadístico

Los datos recogidos a través de las entrevistas se entraron en el programa Microsoft Office Excel 2013, donde se colocaron las variables en las columnas y las unidades de estudio en las filas, se codificaron las categorías y se transportaron al programa SPSS versión 22, donde se procesó la información y se analizó. Se hizo uso de la estadística descriptiva, y los resultados se presentaron en tablas con números absolutos y porcentajes.

Variables

## 6.9 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidades, categorías o valor final	Tipo/Escala
Edad	Años cumplidos, grupos decenales	20 a 29 30 a 39 40 a 49 50 a 59 60 a 69 70 a 79 80 a 89 90 a 99	Cuantitativa discreta
Sexo	Sexo (según caracteres sexuales externos)	Femenino Masculino	Cualitativa nominal dicotómica
Escolaridad	Escolaridad (Según niveles terminados)	Ninguna (analfabetismo) Primaria sin terminar Primaria terminada. Secundaria terminada. Universitaria terminada. Postgrado terminado (Especialidad, Maestría, Doctorado)	Cualitativa ordinal

Estado civil	Estado civil (Situación actual relacionada con la pareja)	Unión libre Casado(a) Viudo(a) Separado(a) Divorciado(a)	Cualitativa nominal politómica
Etnia	Etnia (Según autoidentificación étnica)	Indígena. Afroecuatoriano(a) Negro(a) Mulato(a) Montubio(a) Mestizo(a) Blanco(a): Otra.	Cualitativa nominal politómica
Ocupación	Ocupación (Según actividad laboral que desempeña)	Empleado(a) público(a), empleado(a) privado(a), cuenta propia, ama de casa, trabajador(a) no remunerado, estudiante, jubilado(a), desempleado(a), niños sin edad escolar (< 5 años), Otra.	Cualitativa nominal politómica
Actividad física	Realizar actividad física (Caminatas, correr, aeróbicos u otros), al menos tres veces a la semana y no menos de 30 minutos	Realiza No realiza	Cualitativa nominal dicotómica
Consumo de sal elevado	Igual o mayor a 5 g/día	Consume No consume	Cualitativa nominal dicotómica
Consumo de grasa elevado	Consumir frituras, chuzos, bollería, chicharrones y/o bolones dos o más veces por semana, al	Consume No consume	Cualitativa nominal dicotómica



	menos una vez al día		
Consumo de gaseosas y energizante	Consumir colas y/o bebidas energizantes dos o más veces por semana, al menos una vez al día	Consume No consume	Cualitativa nominal dicotómica
Conocimiento sobre la hipertensión	Conocer la enfermedad, el diagnóstico, las cifras de control, factores de riesgo y complicaciones	Conoce No conoce	Cualitativa nominal dicotómica
Tipo de técnica educativa	Tipo de técnica educativa	Charlas Videos Talleres Demostraciones	Cualitativa Nominal Politómica
Frecuencia de las actividades educativas	Número de actividades. Unidad temporal	2 veces por semana 1 vez por semana 1 vez cada 15 días 1 vez por mes	Cuantitativa discreta
Horario de las actividades educativas	Horario de las actividades educativas	Mañana Tarde Noche	Cualitativa ordinal
Duración de las actividades educativas	Duración de las actividades educativas	15 min 30 min 60 minutos	Cuantitativa discreta
Lugar para el desarrollo de las actividades educativas	Lugar para el desarrollo de las actividades educativas	Centro Salud Centro comunal	Cualitativa Nominal
Tamaño de los grupos para el desarrollo de las actividades educativas	Número de personas a participar por actividad	De 2 a 5 De 6 a 10. De 11 a 15. De 16 a 20.	Cuantitativa discreta

## 6.10 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

### PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se presentan los resultados del estudio resumidos en tablas con valores absolutos y porcentajes, para la parte de la población encuestada correspondientes a los objetivos planteados.

**Tabla 1: Distribución de pacientes adultos hipertensos según sexo y grupos de edad. Consultorio 2. Centro Luchadores del Norte. Año 2021**

Grupos de edad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
20 a 29	2	2,8	0	0,0	2	1,9
30 a 39	2	2,8	2	5,6	4	3,7
40 a 49	13	18,3	5	13,9	18	16,8
50 a 59	20	28,2	8	22,2	28	26,2
60 a 69	14	19,7	10	27,8	24	22,4
70 a 79	10	14,1	6	16,7	16	15,0
80 a 89	9	12,7	4	11,1	13	12,1
90 a 99	1	1,4	1	2,8	2	1,9
Total	71	100,0	36	100,0	107	100,0

En la tabla 1 se presenta la distribución de pacientes adultos hipertensos según sexo y grupos de edad, en la parte registrada de la población de estudio, el grupo de 50 a 59 años, fue el de mayor frecuencia, 28 (26,2%) y el de 60 a 69, 24, (22,4%), el sexo masculino fue mayor con 71 pacientes (66,4%). Un estudio realizado por Almeida Palma en el año 2018, en el Centro de Salud Pascuales, (33) que caracteriza sociodemográficamente a la población de hipertensos, resultó tener similitud con el presente estudio en cuanto a que el mismo grupo de edad de 50 a 59 años fue el de mayor frecuencia, pero en el estudio de la Dra. Almeida el porcentaje es 31,3%, se diferencian las cifras resultantes y el sexo femenino, que predomina con

64,7%. Litardo Salinas en el mismo centro de salud también caracterizó la población de hipertensos de su estudio (34) en grupos quinquenales, resultando diferentes grupos de edades los de mayor frecuencia, ya que fue más numeroso el grupo de 70 a 74 años, el 17,3% y el de 60 a 64 años el 16,0%, en relación al sexo también se diferencia con predominio del femenino con 67,3%. Barrera y colaboradores en un artículo publicado en el 2019 (35) también caracterizó a la población de hipertensos, resultando mayoritario, el grupo de 60 a 69 años (56,9%) y el sexo femenino (54,5%) resultados que no guardan semejanza con el estudio que aquí se presenta.

**Tabla 2: Distribución de pacientes adultos hipertensos según sexo y escolaridad. Consultorio 2. Centro Luchadores del Norte. Año 2021.**

Escolaridad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ninguno	7	9,9	4	11,1	11	10,3
Nivel básico	28	39,4	16	44,4	44	41,1
Nivel medio	26	36,6	12	33,3	38	35,5
Superior	10	14,1	4	11,1	14	13,1
Total	71	100,0	36	100,0	107	100,0

En la tabla 2 la escolaridad estuvo mayormente distribuida en el nivel básico y en nivel medio con 44 (41,1%) y 38 (35,5%), respectivamente del total de casos estudiados, el sexo femenino tuvo mayor frecuencia en el nivel básico, 44,4% y en el nivel superior el sexo masculino con 14,1%. Estrada Villegas (36) en su estudio en el año 2018 en cuanto al nivel escolar hubo un predominio de los bachilleres con 32 (31,4%), seguido los de secundaria con 30 (29,4%), cifras que se diferencian del presente estudio, en que el nivel básico fue el más numeroso, siguiéndole el nivel medio en orden de frecuencia. Alejo García y Maco Pinto (37) en la investigación realizada en el año 2017 en Perú, mostraron en el nivel escolar que tuvo mayor frecuencia el nivel secundario completo 29,5% y le siguió primaria completa 26,5%, lo que

guardó relación con los resultados encontrados en el estudio aquí presentado en que el nivel básico presenta la mayor frecuencia. Urgilés Calero (38) en su estudio del 2018, también coincidió con el trabajo aquí presentado, obtuvo en el nivel escolar secundario y primario las mayores frecuencias con un valor de 53,97% y 24,6% respectivamente.

**Tabla 3: Distribución de pacientes adultos hipertensos según sexo y estado civil Consultorio 2. Centro Luchadores del Norte. Año 2021.**

Estado civil	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Unión libre	35	49,3	21	58,3	56	52,3
Casado	15	21,1	7	19,4	22	20,6
Soltero	9	12,7	3	8,3	12	11,2
Divorciado o separado	8	11,3	2	5,6	10	9,3
Viudo	4	5,6	3	8,3	7	6,5
Total	71	100,0	36	100,0	107	100,0

La tabla 3 tiene como categoría del estado civil de mayor frecuencia la unión libre, con 56 casos, que es 52,3% del total de la población, de ahí le sigue la categoría de casado con 22 casos (20,6%). Cárdenas y colaboradores, en el 2018, (39) también analizaron la variable estado civil y hallaron en su estudio que la categoría de casado fue la de mayor frecuencia, el 65% de los masculinos y el 60% de los femeninos, resultados que difieren del actual estudio donde la categoría unión libre fue la que predominó. Rosado Macías en el 2018, en un estudio realizado en el Centro de Salud Guasmo Norte, (40) encontró mayoría de casos, con el estado civil unión libre (40,8%), lo cual guarda relación con el estudio que se está presentando. Otro estudio de diseño de estrategia educativa realizado por Mendoza Franco en el 2018, (41) también se diferencia de este al tener resultados en el estado civil de la población de estudio de pacientes hipertensos, en la categoría de casado, como la más frecuente, (44,9%) del total de casos estudiados.

**Tabla 4: Distribución de pacientes adultos hipertensos según sexo y etnia. Consultorio 2. Centro Luchadores del Norte. Año 2021**

Etnia	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mestizo	42	59,2	21	58,3	63	58,9
Mulato	8	11,3	7	19,4	15	14,0
Afroecuatoriano	4	5,6	4	11,1	8	7,5
Negro	7	9,9	0	0,0	7	6,5
Montubio	5	7,0	1	2,8	6	5,6
Blanco	4	5,6	1	2,8	5	4,7
Otros	1	1,4	2	5,6	3	2,8
Total	71	100,0	36	100,0	107	100,0

En la tabla 4 se observa que la etnia mestiza ocupa casi el total de los casos con el 58,9% de la población estudiada, 63 casos de adultos hipertensos, de ellos el sexo masculino tiene la mayor frecuencia 42, (59,2%), y de la categoría de mulato que le sigue, el sexo femenino con 19,4% es mayoritario. Carrillo Anchundía (42) en su estudio sobre hipertensión también describió la etnia, igual los resultados fueron similares a este estudio, con la categoría de mestizo el 84,0%, esta cifra no se acerca a la del presente estudio, pero si la categoría preponderante ha sido la misma para ambos estudios. Un estudio realizado por Merino Guerrero (43) en el año 2015, el 58,29% de la población fue mestiza, lo que también resulta similares porcentajes en el actual estudio. Díaz y colaboradores publicaron un estudio en Cuba (44) en el año 2018, donde el 69,9% de la población de estudio era blanca, no coincide dicha categoría preponderante con la del presente estudio, por lo que estas regiones con sus poblaciones tienen diferentes orígenes y estructura.

**Tabla 5: Distribución de pacientes adultos hipertensos según sexo y ocupación. Consultorio 2. Centro Luchadores del Norte. Año 2021**

Ocupación	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Empleado privado	25	35,2	6	16,7	31	29,0
Empleado público	16	22,5	5	13,9	21	19,6
Jubilado	18	25,4	2	5,6	20	18,7
Ama de casa	0	0,0	16	44,4	16	15,0
Cuenta propia	6	8,5	4	11,1	10	9,3
Desempleado	6	8,5	3	8,3	9	8,4
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100,0</b>	<b>36</b>	<b>100,0</b>	<b>107</b>	<b>100,0</b>

La tabla 5 muestra que la ocupación ama de casa es la que predomina con 44,4% en relación al sexo femenino, empleado privado con el 29,0% del total de los casos ocupa el primer lugar en frecuencia y el sexo masculino es predominante en esta actividad con 35,2%. En un artículo publicado en el 2021 en España, Zubeldía y colaboradores (45) encontraron en la población estudiada en cuanto a la ocupación, que el 58,1% de los casos no trabajan, resultados que difieren de este estudio donde los desempleados ocupan el valor más bajo en los porcentajes hallados. Gunsha en el 2018 caracteriza a su población (46) como trabajador y jubilado, por pertenecer a la tercera edad, de ellos el 50% se encuentran trabajando y el otro 50 % son jubilados, en este estudio se observa como la ocupación sigue manteniéndose en la mitad de este sector de la población y difiere de este estudio en que la población que incluye son todos los adultos. Ponce Reyes en su investigación en el 2018 (47) precisa como categoría predominante la ocupación ama de casa, 80,0%, no coincidiendo con el presente estudio, en la categoría mayoritaria empleado privado.

**Tabla 6: Distribución de pacientes adultos hipertensos según sexo y actividad física realizada. Consultorio 2. Centro Luchadores del Norte. Año 2021.**

Actividad física	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No realiza	48	67,6	22	61,1	70	65,4
Realiza	23	32,4	14	38,9	37	34,6
Total	71	100,0	36	100,0	107	100,0

En la tabla 6 se presenta que el grupo mayoritario, de 65,4%, 70 pacientes adultos hipertensos, no realizan actividad física, el sexo femenino, tuvo un mayor porcentaje en cuanto a la realización de actividad, 38,9%. Un estudio realizado por Peñaherrera López (48) en el año 2020 observó que el 65% de los pacientes hipertensos estudiados no realizaban ejercicios, resultados muy similares a los encontrados en el presente estudio. Hidalgo Parra en su investigación sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial (49) el 74,7% de los pacientes hipertensos no realizan actividad física, igual comportamiento que en el presente estudio, donde se hace diferente en los valores de porcentaje, pero semejante en el predominio de la categoría no realizan. Solorzano, Taibo y Pulido en un estudio de una población realizado en el 2017, (50) dentro de los casos con hipertensión arterial, el 29,7% realizan actividad física baja, y el 12,3% elevada, la semejanza radica en que en ambos la mayoría de los casos estudiados están en la clasificación de no realizan o realizan baja actividad física.

**Tabla 7: Distribución de pacientes adultos hipertensos según sexo y consumo elevado de sal, grasas y bebidas gaseosas y energizantes. Consultorio 2. Centro Luchadores del Norte. Año 2021. (N=107)**

Consumo elevado	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Consumo de sal						
Consume	48	67,6	24	66,7	72	67,3
No consume	23	32,4	12	33,3	35	32,7
Consumo de grasa						
Consume	44	62,0	19	52,8	63	58,9
No consume	27	38,0	17	47,2	44	41,1
Consumo de gaseosas y energizantes						
Consume	40	56,3	16	45,7	56	52,8
No consume	31	43,7	19	54,3	50	47,2

La tabla 7 presenta los pacientes adultos hipertensos y el consumo elevado de productos alimenticios tales como: sal, el 67,3% consumen por encima del valor normal; grasa, el 58,9% del total tienen un consume alto y gaseosas y bebidas energizantes el 52,3% también consumen inadecuadamente. Almeida en su estudio (33) comenta la mala alimentación del paciente hipertenso que analiza, en primer lugar, con respecto a la cantidad de sal que ingiere el paciente a lo largo del día, consumen hasta 3 cucharaditas (15 gr) el 86,3%, seguido de los que ingieren 2 cucharaditas de sal (10 gr) el 9,8%. En el presente estudio el 67,3% consume más de una cucharadita de sal, más de 5 gramos diarios, cifras que difieren de los valores del estudio que se compara. Un estudio realizado por Baquero y Sánchez (51) hallaron, que casi tres cuartas partes de los sujetos (73,3%) reconocían hacer dieta para la HTA, y en todos los casos ésta incluía “poca sal”, mientras que en el estudio actual la mayoría reconoce consumir más sal de la indicada, se debe tener en cuenta que es muy difícil estimar la ingesta de sal y que la percepción del sabor salado es muy subjetiva, además, no existen cuestionarios específicos diseñados para cuantificar la ingesta de sodio dietético. Cabrera y Mendoza



en un estudio realizado en el 2015, (52) según los resultados obtenidos, se observa que el mayor porcentaje de investigados consumen aceites 1 vez a la semana que representa el 38% y consumen comidas rápidas rara vez que representa el 71%; el menor porcentaje consume 4-5 veces diario los aceites representando el 1% y también menor porcentaje consume 1 vez a la semana comidas rápidas que representa el 2%, estas tienen un alto contenido en grasas saturadas y trans.

**Tabla 8: Distribución de pacientes adultos hipertensos según conocimiento sobre hipertensión arterial y sexo. Consultorio 2. Centro Luchadores del Norte. Año 2021.**

Conocimiento sobre la HTA	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No conoce	43	60,6	24	66,7	67	62,6
Conoce	28	39,4	12	33,3	40	37,4
Total	71	100,0	36	100,0	107	100,0

La tabla 8 presenta la distribución de pacientes hipertensos según conocimiento sobre HTA y sexo, el 62,6% no tiene conocimientos sobre la hipertensión arterial, en el sexo masculino resulta (39,4%), un poco más elevado el porcentaje de conocimiento que en el sexo femenino (33,3%). Bajaña Vargas en su estudio en el 2017 (53), encontró que el 67,8% de la población de estudio tiene conocimientos sobre hipertensión arterial, resultados que difieren del actual estudio. Otro estudio realizado por Mendoza Franco (41) el 71,1% no conoce sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial, en el presente estudio el desconocimiento a estos factores guarda relación con la cifra expuesta por Mendoza Franco. El estudio de Merino Guerrero también explora los conocimientos sobre la hipertensión arterial y encuentra que 55,84% (43) tiene un nivel de conocimiento medio sobre la enfermedad, este valor no tiene similitud con el presente estudio, por los valores hallados en el mismo.

**Tabla 9: Distribución de pacientes adultos hipertensos según tipo de técnica educativa y sexo. Consultorio 2. Centro Luchadores del Norte. Año 2021.**

Tipo de técnica	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Charla	32	45,1	10	27,8	42	39,3
Videos	18	25,4	8	22,2	26	24,3
Talleres	10	14,1	13	36,1	23	21,5
Demostraciones	11	15,4	5	13,9	16	15,0
Total	71	100	36	100	107	100

La tabla 9 presenta los tipos de técnicas a utilizar para la actividad educativa, para los pacientes del estudio, la charla con el 39,3% predominó con la mayor frecuencia y las demostraciones fueron las menos elegidas, 15,0%. En el estudio realizado por Vidal Pluas (54) sobre diseño de estrategia educativa, también hubo predominio de las charlas educativas 86,4% del total, lo que se asemeja con la elección del actual estudio, aunque los porcentajes son más altos que en este. Villegas Carrillo (55) halló en su estudio del 2018, que las charlas educativas 59,7% también predominaron en la selección de el tipo de estrategia, coincidiendo con lo seleccionado en este. Villegas Castro en el 2018 (56) encontró en su estudio también que las charlas educativas fueron las primeras en seleccionar 65,0% y le siguió los videos 49,0%.

**Tabla 10: Distribución de pacientes adultos hipertensos según la frecuencia de la técnica educativa y sexo. Consultorio 2. Centro Luchadores del Norte. Año 2021.**

Frecuencia de la técnica	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Dos veces por semana	20	28,2	9	25,0	29	27,1
Una vez por semana	21	29,6	10	27,8	31	29,0
Una vez cada 15 días	30	42,2	17	47,2	47	43,9
Total	71	100	36	100	107	100

En la tabla 10 se presentó la distribución de la frecuencia de la técnica educativa según determinaron los pacientes hipertensos, con un predominio del 43,9% para una vez cada 15 días. Bajaña Vargas en el 2017 (53) encontró la mayor frecuencia en una vez a la semana 83,0%, estos porcentajes y la categoría predominante difieren del estudio actual, que tuvo una mayor selección en una vez cada 15 días, 43,9%; Villafuerte en su estudio (57) del 2018, con el diseño de una estrategia obtuvo resultados similares a este estudio, con la mayor selección de la frecuencia para la actividad, una vez cada 15 días 40,0%, López Chica (58) en el estudio realizado en el 2018 en relación al diseño de una estrategia educativa también encontró la mayor frecuencia, en una vez cada 15 días (40,8%), lo cual guarda relación con el estudio actual.

**Tabla 11: Distribución de pacientes adultos hipertensos según horario para la actividad educativa y sexo. Consultorio 2. Centro Luchadores del Norte. Año 2021.**

Horario de la actividad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Mañana	42	59,2	19	52,8	61	57,0
Tarde	29	40,8	17	47,2	46	43,0
Total	71	100	36	100	107	100

En la tabla 11 se muestra que el horario de la mañana es mayormente elegido en este trabajo, 57,0%. Cobos Ordóñez en el 2017 en su estudio sobre el diseño de una estrategia (59) obtuvo el 66,0% de los participantes que también eligieron el horario de la mañana para la realización de las actividades. Reina Carrillo (60) en su estudio en el 2018 tuvo la mayor frecuencia en el horario de la tarde 98,3% de los participantes, lo que no guarda relación con los resultados expuestos en esta tabla. Beltran Jaramillo en el 2017, (61) mostró en los resultados expuestos, que los encuestados seleccionaron mayormente el horario de la tarde 56,9%, lo que difiere del actual estudio, sin guardar relación, por elegir mayoritariamente el horario de la mañana.

**Tabla 12: Distribución de pacientes adultos hipertensos según duración de la actividad y sexo. Consultorio 2. Centro Luchadores del Norte. Año 2021.**

Duración de la técnica	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
15 minutos	34	47,9	17	47,2	51	47,7
30 minutos	37	52,1	19	52,8	56	52,3
Total	71	100	36	100	107	100

La tabla 12 muestra que la duración de la actividad fue seleccionada por un mayor número de personas para 30 minutos 56 que representó el 52,3%. Silva Vaca en el 2018 (62) obtuvo la mayor frecuencia de duración de la actividad para una hora 55,8%, esta variable la midió conjuntamente con la frecuencia de la actividad, estos fueron diferentes hallazgos del presente estudio que seleccionaron con mayor frecuencia la duración de 30 minutos. Villamil Zambrano en el trabajo realizado (63) en el 2018 sobre el diseño de una estrategia educativa, encontró en sus resultados una mayor frecuencia en la

duración de la actividad de 30 minutos, (70,1%), categoría que coincide con los resultados hallados en el presente estudio, aunque los valores de porcentajes difieren en ambos; González Suárez (64) en la encuesta aplicada para el diseño de una estrategia educativa encontró un mayor valor en la duración de una hora 39,4% escogido por los encuestados, lo que no guarda relación con la mayor frecuencia de la duración de la actividad seleccionada en el estudio actual.

**Tabla 13: Distribución de pacientes adultos hipertensos según lugar de la actividad y sexo. Consultorio 2. Centro Luchadores del Norte. Año 2021.**

Lugar para la actividad	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Centro de salud	38	53,5	16	44,4	54	50,5
Centro Comunal	33	46,5	20	55,6	53	49,5
Total	71	100	36	100	107	100

La tabla 13 muestra el lugar con mayor relevancia para realizar la actividad educativa, fue el centro de salud, con el 50,5% de la población. Espín Suárez encontró una mayor frecuencia en el centro de salud y en el colegio, para realizar las actividades educativas, ambas con el 37,1%, con diferente resultado del presente estudio (65); Silva Vaca en el 2018 (62) obtuvo resultados de mayor frecuencia en el lugar auditorio del centro de salud (60,2%), lo que coincide con este estudio que eligen mayoritariamente al centro de salud para la realización de las actividades, Ruge (66) en el estudio que realizó en el 2018 encontró la mayor frecuencia del lugar para realizar las actividades en el Centro de Recreación CAMI (80,7%), diferente al estudio actual.

**Tabla 14: Distribución de pacientes adultos hipertensos según tamaño del grupo para la actividad educativa y sexo. Consultorio 2. Centro Luchadores del Norte. Año 2021.**

Tamaño del grupo	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
De 2 a 5	22	31,0	16	44,4	38	35,5
De 6 a 10	34	47,9	11	30,6	45	42,1
De 11 a 15	15	21,1	9	25,0	24	22,4
Total	71	100	36	100	107	100

En la tabla 14 se observa que del tamaño de los grupos para realizar la actividad educativa fue más seleccionado de 6 a 10 personas, 42,1% de la población total. Robin Sánchez en el 2017, (67) obtuvo una mayor frecuencia para el tamaño de los grupos de 5 a 10 personas 44,3%, para realizar las actividades educativas, resultados similares a este estudio en el número de personas y el porcentaje que representó; Villegas Carrillo (55) en su estudio también presentó el mayor porcentaje, 66,2%, en el tamaño del grupo de 5 a 10 personas; Espín en su estudio realizado en el 2018 encontró (68) que el grupo en número de personas mayormente seleccionado fuero de 11 a 15, (41,4%) categoría que difiere del estudio actual.

## 7 CONCLUSIONES

En los pacientes adultos hipertensos de la población registrada por grupos de edad, están representados fundamentalmente por el grupo de 50 a 59 años con el más alto número de casos; del sexo, el masculino es mayoritario y la escolaridad está mayormente distribuida en el nivel básico y medio; el estado civil de mayor frecuencia es unión libre, y la etnia predominante, mestizo; la ocupación ama de casa es la de mayor frecuencia en relación al sexo femenino y en total la ocupación empleado privado.

La mayoría no realiza actividad física, y el consumo de sal, grasas, gaseosas y energizantes es predominantemente elevado. En la población predominan los que no tienen conocimientos sobre la HTA.

La técnica educativa más seleccionada es la charla y le siguió los videos, la frecuencia una vez cada 15 días, la duración 30 minutos, el lugar para dar la actividad prefieren el centro de salud y el tamaño de los grupos de 6 a 10 personas.

## 8 VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

La hipertensión arterial como factor de riesgo de las cardiopatías y las complicaciones por la falta de control, es considerada en la actualidad como una de las principales causas de muerte en pacientes adultos y de discapacidad, el estudio que se realizó en la población del consultorio 2 del Centro de Salud de Luchadores Norte, sobre el conocimiento de la enfermedad y los factores de riesgo en pacientes hipertensos, mostró que existe deficiencia en el tema, por lo que se diseñó una estrategia para ser implementada.

Durante la recolección de datos a través de la encuesta hubo buena aceptación e interés por responderla. Los resultados obtenidos son claros y se establecen como punto de partida para enfatizar determinados temas en el diseño de la estrategia. Los resultados se relacionan con otros estudios en los cuales se han implementado la estrategia de intervención educativa, lo cual fue una limitante en el estudio, por lo que se deja a disposición el modelo de estrategia educativa a usar para su futura aplicación. Los participantes serán beneficiados al obtener nuevos conocimientos sobre la hipertensión, para tener mejor control de la enfermedad y adherencia al tratamiento.



## 9 Referencias Bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. (OMS). [Online].; 2017 [cited 2020 Marzo 1. Disponible de: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
2. Rosero G. Grados de hipertensión arterial y factores de riesgo cardiovascular asociados en pacientes hipertensos. [Online]. Quito; 2018 [cited 2020 Febrero 28. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14983/TEISIS%20DE%20GRADOS%20DE%20HTA%20Y%20FRC%20ASOCIADOS%20EN%20PACIENTES%20HIPERTENSOS%20QUE%20ACUDEN%20A%20LA%20CON%20SULTA%20EXTERNA%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
3. Lira M. Impacto de la Hipertensión Arterial como factor de riesgo cardiovascular. Revista Médica Clínica Las Condes. 2015 Marzo; 26(2): p. 156-163. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-impacto-de-la-hipertension-arterial-S071686401500036X>
4. Ministerio de Salud del Perú. Guía técnica: Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva. MINSA. 2011. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2826.pdf>
5. Ortiz Benavides R, Torres Valdez M, Sigüencia Cruz W, Añez Ramos R, Salarzar Vílchez J, Rojas Quintero J, et al. Factores de riesgo para hipertensión arterial en población adulta de una región urbana de Ecuador. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2016 Abril; 33(2). Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpmesp/2016.v33n2/248-255/>
6. Plan Nacional Para el Buen Vivir 2013 2017. [Online].; 2013 [cited 2020 Marzo 1. Disponible en: <https://observatorioplanificacion.cepal.org/es/planes/plan-nacional-del->

buen-vivir-2013-2017-de-ecuador.

7. MINSALUD. Ficha Técnica. DÍA MUNDIAL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Colombia – mayo 17 de 2017. [Online].; 2017 [cited 2020 Agosto 16. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/dia-mundial-hipertension-2017.pdf>.
8. Mumtaz AS, Dur-e Y, Raj. Hypertension Knowledge, Attitude and Practice in Adult Hypertensive Patients at LUMHS. JLUMHS. 2012 Mayo-Agosto; 11(2). Disponible en: <https://www.lumhs.edu.pk/jlumhs/Vol11No02/pdfs/v11n2oa04.pdf>
9. (MSP) MdSP. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. ENSANUT-ECU. Tomo 1, Primera Edición. 2014. Disponible en: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/ENSANUT/MSP\\_ENSANUT-ECU\\_06-10-2014.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf)
10. Pragna , Ordunez P, DiPette D, Escobar M, Hassell T, Wyss , et al. Mejor control de la presión arterial para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares: Proyecto de Prevención y Tratamiento Estandarizado de la Hipertensión Arterial. Rev. Panam Salud Publica. 2016; 18(12). Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2017.v41/1/es/>
11. Segarra E, Encalada L, García J. Manejo de la hipertensión arterial desde los servicios de atención primaria. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador. 2012 enero 15; 2(2). Disponible en: <https://publicaciones.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/maskana/article/view/383/329>
12. Association AH. ¿Qué es la presión arterial alta? [Online].; 2020 [cited 2020 Agosto 10. Disponible en: [https://www.heart.org/-/media/data-import/downloadables/4/c/5/whatishighbloodpressure\\_span-](https://www.heart.org/-/media/data-import/downloadables/4/c/5/whatishighbloodpressure_span-)

ucm\_316246.pdf.

13. Weschenfelder Magrini D, Gue Martini J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. *Enfermería Global*. 2012; 11(26). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1695-61412012000200022](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412012000200022)
14. Organización Panamericana de la Salud-Panamá. Guía para Atención Integral de las Personas con Hipertensión Arterial. ; 2009. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>
15. Ministerio de Salud Pública. Hipertensión arterial: Guía de Práctica Clínica (GPC). [Online].; 2019. Acceso 2 de marzo 2020. Disponible en: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc\\_hta192019.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_hta192019.pdf).
16. Ávila Lillo. La Hipertensión Arterial: Importancia de su prevención. Tesis de Fin de Grado. Universidad Complutense. 2015 Junio. Disponible en: <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/MARIA%20DEL%20CARMEN%20AVILA%20LILLO.pdf>
17. Rehm , Gmel GG, Sierra , Gual. Reducción de la mortalidad mediante una mejor detección de la hipertensión y los problemas con el alcohol en atención primaria de salud en España. *Rev Adicciones Versión Online*. 2018; 30(1).
18. Ministerio de Salud Pública. Hipertensión Arterial. Guía de Práctica Clínica Quito; 2019. Disponible en: [https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc\\_hta192019.pdf](https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_hta192019.pdf)
19. Roig EsperT B. Factores predictores de riesgo cardiovascular en población mediterránea hipertensa mayor de 65 años. Tesis doctoral. Universidad Miguel Hernández, Facultad de Medicina; 2017. Disponible: <http://dspace.umh.es/jspui/bitstream/11000/4865/1/TD%20Roig%20Esper%20B%20Bel%20c3%a9n.pdf>
20. Romero E. Disminución del consumo de sal en la población:

- ¿recomendar o no recomendar? Revista Uruguaya de Cardiología. 2013; 28(2). Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-04202013000200019](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-04202013000200019)
21. Pastas A, Bolaños G, Bravo M, Guerrero , Narváez , Matabanchoy S. Promoción de estilos de vida saludables: estrategias y escenarios. Hacia la Promoción de la Salud. Julio 2019; 24(2): p. 139-155. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/334583888\\_Promocion\\_de\\_estilos\\_de\\_vida\\_saludables\\_estrategias\\_y\\_escenarios](https://www.researchgate.net/publication/334583888_Promocion_de_estilos_de_vida_saludables_estrategias_y_escenarios)
22. Comisión honoraria para la salud cardiovascular. Consumo de alcohol y salud. ; 2020. Disponible en: [http://cardiosalud.org/wp-content/uploads/2020/02/Alcohol-y-salud\\_web-1.pdf](http://cardiosalud.org/wp-content/uploads/2020/02/Alcohol-y-salud_web-1.pdf)
23. Fernández González EM, Figueroa Oliva DA. Tabaquismo y su relación con las enfermedades cardiovasculares. Rev haban cienc méd. 2018; 17(2). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2018000200008](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2018000200008)
24. Dussailant C, Echeverría G, Urquiaga I, Velasco N, Rigotti A. Evidencia actual sobre los beneficios de la dieta mediterránea en salud. Rev Med Chile. 2016; 144: p. 1044-52. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v144n8/art12.pdf>
25. Baglietto-Hernández , Mateos Bear , Nava Sánchez , Rodríguez García , Rodríguez Weber. Nivel de conocimiento en hipertensión arterial en pacientes con esta enfermedad de la Ciudad de México. Med Int Méx. 2020 Febrero; 36(1): p. 1-14. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2020/mim201b.pdf>
26. Cuzco Tello L. Propuesta de estrategia de intervención educativa para modificar los factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos jóvenes. Consultorio Médico 11. Centro de Salud Pascuales. 2015-2016. Tesis de Posgrado. 2017 Enero. Disponible en:

<http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/7416>

27. Salud CdRdPyEpl. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014 Septiembre. Disponible en: <http://blogs.murciasalud.es/edusalud/2014/09/29/estrategia-de-promocion-de-la-salud-y-prevencion-de-la-enfermedad-del-sistema-nacional-de-salud/>
28. Romero Ramírez H, Paz Sánchez C, Toscano Ruíz D. Factores de riesgo hipertensivos en educación de la salud, mediación productiva para la salud conductual. Rev. Médica Multimed. 2016; 21(4). Disponible en: <http://www.revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/554>
29. Asamblea Nacional Constituyente. Constitución de la República del Ecuador. ed. Universidad Andina Simón Bolívar CEN, editor. Montecristi; 2008. Disponible: <https://www.cosede.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/03/CONSTITUCION-DE-LA-REPUBLICA-DEL-ECUADOR.pdf>
30. Alimentaria AEdS. Estrategia NAOS intervenir la tendencia de la obesidad, para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2015. Disponible en: <http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/estrategianaos.pdf>
31. Paredes V. Estilos de vida en pacientes con sobrepeso y obesidad en el centro de Augusto Nicolás Martínez, Tungurahua , periodo Enero a Mayo del 2016. Tesis de Posgrado. 2016. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24199/1/Velastegu%C3%AD%20Paredes%20Rosa%20Serafina.pdf>
32. Ortega Anta RM, Jiménez Ortega AI, Perea Sánchez JM, Cuadrado Soto E, López Sobaler AM. Pautas nutricionales en prevención y control de la hipertensión arterial. Nutr Hosp. 2016; 33(Supl 4). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v33s4/12\\_original.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v33s4/12_original.pdf)

33. Almeida Palma G. "Impacto del postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria sobre estilos de vida de pacientes adultos hipertensos. Consultorio H. Centro de Salud Pascuales. Tesis. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2018. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/12195/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-89.pdf>
34. Litardo Salinas RE. Evaluación de la calidad de la atención integral de salud a los pacientes hipertensos. Centro de Salud Pascuales. Año 2018. Tesis. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2018. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/12194/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-88.pdf>
35. Barrera L, Gómez F, Ortega Lenis D, Corchelo Ojueda J. Prevalencia, conocimiento, tratamiento y control de la presión arterial elevada en el adulto mayor de acuerdo con el grupo étnico. Encuesta colombiana salud, bienestar y envejecimiento 2015. Revista Colombia Médica. 2019; 50(2). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-95342019000200115&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-95342019000200115&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
36. Estrada Villegas GDL. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento en los pacientes hipertensos de tres consultorios del Centro de Salud Enrique Ponce Luque. Año 2018. Tesis. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; Año 2018. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/12150/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-47.pdf>
37. Alejos García ML, Maco Pinto JM. Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos. Tesis. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017. Disponible en: [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1007/Nivel\\_AlejosGarcia\\_Mireylle.pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1007/Nivel_AlejosGarcia_Mireylle.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
38. Urgiles Calero RJ. "Factores De Riesgo Cardiovascular Y Su Relación

Con El Control De La Hipertensión Arterial En Mayores De 40 Años De Cuatro Consultorios De Medicina Familiar Y Comunitaria Del Centro De Salud 25 De Enero. AÑO 2018. Tesis. Universidad Católica Santiago de Guayaquil; 2018. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/12138/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-35.pdf>

39. Cardenas Jiménez MM, López Bravo OE, Silva Ortiz D, Monar Solorzano M. Factores de riesgo que inciden en la hipertensión arterial en los habitantes de la ciudadela la pradera de la ciudad de milagro 2017-2018. Revista Espirales. 2018. Disponible en: <http://www.revistaespirales.com/index.php/es/article/view/648/html>
40. Rosado Macías DR. Diseño de estrategia educativa sobre factores relacionados con la falta de adherencia terapéutica en pacientes diabéticos tipo 2 en tres consultorios del Centro de Salud Guasmo Norte año 2018. Tesis. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2019. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/12204/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-98.pdf>
41. Mendoza Franco MD. Diseño De Estrategia Educativa Sobre Factores De Riesgo De Hipertensión Arterial En Pacientes Adultos Hipertensos De Dos Consultorios Del Centro De Salud Enrique Ponce Luque. Año 2018. Tesis. Universidad Católica Santiago de Guayaquil; 2018. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/12155/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-50.pdf>
42. Carrillo Anchundía OM. Factores de Riesgo Relacionados con la Hipertensión Arterial en Adultos De 20 a 64 Años. Consultorio 6. Centro de Salud Guasmo. Tesis. Universidad Católica Santiago de Guayaquil; 2018. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/12145/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-42.pdf>
43. Merino Guerrero D. Nivel de conocimiento y factores de riesgo sobre

Hipertension arterial ademas de su relacion con el riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos vs poblacion de pacientes no hipertensos, atendidos en el Centro de Salud Tipo C San Lorenzo-Esmeraldas. Tesis. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2015. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/8877/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

44. Díaz Piñera A, Rodríguez Salva A, García Roche R, Carbonell García I, Achiong Estupiñán F. Resultados de una intervención para la mejora del control de la hipertensión arterial en cuatro áreas de salud. Revista Finlay. 2018; 8(3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/finlay/fi-2018/fi183b.pdf>
45. Zubeldia Lauzurica L, Quiles Izquierdo J, Mañes Vinuesa J, Redón Más J. Prevalencia de hipertensión arterial y de sus factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana. revista Española de Salud Pública. 2021; 90. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272016000100406](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100406)
46. Gunsha Aguilar JL. Factores relacionados en la adherencia terapeutica de los pacientes hipertensos adultos mayores en dos consultorios del postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santiago de Guayaquil. Año 2018. Tesis. Universidad Católica Santiago de Guayaquil.; 2018. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/12151/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-48.pdf>
47. Ponce Reyes WM. Implementación de estrategia de intervención educativa sobre autoexamen de mama en mujeres de 20 a 60 años de edad del consultorio J. centro de Salud Pascuales. 2018. Tesis. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2018. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/12202/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-96.pdf>



48. Peñaherrera López LA. Prevalencia y factores de riesgo para hipertensión arterial en adultos mayores en áreas urbanas y rurales del cantón Ambato. Tesis. Universidad Técnica de Ambato; 2020. Disponible: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/31113/1/PE%C3%91AHERRERA%20L%C3%93PEZ%20%20CLIZBETH%20ANDREA%20%26.pdf>
49. Hidalgo Parra EA. Factores de riesgo para la hipertensión arterial en la población adulta, comuna Manglaralto, centro de salud San Antonio. Año 2018. Tesis. Universidad Católica Santiago de Guayaquil; 2018. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/12212/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-106.pdf>
50. Ortiz de Solorzano L, Taibo Delgado L, Pulido Bonilla N. Prevalencia de hipertensión arterial en la población española a partir de la encuesta europea de salud. Tesis. Madrid: Universidad Complutense; 2017. Disponible en: <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/LAURA%20TAIBO%20DELGADO.pdf>
51. Baquero Lorenzo A, Sánchez Sobrino P. Efectividad de las modificaciones de estilo de vida sobre el control de la presión arterial en pacientes hipertensos. Farmaceuticos Comunitarios. 2016; 8(3). Disponible en: <https://raco.cat/index.php/FC/article/view/320813/411295>
52. Cabrera Alvarez , Mendoza F. Hábitos alimentarios y estilo de vida como factor de riesgo Cardio –metabólico en el personal que labora en la empresa Gloria Saltos de la ciudad de Guayaquil, 2015. Tesis. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2015. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/4670/1/T-UCSG-PRE-MED-NUTRI-139.pdf>
53. Bajaña Vargas FÁ. Diseño de estrategia educativa para elevar conocimientos sobre hipertensión arterial. Consultorios Médicos 5 y 15. Centro de Salud Pascuales 2015 - 2016. Tesis. Universidad Católica

Santiago de Guayaquil; 2017. Disponible en:  
<http://201.159.223.180/bitstream/3317/7415/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-27.pdf>

54. Vidal Pluas JG. Diseño de estrategia educativa para modificar estilos de vida en adultos jóvenes con hipertensión arterial. Sector Guayaquil. Centro de Salud Pedro Carbo. Año 2018. Tesis. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2018. Disponible en:  
<http://201.159.223.180/bitstream/3317/12176/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-70.pdf>
55. Villegas Carrillo EK. Diseño de estrategia educativa para el conocimiento sobre diabetes mellitus tipo 2 en el consultorio 4 de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud anidado de Daule. Año 2018. Tesis. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.; 2018. Disponible en:  
<http://201.159.223.180/bitstream/3317/12179/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-73.pdf>
56. Villegas Castro SE. Diseño de una estrategia educativa para la prevención de las infecciones de transmisión sexual en las mujeres de 20 a 49 años. Ciudadela Assad Bucaram. Tesis. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2018. Disponible en:  
<http://201.159.223.180/bitstream/3317/12180/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-74.pdf>
57. Villafuerte Navarro JA. Diseño de estrategia educativa para la prevención del parasitismo intestinal en adultos de 20 a 64 años. Consultorio N°4 centro de salud Baba. Año 2018. Tesis. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2018. Disponible en:  
<http://201.159.223.180/bitstream/3317/12177/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-71.pdf>
58. López Chica PN. Diseño de una estrategia educativa para la prevención de cancer de cuello uterino en mujeres de 30 a 60 años. Consultorio 4. Centro de Salud Enrique Ponce Luque. Año 2018. Tesis. Universidad

- Católica de Santiago de Guayaquil; 2018. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/12134/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-31.pdf>
59. Cobos Ordoñez AP. Diseño de estrategia de intervención educativa sobre autoexamen de mama y riesgo para cáncer mamario en el consultorio N° 12. Centro de Salud Pascuales. 2016. Tesis. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2017. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/7385/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-3.pdf>
60. Reina Carrillo EA. Diseño de una estrategia educativa sobre sexualidad en los adolescentes de 15 a 19 años de la Unidad educativa Emilio Uzcateguá García. Año 2018. Tesis. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2018. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/12203/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-97.pdf>
61. Beltran Jaramillo YA. Diseño de una estrategia de intervención educativa para adultos jóvenes con malnutrición por exceso. Consultorio médico 6. Centro de Salud Pascuales. Agosto 2015-mayo 2016. Tesis. Universidad Católica Santiago de Guayaquil; 2017. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/7389/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-6.pdf>
62. Silva Vaca JG. Diseño de estrategia educativa para la prevención de infecciones de transmisión sexual en adolescentes del consultorio 2. Centro de Salud santiago de Guayaquil. Año 2018. Tesis. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2018. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/12174/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-68.pdf>
63. Villamil Zambrano KP. Diseño de una estrategia educativa para modificar estilos de vida no saludables en adultos jóvenes con malnutrición por exceso del consultorio E del Centro de Salud Pascuales. Año 2018. Tesis.

Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2018. Disponible en:  
<http://201.159.223.180/bitstream/3317/12178/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-72.pdf>

64. González Suárez HL. Diseño de una estrategia educativa para el control del riesgo preconcepcional. Consultorio K. Centro de Salud Pascuales. Año 2018. Tesis. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2018. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/12190/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-84.pdf>
65. Espín Suárez GM. Diseño de estrategia educativa para prevenir el embarazo en las adolescentes. Consultorio R. Centro de Salud Pascuales. Año 2018. Tesis. Universidad Católica Santiago de Guayaquil; 2018. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/12208/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-102.pdf>
66. Ruge Daza EJ. Diseño de una estrategia educativa para la prevención de diabetes mellitus tipo 2 en la población adulta de 40 a 64 años. Consultorio Ñ. Centro de Salud Pascuales. Año 2018. Tesis. Universidad Católica Santiago de Guayaquil.; 2018. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/12170/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-65.pdf>
67. Robin Sánchez Á. Diseño de intervención educativa para modificar factores de riesgo del embarazo en las adolescentes. Consultorio 19. Centro de Salud Pascuales. Año 2015-2016. Tesis. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.; 2017. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/7405/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-17.pdf>
68. Espín Suarez GM. "Diseño De Una Estrategia Educativa Para Prevenir El Embarazo En Las Adolescentes. Consultorio R. Centro De Salud Pascuales. Año 2018. Tesis. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2018. Disponible en:

<http://201.159.223.180/bitstream/3317/12208/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-102.pdf>

69. Organización Panamericana de la Salud. OPS. Hipertensión arterial. [Online].; 2021 [cited 2021 agosto 11. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>.
70. Alfonso Prince JC, Salabert Tostoló I, Alfonso Salabert I, Morales Díaz M, García Cruz D, Acosta Bouso A. La hipertensión arterial: un problema de salud internacional. Rev.Med.Electrón. 2017; 39(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242017000400013](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000400013)
71. Organización Panamericana de la Salud. Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. Segunda Edición Revisada ed. Washington; 2011. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>
72. Organización Panamericana de la Salud. La Hipertensión Arterial como un Problema de Salud Comunitario; 2009. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31113/La%20hipertensi%C3%B3n%20arterial%20como%20problema%20de%20salud%20comunitario.pdf?sequence=1>
73. Ministerio de Salud Pública. Educación y Comunicación para la promoción de la salud Quito; 2019.
74. Enfermedades CpeCyIPd. Hoja informativa sobre la hipertensión arterial. [Online].; 2016. Disponible en: [https://www.cdc.gov/dhdsp/spanish/fs\\_bloodpressure\\_spanish.htm#:~:text=75%20millones%20de%20adultos%20\(32,decir%2C%201%20de%20cada%203.&text=36%20millones%20de%20adultos%20estadounidenses,no%20la%20tienen%20bajo%20control](https://www.cdc.gov/dhdsp/spanish/fs_bloodpressure_spanish.htm#:~:text=75%20millones%20de%20adultos%20(32,decir%2C%201%20de%20cada%203.&text=36%20millones%20de%20adultos%20estadounidenses,no%20la%20tienen%20bajo%20control).
75. Bajaña Aguilar AA. Factores de riesgo de hipertensión arterial en la población de 20 a 64 años del consultorio 1 del Centro de Salud Santiago de Guayaquil. Año 2018. Tesis. ; 2018. Disponible en:

<http://201.159.223.180/bitstream/3317/12186/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-80.pdf>

76. Bajaan Vargas F. Diseño De Estrategia Educativa Para Elevar Conocimientos Sobre Hipertensión Arterial. Consultorios Médicos 5 Y 15. Centro De Salud Pascuales 2015-2016. Tesis. Universidad Católica Santiago de Guayaquil; 2017. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/7415/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-27.pdf>
77. Bajaan Aguilar A. Factores De Riesgo De Hipertensión Arterial En La Población De 20 A 64 Años De Edad Del Consultorio 1 Del Centro De Salud Santiago De Guayaquil. Año 2018. Tesis. Universidad Católica Santiago de Guayaquil; 2018.

## 10 ANEXOS

### Anexo 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_

Por medio del presente documento, \_\_\_\_\_  
con C.I N° \_\_\_\_\_ expreso mi consentimiento para participar en la investigación: “DISEÑO DE ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA EL CONOCIMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LA POBLACIÓN, DE 20 AÑOS Y MÁS. CONSULTORIO 2. CENTRO DE SALUD LUCHADORES NORTE. AÑO 2021” por mi libre y espontánea voluntad. El investigador me ha comunicado detalladamente los pasos y procedimientos que se aplicarán a la actual investigación, además de contestar y explicar los pormenores de todas las preguntas e inquietudes que he mostrado, me informó de los beneficios y posibles desventajas de la investigación, recibí una explicación de cómo se recogerán los datos y su análisis, aclarando con exactitud que no recibiré beneficios económicos y tendré garantía de confidencialidad con los datos proporcionados y mi identidad, revelándome los mecanismos que utilizará para ello desde el comienzo del estudio hasta la publicación del mismo.

\_\_\_\_\_

Firma de la participante

No de CI: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del autor

No de CI: \_\_\_\_\_

## Anexo 2. CUESTIONARIO PARA EL CONOCIMIENTO SOBRE HTA

El cuestionario corresponde a la investigación “Diseño de estrategia educativa sobre conocimiento de hipertensión arterial en la población, de 20 años y más. Consultorio 2. Centro de salud Luchadores Norte. Año 2021”. Se recomienda leer con cuidado las preguntas y responder lo más honestamente posible a cada una de ellas. Le agradecemos su ayuda para la realización de esta investigación.

Conteste cada pregunta, colocando una X en la que considere correcta después de haberla leído detenidamente:

I.- Componente sociodemográfico:

a) Edad: \_\_\_\_\_

b) Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

c) Escolaridad: Ninguno \_\_\_\_\_

Nivel Básico \_\_\_\_\_

Nivel Medio \_\_\_\_\_

Superior \_\_\_\_\_

d) Estado civil: Casado: \_\_\_\_\_

Soltero: \_\_\_\_\_

Divorciado o separado \_\_\_\_\_

Viudo \_\_\_\_\_

Unión libre \_\_\_\_\_

e) Auto identificación étnica: Indígena \_\_\_\_\_

Afro ecuatoriano \_\_\_\_\_

Negro \_\_\_\_\_



Mulato \_\_\_\_\_

Montubio \_\_\_\_\_

Mestizo \_\_\_\_\_

Blanco \_\_\_\_\_

Otros \_\_\_\_\_

f) Ocupación: Ama de casa \_\_\_\_\_

Cuenta propia \_\_\_\_\_

Empleado Privado \_\_\_\_\_

Empleado Público \_\_\_\_\_

Estudiante \_\_\_\_\_

Jubilado \_\_\_\_\_

Desempleado \_\_\_\_\_

II.- Componente hábitos nutricionales, actividad física:

a) Realiza actividad física (caminatas, carreras, aeróbicos u otros) al menos tres veces a la semana y no menos de 30 minutos:

\_\_\_\_\_ Si realiza

\_\_\_\_\_ no realiza

b) Consume en sus comidas diarias igual o más de 5 g de sal (una cucharadita)

\_\_\_\_\_ Si consume

\_\_\_\_\_ no consume

c) Consume dos o más veces a la semana cualquiera de las siguientes comidas: frituras, chuzos, chicharrones, bollería y/o bolones

\_\_\_\_\_ Si consume

\_\_\_\_\_no consume

d) Consume colas y/o bebidas energizantes dos o más veces por semana, al menos una vez al día

\_\_\_\_\_ Si consume

\_\_\_\_\_no consume

III.- Componente conocimiento sobre la HTA:

a) ¿Conoce qué es la hipertensión arterial?

Enfermedad crónica no transmisible \_\_\_\_\_

Enfermedad infecciosa transmisible \_\_\_\_\_

Enfermedad aguda no transmisible \_\_\_\_\_

No sabe o no responde \_\_\_\_\_

b) ¿Que examen es necesario para hacer el diagnóstico de HTA?

Exámenes de laboratorio \_\_\_\_\_

Examen de radiología \_\_\_\_\_

Electroencefalograma \_\_\_\_\_

Toma de la tensión arterial \_\_\_\_\_

No sabe o no responde \_\_\_\_\_

c) Las cifras que determinan que una persona es hipertensa son:

Mayor de 120/80 \_\_\_\_\_

Mayor de 140/90 \_\_\_\_\_

Mayor de 160/100 \_\_\_\_\_

No sabe o no responde \_\_\_\_\_

d) ¿Cuáles son las complicaciones de la hipertensión arterial?

Infarto cardiaco \_\_\_\_\_

Sepsis urinaria \_\_\_\_\_

Trombosis cerebral \_\_\_\_\_

Cálculos en la vesícula \_\_\_\_\_

Cálculos en los riñones \_\_\_\_\_

Insuficiencia cardiaca \_\_\_\_\_

No sabe o no responde \_\_\_\_\_

g) ¿Si tiene familiares como padres, hermanos, abuelos con hipertensión arterial le ayudaría a que usted también la padeciera en algún momento?

Si ayudaría \_\_\_\_\_

No ayudaría \_\_\_\_\_

No sabe o no responde \_\_\_\_\_

h) ¿Si usted tiene hábito de fumar le ayudaría en relación a la hipertensión arterial?

Si ayudaría \_\_\_\_\_

No ayudaría \_\_\_\_\_

No sabe o no responde \_\_\_\_\_

i) ¿Si usted realiza actividad física más de tres veces a la semana, al menos 30 minutos cada vez, le ayudaría a no padecer de hipertensión arterial?

Si ayudaría \_\_\_\_\_

No ayudaría \_\_\_\_\_

No sabe o no responde \_\_\_\_\_

j) ¿Si su alimentación es alta en consumo de sal, grasa, y bebidas gaseadas y además escasa en frutas y vegetales, le ayudaría a no padecer de hipertensión arterial?

Si ayudaría \_\_\_\_\_

No ayudaría \_\_\_\_\_

No sabe o no responde \_\_\_\_\_

#### IV Componente estrategia educativa

a) ¿De qué forma le gustaría obtener información sobre hipertensión arterial?

Charlas educativas \_\_\_\_\_

Videos \_\_\_\_\_

Discusión grupal \_\_\_\_\_

Socio drama \_\_\_\_\_

Material didáctico \_\_\_\_\_

b) ¿Con que frecuencia le gustaría tener información sobre hipertensión arterial?

Una vez al mes \_\_\_\_\_

Cada 15 días \_\_\_\_\_

Una vez por semana \_\_\_\_\_

c) ¿En que horario del día le gustaría recibir la información?

En la mañana \_\_\_\_\_

En la tarde \_\_\_\_\_

d) ¿Cuánto tiempo estaría dispuesto a recibir la información?

15 minutos \_\_\_\_\_

30 minutos \_\_\_\_\_

e) Marque con una X de cuantas personas le gustaría integrara el grupo para recibir la información:

\_\_\_De 2 a 5

\_\_\_De 6 a 10.

\_\_\_De 11 a 15

\_\_\_De 16 a 20

### Anexo 3

## El Conocimiento sobre la Hipertensión Arterial como Enfermedad Previene las Complicaciones.



Autora: Md. Anabell Dolores González Huacón  
Postgradista de Medicina Familiar y Comunitaria  
Duración total: 2 meses

## Fundamentación

### Descripción de la problemática y su relación con el contexto

La hipertensión es una de las enfermedades crónicas que afecta a una gran parte de la población en el mundo, ocupa un lugar destacado como padecimiento en los países desarrollados y en Ecuador también afecta alrededor del 30% de las personas adultas, predisponiendo a las personas que la sufren a complicarse con enfermedades cardiovasculares. (69)

La hipertensión arterial es como factor de riesgo el que más muertes causa en el mundo, por ser una enfermedad que cursa muchas veces asintomática y puede inducir daños orgánicos irreversibles antes de tener un diagnóstico; de ahí la necesidad de prevenir desde la atención primaria e indicar un tratamiento en los estadios iniciales. (70)

La importancia del estilo de vida en estos pacientes, tiene tanto valor para el control de la enfermedad como el tratamiento farmacológico, para ello es necesario tener un conocimiento amplio de la enfermedad, sus complicaciones y las consecuencias de una falta de adherencia a las indicaciones dadas por el médico. (71)

Si un paciente no tiene información y conocimiento vasto de su enfermedad nunca podrá cambiar su estilo de vida y falta de control de la hipertensión; existen métodos y técnicas que se utilizan para que llegue la información a la persona de forma directa (con el profesional de salud) y de forma indirecta a través de los medios de comunicación masiva. (72)

La población de hipertensos pertenecientes al consultorio 2 del centro de salud Luchadores Norte tiene un numeroso grupo de pacientes que padecen esta enfermedad y se constata en las consultas, que carecen del conocimiento preciso para mantener un estilo de vida saludable y dar el seguimiento imprescindible para mantener las cifras de control y un mejor pronóstico de la enfermedad.

La cronicidad de esta enfermedad y una evolución desfavorable llevaría al paciente a complicaciones irreversibles que pondrían en peligro su vida de no actuar con inmediatez.

## **Diagnóstico del estado real del objeto que será sujeto de la intervención y evidencias del problema.**

El conocimiento sobre la enfermedad y la adherencia al tratamiento, ejerce un desafío diario como problema de salud, que afecta a la población de hipertensos, para realizar un cambio de conducta en estos pacientes, es necesario hacerles llegar toda la información de forma adecuada para su comprensión. (18)

En el consultorio 2 del Centro de Salud Luchadores Norte, se registra en las fichas familiares de los pacientes hipertensos, un porcentaje de 47,8% con cifras por encima de la meta de control y un número importante de ellos, el 25,8% que no asiste a las consultas con la regularidad requerida, es un problema a afrontar para el profesional de la salud que presta servicios médicos en esa institución, debido al desconocimiento por parte del paciente hipertenso de su enfermedad, las complicaciones de la misma y el pronóstico de no mantener las cifras de control, lo que se evidencia cuando se realiza el interrogatorio en las consultas y en la encuesta última realizada para la investigación

### **Objetivo general**

Desarrollar el conocimiento de los adultos hipertensos sobre la hipertensión como enfermedad, la prevención y el control de la misma.

### **Objetivos Específicos**

- Instruir sobre la hipertensión como enfermedad, diagnóstico y cifras de control.
- Exponer la importancia de evitar las complicaciones de la hipertensión sin control.
- Revelar el valor de modificar los factores de riesgo para la hipertensión arterial



### Justificación de la estrategia educativa

La hipertensión como es una enfermedad crónica, todo el saber referente a ella y la adherencia al tratamiento es indispensable para el control de las cifras de tensión de la misma y un mejor pronóstico. (72)

La instrucción a través de programas educativos en temas generales o específicos, es necesario para la promoción de salud y prevención de enfermedades, el actor principal en este proceder es el profesional de salud, que hace o no eficiente la atención y posibilita el intercambio entre él y los pacientes. (73) Teniendo como resultado un cambio de actitud y conducta bien encaminadas en la toma de decisión adecuadas para mantener y mejorar la salud y la calidad de vida de estas personas.

Un proyecto educacional que consta de brindar el conocimiento, el tratamiento indicado y la adherencia a este, puede lograr atención a las manifestaciones tempranamente, una mejor comunicación y evitar las complicaciones de la enfermedad. (40) El impacto de una estrategia educativa reduce los ingresos hospitalarios, disminuye la estadía, y hay menor número de consultas ambulatorias.

Por lo que se propone el diseño de una estrategia que se adecue al contexto específico de aprendizaje de la población adulta hipertensa del consultorio 2 del Centro de Salud Luchadores Norte, la cual no cuenta con la instrucción necesaria para entender y actuar consecuentemente a la condición de salud que exhiben.

Las estrategias de educación son para un grupo poblacional determinado, objetivamente sociales, todas ellas tienen lugar para el individuo, la familia, la escuela, la comunidad y para la sociedad a la que pertenece el que la recibe. Se elabora la estrategia con la utilización de herramientas tales como charlas y videos; con temas tales como, que es la HTA, cuáles son las causas y factores de riesgo, diagnóstico, recomendaciones, la adherencia al tratamiento, las complicaciones y determinadas recomendaciones para la prevención

Duración Total: 2 meses

Fecha pretest: antes de iniciar la primera actividad programada.

Fecha de postest: después de terminar la última actividad programada.

## Tema 1. Hipertensión arterial

### 1.1. Hipertensión arterial como enfermedad.

- Actividad 1: Aplicar Pre test. Charla sobre que son las enfermedades crónicas no transmisibles, dentro de ellas la HTA.
- Duración: 30 minutos.
- Lugar: Centro de Salud Pascuales.
- Horario: 8:00 am.
- Número de participantes: 18
- Responsable: Dra. Anabell Dolores González Huacon
- Recursos materiales: Papelógrafo, carteles con información visual, trípticos para repartir.

### 1.2. Diagnóstico de la enfermedad

- Actividad 2: Video conferencia sobre cómo se realiza el diagnóstico de la hipertensión arterial, la importancia del diagnóstico temprano.
- Duración: 25 minutos.
- Lugar: Centro de Salud Pascuales.
- Horario: 9:00 am.
- Número de participantes: 18
- Responsable: Dra. Anabell Dolores González Huacon
- Recursos materiales: Infocus, sillas para todos, trípticos para repartir.

### 1.3. Control de la HTA.

- Actividad 3: Taller sobre cómo se debe controlar la hipertensión. Cifras de control.
- Duración: 25 minutos
- Lugar: Centro Comunal
- Horario: 3:00 pm.
- Número de participantes: 18
- Responsable: Dra. Anabell Dolores González Huacon.
- Recursos materiales: Sillas para todos, papel, bolígrafo, pizarrón

## Tema 2: Complicaciones de la hipertensión arterial

### 2.1. Tipos de complicaciones.

- Actividad 1: Charla educativa sobre los tipos de complicaciones más frecuentes
- Duración 20 minutos
- Lugar Centro de Salud Pascuales.
- Horario: 10:00 am.
- Número de participantes: 18
- Responsable: Dra. Anabell Dolores González Huacon.
- Recursos materiales: Papelógrafo, Trípticos para repartir.

### 2.2. La hipertensión arterial como factor de riesgo de las cardiopatías

- Actividad 2: Demostración sobre como la falta de control de la hipertensión arterial conlleva a las cardiopatías hipertensiva.
- Duración 25 minutos.
- Lugar Centro comunal.
- Horario: 2:00 pm.
- Número de participantes: 18
- Responsable: Dra. Anabell Dolores González Huacon.
- Recursos materiales: Trípticos para repartir, marcadores, pizarra, computador, carteles con información visual.

### 2.3. Factores que influyen en la aparición de la hipertensión arterial.

- Actividad 3: Video conferencia sobre los factores de riesgo de la hipertensión arterial
- Duración 20 minutos.
- Lugar Centro comunal.
- Horario: 2:00 pm.
- Número de participantes: 18
- Responsable: Dra. Anabell Dolores González Huacon.
- Recursos materiales: Infocus, Trípticos para repartir, marcadores, pizarra.

## Tema 3: Comprobación de conocimientos y compromisos

### 3.1. Describir las experiencias individuales y establecer compromisos.

- Actividad 1: Discusión grupal para intercambiar conocimientos adquiridos, describir las experiencias individuales y establecer compromisos de adquirir estilos de vida saludables.
- Duración 30 minutos.
- Lugar Centro de Salud Pascuales.
- Horario: 2:00 pm.
- Número de participantes: 20
- Responsable: Dra. Anabell Dolores González Huacon.
- Recursos materiales: sillas para todos, trípticos, marcadores, grabadora de audio, pizarrón.

### 3.2. Principales medidas para el control de la tensión arterial, la adherencia al tratamiento.

- Actividad 2: Charla demostrativa para prevenir y/o controlar la hipertensión arterial. Realizar post test.
- Duración 25 minutos.
- Lugar Centro Comunal.
- Horario: 10:00 am.
- Número de participantes: 18
- Responsable: Dra. Anabell Dolores González Huacon.
- Recursos materiales: sillas para todos, trípticos, marcadores, pizarrón, papel, bolígrafos.

### **Implementación de la estrategia**

La estrategia educativa se implementará en los pacientes hipertensos de la población asignada al Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria que atiende el consultorio 2 del Centro de Luchadores Norte, se seleccionará un grupo de 18 pacientes hipertensos, que hayan mostrado poco control de la tensión arterial y mayor dificultad en la asistencia a las consultas programadas. Previa información del Programa al director del Centro de Salud y con su aprobación; el lugar donde se desarrollarán las actividades será el

propio centro de salud y el Centro Comunal, dirigida por el médico de familia que atiende la población donde se aplicará la estrategia.

Las actividades se desarrollarán una vez por semana, durante 8 semanas.

**Evaluación de la Estrategia:** Se aplicará un test al finalizar la última actividad del programa, que será el mismo que se aplicó antes de comenzar las actividades, con la misma forma de evaluación. Se manejará una base de datos en Microsoft Excel con las evaluaciones del primer test y las del segundo test, además de las variables demográficas de interés de cada una de las participantes, para realizar un análisis estadístico de los resultados de la implementación y evaluar si las diferencias entre la primera y segunda evaluación resultaron significativas.

Se publicarán los resultados en el Centro de Salud y se informará a las instancias correspondientes para su aplicación en otros centros.

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **González Huacón Anabell Dolores** con C.C: # **0916773724** autor/a del trabajo de titulación: “Diseño de estrategia educativa para elevar el conocimiento sobre hipertensión arterial en la población, de 20 años y más. Consultorio 2. Centro de salud Luchadores Norte. Año 2021.” 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.

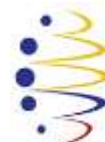
2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 25 de octubre de 2021

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

Nombre: González Huacón Anabell Dolores

C.C: 0916773724



<b>REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA</b>			
<b>FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN</b>			
<b>TEMA Y SUBTEMA:</b>	Diseño de estrategia educativa para elevar el conocimiento sobre hipertensión arterial en la población, de 20 años y más. Consultorio 2. Centro de salud Luchadores Norte. Año 2021		
<b>AUTOR(ES)</b>	Anabell Dolores González Huacón		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	Fredy Ángel Bajaña Vargas		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Escuela de Graduados en Ciencias de Salud		
<b>CARRERA:</b>	Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria.		
<b>TÍTULO OBTENIDO:</b>	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	20 de Noviembre de 2021	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	71
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna, Cardiología		
<b>PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:</b>	Estrategia, Hábitos Alimentarios, Estilos de vida saludables, Actividad física, Conocimiento, Control.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT</b> (150-250 palabras):			
<p><b>Antecedentes:</b> En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de casi un tercio del total de las muertes por año. <b>Métodos:</b> Se realizó una investigación descriptiva, observacional, prospectiva y transversal con la población de adultos del centro de salud Luchadores Norte, para realizar el diseño de una estrategia educativa que eleve el conocimiento sobre esta enfermedad; se midieron variables sociodemográficas, de estilos de vida y conocimiento. <b>Resultados:</b> grupo de edad de mayor frecuencia fue 50 a 59 años 26,2%, sexo masculino 66,4%, escolaridad nivel básico 41,1%, estado civil unión libre 52,3%, etnia mestizo 58,9% y ocupación empleado privado 29,0%, no realizan actividad física 65,4%, consumo excesivo sal 67,3%, grasa 58,9%, gaseosas y energizantes 52,8%, no conocen de la enfermedad 62,6%, la técnica charla 39,3%, frecuencia una vez cada 15 días 43,9%, horario de la mañana 57,0%, duración 30 minutos, 52,3%, lugar centro de salud 50,5% y tamaño del grupo de 6 a 10, 42,1%. <b>Conclusiones:</b> son representados por el grupo de 50 a 59 años, masculinos, escolaridad nivel básico, estado civil unión libre y la ocupación empleada privado; no realizan actividad física mayoritariamente y tienen un alto consumo de sal, grasas y gaseosas; la técnica educativa más seleccionada es la charla y le siguió los videos, la frecuencia una vez cada 15 días, la duración 30 minutos, el lugar para dar la actividad prefieren el centro de salud y el tamaño de los grupos de 6 a 10 personas.</p>			
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTORES:</b>	<b>CON</b>	<b>Teléfono:</b> +593989391370	<b>E-mail:</b> agonzalezhuacon@hotmail.es
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	<b>LA</b>	<b>Nombre:</b> Dr. Xavier Landívar Varas	
		<b>Teléfono:</b> +593-4-3804600 ext 1830 – 1811	
		<b>E-mail:</b> posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec	
<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>			