

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE LOS ANDES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



Tesis

**Hipertensión arterial y estilos de vida en adultos mayores del Centro de
Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024**

Asesor (a):

Cervantes Carrión Justina

Autores:

Oscoco Donaires, Yulisa

Trujillo Condori, Emanuel

Para optar el título profesional de: Licenciado(a) en enfermería

Abancay – Apurímac - Perú

2025



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TÍTULO PROFESIONAL

En la ciudad de Abancay, a los 20 días del mes de febrero del 2025, siendo las 08:00 horas, se reunieron los integrantes del Jurado designado por **RESOLUCIÓN DIRECTORAL N°065-2025-UTEA-FCS-EPE** de la Escuela Profesional de **ENFERMERIA**, Facultad de Ciencias de la Salud:

Presidente :	Mg. Maquera Maron Silvia Victoria
Dictaminante :	Mg. Espinoza Palomino Aydee
Replicante :	Mg. Serrano Utani Juana Regina

Para evaluar la sustentación, en la modalidad de:

Tesis Trabajo de suficiencia profesional

Titulada:

Hipertensión arterial y estilos de vida en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas la Torre, Abancay 2024

Desarrollado por el (los) Bachiller (es):

Br.: Oscco Donaires Yulisa

Br.: Trujillo Condori Emanuel

Para optar el Tituló Profesional de:

Licenciado (a) en enfermería

Concluido el acto, el Jurado dictaminó que el (la) (los) mencionado(a) (s) bachiller (es) fue (ron) **APROBADO (S)**:

Por: Unanimidad
(Unanimidad o Mayoría) (*)

Emitiéndose el calificativo final de:

Bachiller (Apellidos y Nombres)	Calificación (**)
Br. Oscco Donaires Yulisa	Aprobado Notable
Br. Trujillo Condori Emanuel	Aprobado

Siendo las 09:55 horas concluyó la sesión, firmando los integrantes del Jurado.

PRESIDENTE : Mag. Silvia Victoria Maquera Maron
(Dr. Mg.). (Apellidos y Nombres)

.....
(Firma)

DICTAMINANTE: Mag. Aydee Espinoza Palomino
(Dr. Mg.). (Apellidos y Nombres)

.....
(Firma)

REPLICANTE : Mag. Juana Regina Serrano Utani
(Dr. Mg.). (Apellidos y Nombres)

.....
(Firma)

Nota: Desaprobado: 0-10; Aprobado: 11-20
(*) **Mayoría:** Dos integrantes del jurado aprueban o desaprueban; Unanimidad: Todos los integrantes del jurado aprueban o desaprueban, Art.18 RGGAT.
(**) 0 a 10: Desaprobado, 11 a 15: Aprobado, 16 a 18: Aprobado Notable, 19 y 20: Aprobado con Distinción, Art. 18 RGGAT.

Hipertensión arterial y estilos de vida en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo.pdf

INFORME DE ORIGINALIDAD

16%

INDICE DE SIMILITUD

16%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

13%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Tecnologica de los Andes Trabajo del estudiante	4%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
3	repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Nacional del Centro del Peru Trabajo del estudiante	<1%
6	repositorio.unac.edu.pe Fuente de Internet	<1%
7	repositorio.utea.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	Submitted to uncedu Trabajo del estudiante	<1%
9	repositorio.continental.edu.pe Fuente de Internet	<1%
10	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	<1%

Metadatos

Datos del Autor	
Apellidos y nombres	: Oscco Donaires Yulisa
Tipo y Documento de Identidad	: DNI
Número de Documento de Identidad	: 74158191
URL ORCID	: https://orcid.org/0009-0009-9853-9904
Apellidos y nombres	: Trujillo Condori Emanuel
Tipo y Documento de Identidad	: DNI
Número de Documento de Identidad	: 71735126
URL ORCID	: https://orcid.org/0009-0007-5113-8367
Datos del Asesor	
Apellidos y nombres	: Cervantes Carrión Justina
Tipo y Documento de Identidad	: DNI
Número de Documento de Identidad	: 31006093
URL ORCID	: https://orcid.org/0000-0003-2178-2905
Datos de la investigación	
Facultad	: Ciencias de la Salud
Escuela Profesional	: Enfermería
Línea de investigación	: Salud Pública
Rango de años en que se realizó la investigación	: Enero- Agosto 2024
Fuente de financiamiento	: Autofinanciado
Porcentaje de similitud	: 16%
URL de OCDE	: https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.00

Dedicatoria

A mi madre, por ser mi constante fuente de amor y apoyo incondicional. Gracias por enseñarme el valor de la perseverancia y el esfuerzo, y por creer en mí incluso cuando yo dudaba. Sus sacrificios y palabras de aliento han sido la luz que ha guiado mi camino.

A mi hermana, por ser mi mejor amiga y confidente. Tus risas y consejos han sido un refugio en momentos de incertidumbre. Gracias por compartir cada paso de este viaje conmigo y por siempre estar dispuesta a ofrecer una mano amiga.

Yulisa

A mis padres, por su amor incondicional, su paciencia y su apoyo inquebrantable. Gracias por enseñarme la importancia de la educación y por ser mis más grandes motivadores. Sin su guía y sus sacrificios, este logro no habría sido posible.

A mis hermanos, por ser mis compañeros de vida, por ser mi mayor apoyo emocional. Gracias por sus palabras de aliento y por estar siempre a mi lado, celebrando mis éxitos y dándome fuerza en los momentos difíciles. A todos aquellos que de alguna manera contribuyeron a la realización de este trabajo.

Emanuel

Agradecimiento

A nuestra asesora de tesis, la Mg. Justina Cervantes Carrión, por su invaluable orientación, paciencia y dedicación. Su conocimiento y sus recomendaciones han resultado determinantes para la realización de este estudio.

A los miembros del comité de evaluación, por sus inestimables aportes y observaciones, que han potenciado este trabajo.

A nuestros profesores y compañeros de la universidad, por compartir con nosotros sus conocimientos y experiencias. Sus aportes y colaboraciones han sido fundamentales para la elaboración de esta tesis.

A nuestros amigos, por su apoyo constante y por hacer de este viaje una experiencia más llevadera. Gracias por sus risas, consejos y por estar siempre ahí cuando más los necesitábamos.

Finalmente, queremos agradecer a todos aquellos que, de alguna manera, contribuyeron a la realización de este trabajo. Sus palabras de ánimo y su fe en nuestras capacidades han sido un gran aliciente para alcanzar esta meta.

Yulisa y Emanuel

Resumen

Objetivo: Determinar la relación entre la hipertensión arterial y estilos de vida en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024.

Metodología: Se emplea el método hipotético-deductivo; la investigación es de tipo básico, de enfoque cuantitativo, alcance correlacional y diseño no experimental. La población estuvo conformada por 110 pacientes adultos mayores; se utilizó el muestreo probabilístico para calcular el tamaño de la muestra, siendo de 86 adultos mayores. La técnica empleada para medir los estilos de vida es la encuesta por medio del cuestionario de perfil de Estilo de Vida (PESI-I) Nola Pender y para medir a la variable presión arterial se usaron los registros clínicos.

Resultados: Se obtuvo como resultado que el 53.5% presenta hipertensión en estadio 1 y el 46.5% pre hipertensión, que en ambos casos tienen estilos de vida no saludables, además, el 95.3% no tiene responsabilidad en salud, el 96.5% no toma en cuenta el ejercicio, el 67.4% no cuida su nutrición, el 87,2% no maneja el estrés adecuadamente, el 84,9% consume tabaco y el 87.2% consume alcohol.

Conclusión: Existe una relación significativa ($p=0.006$) entre la hipertensión arterial y estilos de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, así mismo existe relación significativa entre la hipertensión arterial y las dimensiones nutrición ($p=0.000$), manejo de estrés ($p=0.001$), consumo de tabaco ($p=0.000$) y consumo de alcohol (0.001); sin embargo, no se evidenció una asociación con la responsabilidad en salud (0.056) y ejercicio (0.100).

Palabras clave: Hipertensión arterial, estilos de vida, adulto mayor.

Abstract

Objective: To determine the relationship between arterial hypertension and lifestyle habits in older adults at the Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre Health Center, Abancay, 2024.

Methodology: The hypothetical-deductive method was used; the research is of a basic type, with a quantitative approach, correlational scope, and non-experimental design. The population consisted of 110 older adult patients; probabilistic sampling was used to calculate the sample size, resulting in 86 older adults. The technique used to measure lifestyle was a survey through the Lifestyle Profile Questionnaire (PESI-I) by Nola Pender, and clinical records were used to measure the variable of blood pressure.

Results: It was found that 53.5% of participants presented stage 1 hypertension and 46.5% had pre-hypertension, and in both cases, they exhibited unhealthy lifestyles. Furthermore, 95.3% showed no health responsibility, 96.5% did not consider exercise, 67.4% did not take care of their nutrition, 87.2% did not manage stress adequately, 84.9% consumed tobacco, and 87.2% consumed alcohol.

Conclusion: There is a significant relationship ($p = 0.006$) between arterial hypertension and the lifestyle habits of older adults at the Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre Health Center. Additionally, there is a significant relationship between arterial hypertension and the dimensions of nutrition ($p = 0.000$), stress management ($p = 0.001$), tobacco use ($p = 0.000$), and alcohol consumption ($p = 0.001$). However, no association was found with health responsibility ($p = 0.056$) and exercise ($p = 0.100$).

Keywords: Hypertension, lifestyles, older adults.

Índice general

Portada.....	i
Acta de Sustentación.....	ii
Reporte de Similitud.....	iii
Metadatos.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
Índice general.....	ix
Índice de tablas.....	xi
Índice de figuras.....	xiii
Índice de anexos.....	xiv
I. Introducción.....	15
II. Planteamiento del problema.....	17
2.1. Descripción y formulación del problema.....	17
2.2. Objetivos.....	21
2.2.1. Objetivo General.....	21
2.2.2. Objetivos Específicos.....	21
2.3. Justificación e importancia.....	21
2.4. Hipótesis.....	23
2.4.1. Hipótesis general.....	23
2.4.2. Hipótesis específicas.....	23
2.5. Variables.....	24
III. Marco Teórico.....	27
3.1. Antecedentes de investigación.....	27

3.2.	Bases teóricas	32
3.3.	Definición de términos	54
IV.	Metodología	57
4.1.	Tipo y nivel de investigación	57
4.2.	Ámbito temporal y espacial	58
4.3.	Población y muestra	58
4.4.	Instrumentos	59
4.5.	Procedimientos	60
4.6.	Análisis de datos	61
4.7.	Consideraciones éticas	61
V.	Resultados y discusión	63
VI.	Conclusiones	87
VII.	Recomendaciones	88
VIII.	Referencias	89
IX.	Anexos	104

Índice de tablas

Tabla 1. Hipertensión arterial de los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024.....	63
Tabla 2. Estilos de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024.....	64
Tabla 3. Relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024	65
Tabla 4. Relación entre la hipertensión arterial y la responsabilidad en salud de los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024	67
Tabla 5. Relación entre la hipertensión arterial y ejercicio de los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024	69
Tabla 6. Relación entre la hipertensión arterial y nutrición de los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024	71
Tabla 7. Relación entre la hipertensión arterial y el manejo de estrés de los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024	72
Tabla 8. Relación entre la hipertensión arterial y consumo de tabaco de los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024	74
Tabla 9. Relación entre la hipertensión arterial y consumo de alcohol de los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024	75
Tabla 10. Prueba de normalidad	79
Tabla 11. Prueba de chi-cuadrado para determinar la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre	80

Tabla 12. Prueba de chi-cuadrado para determinar la relación entre hipertensión arterial y responsabilidad en salud en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre	81
Tabla 13. Prueba de chi-cuadrado para determinar la relación entre hipertensión arterial y ejercicio en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre...	82
Tabla 14. Prueba de chi-cuadrado para determinar la relación entre hipertensión arterial y nutrición en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre. .	83
Tabla 15. Prueba de chi-cuadrado para determinar la relación entre hipertensión arterial y manejo de estrés en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre.....	84
Tabla 16. Prueba de chi-cuadrado para determinar la relación entre hipertensión arterial y consumo de tabaco en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre.....	85
Tabla 17. Prueba de chi-cuadrado para determinar la relación entre hipertensión arterial y consumo de alcohol en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre.....	86

Índice de figuras

Figura 1. Hipertensión arterial	63
Figura 2. Estilos de vida	64
Figura 3. Relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024	65
Figura 4. Relación entre la hipertensión arterial y la responsabilidad en salud de los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024	67
Figura 5. Relación entre la hipertensión arterial y ejercicio de los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024	69
Figura 6. Relación entre la hipertensión arterial y nutrición de los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024	71
Figura 7. Relación entre la hipertensión arterial y el manejo de estrés de los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024	72
Figura 8. Relación entre la hipertensión arterial y consumo de tabaco de los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024	74
Figura 9. Relación entre la hipertensión arterial y consumo de alcohol de los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024	75

Índice de anexos

Anexo 1. Matriz de consistencia.....	105
Anexo 2. Documentos que autorizan la aplicación del instrumento.....	109
Anexo 3. Registro clínico de hipertensión arterial en adultos mayores	111
Anexo 5. Base de Datos	116
Anexo 6. Evidencias fotográficas	123

I. Introducción

La hipertensión arterial es un trastorno complejo condicionado por múltiples factores, muchos de los cuales son susceptibles de ser modificados. Estos incluyen elementos como la edad, etnia, sexo, y el Índice de Masa Corporal. Además, el consumo excesivo de sal, el hábito de fumar, la ingesta elevada de alcohol, y una dieta baja en potasio y calcio pueden contribuir a su desarrollo. Otros condicionantes de riesgo incluyen las concentraciones elevadas de colesterol y glucosa en sangre, así como la inactividad (1).

Los estilos de vida representan el conjunto de prácticas y posturas que los individuos adoptan en su día a día, estos se categorizan en estilos de vida favorables o perjudiciales para la salud, dependiendo de cómo contribuyan a la prevención o desarrollo de enfermedades; la adopción de un estilo de vida saludable puede ser un factor clave en la promoción de la salud y el bienestar general. (2)

Más del 69% de los adultos mayores son afectados por enfermedades crónicas no transmisibles, cuya prevalencia se asocia frecuentemente con hábitos de vida dañinos. Este escenario pone de relieve la importancia de fomentar hábitos de vida saludables en la población mayor, con el fin de prevenir el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles o gestionar mejor su tratamiento clínico; La prevención y el abordaje adecuado de estas afecciones resultan fundamentales para optimizar la calidad de vida de las personas mayores (3).

La hipertensión arterial representa una condición ampliamente extendida entre la población de adultos mayores, vinculándose estrechamente con un aumento en la probabilidad de padecer afecciones cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y otras serias complicaciones de salud. Dado que la demografía en Abancay, al igual que en numerosas regiones, muestra una tendencia al envejecimiento, que hace cada vez más crucial investigar afecciones crónicas como la hipertensión en este segmento

poblacional. Ello permite ofrecer una atención sanitaria más efectiva y elevar la calidad de vida de los ancianos. En esta línea, el estudio propuesto busca determinar la relación existente entre la hipertensión arterial y estilos de vida de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre. Los hallazgos podrían ser fundamentales para ajustar las políticas y programas de salud pública, asegurando que respondan adecuadamente a las necesidades particulares de los adultos mayores en la provincia.

II. Planteamiento del problema

2.1. Descripción y formulación del problema

La hipertensión arterial y los estilos de vida en los adultos mayores representan un aspecto relevante en la salud de esta población, ambas determinan las condiciones de vida en los adultos mayores, además en este periodo de la vida del hombre se debe ponderar un equilibrio que lleve a la tranquilidad y el bienestar de los sujetos debido a la naturaleza de sus implicaciones.

Para la Organización Panamericana de la Salud en el 2024, la hipertensión se considera como el factor de riesgo más importante para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, ya que en el continente, se registra cada año 1,6 millones de fallecimientos cuya causa es este tipo de enfermedades, de los cuales aproximadamente 500 000 corresponden a personas que tienen edades mayores a los 70 años, estas muertes en muchos casos se caracterizan como prematuras y en muchos evitables, además entre el 20 y 40% de la población adulta en la región padece de hipertensión, lo que equivale a aproximadamente a 250 millones de personas que sufren de presión arterial. (4).

Conforme la Organización Mundial de la Salud (5) señala que, a nivel mundial, hay 1280 millones de individuos que cuentan con 60 a 79 años padecen de hipertensión arterial, de ellos más de la mitad residen en países pobres. La presión arterial suele elevarse a medida que transcurre la edad por el proceso natural de envejecimiento, asociado con un aumento en la rigidez arterial, modificaciones en la estructura de los vasos sanguíneos y alteraciones en los mecanismos renales y hormonales. Por ello, se prevé un aumento en la incidencia de hipertensión arterial en personas mayores. Entre los adultos mayores hipertensos, el 90% presenta hipertensión esencial, mientras que el 10% tiene hipertensión secundaria. El motivo más común de esta última es la hipertensión renovascular, que se considera en pacientes que desarrollan hipertensión

después de los 65 años de manera repentina, especialmente si es resistente al tratamiento farmacológico o avanza rápidamente, afectando la función renal.

En tanto, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la hipertensión arterial afecta a aproximadamente al 22% de la población mundial y dentro de la región latinoamericana la prevalencia se da principalmente en seis países que son: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Perú y Uruguay, alcanzando un 32,3% y su prevalencia es del 68% en áreas urbanas y 32% en áreas rurales, las causas principales se asocian con el consumo excesivo de alcohol, tabaquismo, sedentarismo, dietas poco saludables y estrés crónico. (6)

En el territorio peruano, la incidencia de esta condición es elevada según los registros de 2021. Además, un porcentaje superior al 50% de las personas afectadas ya cuentan con diagnósticos previos. Sin embargo, a pesar de esta prevalencia, las investigaciones sobre hipertensión arterial a nivel nacional siguen siendo escasas. (7)

A nivel nacional, acorde al Ministerio de Salud, el Perú cuenta con 5.5 millones de personas que sufre de hipertensión arterial, siendo el 22.1% del total de la población (8). En relación a la distribución geográfica de la nación, se encontró que la región que cuenta con una frecuencia de presión arterial elevada, donde son: en la región costera (24,4%); en la región andina (18,7%) y, por último, en la región amazónica (17,2%); además, se observó un incremento de esta condición en las zonas urbanas a diferencia de las zonas rurales. Por departamentos a nivel nacional, se observó que los departamentos que presentan una mayor prevalencia de hipertensión son: Lima con 27.1%, Loreto con 24.0%, Tumbes con 23.2% y los departamentos que cuenta con una prevalencia menor son: Apurímac con 12.9% y Ucayali 9.4%. (9).

Según el reporte de la Dirección Regional de Salud de Apurímac, la prevalencia de hipertensión arterial es de 10.5% en el año 2022. (10) Según sexo, los hombres fueron los más afectados en comparación con las mujeres (13,4% y 12,5%, respectivamente). (9)

En este sentido, los estilos de vida posibilitan la reducción del impacto creciente de la condición de hipertensión arterial, ya que para este padecimiento es vital, si bien los medicamentos pueden apoyar en la reducción de esta condición, establecer transformaciones en los estilos de vida también son relevantes para controlar la hipertensión. (10)

Esta condición significa una patología crónica que impacta en la vida de una gran parte de la población mayor a 65 años y se relaciona a mayores complicaciones cardiovasculares, cerebrovasculares y renales. Los estilos de vida son determinantes en la prevención y el tratamiento de la hipertensión arterial, ya que incluye hábitos alimentarios, el ejercicio físico, evitar el consumo de alcohol y tabaco, el manejo del estrés y el cumplimiento terapéutico. Sin embargo, muchos pacientes adultos mayores presentan dificultades en la adopción y práctica de estilos de vida saludables debido a los criterios como el grupo etario, las comorbilidades, los cambios psicosociales, la falta de ayuda de su entorno, y las barreras del sistema sanitario.

En el Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, ubicado en el departamento de Apurímac, provincia de Abancay, es recurrente la identificación de problemas relacionados a la salud pública, sobre todo por la tasa de obesidad en la región Apurímac que alcanzó 14,7% en el año 2020 y aunque en el 2021 presentó una disminución a 13,7%, la situación no tuvo mejoras para el año 2022 ya que el porcentaje se incrementó a 15% y todos estos casos fueron atendidos en dicho centro de salud que reporta una visión de prevalencia creciente de casos de hipertensión a causa de problemas como la obesidad. (11); tal es así que para el año 2023, se reporta que en la región Apurímac se reportaron 377 casos de hipertensión y el Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre reportó 152 casos de pacientes con hipertensión arterial (12); por lo que se elige este establecimiento de salud como sede de estudio debido a la recurrencia de casos de hipertensión arterial que requiere que de manera frecuente se ejecute el control para abordar de manera eficiente la problemática de salud pública que

incluyen promoción de estilos de vida saludables, campañas educativas sobre nutrición y actividad física, y el seguimiento médico regular de los pacientes con factores de riesgo.

En este lineamiento, el estudio se plantea determinar la relación entre la hipertensión arterial y estilos de vida en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024.

2.1.1. Problema General

¿Cuál es la relación que existe entre la hipertensión arterial y estilos de vida en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024?

2.1.2. Problemas Específicos

- a. ¿Cuál es la relación que existe entre la hipertensión arterial y la responsabilidad en salud en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024?
- b. ¿Cuál es la relación que existe entre la hipertensión arterial y el ejercicio en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024?
- c. ¿Cuál es la relación que existe entre la hipertensión arterial y la nutrición en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024?
- d. ¿Cuál es la relación que existe entre la hipertensión arterial y el manejo de estrés en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024?
- e. ¿Cuál es la relación que existe entre la hipertensión arterial y el consumo de tabaco en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024?

- f. ¿Cuál es la relación que existe entre la hipertensión arterial y el consumo de alcohol en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024?

2.2. Objetivos

2.2.1. Objetivo General

Determinar la relación entre la hipertensión arterial y estilos de vida en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024

2.2.2. Objetivos Específicos

- a. Determinar la relación entre la hipertensión arterial y la responsabilidad en salud en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024.
- b. Determinar la relación entre la hipertensión arterial y el ejercicio en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024.
- c. Determinar la relación entre la hipertensión arterial y la nutrición en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024.
- d. Determinar la relación entre la hipertensión arterial y el manejo de estrés en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024.
- e. Determinar la relación entre la hipertensión arterial y el consumo de tabaco en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024.
- f. Determinar la relación entre la hipertensión arterial y el consumo de alcohol en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024

2.3. Justificación e importancia

Justificación práctica. El siguiente estudio puede ser utilizado en el futuro como base para nuevas investigaciones, además, con los resultados logrados, se puede plantear futuras estrategias o intervenciones para la prevención de esta clase de

patología afectando la dinámica de vida en edad adulta, como también, con la información lograda se puede incidir en mejorías en los estilos de vida.

Justificación Social. Se basa en la urgencia de sensibilizar a los pacientes de 60 a 80 años sobre la relevancia de adoptar hábitos de vida saludables que les permita prevenir o controlar la hipertensión arterial y la mejora del bienestar diario, ya que los estilos de vida adecuados son fundamentales para controlar la hipertensión en los pacientes de edad avanzada, por ende, esto es fundamental para el personal de salud la identificación de los estilos de vida adecuados en aquellos pacientes en el menor tiempo posible para prevenir dicha enfermedad, además de los aspectos de riesgo que puede provocar estilos de vida inadecuados.

Justificación teórica. Se justifica de forma teórica, ya que este estudio logró aportar una nueva percepción sobre los temas tratados, considerando que se basó en teorías ya existentes para la comparación de la información encontrada. Por otra parte, este estudio sirve como antecedente para próximos estudios que cuenten como referencia la misma población y variables.

Justificación metodológica. Este estudio se centra exclusivamente en personas con hipertensión preexistente debido a la naturaleza del diseño correlacional, que busca analizar la relación entre los estilos de vida y la hipertensión arterial en esta población específica. Al seleccionar únicamente a personas diagnosticadas, se garantiza que la variabilidad en los estilos de vida se analice dentro de un grupo homogéneo en términos de condición médica, evitando sesgos que podrían surgir al incluir individuos sin hipertensión; además, dado que se trata de un estudio cuantitativo, correlacional y no experimental, se utilizaron instrumentos prevalidados para la recolección de datos, asegurando la validez y confiabilidad de las mediciones. La recopilación de información se realizó mediante cuestionarios específicos para evaluar el perfil de los estilos de vida, permitiendo obtener datos estructurados y comparables dentro del grupo de estudio.

Justificación clínica. La hipertensión arterial es una de los padecimientos crónicos más prevalentes en la población adulta mayor, con una incidencia que aumenta progresivamente con la edad. En este grupo etario, la hipertensión representa un factor de riesgo significativo para el desarrollo de complicaciones graves, como accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y daño renal, lo que afecta la calidad de vida y la funcionalidad de los pacientes. Esta investigación es fundamental para evaluar la magnitud del problema en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, permitiendo identificar patrones de riesgo asociados con estilos de vida no saludables. Al proporcionar evidencia basada en datos, el estudio contribuirá a orientar estrategias de prevención y control de la hipertensión arterial, facilitando la implementación de intervenciones específicas dirigidas a mejorar la salud y bienestar de esta población vulnerable.

2.4. Hipótesis

2.4.1. Hipótesis general

Existe relación significativa entre la hipertensión arterial y estilos de vida en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024

2.4.2. Hipótesis específicas

- a. Existe relación significativa entre la hipertensión arterial y la responsabilidad en salud en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024.
- b. Existe relación significativa entre la hipertensión arterial y el ejercicio en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024.
- c. Existe relación significativa entre la hipertensión arterial y la nutrición en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024.

- d. Existe relación significativa entre la hipertensión arterial y el manejo de estrés en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024.
- e. Existe relación significativa entre la hipertensión arterial y el consumo de tabaco en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024.
- f. Existe relación significativa entre la hipertensión arterial y el consumo de alcohol en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024.

2.5. Variables

2.5.1. Variable 1

Hipertensión arterial

2.5.1.1. Dimensiones de variable 1

- Pre hipertensión.
- HTA estadio 1.
- HTA estadio 2

2.5.2. Variable 2

Estilos de vida

2.5.2.1. Dimensiones de variable 2

- Responsabilidad en salud
- Ejercicio
- Nutrición
- Manejo de estrés
- Consumo de tabaco
- Consumo de alcohol

2.5.3. Operacionalización de variable independiente

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Hipertensión arterial	<p>La hipertensión arterial es una afección crónica de origen variado, caracterizada por una elevación constante de la presión arterial, ya sea sistólica, diastólica o ambas. Se considera tanto una enfermedad como un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares. Este trastorno se clasifica en distintas etapas, incluyendo la prehipertensión, la hipertensión en estadio 1 y estadio 2. Su aparición y evolución están influenciadas por factores como la genética, la raza, el sexo y la edad. (13).</p>	<p>Pre hipertensión Ocurre cuando la presión arterial se encuentra elevada o un poco por encima de los valores considerados normales, el riesgo que puede ocasionar son enfermedades cardíacas e insuficiencia cardíaca. (13)</p>	<p>Sistólica: 120 – 139mmHg Diastólica: 80 – 89mmHg</p>	-----	Ordinal
		<p>HTA estadio 1 En esta etapa inicial, se observan cambios frecuentes en la presión arterial sistólica, sin que haya evidencia de hipertrofia ventricular. (14)</p>	<p>Sistólica: 140 -159mmHg Diastólica: 90 – 99mmHg</p>		
		<p>HTA estadio 2 Durante esta fase, se presentan la hipertrofia del ventrículo izquierdo, retinopatía de grado II, así como proteinuria y/o elevación de los niveles de creatinina en plasma. (14)</p>	<p>Sistólica: ≥160 – 179mmHg Diastólica: ≥100 -109mmHg</p>		

2.5.4. Operacionalización de la variable dependiente

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Estilos de vida	Los estilos de vida comprenden actitudes y valores, que se expresan en el comportamiento del individuo en diferentes áreas de la vida, entre ellas, la actividad física, la alimentación, el uso de bebidas alcohólicas. (15)	Responsabilidad en salud Hace referencia a las características de los estilos de vida que forman hábitos responsables referente a la salud (16).	No saludable=10-25 Saludable=26-40	2,7,13,16, 21,24,26,33, 34, 36	Nominal
		Ejercicio Es la actividad dinámica lo cual el cuerpo humano se mantiene activo, que es beneficioso para la salud. (17).	No saludable=5-13 Saludable=14-20	3, 10, 17, 22, 29	Nominal
		Nutrición Son hábitos alimenticios adecuadas para la salud y bienestar en general. (18).	No saludable=6 – 15 Saludable= 16-24	1,4,11,14, 19,25,	Nominal
		Manejo de estrés Estrategias y técnicas empleadas para controlar y disminuir los niveles de estrés para enfrentar las circunstancias de la vida. (19)	No saludable= 7 – 18 Saludable=19 - 28	6,9,20,28, 30,31,32	Nominal
		Consumo de tabaco Son aquellas conductas y medidas que evitan consumir tabaco. (19)	No saludable=4-10 Saludable=11 - 16	8,12,18,27	Nominal
		Consumo de alcohol Son aquellas conductas y medidas que evitan consumir alcohol. (19)	No saludable= 4 – 10 Saludable= 11 - 16	5,15,23,35	Nominal

III. Marco Teórico

3.1. Antecedentes de investigación

3.1.1. A nivel internacional

Copello et al. (2023), en su investigación “Factores de riesgo de la hipertensión arterial en ancianos realizado en Ecuador”, con el objetivo de identificar aspectos riesgosos para el padecimiento de esta condición en la población adulta mayor, la investigación fue descriptiva, transversal en el nosocomio referido; la población se conformó por 84 pacientes que tienen esta condición y se encuentran en el grupo etario mayor a 60 años, se aplicaron las encuestas correspondientes a fin de recabar los datos necesarios. Las aproximaciones resultantes mostraron que el 50% de los pacientes presentaban sobrepeso y el 77% tenían hábitos tóxicos, independientemente del sexo. El color de piel blanca fue el más frecuente, con un 38,1%, y el 85,7% reportaron precedentes de enfermedades similares. Se concluyó que los aspectos que determinan un riesgo considerable para padecer esta condición en la población mayor se tuvieron el sobrepeso, hábitos nocivos y los precedentes de la familia. (20)

Gómez et al. (2021), en su tesis “Hipertensión arterial e incidencia de los factores de riesgo en adultos mayores, realizado en Ecuador”, con el fin de establecer la prevalencia actual de la hipertensión arterial en la población analizada. El estudio se realizó con un enfoque no experimental y un diseño transversal, descriptivo y explicativo. La muestra estuvo compuesta por 20 pacientes mayores de 60 años. Los resultados mostraron que el porcentaje más alto de personas con hipertensión correspondió al género femenino (60%). Los principales factores de riesgo identificados en los pacientes fueron: una dieta inapropiada (45%), antecedentes familiares (25%), falta de actividad física (20%), consumo de alcohol (5%) y tabaquismo (5%). Se concluyó que una dieta inadecuada es el principal factor de riesgo en esta población, aunque la predisposición genética también tiene un rol significativo. (21)

Ponce y Lois (2020), en su tesis “Prevalencia de hipertensión arterial y estilos de vida en adultos mayores” con el propósito de determinar la asociación entre la hipertensión arterial y los hábitos de vida en una población de adultos mayores de una ciudad ecuatoriana, es un estudio descriptivo de tipo transversal. Se realizó un análisis descriptivo de naturaleza transversal. De una población total de 500 pacientes con diagnóstico de hipertensión, se seleccionó una muestra de 126 personas mayores de ambos géneros. Se examinaron los registros médicos individuales y se empleó un cuestionario sobre el Perfil de Estilos de Vida (Nola Pender). Los resultados mostraron que el 37,30% de adultos presenta hipertensión arterial grado 1; 42,06% hipertensión arterial grado 2 y el 20,63 tiene hipertensión arterial grado 3. En lo que respecta a los hábitos de vida de los pacientes mayores con hipertensión, se observó que el 55,55% (70) adopta un estilo de vida saludable, el 25,40% (32) mantiene un estilo de vida poco saludable, y el 19,04% (24) tiene un estilo de vida altamente saludable. Acorde a los resultados, se encontró que el 61,11% (77) correspondían al grupo de mayor edad (75-90 años) y el 38,89% (49), al grupo de menor edad (60 a 64 años). El 62,1 % (78) eran mujeres y el 38% (48), hombres. En cuanto a la situación familiar, el 63,4% (80) vivía con algún familiar y el 36,5 % (46), solo o con su pareja. Según los registros clínicos, la mayoría presentaba hipertensión arterial grado 2 (presión arterial 160-179 y/o 100-109 mmHg) o hipertensión arterial grado 3 (presión arterial 180 y/o 110 mmHg). Se concluye que hubo una mayor prevalencia de adultos mayores, sexo femenino, convivencia familiar, hipertensión arterial grado 2 y predominio de estilos de vida saludables. (22)

3.1.2. A nivel nacional

Travezaño y Valladares (2023), en su investigación “Estilos de vida y la hipertensión arterial en adultos mayores, Hospital Román Egoavil Pando, Villa Rica, Pasco 2021”, a fin de determinar la correspondencia existente entre las variables, es una indagación básico, cuantitativo, no experimental, de nivel correlacional y cuantitativa; el tamaño muestral fue de 64 personas adultas mayores a las que se les aplicaron los

cuestionarios respectivos y las fichas para la hipertensión arterial. Las aproximaciones resultantes mostraron que los estilos de vida de los adultos mayores, es poco saludable en un 39,1% y en un 26,6% es saludable; además, el 21,9% padece de hipertensión arterial alta, el 43,8% realiza actividad física saludable, el 39,1% refiere un manejo poco saludable del estrés, el 40,6% de esta población tiene hábitos nocivos. Se puso concluir que el estilo de vida en personas mayores no es saludable y su alimentación, pero a pesar de ello se evidenció una hipertensión arterial de grado leve debido a que en mayor proporción realizan actividades físicas (23).

Nacarino (2023), en su investigación “Estilo de vida y adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en consultorio de geriatría. Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima-2023” a fin de determinar la correspondencia entre las variables, es un estudio cuantitativo, analítico, con prospección y observación. Se refirió a 321 pacientes geriátricos, diagnosticados con esta condición, el tamaño muestral fue de 158 adultos. Las aproximaciones resultantes muestran que los estilos de vida medianamente saludables significaron un 46,2%; con una adherencia de 63,3% representaron un índice alto. Del análisis de ambas variables, se determinó la correspondencia de ambas variables, aceptando la hipótesis, no se observó vínculo alguno entre la adherencia a los tratamientos y los estilos de vida. (24)

Ramírez (2019), en su tesis “Estilos de vida en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en el servicio del adulto mayor en el hospital de San Juan de Lurigancho en el periodo de junio a noviembre del 2018”, realizado en Lima, a fin de realizar un análisis de los estilos de vida en pacientes hipertensos que se atienden en un nosocomio. Se aplicó un cuestionario a 73 pacientes, en el que se indagó sobre sus actividades de ejercicio, alimentación, ingesta de alcohol y la prevalencia de los tratamientos con fármacos. Las aproximaciones resultantes demuestran que un 23.3% no realizaba ejercicio, el 11% lo hacía mensualmente, el 60.3% semanalmente y el 5.5%

diariamente. Entre los tipos de ejercicio más practicados estaban correr (20.5%), caminar (26%), usar bicicleta (19.2%) y nadar (13.7%). Respecto a la ingesta de sal, el 15.1% consumen sal en demasía, el 27.4% una cantidad regular, el 39.7% poca sal y el 17.8% no consumía sal. En cuanto a las medicaciones, el 62% de los pacientes tomaba su medicación diariamente y el 38% no lo hacía. Por último, sobre el consumo de alcohol, el 13.7% de los pacientes no consumen bebidas alcohólicas, el 6.8% lo hacía a diario, el 23.3% semanal y el 56.2% mensual. Se puede concluir que esta población tiene estilos de vida adecuados para su enfermedad, con nutrición balanceadas y ejercicios regulares, esto mejora sus condiciones de vida. (25)

Puican (2019), en su investigación “Estilos de vida en pacientes ancianos con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud de Surco, 2019” llevado a cabo en Lima, cuya finalidad fue conocer los hábitos de vida de los adultos mayores con hipertensión que reciben atención en el mencionado hospital; la investigación fue descriptiva, transversal, con observación y prospección. El tamaño muestral fue de 120 ancianos con hipertensión, seleccionados mediante el cuestionario de Pender. Las aproximaciones resultantes muestran que el estilo de vida en esta población es mayoritariamente no saludable (60.8%), mientras que solo el 39.2% tiene un estilo saludable. Por dimensiones, se encontró que la nutrición (59.2%), el ejercicio (94.2%), responsabilidades saludables (70%) además del manejo de la presencia de estrés (90%) son las áreas más deficitarias, con predominio de estilos no saludables. Por el contrario, el apoyo interpersonal (54.2%) y la autorrealización (60%) son las áreas más fortalecidas, con predominio de estilos saludables. Se concluyó que los hábitos de vida relacionados con la gestión del estrés no fue saludable del mismo modo en cuando al ejercicio y la nutrición. (26)

3.1.3. A nivel regional y local

Pacheco y Llano (2023), en su estudio “Hipertensión arterial y estilos de vida en adultos mayores que acuden al servicio de emergencias del Hospital Regional Guillermo

Díaz de la Vega Abancay 2023 llevado a cabo en Abancay-Apurímac”, con el objetivo de determinar la relación entre la hipertensión arterial y los hábitos de vida en personas mayores. Este estudio es de tipo aplicado, con un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, transversal y correlacional-descriptivo. Los resultados mostraron que el 66,33% (65) de los pacientes presenta presión arterial dentro de los niveles normales, mientras que el 33,7% (33) tiene hipertensión arterial de grado moderado. En lo que respecta a los hábitos de vida, se observó que el 85,71% (84) de los pacientes sigue un estilo de vida desorganizado, mientras que el 14,29% (14) mantiene un estilo de vida muy organizado. Referente a la responsabilidad en salud, el 71,4% tuvo un nivel bajo, en la dimensión ejercicios el nivel fue bajo en el 85,7%, una tendencia similar se obtuvo en la nutrición y el manejo de estrés (85,71%), por último, el 75,5% se encontró en un nivel medio. Por otro lado, se halló una conexión entre la hipertensión y los hábitos de vida de los pacientes ($\text{sig.}=0.000$, $r=0.573$). Del mismo modo, se encontró asociación con la responsabilidad en salud ($\text{sig.}=0.000$, $r=0.411$), ejercicios ($\text{sig.}=0.000$, $r=0.573$), esta tendencia fue similar en la nutrición y estrés, mientras que en cuanto a las sustancias nocivas no se encontró ninguna asociación. En conclusión, existe asociación entre la hipertensión y los estilos de vida de los pacientes. (27)

Arias (2023), en su tesis “Factores predisponentes de la hipertensión arterial en pacientes que acuden al servicio de emergencia del hospital sub regional, Andahuaylas-Apurímac 2019” a fin de determinar la correspondencia de los aspectos que predisponen la hipertensión arterial en los pacientes tratados en el hospital referido. Es una investigación analítica, de casos controles, con retrospectiva. Se empleó la observación, los datos fueron recabados por medio de una ficha documental, el tamaño muestral fue de 136 historias clínicas. Las aproximaciones resultantes muestran que un 55.9% de los pacientes padecen de hipertensión severa, la sintomatología se caracteriza por cefaleas en un 73,5%, problemas visuales en un 8,8%; los aspectos que predisponen esta condición son el ser mujer con un 69,9%, ser adulto mayor en un 62,5%, las condiciones

familiares en 70,6%, el incremento de peso en un 66,2%, el consumo excesivo de sal en un 48,5% y grasas en 55,9%, las bebidas alcohólicas y el tabaquismo, representan un 26,5% y 41,2% respectivamente, además el no practicar ejercicios físicos en un 76.5%. La conclusión del estudio, según lo expuesto, es que existe una fuerte relación entre ambas variables. (28)

Torres et al. (2022), en su tesis “Factores de riesgos y presencia de hipertensión arterial de pacientes adultos atendidos en el servicio de emergencia del hospital regional Guillermo Díaz de la Vega; Apurímac – 2021”; realizada con el objeto de establecer la correspondencia entre las variables. Es una indagación descriptiva, con un tamaño muestral de 65 pacientes, la técnica empleada fue la encuesta mediante la aplicación de un cuestionario. Las aproximaciones estadísticas resultantes demuestran que un 69.2% tiene factores de riesgo, un 21.5% requieren de más exámenes y un 9.2% no presenta factor riesgoso alguno, sólo el 16.9% no padece de hipertensión arterial. Se concluye que existe una conexión entre ambas variables. (29)

3.2. Bases teóricas

3.2.1. Hipertensión arterial

a. Definición

La presión arterial se describe como la fuerza que la sangre ejerce sobre las paredes de los vasos sanguíneos, debido al bombeo del corazón, el volumen sanguíneo, la resistencia de las arterias al paso de la sangre. (30)

La hipertensión arterial es una condición en la que los vasos sanguíneos mantienen una presión elevada de forma continua. La sangre fluye partiendo del corazón hacia todo el cuerpo mediante los vasos sanguíneos, y con cada latido, el corazón impulsa la sangre hacia ellos. La presión arterial se genera por la fuerza que la sangre ejerce contra las paredes de los vasos cuando el corazón bombea (36). Además, se

considera una afección médica seria que puede incrementar el riesgo de desarrollar padecimientos cardiovasculares, cerebrales y renales. (31)

La hipertensión arterial es un padecimiento crónico no transmisible y con potencial para ser fatal, que frecuentemente pasa desapercibida en sus primeras etapas. Esta afección, de causa multifactorial, se diagnostica cuando los valores de presión arterial llegan o superan los 140/90 mmHg. (32)

3.2.2. Fisiopatología

La presión arterial está referida a la fuerza sanguínea en el medio arterial, y se calcula multiplicando dos factores: el flujo sanguíneo que sale del corazón además de la resistencia ofrecida por la arteria. El flujo de sangre depende de la capacidad de contracción muscular cardíaco y del volumen de sangre que hay en el tórax. La frecuencia cardíaca influye poco en el flujo de sangre, salvo que sea muy alta o muy baja. Por otro lado, la resistencia de las arterias depende del grado de contracción o relajación de las mismas y de las propiedades de la pared arterial. (33)

Durante la sístole ventricular, el corazón bombea sangre hacia el árbol arterial, creando un flujo pulsátil que ejerce presión en las paredes arteriales. Sin embargo, la aorta y las grandes arterias tienen la capacidad de distenderse y almacenar parte de la sangre que reciben en esta fase, para luego liberarla durante la diástole. De esta manera, se mantiene un flujo sanguíneo arterial constante, incluso cuando el corazón no está contrayéndose. (34)

3.2.3. Factores de riesgo y/o causas

La hipertensión arterial presenta riesgos entre ellos las dietas poco saludables, como el consumo excesivo de sal, la ingesta elevada de grasas saturadas y trans, y la escasez de frutas y verduras en la alimentación. También influyen la falta de actividad física, el tabaquismo, el consumo de alcohol y el sobrepeso o la obesidad, así como ciertos factores ambientales, se pueden identificar a la contaminación del aire que

también incrementa el riesgo de desarrollar hipertensión y enfermedades relacionadas. Por otro lado, entre los determinantes de riesgo no modificables se añaden los antecedentes familiares de hipertensión, la edad y la presencia de otras enfermedades, como la diabetes o las enfermedades renales (35). En síntesis, los factores de riesgo se catalogan en:

a. Factores de riesgo no modificables

- Edad
- Sexo
- Antecedentes familiares

b. Factores de riesgos modificables

- Diabetes
- Tabaquismo
- Sedentarismo
- Obesidad
- Hipertrofia ventricular izquierdo
- Triglicéridos (36)

La hipertensión se considera el principal factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares. Los factores de riesgo identificados incluyen una dieta alta en sodio, el consumo de alcohol, la falta de actividad física y factores socioeconómicos, por lo que se debe reducir estos factores mediante políticas públicas puede disminuir las tasas de hipertensión y sus complicaciones asociadas. (37)

La obesidad, el consumo de sal, y el tabaquismo se consideran determinantes de riesgo claves, pues se asocian estos factores y las tasas elevadas de accidentes

cerebrovasculares y enfermedades cardíacas, lo que resalta la necesidad de políticas efectivas de salud pública para mejorar la conciencia y el control de estos riesgos. (38)

Por otra parte, los determinantes de riesgo son la genética, el estrés, y la alta ingesta de sodio. Los autores sugieren que la interacción entre estos factores y el sistema nervioso simpático es fundamental para entender el desarrollo de la hipertensión, y que el control de estos factores de riesgo puede ser clave en la prevención de la hipertensión en poblaciones en riesgo. (39)

Las causas de la hipertensión pueden dividirse en primarias y secundarias. Las causas primarias están asociadas con factores de estilo de vida, como el consumo de sal, obesidad y sedentarismo. Las causas secundarias incluyen condiciones médicas específicas, como enfermedades renales y endocrinas, que directamente afectan la presión arterial. (40)

La hipertensión puede resultar de factores tanto hereditarios como ambientales. Mencionan que la dieta, la actividad física, el consumo de alcohol, y el estrés son factores clave que pueden desencadenar o agravar la hipertensión en individuos genéticamente predispuestos. También sugieren que factores sociales y económicos contribuyen a las disparidades en la incidencia de hipertensión. (41)

3.2.4. Condiciones de la hipertensión arterial

La hipertensión se considera el principal factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares es una condición crónica multifactorial que implica riesgos serios para el sistema cardiovascular, incluyendo la arteriosclerosis y la insuficiencia cardíaca. La hipertensión puede desencadenar complicaciones como el infarto de miocardio y el derrame cerebral. (42)

La hipertensión arterial es una condición demasiado riesgosa para algunas poblaciones. Sin embargo, muchas veces pasa desapercibida porque no produce

síntomas evidentes. Solo cuando la hipertensión arterial se prolonga por mucho tiempo o se eleva de forma brusca, puede causar problemas como insuficiencia cardíaca, daño renal, alteraciones visuales, accidentes cerebrovasculares. Por esa razón, es fundamental el controlar esta condición periódicamente y cumplir con las recomendaciones del personal de salud para prevenir o controlar la hipertensión arterial. La cronología de la enfermedad es variable, dependiendo de factores genéticos, ambientales y personales, pero en general se considera que cuanto más temprano se detecta y se trata, mejor es el pronóstico y menor el riesgo de complicaciones. (43)

Asimismo, la hipertensión como una afección médica que impacta diversos sistemas del cuerpo, incluyendo los sistemas cardiovasculares, renal y nervioso; se resalta que las complicaciones de la hipertensión, como la insuficiencia renal crónica y la hipertrofia ventricular izquierda, son comunes y a menudo pasan desapercibidas hasta fases avanzadas, lo que hace fundamental el monitoreo y control de la presión arterial para prevenir estos daños a largo plazo. (44)

Por otro lado, la hipertensión, particularmente en personas con diabetes tipo 2, aumenta considerablemente el riesgo de enfermedades cardiovasculares y insuficiencia renal; por lo tanto, el control riguroso de la presión arterial puede disminuir el riesgo de problemas cardiovasculares y renales, resaltando la importancia de tratamientos personalizados en individuos con hipertensión y comorbilidades. (45)

El consumo desmedido de bebidas alcohólicas es un factor que agrava la hipertensión, incrementando el peligro de afecciones cardiovasculares; por lo tanto, reducir el consumo de alcohol es crucial para regular la presión arterial y reducir las complicaciones asociadas. (46)

3.2.5. Cuadro clínico

a) Signos

La hipertensión arterial es una afección conocida como “el asesino silencioso”, ya que se presenta como un trastorno médico sin síntomas claros, provocando un daño gradual al corazón, los vasos sanguíneos, los riñones y el cerebro si no se diagnostica ni se trata a tiempo. La mayoría de las personas que sufren de esta afección no muestran síntomas específicos y, por lo general, su diagnóstico se efectúa durante exámenes médicos de rutina. (47)

b) Síntomas

- Dolor intenso de la cabeza
- Dolor de pecho
- Mareos
- Dificultad para respirar
- Náuseas
- Vómitos
- Visión borrosa
- Confusión. (36)

3.2.4 Diagnóstico de la hipertensión

Para el diagnóstico de la hipertensión arterial, es fundamental que la historia clínica del paciente sea revisada minuciosamente con el objetivo de obtener información sobre familiares cercanos o profesionales de la salud que lo hayan atendido previamente; la información que se busca se relaciona principalmente con:

- Antecedentes familiares
- Condición socioeconómica, cultural y laboral
- Hábitos higiénicos – dietéticos

- Historial de episodios cardiovasculares como ataques isquémicos transitorios, derrames cerebrales, angina de pecho, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad renal crónica, entre otros. (44)

La medida de presión arterial se realiza a través del tensiómetro, que consiste en colocar el brazalete alrededor del brazo y se infla con la finalidad de que se compriman los vasos sanguíneos y de ese modo se puede medir la presión con precisión, el procedimiento indica que los pacientes deben mantenerse sentados con la espalda erguida, los pies apoyados en el suelo y las piernas sin cruzar, luego se deben realizar al menos dos medidas entre tiempos de 1 a 2 minutos. (48)

Se diagnostica hipertensión arterial cuando la presión sistólica es ≥ 140 mmHg y la presión diastólica es ≥ 90 mmHg tras varias mediciones. (49)

Si se diagnostica presión arterial elevada, el personal de salud puede sugerir exámenes para identificar la causa, tales como:

Control ambulatorio: Se lleva a cabo el monitoreo de la presión arterial para verificar los niveles en intervalos regulares durante 6 o 24 horas. Esto se conoce como monitoreo ambulatorio de la presión arterial y puede realizarse mediante un pequeño dispositivo digital para medir la presión. En la práctica clínica, se solicita al paciente que utilice este equipo tanto dentro como fuera del hospital, en ambientes interiores y exteriores, y sus principales indicaciones incluyen el diagnóstico y la evaluación de hipertensión resistente al tratamiento y el monitoreo de la efectividad del tratamiento antihipertensivo. (50)

Pruebas de laboratorio: Se efectúan estudios de sangre y orina para identificar condiciones que provocan o agravan la hipertensión. Asimismo, se realizan evaluaciones para monitorear los niveles de colesterol, glucosa y otras pruebas complementarias, tales como:

- Hemograma: Analiza las células de la sangre con el propósito de identificar anemia, que pueden incidir en la presión arterial.
- Glucemia basal y hemoglobina glicosada: Se realiza con la finalidad de detectar diabetes o modificaciones en el metabolismo de la glucosa.
- Creatinina sérica y FGe (filtrado glomerular estimado): Se realiza con la finalidad de evaluar la función renal, dado que la insuficiencia renal puede ser tanto causa como consecuencia de la hipertensión.
- Sodio y potasio séricos: Se realiza con la finalidad de detectar alteraciones electrolíticas que pueden relacionarse con la hipertensión arterial o el uso de medicamentos antihipertensivos.
- Perfil lipídico - Colesterol total, HDL colesterol, LDL colesterol y triglicéridos séricos: Evalúa el riesgo cardiovascular asociado a dislipidemias, esto es común en pacientes con hipertensión arterial.
- Análisis de orina (albúmina/creatinina): Identifica daño renal temprano, proteinuria o alteraciones urinarias que indican enfermedad renal asociada a la hipertensión arterial. (34)

3.2.6. Clasificación de la Hipertensión Arterial

a. Prehipertensión

La prehipertensión es definida por la presión arterial sistólica de 120-139mmHg y presión arterial diastólica de 80-89mmHg.(51)

b. HTA estadio 1

En este primer estadio, se caracteriza por la fluctuación más frecuente de la presión arterial sistólica, no tiene signos de hipertrofia ventricular; el estadio 1 de la hipertensión arterial se caracteriza por tener un índice 140 - 159mmHg sistólica, y de 90 y 99mmHg diastólica (44).

c. HTA estadio 2

En esta etapa, ocurre la hipertrofia ventricular izquierda, retinopatía de grado II, proteinuria y/o elevación de la creatinina plasmática (≥ 160 - 179 mmHg sistólica y ≥ 100 - 109 mmHg diastólica); la presión arterial alta moderada a severa se clasifica como hipertensión arterial en etapa 2. Esta condición puede causar efectos negativos en el medio cardiaco, sistema vascular y el medio renal si no se trata adecuadamente (44).

3.2.7. Tratamiento

El tratamiento de la hipertensión incluye tanto el uso de medicamentos, como los betabloqueantes, como la implementación de cambios en el estilo de vida. Estos cambios abarcan llevar una dieta equilibrada, evitar sustancias nocivas, y realizar ejercicios. (34)

El tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial consiste en administrar medicamentos específicos para disminuir y mantener la presión arterial en niveles apropiados, con el propósito de prevenir complicaciones cardiovasculares. Entre las principales opciones terapéuticas se incluyen los diuréticos, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, los antagonistas de los receptores de angiotensina II y los betabloqueantes. (52).

Diuréticos: Son fármacos con buena tolerancia, con escasos efectos metabólicos negativos a las dosis necesarias y efectos positivos en la incidencia de enfermedades cerebrovasculares. Constituyen el pilar fundamental de la terapia antihipertensiva en la mayoría de los regímenes terapéuticos. (55)

- **Inhibidores de Enzima Convertidora de Angiotensina:** Reducen la síntesis de angiotensina II, reducen la actividad del sistema nervioso simpático y aumentan los niveles de bradicinina. Han demostrado beneficios claros al ralentizar la progresión de la enfermedad renal crónica y ejercer un efecto significativo en el manejo de la insuficiencia cardíaca progresiva, reduciendo tanto su morbilidad como su mortalidad (53) .

- **Beta bloqueadores:** Existen numerosas pruebas que respaldan el uso de los beta bloqueadores, especialmente en pacientes hipertensos con enfermedades cardíacas isquémicas (como angina de pecho e infarto de miocardio), insuficiencia cardíaca, taquiarritmias, taquicardia en reposo y taquicardia excesiva en escenarios de estrés físico o emocional (53).
- **Antagonistas de Receptores Angiotensina II:** Los antagonistas de los receptores de angiotensina bloquean el sistema renina-angiotensina sin estimular la bradicinina, un vasodilatador asociado con la tos inducida por la enzima convertidora de angiotensina (53).

3.2.8. Prevención

Para prevenir y tratar la hipertensión arterial, es esencial adoptar hábitos saludables como una alimentación balanceada, rica en nutrientes vegetales y baja en sodio, grasas saturadas y alcohol. También se recomienda practicar ejercicio físico regularmente, mantener un peso saludable, evitar el tabaquismo y controlar el estrés. Nutrientes como el calcio, magnesio, proteínas, vitamina D y fibra ayudan a mejorar la presión arterial al relajar los vasos sanguíneos y promover la eliminación de sodio y la función renal. La dieta mediterránea, que posee estas características, es efectiva para disminuir la hipertensión y mejorar la salud cardiovascular, contribuyendo a una mejor calidad de vida en personas con esta condición. (54)

Esta condición es crónica que necesita un tratamiento continuo y un seguimiento médico; sin embargo, hay algunas medidas beneficiosas para la reducción de la presión arterial y a prevenir las complicaciones asociadas a esta enfermedad, algunas de estas medidas son las siguientes (55):

- Llevar un control de la presión arterial en el caso de pertenecer al grupo etario mayor a 40 años o precedentes de esta condición en la familia.

- Disminuir la ingesta de sal y aquellos productos que contengan niveles elevados de sodio.
- La disminución de ingesta de sal y aquellos alimentos con altos contenidos de Na.
- Preferir una alimentación balanceada, con generosas cantidades de vegetales, legumbres, frutas y fibras.
- Evitar el consumo excesivo de grasas animales, alimentos procesados y fritos.
- Abstenerse de fumar y alejarse de los ambientes con humo de tabaco.
- No consumir bebidas alcohólicas.
- Llevar un control del colesterol, glucosa y ácido úrico, que pueden agravar la hipertensión y el riesgo cardiovascular.

3.2.9. Estilos de vida

Es la conjunción de las prácticas y preferencias que caracterizan a los sujetos con ciertos rasgos culturales, sociales y económicos; pone en evidencia las formas en que estas personas se relacionan con su entorno, cómo utilizan su tiempo y sus recursos, qué valores y actitudes guían sus decisiones y cómo se expresan por medio de su comportamiento; el estilo de vida no es algo estático, sino que se adapta a las transformaciones producto de las dinámicas sociales y en las circunstancias personales de cada individuo; el estilo de vida es, por tanto, una manifestación de la identidad personal y colectiva de un grupo social. (56).

Son los parámetros colectivos conductuales dependientes en gran medida de la estructura social. La epidemiología también ha utilizado mucho la noción de estilo de vida y salud, aunque en un enfoque, vinculándola a las decisiones racionales que toman las personas y que pueden afectar negativamente a su salud. (57)

Para mejorar nuestra salud y bienestar, no basta con seguir unas normas impuestas por otros, sino que debemos adoptar una “filosofía de vida” que nos permita

cambiar voluntariamente nuestros hábitos nocivos por otros más beneficiosos. Esto implica alimentarnos de forma equilibrada, hacer ejercicio regularmente, afrontar los problemas con optimismo, abandonar el tabaco, valorarnos a nosotros mismos y fomentar emociones y actitudes positivas. (58)

Para mejorar su salud y bienestar, el ser humano debe reflexionar sobre su estilo de vida y sus hábitos, y adoptar una actitud positiva y proactiva hacia el “cuidado integral de su cuerpo, mente y espíritu” en armonía con su entorno y su comunidad. El sistema psicofísico se adapta al cambio, y el cambio de actitud favorece el logro de su meta (59).

a. Estilos de vida saludable

Son aquellos que mantienen costumbres de vida que prevengan el padecimiento de patologías crónicas degenerativas y que permitan a los sujetos el desarrollo de las labores diarias con facilidad y sin problemas físicos o mentales. No existen estilos ideales, pero se puede lograr un equilibrio saludable tratando de cuidar las dietas, las actividades físicas, el descanso y un adecuado manejo del estrés. La vida saludable posee distintos hábitos que se centran en ejercicios físicos, alimentación, elementos psicosociales y espirituales, de esta forma los sujetos puedan desarrollar estilos de vida correctos, lo que debe ser parte de los derechos para que exista la mejoría de los medios de vida (65), se clasifica de la siguiente manera:

- La alimentación es la acción de ingerir un alimento, este es considerado como un desafío fundamental ya que es posible producir distintas transformaciones; actualmente por el ritmo de vida de los individuos, estas optaron dietas que no son beneficiosas para una adecuada nutrición; debido a que estos alimentos poseen una forma más sencilla de preparación. (60)
- Los ejercicios, son un gasto energético necesarios y saludables: es definida como la conjunción de actividades con fines motores, generando de esta manera un gasto calórico; por otro lado, en la actualidad los sujetos se caracterizan por el

sedentarismo, ya que se acostumbró a las facilidades tecnológicas y la recreación que le brindan las mismas, añadido a esto se encuentra el creciente consumo de “comida chatarra”. (60)

- La salud psicosocial es un aspecto clave en la salud integral de los sujetos. Implica tener una personalidad equilibrada, una gestión adecuada de las emociones y unas relaciones sociales satisfactorias. Para lograrlo, es fundamental adoptar un modo de vida saludable con prácticas como una dieta equilibrada, ejercicio regular y atención a la salud mental. (60)

b. Estilos de vida relacionado con la salud

El estilo de vida posee componentes que se relacionan con el bienestar y que estas ejercen influencia sobre ella, esta relación se caracteriza por poseer una naturaleza conductual observable, poseen persistencia y existe una asociación entre conductas. Los autores citan los siguientes factores (61):

- Conductas habituales: un bienestar adecuado se determina por sus hábitos cotidianos; entre ellos, la alimentación juega un papel clave; se sugiere mantener una alimentación balanceada y diversa, en función a las necesidades energéticas de los sujetos; así, se puede prevenir la obesidad y sus complicaciones, como la hipertensión, el colesterol alto, el ácido úrico elevado, la diabetes tipo II y afecciones cardíacas y vasculares.
- El entorno afectivo próximo: el entorno social influye mucho en la elección de nuestras prácticas cotidianas, y a menudo se adquieren en grupo conductas nocivas para el bienestar, así como la ingesta de bebidas alcohólicas y tabaco; asimismo, la alimentación depende del contexto social, económico y familiar.
- Aspectos sociales y económicos: la salud depende de varios factores socioeconómicos, como el ingreso, la pobreza y la educación; los individuos con menos recursos económicos y educativos tienen más riesgo de enfermarse que las que tienen más oportunidades. Por eso, es importante promover políticas

públicas que reduzcan las desigualdades sociales de esta forma exista una mejora en la vida de los sujetos.

- **Determinantes medioambientales:** el bienestar de los individuos es dependiente de elementos del entorno en el que viven; por eso, cuando el medio ambiente se deteriora, aumentan los problemas de salud. El entorno físico de residencia es un factor clave para estudiar los hábitos diarios y la salud de los sujetos, ya que influye en su bienestar.

3.2.10. Dimensiones de los estilos de vida

a. Responsabilidad en la salud.

Se relaciona con las particularidades de los estilos de vida que fomentan la adopción de hábitos responsables hacia el cuidado de la salud (16). De acuerdo con la OMS, esto abarca las tareas diarias destinadas a fomentar el bienestar y evitar el desarrollo de enfermedades. (62)

Por lo tanto, mantener un alto nivel de responsabilidad en salud puede traducirse en conductas, hábitos y factores preventivos que influyen en las acciones, palabras o pensamientos del paciente, generando como resultado una mejora en su estado de salud o la prevención de enfermedades. En contraste, un estilo de vida asociado al riesgo implica patrones de conducta o hábitos inadecuados que, a mediano y largo plazo, resultan en un deterioro progresivo de su estado de salud. (63)

Tomar a la responsabilidad en la salud como una forma de estilo de vida, sobre todo en la etapa adulta conlleva que se incorpore de manera constante, tanto hábitos como conductas que favorecen el bienestar tanto físico, como mental y social durante esta etapa. Esto incluye mantener una alimentación equilibrada, realizar actividad física regular, participar en actividades sociales y recreativas, y gestionar adecuadamente el estrés. Asumir esta responsabilidad permite a los adultos mayores tomar decisiones informadas y proactivas para mejorar su calidad de vida y prevenir padecimientos (3).

b. Ejercicio

El ejercicio se refiere a cualquier actividad física realizada siguiendo un programa estructurado y de forma regular, con la finalidad de mantener o generar mejoras en la condición física, además se sugiere que estas actividades sean de baja intensidad y de larga duración, además se incluyen opciones de actividades como el caminar, bailar, nadar o hacer ciclismo. La duración sugerida es de 40 minutos, al menos 5 veces por semana. Este tipo de rutina contribuye a disminuir el riesgo de desarrollar complicaciones vasculares. (64)

En tanto, a medida que el cuerpo sufre envejecimiento, surgen una serie de transformaciones de índole fisiológico y morfológico que generan el deterioro de la vida, sobre todo desde la edad de 65 años y aunque este proceso es imparable, es posible que se desarrolle un conjunto de hábitos que influyen de manera positiva en el llamado envejecimiento activo y el ejercicio es parte de dichos hábitos; además el cuerpo envejecido es susceptible a padecimientos que tienden a limitar la cantidad de actividad que se puede realizar durante el día. (65)

Las actividades dinámicas mantienen el organismo activo y en buen estado, generando cambios positivos y beneficios para la salud (17). En los adultos mayores, la actividad física es esencial para reducir los impactos del envejecimiento. Practicar ejercicio de forma regular favorece la movilidad, mejora el equilibrio y fortalece la salud cardiovascular, contribuyendo a prevenir caídas y fomentar la independencia (66).

Finalmente, es importante considerar que la actividad física tiene un efecto positivo en el metabolismo, especialmente en la regulación de la presión arterial y la prevención del sobrepeso. Esto está respaldado por una serie de datos epidemiológicos que demuestran que el ejercicio vigoroso e intenso está estrechamente vinculado con un menor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, obesidad e hipertensión arterial; además diferentes investigaciones sustentan que el ejercicio físico constituye un

tratamiento eficaz sobre todo aquellos que van en contra de la resistencia y el entrenamiento cardiovascular, que además son eficaces contra la mortalidad y la discapacidad que se genera en ancianos, ya que permiten que se mantenga la masa muscular, el incremento de la fuerza, la funcionalidad y el estado cognitivo; además favorecen el metabolismo de los carbohidratos y la salud cardiovascular; es por ello que, niveles bajos de condición física actúan como un factor de riesgo cardiovascular importante, incluso en comparación con los factores tradicionales como la hipertensión, el colesterol elevado, el tabaquismo, el sobrepeso o la obesidad, siendo su impacto comparable al de la edad. (67)

c. Nutrición

La nutrición se encarga de analizar los procesos relacionados con la digestión de alimentos y bebidas, así como la absorción, metabolismo, utilización y funciones de los nutrientes. Hoy en día, la nutrición es considerada como un vínculo que une la alimentación y la salud; ya que, una alimentación adecuada considera un régimen equilibrado que incluye diferentes alimentos que se consumen a lo largo del día; esta dieta tiene la finalidad de que se proporcione, nutrientes esenciales como proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales y agua, indispensables para que se mantenga una correcta funcionalidad en el organismo (68).

La nutrición se describe como la disciplina que estudia cómo el cuerpo aprovecha la energía de los alimentos para sostenerse y crecer. Además, incluye los procesos de ingestión, digestión, absorción, transporte, utilización y eliminación de los nutrientes vitales para la vida, así como su vínculo con la salud y las enfermedades. Según otros autores, la nutrición va más allá del simple acto de comer; es un sistema complejo que abarca aspectos sociales y celulares, y se conceptualiza como el grupo de procesos a través de los cuales el cuerpo obtiene, emplea y expulsa las sustancias nutritivas esenciales para su funcionamiento. (69)

Nutrientes: Son sustancias químicas que se localizan en los alimentos, como proteínas, grasas, carbohidratos, vitaminas y minerales, que el cuerpo utiliza para crecer y funcionar (70).

Para que el organismo obtenga energía de estos nutrientes, deben ocurrir dos procesos fundamentales: la digestión y la absorción. Cuando son absorbidos, los nutrientes son trasladados por la sangre hacia las células, donde son aprovechados. Se clasifican en macronutrientes y micronutrientes; los nutrientes esenciales son aquellos que el organismo no puede fabricar y deben obtenerse a través de la alimentación, mientras que los no esenciales son generados por el propio organismo (71).

➤ **Macronutrientes:** Los macronutrientes son los compuestos que el cuerpo humano requiere en mayores proporciones, incluyendo carbohidratos, proteínas y grasas. Estos nutrientes representan los componentes fundamentales de los tejidos y conforman la mayor parte de la ingesta calórica diaria, actuando como la fuente primaria de energía para el cuerpo. (72)

- **Carbohidratos:** Los carbohidratos se clasifican en dos categorías según su estructura molecular: carbohidratos simples y carbohidratos complejos.

- **Hidratos de carbono simples:** Incluye compuestos orgánicos como la fructosa (proveniente de las frutas) y la sacarosa (relacionada principalmente con el azúcar de mesa), que son moléculas pequeñas que el cuerpo logra metabolizar y son absorbidas de manera rápida, sirviendo como una fuente inmediata de energía; además logran elevar los niveles de glucosa en la sangre y se hallan especialmente en frutas, lácteos, miel y jarabe de arce, su función en estas es aportar el dulce característico de caramelos y pasteles. (73)

- **Hidratos de carbono complejos:** Los carbohidratos denominados complejos, están conformados por cadenas de carbohidratos simples; estos se deben descomponer antes de ser absorbidos, lo que proporciona energía al cuerpo de manera más lenta en comparación con los simples. Debido a su digestión más pausada, se presenta menor probabilidad de que estos se conviertan en grasa y se produce un aumento progresivo en los niveles de glucosa en la sangre. Ejemplos de carbohidratos complejos son los almidones y las fibras que se encuentran en alimentos como panes, pastas, cereales, frijoles y tubérculos como las papas y camotes. (72)

- **Proteínas:** Las proteínas están compuestas por aminoácidos que se organizan en largas cadenas. Su estructura molecular compleja requiere más tiempo para ser descompuesta por el organismo, lo que las convierte en una fuente de energía más lenta y sostenida en comparación con los carbohidratos. (72)
- **Grasas:** Las grasas, formadas por ácidos grasos y glicerol, son esenciales para el crecimiento, la producción de energía y la síntesis de hormonas y compuestos como las prostaglandinas, fundamentales para diversas funciones del organismo. (72)
- **Micronutrientes:** Son elementos de la dieta que, aunque no aportan una cantidad significativa de calorías, son esenciales para diversas funciones vitales. Entre ellos se encuentran las vitaminas, tanto liposolubles como hidrosolubles, y los minerales. (71)
- **Vitamina C:** La vitamina C tiene la capacidad de fortalecer las defensas antimicrobianas del cuerpo, protegiendo la piel, también fortalece las barreras inmunológicas al estimular la producción de linfocitos T, el desarrollo de linfocitos B y la generación de anticuerpos. (74)

- **Vitamina D:** Esta vitamina desempeña un papel crucial en los tres niveles del sistema inmunológico; ayuda a que se mantenga la integridad estructural y funcional de la piel, las mucosas, y las barreras intestinales y pulmonares; además mejora la función de las células inmunitarias que están presentes desde el nacimiento o las que son ingeridas ya que estimulan la producción de células (75).
- **Zinc:** Este se conoce como aquel segundo mineral traza que es abundante en el organismo después propiedades antioxidantes que reducen el estrés oxidativo. También desempeña un papel inmunoregulador y antiviral, apoyando la respuesta inmune innata y adaptativa, favoreciendo la maduración de células inmunitarias, regulando la inflamación y promoviendo la producción de anticuerpos. (73)

Alimentación saludable en adultos mayores

En los adultos mayores pueden presentarse deficiencias de nutrientes como calcio, ácido fólico, hierro y tiamina, entre otros, debido a una alimentación inadecuada, enfermedades, complicaciones de salud o cambios propios del proceso de envejecimiento. Por ello, es fundamental garantizar la inclusión de todos los grupos alimenticios en las tres comidas principales del día (76). Para conservarse en buen estado de salud, debe:

- Ingerir alimentos que proporcionen nutrientes esenciales sin un alto contenido calórico, como frutas y verduras, cereales integrales (avena, pan y arroz integral), lácteos bajos en grasa, o alternativas como leche de arroz o soya fortificadas con vitamina D y calcio. También se sugiere incorporar mariscos, pescados, aves, carnes magras, huevos, frijoles, nueces y semillas.

- Se deben evitar los alimentos con calorías vacías, que son aquellos ricos en calorías, pero pobres en nutrientes, como los dulces, papas fritas, productos de repostería, bebidas azucaradas y el alcohol.
 - Optar por alimentos bajos en colesterol y grasas, evitando principalmente las grasas saturadas y trans; las grasas saturadas provienen principalmente de fuentes animales, mientras que las grasas trans se encuentran en productos procesados como margarinas y grasas utilizadas en alimentos industrializados.
- (77)

d. Manejo de estrés

El estrés se describe como un estado de tensión o preocupación mental provocado por circunstancias desafiantes. Es una respuesta natural frente a amenazas u otros estímulos, y está presente en cierto grado en todas las personas. Sin embargo, el impacto que tiene en nuestro bienestar depende de cómo lo gestionemos. (78)

El estrés consiste en una serie de respuestas físicas y emocionales del cuerpo ante situaciones que demandan una reacción inmediata (79). En los adultos mayores, el estrés puede tener un impacto negativo significativo, ya que enfrentan desafíos como la jubilación y el aislamiento social, lo que puede impactar su calidad de vida. Por ello, es fundamental ofrecerles orientación sobre terapias efectivas para su manejo. (80)

Las condiciones de vida, sobre todo en pacientes adultos mayores pueden generar estados de estrés crónico, y ello puede ser provocado por factores como, el estar solo, problemas financieros, situación de desempleo, falta de liquidez, conflictos en la familia, situaciones de abuso o maltrato, sentimientos de inutilidad, inseguridad, violencia, dependencia y pérdida de capacidades o autonomía, entre otros; además es posible que este estado de ansiedad y estrés dificulte el control de la presión arterial y

desafortunadamente, estos factores son conocidos por la dificultad que conllevan modificarlos a corto plazo y se escapan, en gran medida, de las acciones de atención primaria; por lo que, tanto la depresión y la ansiedad se relacionan directamente con la hipertensión arterial y el control de los niveles de presión arterial en personas que padecen esta condición y estas afecciones son especialmente comunes en adultos mayores, particularmente en aquellos que se encuentran en un estado de fragilidad. (5)

El manejo de padecimientos como el estrés, implica que se tengan que usar diferentes estrategias y técnicas que se orientan a disminuir y controlar los niveles del estrés, sobre todo en adultos mayores; estas estrategias pueden incluir la práctica de la actividad física, técnicas de relajación, fortalecimiento del apoyo social y el ajuste del estilo de vida que se lleva; todo ello se realiza con el propósito de promover el bienestar físico y mental en esta población. Entre los métodos empleados para gestionar el estrés se encuentran los siguientes (81):

- Adquirir habilidades como la resolución de problemas, priorizar las tareas más importantes y administrar el tiempo de manera eficiente.
- Fortalecer la habilidad para afrontar las adversidades que surgen en la vida.
- Practicar técnicas de relajación.
- Fortalecer los vínculos personales. (78)

e. Consumo de tabaco

La nicotina, un alcaloide presente en la planta del tabaco (*Nicotiana tabacum*), es el principal compuesto responsable de la adicción en los productos derivados del tabaco. Su consumo activa los receptores nicotínicos de acetilcolina en el sistema nervioso central, generando efectos estimulantes que fortalecen la dependencia. Asimismo, la nicotina está vinculada al desarrollo de enfermedades cardiovasculares y respiratorias (82).

La nicotina presente en los cigarrillos, se le conoce por ser potencialmente adictiva y su consumo representa uno de los importantes determinantes de riesgo que promueven el padecimiento de enfermedades cardiovasculares y respiratorias; además fumar contribuye a que se desarrollen enfermedades en los pulmones como, bronquitis crónica, enfisema y además empeora los síntomas de asma, sobre todo en adultos; también, incrementa significativamente el riesgo de padecer afecciones cardíacas, como ataques cardiacos o cerebrales, enfermedades vasculares y aneurismas. (83)

El hábito de fumar puede elevar la presión arterial y causar daños en los vasos sanguíneos, lo que favorece la aparición de hipertensión. Abandonar el consumo de tabaco mejora la salud cardíaca y contribuye a la prevención de enfermedades cardiovasculares (84). Las investigaciones indican que el hábito de fumar tiende a disminuirse con la edad. No obstante, la proporción de fumadores mayores de 45 años permanece constante, y un porcentaje considerable de adultos mayores declara ser fumador activo (85).

El tabaquismo, tanto activo como pasivo, está claramente vinculado con un mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares, la nicotina desempeña un papel central en el daño endotelial, favoreciendo la progresión de diversas enfermedades. En particular, la nicotina estimula el sistema nervioso simpático, lo que provoca un aumento transitorio de la presión arterial y la frecuencia cardíaca, incrementando la carga y el estrés sobre el corazón. (86).

El tabaquismo en adultos mayores representa graves riesgos para la salud, como deterioro cognitivo, demencia, osteoporosis, depresión. También reduce la esperanza y calidad de vida, impactando negativamente su autonomía e interacción social (87). La prevención del tabaquismo en adultos mayores requiere promover hábitos de vida saludables y aumentar la conciencia sobre las ventajas de no fumar. Además, es

fundamental brindar apoyo para dejar el hábito y protegerlos de la exposición al humo de segunda mano (88).

f. Consumo de alcohol

El alcohol es una sustancia psicoactiva con propiedades embriagantes que puede generar dependencia. La evidencia acumulada señala que su consumo implica riesgos para la salud, aunque la magnitud y las consecuencias varían entre los individuos. Factores como la cantidad ingerida, el patrón de consumo (especialmente beber hasta la embriaguez), el entorno en el que se consume y la calidad del alcohol, incluyendo posibles adulteraciones con sustancias tóxicas como el metanol, influyen en sus efectos sobre la salud. El consumo recurrente puede llevar al desarrollo de trastornos relacionados con el alcohol, como la dependencia (alcoholismo), caracterizada por la pérdida de control en su consumo, la priorización del alcohol sobre otros aspectos de la vida y cambios fisiológicos específicos. (89)

El consumo de alcohol está asociado con más de 200 enfermedades, incluida la hipertensión, y tiene un impacto tanto agudo como crónico en la presión arterial. En grandes cantidades, el alcohol puede disminuir la presión arterial durante las primeras 12 horas posteriores al consumo, pero provocarla un aumento después de las 13 horas. Asimismo, una ingesta elevada de alcohol incrementa la frecuencia cardíaca durante un periodo de 24 horas. (90)

3.3. Definición de términos

- a. Adulto mayor:** se considera adulto mayor a la etapa de la vida humana que empieza a partir de los 60 años de edad, cuyo proceso es diversificado dependiendo del ambiente de las personas. (91)
- b. Consumo de alcohol:** Cualquier consumo o mal uso de bebidas alcohólicas que cause daño al individuo, a la familia o a la sociedad. (92)

- c. Consumo de tabaco:** El tabaquismo, reconocido en el Manual de Diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana llamado DSM-IV, el cual señala que es una enfermedad crónica, se caracteriza por una dependencia triple: química, psicológica y social. Los fumadores experimentan ciclos de remisión y recaída debido a la fuerte adicción causada por la nicotina. (93)
- d. Ejercicio:** La actividad física que se practica con el fin de establecer la mejora del bienestar físico es conocido como ejercicio; se caracteriza por el desarrollo de movimientos del cuerpo que buscan mejorar la capacidad física, como hacer abdominales o correr. (90)
- e. Estilos de vida:** Los estilos de vida reflejan las elecciones personales que impactan la salud. Decisiones perjudiciales pueden aumentar el riesgo de enfermedades o muerte. (94)
- f. Hipertensión arterial:** Es una afección crónica de origen diverso, que se distingue por el aumento constante de la presión arterial, ya sea sistólica, diastólica o ambas, considerándose como una enfermedad y un factor de riesgo cardiovascular, los cuales se presenta en estadios como pre hipertensión, hipertensión arterial estadio 1, estadio 2; también se produce por factores genéticos, raza, sexo y edad (95).
- g. Hipertensión arterial aguda:** La hipertensión arterial aguda, o crisis hipertensiva; se distingue por un aumento repentino de la presión arterial a niveles críticos, lo que puede afectar órganos como el corazón, el cerebro y los riñones. Este tipo de hipertensión requiere tratamiento inmediato para evitar complicaciones graves. (95)
- h. HTA estadio 1:** En este primer estadio esta caracterizado por la variación de la presión arterial sistólica frecuentemente, no tiene signos de hipertrofia ventricular. (85)

- i. **HTA estadio 2:** En esta etapa se da la Hipertrofia ventricular izquierda. Retinopatía grado II. Proteinuria y/o aumento de creatinina plasmática. (85)
- j. **Manejo de estrés:** El manejo de estrés es la adecuada gestión emocional dependiendo de las circunstancias de la vida. (84)
- k. **Nutrición:** La nutrición es uno de los criterios moldeables fundamentales que impactan en la salud (53).
- l. **Pre hipertensión:** Se conoce como el principal indicador de riesgos de padecer eventos de gran riesgo, sobre todo aquellos asociados a infarto de miocardio, accidentes cerebrovasculares y neuropatías, también a aquellos que incrementan continuamente los valores de la presión arterial. (82)
- m. **Responsabilidad en salud:** La responsabilidad en salud hace referencia a las características de los estilos de vida que forman hábitos responsables respecto a la salud (45).

IV. Metodología

4.1. Tipo y nivel de investigación

El método del estudio es hipotético deductivo; el cual permite partir de teorías previas para formular hipótesis y contrastarlas con los datos alcanzados en el estudio. Este método facilita la identificación de patrones y relaciones entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en la población adulta mayor, asegurando un análisis estructurado y basado en la evidencia (96).

El estudio es básico, porque se pretende incrementar la información acerca de ambas variables recurriendo a alcances teóricos que ayuden al desarrollo del estudio, de la misma forma este trabajo es transversal, ya que los datos y la información analizada se concentra en un momento determinado. (97)

Es de enfoque cuantitativo ya que se fundamenta en la recolección de datos numéricos mediante encuestas y registros clínicos. Este enfoque permite medir de manera objetiva la prevalencia de hipertensión y los factores asociados a los estilos de vida, lo que facilita la identificación de tendencias y correlaciones estadísticas entre ambas variables (97).

El estudio tiene un alcance correlacional porque se establece la relación entre las variables planteadas, el cual permite la relación de las variables para la cuantificación de los datos, por recursos estadísticos y numéricos cumpliendo objetivos. (97)

El diseño es no experimental dado que no se manipulan variables, sino que se observan en su contexto natural. Esto significa que los datos se recogen sin intervenir en la rutina de los participantes, lo que permite analizar la asociación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida(97).

4.2. **Ámbito temporal y espacial**

4.2.1. **Ámbito Espacial**

La indagación se realiza en el Centro de salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024.

4.2.2. **Ámbito Temporal**

El trabajo se realiza desde enero hasta el mes de agosto del 2024.

4.3. **Población y muestra**

4.3.1. **Población**

La población está compuesta por 110 pacientes adultos mayores del Centro Médico Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024.

4.3.2. **Muestra**

La muestra de estudio está compuesta por 86 adultos mayores, estos valores se obtuvieron mediante la fórmula de muestra para poblaciones finitas, como se describe a continuación:

$$n = \frac{z^2 p q N}{E^2 (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (110)}{(0.05)^2 (110 - 1) + (1.96)^2 \cdot (0.5) \cdot (0.5)}$$

$$n = 86$$

Donde:

n= tamaño muestral

N= 110 pacientes del Centro Médico Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay- Apurímac

Z= nivel de confianza (1.96)

p= probabilidad de éxito (0.5)

q= Probabilidad de fracaso (0.5)

E= Error (0.05)

Conforme al cálculo, se establece que el tamaño de muestra será de 86 pacientes adultos mayores, a quienes se les aplica el instrumento para la recopilación de información.

4.4. Instrumentos

Técnicas: Se emplearon registros clínicos para obtener datos precisos sobre la hipertensión arterial y su clasificación en los participantes, mientras que la encuesta permitió evaluar los estilos de vida a través de un instrumento validado, proporcionando información estructurada y cuantificable para el análisis.

Instrumentos: Los instrumentos usados son las fichas de registro clínico y el cuestionario; estos son desarrollados a continuación:

a. Registros clínicos

Para la primera variable “Hipertensión Arterial”, se consideraron los registros clínicos que permite tener un registro adecuado del diagnóstico lo cual los datos obtenidos se recolectan de las historias clínicas de los pacientes adultos mayores, el cual se considera las categorías de hipertensión arterial: prehipertensión (Sistólica: 120 – 139mmHg; Diastólica: 80 – 89mmHg), Hipertensión estadio 1 (Sistólica: 140 -159mmHg; Diastólica: 90 – 99mmHg) e Hipertensión estadio 2 (Sistólica: \geq 160 – 179mmHg; Diastólica: \geq 100 – 109mmHg).

En este caso, la confiabilidad de los registros clínicos como instrumento de medición se basa en su validez y precisión diagnóstica. Dado que los datos provienen de historias clínicas oficiales, se considera que tienen alta confiabilidad, ya que son registrados por profesionales de la salud siguiendo protocolos estandarizados; además, las categorías de hipertensión arterial utilizadas en la investigación se basan en criterios clínicos reconocidos, lo que refuerza la consistencia y precisión de la medición.

b. El cuestionario

Para la segunda variable “Estilos de Vida”, se tomó en cuenta un cuestionario, el cual es un instrumento que permite obtener datos de los participantes de un estudio. Las

preguntas que lo componen deben ser claras, precisas y deben seguir un orden lógico y coherente. El objetivo de un cuestionario de investigación es recoger información válida y fiable sobre el tema de interés. (97)

a.1. Perfil de Estilo de Vida (PEPSI-I) Nola Pender

El instrumento que se usó para medir la segunda variable fue el cuestionario denominado "Perfil de estilo de vida (PEPS-I) de Nola Pender en 1987, este sirve para realizar una evaluación de los estilos de vida de los participantes en el estudio, consta además de 36 ítems que se agrupan en seis subescalas: Responsabilidad en salud con 10 ítems (2,7,13,16, 21,24,26,33, 34, 36), ejercicio con 5 ítems (3, 10, 17, 22, 29), nutrición con 6 ítems (1,4,11,14,19,25), manejo del estrés con 7 ítems (6,9,20,28,30,31,32), consumo de tabaco con 4 ítems (8,12,18,27) y consumo de alcohol con 4 ítems (5,15,23,35). Para cada pregunta, se consideran 4 criterio de respuesta: Nunca = 1, A veces =2, Frecuentemente= 3, Rutinariamente = 4, considerando un valor mínimo de 36 y un máximo de 144.

La confiabilidad del instrumento utilizado en esta investigación se determinó mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach, obteniendo un valor de 0.93 para la escala de todos los ítems, lo que señala una alta consistencia interna. Asimismo, las subescalas presentaron valores que oscilaron entre 0.70 y 0.87, lo que evidencia una fiabilidad aceptable a alta en cada una de las dimensiones evaluadas. Estos resultados garantizaron que el instrumento fue adecuado para medir los estilos de vida en la población adulta mayor, asegurando precisión y coherencia en los datos recopilados (98).

4.5. Procedimientos

Debido a los fines planteados para el trabajo, que se caracterizan por el análisis de la relación entre ambas variables en los pacientes adultos mayores atendidos en este establecimiento de salud. Para ello, se utilizaron métodos estadísticos descriptivos e inferenciales, siguiendo las pautas definidas por las investigadoras, se espera que los

resultados contribuyan para prevenir y tratar esta condición crónica en la población mayor.

Los resultados del análisis estadístico se presentan mediante tablas que muestran los valores obtenidos de las variables estudiadas. Estos valores se expresan en porcentajes y frecuencias para una interpretación adecuada. Se busca así describir el comportamiento de las variables y su relación con el objetivo de la investigación. (99)

La interpretación de los medios estadísticos producto de la investigación se realiza mediante la prueba estadística de chi-cuadrado, donde se explica los resultados alcanzados según las dimensiones e indicadores propuestos. Así se pudo detallar las características específicas de los datos analizados. (100)

4.6. Análisis de datos

Se realizó mediante tablas de frecuencia y porcentaje, que permitieron visualizar la distribución de las variables estudiadas. Además de la prueba de hipótesis, empleando el software estadístico de SPSS versión 25 y Excel; el uso de estos programas permitió una manipulación eficiente de los datos, facilitando la generación de gráficos y resúmenes estadísticos que son esenciales para interpretar los resultados de manera clara y precisa. SPSS versión 25 y Excel proporcionaron funcionalidades que ayudaron a identificar patrones y relaciones significativas entre las variables, lo cual es fundamental para validar las hipótesis planteadas en la investigación.

4.7. Consideraciones éticas

Las reflexiones éticas se centran en los principios morales y las características particulares del personal sanitario. La virtud de los profesionales de la salud debe tener en cuenta cualidades como la compasión, el compromiso, el altruismo, la humildad y la integridad. (101)

Estas consideraciones permiten a los profesionales gestionar las implicaciones éticas de sus acciones dentro de su campo. En este sentido, la bioética se dedica a estudiar estas cuestiones considerando los factores sociales que afectan el contexto. Su

propósito fundamental es garantizar que las actividades de los profesionales no pongan en peligro el bienestar y la vida humana. (102)

Durante la investigación se informa a los participantes sobre las encuestas realizadas lo cual se prosigue el proceso del consentimiento informado respetando las pautas de la ética y respetando la privacidad de cada participante. Asimismo, se aseguró que el cuestionario se lleve a cabo de forma anónima, resguardando la privacidad y confidencialidad de la información de los participantes.

V. Resultados y discusión

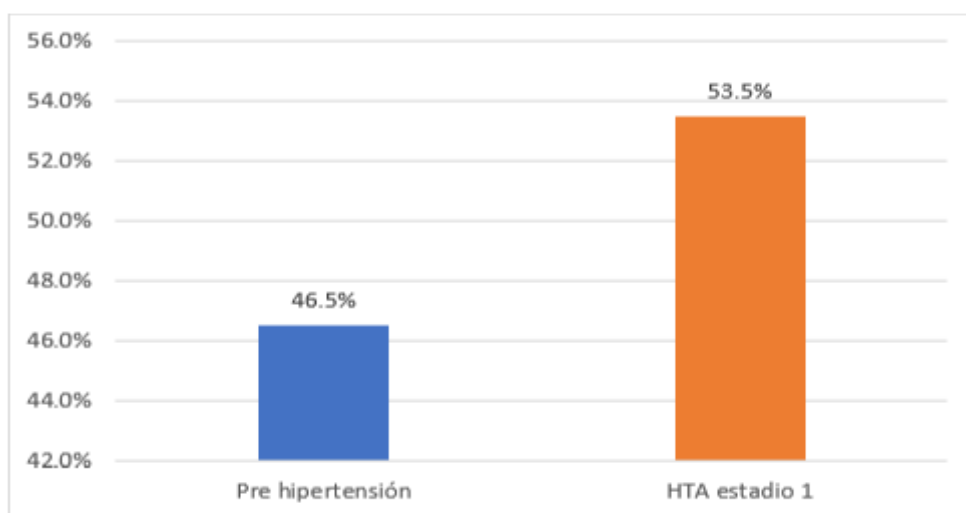
5.1. Resultados

Tabla 1. Hipertensión arterial de los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024

	N	%
Pre hipertensión	40	46,5
HTA estadio 1	46	53,5
Total	86	100,0

Fuente: Elaboración propia

Figura 1. Hipertensión arterial



Fuente: Elaboración propia

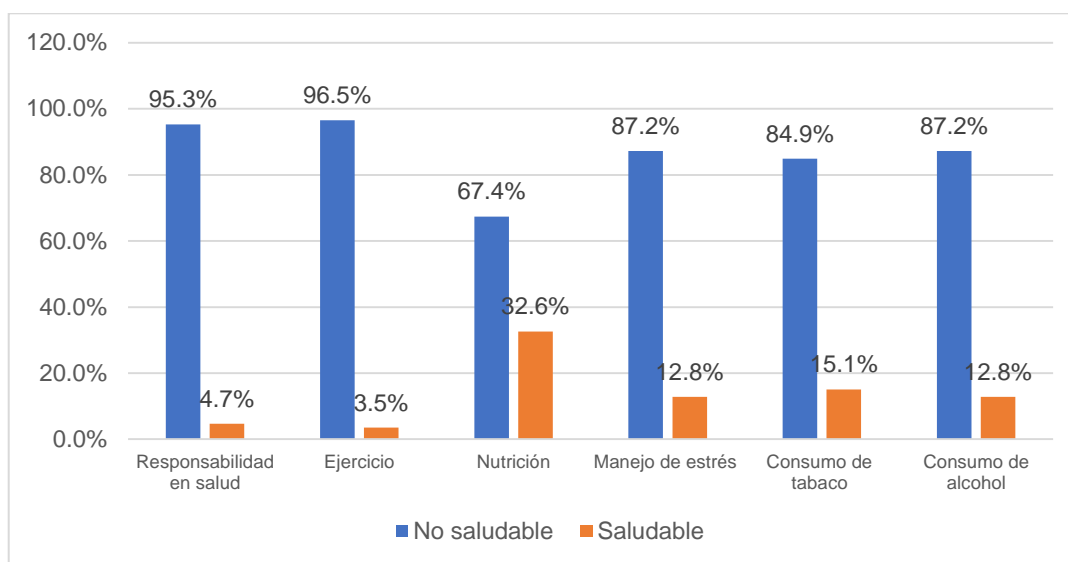
En la tabla 1 y en la figura 1, se observa que el 53,5% presentan hipertensión arterial estadio 1, mientras que el 46,5% presenta pre hipertensión; los resultados se atribuyen a que más de la mitad de esta población ya ha desarrollado una elevación significativa en sus niveles de presión arterial; es decir que la mayoría de la población presenta un índice de presión arterial entre 140 a 159mmHg para la presión sistólica y de 90 a 99mmHg para la presión diastólica y un menor porcentaje de la población presenta presión arterial sistólica entre 120 a 139mmHg y presión arterial diastólica entre 80 a 89mmHg.

Tabla 2. Estilos de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024

Dimensión	No Saludable		Saludable	
	N	%	N	%
Responsabilidad en salud	82	95,3	4	4,7
Ejercicio	83	96,5	3	3,5
Nutrición	58	67,4	28	32,6
Manejo de estrés	75	87,2	11	12,8
Consumo de tabaco	73	84,9	13	15,1
Consumo de alcohol	75	87,2	11	12,8

Fuente: Elaboración propia

Figura 2. Estilos de vida



Fuente: Elaboración propia

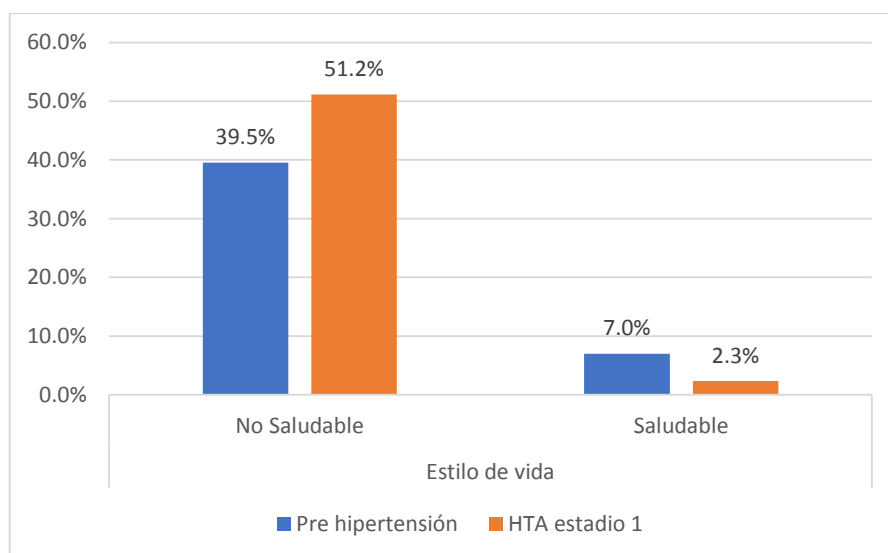
En la tabla 2 y en la figura 2, se observa que el 95,3% tienen un estilo no saludable en la responsabilidad en salud, esta misma tendencia ocurre en el ejercicio con 96,5%, la nutrición con 67,4%, manejo de estrés con 87,2%, consumo de tabaco con 84,9% y consumo de alcohol con 87,2%; estos resultados reflejan patrones de riesgo significativos en los estilos de vida de esta población, que contribuyen directamente a la incidencia y progresión de la hipertensión arterial y que son contraproducentes a un estilo de vida saludable que previene el padecimiento de patologías crónicas degenerativas, en este caso no se identifica un equilibrio saludable ni en las dietas, ni en las actividades físicas, ni en el descanso y tampoco en el manejo del estrés, por lo que la población no desarrolla un estilo de vida saludable.

Tabla 3. Relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024

Hipertensión	Estilo de vida					
	No Saludable		Saludable		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pre hipertensión	34	39,5%	6	7,0	40	46,5
HTA estadio 1	44	51,2	2	2,3	46	53,5
Total	78	90,7	8	9,3	86	100

Fuente: Elaboración propia

Figura 3. Relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida de los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024



Fuente: Elaboración propia

En la tabla 3 y en la figura 3, se observa que el 90,7% tienen estilos de vida no saludables, de los cuales el 39,5% tienen prehipertensión y el 51,2% presentan hipertensión arterial estadio 1, mientras que el 9,3% llevan estilos de vida saludables, de los cuales el 7% presentan prehipertensión y el 2,3% tienen hipertensión arterial estadio 1; estos resultados se podrían indicar una la mitad de adultos mayores pueden haber desarrollado y mantenido hábitos poco saludables (como una dieta alta en sodio, bajo consumo de frutas y verduras, sedentarismo, y consumo de tabaco o alcohol) que son

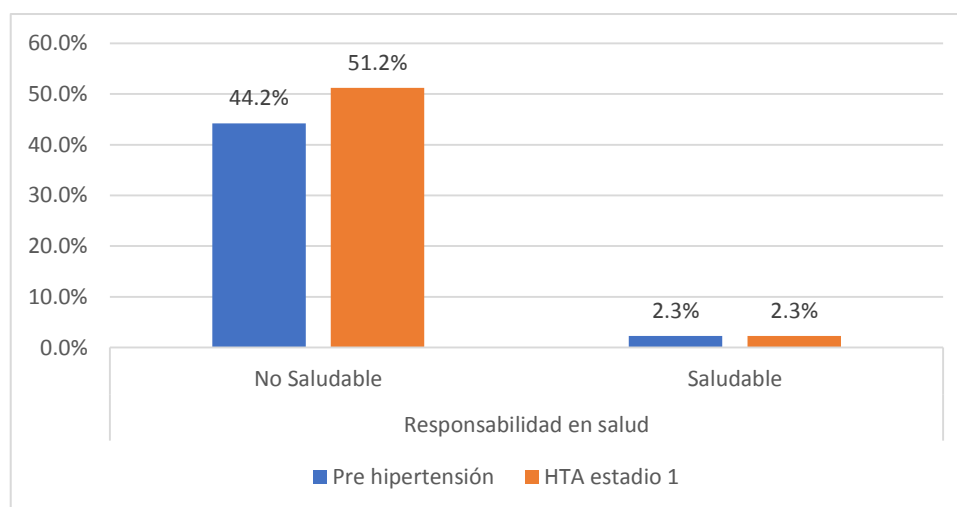
difíciles de modificar y que contribuyen al desarrollo de la hipertensión; esto se debe a que las conductas habituales como la alimentación, el entorno social, los aspectos sociales y económicos y los factores medioambientales influyen en el bienestar de las personas.

Tabla 4. Relación entre la hipertensión arterial y la responsabilidad en salud de los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024

Hipertensión	Responsabilidad en salud					
	No Saludable		Saludable		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pre hipertensión	38	44,2%	2	2,3	40	46,5
HTA estadio 1	44	51,2	2	2,3	46	53,5
Total	82	95,3	4	4,7	86	100

Fuente: Elaboración propia

Figura 4. Relación entre la hipertensión arterial y la responsabilidad en salud de los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024



Fuente: Elaboración propia

En la tabla 4 y en la figura 4, se observa que el 95,3% presentan un estilo de vida no saludable referente a la responsabilidad en la salud, de los cuales el 51,2% tienen hipertensión arterial estadio 1 y el 44,2% tienen prehipertensión, mientras que el 4,7% lleva un estilo de vida saludable, de los cuales el 2,3% presentan prehipertensión y lo mismo ocurre con el 2,3% de pacientes con hipertensión estadio 1; esto podría deberse a que muchos adultos mayores no cuentan con suficiente información sobre la importancia

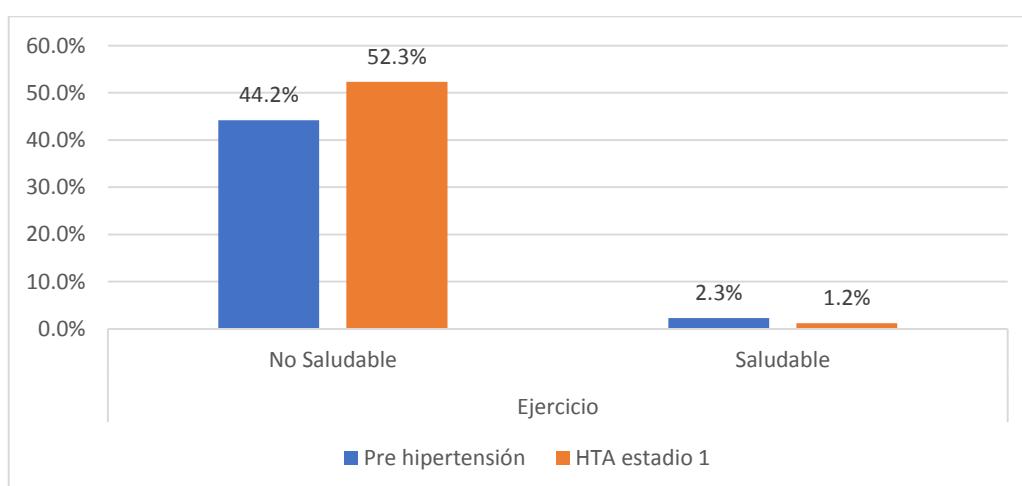
de la responsabilidad en su salud. Sin una adecuada educación en prácticas de autocuidado, es menos probable que tomen decisiones proactivas que promuevan estilos de vida saludables, como realizar chequeos médicos regulares, cumplir con los tratamientos prescritos o adoptar conductas preventivas, ya que según la Organización Mundial de la Salud son estas prácticas las que promueven la salud y previenen las enfermedades.

Tabla 5. Relación entre la hipertensión arterial y ejercicio de los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024

Hipertensión	Ejercicio					
	No Saludable		Saludable		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pre hipertensión	38	44,2%	2	2,3	40	46,5
HTA estadio 1	45	53,3	1	1,2	46	53,5
Total	83	96,5	3	3,5	86	100

Fuente: Elaboración propia

Figura 5. Relación entre la hipertensión arterial y ejercicio de los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024



Fuente: Elaboración propia

En la tabla 5 y en la figura 5, se observa que el 96,5% presentan un estilo de vida no saludable referente al ejercicio, de los cuales el 53,3% tienen hipertensión arterial estadio 1 y el 44,2% tienen prehipertensión, mientras que el 3,5% llevan una vida saludable, de los cuales el 2,3% tienen prehipertensión y el 1,2% presentan hipertensión arterial estadio 1; estos resultados podrían atribuirse a que los adultos mayores no realizan actividades de ejercicio adecuadas a sus necesidades; también, podría deberse a pueden evitar el ejercicio debido al miedo a caerse o a lesionarse, especialmente si han tenido experiencias previas con lesiones o conocen a otros que se han lastimado durante

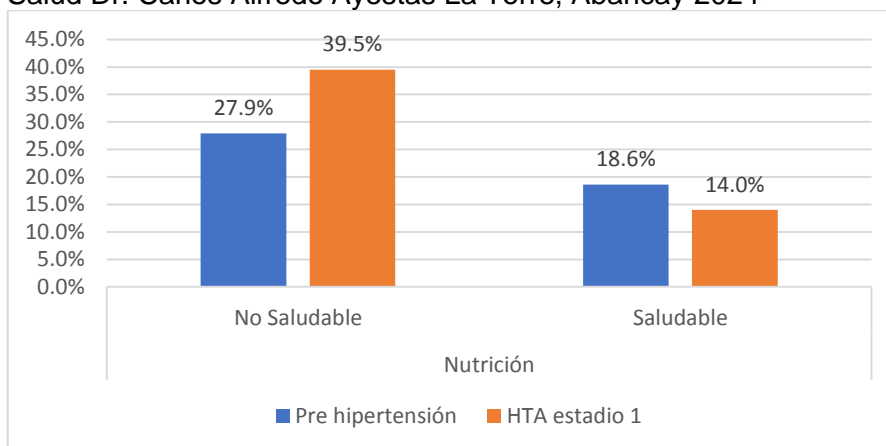
actividades físicas; sin embargo son estas actividades las que mejoran la movilidad, el equilibrio y la salud cardiovascular, además se conoce que con la práctica constante de ejercicio promueve la autonomía en los adultos mayores.

Tabla 6. Relación entre la hipertensión arterial y nutrición de los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024

Hipertensión	Nutrición					
	No Saludable		Saludable		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pre hipertensión	24	27,9	16	18,6	40	46,5
HTA estadio 1	34	39,5	12	14,0	46	53,5
Total	58	67,4	28	32,6	86	100

Fuente: Elaboración propia

Figura 6. Relación entre la hipertensión arterial y nutrición de los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024



Fuente: Elaboración propia

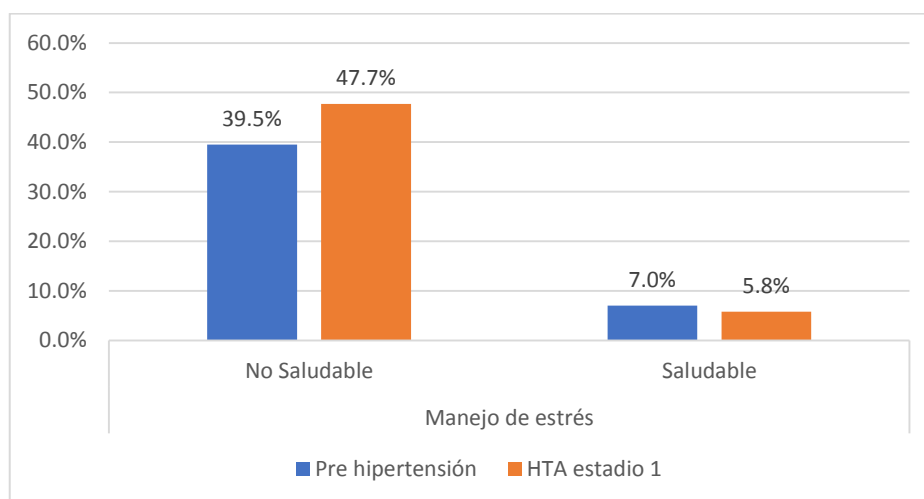
En la tabla 6 y en la figura 6, se observa que el 67,4% presentan un estilo de vida no saludable referente a la nutrición, de los cuales el 39,5% tienen hipertensión arterial estadio 1 y el 27,9% tienen prehipertensión, mientras que el 32,6% llevan una vida saludable, de los cuales el 18,6% tienen prehipertensión y el 14% presentan hipertensión arterial estadio 1; esto podría deberse a que los adultos mayores pueden depender de pensiones limitadas o recursos económicos reducidos, lo que puede dificultar la compra de alimentos frescos y saludables; lo que también es indicador de que los adultos están llevando una nutrición inadecuada que está llevando a que estos presenten malnutrición y una de las causas de hipertensión arterial se asocia al consumo de sal y a la obesidad.

Tabla 7. Relación entre la hipertensión arterial y el manejo de estrés de los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024

Hipertensión	Manejo de estrés					
	No Saludable		Saludable		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pre hipertensión	34	39,5	6	7,0	40	46,5
HTA estadio 1	41	47,7	5	5,8	46	53,5
Total	75	87,2	11	12,8	86	100

Fuente: Elaboración propia

Figura 7. Relación entre la hipertensión arterial y el manejo de estrés de los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024



Fuente: Elaboración propia

En la tabla 7 y en la figura 7, se observa que el 87,2% presentan un estilo de vida no saludable referente al manejo de estrés, de los cuales el 47,7% tienen hipertensión arterial estadio 1 y el 39,5% tienen prehipertensión, mientras que el 12,8% llevan una vida saludable, de los cuales el 7% tienen prehipertensión y el 5,8% presentan hipertensión arterial estadio 1; esto podría deberse a que los adultos mayores experimentan diversos factores estresantes, como la pérdida de seres queridos, problemas de salud, reducción de la autonomía, preocupaciones económicas y cambios

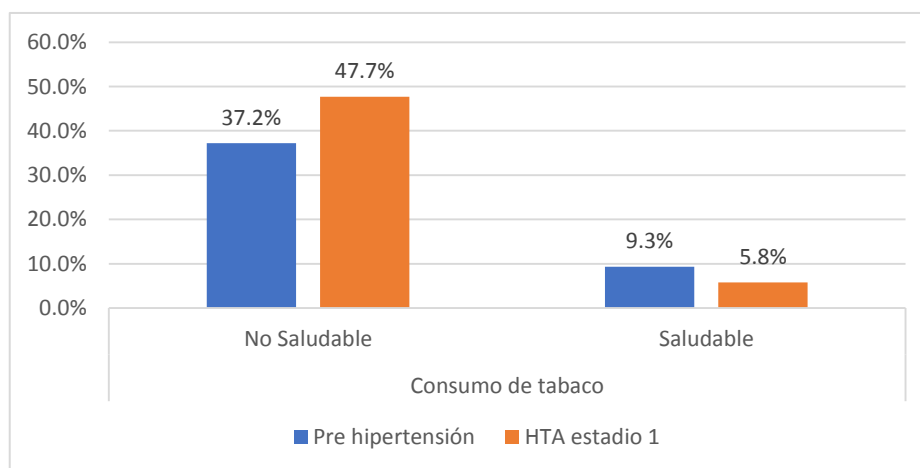
en la situación social, lo que puede generar estrés crónico, que puede desencadenar o empeorar su condición de la hipertensión, ya que el estrés es uno de las causas que se atribuyen a la presencia hipertensión arterial sobre todo en individuos genéticamente predispuestos.

Tabla 8. Relación entre la hipertensión arterial y consumo de tabaco de los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024

Hipertensión	Consumo de tabaco					
	No Saludable		Saludable		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pre hipertensión	32	37,2	8	9,3	40	46,5
HTA estadio 1	41	47,7	5	5,8	46	53,5
Total	73	84,9	13	15,1	86	100

Fuente: Elaboración propia

Figura 8. Relación entre la hipertensión arterial y consumo de tabaco de los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024



Fuente: Elaboración propia

En la tabla 8 y en la figura 8, se observa que el 84,9% presentan un estilo de vida no saludable referente al consumo de tabaco, de los cuales el 47,7% tienen hipertensión arterial estadio 1 y el 37,2% tienen prehipertensión, mientras que el 15,1% llevan una vida saludable, de los cuales el 9,3% tienen prehipertensión y el 5,8% presentan hipertensión arterial estadio 1; esto podría deberse a que los adultos mayores tienen una

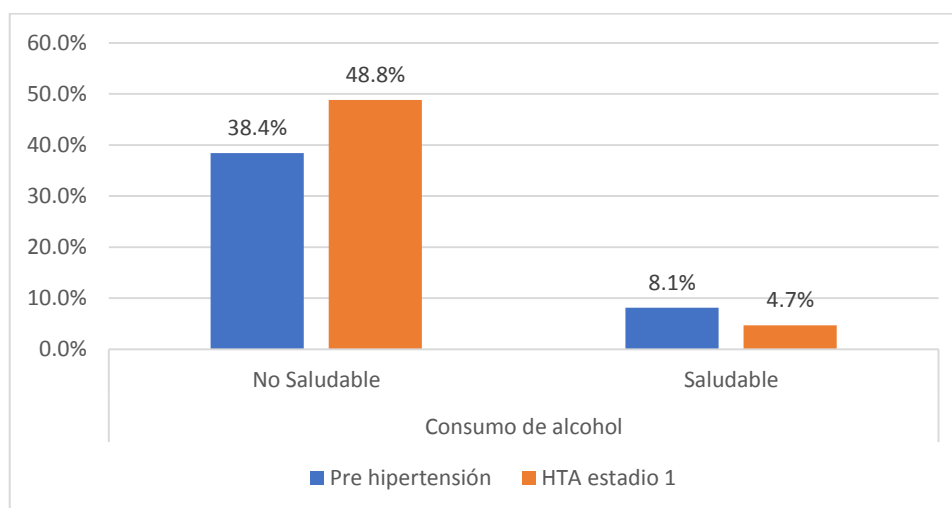
menor disposición o capacidad para realizar cambios en su estilo de vida debido a la dependencia de la nicotina, esto se debe a que la ingesta de tabaco es un aspecto de prevalencia de la enfermedad.

Tabla 9. Relación entre la hipertensión arterial y consumo de alcohol de los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024

Hipertensión	Consumo de alcohol					
	No Saludable		Saludable		Total	
	N	%	N	%	N	%
Pre hipertensión	33	38,4	7	8,1	40	46,5
HTA estadio 1	42	48,8	4	4,7	46	53,5
Total	75	87,2	11	12,8	86	100

Fuente: Elaboración propia

Figura 9. Relación entre la hipertensión arterial y consumo de alcohol de los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024



Fuente: Elaboración propia

En la tabla 9 y en la figura 9, se observa que el 87,2% presentan un estilo de vida no saludable referente al consumo de alcohol, de los cuales el 48,8% tienen hipertensión arterial estadio 1 y el 38,4% tienen prehipertensión, mientras que el 12,8% llevan una vida saludable, de los cuales el 8,1% tienen prehipertensión y el 4,7% presentan

hipertensión arterial estadio 1; eso podría deberse a que una gran proporción de los adultos mayores no esté completamente informado sobre los efectos adversos del consumo de alcohol en la salud, especialmente en lo que respecta al control de la presión arterial, ya que el exceso de alcohol incrementa la presión arterial y la probabilidad de sufrir un derrame cerebral, por lo que se recomienda reducir sus niveles de ingesta.

5.2. Discusión de Resultados

Se encontró que el 90,7% de adultos mayores tienen estilos de vida no saludables, donde el 51,2% presentaron hipertensión de estadio 1; asimismo, se observó una relación significativa entre la hipertensión arterial y los estilos de vida de los adultos mayores ($p=0.006$), este resultado coincide con lo obtenido por Pacheco y Llano en el año 2023, quienes indican que existe relación entre los estilos de vida y la hipertensión arterial, dado que las personas siguen un estilo de vida desorganizado (27); esta coincidencia de resultados podría atribuirse a las condiciones de vida, el entorno y acceso a recursos saludables.

En general, los estilos de vida son no saludables en el 90,7% de adultos mayores, a diferencia de lo obtenido por Nacarino en el año 2023, quien obtuvo estilos de vida regulares en el 46,2% de pacientes (26). Puican en el año 2019 menciona que el 60,8% de pacientes adultos tienen estilos de vida no saludables (28), tales valores son superiores a lo obtenido por Traveñazo y Valladares (2023), quienes indican que los estilos de vida son no saludables, pues se presentan en el 39,1% de pacientes mayores (25); los resultados no concuerdan con Ponce y Lois (2020), quienes encontraron que el 55.5% presentaron un estilo de vida saludable (23); esto puede deberse a los inadecuados hábitos de vida de las personas adultas, ya que al no contar con un cuidador muchas veces no realizan actividad física regular y chequeos médicos de forma regular.

En relación a la responsabilidad en salud, el 95,3% de los adultos mayores presentan responsabilidad en salud no saludable y además se encontró que no existe relación significativa entre la hipertensión arterial y la responsabilidad en salud de los adultos mayores ($\text{sig.}=0.056$); esto no coincide con el resultado obtenido por Pacheco y Llano (2023) ya que reporta que si existe relación significativa entre la responsabilidad en salud y la hipertensión arterial, dado que los autores encontraron que el 71,4% de adultos mayores que consideraron presentaban un nivel bajo de responsabilidad en salud (29); estas discrepancias en los resultados podrían atribuirse al interés sobre el estado de salud y el cumplimiento de las recomendaciones del médico.

Respecto a realizar ejercicios, el 96,5% de adultos mayores presentaron un estilo no saludable, además se determinó que no existe relación significativa entre la hipertensión arterial y el ejercicio ($\text{sig.}=0.100$); este resultado difiere a lo obtenido por Copello et al. en el año 2023, quien encontró que el 50% de pacientes presentan sobrepeso por falta de actividad física, además determinaron que un factor de riesgo para esta condición es precisamente el sobrepeso (20); además, Pacheco y Llano (2023) registraron que el 85,7% de los adultos presentaron un nivel bajo en realizar ejercicios y también determinaron que existe asociación entre los ejercicios y la hipertensión (29). Ramírez (2019), reportó que el 23,3% de pacientes con hipertensión no realizaba ejercicios (27), mientras que Gómez et al. en el año 2021 indica que el 20% tiene sedentarismo; estas diferencias pueden deberse a los hábitos de vida y las actitudes hacia el ejercicio físico que pueden cambiar con el tiempo, como la urbanización, el aumento del uso de la tecnología y las campañas de salud pública pueden influir en los niveles de actividad física. (21)

Referente a la nutrición en los adultos mayores, se encontró que el 67,4% de adultos mayores presentó un estilo no saludable y además se determinó que si existe relación significativa entre la hipertensión arterial y la nutrición ($\text{sig.}=0.000$); esta

tendencia concuerda con lo obtenido por Gómez et al. en el año 2021, quienes registraron que el 45% tienen una alimentación inadecuada y además determinaron que una mala alimentación es un factor de riesgo predominante para padecer hipertensión arterial (21); mientras que Ramírez en el año 2019 difiere ya que halló que el 15,1% de pacientes consumen sal en demasía (27); este porcentaje obtenido en el estudio podría deberse a las dificultades económicas, problemas de salud que limitan la capacidad de cocinar o comprar alimentos, o falta de información sobre nutrición adecuada.

En cuando al manejo de estrés, el 87,2% de adultos mayores presenta un estilo no saludable, también se determinó que efectivamente existe relación significativa entre la hipertensión arterial y el manejo de estrés ($\text{sig.}=0.001$); estos valores concuerdan a lo encontrado por Travezaño y Valladares (2023), quienes reportaron que el 39,1% de pacientes no presentaba un estilo saludable en el manejo de estrés y además determinaron que efectivamente existe relación entre el manejo del estrés y la hipertensión arterial (25); no obstante, ambos resultados también concuerdan con lo reportado por Puican en el año 2019, quien indica que ocurre que, el 90% de pacientes con hipertensión presentan manejo de estrés no saludable (28); esto podría deberse a que las personas adultas tienden a sufrir de ansiedad y esto se manifiesta en cuadros de estrés en este grupo de personas.

Referente al consumo de tabaco y alcohol, se evidenció que el 84,9% y el 87,2%, respectivamente, no posee un estilo saludable y además se determinó que si existe relación significativa entre la hipertensión arterial y el consumo de tabaco y alcohol ($\text{sig.}=0.000$ y $\text{sig.}=0.001$); este resultado no concuerda con lo obtenido por Gómez et al. en el año 2021, quienes encontraron que el 5% de pacientes con hipertensión tiende a consumir tabaco y este mismo porcentaje consumen alcohol, por lo que el consumo de estas sustancias no son factores predominantes para la presencia de hipertensión (21);

tales diferencias con lo obtenido podrían deberse a la frecuencia del consumo de tabaco y alcohol.

5.3. Prueba de hipótesis

Tabla 10. Prueba de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Hipertensión arterial	,130	86	,001
Responsabilidad en Salud	,180	86	,000
Ejercicio	,138	86	,000
Nutrición	,162	86	,000
Manejo de Estrés	,219	86	,000
No consumo de tabaco	,192	86	,000
No consumo de alcohol	,116	86	,006

a. Corrección de significación de Lilliefors

De acuerdo con la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, aplicada a muestras mayores de 50, se obtuvo un nivel de significancia menor a 0.05 para las variables y dimensiones analizadas, lo que indica que los datos no siguen una distribución normal. Por ello, se emplea estadística no paramétrica, siendo el Chi-cuadrado de Pearson una de las pruebas utilizadas para el análisis y contrastación de las hipótesis.

5.3.1. Hipótesis general

Ho: No existe relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024.

Ha: Existe relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024.

Tabla 11. Prueba de chi-cuadrado para determinar la relación entre la hipertensión arterial y los estilos de vida en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,670 ^a	1	,006
Razón de verosimilitud	10,723	1	,001
Asociación lineal por lineal	7,581	1	,006
N de casos válidos	86		

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 3,72.

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 11, se observa que el valor de p de la prueba de chi-cuadrado entre la hipertensión arterial y los estilos de vida muestra un $\text{sig.} = 0.006$, el cual indica que existe relación significativa entre las variables mencionadas, por ende, se acepta hipótesis alterna; estos resultados se atribuyen a que los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre tienen mayores riesgos de desarrollar un mayor grado de hipertensión debido a ciertos estilos de vida no saludables.

5.3.2. Hipótesis específica 1

Ho: No existe relación entre la hipertensión arterial y la responsabilidad en salud en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024.

Ha: Existe relación entre la hipertensión arterial y la responsabilidad en salud en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024.

Tabla 12. Prueba de chi-cuadrado para determinar la relación entre hipertensión arterial y responsabilidad en salud en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,648 ^a	1	,056
Razón de verosimilitud	5,175	1	,023
Asociación lineal por lineal	3,606	1	,058
N de casos válidos	86		

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,86.

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 12, se observa que el valor de p de la prueba de chi-cuadrado entre hipertensión arterial y responsabilidad en salud muestra un sig.=0.056, el cual indica que no existe relación entre la variable hipertensión arterial y la dimensión responsabilidad en salud, por ende, se acepta la hipótesis nula; este resultado podría indicar que los aspectos como el seguimiento de recomendaciones médicas o toma de decisiones informadas sobre el cuidado de la salud, parece no estar directamente relacionada con la presencia de hipertensión en los adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre.

5.3.3. Hipótesis específica 2

Ho: No existe relación entre la hipertensión arterial y el ejercicio en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024.

Ha: Existe relación entre la hipertensión arterial y el ejercicio en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024.

Tabla 13. Prueba de chi-cuadrado para determinar la relación entre hipertensión arterial y ejercicio en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,703 ^a	1	,100
Razón de verosimilitud	3,848	1	,050
Asociación lineal por lineal	2,672	1	,102
N de casos válidos	86		

a. 2 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,40.

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 13, se observa que el valor de p de la prueba de chi-cuadrado entre la hipertensión arterial y ejercicio muestra un sig.=0.100, el cual indica que no existe relación en la variable hipertensión arterial y la dimensión ejercicio, por ende, se acepta la hipótesis nula; aunque el resultado muestra que no hay relación entre las variables mencionada, no significa que el ejercicio no tenga beneficios para la salud en general, ya que es posible que existan otros factores, como la intensidad del ejercicio, la dieta o la predisposición genética que influye directamente en la hipertensión.

5.3.4. Hipótesis específica 3

Ho: No existe relación entre la hipertensión arterial y la nutrición en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024.

Ha: Existe relación entre la hipertensión arterial y la nutrición en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024.

Tabla 14. Prueba de chi-cuadrado para determinar la relación entre hipertensión arterial y nutrición en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre.

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	36,102 ^a	1	,000
Razón de verosimilitud	46,955	1	,000
Asociación lineal por lineal	35,682	1	,000
N de casos válidos	86		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 13,02.

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 14, se observa que el valor de p de la prueba de chi-cuadrado entre hipertensión arterial y nutrición muestra un sig.=0.000, el cual indica que existe relación entre la variable hipertensión arterial y nutrición, por ende, se acepta la hipótesis alterna; este resultado respalda la idea de que la nutrición juega un papel crucial en el control de la presión arterial y en la prevención de la hipertensión.

5.3.5. Hipótesis específica 4

Ho: No existe relación entre la hipertensión arterial y el manejo de estrés en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024.

Ha: Existe relación entre la hipertensión arterial y el manejo de estrés en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024.

Tabla 15. Prueba de chi-cuadrado para determinar la relación entre hipertensión arterial y manejo de estrés en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,968 ^a	1	,001
Razón de verosimilitud	15,164	1	,000
Asociación lineal por lineal	10,841	1	,001
N de casos válidos	86		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,12

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 15, se observa que el valor de p de la prueba de chi-cuadrado entre hipertensión arterial y manejo de estrés muestra un $\text{sig.}=0.001$, el cual indica que existe relación entre la variable hipertensión arterial y la dimensión manejo de estrés, por ende, se acepta la hipótesis alterna; este resultado refuerza la idea de que el manejo del estrés es un factor importante en la prevención y control de la hipertensión, ya que el estrés crónico o mal manejado puede contribuir al aumento de la presión arterial.

5.3.6. Hipótesis específica 5

Ho: No existe relación entre la hipertensión arterial y el consumo de tabaco en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024.

Ha: Existe relación entre la hipertensión arterial y el consumo de tabaco en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024.

Tabla 16. Prueba de chi-cuadrado para determinar la relación entre hipertensión arterial y consumo de tabaco en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,317 ^a	1	,000
Razón de verosimilitud	18,275	1	,000
Asociación lineal por lineal	13,163	1	,000
N de casos válidos	86		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 6,05.

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 16, se observa que el valor de p de la prueba chi-cuadrado entre hipertensión arterial y consumo de tabaco muestra un sig.=0.000, el cual indica que existe relación entre la variable hipertensión arterial y la dimensión consumo de tabaco, por ende, se acepta la hipótesis alterna; este resultado se atribuye a que el consumo de tabaco es un factor de riesgo bien establecido para la hipertensión; las sustancias químicas en el tabaco, como la nicotina, pueden causar un aumento de la presión arterial.

5.3.7. Hipótesis específica 6

Ho: No existe relación entre la hipertensión arterial y el consumo de alcohol en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024.

Ha: Existe relación entre la hipertensión arterial y el consumo de alcohol en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre, Abancay 2024.

Tabla 17. Prueba de chi-cuadrado para determinar la relación entre hipertensión arterial y consumo de alcohol en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre.

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,968 ^a	1	,001
Razón de verosimilitud	15,164	1	,000
Asociación lineal por lineal	10,841	1	,001
N de casos válidos	86		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 5,12.

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 17, se observa que el valor de p de la prueba de chi-cuadrado entre hipertensión arterial y consumo de alcohol muestra un sig.=0.001, el cual indica que existe relación entre la variable hipertensión arterial y la dimensión consumo de alcohol, por ende, se acepta la hipótesis alterna; este resultado se atribuye a que el consumo regular y excesivo de alcohol puede contribuir al desarrollo de hipertensión.

VI. Conclusiones

Primera: La hipertensión arterial se relaciona con los estilos de vida en adultos mayores del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre ($p=0.006$), lo que indica que existe una relación significativa entre las variables de estudio.

Segunda: Referente a la relación entre la hipertensión arterial y la responsabilidad en salud en adultos mayores, se obtuvo un valor de $p=0.056$, lo que significa que no existe una relación significativa entre las variables de estudio.

Tercera: Respecto a la relación entre la hipertensión arterial y el ejercicio en adultos mayores, se obtuvo un valor de $p=0.100$, lo que significa que no existe una relación significativa entre las variables de estudio.

Cuarta: En cuanto a la relación entre hipertensión arterial y la nutrición en adultos mayores, se obtuvo un valor de $p=0.000$, lo que significa que existe una relación significativa entre las variables de estudio.

Quinta: Referente a la relación entre hipertensión arterial y el manejo de estrés en adultos mayores, se obtuvo un valor de $p=0.001$, lo que significa que existe una relación significativa entre las variables de estudio.

Sexta: Respecto a la relación entre hipertensión arterial y el consumo de tabaco en adultos mayores, se obtuvo un valor de $p=0.000$, lo que significa que existe una relación significativa entre las variables de estudio.

Séptima: En cuanto a la relación entre hipertensión arterial y el consumo de alcohol en adultos mayores, se obtuvo un valor de $p=0.001$, lo que significa que existe una relación significativa entre las variables de estudio.

VII. Recomendaciones

Primera: Al personal del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre crear planes de intervención individualizados que consideren antecedentes familiares y otros factores personales.

Segunda: A las autoridades responsables de la salud pública implementar programas educativos dirigidos a adultos mayores y sus familias sobre la importancia de un enfoque integral en el manejo de la hipertensión arterial.

Tercera: A los familiares de los pacientes promover la actividad física como parte de un estilo de vida saludable, ya que el ejercicio tiene múltiples beneficios para la salud en general, principalmente en los adultos mayores que lo padecen.

Cuarta: A los directivos del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre implementar programas educativos dirigidos a adultos mayores y sus cuidadores, centrados en la importancia de una alimentación saludable para el control de la presión arterial. Estos programas deben incluir información sobre la elección de alimentos bajos en sodio, ricos en potasio, magnesio y fibra, y la reducción de la ingesta de grasas saturadas y azúcares.

Quinta: Al personal del Centro de Salud fomentar la participación en actividades recreativas y sociales que pueden reducir el estrés, como el ejercicio físico moderado y hobbies en los adultos mayores.

Sexta: Al personal del Centro de Salud implementar estrategias para fomentar el no consumo de tabaco, donde se incluya el soporte psicológico y tratamientos farmacológicos.

Séptima: A los directivos del Centro de Salud Dr. Carlos Alfredo Ayestas La Torre ofrecer servicios de apoyo psicológico y grupos de apoyo para ayudar a los adultos mayores a

reducir o eliminar el consumo de alcohol, proporcionando un entorno de apoyo y recursos para el cambio de comportamiento.

VIII. Referencias

1. Meléndez I, García E, Pérez A, Vivas N. Hipertensión arterial: estilos de vida y estrategias de intervención. *Revista Científica de Enfermería*. 2020; (20). doi: <https://doi.org/10.14198/recien.2020.20.04>.
2. M. Gort, García M, Mesa D, Espinosa Y, Verona I. Vinculación universidad-comunidad en la calidad de vida del adulto mayor. *Rev Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 2021; 23(4). doi: <https://doi.org/10.19136/etie.a4n8A.4781>.
3. Guallo M, Parreño Á, Chávez J. Estilos de vida saludables en adultos mayores. *Revista Cubana de Reumatología*. 2022; 24(4). doi: <https://doi.org/10.37955/cs.v8i2.346>
4. OPS. La OMS detalla, en un primer informe sobre la hipertensión arterial, los devastadores efectos de esta afección y maneras de ponerle coto. Noticias. Obtenido de: <https://www.who.int/es/news/item/19-09-2023-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it>
5. Cruz J. Manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor. *Medicina interna de México*. 2021; 35(4). doi: <https://doi.org/10.24245/mim.v35i4.2444>
6. Ruiz A, Carrillo R, Bernabé A. Prevalencia e incidencia de hipertensión arterial en Perú: revisión sistemática y metaanálisis. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud*. 2021; 38(4). doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.384.8502>
7. Ministerio de Salud. En el Perú, existen 5.5 millones de personas mayores de 15 años que sufren de hipertensión arterial. [Online]; 2022. Acceso 10 de octubre de 2023. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/607500-en-el->

peru-existen-5-5-millones-de-personas-mayoresde-15-anos-que-sufren-de-hipertension-arterial.

8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2022. Lima:, Instituto Nacional de Estadística e Informática. Obtenido de: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/4233635-peru-enfermedades-no-transmisibles-y-transmisibles-2022>
9. Dirección Regional de Apurímac. Plan regional de formación profesional y formación laboral del personal de la salud. PLANDES DIRESA Apurímac 2024-206. Apurímac: DIRESA. Obtenido de: https://www.diresaapurimac.gob.pe/2024/RESOLUCIONES/PLANDES%20%202024-2026_DIRESA%20-AP.pdf.
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Apurímac: Enfermedades no transmisibles y transmisibles 2022. INEI, Lima. Obtenido de: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2022/departamentales_en/Endes03/pdf/Apurimac.pdf
11. Hernandez A, Carillo B, Azurin V, Turpo E, Azañedo D. Análisis espacial de la hipertensión arterial en adultos peruanos. Archivos Peruanos de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. 2023; 4(4). doi: <https://doi.org/10.47487/apcyccv.v4i2.296>
12. William J, McCarthy C, Bruno R, Brouwers S, Canavan M, Ceconi C, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension: Developed by the task force on the management of elevated blood pressure and hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and endorsed by the European Society. European Heart Journal. 2024 Octubre; 38(7). Doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178>
13. Huang Y., Xiaoyan C., Changhua L, Dingji Z., Jinghai H., Yunzhao H., Jian P., Dingli X. Prehypertension and the Risk of Coronary Heart Disease in Asian and Western

- Populations: A Meta-analysis. *Journal of the American Heart Association*. 2024; 4(2). doi: <https://doi.org/10.1161/JAHA.114.001519>
14. Suárez O, Villarreal C, Parody A, Rodríguez A, Rebolledo R. Prevalencia de hipertensión arterial y sus factores de riesgo en estudiantes universitarios de Barranquilla, Colombia. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Cauca*. 2019; 21(2). doi: <https://doi.org/10.47373/rfcs.2019.v21.1372>
 15. Alonzo Vélez MA, Valle Gurumendi ML, Cardoso Castillo JA. Importancia de los estilos de vida en adultos mayores hipertensos. *Rev Más Vita*. 2021;3(2). Obtenido de: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/06/1253890/182-texto-del-articulo-664-1-10-20210621.pdf>
 16. Carranza , Caycho , Salinas , Ramírez , Mercedes , Chuquista , et al. Efectividad de intervención basada en modelo de Nola Pender en promoción de estilos de vida saludables de universitarios peruanos. *Revista Cubana de Enfermería*. 2019; 35(4) Obtenido de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2019/cnf194g.pdf>.
 17. Guillamón. Análisis de la relación entre salud, ejercicio físico y condición física. *Revista Ciencias de la Actividad Física UCM*. 2019; 20(1). doi: <https://doi.org/10.29035/rcaf.20.1.1>
 18. Ortega , Jiménez , Martínez. Nutrición en la prevención y el control de la osteoporosis. *Nutrición Hospitalaria*. 2020; 37(2). doi: <https://dx.doi.org/10.20960/nh.03360>
 19. Ortiz S, Sandoval E, Adame S, Ramírez C, Jaimes A, Ruiz A. Manejo del estrés; resultado de dos intervenciones: cognitivo conductual y yoga, en estudiantes irregulares de medicina. *Investigación en educación médica*. 2020; 8(30). doi: <https://doi.org/10.22201/facmed.20075057e.2019.30.1764>

20. Copello M, Santiago Y, Bermudez Y. Factores de riesgo de la hipertensión arterial en ancianos. *Correo Científico Médico*. 2023; 27(2). Obtenido de: <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/4750>
21. Ponce J, Lois N. Prevalencia de hipertensión arterial y estilos de vida en adultos mayores. *Dom. Cien.* 2020; 6(4). doi: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v6i4.1517>
22. Gómez N, Vilema E, Guevara L. Hipertensión arterial e incidencia de los factores de riesgo en adultos mayores. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*. 2021; 1(59). Obtenido de: <https://www.scielo.org.mx/pdf/dilemas/v8nspe3/2007-7890-dilemas-8-spe3-00059.pdf>
23. Ramirez B. Estilos de vida en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial en el servicio del adulto mayor en el hospital de San Juan de Lurigancho en el periodo de junio a noviembre del 2018. Ica: Universidad Autónoma de Ica. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Obtenido de: <https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/autonomadeica/433>
24. Travezaño V, Valladares M. Estilos de vida y la hipertensión arterial en adultos mayores, Hospital Román Egoavil Pando, Villa Rica, Pasco 2021. Cerro de Pasco: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión. Tesis para optar el Título de Licenciada en Enfermería. Obtenido de: http://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/3240/1/T026_71271676_T.pdf
25. Puican. Estilos de vida en pacientes ancianos con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud de Surco, 2019. Lima. Obtenido de: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/3175?locale-attribute=en>
26. Nacarino K. Estilo de vida y adherencia al tratamiento en pacientes adultos mayores hipertensos atendidos en consultorio de geriatría. Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima-2023. Lima: [Tesis para optar el Título Profesional de Médico

- Cirujano, Universidad Nacional Federico Villareal]. Obtenido de:
<https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/7288>
27. Pacheco J, Llano V. Hipertensión arterial y estilos de vida en adultos mayores que acuden al servicio de emergencias del Hospital Regional Guillermo Días de la Vega Abancay 2023. Callao: [Tesis para optar el título de segunda especialidad profesional en enfermería en Emergencias y Desastres, Universidad Nacional del Callao]. Obtenido de:
<https://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/8047/TESIS-2%20ESPECIALIDAD%20PROF.-%20JHONATAN%20PACHECO%20CONTRERAS%20Y%20VICENTE%20LLANO%20QUIROGA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Arias Y. Factores predisponentes de la hipertensión arterial en pacientes que acuden al servicio de emergencia del hospital sub regional, Andahuaylas-Apurímac 2019. Tesis. Cusco : Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco , Enfermería. Obtenido de:
https://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/7978/253T20231110_TC.pdf?sequence=1&isAllowed=y
29. Torres A, Yucra Y, Robles I. Factores de riesgos y presencia de hipertensión arterial de pacientes adultos atendidos en el servicio de emergencia del hospital regional Guillermo Díaz de la Vega ; Apurímac – 2021. Tesis. Callao: Universidad Nacional del Callao. Obtenido de:
https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UIGV_70bfcdcbcb84c53a4f2f0996d5b48315
30. Álvarez R, Torres L, Garcés J, Izquierdo D, Bermejo D, Lliguisupa V. Factores de riesgo de hipertensión arterial en adultos. Una revisión crítica. Revista Latinoamericana de Hipertensión. 2022; 17(2). doi:

<http://doi.org/10.5281/zenodo.6662070>

31. Ripollés J, Lorente J, Monge M. Manejo intraoperatorio de la hipertensión arterial en cirugía no cardíaca. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*. 2016; 374(23).
32. Ripollés-Melchor J, Lorente J, Monge M. Manejo intraoperatorio de la hipertensión arterial en cirugía no cardíaca. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*. 2020;67(S1). doi:10.1016/j.redar.2020.01.004
33. OMS. Hipertensión. [Online]; 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
34. Campos I, Hernández L, Flores A, Gómez E, Barquera S. Prevalencia, diagnóstico y control de hipertensión arterial en adultos mexicanos en condición de vulnerabilidad. Resultados de la Ensanut 100k. *Salud Pública de México*. 2019 Abril; 61(6). Doi: <https://doi.org/10.21149/10574>
35. Gamboa R. Fisiopatología de la hipertensión arterial esencial. *Acta Med Per*. 2021;38(2). Obtenido de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v23n2/v23n2a06>
36. GBD 2021 Risk Factor Collaborators. Global burden of hypertension and its attributable risk for cardiovascular diseases and cancer in 204 countries and territories, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2023;402(10347). doi:10.1016/S0140-6736(23)01560-4.
37. Mills K, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension. *Nat Rev Nephrol*. 2021 Marzo; 16(4). Doi: <https://doi.org/10.1038/s41581-019-0244-2>
38. Ostchega Y, Fryar CD, Nwankwo T, Nguyen DT. Hypertension prevalence, awareness, treatment, and control among U.S. adults: National Health and Nutrition Examination Survey, 2017-2018. CDC. 2020; Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db364.htm>.

39. Ma J, Chen X. Advances in pathogenesis and treatment of essential hypertension. *Front Cardiovasc Med.* 2022;9:1003852. doi: 10.3389/fcvm.2022.1003852
40. Whelton P, Carey R, Aronow W, Casey D, Collins K, Dennison C, et al. ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force. *Hypertension.* 2018; 71(6).
41. Muntner P, Hardy ST, Fine LJ, Jaeger BC, Wozniak G, Levitan EB, Colantonio LD. Trends in Blood Pressure Control Among US Adults With Hypertension, 1999-2000 to 2017-2018. *JAMA.* 2020 Sep 22;324(12). doi: 10.1001/jama.2020.14545.
42. Shi S, Gouskova N, Najafzadeh M, Wei LJ, Hyun D. Intensive versus standard blood pressure control in type 2 diabetes: a restricted mean survival time analysis of a randomised controlled trial. *Cardiovascular medicine.* 2021; 11(9). Doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050335>
43. Parra H. Factores de riesgo y manifestaciones clínicas de la hipertensión arterial. *Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud "Gestar".* 2019; 2(4). doi: <https://doi.org/10.46296/gt.v2i4.0010>
44. García , Centurión. Medidas preventivas y manejo diagnóstico y terapéutico de la hipertensión arterial y las crisis hipertensivas. *Revista de salud publica del Paraguay.* 2020; 10(2). doi: <https://doi.org/10.18004/rspp.2020.diciembre.59>.
45. Campbell N, Paccot M, Whelton K, Angell Y, Jaffe G, Cohn J et al. Directrices de la Organización Mundial de la Salud del 2021 sobre el tratamiento farmacológico de la hipertensión: implicaciones de política para la Región de las Américas. *Rev Panam Salud Publica.* 2022; 46:e54. doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.54>
46. SEFAC. Abordaje de la hipertensión por el farmacéutico comunitario: Métodos de medida de la presión arterial. *Farmacéuticos comunitarios.* 2022; 5(14). Obtenido

de: <https://www.farmaceuticoscomunitarios.org/es/journal-article/presion-arterial-metodos-medida-medida-aislada-farmacia-comunitaria-automedida/full>

47. Diana B. Guía técnica de procedimiento: Monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA). Informe técnico. Cajamarca : Hospital General Jaén; 2024. Obtenido de: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6715433/5828921-r-d-n-341-2024-gr-caj-drs-hgj-de-con-anexo.pdf>
48. Gorostidi M, Gijón T, Sierra A, Rodilla E. Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. Hipertensión y riesgo vascular. 2023; 39. doi: <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2022.09.002>
49. Cruz Edl, Ramos A, Cárdenas V. Efectividad de intervenciones de ejercicio físico, en adolescentes con hipertensión y obesidad: revisión sistemática. Horizonte sanitario. 2021; 20(1). doi: <https://doi.org/10.1161/01.hyp.0000107251.49515.c2>
50. Martínez J, Llovet. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension: Endorsed by the International Society of Hypertension (ISH) and the European Renal Associat. J Hypertens. 2023; 41(12). doi: 10.1097/HJH.0000000000003480
51. Valente B, Salas A, Salgado V. Nueva guía de la Organización Mundial de la Salud para el tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial en adultos. Evidencia - actualización En La práctica Ambulatoria. 2021; 24(4). doi: <https://doi.org/10.51987/evidencia.v25i1.6984>
52. Maldonado G, Rodríguez A, Díaz A, Londoño E, León M. Comportamiento epidemiológico de la Hipertensión arterial en un Policlínico cubano. Horizonte sanitario. 2020; 19(1). doi: <https://doi.org/10.19136/hs.a19n1.2899>
53. González M, Diloy L, Gutiérrez M, Martínez G, Alegre G, Franco M. Modificaciones del estilo de vida para el control y la prevención de la hipertensión arterial. [Online].;

- 2024 [cited 2024 Noviembre 14. Available from: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/modificaciones-del-estilo-de-vida-para-el-control-y-la-prevencion-de-la-hipertension-arterial/>.
54. Morales-Ramírez, D., Sánchez-Hernández, N. A., & Martínez-Lara, V. (2020). El estilo de vida y su impacto sobre el estado nutricional en mujeres mexicanas: una aplicación del cuestionario FANTASTIC. *Estudios Sociales. Revista de Alimentación Contemporánea y Desarrollo Regional*, 30(55). 1-25. doi: <https://doi.org/10.24836/es.v30i55.835>
 55. Cortés M. Estilos de vida y su influencia en la salud pública. *Ocronos*. 2024 Julio; 7(7).Obtenido de: <https://revistamedica.com/estilos-vida-influencia-salud-publica/>
 56. Parra L, Galeno L, Chacon M, Camacho P. Barreras para el conocimiento, el tratamiento y el control de la hipertensión arterial en América Latina: una revisión de alcance. *Rev. Panam Salud Pública*. 2023; 47(3). Obtenido de: doi: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.26>
 57. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. [Online].; 2024 [cited 2024 Noviembre 14. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
 58. Fundación Clínica Shaio. El autocuidado es una responsabilidad con nuestra salud. [Online].; 2020 [cited 2023 octubre 12. Available from: <https://www.shaio.org/autocuidado-salud#:~:text=El%20autocuidado%20consiste%20en%20aquellas,vida%20a%20medida%20que%20envejecemos>.
 59. De la Cruz E, Pinto J. *Estilo de vida relacionado con la salud*. España: Universidad de Murcia; 2021. Obtenido de: <https://yelitzaramos.wordpress.com/wp-content/uploads/2021/06/estilo-de-vida-y-salud.pdf>
 60. Fundación Clínica Shaio. El autocuidado es una responsabilidad con nuestra salud.

[Online]; 2020. Acceso 12 de octubre de 2023. Disponible en: <https://www.shaio.org/autocuidado-salud#:~:text=El%20autocuidado%20consiste%20en%20aquellas,vida%20a%20medida%20que%20envejecemos.>

61. Rivas A, Leguísamo. Estilo de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo III de una institución de salud de Santa Marta, Colombia, 2017. Duazary. 2020; 17(4).
Obtenido de: <https://revistas.unimagdalena.edu.co/index.php/duazary/article/view/3601/2741>.
62. Mora L. Plan de ejercicio recomendado para adultos mayores. [Online]; 2023. Acceso 23 de Noviembre de 2024. Disponible en: <https://mejorconsalud.as.com/plan-ejercicio-recomendado-adultos-mayores/>.
63. Blanco E, Chavarría G, Garita Y. Estilo de vida saludable en diabetes mellitus tipo 2: Beneficios en el manejo crónico. Revista Médica Sinergia. 2021; 6(2). doi: <https://doi.org/10.31434/rms.v6i2.639>
64. Araque M, Ruiz P, Artés E. Efectos de un programa de ejercicio físico multicomponente sobre la condición física, la autoestima, la ansiedad y la depresión de personas adultas-mayores. Retos. 2021; 1(29). Obtenido de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8029540>.
65. Valdés Y, Calderón Y, Carmenate Y, Tejera F, Bermúdez M. Condición física funcional en adultos mayores hipertensos. Corado Revista de la Universidad de Cienfuegos. Cuba. 2020; 16(77).
66. González M. Ejercicio físico y nutrición: Sinergia para un estilo de vida saludable. Real Academia Europea de Doctores ed. Barcelona: Ediciones Gráficas Rey S.L.; 2024.
67. Mendoza A. Fundamentos teóricos que sustentan el desarrollo de un protocolo de investigación dirigido al favorecimiento de una buena nutrición y su impacto en el

rendimiento escolar de los alumnos del 2do grado de la escuela primaria Ignacio Ramírez de Cocula. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*. 2020; 8(2). Obtenido de: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-78902021000100010&script=sci_arttext

68. Aunión E, Monereo S. *Gestión Dietética del Sobrepeso en la Oficina de Farmacia : Editoria Médica ; 2023.*
69. Savarino G, Corsello A, Corsello G. Macronutrient balance and micronutrient amounts through growth and development. *Italian Journal of Pediatrics*. 2021; 47(109). Obtenido de : <https://link.springer.com/article/10.1186/s13052-021-01061-0>
70. Bhupathiraju S, Hu F. Hidratos de carbono, proteínas y grasas. [Online].; 2023. Acceso 11 de Noviembre de 2024. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/hogar/trastornos-nutricionales/introducci%C3%B3n-a-la-nutrici%C3%B3n/hidratos-de-carbono-prote%C3%ADnas-y-grasas>.
71. Bach A, Ferreres I, Pueyo M. Inmunonutrición y (su impacto en la) salud. *Micronutrientes y factores debilitantes*. 2023; 40(2). Obtenido de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112023000700002
72. Gombart F, Pierre A, Maggini S. A review of micronutrients and the immune system - Working in harmony to reduce the risk of infection. *Nutrients*. 2020; 12(1). doi: 10.3390/nu12010236
73. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Nutrición*. [Online]; 2021. Acceso 25 de Noviembre de 2024. Disponible en: https://imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/adultos_mayores/Guia_adultosmay_nutricion.pdf.
74. MedlinePlus. *Nutrición para personas mayores*. [Online]; 2024. Acceso 23 de Noviembre de 2024. Disponible en:

<https://medlineplus.gov/spanish/nutritionforolderadults.html>.

75. OMS. Estrés. [Online]; 2023. Acceso 21 de Febrerode 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/stress>.
76. Razo A, Hernández E, Flores C, Martínez M. Afrontamiento del estrés y ansiedad ante la muerte por COVID-19 en personas mayores. *Anales en Gerontología*. 2021; 13(13). Obtenido de: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/48585>
77. Cruz J. Manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor. *Medicina interna de México*. 2019; 35(4). doi: <https://doi.org/10.24245/mim.v35i4.2444>
78. Arregui A. Gestión del estrés y bienestar emocional: estrategias para mejorar la calidad de vida. *Ocronos*. 2024; 7(4). Obtenido de: <https://revistamedica.com/gestion-estres-bienestar-emocional-estrategias/>
79. Benowitz L. Nicotine addiction. *New England Journal of Medicine*. 2020; 362(24). doi: <https://doi.org/10.1056/nejmra0809890>
80. National Institute on Drug Abuse. Adicción al tabaco – Reporte de investigación ¿Qué consecuencias trae el consumo de tabaco para la salud física? [Online]; 2020. Acceso 23 de Noviembre de 2024. Disponible en: <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/adiccion-al-tabaco/el-tabaco-contiene-otras-sustancias-quimicas-que-pueden-contribuir-su-adic>.
81. Penín Ó, Rojo J, Penin A, Villasuso B. Influencia de la dependencia del consumo de tabaco en el control de la presión arterial en personas con tratamiento farmacológico antihipertensivo. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2021; 13. doi: 10.33620/FC.2173-9218.(2021/Vol13).004.02
82. Reyes C, Fierros C, Cárdenas R, Hernández A, García L. Efectos cardiovasculares del tabaquismo. *Neumología y cirugía del tórax*. 2020; 78(1).

83. Vidal C. Tabaquismo en el adulto mayor: un freno al envejecimiento saludable en la población chilena. *Revista médica de Chile*. 2020 Julio; 148(7). doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000700939>
84. Gimeno R, Lázaro A, Luño A, Alva B, Gallego S, Villar J. Factores de riesgo y factores protectores asociados a la depresión en la persona mayor. *Enfermería*. 2023 Junio; 1(1). Obtenido de: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/factores-de-riesgo-y-factores-protectores-asociados-a-la-depresion-en-la-persona-mayor/>
85. OMS. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). [Online]; 2021. Acceso 23 de Noviembre de 2024. Disponible en: <https://icd.who.int/en/>.
86. Tssnim S, TangVijaya C, MusiniJames M, Wright M. Efecto del alcohol en la presión arterial. *Cochrane Database of Systematic Reviews Review - Intervention*. 2020. Obtenido de: [10.1002/14651858.CD012787.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD012787.pub2)
87. Aldas , Chara , Guerrero , Flores. Actividad física en el adulto mayor. *Dominio De Las Ciencias*. 2021; 7(5).
88. Abi R. Consumo de alcohol desde una perspectiva social y económica: un estudio de revisión. [Online].; 2022 [cited 2024 Noviembre 28. Available from: <https://www.issup.net/es/knowledge-share/addictology/issue-32021/research/2022-01/consumo-alcohol-desde-una-perspectiva-social-y-economica-un>.
89. Organización Mundial de la Salud. (2023). Informe OMS sobre la epidemia mundial de tabaquismo, 2023. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240077485>
90. Belmonte , González , Arrebola , Montoro. Impacto del ejercicio físico en variables relacionadas con el bienestar emocional y funcional en adultos mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 2021; 56(3). Obtenido de: doi: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-impacto-del-ejercicio-fisico-variables-S0211139X21000275>

91. OMS. Tabaquismo. [Online]; 2024. Acceso 23 de Noviembre de 2024. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/tobacco/#tab=tab_1.
92. Rodríguez , Reguant. Calcular la fiabilidad d'un qüestionari o escala mitjançant l'SPSS: el coeficient alfa de Cronbach. REIRE Revista d'Innovació I Recerca En Educació. 2020; 13(2).
93. Pavón León, P., Gogeochea-Trejo, M. del C., Blázquez-Morales, M. S. L., & Sánchez-Solis, A. (2018). Factores asociados con el consumo de alcohol y tabaco en adultos mayores. Revista Médica de la Universidad Veracruzana, julio, 18(1). 1-15. Obtenido de: https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol18_num1/articulos/factores.pdf
94. González M, Diloy L, Gutiérrez M, Martínez G, Alegre G., Franco M. Modificaciones del estilo de vida para el control y la prevención de la hipertensión arterial. Revista sanitaria de investigacion. 2024. Obtenido de: <https://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20151211062618/RevistaLatinoamericanaVol.13N.2julio-diciembre2015.pdf>
95. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. Revista de la OMS. 2024; 14. Obtenido de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
96. Gadea W, Cuenca R, Chaves A. Epistemología y fundamentos de la investigación científica: Universidad Técnica Particular de Loja San Cayetano Alto - CENGAGE; 2019.
97. Cely J, Alvarado W, Caicedo J. Conceptos y enfoques de metodología de la investigación: Universidad Francisco de Paula Santander. Editorial Crecer S.A.S. ; 2023.
98. Espinoza L. Estilo de vida del profesional de enfermería perteneciente a la Micro Red de San Vicente Cañete - 2016 Lima : Universidad San Martín de Porres; 2016.

99. Arrancibia M. Consideraciones éticas en la práctica médica. Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. 2021; julio, 81(1). Obtenido de: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48162021000100163&script=sci_abstract
100. Patiño V., Bravo P., Maruri S. Bioética e investigación en salud, implicaciones en la biomedicina. RECIAMUC. 2023; abril, 7(2). doi: <https://doi.org/10.26820/reciamuc/7>

Los anexos, panel fotográfico y otros documentos están resguardados en la oficina de repositorio digital institucional en la Biblioteca Central de la Universidad Tecnológica de los Andes