

ESTILOS DE VIDA Y EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS
ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL AMBULATORIO LAS AGÜITAS,
INSALUD. VALENCIA. ESTADO CARABOBO

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
DIRECCION DE POSTGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRIA EN ENFERMERIA EN
GERONTOLOGIA Y GERIATRICA

**ESTILOS DE VIDA Y EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN
LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL AMBULATORIO LAS
AGÜITAS, INSALUD. VALENCIA. ESTADO CARABOBO**

Tutora: Dra. Amarilis Guerra

Autora: Licda. Maritza Rojas

Valencia, Abril 2015

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
DIRECCION DE POSTGRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRIA EN ENFERMERIA EN
GERONTOLOGIA Y GERIATRICA

**ESTILOS DE VIDA Y EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN
LOS ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL AMBULATORIO LAS
AGÜITAS, INSALUD. VALENCIA. ESTADO CARABOBO**

Autora: Licda. Maritza Rojas

Trabajo de grado presentado ante
La Facultad de Ciencias de la Salud
de la UC, para optar al título de
Magíster en Enfermería en
Gerontología y Geriatria.

Valencia, Abril 2015

AUTORIZACIÓN DEL TUTOR

Yo Carmen Amarilis Guerra, en mi carácter de tutor por la presente hago constar que he leído el proyecto del Trabajo de grado presentado por la Licda. Maritza Rojas titular de la C.I._____, para optar al título de Magíster en Enfermería en Gerontología y Geriatria, correspondiente a la línea de Investigación Autocuidado Planificación, Organización y Funcionamiento de la Atención Primaria de la Salud del Adulto Mayor, cuyo título es: Estilos de vida y el manejo de la hipertensión arterial en los adultos mayores que asisten al ambulatorio las Agüitas, INSALUD. Valencia. Estado Carabobo, considero que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la presentación pública y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

Dra. Carmen Amarilis Guerra
C.I. 5588111

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
DIRECCIÓN DE POST GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRIA EN ENFERMERIA EN
GERONTOLOGIA Y GERIATRICA

VEREDICTO

Nosotros, miembros del jurado designado para la evaluación del trabajo de Grado titulado Estilos de vida y el manejo de la hipertensión arterial en los adultos mayores que asisten al ambulatorio las Agüitas, INSALUD. Valencia. Estado Carabobo, presentado por la Licda. Maritza Rojas, para optar al título de Magíster en Enfermería en Gerontología y Geriatria, estimamos que el mismo reúne los requisitos para ser considerado como:_____

Nombre

Apellido

C.I.

Firma del Jurado

ÍNDICE GENERAL

	Pág
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE DE CUADROS.....	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xii
RESUMEN.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA	
1. Planteamiento del Problema.....	3
2. Objetivos.....	11
2.1 Objetivo General.....	11
2.2 Objetivos Específicos.....	11
3. Justificación de la Investigación.....	12
CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL	
1. Antecedentes del Estudio.....	15
2. Bases Teóricas.....	22
3. Bases Legales.....	37
4. Sistemas de Hipótesis.....	38
4.1 Hipótesis General.....	38
4.2 Hipótesis Específicas.....	38
5. Definición de términos.....	40
6. Sistema de Variable.....	41
7. Operacionalización de la Variable.....	42
CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO	
3.1 Tipo y Diseño de Estudio.....	47
3.2 Población.....	48
3.3 Muestra.....	48
3.4 Técnicas para la recolección de datos.....	49
3.5 Validez del Instrumento.....	49
3.6 Confiabilidad del Instrumento.....	50
3.7 Procedimiento para la recolección de datos.....	51
3.8 Técnicas de análisis de datos.....	51
CAPÍTULO IV. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	
1. Presentación de Resultados.....	52
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
1. Conclusiones.....	94
2. Recomendaciones.....	100
BIBLIOGRAFÍA.....	102
ANEXOS.....	105
A. Instrumento para recolectar información.....	106
B. Validez del Instrumento.....	107

C.	Confiabilidad del Instrumento.....	108
D.	Consentimiento Informado.....	109
E.	Carta de autorización de la institución.....	110

INDICE DE TABLAS

Tabla		Pág.
1	Estilo de vida del adulto mayor y manejo de la Hipertensión Arterial- Distribución de los Adultos Mayores según Género. Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado 2014.	54
2	Estilo de vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial. Distribución de los Adultos Mayores según Edad. Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado. 2014.	56
3	Estilo de vida del Adulto mayor y manejo de la Hipertensión Arterial. Distribución de los Adultos Mayores Según Trabajo. Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo.2014.	58
4	Estilo de vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial. Distribución de los Adultos Mayores Según Estado Civil. Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2014.....	60
5	Estilo de vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial. Distribución de los Adulto Mayores Según Nivel Educativo. Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo.2014.....	62
6	Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial. Distribución de los Adultos Mayores Según Pensión o Jubilación. Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2014.	64
7	Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial. Distribución de los Adulto Mayores Según Niveles de Hábitos de Alimentación Habita de Alimentación en el Factor Control de Salud. Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2014.....	66
8	Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial. Distribución de los Adultos Mayores de hábitos de Alimentación en el factor Tratamiento Farmacológico. Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2014.....	69
9	Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial. Distribución de los Adultos Mayores Según Niveles de hábitos de Alimentación en el Factor Control de Laboratorio. Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2014.....	72
10	Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial. Distribución de los Adultos Mayores Según Actividad Física en el Factor Control de Salud. Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2014.....	75
11	Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial. Distribución de los Adultos Mayores Según Actividad Física en el Factor Tratamiento Farmacológico. Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo.2014.....	78

12	Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial. Distribución de los Adultos Mayores Según Niveles de Actividad Física en el Factor Control de Laboratorio. Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo.2014.	81
13	Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo hipertensión Arterial. Distribución de los Adultos Mayores Según Niveles de la Variables Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial. Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2014.....	84

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico		Pág.
1	Estilo de vida del adulto mayor y manejo de la Hipertensión Arterial- Distribución de los Adultos Mayores según Género. Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado 2014.	55
2	Estilo de vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial. Distribución de los Adultos Mayores según Edad. Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado. 2014.	57
3	Estilo de vida del Adulto mayor y manejo de la Hipertensión Arterial. Distribución de los Adultos Mayores Según Trabajo. Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo.2014.	59
4	Estilo de vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial. Distribución de los Adultos Mayores Según Estado Civil. Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2014.	61
5	Estilo de vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial. Distribución de los Adulto Mayores Según Nivel Educativo. Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo.2014.....	63
6	Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial. Distribución de los Adultos Mayores Según Pensión o Jubilación. Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2014.	65
7	Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial. Distribución de los Adulto Mayores Según Niveles de Hábitos de Alimentación Habita de Alimentación en el Factor Control de Salud. Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2014.....	68
8	Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial. Distribución de los Adultos Mayores de hábitos de Alimentación en el factor Tratamiento Farmacológico. Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2014.....	71
9	Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial. Distribución de los Adultos Mayores Según Niveles de hábitos de Alimentación en el Factor Control de Laboratorio. Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2014.....	74
10	Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial. Distribución de los Adultos Mayores Según Actividad Física en el Factor Control de Salud. Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2014.....	77
11	Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial. Distribución de los Adultos Mayores Según Actividad Física en el Factor Tratamiento Farmacológico. Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo.2014.....	80

12	Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial. Distribución de los Adultos Mayores Según Niveles de Actividad Física en el Factor Control de Laboratorio. Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo.2014.	83
13	Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo hipertensión Arterial. Distribución de los Adultos Mayores Según Niveles de la Variables Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial. Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2014.....	86

UNIVERSIDAD DE CARABOBO
DIRECCIÓN DE POST GRADO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
MAESTRIA EN ENFERMERIA EN
GERONTOLOGIA Y GERIATRICA

ESTILOS DE VIDA Y EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS
ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN AL AMBULATORIO LAS AGÜITAS,
INSALUD. VALENCIA. ESTADO CARABOBO

Autora: Licda. Maritza Rojas

Tutora: Dra. Carmen Amarilis Guerra

Año: 2015

RESUMEN

La presente investigación está enmarcada en la línea de investigación de la Maestría en Enfermería en Gerontología y Geriátrica titulada: Autocuidado planificación, organización y funcionamiento de la Atención Primaria de la Salud del Adulto Mayor, la cual tuvo como objetivo general de determinar la relación entre los estilos de vida en sus factores: hábitos de alimentación y actividad física y el manejo de la Hipertensión Arterial en sus factores control de salud, cumplimiento del tratamiento farmacológico y exámenes de laboratorio en los adultos mayores que asisten a la consulta de adulto Ambulatorio Las Agüitas, INSALUD, en la ciudad de Valencia, Estado Carabobo. Fue una investigación bajo el paradigma empírico analítico, el diseño correlacionar, de corte transversal. La población y muestra fueron 25 adultos mayores. El instrumento para la recolección de los datos se construyó en función de las variables del estudio. La encuesta estuvo estructurada en tres partes, la primera referida a los datos sociodemográficos del adulto mayor, la segunda contentiva de 23 ítems referidos a la variable Estilo de vida y la tercera parte con los ítems referidos a la variable Manejo de la HTA del Adulto Mayor. Los resultados fueron que el género dominante fue el sexo femenino (52%), de los cuales (64%) poseen de 60 a 65 años; la mayoría de ellos (60%) trabajan, y los adultos mayores casados representan un mayor porcentaje (56%), el 60% alcanzaron un nivel educativo de primaria, y en su mayoría (60%) no reciben pensión o están jubilado. En relación a las dos variables estudiadas, se encontró que en los tres niveles de la variable estilo de vida hubo dos mayorías porcentuales en los niveles Alto de la variable Manejo de la HTA y uno en el nivel Medio, 62,5%, 67% y 100,0%, respectivamente. Esto indica que no hubo una relación de concordancia entre ambas variables en lo que respecta a niveles de igual categoría. Esto a la vez, se corresponde con el coeficiente de correlación de Pearson que dio un valor positivo pero casi nulo (+ 0,044) y sin significación estadística ($P < 0,782$). En conclusión no se demostró que exista una relación significativa entre ambas variables. Por lo que se infiere que el Estilo de vida en sus factores: hábitos de alimentación y actividad física no se relaciona con el Manejo de la HTA en sus factores control de salud, cumplimiento del tratamiento farmacológico y exámenes de laboratorio de los adultos mayores.

Palabras Clave: Estilos de Vida, Hipertensión Arterial, Adultos Mayores.

INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial (HTA) es un factor de riesgo cardiovascular y contribuye considerablemente a la morbi-mortalidad de la población, representando un problema en la población de adultos mayores del país, quienes presentan una mayor prevalencia de HTA y un mayor riesgo cardiovascular, aunado esto a sus estilos de vida no saludables.

En este sentido se plantea la realización de la presente investigación cuyo objetivo es determinar la relación entre los estilos de vida en sus factores: hábitos de alimentación y actividad física y el manejo de la HTA en sus factores control de salud, cumplimiento del tratamiento farmacológico y exámenes de laboratorio en los adultos mayores que asisten a la consulta de adulto Ambulatorio Las Agüitas, INSALUD, en la ciudad de Valencia, Estado Carabobo.

En este estudio, el paradigma que se empleó fue el empírico analítico, sustentado epistemológicamente por la corriente del Positivismo lógico, el diseño del estudio seleccionado de acuerdo con los objetivos propuestos fue el correlacional, de corte transversal, la población estuvo conformada por 25 adultos mayores que asisten a la consulta de adulto Ambulatorio las Agüitas del Estado Carabobo, la muestra fue el 100% de la misma, la información se recopiló a través de un instrumento tipo cuestionario. El análisis estadístico se hizo a través de la aplicación de estadísticas descriptivas.

El informe de la investigación está estructurado en cinco capítulos; en el capítulo I referido al problema, se presenta el planteamiento del problema, los objetivos y la justificación de la investigación. El capítulo II presenta el marco referencial que incluye los antecedentes del estudio, las bases teóricas sobre Estilo de vida del adulto mayor y el Manejo de la HTA del adulto Mayor. También se presentan, la definición de términos, el sistema de hipótesis, el sistema de variables y su operacionalización.

En el capítulo III, se hace referencia al marco metodológico utilizado en la investigación relacionado con el tipo de estudio, población, muestra, instrumento, el procedimiento utilizado, las técnicas de tabulación y análisis de los datos, igualmente, el capítulo IV contiene los resultados de la investigación, así como el análisis e interpretación de los mismos. Seguidamente el capítulo V referido a las conclusiones y recomendaciones. Finalmente se presentan las referencias bibliográficas y los anexos referidos al instrumento de recolección de información, validación y confiabilidad.

CAPITULO I

EL PROBLEMA

En el presente capítulo se describe el planteamiento del problema, el objetivo general, los objetivos específicos y la justificación del estudio.

1.1 Planteamiento del Problema

El envejecimiento del individuo es un proceso orgánico y funcional de cambios continuos que afectan no solo al ser humano sino a todos los seres vivos. Desde la concepción se están produciendo una serie de modificaciones a lo largo del ciclo vital. Este proceso es un fenómeno de carácter individual íntimamente relacionados con los factores ambientales en los cuales se desarrolla. En la tercera edad, los aspectos relacionados a la salud cobran significación, pues llegan la alteración fisiológica que acompañan al envejecimiento, tales como las deficiencias funcionales en diversos órganos del cuerpo vinculados a los diferentes estilos de vida que asume el individuo teniendo como consecuencia la aparición de múltiples enfermedades, entre ellas las cardiovasculares.

En este sentido Simon (1998), destaca que “a medida que los ancianos aumentan en edad y número, lo hace la incidencia de problemas cardíacos y circulatorios. Los cambios que se producen en el sistema circulatorio se deben al envejecimiento normal, a los factores de riesgo del estilo de vida y a los proceso

patológicos” (p.213). Los elementos nocivos que interfieren en la calidad de vida del adulto a través de los años van deteriorando la salud del adulto mayor; por otra parte los retos de la sociedad moderna conllevan al adulto mayor a modificar los estilos de vida, lo que ocasiona problemas de salud.

Según las proyecciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002), a nivel mundial se registraron 376 millones de personas mayores de 60 años de edad y se calcula que para el 2020 esta cifra alcanzará 590 millones, de los cuales más de la mitad pertenecerán a países en desarrollo. Por otra parte, según el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (1948), en América Latina y el Caribe actualmente el número de personas mayores de 60 años o más, se incrementa a diario, lo que se espera que para el año 2025 la base de la pirámide poblacional será rectangular incrementándose el porcentaje de la población de un 14.2%, en 50% de lo que fue la proyección para 1995.

En este sentido Savarezza, (2003), expresa que las proyecciones de envejecimiento de la población hasta un cuarto del siglo XXI son: 2020 la población japonesa será la más vieja del mundo, 31% tendrá 60 años y le seguirán la de Italia, Grecia y Suiza. En los Estados Unidos, el 86% de todos los norteamericanos tienen una o más enfermedades crónicas, las cuales se asocian con un alto porcentaje de mortalidad en adultos mayores” (p.48), señalando además que, diversas

investigaciones han demostrado la asociación entre estas enfermedades, los estilos de vida y las políticas de salud de la población.

Al respecto, el Instituto Nacional de Estadísticas de Venezuela (INE), (2012), menciona que de acuerdo al censo 2011, la población venezolana ascendió a 28.946.101 personas, siendo el 5,8 % adulto mayor.

En este sentido, Pérez (2002) explica que en la población venezolana la mayoría de los adultos mayores poseen hábitos de vida que resultan perjudiciales para la salud y se relacionan con estrés, dieta inadecuada, sedentarismo, falta de recreación, consumo de tabaco y alcohol, lo que trae como resultado enfermedades cardiovasculares.

De acuerdo a Barraza y Castillo (2006) el envejecimiento es un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo, y hasta el momento, inevitable, en el ocurren cambios biopsicosociales resultante de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades. Los cambios sobre el organismo causados por el envejecimiento pueden expresarse de dos maneras: envejecimiento normal o primario, referidos a los cambios derivados del propio paso del tiempo y el envejecimiento patológico o secundario, caracterizado por la presencia de la enfermedad o discapacidad además de los cambios propios del envejecimiento

En el adulto mayor, el estilo de vida que asuma influirá de manera determinante en la salud sobre este aspecto, Del Rey y Calvo (1998), menciona que “los estilos de vida, constituyen una de las principales garantías de la salud” (p.1). Es decir, que de acuerdo a la forma de vivir que haya adoptado cada adulto mayor, esto disminuye o aumenta la morbilidad de enfermedades como la Hipertensión Arterial (HTA).

Dentro de estas enfermedades cardiovasculares, la HTA como síndrome ocupa un lugar preponderante, sobre ello el mismo autor, explica que “La HTA, es el síndrome cardiovascular que más riesgo de morbi-mortalidad conlleva” (p.358). En este sentido cabe destacar lo señalado por Beare y Myers (1997), “A la HTA se le conoce como el asesino silencioso, ya que no produce manifestaciones francas y detectables con facilidad” (p.685). Esta enfermedad al no ser tratada puede desencadenar en lesiones a nivel de todo el organismo produciendo insuficiencia cardíaca, problemas coronarios, renales y accidentes cerebrovasculares, lo que amerita hospitalización y en el caso del adulto mayor puede tener consecuencias mortales.

La HTA es una enfermedad que representa un problema de salud pública, cuando se trata del adulto mayor, esta patología adquiere mayor relevancia. Pérez (2002), menciona que:

Actualmente las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayor causa de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados. En

concreto se estima que la cuarta parte de los fallecimientos anuales en el mundo se deben a enfermedades cardiovasculares, lo que traducido a cifras, significa unos 12 millones de muertes. (p.356)

De todos los factores de riesgo que contribuyen al accidente cerebrovascular, el más poderoso es la HTA. Sobre ello el Instituto Nacional del Corazón, Pulmón y Sangre (2010), explica que las personas con HTA tienen un riesgo de accidente cerebrovascular que es de cuatro a seis veces más elevado que el riesgo de los que no tienen hipertensión. Una tercera parte de la población estadounidense adulta, aproximadamente 50 millones de personas (incluyendo de un 40 a un 70 por ciento de los que ahora tienen más de 65 años de edad), sufren presión sanguínea elevada. En este sentido Salas (2010) expresa que:

La HTA es una enfermedad que ocupa el segundo lugar entre las patologías cardiovasculares en el Estado Carabobo y Venezuela, es por ello, que el profesional de enfermería debe identificar en la comunidad factores protectores y de riesgo en personas con edades que son proclives a padecer esta enfermedad entre ellos, el Adulto Mayor. (p. 1)

Sobre esta base de ideas, cabe exponer la definición del profesional de Enfermería especializado en gerontología, el cual según Brochero (1997) es:

Un profesional que presta atención y cuidados de enfermería a la población anciana, estando capacitada para enseñar, supervisar, investigar, gestionar y liderar los cuidados destinados a este colectivo en situaciones complejas en las que también actúa como asesor en todos los niveles del sistema socio-sanitario. (p.3)

Por ello, las acciones de la enfermera gerontológica junto con el equipo de salud se encuentran por lo tanto dirigidas al fomento de la salud se acostumbran a

clasificar en dos grandes grupos, según incidan sobre el medio ambiente (protección de la salud) o sobre el individuo (promoción de la salud y prevención de la enfermedad). Es en este sentido que conviene señalar lo referido a los niveles de prevención.

Es de hacer ver que, estos niveles son los utilizados en pro de la salud del ser humano, que deben ser utilizados en el adulto mayor, en este sentido Beare y Myers (1997), desarrollaron un modelo de prevención que deriva de la epidemiología de la historia natural de la enfermedad; estos son: Prevención primaria (promoción de la Salud y protección específica). Prevención secundaria (diagnóstico precoz, tratamiento rápido y limitaciones por incapacidad). Prevención terciaria (recuperación y rehabilitación).

En lo que respecta a la promoción de la salud, Del Rey y Calvo (1998) plantean que “la promoción de la salud se tiene que iniciar en el seno de la familia, desarrollando habilidades personales, estableciendo “valores”, por lo que es fundamental la educación de los padres como educadores natos de sus hijos” (p.6). La promoción de la salud pretende mantener la salud de las personas fomentando estilos de vida saludables a través de la información y la educación sanitaria, y se realiza mediante actividades organizadas en diversos lugares de la propia comunidad (escuelas, empresas, centros de convivencia, medios de comunicación).

Para que estas acciones sean efectivas deben ser apoyadas por la comunidad y acompañarse de las medidas políticas y legislativas que se estimen necesarias. Al enfocar la promoción de la salud, es pertinente exponer lo referido a la educación para la salud como elemento primordial de la misma. Del Rey y Calvo (1998), expresa que “es un proceso que informa, motiva y ayuda a la población adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, propugna los cambios ambientales necesarios para facilitar estos objetivos y dirige la formación profesional e investigación sobre estos objetivos” (p.3), siendo pues necesario educar al adulto mayor sobre estilos de vida saludable y de las acciones para lograrlo; ya que esta población cada día aumenta el número dentro de las comunidades, y con este aumento va incrementado el número de patologías, destacándose entre ellas la HTA.

En este sentido, los estilos de vida están relacionados con los patrones de consumo del individuo en su alimentación, de tabaco, así como con el desarrollo o no de actividad física, los riesgos del ocio en especial el consumo de alcohol, drogas y otras actividades relacionadas y el riesgo ocupacional. Los cuales a su vez son considerados como factores de riesgo o de protección, dependiendo del comportamiento, de enfermedades transmisibles como de las no transmisibles (Diabetes, Enfermedades Cardiovasculares, Cáncer, entre otras)

En la experiencia profesional de la autora de más de 15 años hasta la actualidad, como enfermera en el ambulatorio Urbano Tipo II en la comunidad de las Agüitas Municipio Los Guayos, se ha observado que los adultos mayores que acuden

al área de consulta de adulta por presentar cefaleas, mareos y sensación de zumbidos en los oídos. En dicho ambulatorio asisten un promedio de 248 adultos mayores durante el mes. Son evaluados por el equipo de salud y referidos a la consulta de medicina interna. La mayoría presentan cifras tensionales elevadas y al ser interrogados se expresan que mantienen tratamiento farmacológico inadecuados e irregulares, afirman que a veces lo cumplen cuando el ambulatorio se los facilita o cuando cuentan con sus propios recursos económicos para obtenerlo. Además refieren tener malos hábitos alimenticios, porque consumen embutidos, azúcares, grasas saturadas y ricos sodio.

Por otra parte, no realizan ningún tipo de actividad física por desmotivación personal a pesar de que en la comunidad de las Agüitas, Municipio Los Guayos, funciona en forma irregular un club para adulto mayor, dirigido por licenciados en deporte provenientes de la República de Cuba, quienes dirigen actividades deportivas, bailoterapia y encuentros deportivos entre adultos mayores en algunas oportunidades. Atendiendo, a lo señalado se plantean la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación entre los estilos de vida en sus factores: hábitos de alimentación y actividad física y el manejo de la HTA en sus factores control de salud, cumplimiento del tratamiento farmacológico y exámenes de laboratorio en los adultos mayores que asisten a la consulta de adulto Ambulatorio Las Agüitas, INSALUD. Valencia. Estado Carabobo?

1.2 Objetivos del Estudio

1.2.1. Objetivo General

Determinar la relación entre los estilos de vida en sus factores: hábitos de alimentación y actividad física y el manejo de la HTA en sus factores control de salud, cumplimiento del tratamiento farmacológico y exámenes de laboratorio en los adultos mayores que asisten a la consulta de adulto Ambulatorio Las Agüitas, INSALUD, en la ciudad de Valencia, Estado Carabobo.

Objetivos Específicos

1. Determinar la relación entre los estilos de vida en su factor hábitos de alimentación y el manejo de la HTA en su factor control de salud en los adultos mayores que asisten a la consulta de adulto Ambulatorio de las Agüitas en Valencia, Estado Carabobo.
2. Determinar la relación entre los estilos de vida en su factor hábitos de alimentación y el manejo de la HTA en su factor cumplimiento del tratamiento farmacológico en los adultos mayores que asisten a la consulta de adulto Ambulatorio de las Agüitas en Valencia, Estado Carabobo.

3. Determinar la relación entre los estilos de vida en su factor hábitos de alimentación y el manejo de la HTA en su factor exámenes de laboratorio en los adultos mayores que asisten a la consulta de adulto Ambulatorio de las Agüitas en Valencia, Estado Carabobo.
4. Determinar la relación entre los estilos de vida en su factor actividad física y el manejo de la HTA en su factor control de salud en los adultos mayores que asisten a la consulta de adulto Ambulatorio de las Agüitas en Valencia, Estado Carabobo.
5. Determinar la relación entre los estilos de vida en su factor actividad física y el manejo de la HTA en su factor cumplimiento del tratamiento farmacológico en los adultos mayores que asisten a la consulta de adulto Ambulatorio de las Agüitas en Valencia, Estado Carabobo.
6. Determinar la relación entre los estilos de vida en su factor actividad física y el manejo de la HTA en su factor exámenes de laboratorio en los adultos mayores que asisten a la consulta de adulto Ambulatorio de las Agüitas en Valencia, Estado Carabobo.

1.3. Justificación del Estudio

Los adultos mayores necesitan tener estilos de vida saludables, los cuales le permiten evitar enfermedades. La adopción de estilos de vida saludables y la

participación activa en el propio auto cuidado son importantes en todas las etapas del curso vital.

Es así como debe prestarse especial atención a los factores de riesgos modificables, tales como la alimentación adecuada, disminución del estrés, el descanso, el control médico periódico, la práctica de ejercicios, ya que son los que pueden manejarse por la persona y que en todo caso, la disminución de los mismos, podrán disminuir en forma significativa la posibilidad de sufrir HTA. Es por ello que los profesionales de enfermería a través del paradigma de la promoción de la salud contribuyen de manera significativa a prevenir las complicaciones derivadas de la HTA, al ofrecer información a los adultos mayores hipertensos sobre el fomento de estilos de vida saludables.

Por lo anteriormente expuesto, los resultados de esta investigación implica un compromiso y un reto para las enfermeras(os) y para las organizaciones de salud, dado por los requerimientos del personal que atiende a los adultos mayores que acuden a la consulta de adulto, siendo que es en el desempeño profesional donde la enfermera; tiene oportunidad de tratar con adultos mayores ya que estos van en aumento y se considera que es el grupo etáreo, de mayor riesgo y vulnerabilidad de enfermedades cardiovasculares entre ellas la HTA, la enfermera debe orientar con respecto a las costumbres y actividades básicas que deben adoptar para mejorar su calidad de vida y por ende su entorno familiar, como parte de la red de apoyo del adulto mayor.

Los resultados de esta investigación permitirán contar con un material de apoyo para el adulto mayor además de la información necesaria con los estilos de vida saludable que le permitirán disminuir las alteraciones de la salud como es el caso de la hipertensión arterial, a nivel de los centros dispensadores de salud a nivel comunitaria.

A nivel de la institucional en este caso en la consulta de adulto del Ambulatorio Las Agüitas, INSALUD, lugar del estudio, los resultados permitirán fortalecer la integración docencia-asistencia, actualizar al personal de enfermería en las estrategias a implementar en los cambios de hábitos de salud en el adulto mayor de negativos a positivos. Finalmente, cabe destacar que los resultados servirán de aporte como antecedentes a futuras investigaciones de pre y postgrado que traten esta temática.

CAPITULO II

MARCO REFERENCIAL

En este capítulo se presentan los antecedentes de la investigación; las bases teóricas que soportan el estudio, la definición de términos, el sistema de hipótesis, los sistemas variables y su operacionalización de las variables.

2.1. Antecedentes del estudio

Los antecedentes de la investigación, son indagaciones que sustentan el estudio que se relacionan de alguna manera con el problema, sirven de guía al investigador y le permiten hacer comparaciones o tener otras ideas sobre cómo se trató o que interpretación se le ha dado al problema en esa oportunidad, se trata pues de determinar aquellas investigaciones que se vinculan directamente con el objetivo de estudio. Sobre este tema Vélez y Cedeño (1997), explican que “los antecedentes conforman los documentos que directa o indirectamente están relacionados con el problema de investigación. A través de la revisión de literatura el investigador determina qué aspectos de su propia investigación se han tratado y cuáles no” (p.46).

A continuación se presentan antecedentes internacionales y nacionales.

2.1.1.- Antecedentes Internacionales

Carrasco (2010), realizó en Chile un estudio titulado: Relación entre la participación de los adultos mayores en proyectos de promoción de la salud y su estilo de vida. Tuvo como objetivo determinar la asociación existente entre estilo de vida y participación en actividades de promoción de la salud en adultos mayores. El diseño fue analítico, de corte transversal; seleccionaron una muestra aleatoria de 337 adultos mayores de la provincia de Curicó, divididos en dos grupos: el primero, compuesto por integrantes de organizaciones participantes de proyectos de promoción de la salud; y el segundo, beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA) sin participación social. A quienes se les aplicó un instrumento basado en las Escalas de Afectividad Positiva, Satisfacción Vital, Autoestima, Estilos de Vida y Calidad de Vida General, entre otras. Validado por tres expertos y aplicado previamente en una muestra piloto de 36 casos. Usando componentes principales, se construyeron indicadores de: calidad de vida general, satisfacción vital, afectividad, apoyo social subjetivo, autoestima, y autoeficacia. En los resultados se reflejó que el grupo de adultos mayores participantes presenta un índice de calidad de vida general significativamente mayor al grupo al igual que en la afectividad positiva, apoyo social subjetivo de amistades y autoestima. Las mayores diferencias se observaron en las variables respeto de las amistades y apoyo social subjetivo del grupo. Demostraron que existe relación entre la participación en actividades de promoción de la salud y estilo de vida y mejor calidad de vida de los adultos mayores estudiados, siendo significativas las diferencias en los factores psicosociales de la calidad de vida.

Este antecedente guarda relación con la investigación en virtud de que tratan la misma temática: Estilo de vida del adulto mayor.

Guzmán y Durán (2009), realizaron una investigación titulada, HTA en el adulto mayor. Caracterización clínica epidemiológica. Soma Major Health Center, de África Occidental. Tuvo como objetivo caracterizar clínica y epidemiológicamente los adultos mayores con hipertensión arterial, atendidos en Soma Major Health Center, durante el período Mayo Octubre 2009. Fue un estudio descriptivo de corte transversal, el universo de estudio estuvo conformado por el total de adultos mayores hipertensos (116) que fueron atendidos en dicha institución durante todo el período de estudio. La muestra quedó constituida por 108 pacientes que cumplieron con los siguientes criterios: Voluntariedad de participar en la investigación, edad 60 años y más, diagnóstico de hipertensión arterial en la historia clínica individual y residencia permanente en el área de salud. En los resultados se aprecia que predominó el sexo masculino y el grupo de edad de 60 – 64 años. El Tabaquismo, la Obesidad y la Diabetes Mellitus como factores de riesgo y la HTA y las enfermedades cardiovasculares como antecedentes patológicos fueron los de mayor prevalencia. La hipertensión sistólica fue la modalidad que más predominio tuvo dentro del grupo de estudio. Por su parte las complicaciones neurológicas, y las cardíacas fueron las más representativas.

La investigación antes señalada guarda relación porque abordan la HTA en el adulto mayor, temática estudiada en este estudio.

Restrepo y otros (2006) realizaron un estudio titulado: Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud, el mismo tuvo como objetivo indagar sobre los aspectos protectores y deteriorantes relacionados con la alimentación y nutrición del adulto mayor. En cuanto a la metodología, fue una investigación con el enfoque de epidemiología crítica y como estrategia se utilizó el monitoreo estratégico. Se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas para la recolección de información. En el componente cuantitativo se realizó un muestreo estratificado y en el componente cualitativo un muestreo intencional. La muestra quedó representada proporcionalmente, zona urbana 290 adulto mayor y zona rural 91 adultos mayores para un total de 381 adultos mayores a los cuales se les aplicó una encuesta en la cual se indagó por variables sociodemográficas, de salud física, y sicosocial, hábitos de alimentación y actividades de la vida diaria. En los resultados, mencionan los investigadores que se identificó en la alimentación de los adultos mayores del municipio de Caldas en el año 2005, los hábitos alimentarios que contribuyen a su proceso de mayor fragilidad, tales como un bajo consumo de lácteos, carnes, frutas, verduras y alto consumo de grasa. En algunos participantes el consumo se ve afectado por el poco acceso a los alimentos, en otros este se afecta por su estado de ánimo. Los participantes identifican que el bajo acceso a los alimentos genera hambre y enfermedad, manifiestan que anteriormente había mayor disponibilidad de alimentos por la posibilidad de acceder a ellos por medio de

la agricultura. Al llegar a la vejez algunos de ellos se enfrentan al aislamiento familiar lo que dificulta la adquisición de alimentos, viéndose en la necesidad de trabajar para su manutención, buscar redes de apoyo o programas de complementación alimentaria.

Esta investigación se relaciona con el estudio ya que en la misma se tratan aspectos del adulto mayor aunque con metodología diferente.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

En lo referido a los antecedentes nacionales Salas (2010), participó en una investigación Escuela de Enfermería de la Universidad de Carabobo cuyo título fue: Factores que inciden en los valores de la presión arterial. El objetivo de esta investigación fue determinar los factores que inciden en la alteración de los valores de la presión arterial en los adultos mayores. Fue una investigación descriptiva transversal, con un diseño no experimental y de campo. La población estuvo conformada por 83 adultos mayores, siendo la muestra de 25 que representaron el 30% de la población, los cuales fueron seleccionados de manera intencional. Para la recolección de la información se diseñó un instrumento tipo cuestionario con respuestas de cinco opciones. En lo que respecta a los resultados, se tiene que en cuanto a la relación a los Factores de riesgo no Modificables. El mayor porcentaje lo obtuvieron los antecedentes Familiares con HTA ocupando el 72%. Con respecto al Factor de riesgo Modificable, no se puede definir con exactitud un indicador que influya directamente en la alteración de los niveles de la presión arterial en los

adultos mayores, que participaron en el estudio. Sin embargo es necesaria la promoción de estilos de vida saludables, mediante la educación para la salud, y así concientizar a los adultos mayores en cuanto al factor modificable en cada uno de sus indicadores, además de la elaboración e implementación de un programa educativo.

Este estudio se relaciona con la presente investigación porque consideran la HTA en los adultos mayores, variable que se estudia en la presente investigación.

López (2004) realiza un estudio en Aragua, Venezuela, cuyo nombre fue: Eficacia de terapias alternativas en el cuidado de enfermería con fitoterapia, quiropraxia y masoterapia en la hipertensión arterial y trastornos osteomusculares del adulto mayor. Tuvo como objetivo general determinar la eficacia de las terapias alternativas en el cuidado de enfermería con fitoterapia, quiropraxia y masoterapia en hipertensión arterial y trastornos osteomusculares del adulto mayor. El estudio se realizó en el Ambulatorio Rafael Urdaneta en Cagua, Edo. Aragua. La muestra estuvo representada por 52 adultos mayores, 52 antes del tratamiento y 52 después del tratamiento, los cuales fueron seleccionados intencionalmente. El tipo de investigación fue cuasi experimental. La recolección se realizó mediante un cuestionario o múltiples ítems y escala diferentes, el cual se aplicó en tres (3) oportunidades al mismo paciente, para medir la eficacia de la terapia con fitoterapia, masoterapia y quiropraxia en la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial y

trastornos osteomusculares. La confiabilidad del instrumento se midió aplicando la prueba de Correlación de Pearson. El criterio de significación fue del 5% o menos ($p < 0,05$). Los resultados obtenidos del análisis confirmaron la eficacia de las tres terapias alternativas evaluadas, tanto a nivel preventivo como curativo siendo significativa ($p < 0,05$) más concluyentes los referidos a la aplicación de masoterapia y quiropraxia preventivas.

Esta investigación se relaciona porque trata una de las variables de este estudio, la cual es el manejo de la HTA del adulto mayor.

Zurita (2003), realizó una investigación sobre la incidencia de HTA en una población de ancianos no conocidos hipertensos que acuden a la consulta de medicina interna de la empresa PREVALER, Valencia, Estado Carabobo, durante los meses de Octubre del año 2001 a Octubre del año 2002. Fue un estudio de campo, descriptivo y con una muestra intencional de setenta ancianos de ambos sexos, entre 75 y 84 años, a quienes se les realizó una historia clínica, con los datos más importantes: edad, sexo, y antecedentes personales de HTA. Los datos obtenidos fueron procesados y se determinaron frecuencias, promedios y desviaciones estándar. En los resultados se aprecia que el 67,1 % de los sujetos estudiados fueron femeninos y 32,9% masculinos, el 57,1% del total de los pacientes ubicados en el grupo de edades entre 65 a 69 años. La HTA sistólica aislada fue el tipo de hipertensión más frecuente con un 47 por ciento, y se presentó más en el grupo de edades entre 65 y 69 años en un 53,8 por ciento, y en el sexo masculino obtuvo una incidencia porcentual de 47,8 %.

El grado de HTA que más predominó fue la ligera con un 77,1 % sobre todo en el grupo de edades entre 65 y 69 años de edad. Los resultados de este trabajo sugieren que la detección y control precoz de este factor de riesgo de alguna manera permitirá controlar o prevenir la aparición de incapacidades o muertes por enfermedades cardiovasculares en el paciente anciano venezolano.

Esta investigación se toma en cuenta ya que en la misma se aborda el tema HTA en una población de adultos mayores, lo que constituye una de las variables del presente estudio.

Aceituno y Abood, (2002), realizaron una investigación titulada, “Factores de riesgo cerebro vascular y cardiovascular en el medio rural de la zona Semiárida, Venezuela”. El estudio estuvo dirigido a determinar los factores de riesgo de hipertensión arterial, en los habitantes del municipio Democracia del Estado Falcón, Venezuela. La muestra estuvo constituida por un total de 492 individuos. Los resultados obtenidos indican que aunque la población de esta localidad consume grasa animal 3 veces a la semana, no comen pescado, fuman y toman alcohol simultáneamente y presentan una elevada consanguinidad entre los miembros que habitan este municipio. La prevalencia de la HTA es solo de 15.2% de la población, lo cual indica que esta cifra se encuentra por debajo del promedio nacional, lo que sugiere una probable resistencia a estas enfermedades. Los resultados obtenidos

indican que la población no mantienen hábitos de vida saludable, sin embargo el estudio arroja que solo el 15,2%, de la población se encuentra por debajo del promedio nacional lo que sugiere una probable resistencia a estas enfermedades a pesar de la situación descrita el estilo de vida de estos pobladores es susceptible de modificar mediante la implementación de los programas de salud que contribuyan al mejoramiento de las condiciones existentes.

El estudio antes mencionado se relaciona, con la HTA y los estilos de vida saludables que se desarrollan en el presente estudio.

2.2.- Bases Teóricas

Las bases teóricas constituyen el corazón del trabajo de investigación, y forma la plataforma para analizar los resultados, en este sentido se presentan las bases teóricas referidas a las variables en estudio y a los factores considerados pertinentes.

2.2.1. Estilos de vida

Los estilos de vida que se adquieren, están condicionados a través de experiencias de aprendizaje, las cuales se adaptan, se adquieren o modifican de acuerdo a los comportamientos deseados. En este sentido a través de la enseñanza se producen cambios favorables en el comportamiento del que aprende, en lo que se refiere a la definición de estilos de vida, Pantoja (2012) menciona que son:

Procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social. (p.1)

Los estilos de vida saludables están condicionados a través de experiencias de aprendizaje, las cuales se adaptan, se adquieren o modifican de acuerdo a los comportamientos deseados. En este sentido a través de la enseñanza se producen cambios favorables en el comportamiento del que aprende. En lo corresponde al AM, es pertinente mencionar que se debe ofrecer información sobre la importancia de los estilos de vida para la prevención de la hipertensión arterial.

En este marco de ideas, Del Rey y Calvo (1998) expresaron que “la salud de las personas, está en relación con los estilos de vida que posibilitan la probabilidad de enfermar o morir” (p.26), por otra parte el proceso de envejecer es un fenómeno de carácter individual, íntimamente relacionado con los factores ambientales en los que la persona mayor se haya desarrollado y con los estilos y calidad de vida de los cuales haya disfrutado para disminuir la morbilidad de enfermedades como la HTA.

Sobre este tema Restrepo y otros (2006) mencionan que “Las personas mayores suelen tener muy arraigados sus estilos de vida” (p.1). Los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo que como fue expuesto es dignificar la persona humana en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar.

Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico. En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido. En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones. En el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida. (Maya 1997)

En lo que se refiere a los Estilos de vida saludables, de acuerdo a Maya (1997) son “Los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida” (p.5) Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores

para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

La participación de la enfermera en la promoción de estilos de vida saludables, es de gran importancia, y cuando se trata de promocionarlos a nivel del adulto mayor dirigidos a evitar complicaciones en pacientes con hipertensión arterial adquiere una mayor relevancia para de esta forma lograr la mejora en la calidad de vida del AM, así como lo expresa Maya (1997):

La estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludables es en un solo término el compromiso individual y social convencido de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona. (p.6)

Es decir, que se hace necesario proporcionar al AM, la información necesaria dirigida a contribuir con la toma de conciencia sobre la necesidad de disminuir la practica de hábitos nocivos de salud, y de favorecer los hábitos alimentitos así como la actividad física.

Hábitos de Alimentación

El aumento de la esperanza de vida del ser humano, ha provocado en las últimas décadas un incremento significativo de la población de AM. El envejecimiento es un

proceso paulatino que experimentará la mayoría de las personas, en donde influyen numerosos factores tales como hereditarios, medio ambiente y estilos de vida entre otros. Es un período donde aparecen muchas enfermedades asociadas a la dieta, educación, ocupación, estilos de vida, siendo la propia persona la responsable de construir un envejecimiento saludable. En este sentido los hábitos alimenticios, forman parte de los estilos de vida saludables que debe mantener el AM. Sobre ello Leitón y Ordoñez (2003) mencionan que:

La relación directa entre alimentación y salud sigue totalmente vigente en esta etapa de la vida. Una nutrición bien orientada durante los años de la senectud puede promover y mantener la salud, retrasar algunos cambios del envejecimiento, prevenirlas enfermedades y ayudar en la recuperación de las mismas con la disminución de la morbilidad en la vejez. (p.73)

Una correcta, adecuada y equilibrada nutrición es parte importante para el mantenimiento de la salud durante la vida y muy especialmente durante la vejez, ya que la alimentación puede influir en la aparición de enfermedades tales como la Hipertensión Arterial, sobre ello Guzmán y Durán (2009), mencionan que:

El elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a la hipertensión arterial. El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia. Para ayudar a controlar la hipertensión, se debe limitar la cantidad de sal en la dieta. Esto significa utilizar comidas y condimentos bajos o sin sal cuando se cocina. La información nutricional en los envases de comida muestra la cantidad de sodio en el producto. No se debe comer más de una cucharadita de sal al día. (p.12)

Es difícil formular recomendaciones nutricionales para el AM porque es un grupo con diversas costumbres, hábitos, pertenecen a diversos entornos, por lo que se debe considerar sus características individuales, creencias, mitos así como el peso, antecedentes, pobreza, actividad física, y muy significativamente es necesario tomar en cuenta si es portador de HTA, basado en todo ello se deben realizar las recomendaciones pertinentes.

En este marco de ideas, es de hacer notar que la nutrición del AM, influye en la aparición de la HTA, por esto se recomienda una dieta baja en grasas saturadas y rica en granos integrales, frutas y verduras así como también la disminución del consumo de sal, ya que aceleran la hipertensión. Así que la restricción de la sal es particularmente importante para aquellos que son sensibles a esta y para las personas ancianas. (Salas 2010).

Actividad física

El ejercicio es importante para todas las edades, e incluso para personas con enfermedades crónicas, y en lo que respecta al AM, puede lograr aportes a la salud. En este sentido Leitón y Ordoñez (2003) mencionan que “El ejercicio regular brinda beneficios tanto físicos como psicosociales. Por el contrario, la vida sedentaria es una muerte parcial que conduce a la abolición de la función, acelera el envejecimiento y constituye factor de riesgo de morbilidad y mortalidad” (p. 117).

El ejercicio regular ayuda a conservar elásticas a las arterias, aún en el AM, lo cual a su vez mantiene a la sangre fluyendo y a la presión arterial baja. Las personas sedentarias tienen un 35% de mayor riesgo de desarrollar HTA que los atletas. Por lo mencionado, es evidente el significado de la práctica de ejercicio en el adulto mayor para optimizar su calidad de vida, mejorando su bienestar general y su vida independiente. El adulto mayor debe asumirlo en su autocuidado como un buen hábito en su estilo de vida, sin importarle si lo hizo o no en el pasado. (Leitón y Ordoñez 2003)

El deporte controlado y el ejercicio físico en la tercera edad proporciona innumerables beneficios fisiológicos, favorece y mejora la movilidad articular, disminuye o frena la descalcificación ósea, hace más efectiva la contracción cardíaca, favorece la eliminación de colesterol (disminuye el riesgo de arterioesclerosis e hipertensión, reduce el riesgo de formación de coágulos en vasos sanguíneos, disminuye el riesgo de trombosis y embolias), disminuye el riesgo de infarto de miocardio, el riesgo de ACV, aumenta la capacidad ventilatoria y la respiración en general, reduce/controla la obesidad, disminuye la formación de depósitos (cálculos) en riñones y conductos urinarios, etc. (Leitón y Ordoñez 2003)

En este sentido, la actividad física como movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, que requieren consumo de energía, es un beneficio para la

salud, en lo que respecta al adulto mayor, este puede realizar una actividad diaria de 30 minutos, con intensidad moderada, lo cual favorecerá los estilos de vida saludables, y sin lugar a dudas mantendrá la salud del adulto mayor.

2.2.2. Manejo de la Hipertensión Arterial

La HTA, se relacionan con factores como la obesidad y es una enfermedad que puede ocasionar la muerte en caso de no administrarse el tratamiento adecuado, y es considerada en la actualidad como un problema de salud publico. En este orden de ideas Guzmán y Durán (2009), mencionan que:

Las enfermedades crónicas como la HTA, constituyen en la actualidad uno de los problemas de salud pública más importantes, tanto en los países desarrollados como en los en vía de desarrollo, ya que su incidencia cada día aumenta; y junto con la obesidad, se perfilan como las más grandes epidemias del milenio. La HTA constituye el primer factor de riesgo cardiovascular en el paciente geriátrico, hay que señalar que puede corresponder a 2 grupos: hipertensión sistólica aislada e hipertensión sistólica y diastólica combinadas; estudios realizados indican que la prevalencia de ambos grupos aumenta con la edad. (p.1)

A la HTA, también la conocen como el asesino silencioso, y es una enfermedad que cada día se ve más en los diferentes centros de salud, así como también se observa que es la responsable de numerosos reposos o complicaciones en el AM.

En lo que respecta a la fisiopatología de la HTA, es importante mencionar que el patrón de los cambios en la presión sistólica y diastólica que ocurren con el paso de los años, da la clave para comprender la fisiopatología de la HTA en el AM.

Mientras que la presión arterial diastólica (PAD), se mantiene constante o declina un poco luego de los 50 años de edad; la presión arterial sistólica (PAS) se eleva poco a poco a partir de los 60 años y desde ahí en adelante. En los individuos de 60 a 69 años de edad la incidencia de hipertensión sistólica o diastólica sostenida es de 8% ascendiendo a valores de 22 % en aquellos de 80 años o más. (López 2004).

Este incremento en la PAS es explicado por el endurecimiento relacionado con la edad que sufren las paredes de las grandes arterias. Hay que tener en cuenta que las grandes arterias que transportan la sangre desde el corazón a la periferia, poseen funciones endocrinas y paracrina que regulan los latidos cardíacos suavizando el flujo de sangre que llega a arterias y arteriolas de menor calibre. Las principales diferencias estructurales entre las grandes y pequeñas arterias están en la capa media, constituida de fibras elásticas y colágeno en aorta y se hace muscular en las arterias de menor calibre. Las fibras elásticas y el colágeno le dan a las grandes arterias la capacidad de dilatarse y acomodarse a los grandes cambios de flujo y presiones que se generan con los latidos del corazón. El músculo liso de las paredes de las arterias

más pequeñas son las que generan la resistencia periférica e influye en la presión arterial. (López 2004).

En el envejecimiento de las grandes arterias como la Aorta, la arteriosclerosis conduce al reemplazo de las fibras elásticas y el colágeno por fibrosis lo que provoca que su propiedad elástica se vea disminuida. Las grandes arterias se vuelven rígidas y por esto mucho menos complacientes, por lo que las oscilaciones de presión de la sangre que genera el corazón al latir no pueden ser amortiguadas, entonces el flujo viaja a grandes velocidades, esto se transfiere a lo largo de todo el árbol arterial, que sumado al tono de la periferia en sístole resulta en generar hipertensión arterial. (López 2004).

Destacándose en esta patología, la importancia de la detección precoz y modificación de factores de riesgo tales como los hábitos alimenticios y la falta de actividad física, para de esta forma disminuir la morbimortalidad ascendente de dicha entidad, específicamente en el AM.

Cabe mencionar que la HTA se puede clasificar en Hipertensión primaria: También denominada hipertensión esencial o idiopática, engloba más del 90% de los casos. Hipertensión arterial secundaria: Supone entre el 5% y 10% de los casos, esta causada por otros estados patológicos. Hipertensión arterial sistólica aislada (HSA):

Por encima de 160 mm/hg es frecuente entre las personas mayores aproximadamente el 6% de los individuos con 60 – 69 años de edad son diagnósticos de hipertensión sistólica aislada. Hipertensión refractaria: se refiere a la hipertensión que no responde a los efectos farmacológicos de la medicación. Hipertensión inducida por el embarazo: Más del 15 mm/hg por encima de la presión habitual durante el primer trimestre de la gestación. Es una grave complicación del embarazo. (Long y otros 1998). Es de hacer notar que tanto la hipertensión primaria como la secundaria tienen una elevada incidencia en la población de adultos mayores, siendo la misma definición de hipertensión arterial para los grupos más jóvenes.

En este marco de aseveraciones, López y otros (2006) mencionan que “La evaluación del anciano hipertenso persigue los objetivos que permitan, en primer lugar, evaluar el estilo de vida en lo concerniente a la dieta, los hábitos, la actividad física y especialmente a su esfera psicológica” (p.271)

Destacándose en este sentido, la importancia de la educación para la salud en la enseñanza del AM en cuanto a los hábitos alimenticios como son: Evitar el exceso de sal, grasas saturadas en su dieta, mantener el peso corporal adecuado, abstenerse de fumar y aprender a enfrentarse con eficacia a los factores estresantes, elementos esenciales en la prevención secundaria para identificar y controlar la elevación de la presión arterial en personas de alto riesgo como el AM.

Control de Salud

Los controles de salud, en palabras de la Fundación Eroski (2012), son visitas programadas al médico y/o la enfermera del centro de salud que tienen por objeto prevenir que aparezca la enfermedad o mitigar sus efectos si ésta ya se ha desarrollado. Se ha comprobado que diversos servicios preventivos son muy eficaces en las personas mayores. Las enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, constituyen en la actualidad uno de los problemas de salud pública más importantes, tanto en los países desarrollados como en los en vía de desarrollo, ya que su incidencia cada día aumenta. Los controles de salud en la HTA, son una de las medidas más importante, universal y menos costosa. En este sentido Dotres (2000) expresa:

El perfeccionamiento de la prevención y el control de la presión arterial es un desafío importante para todos los países, lo cual debe constituir una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos. La adecuada percepción del riesgo que significa padecer de Hipertensión Arterial, obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de educación y promoción dirigidas a la disminución de la presión arterial media de la población, impactando sobre otros factores de riesgo asociados, fundamentalmente la falta del ejercicio físico, niveles inadecuados de lípidos sanguíneos, elevada ingesta de sal, el tabaquismo y el alcoholismo. (p.1)

Siendo necesario, la vigilancia en las personas que padecen HTA, es por ello la importancia de la asistencia a la consulta, con la finalidad de la evaluación médica, el control de la medición de presión arterial, control de peso y su frecuencia. Por otra

parte, es necesario aplicar estrategias, para detectar a tiempo la HTA y controlar las personas que la padecen, de este modo, es imprescindible lograr la terapéutica más acertada para mantener un adecuado control de las cifras tensionales.

Tratamiento farmacológico

En el tratamiento farmacológico de la HTA, existen dos hechos trascendentales, por un lado, el beneficio del tratamiento se asocia fundamentalmente con el descenso de la presión arterial y el otro, es la asociación de más de un fármaco antihipertensivo en la mayoría de los pacientes, sobre ello menciona la Guía Española de Hipertensión Arterial, (2005) que “Existen 5 clases principales de fármacos para el tratamiento de la HTA: diuréticos, betabloqueantes, calcioantagonistas, IECA y ARAII. Además, se dispone de alfabloqueantes, de fármacos de acción central y de vasodilatadores arteriales directo” (p.47), el tratamiento antihipertensivo se entiende en la actualidad como parte del manejo integral del riesgo cardiovascular, siendo necesaria con frecuencia la asociación de otras terapias encaminadas a reducir el riesgo cardiovascular añadido de cada paciente, destacándose en la presente investigación, el uso en AM.

En el tratamiento farmacológico, dirigido al AM, según López y colbs. (2006) consideran:

Los medicamentos se iniciarán con precaución en los ancianos, puesto que son más sensibles a la depleción de volumen ya la inhibición simpática

que los jóvenes, se deben prescribir en dosis bajas y los incrementos, en el supuesto caso de requerirse, se ajustarán en forma gradual y con intervalos amplios en su administración. (p. 273).

Por otra parte, todas las sociedades han tenido que enfrentarse a las enfermedades y sus efectos, siendo éstas inseparables de la vida del ser humano, por esto la medicina es el conjunto de actividades destinadas a luchar contra ellas. El hombre para la obtención de salud, en su promoción y alivio de las enfermedades, ha buscado los medios naturales ayuda para curarse y/o prevenir su aparición, utilizando para tal fin todas las medidas ofrecidas por la medicina convencional. (López 2004)

Es por ello, la detección precoz y el tratamiento de la hipertensión pueden evitar complicaciones futuras. La terapéutica farmacológica del AM continúa enfrentando importantes dificultades. La principal es la indefinición del sujeto, objeto de estudio ya que no se puede hablar del AM como de un estado concreto y perfectamente definido, al existir una diversidad de características fisiopatológicas sociales, económicas, culturales.

En este marco de ideas, mencionan Guzmán y Durán (2009) que “Aquellas personas que no controlan la hipertensión tienen riesgo tres veces mayor de desarrollar una cardiopatía, seis veces mayor de padecer insuficiencia cardíaca y siete veces mayor de sufrir una apoplejía que las personas que controlan habitualmente su hipertensión” (p.1). En este sentido el AM portador de hipertensión arterial, se ve en

la necesidad de utilizar recursos farmacológicos con el propósito de mejorar sus condiciones de salud.

Exámenes de laboratorio

El pronóstico de la enfermedad de HTA es menos favorable ante la presencia de ciertas morbilidades (diabetes), o valores alterados como el perfil lipídico, siendo necesario, la evaluación integral del AM, en este sentido mencionan López y cols. (2006) que “Es importante reconocer los factores de riesgo asociados para enfermedad cardiovascular o los trastornos concomitantes que pueden afectar el pronóstico y el tratamiento-tabaquismo, obesidad, sedentarismo, dislipidemia, diabetes mellitas” (p.272), siendo necesario que los AM portadores de hipertensión arterial se realicen en forma periódica exámenes de laboratorio, tales como glicemia, triglicéridos, colesterol.

Los mismos autores consideran que “La pruebas de laboratorio recomendadas incluyen electrocardiograma, parcial de orina, glucemia, hemoglobina y hematocrito, creatinina sérica (con el índice de depuración calculado de creatinina), calcio y potasio séricos y perfil de lípidos” (p.272). La reducción absoluta del riesgo depende en gran medida del riesgo basal inicial que presenta el paciente, por lo que es necesario realizar los exámenes de laboratorios complementarios para tener una visión integral del AM portador de HTA.

2.3.-Bases Legales

Esta investigación tiene su fundamento legal en la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela, aprobada el 15 de diciembre de 1999, la cual recoge disposiciones legales a favor del anciano en el capítulo 5 de los derechos sociales y de la familia, en el cap. 80 se garantiza a los ancianos y ancianas el pleno ejercicio de sus derechos y atención integral, a los beneficios de la seguridad social que eleve y asegure su calidad de vida. Por otra parte se le garantiza el derecho a un trabajo acorde a aquellas y aquellos que manifieste su deseo y estén en capacidad para ellos.

Otras disposiciones constitucionales le garantiza la Atención a la salud (Art. 83) y el derecho al trabajo (Art.87) al exponer que toda persona tiene derecho al trabajo y el deber de trabajar que le proporcionen una existencia digna y decorosa. El estado promoverá y desarrollará políticas de salud orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a servicios.

Todas las personas tienen derecho a la protección de salud así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa; y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la república.

2.4.-Sistema de Hipótesis

2.4.1.-Hipótesis General

Existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en sus factores: hábitos de alimentación y actividad física y el manejo de la HTA en sus factores control de salud, tratamiento farmacológico y exámenes de laboratorio en los adultos mayores que asisten a la consulta de adulto Ambulatorio Las Agüitas, INSALUD. Valencia. Estado Carabobo.

2.4.2.-Hipótesis Específicas

1.- Existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor hábitos de alimentación y el manejo de la HTA en su factor control de salud en los adultos mayores que asisten a la consulta de adulto Ambulatorio de las Agüitas en Valencia, Estado Carabobo.

2. Existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor hábitos de alimentación y el manejo de la HTA en su factor tratamiento farmacológico en los adultos mayores que asisten a la consulta de adulto Ambulatorio de las Agüitas en Valencia, Estado Carabobo.

3.- Existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor hábitos de alimentación y el manejo de la HTA en su factor exámenes de laboratorio en los adultos mayores que asisten a la consulta de adulto Ambulatorio de las Agüitas en Valencia, Estado Carabobo.

4. Existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor actividad física y el manejo de la HTA en su factor control de salud en los adultos mayores que asisten a la consulta de adulto Ambulatorio de las Agüitas en Valencia, Estado Carabobo.

5. Existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor actividad física y el manejo de la HTA en su factor tratamiento farmacológico en los adultos mayores que asisten a la consulta de adulto Ambulatorio de las Agüitas en Valencia, Estado Carabobo.

6.- Existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor actividad física y el manejo de la HTA en su factor exámenes de laboratorio en los adultos mayores que asisten a a la consulta de adulto Ambulatorio de las Agüitas en Valencia, Estado Carabobo.

2.5. Definición de Términos

Adulto mayor: Las Naciones Unidas considera anciano a toda persona mayor de 65 años (países desarrollados) y de 60 años (países en vías de desarrollo). De acuerdo a la OMS las personas de 60 a 74 años son de edad avanzada, de 75 a 90 años son ancianas y mayores de 90 años son grandes viejos (OMS, 2005).

Calidad de vida: Satisfacción que experimentan los individuos como resultado de su participación en las actividades que realizan en el medio familiar, en el centro del trabajo y en el ámbito comunal, en relación con las cuales ejercitan sus capacidades humanas y desarrollan su personalidad.

Hábitos alimentarios. Se refiere a los costumbres adquiridas por las personas en cuanto al consumo de de alimentos y a la forma de preparación, siendo estos influenciados, por la familia, comunidad y país que habiten.

Estilo de vida: se refiere al conjunto de decisiones que asume el individuo para mantenerse saludable.

2.6. SISTEMA DE VARIABLES

Variable 1: Estilo de vida del adulto mayor.

Se refiere a las conductas asumidas por el adulto mayor referido a: hábitos de alimentación y actividad física.

Variable 2: Manejo de la Hipertensión Arterial del adulto Mayor.

Se refiere a las conductas que asume el adulto mayor relacionado con el control de su salud, tratamiento farmacológico y exámenes de laboratorio.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable I: Estilo de vida del adulto mayor: Se refiere a las conductas asumidas por el adulto mayor referido a: Hábitos de alimentación y Actividad Física.

FACTOR	INDICADOR	SUB-INDICADOR	ÍTEMS
<p>Hábitos de Alimentación: Se refiere las respuestas dadas por el adulto mayor sobre sus costumbres alimentarias.</p>	<p>Costumbres alimentarias: Se refiere a las respuestas dadas por el adulto mayor sobre la conducta asumida con relación al consumo y frecuencia de alimentos ricos en sodio y grasas saturadas y la forma de preparación de sus alimentos.</p>	<p>Alimentos ricos en sodio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enlatados • Embutidos • Salsa Soya, inglesa y tomate. • Caldo de cubitos • Quesos • Aceitunas <p>Alimentos ricos en grasas saturadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frituras (Papas fritas) • Mantequilla, aceite y Mayonesa • Embutidos: chorizo, mortadela, salami y jamón 	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6</p> <p>7</p> <p>8</p> <p>9</p>

		Preparación de alimentos	10
		• Uso de especies en vez de sal	11
		• Uso de cubitos para condimentar los alimentos.	12
		• Preparación de los Granos con manteca, tocino y otras carnes (frijoles)	13
		• Preparación de las Ensaladas de vegetales con mayonesa.	14
		Frecuencia de alimentos	15
		• Una vez por semana	16
		• Dos a cuatro veces a la semana	
		• Diario	

FACTOR	INDICADOR	SUB-INDICADOR	ÍTEMS
<p>Actividad Física: se refiere a la realización de ejercicio físico con una frecuencia determinada que tiene el adulto mayor.</p>	<p>Ejercicio Físico: Es una actividad que involucra movimiento al cuerpo de los adultos mayores, tales como caminatas, trotar, manejar bicicleta, bailoterapia y natación, cada tercer día por 30 minutos que tiene el adulto mayor.</p>	<p>Tipo de Ejercicio :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caminatas • Trotar • Bicicleta • Bailo terapia • Natación <p>Frecuencia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dos veces en la semana <p>Duración:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Treinta minutos. 	<p>14</p> <p>15</p> <p>16</p> <p>17</p> <p>18</p> <p>19</p> <p>20</p>

Variable 2: Manejo de la Hipertensión Arterial del adulto Mayor: se refiere a las conductas que asume el adulto mayor relacionado con el manejo de HTA en relación con el control de su salud, cumplimiento del tratamiento farmacológico y exámenes de laboratorio.

FACTOR	INDICADOR	SUB-INDICADOR	ÍTEMS
<p>Control de su salud: Se refiere a las acciones que realiza el adulto mayor relacionado con la asistencia a la consulta de salud.</p>	<p>Asistencia a la consulta de salud: Se refiere a la frecuencia con que acuden los adultos mayores a las citas para la evaluación de la salud en relación a la medición de la presión arterial y peso.</p>	<p>Control de PA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condiciones normales sin sintomatología. 21 • Medición de presión arterial cuando se siente mal 22 <p>Frecuencia de la Medición de la P.A.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Todos los días 23 • Tres veces a la semana 24 <p>Control de peso</p> <ul style="list-style-type: none"> • cada mes 25 • cuando le corresponde cita únicamente 26 <p>Asistencia a la consulta médica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consulta cuando corresponde 27 • Consulta cada seis meses 28 • Consulta una vez al año 29 	

FACTOR	INDICADOR	SUB-INDICADOR	ÍTEMS
<p>Tratamiento farmacológico: se refiere a las acciones que realiza el adulto mayor en relación al cumplimiento del tratamiento prescrito.</p> <p>Exámenes de Laboratorio: Realización de los exámenes de laboratorio en el adulto mayor indicados por el médico.</p>	<p>Cumplimiento del tratamiento farmacológico: Se refiere a la forma de cumplimiento del tratamiento ya sea por indicación médica ininterrumpida, cuando lo necesita o cuando se acuerda.</p> <p>Cumplimiento de la realización de los exámenes de Laboratorio: se refiere a la frecuencia de la determinación del perfil lipídico que cumple el adulto mayor.</p>	<p>Administrar el Tratamiento farmacológico prescrito:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indicación medica ininterrumpido • Cuando lo necesita. • Cuando se acuerda <p>Frecuencia de la determinación de los exámenes del perfil lipídico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cada 6 meses • Cuando le corresponde consulta. • 1 vez al año 	<p>30</p> <p>31</p> <p>32</p> <p>33</p> <p>34</p> <p>35</p>

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo se señala el tipo y diseño de estudio, la población, muestra, métodos y técnicas para la recolección de la información, y las técnicas de tabulación y análisis de los datos.

3.1 Tipo y Diseño de Estudio

En este estudio, el paradigma fue el empírico analítico, sustentado epistemológicamente por la corriente del Positivismo lógico. En el mismo el investigador se separa del objeto de estudio para evitar la subjetividad y busca como fin último explicar y controlar la realidad. Tal como lo señala Hernández (2003), que en ellos se trata de “Observar fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos” (p.267). Este enfoque desde el punto de vista metodológico se expresa en un lenguaje cuantitativo.

El diseño del estudio seleccionado de acuerdo con los objetivos propuestos fue el correlacional, de corte transversal, ya que permitió establecer la relación entre las variables: **Estilo de vida del adulto mayor y Manejo de la Hipertensión**

Arterial del adulto Mayor. Igualmente es un tipo de investigación llamada de Campo, sobre ello Palella y Martins (2003) exponen que “Son estudios donde se estudia el fenómeno en el lugar donde se sucede, importando tanto el fenómeno como el entorno”.

3.2. Población

La población estuvo conformada por 25 adultos mayores de 65 años y más, hipertenso no controlado que viven en la comunidad y asisten a la consulta de adulto del Ambulatorio Las Agüitas del Estado Carabobo. En este sentido Anderg-Egg (1998) refiere que población “es la totalidad del fenómeno a estudiar, en donde las unidades de población poseen una característica común, la cual estudia y da origen a los datos de la investigación”. (p.114).

3.3. Muestra

La muestra estuvo conformada por el 100% de la población de adultos mayores que asistieron a la Emergencia del Ambulatorio las Agüitas del Estado Carabobo. En cuanto a la muestra Arias (2006) expresa que es “un subconjunto representativo de un universo o población” (p.49).

3.4 Técnicas para la recolección de los datos

La técnica de recolección de datos utilizada fue la encuesta. Sobre este tema Hurtado y cols. (1999), dicen que “las técnicas de recolección de datos está comprendida por una serie de procedimientos y actividades que permiten obtener la información necesaria para dar respuestas”, en este caso la encuesta, la cual según Vélez es la “manera estructurada y sistemática de recolectar datos en forma directa, donde actúan el entrevistador y entrevistado” (p.240).

Este instrumento se elaboró en función de los indicadores de las variables, estuvo estructurado en tres partes, la primera referida a los datos sociodemográficos del adulto mayor, la segunda contentiva de 20 ítems referidos a la variable Estilo de Vida y la tercera en lo que respecta a la Variable Manejo de la Hipertensión Arterial del AM, con 15 ítems, para un total de 38 ítems.

3.5 Validez del instrumento

Para la validación del instrumento se sometió a la revisión de tres (03) expertos a través de una consulta y por recomendaciones del tutor del estudio. Para esto se entregaron a cada especialista una carpeta contentiva del formato de validación, los objetivos del estudio, la operacionalización de las variables y el formato del

instrumento, para realizar las revisiones pertinentes. La validez según Polit y cols. (1997), es el “grado en el que un instrumento cuantifica o mide lo que se pretende cuantificar” (p.357).

3.6 Confiabilidad del instrumento

Para lograr obtener la confiabilidad, posterior a la elaboración del instrumento y una vez validado por los expertos, se sometió a la confiabilidad a través de la aplicación de la prueba piloto. La prueba piloto permitió obtener un valor numérico en donde la proximidad a 1 (uno) es considerada más válido. En este sentido Pérez (2002), expresa que:

La prueba piloto se aplica a una porción de la población distinta a la muestra del estudio. La muestra seleccionada para aplicar la prueba piloto debe cumplir con las siguientes condiciones: (a) Debe ser pequeña, menos de diez (10) sujetos. (b) Poseer las mismas características o presentar mucha similitud con la muestra o población original. (c) Debe ser desechada después de aplicarle los instrumentos. (d) Antes de la aplicación, los instrumentos deben ser validados por juicios de expertos. (p.70)

Es así como para aplicar la prueba piloto, se seleccionó un grupo de adultos mayores, que reunieron las mismas características de la muestra, ellos acuden a la consulta de medicina Interna del ambulatorio Rosa María de Lira y se aplicó el instrumento. Los resultados de la prueba ALFA DE CRONBACH (ALFA) fue: 0,95 para la variable I Y 0.87 para la variable II, aceptables.

3.7 Procedimientos para la recolección de datos

Previa a la recolección de la información se implementaron algunos requerimientos básicos, relacionados con la investigación, los recursos y el tiempo gestionado para tal fin. En tal sentido, a continuación se señala el procedimiento:

- Envío de comunicaciones a las autoridades para solicitar el permiso en el ambulatorio seleccionado.
- Interactuar con los adultos mayores del ambulatorio para informarles de la actividad y de esta forma, solicitar su colaboración y el consentimiento informado.
- Aplicación del instrumento a los sujetos del estudio.

3.8. Técnica de análisis de datos

Las técnicas de análisis de datos utilizadas fueron las estadísticas descriptivas e inferencial para la correlación de las variables. Los resultados fueron analizados con el paquete estadístico SPSS versión 17.0 para ambiente Windows.

CAPITULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En este capítulo se describirán los resultados y el análisis e interpretación de los mismos.

4.1 Presentación de los Resultados

A continuación se presentan los resultados obtenidos de la investigación. La información se presenta en tablas de frecuencias y asociación, en donde se muestra en las primeras las frecuencias de las características socio demográficas del grupo investigado, y en las relaciones entre factores y sus variables constituidas por éstos. Para el cómputo de las puntuaciones, en cada uno los factores indicadores se dio un punto a cada respuesta afirmativa para los factores de las primera variable y para los factores de la segunda variable se sumaron los puntos (sea el caso 0 para nunca, 1 para algunas veces, 2 para Casi siempre y 3 para siempre) según respuesta de ocurrencia.

Una vez acumuladas las respectivas puntuaciones, tanto para factores como para las dos variables, se procedió a establecer los niveles (bajo, medio y alto), haciendo tres categorías en función de la puntuación total posible de alcanzar. Si el factor tiene diez puntos como máximo posible, se asignaron las puntuaciones de acuerdo al siguiente esquema: de 0 a 4 nivel bajo, de 5 a 7 nivel medio y de 8 a 10 nivel alto. De

igual manera se procedió para los demás factores y las variables, pero dependiendo la asignación de los totales máximos factibles de lograr. Una vez realizado esto, se cruzaron los factores y las variables según las relaciones establecidas en los objetivos de la investigación.

Para los análisis de significación estadística se utilizó un criterio de error de menos de 5% ($P < 0,05$). Todos los resultados de las significaciones estadísticas son en base a los coeficientes de correlación de Pearson. La información se complementa con las gráficas estadísticas correspondientes.

TABLA No. 1

Estilo de vida del adulto mayor y manejo de la Hipertensión Arterial

Distribución de los Adultos Mayores según Género

Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado 2014

Genero	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	13	52
Masculino	12	48
TOTAL	25	100

Fuente: Instrumento Aplicado (Rojas, 2014)

Un 52% del grupo de adultos mayores pertenece al sexo femenino y el restante 48% al género masculino.

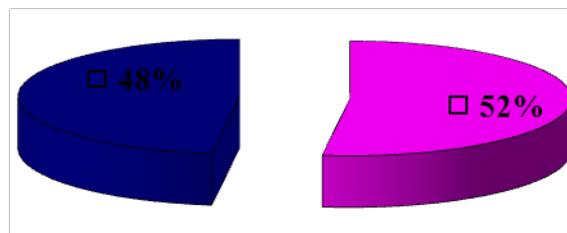
GRÁFICO N°1

Estilo de vida del adulto mayor y manejo de la Hipertensión Arterial

Distribución de los Adultos Mayores según Género

Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado 2014

GÉNERO



■ FEMENINO

■ MASCULINO

Fuente: Instrumento Aplicado (Rojas, 2014)

TABLA No.2

Estilo de vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial

Distribución de los Adultos Mayores según Edad

Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado. 2014

Edad (Años)	Frecuencia	Porcentaje
60-65	2	8
66 – 70	16	64
71 - 75	5	20
76 O MÁS	2	8
Total	25	100

Fuente: Instrumentó Aplicado (Rojas, 2014)

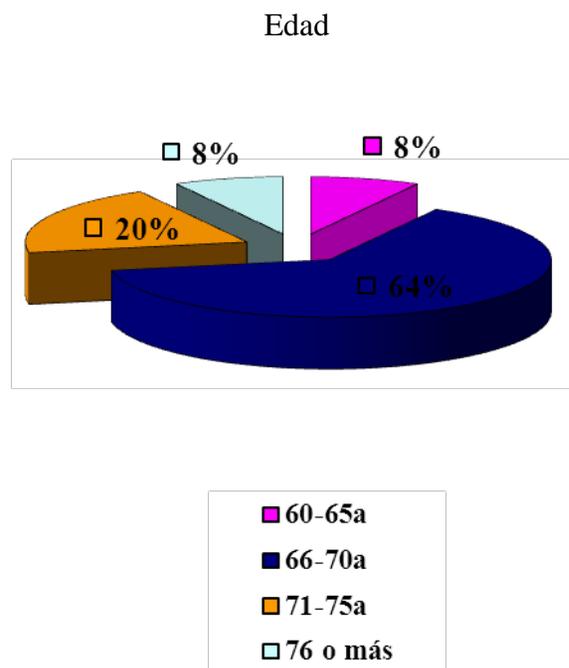
Un 64% del grupo de adultos mayores tienen de 66 a 70 años, un 20% tiene entre 71 a 75 años, un 8% poseen de 60 a 65 años y de 76 años o más se contabilizó un 8%.

GRÁFICO N° 2

Estilo de Vida del Adulto Mayor y manejo de la Hipertensión Arterial

Distribución de los Adultos Mayores Según Edad

Ambulatorio Las Agüitas. Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2014



Fuente: Instrumento Aplicado (Rojas, 2014)

TABLA No. 3

Estilo de vida del Adulto mayor y manejo de la Hipertensión Arterial

Distribución de los Adultos Mayores según Trabajo

Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo.2014

Trabaja	Frecuencia	Porcentajes
SÍ	15	60
NO	10	40
Total	25	100

Fuente: Instrumentó Aplicado (Rojas, 2014)

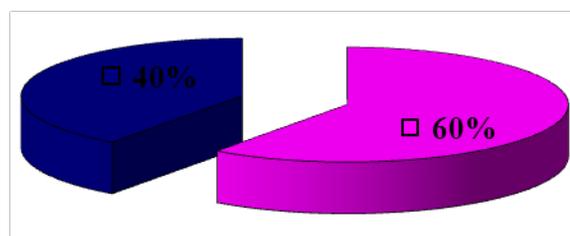
Un 60% del grupo de adultos mayores manifestaron Trabajar, y un 40% expresó que No Trabajan.

GRÁFICO N° 3

Estilo de vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial

Distribución de los Adultos Mayores Según Trabajo

Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo.2014



TRABAJO



Fuente: Instrumento Aplicado (Rojas, 2014)

TABLA No. 4

Estilo de vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial

Distribución de los Adultos Mayores Según Estado Civil

Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2014

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltera (o)	5	20
Casada (o)	14	56
Viuda (o)	0	0
Separada (o)	1	4
Divorciada (o)	5	20
Total	25	100

Fuente: Instrumento Aplicado (Rojas, 2014)

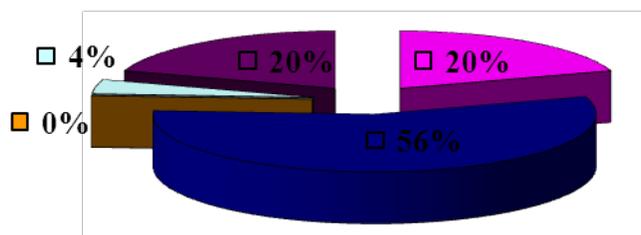
El mayor porcentaje lo alcanzó el grupo de adultos mayores casados siendo este porcentaje de 56%, un 20% fue el grupo de solteros, otro 20% es divorciado y un 4% está representado por el grupo de adultos mayores separados.

GRÁFICO N° 4

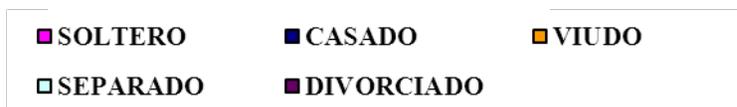
Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial

Distribución de los Adulto Mayores Según Estado Civil

Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo.2014



ESTADO CIVIL



Fuente: Instrumento Aplicado (Rojas, 2014)

TABLA No. 5

Estilo de vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial

Distribución de los Adulto Mayores Según Nivel Educativo

Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo.2014

Nivel Educativo	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	15	60
Secundaria	6	24
Técnica	2	8
Universitaria	2	8
Total	25	100

Fuente: Instrumentó Aplicado (Rojas, 2014)

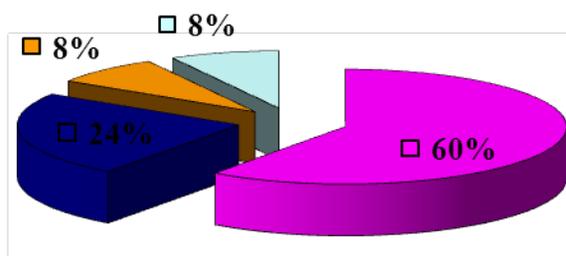
Un 60% de los adultos mayores alcanzaron un nivel educativo de primaria, seguidos por los que tiene secundaria con 24%, luego quienes alcanzaron el nivel de técnico 8%, y el mismo porcentaje 8% tiene instrucción.

GRÁFICO N° 5

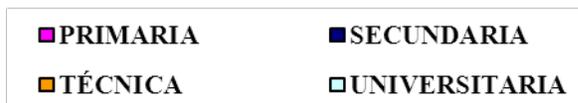
Estilo de vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial

Distribución de los Adulto Mayores Según Nivel Educativo

Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo.2014



NIVEL EDUCATIVO



Fuente: Instrumentó Aplicado (Rojas, 2014)

TABLA No. 6

Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial

Distribución de los Adultos Mayores Según Pensión

Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2014

Pensión o Jubilación	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	40
No	15	60
Total	25	100

Fuente: Instrumento Aplicado (Rojas, 2014)

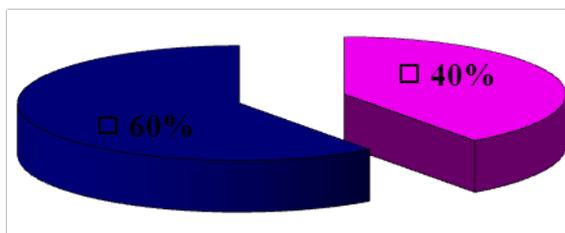
El 60% del grupo de adultos mayores no reciben pensión, y un 40% Sí está pensionado, es decir reciben pago de una cantidad económica, bien sea por el sistema público de previsión nacional o de entidad privada.

GRÁFICO N° 6

Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial

Distribución de los Adultos Mayores Según Pensión o Jubilación

Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2014



PENSIÓN O JUBILACIÓN



Fuente: Instrumento Aplicado (Rojas, 2014)

TABLA No. 7

Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial

Distribución de los Adulto Mayores Según Niveles de Hábitos de Alimentación en el Factor Control de Salud

Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2014

Niveles de Hábitos de Alimentación	Control de salud			Total (%)
	Bajo F (%)*	Medio F (%)*	Alto F (%)*	
Bajo	0 (0,0)	10 (41,7)	14 (58,3)	24 (96)
Medio	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100)	1 (4)
Alto	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Total	0 (0,0)	10 (40)	15 (60)	25 (100)

* Porcentajes internos en relación a subtotales horizontales.

Coeficiente de correlación (PEARSON) = + 0,035 (P < 0,826) No Significativo

Fuente: Instrumento Aplicado (Rojas, 2014)

El 96% del grupo de adultos mayores presentaron, según respuestas a los ítems que conforman el factor hábitos de alimentación, un nivel bajo en éste, siendo sólo un 4% lo que corresponde al nivel medio. En cuanto al factor control de salud, el 40% se ubicó en un nivel medio y el 60% en el nivel alto.

En el nivel bajo del factor hábitos de alimentación, hubo un predominio (60%) del nivel alto del factor control de salud, siendo el 40% restante para el nivel medio. Para el nivel medio de hábitos de alimentación, el único sujeto (100,0%) de esta categoría también quedó en el nivel alto de control de salud. Vale destacar que no

hubo representación de adultos mayores en los niveles alto del factor hábitos de alimentación y bajo del factor control de salud.

Por lo tanto, hay una tendencia marcada a establecer en la relación de ambos factores, una mayor concentración del nivel bajo del factor hábitos de alimentación, con el nivel alto de control de salud, ya que de los 25 adultos mayores entrevistados, 14 (58,3%) están ubicados en el cruce de estos dos niveles de los dos factores. Esto implica que no hay una relación de concordancia entre ambos factores en lo que respecta a niveles de igual categoría. Esto a la vez, se corresponde con el coeficiente de correlación de Pearson que dio un valor positivo pero casi nulo (+ 0,035) y sin significación estadística ($P < 0,826$).

En conclusión no se pudo demostrar que exista una relación significativa entre los factores hábitos de alimentación y control de salud, en el grupo de adultos mayores investigados, se determinó que estos adultos mayores, el control de salud no se relaciona con los hábitos de alimentación que poseen.

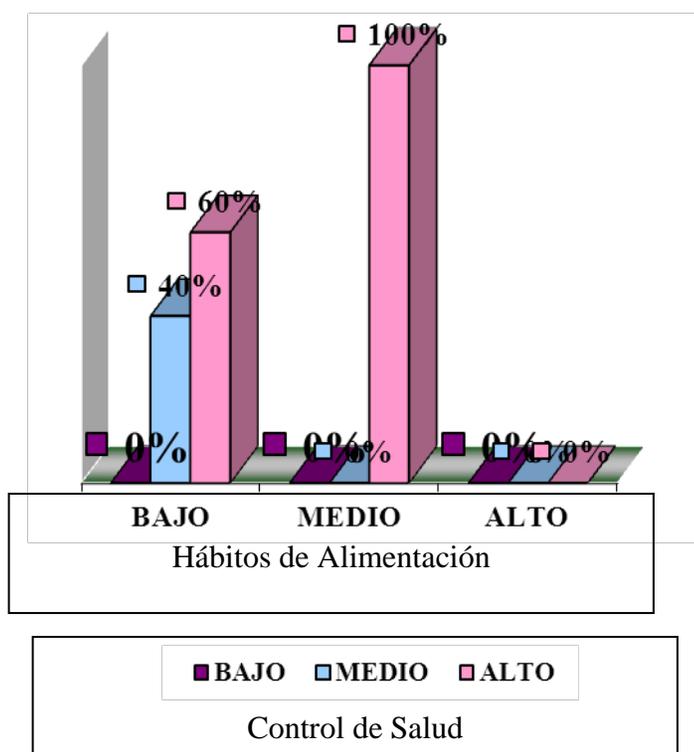
GRÁFICO N° 7

Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial

Distribución de los Adulto Mayores Según Niveles de Hábitos de Alimentación en el Factor Control de Salud

Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2014

Coefficiente de correlación (PEARSON) = + 0,035 (P < 0,826) No Significativo



Fuente: Instrumento Aplicado (Rojas, 2014)

TABLA No. 8

Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial

Distribución de los Adultos Mayores de hábitos de Alimentación en el factor Tratamiento Farmacológico

Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2014

Niveles hábitos de Alimentación	Tratamiento Farmacológico			Total (%)
	Bajo F (%)*	Medio F (%)*	Alto F (%)*	
Bajo	0 (0,0)	7 (70)	3 (30)	10 (40)
Medio	0 (0,0)	4 (31)	9 (69)	13 (52)
Alto	0 (0,0)	1 (50)	1 (50)	2 (8)
Total	0 (0,0)	12 (48)	13 (52)	25 (100)

* Porcentaje internos en la relación a subtotal horizontales.

Coeficiente de correlación (PEARSON) = + 0,182 (P < 0,248) No Significativo

Fuente: Instrumentó Aplicado (Rojas, 2014)

El 40% del grupo de adultos mayores presentaron, según respuestas a los ítems que conforman el factor niveles de hábitos de alimentación, un nivel bajo en éste, siendo 52% lo que corresponde al nivel medio y un 8% en el nivel alto.

En el nivel bajo del factor niveles de hábitos de alimentación, hubo un predominio (70%) del nivel medio del factor tratamiento farmacológico, siendo el

30% restante para el nivel alto. Para el nivel medio de niveles de hábitos de alimentación, se dio la mayoría representativa en el nivel alto con 69% y el restante 31% en el nivel medio del factor tratamiento farmacológico. Para el nivel alto de niveles de hábitos de alimentación, el 50% corresponde al nivel alto de tratamiento farmacológico y 50% al nivel medio.

En la relación entre los factores niveles de hábitos de alimentación y tratamiento farmacológico, se puede apreciar que en los niveles medio y alto del primero nombrado, predominan los niveles alto (69% y 50%) del segundo, aunque en el nivel bajo del factor niveles de hábitos de alimentación hay una representación del nivel medio (70%) del factor tratamiento farmacológico. Esto indica que no hay una relación de concordancia entre ambos factores en lo que respecta a niveles de igual categoría. Esto a la vez, se corresponde con el coeficiente de correlación de Pearson que dio un valor positivo pero casi nulo (+ 0,182) y sin significación estadística ($P < 0,248$).

En conclusión no se puede demostrar que exista una relación significativa entre los factores niveles de hábitos de alimentación y tratamiento farmacológico, en el grupo de adultos mayores investigados, por lo que se puede evidenciar que en estos adultos mayores, el manejo de la hipertensión arterial en su factor tratamiento farmacológico no se relaciona con el hábitos de alimentación que poseen.

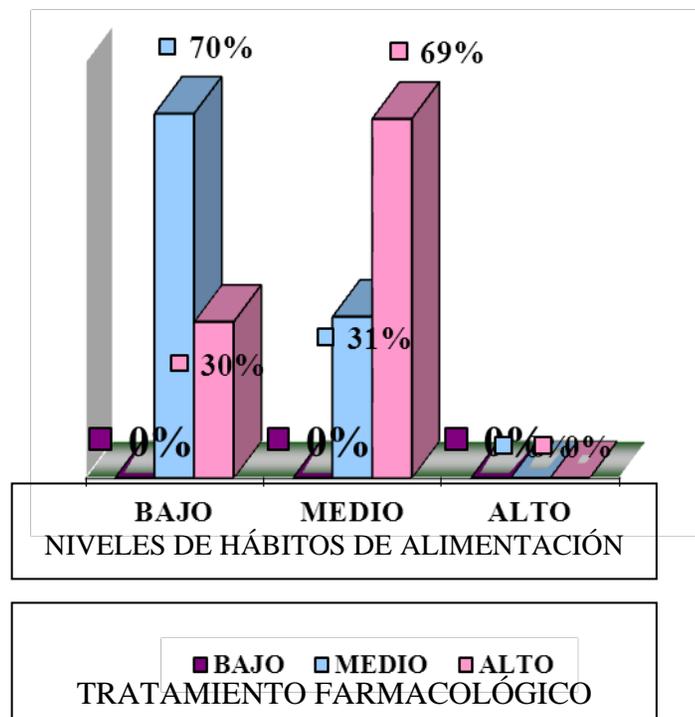
GRÁFICO N° 8

Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial

Distribución de los Adultos Mayores de hábitos de Alimentación en el factor Tratamiento Farmacológico

Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2014

Coefficiente de correlación (PEARSON) = + 0,182 (P < 0,248) No Significativo



Fuente: Instrumentó Aplicado (Rojas, 2014)

TABLA No. 9

Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial
Distribución de los Adultos Mayores Según Niveles de hábitos de Alimentación en su Factor
Exámenes de Laboratorio

Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2014

Niveles de hábitos de Alimentación	Exámenes de Laboratorio			Total (%)
	Bajo F (%)*	Medio F (%)*	Alto F (%)*	
Bajo	3 (30)	3 (30)	4 (40)	10 (40)
Medio	0 (0,0)	1 (9)	10 (91)	11 (44)
Alto	0 (0,0)	2 (50)	2 (50)	4 (16)
Total	3 (12)	6 (24)	16 (64)	25 (100)

* Porcentajes Internos en relación a subtotales horizontales.

Coefficiente de Correlación (PEARSON) = + 0,048 (P < 0,763) No Significativo

Fuente: Instrumentó Aplicado (Rojas, 2014)

En el nivel bajo del factor Niveles de hábitos de Alimentación hubo un predominio (40%) del nivel alto del factor Exámenes de Laboratorio, siendo el (30%) para el nivel medio y un (30%) para el nivel bajo. Para el nivel medio de Niveles de hábitos de Alimentación, se dio la mayoría representativa en el nivel alto con 91% y el restante 9% en el nivel medio del factor Exámenes de Laboratorio. Para el nivel alto de Niveles de hábitos de Alimentación, el 50,0% por igual corresponde al nivel medio y alto del factor Exámenes de Laboratorio.

En la relación entre los factores Niveles de hábitos de Alimentación y Exámenes de Laboratorio, se puede apreciar que en los tres niveles del primer factor nombrado, predominan los niveles altos (40%, 91% y 50%) del segundo. Esto indica que no hay una relación de concordancia entre ambos factores en lo que respecta a niveles de igual categoría. Esto a la vez, se corresponde con el coeficiente de correlación de Pearson que dio un valor positivo pero casi nulo (+ 0,048) y sin significación estadística ($P < 0,763$).

En conclusión no se puede demostrar que exista una relación significativa entre los factores Niveles de hábitos de Alimentación y Exámenes de Laboratorio, en el grupo de adultos mayores investigados, por lo que se puede asegurar que en estos adultos mayores, los exámenes de Laboratorio no se relaciona con los Niveles de hábitos de Alimentación que poseen el grupo de adultos mayores.

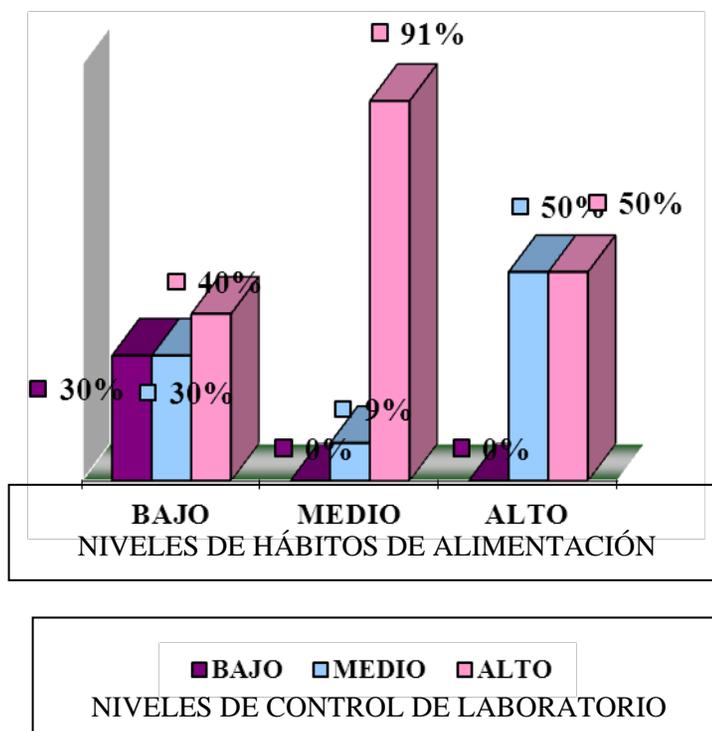
GRÁFICO N° 9

Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial

Distribución de los Adultos Mayores Según Niveles de hábitos de Alimentación de los Adultos Mayores Según Niveles de hábitos de Alimentación en su Factor Control de exámenes de Laboratorio

Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo.2014

Coefficiente de Correlación (PEARSON)=+0,048
(P<0,763) No Significativo



Fuente: Instrumentó Aplicado (Rojas, 2014)

TABLA No. 10

Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial

Distribución de los Adultos Mayores Según Actividad Física en el Factor Control de Salud
Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2014

Niveles de Actividad Física	Control de Salud			Total (%)
	Bajo F (%)*	Medio F (%)*	Alto F (%)*	
Bajo	0 (0,0)	6 (60)	4 (40)	10 (40)
Medio	0 (0,0)	5 (35,7)	9 (64,28)	14 (56)
Alto	0 (0,0)	1 (100)	0 (0,0)	1 (4)
Total	0 (0,0)	12 (48)	13 (52)	25 (100)

* Porcentaje interno en relación a subtotales horizontales.

Coefficiente de Correlación (PEARSON) = + 0,187 (P < 0,239) No Significativo

Fuente: Instrumentó Aplicado (Rojas, 2014)

El 40% del grupo de adultos mayores presentaron, según respuestas a los ítems que conforman el factor Actividad Física, un nivel medio de un 60% lo que corresponde al nivel alto de un 40%.

En el nivel bajo del factor Actividad Física, predominó con (60%) del nivel medio del factor Control de Salud, y un 40% para el nivel alto. En el nivel medio de Actividad Física, se aprecia en el nivel alto 64,28% y un 35,7% en el nivel medio del

factor Control de Salud. Para el nivel alto de Actividad Física, el 100% corresponde al nivel medio Control de Salud.

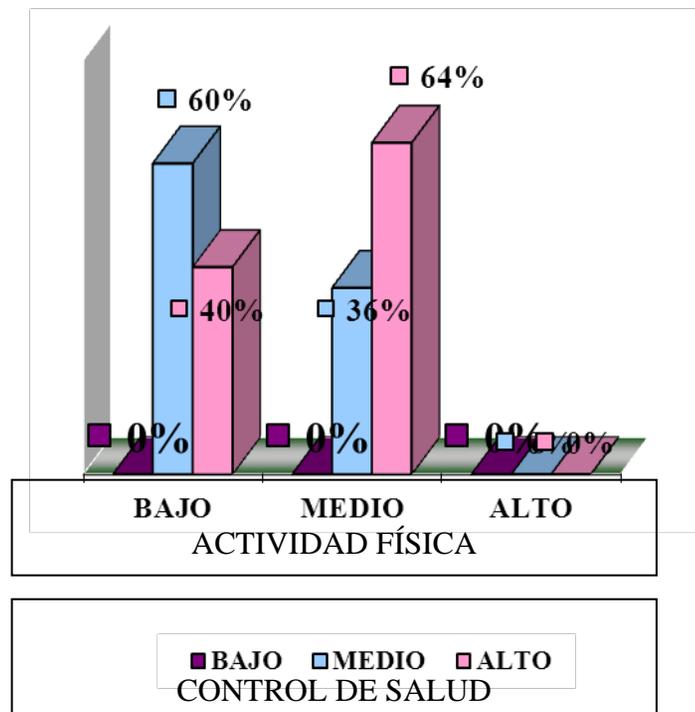
En la relación entre los factores Actividad Física y Control de Salud, se puede apreciar que en los niveles medio y alto de Actividad Física, predominan los niveles alto (64,28% y 100%) de Control de Salud, aunque en el nivel bajo del factor Actividad Física hay una representación del nivel medio (60%) del factor Control de Salud. Esto indica que no hay una relación de concordancia entre ambos factores en lo que respecta a niveles de igual categoría. Esto a la vez, se corresponde con el coeficiente de correlación de Pearson que dio un valor positivo pero casi nulo (+0,187) y sin significación estadística ($P < 0,239$).

Evidenciándose, que no se demuestra una relación significativa entre los factores Actividad Física y Control de Salud, en el grupo de adultos mayores participantes de la investigación, por lo que se puede evidenciar que en estos adultos mayores, el manejo de la hipertensión arterial en su factor Actividad Física no se relaciona con el Control de Salud que realizan.

GRÁFICO N° 10

Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial

Distribución de los Adultos Mayores Según Actividad Física en el Factor Control de Salud
Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2014



Fuente: Instrumentó Aplicado (Rojas, 2014)

TABLA No. 11

Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial

Distribución de los Adultos Mayores Según Actividad Física en el Factor Tratamiento Farmacológico

Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo.2014

Niveles de Actividad Física	Tratamiento Farmacológico			Total (%)
	Bajo F (%)*	Medio F (%)*	Alto F (%)*	
Bajo	6 (25)	6 (25)	12 (50)	24 (96)
Medio	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	1 (4)
Alto	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Total	6 (24)	6 (24)	13 (52)	25 (100)

* Porcentaje interno en relación a subtotales horizontales.

Coeficiente de Correlación (PEARSON) = + 0,137 (P < 0,386) No Significativo

Fuente: Instrumentó Aplicado (Rojas, 2014)

En el nivel bajo del factor Actividad Física, hubo un predominio muy marcado (50%) del nivel alto del factor Tratamiento Farmacológico, siendo 25% por igual para los niveles bajo y medio. Para el nivel medio de Actividad Física, el único sujeto (100%) de esta categoría también quedó en el nivel alto de Tratamiento Farmacológico. Vale destacar que no hubo representación de adultos mayores en el nivel alto del factor Actividad Física.

Por lo tanto, se aprecia una tendencia marcada a establecer en la relación de ambos factores, una concentración en el nivel bajo del factor Actividad Física con el nivel alto de Tratamiento Farmacológico, ya que de los 25 adultos mayores

entrevistados, 12 (50%) están ubicados en el cruce de estos dos niveles de los dos factores. Esto implica que no hay una relación de concordancia entre ambos factores en lo que respecta a niveles de igual categoría. Esto a la vez, se corresponde con el coeficiente de correlación de Pearson que dio un valor positivo pero muy bajo (+0,137) y sin significación estadística ($P < 0,386$).

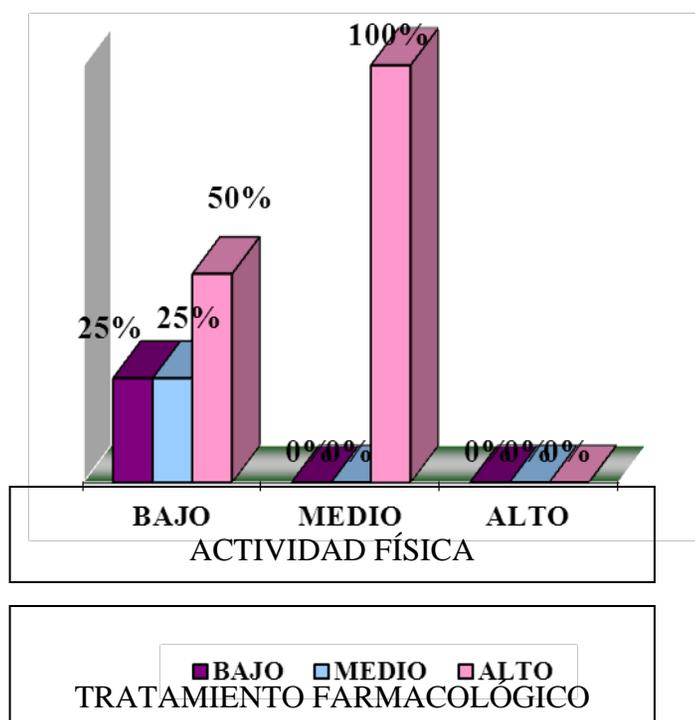
En conclusión no se puede demostrar que exista una relación significativa entre los factores Actividad Física y Tratamiento Farmacológico, en el grupo de adultos mayores investigados, por lo que se puede asegurar que en estos adultos mayores, el Tratamiento Farmacológico no se relaciona con la Actividad Física que realizan.

GRÁFICO N° 11

Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial

Distribución de los Adultos Mayores Según Actividad Física en el Factor Tratamiento Farmacológico

Ambulatorio Las Agüitas Municipios Los Guayos. Estado Carabobo. 2014



Fuente: Instrumentó Aplicado (Rojas, 2014)

TABLA No. 12

Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial

Distribución de los Adultos Mayores Según Niveles de Actividad Física en el Factor exámenes de Laboratorio

Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo.2014

Niveles de Actividad Física	Exámenes de Laboratorio			Total (%)
	Bajo F (%)*	Medio F (%)*	Alto F (%)*	
Bajo	0 (0,0)	11 (46)	13 (54)	24 (96)
Medio	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100)	1 (4)
Alto	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Total	0 (0,0)	11 (44)	14 (56)	25 (100)

* Porcentaje interno en relación a subtotales horizontales.

Coeficiente de Correlación (PEARSON) = + 0,039 (P < 0,835) No Significativo

Fuente: Instrumentó Aplicado (Rojas, 2014)

El 96% del grupo de adultos mayores presentaron, según respuestas a los ítems que conforman el factor Actividad Física, un nivel bajo en éste, siendo sólo un 4% lo que corresponde al nivel medio. En cuanto al factor Exámenes de Laboratorio, el 44% se ubicó en un nivel medio y el 56% en el nivel alto.

En el nivel bajo del factor Actividad Física, hubo un predominio (56%) del nivel alto del factor control de salud, siendo el 44% restante para el nivel medio. Para el nivel medio de Actividad Física, el único sujeto (100%) de esta categoría también quedó en el nivel alto de Exámenes de Laboratorio. Vale destacar que no hubo

representación de adultos mayores en los niveles alto del factor Actividad Física y bajo del factor Exámenes de Laboratorio.

Por lo tanto, hay una tendencia marcada a establecer en la relación de ambos factores, una mayor concentración del nivel bajo del factor Actividad Física, con el nivel alto de Exámenes de Laboratorio, ya que de los adultos mayores participantes, (54%) están ubicados en el cruce de estos dos niveles de los dos factores. Esto implica que no hay una correlación entre ambos factores en lo que respecta a niveles de igual categoría. Esto a la vez, se corresponde con el coeficiente de correlación de Pearson que dio un valor positivo pero casi nulo (+ 0,039) y sin significación estadística ($P < 0,835$).

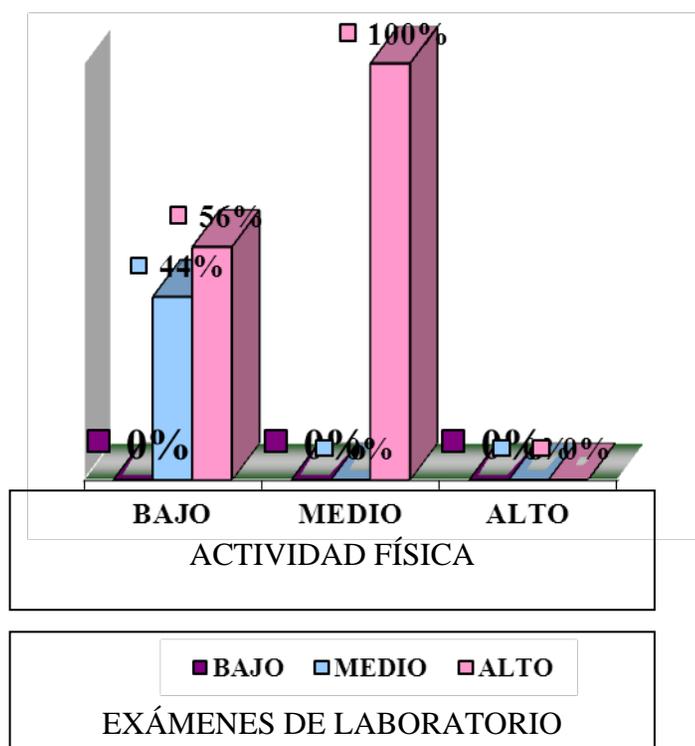
En conclusión no se puede demostrar que exista una relación significativa entre los factores Actividad Física y Exámenes de Laboratorio, en el grupo de adultos mayores investigados, por lo que se infiere que en estos adultos mayores, los Exámenes de Laboratorio no se relacionan con Actividad Física que ejecutan.

GRÁFICO N° 12

Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial

Distribución de los Adultos Mayores Según Niveles de Actividad Física en el Factor
exámenes de Laboratorio

Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo.2014



Fuente: Instrumentó Aplicado (Rojas, 2014)

TABLA No. 13

Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo Hipertensión Arterial
Distribución de los Adultos Mayores Según Niveles de la Variables Estilo de Vida del
Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial

Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2014

Niveles de Estilo de Vida del Adulto Mayor	Manejo de la Hipertensión Arterial			Total (%)
	Bajo F (%)*	Medio F (%)*	Alto F (%)*	
Bajo	0 (0,0)	5 (62,5)	3 (37,5)	8 (32)
Medio	0 (0,0)	5 (33)	10 (67)	15 (60)
Alto	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100)	2 (8)
Total	0 (0,0)	10 (40)	15 (60)	25 (100)

*Porcentaje interno en relación a subtotales horizontales.

Coefficiente de Correlación (PEARSON) = + 0,044 (P < 0,782) No Significativo

Fuente: Instrumentó Aplicado (Rojas, 2014)

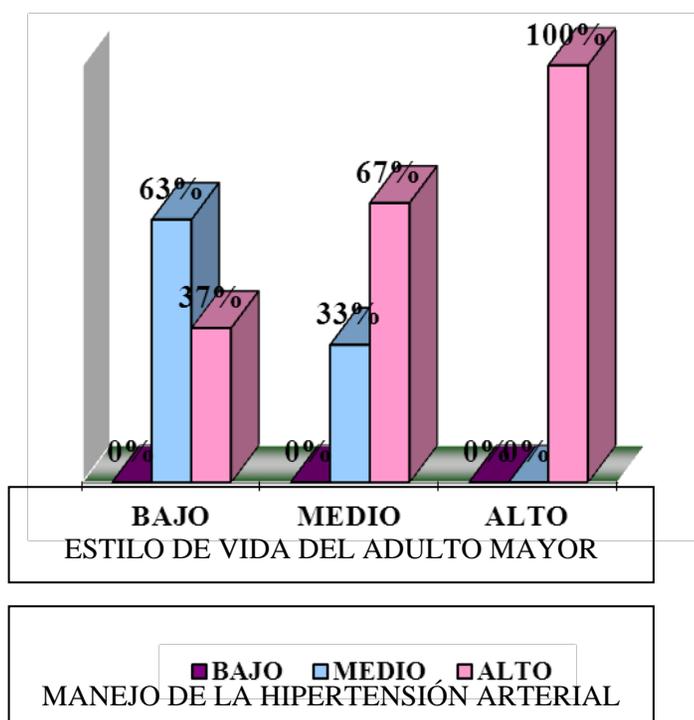
En el nivel bajo de la variable Estilo de Vida del AM, aparece predominado porcentualmente (60%) el nivel medio, seguido en orden de importancia el nivel bajo con 32% y luego el nivel alto con sólo 8%. Para la variable Manejo de la HTA, predominó el nivel alto con 60% y el restante 40% fue para el nivel medio. En el nivel bajo del Estilo de Vida del AM, hay mayoría (62,5%) en el nivel medio de la variable Manejo de la HTA, siendo el 37,5% para el nivel alto. Para el nivel medio de la variable Estilo de Vida del AM, es mayoría el nivel alto de la variable Manejo de la HTA con 67%, correspondiendo el restante 33% al nivel medio. Por último, en el

nivel alto de la variable Manejo de la HTA, se encontró que es mayoría absoluta esta categoría para el nivel alto de Estilo de Vida del AM. En la relación entre las variables Estilo de Vida del AM y Manejo de la HTA, se observó que en los tres factores de la primera variable mencionada, hubo dos mayorías porcentuales en los niveles alto de la variable Manejo de la HTA y uno en el nivel medio, 62,5%, 67% y 100,0%, respectivamente. Esto indica que no hay una relación de concordancia entre ambas variables en lo que respecta a niveles de igual categoría. Esto a la vez, se corresponde con el coeficiente de correlación de Pearson que dio un valor positivo pero casi nulo (+ 0,044) y sin significación estadística ($P < 0,782$). Por lo que no se puede demostrar que exista una relación significativa entre las variables Estilo de Vida del AM y Manejo de la HTA en el grupo de adultos mayores investigados. Por lo que se puede inferir que en estos adultos mayores el Manejo de la HTA no se relaciona con el Estilo de Vida del AM que poseen.

GRÁFICO N° 13

Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo Hipertensión Arterial
 Distribución de los Adultos Mayores Según Niveles de la Variables Estilo de Vida del
 Adulto Mayor y Manejo de la Hipertensión Arterial

Ambulatorio Las Agüitas Municipio Los Guayos. Estado Carabobo. 2014



Fuente: Instrumentó Aplicado (Rojas, 2014)

4.2 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación se presenta el análisis e interpretación de los datos de acuerdo a los objetivos e hipótesis establecidas en la investigación.

Los resultados de los datos sociodemográficos de los adultos mayores investigados, el género dominante fue el sexo femenino, el mayor grupo fue el que poseen de 60 a 65 años; la mayoría de ellos (60%) Sí trabajan, y los adultos mayores casados representan un mayor porcentaje (56%), el 60% alcanzaron un nivel educativo de primaria, y en su mayoría (60%) no reciben pensión o están jubilados.

En lo que respecta a la Hipótesis Específica N° 1 que plantea que existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor hábitos de alimentación y el manejo de la HTA en su factor control de salud en los adultos mayores. Se encontró que había una tendencia marcada a establecer en la relación de ambos factores, una mayor concentración del nivel bajo del factor hábitos de alimentación, con el nivel alto de control de salud, ya que de los 25 adultos mayores entrevistados, 14 (58,3%) están ubicados en el cruce de estos dos niveles de los dos factores. Esto implica que no hay una relación de concordancia entre ambos factores en lo que respecta a niveles de igual categoría. Esto a la vez, se corresponde con el coeficiente de correlación de Pearson que dio un valor positivo pero casi nulo (+ 0,035) y sin significación estadística ($P < 0,826$). Por lo que no se pudo demostrar que exista una relación significativa entre los factores hábitos de alimentación y

control de salud, en el grupo de adultos mayores investigados, se determinó que estos adultos mayores, el control de salud no se relaciona con los hábitos de alimentación que poseen. Por lo que se rechaza la hipótesis establecida.

Sin embargo, es pertinente mencionar lo expuesto por Guzmán y Durán (2009), quienes mencionan que, el elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a la hipertensión arterial. El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia. Para ayudar a controlar la hipertensión, se debe limitar la cantidad de sal en la dieta. Esto significa utilizar comidas y condimentos bajos o sin sal cuando se cocina.

En este marco de aseveraciones, al establecer la relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor Hábitos de Alimentación y el manejo de la HTA en su factor Tratamiento Farmacológico en los adultos mayores, se puede apreciar que en los niveles Medio y Alto del primero nombrado, predominan los niveles alto (69% y 50%) del segundo, aunque en el nivel Bajo del factor Niveles de Hábitos de Alimentación hay una ligera mayor representación del nivel Medio (70%) del factor Tratamiento Farmacológico. Esto indica que no hay una relación de concordancia entre ambos factores en lo que respecta a niveles de igual categoría. En conclusión no se puede demostrar que exista una relación significativa entre los factores Niveles de Hábitos de Alimentación y Tratamiento Farmacológico, en el grupo de adultos mayores investigados, por lo que se puede asegurar que en estos adultos mayores, el manejo de la hipertensión arterial en su factor Tratamiento

Farmacológico no se relaciona con el Hábitos de Alimentación que poseen, rechazándose la hipótesis N° 2.

Sobre la base de estas ideas, (López 2004), enfatiza que el hombre para la obtención de salud, en su promoción y alivio de las enfermedades, ha buscado los medios naturales ayuda para curarse y/o prevenir su aparición, utilizando para tal fin todas las medidas ofrecidas por la medicina convencional; siendo el tratamiento farmacológico una de esas medidas, y el uso precoz del tratamiento de la hipertensión pueden evitar complicaciones futuras.

En cuanto a la hipótesis N° 3 sobre la relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor hábitos de alimentación y el manejo de la HTA en su factor Exámenes de Laboratorio en los adultos mayores. Se encontró que en los tres niveles del primer factor nombrado, predominan los niveles Alto (40%, 91% y 50%) del segundo. Esto indica que no hay una relación de concordancia entre ambos factores en lo que respecta a niveles de igual categoría. En conclusión se rechaza la hipótesis N° 3 porque no se encontró significación estadística. Sin embargo es preciso señalar que los hábitos alimenticios, forman parte de los estilos de vida saludables que debe mantener el Adulto Mayor. Sobre ello Leitón y Ordoñez (2003) señalan la relación directa entre alimentación y salud sigue totalmente vigente en esta etapa de la vida. Una nutrición bien orientada durante los años de la senectud puede promover y mantener la salud, retrasar algunos cambios del envejecimiento, prevenir enfermedades y ayudar en la recuperación de las mismas con la disminución de la morbilidad en la vejez.

En la hipótesis específica 4 que señala que existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor actividad física y el manejo de la HTA en su factor control de salud en los adultos mayores. Se encontró que en los niveles medio y alto de Actividad Física, predominan los niveles alto (64,28% y 100%) de Control de Salud, aunque en el nivel bajo del factor Actividad Física hay una representación del nivel medio (60%) del factor Control de Salud. No se demuestra una relación significativa entre los factores Actividad Física y Control de Salud, en el grupo de adultos mayores participantes de la investigación, por lo que se puede evidenciar que en estos adultos mayores, el manejo de la hipertensión arterial en su factor Actividad Física no se relaciona con el Control de Salud que realizan. Por lo que se rechaza la hipótesis establecida.

Es perentorio, destacar que para Dotres (2000), el perfeccionamiento de la prevención y el control de la presión arterial es un desafío importante para todos los países, lo cual debe constituir una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos, la adecuada percepción del riesgo que significa padecer de Hipertensión Arterial, obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de educación y promoción dirigidas a la disminución de la presión arterial de la población, impactando sobre otros factores de riesgo asociados, fundamentalmente la falta del ejercicio físico.

En lo que respecta a la Hipótesis N° 5 que esboza que existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor actividad física y el manejo de la hipertensión arterial en su factor tratamiento farmacológico en los

adultos mayores, se aprecia en los resultados una tendencia marcada a establecer en la relación de ambos factores, una concentración en el nivel Bajo del factor Actividad Física con el nivel alto de tratamiento farmacológico, ya que de los 25 adultos mayores entrevistados, 12 (50%) están ubicados en el cruce de estos dos niveles de los dos factores. Esto implica que no hay una relación de concordancia entre ambos factores en lo que respecta a niveles de igual categoría. Por lo que se rechaza la hipótesis establecida.

Estos resultados son similares a los encontrados López Robles Francisca, Javier Martínez Rosario (2013) en su investigación titulada Estilos de vida y control de la presión arterial cuyo objetivo fue conocer el tipo de dieta y estilos de vida en pacientes hipertensos de mi zona de trabajo, cómo estos influyen en el control de la HTA. Los resultados en 100 hipertensos encontraron problemas en la adherencia del tratamiento farmacológico (76%) y solo un 45 % realizan actividad física.

Sin embargo debe destacarse la importancia del tratamiento Farmacológico en los adultos mayores con problemas de hipertensión arterial así como lo dice Guzmán y Durán (2009) que “Aquellas personas que no controlan la hipertensión tienen riesgo tres veces mayor de desarrollar una cardiopatía, seis veces mayor de padecer insuficiencia cardíaca y siete veces mayor de sufrir una apoplejía que las personas que controlan habitualmente su hipertensión” (p.1). En este sentido el Adulto Mayor portador de hipertensión arterial, se ve en la necesidad de utilizar recursos farmacológicos con el propósito de mejorar sus condiciones de salud.

En lo atinente a la hipótesis N° 6 que señala que existe una relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su Factor Actividad Física y el manejo de la Hipertensión Arterial en su factor Exámenes de Laboratorio en los adultos mayores, se aprecia una tendencia marcada a establecer en la relación de ambos factores, una mayor concentración del nivel Bajo del factor Actividad Física, con el nivel Alto de Control de Laboratorio, ya que de los adultos mayores participantes, (54%) están ubicados en el cruce de estos dos niveles de los dos factores. Demostrándose que no existe una relación significativa entre los factores Actividad Física y Control de Laboratorio, en el grupo de adultos mayores investigados, por lo que se infiere que en estos adultos mayores, el Control de Laboratorio no se relaciona con Actividad Física que ejecutan.

En este sentido, se resalta la importancia de los Exámenes de Laboratorio, sobre ello López y otros (2006) indican “Las pruebas de laboratorio recomendadas incluyen electrocardiograma, parcial de orina, glucemia, hemoglobina y hematocrito, creatinina sérica (con el índice de depuración calculado de creatinina), calcio y potasio séricos y perfil de lípidos” (p.272). Siendo pues necesario, realizar los exámenes de laboratorios complementarios para tener una visión integral del Adulto Mayor portador de HTA.

En este sentido, es pertinente exponer que una correcta, adecuada y equilibrada nutrición es parte importante para el mantenimiento de la salud durante la vida y muy

especialmente durante la vejez, ya que la alimentación puede influir en la aparición de enfermedades tales como la Hipertensión Arterial, sobre ello Guzmán y Durán (2009), mencionan que, el elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a la hipertensión arterial. El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia. Para ayudar a controlar la hipertensión, se debe limitar la cantidad de sal en la dieta. Esto significa utilizar comidas y condimentos bajos o sin sal cuando se cocina. La información nutricional en los envases de comida muestra la cantidad de sodio en el producto. No se debe comer más de una cucharadita de sal al día.

Finalmente, en lo que respecta a la hipótesis general del estudio sobre la relación estadísticamente significativa entre las variables Estilo de Vida del Adulto Mayor y Manejo de la HTA, se encontró que en los tres factores de la primera variable mencionada, hay dos mayorías porcentuales en los niveles Alto de la variable Manejo de la HTA y uno en el nivel Medio, 62,5%, 67% y 100%, respectivamente. Pero sin significación estadística rechazándose la hipótesis general.

Por otra parte, la HTA, se relacionan con factores de riesgo y es una enfermedad que puede ocasionar la muerte en caso de no administrarse el tratamiento adecuado, y es considerada en la actualidad como un problema de salud público. En este orden de ideas Guzmán y Durán (2009), mencionan que las enfermedades crónicas como la Hipertensión Arterial, constituyen en la actualidad uno de los

problemas de salud pública más importantes, tanto en los países desarrollados como en los en vía de desarrollo, ya que su incidencia cada día aumenta; y junto con la obesidad, se perfilan como las más grandes epidemias del milenio. La HTA constituye el primer factor de riesgo cardiovascular en el paciente geriátrico, hay que señalar que puede corresponder a 2 grupos: hipertensión sistólica aislada e hipertensión sistólica y diastólica combinadas; estudios realizados indican que la prevalencia de ambos grupos aumenta con la edad.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este capítulo se presentan las conclusiones del estudio posterior al análisis estadístico de los datos, así como las recomendaciones que se consideraron pertinentes.

5.1. Conclusiones

Una vez analizados estadísticamente los datos recolectados se presentan las siguientes conclusiones:

–En cuanto a las características sociodemográficas de los adultos mayores hipertenso investigados, el grupo de edad predominante estuvo entre los 66 y 70 años (64%), de los cuales 52% pertenecen al sexo femenino y el 60% alcanzaron un nivel educativo de primaria, 60% trabaja, 60% no recibe pensión, un 56% son casado.

–En cuanto a la hipótesis específica 1 que plantea: existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor **hábitos de**

alimentación y el manejo de la HTA en su factor **control de salud** en los adultos mayores. Se encontró que había una tendencia marcada a establecer en la relación de ambos factores, una mayor concentración del nivel bajo del factor hábitos de alimentación, con el nivel alto de control de salud, ya que de los 25 adultos mayores entrevistados, 14 (58,3%) están ubicados en el cruce de estos dos niveles de los dos factores. Esto implica que no hay una relación de concordancia entre ambos factores en lo que respecta a niveles de igual categoría. Esto a la vez, se corresponde con el coeficiente de correlación de Pearson que dio un valor positivo pero casi nulo (+ 0,035) y sin significación estadística ($P < 0,826$). En conclusión no se pudo demostrar que exista una relación significativa entre los factores hábitos de alimentación y control de salud, en el grupo de adultos mayores investigados.

– Asimismo, en la hipótesis específica 2 que plantea: Existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor **Hábitos de Alimentación** y el manejo de la HTA en su factor **Tratamiento Farmacológico** en los AM, se puede apreciar que en los niveles Medio y Alto del primero nombrado, predominan los niveles ALTO (69% y 50%) del segundo, aunque en el nivel Bajo del factor **Niveles de Hábitos de Alimentación** hay una ligera mayor representación del nivel Medio (70%) del factor **Tratamiento Farmacológico**. Esto indica que no hay una relación de concordancia entre ambos factores en lo que respecta a niveles de igual categoría. Esto a la vez, se corresponde con el coeficiente de correlación de Pearson que dio un valor positivo pero casi nulo (+ 0,182) y sin significación

estadística ($P < 0,248$). En conclusión no se demuestra relación significativa entre ambos factores, por lo que se infiere que el estilo de vida en su factor **Hábitos de Alimentación** no se relaciona con el **Tratamiento Farmacológico** que cumplen los AM de este estudio.

– En lo atinente a la hipótesis específica 3 que plantea: Existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor **Hábitos de Alimentación** y el manejo de la HTA en su factor **Exámenes de Laboratorio** en los AM. En la relación entre los factores **Hábitos de Alimentación** y **Exámenes de Laboratorio**, se pudo apreciar que en los tres niveles del primer factor nombrado, predominan los niveles Alto (40%, 91% y 50%) del segundo. Esto indica que no hay una relación de concordancia entre ambos factores en lo que respecta a niveles de igual categoría. Esto a la vez, se corresponde con el coeficiente de correlación de Pearson que dio un valor positivo pero casi nulo (+0,048) y sin significación estadística ($P < 0,763$). En conclusión no se puede demostrar que exista una relación significativa entre ambos factores, por lo que se puede asegurar que los **Hábitos de Alimentación** no se relacionan con los **Exámenes de Laboratorio** que realizan el grupo de AM investigados.

– En la hipótesis específica 4 que señala: existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor **actividad física** y el manejo de la HTA en su factor **control de salud** en los adultos mayores. Se encontró que en los niveles medio y alto de Actividad Física, predominan los niveles alto (64,28% y 100%) de Control de Salud, aunque en el nivel bajo del factor

Actividad Física hay una representación del nivel medio (60%) del factor Control de Salud. No se demuestra una relación significativa entre los factores Actividad Física y Control de Salud, en el grupo de adultos mayores participantes de la investigación. En conclusión no se puede evidenciar que en estos adultos mayores, el manejo de la HTA en su factor Actividad Física no se relaciona con el Control de Salud que realizan el grupo de AM investigados

En lo referido a la hipótesis específica 5 que plantea: Existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su factor **Actividad Física** y el manejo de la HTA en su factor **Tratamiento Farmacológico** en los AM, se aprecia en los resultados una tendencia marcada a establecer en la relación de ambos factores, una concentración en el nivel Bajo del factor **Actividad Física** con el nivel Alto de **Tratamiento Farmacológico**, ya que de los 25 AM entrevistados, 12 (50%) están ubicados en el cruce de estos dos niveles de los dos factores. Esto implica que no hay una relación de concordancia entre ambos factores en lo que respecta a niveles de igual categoría. Esto a la vez, se corresponde con el coeficiente de correlación de Pearson que dio un valor positivo pero muy bajo (+ 0,137) y sin significación estadística ($P < 0,386$). En conclusión no se demostró que exista una relación significativa entre los factores antes señalados, por lo que se infiere que los adultos mayores investigados, el factor **Actividad Física** no se relaciona con **Tratamiento Farmacológico**.

–Por otra parte, en la hipótesis específica 6 que plantea: Existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida en su **Factor Actividad Física** y el manejo de la HTA en su factor **Exámenes de Laboratorio** en los AM, se aprecia una tendencia marcada a establecer en la relación de ambos factores, una mayor concentración del nivel Bajo del factor Actividad Física, con el nivel Alto de Exámenes de Laboratorio, ya que de los adultos mayores participantes, (54%) están ubicados en el cruce de estos dos niveles de los dos factores. Esto implica que no hay una correlación entre ambos factores en lo que respecta a niveles de igual categoría. Esto a la vez, se corresponde con el coeficiente de correlación de Pearson que dio un valor positivo pero casi nulo (+0,039) y sin significación estadística ($P < 0,835$). Demostrándose, que no hay una relación significativa entre los factores antes mencionados, por lo que se infiere que la **Actividad Física** que ejecutan los AM estudiados no se relaciona con sus **Exámenes de Laboratorio**.

–Finalmente, en lo que respecta a la hipótesis general que plantea: Existe relación estadísticamente significativa entre los **estilos de vida** en sus factores: actividad física, y hábitos de alimentación y **el manejo de la HTA** en sus factores tratamiento farmacológico y exámenes de laboratorio en los AM. En relación a las dos variables estudiadas, se encontró que en los tres niveles de la variable **estilo de vida** hubo dos mayorías porcentuales en los niveles Alto de la

variable **Manejo de la Hipertensión Arterial** y uno en el nivel Medio, 62,5%, 67% y 100,0%, respectivamente. Esto indica que no hubo una relación de concordancia entre ambas variables en lo que respecta a niveles de igual categoría. Esto a la vez, se corresponde con el coeficiente de correlación de Pearson que dio un valor positivo pero casi nulo (+ 0,044) y sin significación estadística ($P < 0,782$). En conclusión no se demostró que exista una relación significativa entre ambas variables. Por lo que se infiere que el Estilo de vida no se relaciona con el Manejo de la Hipertensión Arterial de los adultos mayores en este estudio.

5.2. Recomendaciones

- Dar a conocer los resultados de esta investigación a las autoridades del Ambulatorio Urbano Tipo II las Agüitas, Municipio Los Guayos, Estado Carabobo.
- Implementar programas y proyectos de prevención y promoción de salud gerontológicos, con base a diagnósticos sobre necesidades y problemas del adulto mayor, haciendo hincapié en aquellos que estén dirigidos en el estilo de vida y manejo de HTA, evitando de esta manera la institucionalización del adulto mayor por crisis hipertensivas.
- Involucrar al familiar del adulto mayor en las orientaciones ofrecidas, para de esta forma fortalecer el autocuidado y la recuperación y mantenimiento de cada paciente.

- Mantener esquemas de divulgación permanente de información, en los centros de salud, tales como trípticos, dípticos y carteleras, donde en forma clara y sencilla se expliquen el manejo de la HTA y estilos de vida saludables en la comunidad.
- Presentar los resultados de la presente investigación en foros, talleres y jornadas y congresos nacionales e internacionales, donde se aborden temas inherentes al adulto mayor y a la salud del mismo.
- Realizar estudios gerontológicos en los centros y unidades de investigación de las universidades, mediante el desarrollo de líneas de investigación en las áreas gerontológicas y geriátricas, donde se generen propuestas y soluciones tendentes a favorecer los estilos de vida saludables del adulto mayor.