

UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZAN”

ESCUELA DE POSGRADO



=====

**“EFECTIVIDAD DE LA INTERVENCION EDUCATIVA PARA INCREMENTAR
EL CONOCIMIENTO EN HIPERTENSION ARTERIAL Y LAS PRACTICAS DE
LOS ESTILOS DE VIDA EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS DEL
CENTRO DE SALUD MAX ARIAS SCHREIBER
LIMA, LA VICTORIA FEBRERO – ABRIL 2015”**

=====

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE:

DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD

TESISTA: Mg. Marcos Julio SAAVEDRA MUÑOZ

ASESOR: Dr. Lorenzo PASQUEL LOARTE

HUANUCO - PERU

2017

Dedico este trabajo:

A Dios por nuestra existencia y permanencia de vivir en nuestra hermosa Patria el Perú.

A mis queridos y abnegados padres Marcos y Gloria por todos sus apoyos, sacrificios y dedicaciones de siempre.

A mi esposa Maritza por su paciencia, sacrificio, comprensión y apoyo de siempre.

A mis hijos Marcos José y Julio Alonso por ser mis motivos de superación y tengan un ejemplo a seguir en lo profesional, la docencia e investigación.

Un recuerdo infinito a papá Julio, tía Rosa, tío Jesús y toda la familia Muñoz por el grandioso apoyo inicial para mis logros estudiantiles y profesionales.

Agradezco por su contribución para el desarrollo de mi tesis:

Al equipo multidisciplinario de profesionales de apoyo del Centro de Salud “Max Arias Schreiber: Licenciada en Psicología María Isabel Rodríguez López, Licenciada en Nutrición Roció Vásquez Rojas, Química Farmacéutica Serums Marianella Salazar Guillen, Licenciada en Educación Física Luzmila Navarro Oxsolon; por el apoyo en los contenidos teórico prácticos de las sesiones educativas.

A mi amigo, colega docente Doctor en Educación Santiago Valderrama Mendoza por su invaluable apoyo, consejos y orientaciones en el campo de la docencia e investigación.

Al Magister Carlos Jaimes Velásquez colega docente por sus orientaciones y en la asesoría del procesamiento y análisis estadístico en salud.

A los pacientes colaboradores con Hipertensión Arterial del Centro de Salud “Max Arias Schreiber”.

Al Club del Adulto Mayor del Centro de Salud “Max Arias Schreiber”.

A todos ellas y ellos, infinitas gracias.

El autor

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue determinar la efectividad de la intervención educativa para incrementar el conocimiento sobre hipertensión arterial y las prácticas de estilo de vida de los pacientes hipertensos del centro de salud “Max Arias Schreiber” del distrito de La victoria durante los meses de febrero a abril del 2015. En el método, el nivel de investigación empleado fue el aplicativo, con enfoque cuantitativo y de diseño cuasiexperimental de un solo grupo. La muestra poblacional de estudio estuvo constituida por 25 pacientes hipertensos, los que fueron seleccionados mediante muestreo no probabilístico intencionado y según criterios de inclusión y exclusión. La información fue recolectada a través de un cuestionario de encuesta y una guía de entrevista; validadas por juicio de expertos, las pruebas piloto, de alfa de Cronbach y Mc Nemar antes y después de la intervención educativa en los pacientes durante los meses de febrero hasta abril del 2015. El resultado obtenido para el nivel de conocimientos después de la intervención educativa fue del 100 % mejorándose la valoración hacia un conocimiento alto según la prueba de Rangos de Wilcoxon en un nivel de significancia de 0.000 menor que 0.05 y en los resultados obtenidos para las practicas del estilo de vida en actividad física, alimentación, consumo de tabaco, alcohol y sal, después de la intervención educativa cuya valoración fue de adecuada en todas, excepto para el consumo de tabaco; según la prueba de hipótesis de Mc Nemar determinándose un nivel de significancia de 0.000 menor que 0.05 excepto para el consumo de tabaco que fue de 0.063. Concluyéndose

que la intervención educativa tiene efectividad para incrementar los niveles de conocimiento así como las prácticas de estilos de vida descritos en los pacientes hipertensos del establecimiento de salud.

Palabras clave: Intervención educativa, Hipertensión Arterial, Conocimientos, Estilos de vida, Alimentación, Actividad Física.

SUMMARY

The objective of this research was to determine the effectiveness of the educational intervention to increase the knowledge about arterial hypertension and the lifestyle practices of the hypertensive patients of the health center "Max Arias Schreiber" of the district of Victory during the months of February to April of 2015. In the method, the level of research employed was the application, with quantitative approach and quasi-experimental design of a single group. The population sample of the study consisted of 25 hypertensive patients, who were selected through non-probabilistic sampling and according to inclusion and exclusion criteria. The information was collected through a survey questionnaire and interview guide; validated by expert judgment, pilot tests, alpha of Cronbach and Mc Nemar before and after the educational intervention in patients during the months of February to April 2015. The result obtained for the level of knowledge after the educational intervention was 100% improving the assessment towards a high knowledge according to the Wilcoxon Rank test at a level of significance of 0.000 lower than 0.05 and in the results obtained for the practices of the lifestyle in physical activity, feeding, tobacco consumption, alcohol and salt, after the educational intervention whose evaluation was adequate in all, except for the consumption of tobacco; according to the Mc Nemar hypothesis test, with a significance level of 0.000 lower than 0.05 except for tobacco consumption of 0.063. Concluding that the educational intervention is effective in increasing the

levels of knowledge as well as the lifestyle practices described in the hypertensive patients of the health establishment.

Key words: Educational intervention, Hypertension, Knowledge, Lifestyles, Nutrition, Physical Activity.

RESUMO

O objetivo desta pesquisa foi determinar a eficácia da intervenção educacional para aumentar o conhecimento sobre hipertensão arterial e as práticas de estilo de vida dos hipertensos do centro de saúde "Max Arias Schreiber" do distrito da Vitória nos meses de fevereiro até abril de 2015. No método, o nível de pesquisa empregada foi a aplicação, com abordagem quantitativa e projeto quase-experimental de um único grupo. A amostra populacional do estudo consistiu em 25 pacientes hipertensos, que foram selecionados por meio de amostragem não probabilística e de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. A informação foi coletada através de um questionário de pesquisa e guia de entrevista; validado por julgamentos de especialistas, testes-piloto, Alpha Cronbach e Mc Nemar antes e depois da intervenção educacional em pacientes durante os meses de fevereiro a abril de 2015. O resultado obtido pelo nível de conhecimento após a intervenção educacional foi 100% melhorando a avaliação para um alto conhecimento de acordo com o teste de Wilcoxon Rank com um nível de significância de 0.000 inferior a 0.05 e nos resultados obtidos para as práticas do estilo de vida na atividade física, alimentação, consumo de tabaco, álcool e sal, após a intervenção educacional cuja avaliação foi adequada em todos, com exceção do consumo de tabaco; de acordo com o teste de hipóteses de Mc Nemar, com um nível de significância de 0,000 inferior a 0,05, exceto pelo consumo de tabaco de 0,063. Concluindo que a intervenção educacional é eficaz

no aumento dos níveis de conhecimento, bem como nas práticas de estilo de vida descritas nos hipertensos do estabelecimento de saúde.

Palavras-chave: intervenção educacional, hipertensão, conhecimento, estilos de vida, nutrição, atividade física.

INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (1) en el año 2013 describe que las enfermedades cardiovasculares representan el 31 % de todas las muertes anualmente a nivel mundial, siendo la hipertensión arterial (HTA) uno de los factores más importantes y frecuentes. También que la prevalencia de HTA se encuentra en ascenso, del 15% al 30 % desde 1980 a la actualidad y que el África es la región más prevalente con un 46 % siendo las Américas con un 35 %. Y en América Latina durante el año 2010 la prevalencia de HTA en la población adulta oscila entre el 23% y 35% en los diferentes países miembros, Perú se encuentra con una prevalencia de 24 %.

Así mismo la Sociedad Peruana de Cardiología (SOPECARD) (2) en su guía de diagnóstico y tratamiento de la HTA puntualiza la importancia de estudiarla justamente por este incremento de la prevalencia según estudios uno de cada cuatro peruanos mayores de 18 años son hipertensos y por ser factor de riesgo para la presencia de complicaciones como la enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial coronaria, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, enfermedad arterial periférica, demencia, fibrilación auricular.

También la OMS (1) describe que en el Perú en el año 2010, “la conciencia de HTA alcanza solo al 39 %, que solo se tratan el 42 % y se controlan el 14 % en la población total de hipertensos”.

Lo mismo en SOPECARD (2) “en un cuadro comparativo a nivel latinoamericano, en el Perú solo el 45 % conoce su enfermedad, solo un 31% recibe tratamiento y un 14.7 % se controla de la población de hipertensos”.

Dicho diagnóstico situacional merece una reflexión sobre el futuro de la población de hipertensos a nivel de nuestro país tanto por la importancia y justificación descrita reflexionando sobre todo a los que nos encontramos desarrollando acciones de salud en el primer nivel de atención como centro o puesto de salud donde corresponde priorizar e implementar actividades preventivo promocionales a nivel intra y extramural, enfatizando la información, educación y comunicación a la población en general y los pacientes hipertensos, lo que motivo a desarrollar este trabajo investigativo aplicando una intervención educativa a los pacientes hipertensos que acuden al Centro de Salud de Max Arias Schreiber (CS MAS) ubicado en el distrito de La Victoria inicialmente diagnosticando el nivel de conocimiento y sus prácticas del estilo de vida y después de dicha intervención mejorar ambas variables descritas, siendo el objetivo determinar la efectividad de la intervención educativa para el incremento en el conocimiento sobre HTA y prácticas del estilo de vida de los pacientes hipertensos que acuden al centro de salud. Justificándose el estudio en beneficio del paciente hipertenso y a su familia en concientizar su vida por el conocimiento y las practicas hacia lo saludable y preveer complicaciones de la HTA y la posibilidad a nivel institucional, inicialmente en el centro de salud de contar con un programa de intervención educativa anual que potencialmente se pueda

replicar o servir de guía metodológica o practica para los equipos profesionales multidisciplinarios a nivel de la Microred de Salud 3 a la que pertenecemos y también a nivel de la Red de Salud Lima Ciudad en sus 33 establecimientos de salud de primer nivel de atención de salud.

La estructura y contenido del presente estudio de investigación, se encuentra distribuido en el Capítulo I que aborda el Problema de Investigación, el Capítulo II el Marco Teórico, el Capítulo III con el Marco Metodológico, el Capítulo IV con los Resultados, Capítulo V la Discusión de los Resultados, terminando en Conclusiones, Sugerencias y la Referencias Bibliográficas mediante el estilo Vancouver y los Anexos; concordante con la reglamentación establecida por la Escuela de Postgrado de la Universidad Nacional Hermilio Valdizan así como las exigencias del rigor metodológico de la investigación científica.

ÍNDICE

Pág.

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Resumen	iv
Summary Ingles	vi
Sumario Portugués	viii
Introducción	x
Índice	xiii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION	16
a)Descripción del problema	16
b)Formulación del Problema	24
b.1)Problema general	24
b.2)Problemas específicos	24
c)Objetivo general	24
c.1)Objetivos específicos	25
d)Hipótesis y/o sistema de hipótesis	25
e) Variables	27
f) Justificación e importancia	31
g) Viabilidad	35
h) Limitaciones	35

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO	37
a)Antecedentes	37
b)Bases Teóricas	51
c)Definiciones conceptuales	79
c)Bases epistémicas, filosóficas y antropológicas	81
CAPÍTULO III: MARCO METODOLOGICO	84
a)Tipo de investigación	84
b)Diseño y esquema de la investigación	85
c)Población, muestra y muestreo	86
d) Instrumentos de recolección de datos	88
e) Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos	91
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	96
CAPÍTULO V: DISCUSION DE RESULTADOS	107
CONCLUSIONES	112
SUGERENCIAS	114
BIBLIOGRAFIA	116
ANEXOS	126
Anexo 01: Cuestionario: Conocimientos en Hipertensión Arterial pretest y post test	126
Anexo 02: Guía der Entrevista: Estilos de vida saludable pres y post test	129

Anexo 03: Acta de Consentimiento Informado	132
Anexo 04: Programa de Intervención Educativa	133

Capítulo I: El Problema de Investigación

a) Descripción del problema:

Dado la nota descriptiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (3) de Enero 2015, las enfermedades no transmisibles matan 38 millones de personas cada año y el 75 % de las defunciones se producen en los países de bajos ingresos y medianos, siendo además el consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas factores comportamentales modificables que aumentan el riesgo de morir a causa de una enfermedad no transmisible, así mismo la hipertensión arterial se constituye en el principal factor de riesgo metabólico/fisiológico de enfermedad no transmisible a nivel mundial seguido por el sobrepeso, la obesidad y el aumento de la glucosa sanguínea.

La OMS (1) elaboro una Información General sobre la Hipertensión en el Mundo en el año 2013 y describe que las enfermedades cardiovasculares representan el 31 % de todas las muertes anualmente a nivel mundial, siendo la Hipertensión Arterial (HTA) uno de los factores más importantes y frecuentes. También que la prevalencia de HTA se encuentra en ascenso, del 15% al 30 % desde 1980 a la actualidad y que el África es la región más prevalente con un 46 % y las Américas tienen un 35 % siendo las más bajas de la región. En América Latina, en año 2010 la prevalencia de HTA en la población adulta oscilo

entre el 23% y 35% entre sus países miembros, siendo Colombia con 23 % y Brasil, Paraguay con mayor prevalencia de 35%. En dicho año se menciona además en cuanto a los pacientes hipertensos que el nivel de conocimiento de la HTA oscila entre el 31% en Paraguay, 68% en Uruguay, y que solo están siendo tratados en el rango de 23% en Ecuador y México, 48% en Uruguay observándose además que la HTA está siendo controlada en un 6.7% en Ecuador y 19.2% en México, también como antecedente se menciona que en un estudio transversal multipaís realizado en adultos de 35 a 70 años reclutados en el periodo 2003-2009 el 46.5% de las personas diagnosticadas de HTA estaban conscientes de su diagnóstico, el 87.5% recibía tratamiento farmacológico y de ellos solo el 32.5% estaba controlado, Concomitantemente el 49 % de las muertes por enfermedad isquémica son atribuibles a un control sub-óptimo de la presión arterial y de las muertes producidas por enfermedad cerebrovascular el 62 % son como consecuencia del mal manejo tensional, siendo muchas de ellas prevenibles.

En Estados Unidos (EEUU) se hizo una encuesta durante los años 2013 y 2014 donde incluyeron adultos de 18 años o más donde se obtuvieron que “75 millones de adultos tenían HTA y solo 64 millones lo saben, 57 millones reciben tratamiento y 41 millones las tiene controlada; el resto

no lo saben o no reciben tratamiento (la tienen escondida) y solo cerca de la mitad la tienen controlada” (4).

Por otro lado en un reporte de Setiembre del 2016, describe que alrededor del 70 % de los adultos en los EEUU, de 65 años o más tienen HTA (7 de cada 10) que casi el 50% de los adultos de 65 años o más con HTA no la tienen bajo control (1 de cada 2) y 5 millones de adultos de 65 años o más, en la parte de medicamentos, no están y tomando sus medicamentos según indicaciones (5).

En ese contexto se deduce que la prevalencia de HTA se encuentra en incremento constituyéndose en un verdadero problema de salud pública a nivel mundial demostrado por las estadísticas agravándose por el limitado accionar de las instituciones de salud y por el limitado nivel de conocimientos de los pacientes así como para cumplir los tratamientos y el adecuado control de la enfermedad; situaciones que generan potencialmente las complicaciones y la elevación de la morbilidad y mortalidad cardiovascular inmersos como enfermedad de daños no transmisibles, para lo cual los países deben formular, ejecutar y controlar planes estratégicos y anuales con políticas, objetivos, estrategias y acciones donde estén incluidos además los componentes de información, educación y comunicación individual y colectiva.

Según las diferentes fuentes de información; la Sociedad Peruana de Cardiología (SOPECARD) (2) reporta que “la prevalencia en el Perú se encuentran entre el 24% y 23.7%”.

La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) (6) del año 2012 registró una “prevalencia en HTA de 34.4% en un estudio realizado en adultos de 60 años a más”.

Y en el ENDES 2013 (7) se registró una prevalencia en HTA de 16.6% (IC 95%; 15% - 18.2%) efectuado en personas de 15 años a más, existiendo además para esa edad factores de riesgo asociados como el sobrepeso y la obesidad encontrándose que el 33.8% se encuentra con sobrepeso y un 18.2% con obesidad predominando en ambos las mujeres, así mismo con relación al consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, se encontró para esa edad a mas que el 20.6% ya había consumido tabaco en los últimos 12 meses y sobre el consumo de bebidas alcohólicas, que el 67.7% consumió alcohol en los últimos 12 meses y que el 23.2% lo efectuó en los últimos 30 días.

En el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (8) a través del ENDES 2014 se encontró 14.8% de prevalencia de HTA en la población de 15 y más años de edad, siendo los hombres más afectados con un 18.5% y las mujeres con un 11.6%. La prevalencia es mayor en Lima Metropolitana con un 18.2%. La menor prevalencia se registró en la

Selva con 11.7% y en la Sierra un 12.0%. Con relación a factores de riesgo como el consumo de al menos cinco porciones de frutas y/o ensalada de verduras al día, los de nivel primaria es de 5.4%, los de nivel secundaria es de 10.9% y los de nivel superior desde 16.4%.

En el Simposio sobre Epidemiología de la HTA en Perú se refiere que la SOPECARD realizó dos estudios a nivel nacional sobre factores de riesgo cardiovascular denominados TORNASOL I (T-1) en el año 2004 y TORNASOL II (T - 2) en el año 2010, con un intervalo de 6 años, cuyos resultados específicamente en el estudio T -2 , en relación al nivel de conocimientos, tratamiento y control de la HTA se describe que solo el 48.2% conoce que son hipertensos (3.3% más que el estudio T - 1) y de los diagnosticados el 81.5% , recibe algún tratamiento dietético y/o farmacológico (8.8% más que T -1) y de los que reciben tratamiento 52.4% están bien controlados (9).

Así mismo la SOPECARD (2) en su guía de diagnóstico tratamiento de la hipertensión arterial puntualiza la importancia de estudiar la HTA justamente por este incremento de la prevalencia según estudios uno de cada cuatro peruanos mayores de 18 años son hipertensos y por ser factor de riesgo para la presencia de complicaciones como la enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial coronaria, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, enfermedad arterial periférica, demencia, fibrilación auricular. Sobre

esto mismo también vale decir que estos resultados se atribuyen al aumento de la población así como su envejecimiento y sobre todo a los estilos desfavorables de vida del mundo moderno, donde predomina el consumo excesivo de sal, la dieta hipercalórica, la inactividad física, el sobrepeso, el tabaquismo, el abuso de alcohol y la exposición prolongada al estrés.

Siendo pertinente acotar que con la finalidad de mejorar estos aspectos detallados debemos incrementar campañas de diagnóstico, contar con el acceso a los servicios de salud y ofertarles los medicamentos respectivos, sumándose los programas educativos.

Según el Ministerio de Salud (MINSA) (10), existe una elevada prevalencia de HTA constituyendo un factor de riesgo de enfermedades cerebrovasculares y las isquémicas del corazón, dado diversos estudios transversales en grupos poblacionales, siendo variada. La Oficina General de Epidemiología (OGE) encontró una prevalencia del 17 % en hombres y 9 % en mujeres en un estudio en 6 ciudades del país entre 1998-2000.

Un estudio transversal multipaís realizado en adultos de 35 a 70 años reclutados durante el periodo 2003 – 2009 encontró que solo el 46.5% de las personas diagnosticadas de HTA estaban conscientes de su diagnóstico. Y que el 87.5% de personas diagnosticadas recibían

tratamiento farmacológico y de ellos solo el 32.5% estaba controlado (11).

En el Centro de Salud "Max Arias Schreiber" ubicado en el distrito de La Victoria de la ciudad de Lima, durante el mes de Enero del 2015 según la oficina de estadística se registraron de los consultorios externos de Medicina como diagnósticos definitivos 58 pacientes con HTA y 45 durante el año 2014 siendo una patología prioritaria en el incremento de la morbilidad que se registra en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Daños No Transmisibles y como eje de trabajo en sus lineamientos de política de salud y planes de acción anual. Así como la potencial presencia de complicaciones o ya las instaladas asintomáticas o como daño se adiciona que la labor profesional en el establecimiento de salud mayormente es de carácter recuperativo y limitado en promoción de la salud y prevención de la enfermedad sobre todo en consejerías integrales para pacientes con enfermedades crónicas como la HTA, diabetes, cáncer, otras, así como la falta de programas educativos periódicos o permanentes para estas enfermedades a nivel de la población asignada en la jurisdicción y pacientes, situaciones que se encuentran además limitando el cumplimiento de las normas establecidas por el MINSA a través de

los lineamientos de política de promoción de la salud (12) y las definidas en los lineamientos de política y estrategias para la prevención y control de enfermedades no transmisibles (13) (ENT) 2016 – 2020 y complementariamente un mejor conocimiento, apoyo en la administración de medicamentos y control de la HTA en los pacientes así como las prácticas en las mejoras de sus estilo de vida.

Dicho diagnóstico situacional merece una reflexión sobre el futuro de la población de hipertensos a nivel de nuestro país tanto por la importancia y justificación descrita reflexionando sobre todo a los que nos encontramos desarrollando acciones de salud en el primer nivel de atención como centro o puesto de salud donde corresponde priorizar las actividades preventivo promocionales enfatizando la información, educación y comunicación a la población en general y los pacientes hipertensos, lo que motivo a desarrollar este trabajo investigativo con una intervención educativa a los pacientes hipertensos que acuden al centro de salud de Max Arias Shreiber inicialmente diagnosticando el nivel de conocimiento y prácticas del estilo de vida del paciente hipertenso para luego desarrollar una intervención educativa con el propósito de mejorar ambas variables descritas.

De allí que formulamos las siguientes preguntas de investigación:

b) Formulación del problema

b.1) Problema General

¿Cuál es la efectividad de la intervención educativa para el incremento en el conocimiento de la hipertensión arterial y las prácticas del estilo de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Salud Max Arias Schreiber Lima, La Victoria Febrero – Abril 2015?

b.2) Problemas Específicos

¿Cuál es la efectividad de la intervención educativa para el incremento en el conocimiento de la hipertensión arterial de los pacientes hipertensos del Centro de Salud Max Arias Schreiber?

¿Cuál es la efectividad de la intervención educativa para el incremento de las prácticas del estilo de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Salud Max Arias Schreiber?

c) Objetivo General y objetivos específicos

Objetivo General

Determinar la efectividad de la intervención educativa para el incremento en el conocimiento sobre hipertensión arterial y prácticas del estilo de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Salud Max Arias Schreiber.

Objetivos Específicos

- a) Determinar la efectividad de la intervención educativa para el incremento en el conocimiento sobre hipertensión arterial de los pacientes hipertensos del Centro de Salud Max Arias Schreiber.

- b) Determinar la efectividad de la intervención educativa para el incremento sobre las practicas del estilo de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Salud Max Arias Schreiber

d) Hipótesis y/o sistema de hipótesis.**Hipótesis General****Hipótesis alternativa ($H_1: XY \neq 0$)**

La intervención educativa es efectiva para el incremento en el conocimiento de la hipertensión arterial y en las prácticas del estilo de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Salud Max Arias Schreiber

Hipótesis nula ($H_0: XY = 0$)

La intervención educativa no es efectiva para el incremento en el conocimiento de la hipertensión arterial y en las prácticas del estilo de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Salud Max Arias Schreiber

Hipótesis Específicas:**a) Hipótesis alternativa ($H_1: XY \neq 0$)**

La intervención educativa es efectiva para el incremento en el conocimiento de la hipertensión arterial de los pacientes hipertensos del Centro de Salud Max Arias Schreiber

Hipótesis nula ($H_0: XY = 0$)

La intervención educativa no es efectiva para el incremento en el conocimiento de la hipertensión arterial de los pacientes hipertensos del Centro de Salud Max Arias Schreiber

b) Hipótesis alternativa ($H_1: XY \neq 0$)

La intervención educativa es efectiva para el incremento en las prácticas del estilo de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Salud Max Arias Schreiber.

Hipótesis nula ($H_0: XY = 0$)

La intervención educativa no es efectiva para el incremento en las prácticas del estilo de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Salud Max Arias Schreiber.

e) Variables.

Identificación de variables

Variable 1: Intervención educativa = variable cualitativa

Escala Nominal.

Variable 2: Conocimiento = variable cualitativa

Escala Nominal.

Variable 3: Estilos de vida = variable cualitativa

Escala Nominal

Definición conceptual de variables:

Intervención Educativa: Turiñan (14) explica que “es la acción intencional para la realización de acciones que conducen al logro del desarrollo integral del educando”.

Conocimiento: El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (15) lo describe como “la acción y efecto de conocer” y de esto, “el averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas”.

Estilos de vida: Wong (16) describe que la Organización Mundial de la Salud OMS (16), lo define como una “forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”.

Operacionalización de Variables.

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores/ Ítems	Tipo variable	Escala de Medición	Valores Finales	Instrumento
Conocimientos	El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española lo describe como “la acción y efecto de conocer” y de esto, “el averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas” (15).	Se elaboró un cuestionario Pre y Post Test, con 24 preguntas. Cada uno de los indicadores están relacionados con las dimensiones descritas.	Hipertensión Riesgos o complicaciones de la hipertensión Factores de Riesgo asociado a hipertensión Medicación Dieta Modificaciones del estilo de vida	1-2-3-4-5 6-7-8-9-10 11-12-13-14 15-16-17-18 19-20-21 22-23-24	Cualitativa	Nominal	CONOCIMIENTO ALTO (17 a 24) CONOCIMIENTO MEDIO (9 a 16) CONOCIMIENTO BAJO (0 a 8)	Cuestionario de Encuesta

Estilos de Vida	<p>La OMS lo define como "una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales" (16).</p>	<p>Se elaboró una Guía de Entrevista. Cada uno de los indicadores están relacionados con las dimensiones descritas.</p>	<p>Sal</p> <p>Alimentación</p> <p>Alcohol</p> <p>Actividad Física</p> <p>Tabaco</p>		Cualitativa	Nominal	<p>ADECUADO No adiciona a los alimentos</p> <p>INADECUADO Si adiciona a los alimentos</p> <p>ADECUADA 8 puntos</p> <p>INADECUADA Menor de 8 puntos</p> <p>ADECUADO Consumo 1 copa de vino diario</p> <p>INADECUADO No Consumo de 1 copa de vino.</p> <p>ADECUADO 30 min cada día por tipo.</p> <p>INADECUADA Ninguna o menor de 2 veces por semana por tipo</p> <p>ADECUADO Ninguno o 0 cigarrillos</p> <p>INADECUADO 1 o mayor.</p>	<p>Guía De Entrevista</p>
-----------------	---	---	---	--	-------------	---------	--	-----------------------------------

f) Justificación e importancia.**Justificación teórica**

Rivas, J (17). Describe que en la investigación hay una justificación teórica cuando el propósito del estudio es generar reflexión y debate académico sobre conocimiento existente, confrontar una teoría, contrastar resultados o hacer epistemología del conocimiento existente. Un trabajo investigativo tiene justificación teórica cuando se cuestiona una teoría, es decir los principios que soportan su proceso de implantación. Cuando en una investigación se busca mostrar la solución de un modelo, está haciéndose una justificación teórica o cuando en una investigación se propone nuevos paradigmas (ejemplos, modelos, ejemplares). Cuando se hace una reflexión epistemológica, se tiene una justificación eminentemente teórica, aunque al implementarla se vuelve práctica, ya que, como afirma López Cerezo, toda investigación en alguna medida tiene la doble implicancia teórica y práctica. La justificación teórica es la base de los programas de doctorado y maestría donde se tiene por objeto la reflexión académica.

Esta investigación verifico la efectividad de la intervención educativa en pacientes hipertensos del centro de salud mejorando sus niveles de conocimientos y las prácticas en sus estilos de vida.

Justificación Metodológica

Díaz Granados, J. (18). Menciona que si un estudio se propone buscar nuevos métodos o técnicas para generar conocimientos, busca nuevas formas de hacer investigación, entonces podemos decir que la investigación tiene una justificación metodológica, es lo que le da el valor al trabajo investigativo. Desde luego que la investigación del problema tiene una justificación metodológica, en plantear que existe un nuevo método o una nueva estrategia para generar conocimiento valido y confiable, por lo tanto para investigar y observar durante un proceso que implica varias fases.

La presente investigación a través de la intervención educativa permite dotar a los pacientes hipertensos del establecimiento de salud mayor número de conocimientos sobre su diagnóstico, factores de riesgo, riesgos o complicaciones, uso de la medicación, dieta y las modificaciones en sus estilos de vida así como para las prácticas en el mejoramiento de su calidad de vida. Considerándose además que a nivel del establecimiento de salud y en la institución no existe un modelo de programa educativo para esta patología existiendo solo parcialmente limitadas y mínimas consejerías individuales y campañas de salud u otras actividades que correspondan a la promoción y prevención para los daños no transmisibles, lo que limita el cumplimiento de la estrategia nacional de promoción de la salud relacionado a la educación,

información y comunicación y complementariamente el mayor tiempo dedicado a la atención asistencialista recuperativa del equipo profesional multidisciplinario de salud. A través de los instrumentos, técnicas y procedimientos validados por juicio de expertos y mediante prueba piloto se aporta a establecer un método de prevención útil y práctico como es el programa de intervención educativa, por tener el mismo un carácter interactivo y dinámico puede ser generalizado y aplicado a cualquier área de salud de nuestro país.

Justificación legal

El trabajo de investigación tiene como base legal en concordar con el siguiente marco normativo:

Resolución Ministerial N° 111-2005 /MINSA que aprueba los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud.

Resolución Ministerial N° 724-2003 SA/DM “La Salud Integral: Compromiso de Todos-El Modelo de Atención Integral de Salud.

Resolución Ministerial N° 771-2004 Establecimiento de Estrategias Sanitarias Nacionales del Ministerio de Salud.

Resolución Ministerial N° 031-2015 /MINSA que aprueba la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva.

Resolución Ministerial N° 720-2006 /MINSA que aprueba el Documento Técnico: Modelo de Abordaje de la Promoción de la Salud en el Perú.

Resolución Ministerial N° 589-2007 /MINSA que aprueba el Plan Nacional Concertado de Salud.

Resolución Ministerial N° 464-2011 /MINSA que aprueba el Documento Técnico: Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad.

Resolución Ministerial N° 229-2016/MINSA que aprueba los Lineamientos de Políticas y Estrategias para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT) 2016 – 2220.

Así mismo es pertinente continuar dar cumplimiento con el Plan para la Reducción de las Enfermedades No Transmisibles en la Dirección de Red de Salud Lima Ciudad y del Centro de Salud Max Arias Schreiber.

Importancia

La intervención educativa en los pacientes hipertensos permite no solo incrementar el nivel de los conocimientos sino que se contribuye a través de las aptitudes y prácticas de sus estilos de vida a mejorar la adherencia del tratamiento, evitar complicaciones lo que se espera en disminuir la morbimortalidad de esta enfermedad.

Así mismo el programa de intervención educativa por su efectividad se incorporara anualmente en lo sucesivo en el plan de trabajo de la estrategia local de las enfermedades no transmisibles del centro de salud y se comunicara a nivel de la Jefatura de la Microred de Salud 3 y la Dirección Ejecutiva de Red

de Salud Lima Ciudad, Oficina de Desarrollo Institucional, Coordinación de Atención Integral de Salud, Estrategia Sanitaria de Daños No Transmisibles con la finalidad de su aprobación para su posible implementación a nivel de los 33 establecimientos de salud del primer nivel de salud del ámbito jurisdiccional.

g) Viabilidad.

El trabajo investigativo estuvo autorizado por la Directora Ejecutiva de la Red de Salud Lima Ciudad a través del Memorandum N° 507-2015-DE-OA-URRHH-ETDyC-DRS-LC y del Medico Jefe del Centro de Salud Max Arias Schreiber a través del Oficio N° 236-2015-MRAS/CSMAS, previo requerimiento de solicitud a nivel superior para la ejecución de la investigación.

Así mismo en cuanto a la factibilidad a nivel del centro de salud, se contó con el apoyo del área de estadística para la provisión de datos e información, la participación del equipo profesional multidisciplinario de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Danos No Transmisibles, los equipos tecnológicos, y el ambiente físico del auditorio institucional para el desarrollo de las sesiones educativas así como el pre y post test.

h) Limitaciones.

En cuanto al acceso geográfico no se tuvieron dificultades dado que el centro de salud cuenta con redes viales cercanas para los pacientes, tampoco sucedió en el aspecto económico en virtud a que los costos son asumidos por el investigador. Si se tuvieron algunas dificultades temporales inicialmente que se

superaron dado que la intervención educativa se desarrolló en el turno tarde ante la mayor actividad asistencial de la mañana de los profesionales de salud y porque también algunos pacientes hipertensos no podían asistir. Por otro lado también no se contaba con una asesoría permanente en estadística.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

a) Antecedentes.

Internacionales

Arellano A, Conteras F y Patiño P, (19). Intervención educativa en relación a la presión arterial elevada y los factores de riesgo modificables. Municipio Carrizal, estado Bolivariano de Miranda, Venezuela. 2011. Objetivo: Incrementar el nivel de información en usuarios que asisten a la consulta externa en el Ambulatorio Montaña en relación a la presión arterial elevada y los factores de riesgos modificables Materiales y Métodos: Estudio con enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo transversal con diseño de campo cuasi experimental comparativo tipo pre-test y post-test en una población de 50 personas entre 30 y 60 años y la muestra quedo constituida por 25 sujetos seleccionados de manera intencional según criterios de inclusión y exclusión. Las diferencias estadísticas obtenidas antes y después de intervenir educativamente resultaron significativas y la p de Mc Nemar arrojó un índice de 0.001, lo cual evidencio los efectos positivos del programa.

Concluyo: El enfermero contribuye a mejorar el cumplimiento terapéutico al lograr que los pacientes reconozcan la importancia de su autocuidado y

educación para modificar estilos de vida que acarrear problemas inherentes a HTA.

Rodríguez Y, Oliva J, Gil A y Hernández R, (20). Intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes geriátricos. Objetivo: Elevar el nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial en pacientes geriátricos. Método: Se realizó un estudio de intervención educativa con diseño cuantitativo del policlínico Agüero del municipio de Camaguey Cuba, entre nov 2005 y mayo 2007, en 55 adultos mayores a los que se aplicó una encuesta inicial para identificar necesidades de aprendizaje sobre HTA y después de la intervención. Conclusión: Se evidencio la utilidad de las intervenciones educativas en incrementar los conocimientos de los adultos mayores en relación al tratamiento no farmacológico de la HTA.

Estrada D, Pujol E, Jiménez L, Salamero M y De la Sierra A, (21). Efectividad de una intervención educativa sobre hipertensión arterial dirigida a pacientes hipertensos de edad avanzada. Objetivo: Valorar la eficacia de una intervención educativa y la fiabilidad del instrumento utilizado. Material y Método: Estudio experimental, prospectivo, aleatorizado y con grupos paralelos en una muestra de 120 pacientes, 62 en un grupo de intervención (GI) y 58 en el grupo control (GC) de la unidad de medicina interna del hospital Clínico de Barcelona España 2011 . El grupo de intervención recibe una intervención educativa escrita y oral sobre conocimientos en HTA y riesgo cardiovascular, el grupo control no recibe

ningún tipo de intervención. Concluso: La aplicación de una intervención educativa sobre HTA y riesgo cardiovascular asociado a la misma actividad asistencial es capaz de elevar el nivel de conocimientos de los pacientes hipertensos mayores ingresados.

Pupo W y Rosabal A, (22). Intervención comunitaria en pacientes hipertensos del área de Bartolomé Maso. Universidad de Granma. Cuba. 2011-2012. Objetivo: Valorar la influencia que ejercería un programa de intervención educativa en los pacientes hipertensos del Consultorio Médico de la Familia de Pueblo Nuevo en la prevención del riesgo de accidentes y complicaciones relacionadas con la enfermedad y el mejoramiento de su calidad de vida: Método y Materiales: De un total de 145 pacientes hipertensos se seleccionó una muestra de 20 (13.79 %) del total y según criterios de inclusión y exclusión en un estudio de enfoque cualitativa empleándose técnicas como la entrevista en profundidad, la observación participante y la encuesta inicialmente seguida de una programa de intervención educativa donde se utilizaron técnicas educativas. Concluso: Mejora significativa después de la intervención educativa en el nivel de conocimiento, la correcta aplicación del tratamiento, la adopción de estilos de vida saludable, la calidad de vida y prevención del riesgo de complicaciones.

Alves D, Campos N, Lima A, Brabdao P y Zanini C, (23). Efectos de intervención educativa sobre conocimientos de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus. 2010. Universidad Federal de Goias, Brasil. Objetivo: Evaluar el efecto de la acción educativa sobre el conocimiento de la enfermedad en pacientes portadores de diabetes tipo 2. Material y Métodos: Fue un ensayo clínico aleatorizado con 62 pacientes registrados en servicios de referencia en tratamiento de la HTA en 2010. Los datos fueron obtenidos a través de un cuestionario aplicado a los grupos de intervención (GI) y control (GC), al inicio y final del estudio. El GI participo en actividades educativas grupales utilizando la metodología problematizadora. Conclusión: Fue posible elevar los conocimientos sobre la enfermedad por medio de actividades educativas.

Bell D y Hidalgo L, (24). Intervención educativa en pacientes hipertensos del consultorio 18 del Policlínico Comunitario Docente” Emilio Daudinot Bueno del municipio Guantánamo, Cuba desde Enero a Septiembre de 2013. Objetivo: Incrementar conocimientos acerca de la hipertensión arterial en pacientes hipertensos. Material y Métodos: Fue un estudio de intervención educativa en 40 pacientes hipertensos de una muestra seleccionada de forma aleatoria simple de un universo de 101 pertenecientes al consultorio. El estudio se dividió en tres etapas: diagnóstica, de intervención propiamente dicha y de evaluación. Conclusión: La aplicación de la intervención educativa propuesta se consideró

efectiva ya que cumplió con el objetivo propuesto y se logró incrementar los conocimientos de los pacientes hipertensos sobre su enfermedad.

Córdova P, (25). Tesis: Eficacia de la intervención educativa para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de pacientes diabéticos e hipertensos sobre los factores de riesgo para infarto cerebral: Hospital Carlos Andrade Marín, Quito 2014. Objetivo: Valorar la eficacia de la intervención educativa para modificar positivamente los conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes diabéticos e hipertensos sobre los factores de riesgo para prevenir un infarto cerebral, con la finalidad de evitar la incidencia de stroke. Material y Métodos: Estudio cuasi experimental en un grupo de 68 pacientes con diagnóstico de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y dislipidemia del Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito, año 2014, en la que se realizó una intervención educativa durante tres meses con toma de exámenes de laboratorio para modificar factores de riesgo para stroke, según el pre test y post test en todas las variables según la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, valores de significación estadística y prueba de los rangos con signo de Wilcoxon. Conclusión: Existe una relación directa y eficacia cuando los pacientes son intervenidos educativamente para modificar positivamente los conocimientos, actitudes y prácticas sobre los factores de riesgo para prevenir un infarto cerebral.

Fernández A y Manrique F, (26). Efecto de la intervención educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia, Suramérica. Objetivo: Evaluar el efecto de una intervención educativa de enfermería de la agencia de autocuidado de adultos mayores hipertensos. Material y Métodos: Estudio piloto de diseño cuasi experimental con pre prueba y pos prueba, desarrollado en Tunja y Soraca entre octubre y diciembre de 2008; con una muestra de 40 adultos mayores inscritos en programa de hipertensos; divididos en cuatro grupos de Solomon. Se usó la escala para valorar la agencia de autocuidado (ASA), antes y después de la intervención, que consistió de seis sesiones educativas con el apoyo didáctico de videos y folletos diseñados por los investigadores. En SPSS y EPIDAT se estableció el efecto con ANOVA. Conclusión: El efecto de la intervención educativa de enfermería fue positiva en cuanto logro mejorar la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Tunja, Colombia y por ende mejor pronóstico de su enfermedad crónica. El instrumento per se no logro cambios significativos en el autocuidado. El estudio piloto apporto valiosos ajustes a la investigación principal.

Ferrera N, Moine D y Yáñez D, (27). Hipertensión arterial: implementación de un programa de intervención de control y adherencia al tratamiento en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de la ciudad de Paraná

Argentina. Objetivo: Determinar la variación de la tensión arterial, comparar el nivel de conocimiento acerca de la enfermedad y el nivel de adherencia al tratamiento al iniciar y finalizar el programa. Material y Métodos: Se incluyeron 79 pacientes hipertensos, consecutivos de 24 a 89 años, que asistieron en el mes de junio de 2009 a un centro de atención primaria de la ciudad de Paraná. Conclusión: El programa de intervención demostró ser eficaz al lograr las metas de tratamiento en 64 pacientes (81 %) y al incrementar significativamente los niveles de adherencia al tratamiento y de conocimiento de la enfermedad. Se destaca la influencia desfavorable del factor socioeconómico no satisfactorio en el control de la enfermedad.

Buenaño A, (28). Tesis: Propuesta de intervención educativa sobre estilos de vida saludable en hipertensos adultos Bellavista Baja. Agosto 2015 – Julio 2016. Objetivo: Diseñar una propuesta de intervención educativa sobre estilos de vida saludable en hipertensos adultos del barrio de Bellavista Baja Tena Ecuador. Material y Métodos: Se realizó un estudio observacional de tipo inferencial de desarrollo tecnológico y de corte transversal, con universo de 83 adultos hipertensos del barrio de Bellavista Baja. La recolección de datos fue a través de una encuesta aplicada para conocer los datos sociodemográficos, hábitos tóxicos y alimenticios, práctica del ejercicio físico, estado nutricional, alteraciones del sueño y estrés a cada paciente. Conclusión: En la

caracterización sociodemográfica de los participantes, predominaron los investigados del sexo femenino, mayores de 65 años, dedicados a las labores domésticas y con nivel de instrucción primaria completa; además el conocimiento sobre el estilo de vida resulto inadecuado.

Rodríguez C, Castaño C, García L, Recio J, Castaño Y, Gómez M, (29). Eficacia de una intervención educativa grupal sobre cambios en los estilos de vida en hipertensos en atención primaria: Un ensayo clínico aleatorizado. Objetivo: Evaluar la eficacia de una estrategia educativa grupal en la modificación de estilos de vida, control de factores de riesgo y riesgo cardiovascular (RCV) en personas hipertensas. Material y Métodos: Ensayo clínico aleatorizado en Atención Primaria. Se seleccionaron por muestreo aleatorio 101 personas hipertensas de 35 a 74 años, randomizando 51 al grupo de intervención (GI) y 50 al grupo control (GC) del centro de salud La Alamedilla. Salamanca.- España. Se realizó una evaluación basal, una intervención educativa grupal sobre cambios de estilos de vida (seis sesiones durante un año) y una evaluación final. El efecto de la intervención educativa se evaluó con RCV (Framingham), presión arterial (PA), perfil lipídico, perímetro de cintura, índice de masa corporal (IMC), consumo de nutrientes con encuesta validada ejercicio físico con 7-PAR Day y calidad de vida con SF-36. Conclusión: Se encontró mayor descenso del riesgo cardiovascular en el grupo de

intervención, sin existir diferencias estadísticamente significativas en los parámetros evaluados entre ambos grupos.

Barrón A, Torreblanca F, Sánchez L y Martínez M (30). Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. Objetivo: Evaluar el efecto de una intervención educativa sobre la calidad de vida del paciente hipertenso. Material y Métodos: Se estudiaron 150 adultos hipertensos en un primer nivel de atención Mérida, Yucatán, México mediante un ensayo clínico aleatorizado a dos grupos. El grupo experimental fue objeto de una intervención educativa sobre hipertensión y la repercusión del estilo de vida en el control de la enfermedad. El grupo testigo no recibió intervención. En ambos grupos se determinó la calidad de vida mediante una escala análoga visual, antes y seis meses después de la intervención educativa. Los datos se analizaron mediante las pruebas t-pareada y Wilcoxon. Conclusión: La intervención educativa es efectiva para modificar la calidad de vida del paciente hipertenso.

Iglesias Y, (31). Intervención Educativa para modificar la hipertensión arterial en el adulto mayor. Objetivo: Evaluar la efectividad de una intervención educativa para modificar variables relacionadas con la HTA en aras de mejorar el estilo de vida del adulto mayor hipertenso del consultorio de Barrio Adentro Haticos II

municipio Maracaibo, estado Zulia, Venezuela en el periodo comprendido desde el primero de enero al 31 de diciembre del 2007. Material y Métodos: El universo y la muestra estuvo constituida por 86 adultos mayores hipertensos. Se operacionalizaron las variables dieta, actividad física, peso, tratamiento, estilos de vida, así como las variables sociodemográficas: edad sexo, nivel escolar y como variable de impacto el control de la HTA. Para el desarrollo de la investigación se aplicaron varios métodos: Teóricos, Empíricos y Estadísticos. Se utilizaron como medidas de resumen los números absolutos, el método porcentual y para la asociación de variables cualitativas se aplicaron pruebas no paramétricas para muestras pareadas: Mc Nemar para 2 categorías de la variable y Friedman en el caso de 3 o más categorías. Conclusión: El programa aplicado demostró ser efectivo y pertinente porque contribuyó a modificar las variables estudiadas y demostró ser un arma poderosa para el control de la presión arterial del adulto mayor.

Miyar L, Zanetti M y Daguano M (32). El conocimiento del paciente diabético sobre su enfermedad antes y después de la implementación de un programa de educación en Diabetes. Objetivo: Evaluar el conocimiento de los pacientes diabéticos acerca de su enfermedad antes y después de la implementación de un programa de educación en diabetes. Material y Métodos: Estudio cuasi experimental, prospectivo, comparativo donde participaron 54 pacientes

adultos y ancianos diabéticos con edad entre 29 y 78 años de agosto 2003 a abril 2005 en el centro educativo de enfermería Ribeiron Preto de la Universidad de San Pablo Brasil efectuado con un equipo profesional multidisciplinario mediante un cuestionario con variables sociodemográficas y con conocimientos acerca de la enfermedad, aplicado en dos momentos la primera en el 2004 y la segunda en el 2005 después de aplicar el programa educativo en diabetes la entrevista fue aplicada cara a cara con duración de 20 minutos a las 41 preguntas, para la organización y análisis de los datos se creó una bases de datos en el programa SPSS, fue utilizado t como prueba de significancia para muestras pareadas (p menor de 0.05). Conclusión: Se constató un aumento significativo del conocimiento, destacándose los tópicos generales de diabetes mellitus: concepto, fisiopatología y tratamiento; otros tópicos de importancia como actividad física y la alimentación.

Brevis I, (33). Efectividad de una intervención educativa de enfermería sobre la modificación de factores de riesgo coronarios. Objetivo: Evaluar la efectividad de la intervención educativa a este grupo de pacientes. Material y Métodos: Estudio cuasi experimental realizado en la Unidad Cardio quirúrgica del Hospital Clínico Regional de Concepción de Enero a Setiembre del 2012 que presentaban múltiples factores de riesgo coronario, los cuales fueron sometidos a ejercicios físicos así como sesiones educativas. La muestra fue de 63

pacientes, el grupo control estuvo constituido por 32 pacientes y el grupo experimental por 31 pacientes, a ambos se les aplicó la encuesta biosociodemográfica. Concluyo: La realización de esta intervención educativa orientada a la rehabilitación cardiovascular, cumple un papel valioso en la modificación de factores de riesgo coronario, lo que disminuiría la morbimortalidad por esta enfermedad.

Nacionales

Jurado A, (34). Cambios en la ingesta de sal y práctica de ejercicio físico en pacientes hipertensos por educación sanitaria en el primer nivel de atención.

Objetivo: Evaluar el efecto de la educación sanitaria ofrecida a pacientes hipertensos sobre sus prácticas de ingesta de sal y ejercicio físico. Material y

Métodos: Estudio descriptivo transversal y basado en encuestas aplicadas a 179 pacientes hipertensos entre 40 a 60 años que acudieron entre junio y julio del 2009 a los servicios de medicina general, medicina interna y

cardiología independientemente del motivo de atención del Policlínico de Atención Primaria Juan José Rodríguez de Es Salud que atiende para los distritos de Chorrillos y Barranco. Se analizó con el programa SPSS versión 17 y aplicando el test de chi cuadrado. Concluyo: En este estudio, la educación sanitaria no tuvo influencia sobre la práctica de ejercicio físico ni sobre la ingesta de sal.

Jananpa F, (35). Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa educativo de hipertensión arterial en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2012. Objetivo: Determinar los estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa educativo de hipertensión arterial del Hospital Nacional Arzobispo Loayza e identificar los estilos de vida según dimensiones alimentación, actividad física y consumo de sustancias psicoactivas. Material y Métodos: El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada de 38 pacientes hipertensos. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario aplicado previo consentimiento informado. Conclusión: El mayor porcentaje tienen estilos de vida saludable porque consumen dietas, bajo en grasa y alto contenido de proteínas, realizan ejercicio como caminatas, trotar por 30 minutos como mínimo diario, no fuma cigarrillos ni tabaco, ni consume licor al menos 2 veces por semana, mientras que un porcentaje significativo tienen estilos de vida no saludable referidos a que no participan en programas o actividades de ejercicio físico bajo supervisión que no practican algún tipo de deporte como: natación, tenis, cardio-box y espinning 3 o 4 veces a la semana, no prohíben que fumen en su presencia.

Lagos K, (36). Efectividad de la estrategia educativa en un incremento de conocimientos del autocuidado en adultos mayores hipertensos, centro de atención del adulto mayor "Tayta Wasi" – Villa María del Triunfo, Lima.

Objetivo: Determinar la efectividad de la estrategia educativa “Cuidando y controlando mi presión alta” sobre el incremento de conocimientos acerca del autocuidado en adultos mayores hipertensos del CAM “Tayta Wasi” e identificar el nivel de conocimientos de los adultos mayores hipertensos sobre el autocuidado antes y después de la aplicación de la estrategia educativa.

Material y Métodos: El estudio fue de enfoque cuantitativo, nivel aplicativo y diseño metodológico o método cuasi experimental. La población de estudio estuvo conformada por 44 adultos mayores y la muestra de 30. Conclusión: Se aceptó la hipótesis de estudio: Es efectiva la estrategia educativa en el incremento de conocimientos del autocuidado en adultos mayores hipertensos.

Locales

A nivel de los establecimientos de salud de la jurisdicción de la Red de Salud de Lima Ciudad y específicamente el Centro de Salud de Max Arias Schreiber, no existen estudios al respecto.

b) Bases teóricas.**b.1) Hipertensión Arterial (HTA)**

Concordante con el contenido de la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva del Ministerio de Salud (11) se describe lo siguiente:

b.1.1. Definición: Es una enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria crónica, progresiva sin etiología mayormente cuya manifestación clínica es la elevación anormal y persistente de la presión arterial sistólica (PAS) o presión arterial diastólica (PAD).

En la población adulta mayor o igual a los 18 años, el punto de corte para la presión arterial es mayor o igual de 140 mmHg y para la diastólica mayor o igual de 90 mmHg. El Riesgo Cardiovascular (RCV) es inherente al nivel de la presión arterial y observa un incremento de tipo lineal. Pero se debe establecer el riesgo adicional por los factores de riesgo presentes, el compromiso clínico o subclínico de órgano o sistema blanco (estratificación global). Enfermedad incurable pero la reducción efectiva de la presión arterial es un objetivo importante para la reducción de eventos cardiovasculares.

b.1.2 Etiología: Hipertensión Primaria (esencial o idiopática): Corresponde al 95 % de los casos de HTA. No existe causa identificable; existen múltiples factores relacionados o asociados, esta descrito un componente familiar pero no está definido un único gen.

b.1.3 Fisiopatología: Partiendo de su definición antes mencionada, se desprende que el endotelio del vaso sanguíneo es el lugar primario de afección. La presión arterial está regulada por diversos factores neurohormonales de acción sistémica y local, que funcionan en circuitos de autorregulación, manteniéndola dentro de límites estrechos. Diversos factores como herencia y estilo de vida, sistema nervioso simpático hiperactivado, ingesta excesiva de sal, hormonas o sustancias liberadas por el endotelio, pueden modificar el gasto cardíaco o la resistencia vascular periférica, lo que da inicio a la enfermedad. La angiotensina II (de acción sistémica y tisular) potente vasoconstrictora y facilitadora del crecimiento celular, es el principal determinante de la persistencia de la enfermedad hipertensiva. La disfunción endotelial que acompaña a la enfermedad hipertensiva, promueve la proliferación celular así como la liberación de muchas sustancias vasoactivas, protrombóticas y procoagulantes que ulteriormente precipitarán en aterosclerosis precoz. En esta enfermedad, la hiperplasia vascular, el aumento de la matriz extracelular y el incremento de la resistencia vascular periférica explican la hipertrofia miocárdica y desarrollo de complicaciones vasculares (aterosclerosis), cardíacas (insuficiencia cardíaca, isquemia miocárdica y arritmias), cerebral (hemorragia, isquemia, encefalopatía), oftalmológicas

(retinopatía hipertensiva) urológicas (disfunción eréctil) y nefrológicas (insuficiencia renal).

b.1.4 Factores de Riesgos Asociados: Se encuentran:

- a) El medio ambiente: la polución está asociada a mayor riesgo cardiovascular,
- b) Estilo de vida: tabaquismo, sedentarismo, café, alcohol, dieta malsana,
- c) Factores hereditarios: historia familiar de enfermedades cardiovasculares,
- d) Riesgo cardiovascular (RCV): probabilidad que un individuo pueda presentar una enfermedad o evento cardiovascular durante un periodo de diez años, el cual dependerá del número de factores de riesgo presentes. Para estratificar al paciente hipertenso y adjudicarle un riesgo cardiovascular total se consideran:
 - el nivel de presión arterial en mmHg con categoría: normal (PAS menor de 120 y PAD menor de 80), pre hipertensión (PAS 120 – 139 y PAD 80 – 89), HTA Estadio 1 (PAS 140 – 159) y (PAD 90 -99), Estadio 2 (PAS mayor igual de 160 y PAD mayor o igual a 100)
 - los factores de riesgo: (sexo masculino, edad en varones mayor o igual de 55 años y en la mujer mayor o igual de 65 años, tabaquismo al menos un cigarro el último mes, dislipidemias, hiperglicemia en ayunas de 100 a 125 mg/dl, intolerancia a la glucosa, diabetes mellitus, obesidad mediante el índice de masa corporal IMC igual o mayor de 30, sobrepeso IMC mayor o igual de 25, obesidad abdominal mediante el perímetro abdominal en varones mayor o igual a 102 con y en mujeres mayor o igual a 88 cm)

- el daño asintomático a órgano blanco: corazón, sistema vascular arterial, ojos, riñón,
- el evento vascular: con enfermedades a nivel: cerebrovascular, arterias coronarias, insuficiencia cardiaca, arterial periférica, renal crónica y retinopatía avanzada).

b.1.5 Cuadro clínico: Con relación a los signos y síntomas (la HTA es asintomática. Es más común identificar a un paciente con HTA cuando ya presenta complicaciones como la insuficiencia cardiaca congestiva, hipertrofia de ventrículo izquierdo, nefropatía, trastornos visuales por retinopatía o problemas neurológicos por enfermedad cerebrovascular o disfunción eréctil) y en lo que respecta a la interacción cronológica (se debe tener en cuenta el tiempo transcurrido entre la HTA subclínica y la aparición de manifestaciones clínicas, ya que cuanto más precoz es el diagnóstico, menor la probabilidad de encontrar complicaciones).

b.1.6 Diagnóstico:

b.1.6.1 Criterios de diagnóstico: Se deben incluir

- a) El cribado y detección temprana de HTA, se realiza a toda la población mayor o igual de 18 años, donde si la persona tiene presión arterial normal donde la PAS es menor de 120 mmHg y PAD es menor de 80 mmHg y no existen factores de riesgo la medición se realizaría cada cinco años, pero si la PAS es de 120 a 139 o la PAD de 80 a 89, y al menos presenta un factor de

riesgo, la medición se debe efectuar anualmente. El diagnóstico de enfermedad hipertensiva y la estratificación de riesgo cardiovascular se realizan en el establecimiento de salud donde fue captado.

b) Los procedimientos diagnósticos comprenden: la historia médica, evaluación clínica, mediciones repetidas de la presión arterial y exámenes de laboratorio e instrumentales. Los objetivos de los procedimientos determinarían los niveles de presión arterial, buscar potenciales causas secundarias y determinar el riesgo cardiovascular global.

c) Datos relevantes de la historia clínica

d) Examen Físico

e) Estratificación del riesgo cardiovascular: según las variables expuesta: bajo riesgo, moderado riesgo, alto y muy alto riesgo.

b.1.6.2 Diagnóstico diferencial: La mayoría de personas que padecen de HTA (98% a 99% de hipertensos de 20 a 70 años) no tienen causa identificable. En el resto, las causas pueden deberse a enfermedad renal (causa principal), endocrina, a medicamentos, tumores, alteraciones vasculares.

b.1.7 Exámenes Auxiliares:

b.1.7.1 De patología clínica: su objetivo, busca identificar otros factores de riesgo, causas de HTA secundaria y descartar algún daño de órgano blanco, para el primer nivel de atención se solicitan: hemoglobina, hematocrito, glucosa (si el resultado es de 100 a 125 mg/dl complementar con test tolerancia oral a la

glucosa), examen de orina (microscópico, proteína en orina mediante tira reactiva) creatinina sérica y cálculo de la Tasa de Filtración Glomerular Estimada o Depuración de Creatinina), ácido úrico sérico, colesterol tota/cLDL, CHDL y triglicéridos séricos en ayunas, electrolitos séricos. Opcionales en primer nivel de atención: Micro albuminuria cuando la tira reactiva negativa en paciente con HTA y proteinuria cuantitativa 24 horas cuando la tira reactiva sea positiva.

b.1.7.2 De imágenes: el ecocardiograma brinda resultados de las dimensiones ventriculares y auriculares así como de la función sistólica y diastólica del ventrículo izquierdo. Sera realizada en todo paciente HTA con riesgo cardiovascular alto a más.

b.1.7.3 Exámenes especializados complementarios: El electrocardiograma se debe efectuar a todo paciente diagnosticado con HTA para la detección de hipertrofia ventricular izquierda, enfermedad coronaria o arritmias, de ser normal se recomienda un control anual, el informe de ser realizado por médico internista o cardiólogo.

b.1.8 Manejo: El objetivo de mantener la presión arterial por debajo de ciertos niveles es reducir las complicaciones cardiovasculares futuras. Siendo las metas a detallar:

Hipertensos en general: menor de 140/90 mmHg

Diabéticos: menos de 140/80 mmHg

Personas con proteinuria: menos de 130/80 mmHg

Octogenarios: Mantener PAS entre 140 y 150 mmHg

Las personas diagnosticadas con HTA serán manejadas según niveles de complejidad de la siguiente manera:

- Hipertensos con RCV BAJO o MODERADO: primer nivel de atención.
- Hipertensos con RCV ALTO: segundo nivel de atención.
- Hipertensos CONTROLADOS con RCV ALTO: primer nivel de atención.
- Hipertensos con RCV MUY ALTO: tercer nivel de atención o en su defecto, cardiólogo o médico internista de segundo nivel de atención.
- Hipertensos controlados con RCV muy alto: tercer o segundo nivel de atención.

b.1.8.1 Medidas generales y preventivas: Los cambios en los estilos de vida favorecen para prevenir la HTA en personas sanas y a nivel de los pacientes con HTA el desarrollo de complicaciones y el mantenimiento o reducción de la terapéutica farmacológica, se debe implementar a todo pacto con HTA siendo las siguientes:

- a) Restricción de la ingesta de sal.
- b) Evitar el consumo de alcohol, en su defecto, moderar su consumo.
- c) Consumo de frutas, verduras y alimentos bajos en grasa.
- d) Reducción y control de peso.
- e) Actividad física regular.

f) Evitar exposición al humo del tabaco.

También reducir la exposición a factores de riesgo ocupacionales: psicosociales, químicos (plomo disolventes insecticidas, sulfuro de carbono) y físicos (ruidos y altas temperaturas).

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

b.1.8.2 Terapéutica:

- Inicio de la terapia farmacológica: a) hipertensos con RCV bajo que han realizado cambios en los estilos de vida durante 3 a 6 meses sin cumplir el objetivo de alcanzar las metas b) Hipertensos con niveles de PAS mayor o igual de 160 mmH y/o PAD mayor o igual de 100 mmHg c) Hipertensos con RCV moderado. La terapia farmacológica puede ser con agente único o en combinaciones.

El inicio de la monoterapia podrá realizarlo el médico general del primer nivel de atención, iniciándola con enalapril o losartan o hidroclorotiazida, amlodipino.

- Terapia farmacológica combinada: Dependerá de la respuesta clínica, de no alcanzar la meta en al menos 8 a 12 semanas de tratamiento regular y continuo debe combinarse. Si se inicia debe referirse al siguiente nivel de atención. Debe tratarse precozmente en forma combinada también en los casos de pacientes con: PAS mayor o igual de 160 mmHg/ PAD mayor o igual de 100 mmHg, síndrome metabólico, con RCV moderado a mas, obesidad, adulto mayor.

b.1.9 Complicaciones: Dependen del compromiso clínico o subclínico de los distintos órganos blanco como:

. Riñón: daño renal, microalbuminuria, nefropatía, insuficiencia renal.

.Cerebro: arterioesclerosis, microaneurisma, infartos lacunares silentes, trombosis, hemorragia, embolia, demencia.

.Corazón: trombosis coronaria, infarto de miocardio, muerte súbita, hipertrofia ventricular izquierda.

. Ojo: hemorragias en retina y puede causar ceguera.

La guía de práctica clínica sobre la enfermedad hipertensiva aprobada por el Ministerio de Salud en Enero de 2015 es una oportunidad para los profesionales de la salud no solo por su estructura sino por su contenido evidenciada con referencias bibliográficas donde se sistematiza información que uniformiza la conducta profesional en favor de los pacientes con HTA desde el primer nivel de atención de salud hasta el más alto. Se encuentra además la incorporación en el diagnóstico de HTA la identificación del riesgo cardiovascular total o global que complementa según el caso la conducta terapéutica no farmacológica o farmacológica y la referencia hacia otros niveles de mayor complejidad. La guía de práctica clínica para la enfermedad hipertensiva es una herramienta para la auditoría médica que regula la atención profesional médica y contribuye a mejorar la calidad de la atención al paciente.

b.2) Intervención Educativa

b.2.1 Definición: Según Touriñan, J (14), la intervención educativa es la acción intencional para la realización de acciones que conducen al logro del desarrollo integral del educando. La intervención educativa tiene carácter teleológico: existe un sujeto agente (educando-educador) existe el lenguaje propositivo (se realiza una acción para lograr algo), se actúa en orden a lograr un acontecimiento futuro (la meta) y los acontecimientos se vinculan intencionalmente. La intervención educativa se realiza mediante procesos de autoeducación y heteroeducación, ya sean estos formales, no formales o informales. La intervención educativa exige respetar la condición de agente en el educando. La acción corresponde a un cambio de estado que un sujeto hace que parezca el educador, debe dar lugar a una acción del educando que no tiene que ser intencionalmente educativa y no sólo a un acontecimiento, tal como corresponde al análisis de procesos formales, no formales e informales de intervención.

b.2.2 Conceptos básicos para implementar programas con base comunitaria en la prevención de las enfermedades de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles del adulto (ECNTA): Berríos, X (37), describe que las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen hoy un problema de salud pública en Chile, también a nivel mundial, potencialmente con riesgos y daños. Las experiencias exitosas de los programas que tienen que ver con el

control y modificación de los factores de riesgo como el Proyecto North Karelia de Finlandia en Estados Unidos, el Proyecto Five City de la Universidad de Stanford, el Programa Health de la Universidad de Minnessotta, el Programa A su salud de la universidad de Texas; entregan intervenciones eficaces en la comunidad, las que deben tenerse presente para la programación de actividades en prevención. Entre ellas destacan algunas como: a nivel del control que los programas de prevención primaria de la ECNTA debe ser comunes y de carácter prioritario por haberse demostrado su eficacia. Sobre estrategias de prevención son cinco puntos los establecidos

a) El tratamiento de los casos b) La prevención de recurrencias y progresión c) El intento de descubrir y tratar en forma precoz casos subclínico d) El intento de detectar, modificar y tratar factores de riesgo e) El intento de evitar la aparición de factores de riesgo. Los tres primeros son cubiertos por la parte clínica y corresponden a las Estrategias de Alto Riesgo o individuales, los dos últimos niveles corresponden a las Estrategias Poblacionales que se desarrollan en los niveles de prevención primaria y pretenden ir a la raíz del problema modificando la distribución que tienen los factores de riesgo en la población y por ende son los que finalmente determinan la prevalencia de cualesquiera variable poblacional. Algunas estimaciones que dan testimonio de estos efectos son: la disminución del promedio del colesterol en un 10% en una población determinada puede reducir la mortalidad por cardiopatía coronaria en un 20% a

30%; la disminución de 10 mmHg de la presión arterial sistólica promedio puede disminuir la mortalidad por cardiopatía coronaria en un 30% sobre todo si se acompaña de una reducción en los niveles de obesidad y consumo de alcohol, a su vez, al reducirse el nivel de la ingesta de este último en un 10%, disminuye la mortalidad por cirrosis hepática en un 25% entre otros hallazgos relevantes.

Uno de los componentes de las estrategias poblacionales son los servicios de salud siendo prioridad el nivel primario de atención, que deben ser los más involucrados dado la prioridad a nivel poblacional que consistiría entre otros: mejorar el acceso a los programas, adecuar la estructura física, preparar al personal de salud, estimular el papel educador del médico, promover la participación multidisciplinaria de los programas como el papel de los especialistas en educación, para apoyar en la educación de la salud y ser realmente eficaz y racional y en la tarea de promover hábitos y conductas saludables es imprescindible el apoyo de los especialistas del área. A parte de este es importante desarrollar estos tópicos a nivel de la educación universitaria, las estrategias de promoción de la salud, y contar como aliados estratégicos los medios masivos de comunicación.

En el Perú, a través del Ministerio de Salud se cuentan con dos instrumentos legales, el primero se refiere a los Lineamientos de Política de Salud 2007 – 020 (13) en uno de sus ítems describe la vigilancia, prevención y control de las

enfermedades transmisibles y no transmisibles, siendo estas últimas desarrolladas por estrategias sanitarias nacionales a través de un conjunto de intervenciones desde el primer nivel de atención que buscan la detección precoz y el tratamiento oportuno buscando además evitar complicaciones tardías, en este marco resulta importante abordar la HTA adicionándose acciones dirigidas a la disminución de los factores de riesgo, promoción de estilos de vida saludables, el segundo describe los Lineamientos de Política de Promoción de la Salud (12) vigentes desde el año 2005, incorporando además lineamientos estratégicos, y estrategias de promoción de la salud. El Lineamiento 4: Reorienta los servicios de salud con enfoque de promoción de la salud y con relación a las estrategias de promoción de la salud una de las que se incorpora es la Comunicación y Educación para la Salud para el desarrollo de comportamientos saludables aplicando metodologías de educación y comunicación para la salud a nivel individual, familiar y comunitario, esto es clave para asegurar que los grupos objetivos de las intervenciones educativo comunicacionales adopten nuevos comportamientos saludables y que estos sean incorporados en la práctica cotidiana. También se menciona para el logro de resultados es importante el enfoque intercultural y el consentimiento de las personas involucradas

b.2.3 Estrategias, Sesiones y Técnicas Educativas en Salud: Lagos, K (36) describe que según Beltrán “la estrategia es un conjunto de actividades

mentales cumplidas por el sujeto, en una situación particular del aprendizaje, para facilitar la adquisición de conocimientos” y según Díaz y Hernández, el modelo de educación para la salud, refiere que las sesiones educativas, las técnicas o ayudas didácticas y el educador comprenden los instrumentos del proceso enseñanza – aprendizaje y que las estrategias usadas en la intervención educativa de enfermería son sesiones educativas entendidas como reuniones de corta duración, donde se imparte enseñanza a grupos de personas o en forma individual; deben ser con repeticiones de la información para reforzar la comprensión y el aprendizaje de cada uno de los participantes, es decir para grabar más el mensaje y desarrollar las habilidades cognitivas, afectivas y psicomotoras. La duración de las sesiones también influye en la capacidad del aprendizaje, las sesiones prolongadas hacen que la atención que dura 20 minutos se tolera más fácilmente y retienen el interés del paciente en el material. Se debe hablar despacio y buena vocalización, evitar los ruidos y situaciones que distraigan la atención del adulto mayor debido a la pérdida de la audición en la edad adulta como proceso degenerativo del envejecimiento. Los programas educativos deben tener información estructurada y concesiones de contenidos básicos y sencillos, para el uso del material impreso en las sesiones educativas se requiere un lugar bien iluminado, con buena ventilación, mobiliario apropiado y temperatura agradable evitar las interrupciones y los ruidos. Para lograr aprendizajes significativos en los contenidos a desarrollar en

la educación para la salud, se requiere de un proceso educativo con varias sesiones educativas individuales o grupales. Algunos estudios han reportado que la educación para la salud individual o grupal es igual de efectiva, esta última es la menos costo-efectiva, por lo que la recomiendan, al generar reducción en los costos en cuanto a hospitalizaciones, consultas médicas y en el consumo de medicamentos en algunas enfermedades crónicas favoreciendo en las personas las condiciones óptimas para el cambio hacia un estilo de vida saludable al permitir la modificación de los aspectos cognitivos. Dentro de las técnicas utilizadas en las sesiones educativas individuales se mencionan técnicas de expresión (escucha activa, preguntas abiertas y cerradas) abordan el área afectiva de la persona, técnicas de análisis (apoyo emocional, ejercicios, focalizar) enfocadas al área cognitiva, técnicas de información (información o lectura de discusión) aborda los conocimientos el área cognitiva, técnicas de desarrollo de habilidades (ayuda a toma de decisiones, desarrollo de habilidades psicomotoras) útiles en el área psicomotora, aunque también cognitivas. En las sesiones educativas grupales, el mismo que tiene dos o más personas con un interés común debiéndose además valorar las características como edad, genero, nivel de escolaridad, experiencias ya que de estas depende el método de enseñanza, el lugar, las técnicas didácticas a emplear. Dentro de las técnicas más usadas en las sesiones grupales están: técnicas expositivas (exposición, lectura, paneles de expertos, debates, videos) que

abordan los conocimientos del área cognitiva, aunque también en parte la emocional y psicomotora, técnicas de análisis (análisis de textos, de problemas) abordan el área cognitiva y la afectiva, técnica de desarrollo de habilidades (ejercicios, simulaciones, demostraciones) desarrollan la capacidad de actuar, el área psicomotora.

El presente trabajo de investigación efectuado en el centro de salud considerado del primer nivel de atención donde fundamentalmente se deben efectuar actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, concordantes con los lineamientos y estrategias para la prevención y control de Enfermedades No Transmisibles (13) los lineamientos de política para la promoción de la salud (12) se utilizaron las sesiones educativas y grupales donde prácticamente se incorporan sus diferentes técnicas priorizando las expositivas cuyo contenido refuerza el área cognitiva en el conocimiento de la enfermedad en su definición, valores de presión, factores de riesgo, medicación, complicaciones entre otras y en cuanto al desarrollo de habilidades se efectuaron demostraciones sobre alimentación saludable en el paciente hipertenso y ejercicios relacionados a la actividad física. También es bueno complementar información sobre Ortega, J (38) quien en su artículo sobre Intervenciones Preventivas para el manejo de la HTA en Colombia 1998 – 2005 obtuvo 1041 revisiones sistemáticas y revisión de revisiones sobre intervenciones educativas para prevenir y controlar la HTA así

como 53 artículos con diferentes enfoques de intervenciones informativas y de comunicación provenientes de las bases de datos Cochrane, Lilacs, Ovid, Proquest y Pubmed cuyo interés sobre el objeto de estudio se enmarco en las intervenciones comunitarias más efectivas a nivel mundial para el manejo de la HTA concluyéndose en ese escenario que los programas efectivos y culturalmente apropiado para fomentar la disminución de los factores de riesgo era limitada y se requería mayor evidencia sobre intervenciones comunitarias adaptadas a sus características culturales y determinantes sociales.

b.3) Conocimiento

b.3.1) Definición: El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (15) lo describe como “la acción y efecto de conocer” y de esto, “el averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas”.

Y según lo descrito por Lagos, K (36) menciona que Flores enfatiza, que la acumulación de información eleva la calidad de vida y proporciona las personas un nivel de supervivencia más estable y segura, más agradable y cómoda, de esto se interpreta que las personas tienen mayor conocimiento van afrontar con mayor eficacia los problemas. Entonces podemos decir que a través de la educación y el aprendizaje, se adquiere conocimientos (conceptos y/o experiencias). La Educación es un hecho social que consiste en un proceso de adquisición de conocimientos, actitudes, habilidades y destrezas. La

Educación para la salud en la Atención Primaria es considerada un instrumento para la participación de la comunidad. La Organización Mundial de la Salud indica que las actividades de información y educación para la salud deben encaminarse a aumentar la capacidad de los individuos y comunidad para participar en la acción de la autoresponsabilidad en materia de salud y a fomentar un comportamiento saludable.

b.3.2) Tipos de conocimiento: También describe que según Hessen hay diferentes tipos de conocimiento: científico o declarativo (obtenido mediante el método de la ciencia), ordinario (es especializado y parte de la experiencia), funcional (se relaciona con la experiencia y se basa en el declarativo para llevarlo a la práctica) procedimental (implica saber cómo hacer algo, se desarrolla por medio de destrezas), condicional (contiene al procedimental y al declarativo), de divulgación (se transmite a través de un medio impreso o audiovisual) sensible (es una forma de percepción de la mente).

b.3.3) Evaluación de los aprendizajes: Lagos continúa a través de Hessen, que la evaluación de los aprendizajes es un proceso permanente de información y reflexión sobre el proceso de producción de los aprendizajes y requiere para su ejecución de la realización de los siguientes procesos:

- Recolección y selección de la información sobre los aprendizajes de los alumnos, a través de la interacción con ellos, la aplicación de instrumentos, las situaciones de evaluación.
- Interpretación de los aprendizajes en términos del grado de desarrollo de los criterios de evaluación establecidos en cada área y por ende, el grado de desarrollo de competencia. La valoración debe darse en términos cualitativos.
- Toma decisión, que involucra el establecimiento de un plan de acción que permita al alumno conocer, reforzar y estimular los aprendizajes que debe desarrollar con la ayuda del docente, quien deberá planificar nuevas estrategias de enseñanza-aprendizaje, según las conclusiones a las que llegue en la evaluación.

En materia de investigación hay estudios sobre la efectividad de las intervenciones educativas para mejorar el nivel de conocimiento y en ese sentido Gutiérrez, A y Meza, C (39) en Lima durante el año 2016 efectuaron un revisión sistemática, observacional y retrospectiva en 10 artículos con texto completo y seleccionados con criterios de inclusión sometidos a lectura crítica donde determinaban la efectividad de los programas educativos en la mejora de conocimientos de los pacientes con enfermedades cardiovasculares concluyéndose que dichos programas pueden mejorar la calidad de vida en pacientes con dichas enfermedades y son efectivas en un 100 % por que cumple un papel valioso en la modificación de factores de riesgo coronario, lo

que disminuiría la morbiomortalidad. Y También existe un estudio de investigación efectuado en España en el año 2013 por Estrada D, Ho T, Agudo J, Arias P, Capillas R, Gibert E y et al (40) cuyo objetivo fue validar un cuestionario de conocimientos sobre hipertensión en castellano para evaluar el conocimiento y la comprensión que tienen los pacientes en ese contexto cuyo material y métodos consistió en adaptar un cuestionario que existía, contar con grupos de discusión para unificar criterios y consulta con expertos, el desarrollo de la prueba piloto para la comprensión del cuestionario y el cálculo de la fiabilidad a través de la consistencia interna del alfa de Cronbach y la sensibilidad al Test de McNemar, concluyéndose que el cuestionario desarrollado en este estudio fue una herramienta fiable y fácil para evaluar el nivel de conocimientos sobre la HTA de los pacientes hipertensos, siendo especialmente útil para evaluar la eficacia de la educación terapéutica. Dicho instrumento ante su validez y confiabilidad ha sido tomado en cuenta en el trabajo de investigación desarrollado en los pacientes hipertensos del centro de salud de Max Arias Schreiber.

b.4) Estilos de Vida y Estilo de Vida Saludable

b.4.1) Definiciones:

En la compilación de información al respecto Wong, C (16) menciona que los estilos de vida son definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población

que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida. Son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, debiendo ser visto como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino de naturaleza social. Así mismo existe relación entre los estilos de vida y salud, el hecho de que las causas principales de muerte se desplacen desde los procesos infecciosos a los factores ambientales, hace que cobre importancia el debate sobre los estilos de vida y su impacto sobre la salud. Así el interés social que despierta este ámbito de estudio ha conducido a la proliferación de investigaciones y publicaciones, de forma que en la actualidad el concepto de estilo de vida se utiliza en mayor medida desde el área de la salud que desde otros ámbitos de estudio. Aun mas, los términos estilo de vida en general y estilo de vida saludable continúan empleándose actualmente por muchos autores como sinónimos a pesar de los esfuerzos de la OMS durante la década de los 80 para diferenciarlos. A causa de la diversidad de disciplinas que utilizaron el término estilos de vida existen innumerables definiciones y aplicaciones del mismo. En el caso de la disciplina de la salud, la oficina regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa introdujo una definición que constituye la base de los estudios sobre estilos de vida saludable, porque a pesar de ser criticada por amplia, ambigua y poco operativa, tiene el reconocimientos de expertos por introducir los principales factores que influyen

en los estilos de vida. La Organización Mundial de la Salud, define en el año 1986 a los estilos de vida como “una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”. A pesar de que habitualmente se utiliza el término estilo de vida saludable, se considera más apropiado el uso del término estilo de vida relacionado con la salud, ya que recoge mejor los comportamientos que realzan la salud como los comportamientos que la ponen en riesgo.

También en 1998 en el glosario de promoción de la Salud, la Organización Mundial de la Salud (41) lo define como una “forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vidas socio-económicas y ambientales”.

b.4.2) Factores y características en los estilos de vida:

El consorcio OCW de la Universidad de Murcia España (42) menciona a Mendoza, que teniendo en cuenta las múltiples definiciones, los estilos de vida de una persona están determinados por cuatro grandes tipos de factores que interaccionan entre sí, cuya división no es rígida:

Características individuales: personalidad, intereses, educación recibida, otros.

Características del entorno microsociaL en que se desenvuLve el individuo: vivienda, familia, amigos, ambiente laboral o estudiantil, otros

Factores macrosociales: sistema social, la cultura imperante, los medios de comunicación, otros

El medio geográfico que influye en las condiciones de vida imperantes en la sociedad y a su vez modificaciones por la acción humana.

Continuando con Wong, C (16) refiere que las características fundamentales del estilo de vida saludable son:

- a. Posee una naturaleza conductuaL y observable. En eses sentido, las actitudes, los valores y las motivaciones no forman parte del mismo, aunque si pueden ser sus determinantes.
- b. Las conductas que lo conforman deben mantenerse durante un tiempo. Conceptualmente, el estilo de vida denota hábitos que poseen alguna continuidad temporal, dado que supone un modo de vida habitual.
- c. Así por ejemplo, el haber probado alguna vez el tabaco no es representativo de un estilo de vida de riesgo para la salud. Por la misma regla, si un comportamiento se ha abandonado ya no forma parte del estilo de vida.
- d. El estilo de vida denota combinaciones de conducta que ocurren consistentemente. De hecho, se considera al estilo de vida como un

modo de vida que abarca un amplio rango de conductas organizadas de una forma coherente en respuesta a las diferentes situaciones vitales de cada persona o grupo.

- e. El concepto de estilo de vida no implica una etiología común para todas las conductas que forman parte del mismo, pero si se espera que las distintas conductas tengan algunas causas en común.

b.4.3) Variables en el estudio de los estilos de vida saludables:

Los estudios iniciales sobre estilos de vida saludables fueron en el ámbito de la prevención de las enfermedades cardiovasculares y las variables empleadas fueron los factores de riesgo clásicos de estas enfermedades: consumo de tabaco y alcohol, ejercicio físico y hábitos en la alimentación y las muestras estaban conformadas por adultos con o sin problemas cardiovasculares. Entonces la preocupación por la educación para la salud por parte de la OMS y de más organismos públicos dedicados a la mejora del bienestar de la población infanto juvenil, ha provocado un aumento en el número de estudios realizados con los niños, niñas y adolescente, así como el aumento en el número de variables estudiadas que forman parte de los estilos de vida. En los últimos años, el campo de estudio en los estilos de vida saludables se ha incorporado sobre la tercera edad. En ese sentido las variables relacionadas con los estilos de vida saludables más estudiadas en la investigación, en función del momento evolutivo de las muestras más

estudiadas: infancia, adolescencia, adultez o vejez, según Pastor et al., del año 1998 son: consumo de alcohol (*), consumo de tabaco (*), hábitos alimenticios (*), actividad física (*), consumo de medicamentos (*), hábitos de descanso(*), accidentes y conductas de prevención de los mismos(*), higiene dental, actividades de tiempo libre, consumo de drogas no legalizadas, conducta sexual y chequeos médicos(*); específicamente los enmarcados como (*) pertenecen a la adultez y vejez (16).

Una buena alimentación y un programa de actividad física regular pueden reducir la presión arterial en forma moderada pero significativa y también contribuyen a mantener el peso normal. Uno de los pilares para la prevención y tratamiento de la hipertensión y sus consecuencias es la adopción de un estilo de vida saludable sobre todo relacionado a la dieta y la actividad física. Las recomendaciones para una vida sana se atribuyen: a) aumentar el consumo de frutas, vegetales y reducir el consumo de grasas b) reducir el consumo de sal c) mantener un consumo moderado de alcohol d) hacer actividad física e) mantener el peso dentro de la escala de normalidad (43).

b.4.4) Educación para la salud sobre la calidad del paciente hipertenso:

La educación del paciente hipertenso es el elemento primordial para el mejor control de la HTA, pues le permite comprender mejor su enfermedad y las consecuencias, facilitándole una adecuada adhesión al tratamiento y una larga

supervivencia con mejor calidad de vida. Corresponde al Médico de Familia, como vigilante de la salud, desarrollar a plenitud acciones educativas de promoción y prevención de salud frente a este factor de riesgo, y consideramos que elevando el conocimiento que el propio paciente y el familiar tenga sobre la HTA como enfermedad crónica no transmisible, los dotaremos de un arma de inestimable valor en su control poblacional. La prevención de la HTA es la medida más importante, universal y menos costosa. El perfeccionamiento de la prevención y el control de la presión arterial (PA) 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 HTA nos 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 a la HTA, fundamentalmente la falta del ejercicio físico, niveles inadecuados de lípidos sanguíneos, elevada ingesta de sal, el tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad. Por otra parte, es necesaria una estrategia individual, para detectar y controlar con medidas específicas de los servicios asistenciales, a los individuos que por estar expuestos a niveles elevados de uno o varios factores de riesgo, tienen alta probabilidad de padecerla o la padecen. De este modo, es imprescindible lograr la terapéutica más acertada para mantener un adecuado control de las cifras tensionales. En ambos casos,

la modificación positiva de los estilos de vida es un pilar para obtener estos beneficios. Con la toma continua de la presión arterial durante 24 horas, se ha podido establecer el ritmo circadiano de la misma, es decir, las variaciones que normalmente tiene durante el día. La cifra más baja corresponde al sueño profundo de las 3 de la madrugada, después de ese momento comienza a subir y llega a su nivel más alto entre 11:00 AM y 12:00 M ; se mantiene hasta las 6:00 PM en que comienza de nuevo a descender, para llegar a su nivel más bajo en horas de la madrugada. En la mayoría de las personas, hipertensos o no, la presión arterial disminuye entre un 10% a un 20% durante la noche en relación con las cifra promedio del día. Este fenómeno se denomina DIPPER y a los individuos en los cuales no ocurre este descenso se les denomina personas No-DIPPER (22).

Se coincide que el “tratamiento no farmacológico de la HTA es la adopción de los estilos de vida saludable en los pacientes hipertensos, contribuyendo esta última aun en el tratamiento farmacológico de la HTA” (44) (45) (46).

Existen evidencias investigativas que nos permiten afirmar esto, en ese sentido en España; Menor M, Aguilar M, Mur N y Santana C, (47) evaluaron la efectividad de las intervenciones educativas en los estilos de vida realizando 24 revisiones sistemáticas en artículos a través de las bases de datos de Medline, Lilacs y Embase de enero a mayo del 2016 donde concluyeron que este tipo de programas constituye un recurso adecuado para lograr cambios en los estilos

de vida, particularmente en edades tempranas y destaca la mayor efectividad cuando participa la familia.

Sierra, M (48) efectuó también en España durante el 2014 y 2015 una revisión sistemática en 36 artículos provenientes de Pubmed, Dialnet, Scielo, Lilacs, Biblioteca Cochrane plus, Ibecs; agrupados por diferentes medidas educativas para la HTA: cambios en el estilo de vida, actividad física, medidas dietéticas, adherencia al tratamiento farmacológico y conocimiento de la enfermedad y medidas preventivas; con el objetivo de establecer el grado de eficacia de las intervenciones de las medidas educativas en el control de la HTA, comprobándose que el grado de eficacia de las medidas educativas para el control de la HTA fue inferior al deseado. Las intervenciones educativas son efectivas pero no del todo y se necesita más interés por parte del paciente y del profesional sanitario para una mayor educación individualizada y personalizada.

Balaguer I, et al (49), efectuaron en España en el año 2013, la revisión de la literatura reciente relacionadas a la modificación de hábitos de vida con la alimentación o el ejercicio físico para conseguir una mejor evolución de la enfermedad y conocer las medidas para permitir unas elevadas tasas de cumplimiento de recomendaciones. Se obtuvieron un total de 1050 artículos, de los cuales 978 (93%) fueron excluidos por el año de publicación anterior a 2008, referidos por Pubmed, Lilacs, 35 artículos fueron recuperados, concluyéndose que la dieta DASH es una alternativa para el desarrollo de intervenciones

relacionadas con la alimentación en pacientes hipertensos, el ejercicio físico, el programa CIMEQ parece que muestra beneficio en el control de las cifras de presión arterial. No encontrándose evidencias sólidas que garanticen la adherencia al tratamiento.

c) Definiciones conceptuales

Hipertensión arterial:

Según la Organización Mundial de la Salud (1) en su Informe General sobre la Hipertensión Arterial en el Mundo por el Día Mundial de la Salud 2013:

La tensión arterial se mide en milímetros de mercurio (mm Hg) y se registra en forma de dos números separados por una barra. El primero corresponde a la tensión arterial sistólica, la más alta, que se produce cuando el corazón se contrae. El segundo corresponde a la tensión arterial diastólica, la más baja, que se produce cuando el músculo cardíaco se relaja entre un latido y otro. La tensión arterial normal en un adulto se define como una tensión sistólica de 120 mm Hg y una tensión diastólica de 80 mm Hg. Sin embargo, los beneficios cardiovasculares de la tensión arterial normal se extienden incluso por debajo de esos niveles de tensión sistólica (105 mm Hg) y de tensión diastólica (60 mm Hg). La hipertensión se define como una tensión sistólica igual o superior a 140 mm Hg y una tensión diastólica igual o superior a 90 mm Hg. Los niveles normales de ambas, sistólica y diastólica, son particularmente importantes para

el funcionamiento eficiente de órganos vitales como el corazón, el cerebro o los riñones, y para la salud y el bienestar en general.

Intervención educativa:

Según Touriñan, J (14) “la intervención educativa es la acción intencional para la realización de acciones que conducen al logro del desarrollo integral del educando”.

Conocimiento:

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (15) lo describe como “la acción y efecto de conocer” y de esto, “el averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas”.

Estilos de Vida:

Según Wong (16), define en el año 1986 a los estilos de vida como “una forma general de vida basada en la interacción entre las condiciones de vida en un sentido amplio y los patrones individuales de conducta determinados por factores socioculturales y características personales”.

d) Bases Filosóficas, Epistémicas y Antropológicas

Al abordar estos aspectos debemos tener en cuenta que existen bases fisiológicas para la regulación de la presión arterial, la presencia de la HTA actualmente es abordada en el contexto de la teoría genética, los factores ambientales, sociales, culturales y otras identificadas como los determinantes sociales; también hay las bases técnicas y legales relacionadas a las políticas públicas de promoción de la salud, de la estrategia sanitaria de prevención y control de daños no transmisibles. A esto último se le llama el aspecto filosófico de la salud pública que incorpora aspectos de la vida y el bienestar de los seres humanos (salud de las personas, sus organizaciones, sus poblaciones, los sistemas de salud y el ambiente) involucrando a los trabajadores de salud, administradores y gestores.

El marco filosófico o epistemológico de esta investigación se sustenta en el enfoque cuantitativo positivista cuyo objetivo es la efectividad de una intervención educativa siendo la misma observable, medible y replicable con modelos estadísticos para su comprobación, concordándose con los conceptos y definiciones de Hernández, Fernández y Baptista (51).

El doctor Hermann Boerhaave fue el primer médico en enfrentarse a problemas de carácter epistemológico en forma coherente y sistemática (siglo XVII) muchos le siguieron como Popper y se consideraron como problemas de tipo epistemológico la construcción de algún instrumento médico, la concepción de

algún procedimiento terapéutico y la elaboración de algún modelo útil en biología o medicina, como ejemplos están el esfigmomanómetro de mercurio de Riva-Rocci, la terapéutica metabólica de ciertas enfermedades y la elaboración de modelos teóricos (56), al respecto y sobre esto último se puede incorporar la metodología complementaria de intervenciones para mejorar la adherencia al tratamiento y evitar sus complicaciones de la HTA en el campo de la medicina y la salud pública además del tema sobre promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

La antropología estudia los grupos étnicos humanos sus características físicas, sociales, culturales y dinámicas. La cultura de una población está relacionada con su salud. La cultura es el modo de vida que tienen las poblaciones donde inciden diversos factores: la tecnología, economía, organización social, política, educación, sistemas de creencias, control del poder, arte, folklore, etc, de tal forma que la antropología incide que si queremos conocer los aspectos de la salud de una población esta se debe abordar en relación a sus factores socio culturales. Por otro lado existen evidencias numerosas que muestra como una condición de salud cambia de acuerdo a las diferentes culturas. Herzlich describe que la representación de la salud y enfermedad se realiza desde tres corrientes, la primera incorpora el factor preventivo o curativo, la segunda desarrollada desde la antropología incluye “relatividad cultural” de concepciones

y comportamientos y la tercera afirma la importancia de los comportamientos sociales (57).

Sobre lo manifestado, según información del análisis situacional de salud, la población victoriana y en especial los pacientes hipertensos se encuentran influenciados por diversos factores en su ámbito jurisdiccional imperando los problemas ambientales como la presencia de ruido, el aire contaminado por el excesivo parque automotor, el hacinamiento comercial y habitacional, la presencia de comercio ambulatorio con la venta de comida rápida por la preparación de alimentos con excesiva cantidad de sal, grasas saturadas ausente de verduras o frutas; también la presencia de problemas sociales como la drogadicción, alcoholismo, tabaquismo, delincuencia, prostitución clandestina, además de los problemas educativo culturales propios como por ejemplo la existe en ciertos sectores de la procedencia de familias de población africana de raza negra correlacionándose que la misma constituye un riesgo potencial no modificable para tener HTA y los procedentes de la dinámica migratoria poblacional dado que al existir mucho comercio sus habitantes procedente de diversos distritos de lima metropolitana; consideramos que todos estos factores inciden en los procesos de salud enfermedad de las personas y su calidad de vida.

CAPITULO III: MARCO METODOLOGICO

a) Tipo de investigación:

Según Supo, J (50) existen cuatro clasificaciones para los tipos de investigación y en relación a nuestra investigación; es de tipo experimental (cuasi-experimental) dado la intervención del investigador, es prospectivo por lo datos recogidos durante y después de la intervención, siendo además longitudinal porque las variables de estudio se midieron en dos ocasiones por ello de realizar comparaciones antes y después y analítica en razón a que el análisis estadístico por lo menos es bivariado planteándose y poniendo la prueba de hipótesis.

Así mismo el nivel de la investigación es Aplicativa o aplicada, dado que se buscó conocer para hacer, actuar, construir y modificar, preocupándose la aplicación inmediata sobre una realidad concreta, al intervenir en los pacientes hipertensos nuevos con un programa de intervención educativa incrementándose el nivel de conocimientos en hipertensión arterial y las practicas del estilo de vida, contribuyéndose a mejorar su calidad de vida.

Además Hernández R, Fernández C y Baptista M (51) menciona que las investigaciones aplicadas son la respuesta efectiva y fundamentada a un problema detectado, analizado y descrito. La investigación aplicada concentra

su atención en las posibilidades fácticas de llevar a la práctica las teorías generales y destina sus esfuerzos a resolver los problemas y necesidades que se plantean los hombres en sociedad en un corto, mediano, largo plazo. Es decir se interesa fundamentalmente por la propuesta de solución en un contexto físico-social específico.

Con relación al método usado es el hipotético-deductivo concordando con Echegoyen, O (52) que lo define como el procedimiento que sigue el investigador para hacer de su actividad una práctica científica, cuyos procedimientos constan: el observar el fenómeno a estudiar, formular la hipótesis, deducir las consecuencias de la propia hipótesis y verificar la verdad comparándolos con la experiencia. Este método obliga al científico a combinar la reflexión racional o momento racional (la formación de hipótesis y la deducción) con la observación de la realidad o momento empírico (la observación y verificación).

b) Diseño y esquema de investigación:

El autor que se mencionó anteriormente teóricamente, refiere que la definición de nuestro diseño de investigación es el cuasi-experimental, donde no hay un grupo control, siendo no posible realizar la asignación aleatoria, por lo tanto es de un solo grupo, realizándose dos mediciones en el mismo grupo; manipulándose deliberadamente al menos una variable independiente o

cualitativa (intervención educativa) para ver su efecto mediante dos mediciones en el mismo grupo con una o más variables dependientes cualitativas (conocimientos, estilos de vida de pacientes hipertensos), cuyo esquema utilizado fue:

01	X	02
Pre-test	Intervención Educativa	Post-test

c) Población, muestra y muestreo:

Población:

Estuvo constituido por 58 pacientes hipertensos nuevos atendidos y registrados en las hojas HIS se reportan como diagnósticos definitivos durante el mes de Enero del año 2015 en el Centro de Salud Max Arias Schreiber.

Muestra:

Dado lo limitado del número de la población para efectos de investigación (menor de 150) se consideró como muestra el 100 % de la población constituida por el número de pacientes hipertensos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que asisten regularmente al centro de salud y que se encuentran registrados como diagnóstico definitivo en las hojas his y con la respectiva historia clínica, según la oficina de estadística.

- Los que aceptaron participar en la investigación mediante consentimiento informado.
- Pacientes que no presenten ningún trastorno psiquiátrico significativo u otra enfermedad que afecte sus capacidades intelectuales.
- Que viva en la jurisdicción asignada al centro de salud.
- Pacientes hipertensos que hablen castellano.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes hipertensos con cualquier tipo de discapacidad psicomotora que pudiera entorpecer su colaboración activa en el estudio de intervención.
- Además de aquellos pacientes que una vez iniciado el curso de capacitación, se ausenten al menos al 30% de los encuentros; así como lógicamente a todos aquellos que por cualquier motivo rechacen participar en el estudio.
- No aceptaban participar y no firmar el acta de consentimiento informado.

Si bien es cierto, la población y la muestra se consideraban la misma, con la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión solo participaron 25 pacientes

hipertensos, siendo las justificaciones las siguientes: 12 no disponían de tiempo por lo que no firmaron el consentimiento informado (dado que 10 laboraban fuera de la jurisdicción de 8 hasta 12 horas llegando tarde a sus domicilios y 2 presentaban problemas físico mentales: 01 neurológico por hemiparesia moderada lado izquierdo y otro por problema psiquiátrico (demencia vascular) , también 10 no vivían en la jurisdicción pero laboraban en el campo ferial polvos azules y otros negocios como la de venta de repuestos para automóviles y vehículos en general, así como 2 presentaban limitaciones para moverse por discapacidad (01 con gonartrosis bilateral y otro se movilizaba en silla de ruedas por patología mixta hipertensión arterial y diabetes mellitus) y 09 no aceptaban participar de voluntad propia.

Muestreo

Tipo de muestreo no estratificado por conveniencia, dado que los pacientes hipertensos provenían de los consultorios externos de Medicina N° 1, 2 y 3.

d) Instrumentos de recolección de datos:

Para la variable conocimientos se empleó como instrumento un cuestionario y para la variable estilos de vida se utilizó una guía de entrevista.

El instrumento para la recolección de datos de la variable nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial fue el Cuestionario (Anexo N° 01), el mismo que se tomó del trabajo de investigación de Estrada D, Ho T, Agudo J,

Arias P, Capillas R, Gibert E y et al (40) del año 2013, cuyo objetivo fue el de validar un cuestionario de conocimientos sobre hipertensión arterial en castellano para evaluar el conocimiento y la comprensión que tienen los pacientes en ese contexto. Cuyo material y métodos consistió en la adaptación a un cuestionario existente, grupos de discusión para unificar criterios y consultas ante la dificultad e interpretación de las preguntas, en su validación participaron 12 expertos (2 médicos, 9 enfermeras y 1 psicólogo) quienes por cada pregunta recogían claramente el aspecto que pretendía medirse así como la prueba piloto para la comprensión del cuestionario a 10 pacientes hipertensos, la fiabilidad se obtuvo a través de la consistencia interna por el alfa de Cronbach siendo de 0.799 y la sensibilidad al cambio mediante el test de McNemar cuyo valor de p fue menor de 0.05.

El cuestionario incorporo para cada paciente un código de identificación a nivel de pre y post test estructurado con 24 preguntas cerradas, categóricas y de opción múltiple (si, no, no lo sé) en cuyo contenido se registraron:

- I. **Datos generales:** la edad, sexo, ocupación, grado de instrucción.
- II. **Dimensiones/preguntas/N° items:**
 - ✓ Hipertensión con 5 preguntas, cuyos ítems correspondieron a los números: 1, 2, 3, 4, 5
 - ✓ Riesgos o complicaciones de la hipertensión arterial con 5 preguntas: siendo los ítems 6,7, 6, 7, 8, 9, 10

- ✓ Factores de riesgo asociado a hipertensión con 4 preguntas y los ítems: 11, 12, 13, 14
- ✓ Medicación con 4 preguntas y los ítems : 15, 16, 17, 18
- ✓ Dieta tiene 3 preguntas con los ítems: 19, 20 ,21
- ✓ Modificación estilo de vida con 3 preguntas: ítems 22, 23, 24.

III. Opiniones: Alternativas de una sola respuesta por cada pregunta o bien (Si) o (No) o (No lo sé)

IV. Calificación y valoración:

CONOCIMIENTO ALTO	17 a 24
CONOCIMIENTO MEDIO	9 a 16
CONOCIMIENTO BAJO	0 a 8

El instrumento para la recolección de datos de la variable nivel de las prácticas de estilos de vida saludable fue la Guía de Entrevista estructurada (Anexo N° 02) elaborada por el investigador, cuyo contenido incorporo cinco dimensiones: actividad física, alimentación, ingesta de sal, consumo de tabaco y de alcohol; cada una de ellas con características y determinándose la calificación de adecuada o no adecuada en la evaluación correspondiente, al respecto el sustento teórico practico se encuentra evidenciado por Wong C (16) cuya validación se determinó por juicio de expertos.

Además se desarrolló el programa de capacitación de la intervención educativa (Anexo N° 04) cuyos parámetros de estructura y contenido en su mayoría fueron obtenidos del estudio aplicado y validado por Pupo W, Rosabal A, Veloz N y Reyes M (22) en un estudio de investigación en Cuba durante 2012 y 2013. Las actividades educativas se centraron a través de 08 sesiones educativas calendarizadas relacionadas a los conceptos y definiciones de la HTA, factores de riesgo y sintomatología, complicaciones, tratamiento farmacológico no farmacológico: estilos de vida: alimentación saludable / actividad física, tratamiento no farmacológico; cada sesión estaba estructurada con el título, datos generales, fundamentación, objetivos, contenido, metodología, material y métodos, ejecución con saludos, presentación y momentos: de inicio, contenido temático y de cierre terminándose con la evaluación diagnóstica, formativa, sumativa.

e) Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos:

Previo a la recolección de los datos se efectuaron procedimientos administrativos como la elaboración y presentación de documentos para contar con la autorización respectiva de la Dirección de Red de Salud Lima Ciudad en sus diferentes niveles a través de la Directora Ejecutiva, Director de la Oficina de Desarrollo Institucional, Jefa de la Oficina de Administración, así como del Médico Jefe del Centro de Salud Max Arias Schreiber, evidenciada por los oficios institucionales autoritativos de los profesionales responsables

correspondientes. También de la Autorización de los 25 pacientes hipertensos participantes del centro de salud evidenciados por los registros de sus firmas en las Actas de Consentimientos Informados (Anexo N° 03).

Técnicas de recolección de datos:

Según Hernández R, Fernández C, Baptista M (51) se obtiene información a través de, Fuentes primarias: como las encuestas y las entrevistas que se efectuaron a los pacientes hipertensos y Fuentes secundarias: a través de: Fichas bibliográficas, usadas para anotar los datos referidos a los libros que se emplearon durante el proceso de investigación. Fichas de transcripción textual, el texto se transcribió entre comillas, al pie de la letra, aun con errores lo que el investigador haya considerado de vital importancia, es decir aquello que tuvo calidad científica y aciertos. Fichas de comentarios de ideas personales. Ha sido más importante que las anteriores. A medida que se investigó surgían dudas, incertidumbres, comprobaciones, refutaciones, comentarios, lo cual se anotó en la ficha correspondiente. Se emplearon tesis que tenían relación directa con el objeto de estudio. Estos antecedentes teóricos nos ayudaron a comprender nuestro problema de estudio mediante sus teorías y conclusiones que se tuvo en cuenta en la discusión de resultados. Las revistas físicas y

virtuales se utilizaron con el propósito de encontrar los temas de las variables para incrementar el marco teórico.

Concordante y complementando a lo mencionado por los autores anteriores, Valderrama S y León L (53), adicionan y describen la técnica de Análisis Documental que para efectos de nuestra investigación consiste en el registro de los pacientes hipertensos en las hojas Hiss como reportes estadísticos y sus respectivas historias clínicas que sirvieron también de mucha utilidad para efectos de los antecedentes, diagnóstico, exámenes de laboratorio, tratamiento y cumplimiento del mismo entre otros aspectos relevantes.

Técnicas de procesamiento de datos:

Una vez recolectados los datos, según Valderrama, S (54) “se procesan los mismos con la finalidad de ser utilizados para el tratamiento estadístico y continuar las demás etapas de la investigación” para lo cual se procedió como sigue:

Verificación de las respuestas sobre conocimientos de la HTA en los cuestionarios individuales, antes de concluir el término del pre test (1ra sesión educativa del 25 febrero del 2015) y del post test (8 ava sesión educativa del 15 de abril del 2015) garantizando que todas las respuestas a las preguntas estén registradas completamente según lo descrito en las instrucciones, agradeciendo la información brindada, según Morales (55) “los sujetos pueden quedar sensibilizados por el pre test, pueden aprender a responder lo que se espera de

ellos; el pre test puede facilitar ya un determinado aprendizaje, en cambio en el post test se evalúa el aprendizaje propiamente dicho”. Así mismo se procedió con la verificación de la guía de entrevista realizada en cada uno de los domicilios durante el mes de abril del 2015. Se consistenciaron los datos mediante la verificación completa de las respuestas a los instrumentos utilizados, los que nos llevó a obtener el 25 o 100% de cuestionarios y guías de entrevistas válidas. La clasificación de la información consistió en agrupar los datos de cada variable en base de datos y a través de la distribución de frecuencias. La tabulación de los datos se obtuvo producto de lo anterior agrupándose en categorías y dimensiones, es decir, anotaremos en una categoría o distribución el número de repeticiones hasta completar el total de la muestra. Después de la tabulación se hizo el uso de programas estadísticos.

Análisis de datos:

Se elaboró las bases de datos para ambas variables. Allí se guardaron los valores obtenidos a través de la aplicación de los instrumentos de medición para luego ser utilizados en el análisis descriptivo e inferencial mediante el SPSS y el Excel.

Para la presentación de los resultados de la investigación, se elaboraron tablas de frecuencia con la finalidad de resumir informaciones de ambas variables de estudios y a través de ellas se han podido elaborar figuras estadísticas con el propósito de conseguir un rápido análisis visual donde ofrezca la mayor información.

No se ha empleado las medidas de tendencia central porque el análisis estadístico no fue paramétrico. Es decir los datos que se han utilizado fueron mediante el rango o conteos de frecuencia.

Asimismo, para llevar a cabo la prueba de normalidad, se realizó con el estadístico de Shapiro-Wilk porque el tamaño de la muestra fue de 25 (menor de 30).

Para la prueba de hipótesis en lo que respecta a la variable conocimientos se utilizó la prueba de rangos de Wilcoxon.

Para la prueba de hipótesis relacionada a la variable prácticas de estilos de vida se usó la prueba de McNemar.

CAPITULO IV: RESULTADOS

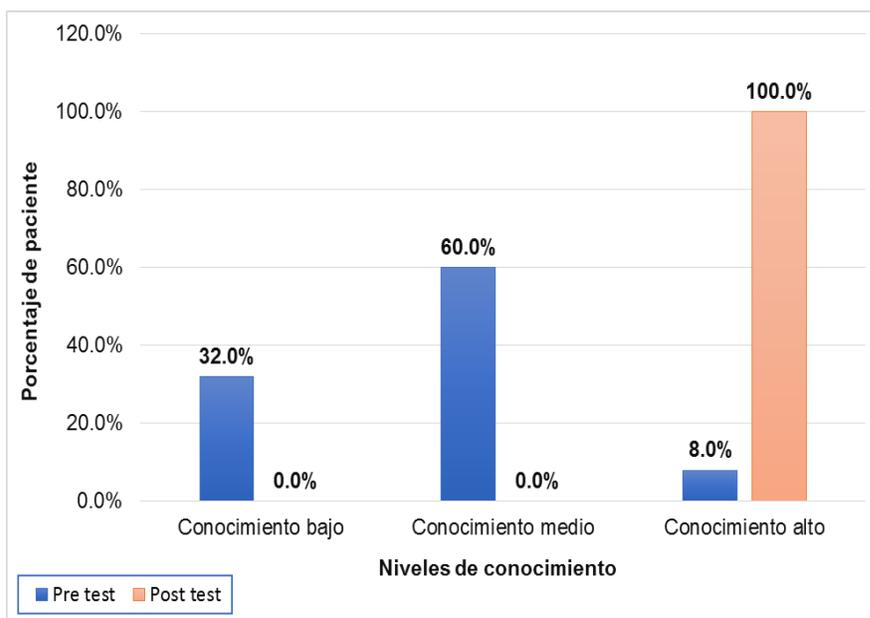
1) ANÁLISIS DESCRIPTIVO:

Tabla 1. Niveles de conocimiento de la hipertensión arterial antes (pre test) y después (post test) de la intervención educativa de los pacientes hipertensos del Centro de Salud Max Arias Schreiber, 2015.

Niveles	Pre test		Post test	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Conocimiento bajo	8	32.0%	0	0.0%
Conocimiento medio	15	60.0%	0	0.0%
Conocimiento alto	2	8.0%	25	100.0%
Total	25	1	25	1

Fuente: Cuestionario pre y post test (Anexo N° 01).

Figura 1. Niveles de conocimiento de la hipertensión arterial antes (pre test) y después (post test) de la intervención educativa de los pacientes hipertensos del Centro de Salud Max Arias Schreiber, 2015.



Fuente: Cuestionario pre y post test (Anexo N° 01).

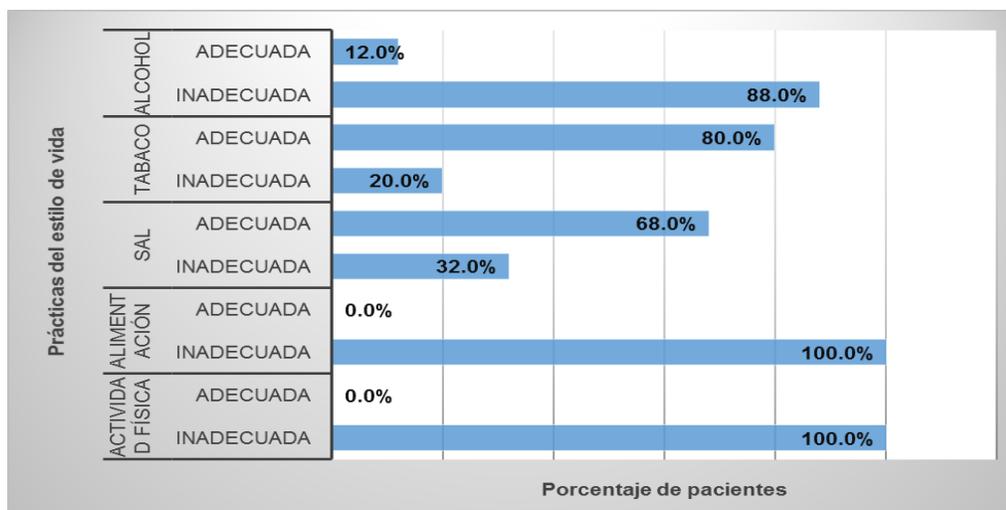
Interpretación: Se midió el conocimiento de los pacientes acerca de la hipertensión arterial, la evaluación se realizó antes y después de la intervención educativa. En la tabla 1 y figura 1, se observa que en el pre test el 60% tiene conocimiento medio, seguido de un 32% con conocimiento bajo; mientras que el 8% tuvo conocimiento alto; posteriormente esta distribución se modificó con la intervención educativa, en el post test el 100% tiene conocimiento alto, asimismo, ningún paciente tuvo conocimiento bajo o medio.

Tabla 2. Prácticas del estilo de vida antes (pre test) y después (post test) de la intervención educativa de los pacientes hipertensos del Centro de Salud Max Arias Schreiber, 2015.

Prácticas del estilo de vida	Valoración	Pre test		Post test	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Actividad física	Inadecuada	25	100.0%	3	12.0%
	Adecuada	0	0.0%	22	88.0%
Alimentación	Inadecuada	25	100.0%	0	0.0%
	Adecuada	0	0.0%	25	100.0%
Sal	Inadecuada	8	32.0%	0	0.0%
	Adecuada	17	68.0%	25	100.0%
Tabaco	Inadecuada	5	20.0%	0	0.0%
	Adecuada	20	80.0%	25	100.0%
Alcohol	Inadecuada	22	88.0%	15	60.0%
	Adecuada	3	12.0%	10	40.0%

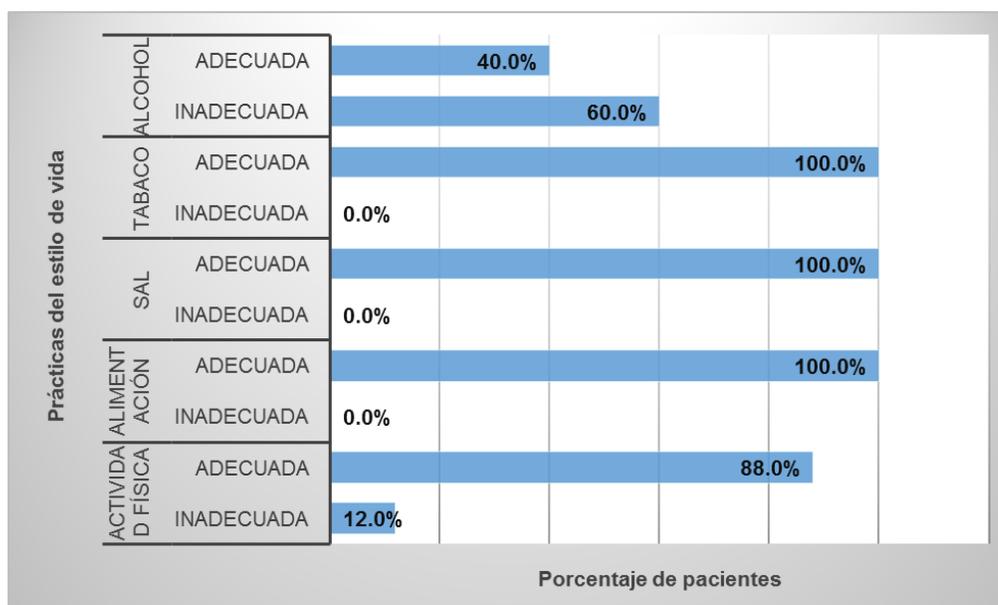
Fuente: Guía de Entrevista (Anexo N° 02)

Figura 2. Prácticas del estilo de vida antes de la intervención educativa (pre test) de los pacientes hipertensos del Centro de Salud Max Arias Schreiber, 2015.



Fuente: Guía de Entrevista (Anexo N° 02)

Figura 3. Prácticas del estilo de vida después de la intervención educativa (post test) de los pacientes hipertensos del Centro de Salud Max Arias Schreiber, 2015.



Fuente: Guía de Entrevista (Anexo N° 02)

Interpretación: En la tabla 2 y figura 2 se observa las frecuencias de las prácticas de estilo de vida antes de la intervención educativa (pre test); en el caso de la actividad física el 100% de los pacientes se encuentran en una valoración inadecuada; similar situación se dio en cuanto a la alimentación.

En cuanto al uso de sal, consumo de tabaco y consumo de alcohol se observa que los pacientes que tienen valoración inadecuada representan el 32%, 20% y 88% respectivamente.

En la tabla 2 y figura 3 se observa las frecuencias de las prácticas de estilo de vida después de la intervención educativa (post test); en el caso de la actividad física el 88% de los pacientes se encuentran en una valoración adecuada. Con respecto al consumo de alcohol, el 40% tiene una valoración adecuada. En cuanto a la alimentación, el uso de sal y consumo de tabaco se observa que el 100% obtuvieron valoración adecuada.

2) ANÁLISIS INFERENCIAL:

Prueba de Normalidad.

Tabla 3. Prueba de normalidad de los puntajes de conocimiento de la hipertensión arterial antes (pre test) y después (post test) de la intervención educativa de los pacientes hipertensos del Centro de Salud Max Arias Schreiber, 2015.

Conocimiento de la hipertensión arterial	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Pre test	0.964	25	0.499
Post test	0.805	25	0.000

Fuente: Cuestionario pre y post test (Anexo N° 01).

Interpretación: Antes de realizar la comparación de los puntajes de conocimientos antes y después de la intervención educativa, se realizó la prueba de normalidad para decidir el estadístico de contraste.

En la tabla 3, se observa los resultados de la prueba de normalidad mediante el estadístico de Shapiro-Wilks, el mismo que se aplicó porque el tamaño de muestra es 25 (menor que 30). En el caso de los puntajes del pre test la significancia es 0.499, mayor que 0.05, por lo tanto los datos tienen distribución normal; en cuanto a los puntajes post test la significancia fue 0.000, menor que 0.05, por lo tanto no tienen distribución normal.

Prueba de hipótesis.**1) Conocimiento de la hipertensión arterial.**

H₀: La intervención educativa no es efectiva para el incremento en el conocimiento de la hipertensión arterial de los pacientes hipertensos del Centro de Salud Max Arias Schreiber.

H₁: La intervención educativa es efectiva para el incremento en el conocimiento de la hipertensión arterial de los pacientes hipertensos del Centro de Salud Max Arias Schreiber.

Tabla 4. Prueba de rangos de Wilcoxon de los puntajes de conocimiento de la hipertensión arterial antes (pre test) y después (post test) de la intervención educativa de los pacientes hipertensos del Centro de Salud Max Arias Schreiber, 2015.

Conocimiento de la hipertensión arterial		N	Rango promedio	Suma de rangos	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Post test - pre test	Rangos negativos	0 ^a	0.00	0.00	-4,378	0,000
	Rangos positivos	25 ^b	13.00	325.00		
	Empates	0 ^c				
	Total	25				

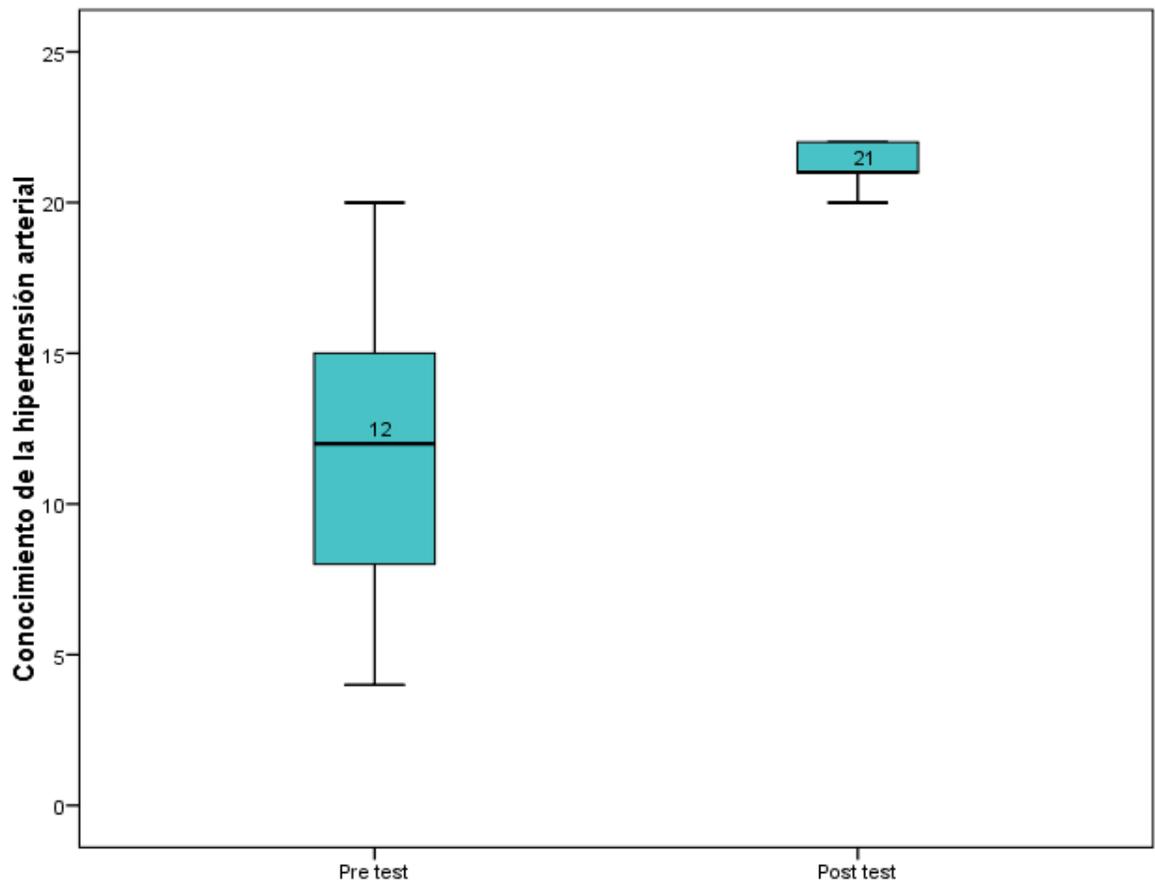
Fuente: Cuestionario pre y post test (Anexo N° 01).

a. Conocimiento de la hipertensión arterial (post) < Conocimiento de la hipertensión arterial (pre)

b. Conocimiento de la hipertensión arterial (post) > Conocimiento de la hipertensión arterial (pre)

c. Conocimiento de la hipertensión arterial (post) = Conocimiento de la hipertensión arterial (pre)

Figura 4. Diagrama de cajas de los puntajes de conocimiento de la hipertensión arterial antes (pre test) y después (post test) de la intervención educativa de los pacientes hipertensos del Centro de Salud Max Arias Schreiber, 2015.



Fuente: Cuestionario pre y post test (Anexo N° 01).

Interpretación: Los resultados de la prueba de normalidad indican que los puntajes de conocimiento en el post test no tienen distribución normal, por ello, la medición de la efectividad se realizó mediante la prueba de rangos de Wilcoxon. En la tabla 4, se observa que el rango promedio es 13; asimismo, el estadístico es -4.378 con una significancia de 0.000 (menor que 0.05),

entonces se rechaza la hipótesis nula, por lo tanto la intervención educativa es efectiva para el incremento en el conocimiento de la hipertensión arterial de los pacientes hipertensos del Centro de Salud Max Arias Schreiber.

En el diagrama de cajas (figura 4) se observa que los puntajes de conocimiento en el pre test tienen una mediana de 12 puntos, mientras que en el post test el puntaje mediano fue 21 puntos. La variabilidad fue mayor en el pre test.

2) Prácticas del estilo de vida.

H₀: La intervención educativa no es efectiva para el incremento en las prácticas del estilo de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Salud Max Arias Schreiber.

H₁: La intervención educativa es efectiva para el incremento en las prácticas del estilo de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Salud Max Arias Schreiber.

Tabla 5. Prueba de McNemar para las prácticas del estilo de vida antes (pre test) y después (post test) de la intervención educativa de los pacientes hipertensos del Centro de Salud Max Arias Schreiber, 2015.

Prácticas del estilo de vida	Pre test	Post test				Prueba de McNemar		
		Inadecuada		Adecuada		Total	N	Sig. exacta (bilateral)
		N°	%	N°	%			
Actividad física	Inadecuada	3	12%	22	88%	25	25	0.000
	Adecuada	0	0%	0	0%	0		
Alimentación	Inadecuada	0	0%	25	100%	25	25	0.000
	Adecuada	0	0%	0	0%	0		
Sal	Inadecuada	0	0%	8	32%	8	25	0.008
	Adecuada	0	0%	17	68%	17		
Tabaco	Inadecuada	0	0%	5	20%	5	25	0.063
	Adecuada	0	0%	20	80%	20		
Alcohol	Inadecuada	15	60%	7	28%	22	25	0.016
	Adecuada	0	0%	3	12%	3		

Fuente: Guía de Entrevista (Anexo N° 02).

Interpretación: En cuanto a las prácticas del estilo de vida, estas tienen valoración dicotómica antes y después de la intervención educativa, por ello se aplicó la prueba de McNemar con una significancia teórica de 5%.

En la tabla 5, se observa que en la actividad física, 22 de 25 pacientes (88%) cambiaron de la valoración de inadecuada a adecuada, además la significancia de la prueba de McNemar es 0.000, por lo tanto, la intervención educativa es efectiva para el incremento de la actividad física. En cuanto a la alimentación el 100% de los pacientes pasaron de inadecuada a valoración de adecuada, la significancia de la prueba es 0.000, por lo tanto la intervención educativa también es efectiva en la práctica de la alimentación. En cuanto al uso de sal y el consumo de alcohol se observa que los pacientes que cambiaron de valoración de inadecuada a adecuada fueron el 32% y 28% respectivamente, asimismo, los valores de significancia de la prueba fueron 0.008 y 0.016 para el uso de sal y consumo de alcohol respectivamente; por lo tanto, la intervención educativa fue efectiva en ambas prácticas.

Solo en el caso del consumo de tabaco, la significancia fue 0.063, por lo tanto la intervención educativa no tuvo efectividad significativa en la práctica de consumo de tabaco.

CAPITULO V: DISCUSION DE RESULTADOS

En el trabajo de investigación se demostró la efectividad de la intervención educativa para el incremento en el conocimiento sobre hipertensión arterial y las prácticas en los estilos de vida de los 25 pacientes hipertensos del centro de salud Max Arias Schreiber, cuyo precedente concuerda con lo manifestado por Touriñan (14) dado que la intervención educativa es la acción intencional para la realización de acciones que conducen al logro del desarrollo integral del educando y según Lagos (36) estas son operativizadas por las sesiones educativas como instrumentos del proceso de enseñanza y aprendizaje, así mismo complementada por Ortega (38) quien a través de revisiones sistemáticas de 53 artículos se concluyen que dichas intervenciones educativas se proyectan para prevenir y controlar la HTA siendo además efectivas si se incorporasen el tema cultural de los determinantes sociales.

Dado el trabajo de campo el método utilizado fue el hipotético deductivo cuyo cuestionario como instrumento fue validado por un grupo de expertos y la prueba piloto en España teniéndose una confiabilidad significativa a través de la consistencia interna del alfa de Cronbrach y la sensibilidad al cambio por el Test de McNemar (40), con relación a la muestra si puedo acotar que el número fue un limitante siendo solo de 25 pacientes con HTA a pesar que de acuerdo a su cálculo debió ser de 55

cuyos factores de disminución se debieron a los criterios de inclusión y exclusión así como la presencia de comorbilidades, complicaciones y discapacidades de los pacientes.

Sobre la efectividad de la intervención educativa en el incremento o mejora de los conocimientos en los 25 pacientes hipertensos, nuestros resultados demostraron que después del post test todos obtuvieron la calificación del 100 % y la valoración de conocimiento alto a diferencia significativa del pre test donde inicialmente en este nivel solo 2 representaron el 8% del total siendo la mayor parte de conocimiento medio a bajo, además al contrarrestar la hipótesis formulada mediante la Prueba de Rangos de Wilcoxon se obtuvo una significancia de 0.00 siendo (p menor 0.05) por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y la intervención educativa desarrollada tiene efectividad en relación a los conocimientos. Esta situación se explica cómo lo describe Lagos (36) que el acumulo de información eleva la calidad de vida y proporciona a las personas un nivel de supervivencia interpretándose que las personas al tener mayor conocimiento van a afrontar con mayor eficacia los problemas y la OMS enfatiza que las actividades de información y educación para la salud se encaminan a aumentar la capacidad de autorresponsabilidad y comportamiento saludable. También los resultados obtenidos concuerdan con otros trabajos de investigación como el de

Rodríguez, Oliva, Gil y Hernández (20); Estrada, Pujol, Lourdes, Salamero y De la Sierra (21); Bell y Hidalgo (24); Ferrera, Moine y Yañez (27); Miyar, Zanetti y Daguano (32); Lagos (36); dado la metodología y procedimientos empleados.

Sobre la efectividad de la intervención educativa en el incremento o mejora de los estilos de vida en los 25 pacientes hipertensos, nuestros resultados demostraron que después del post test se obtuvieron resultados con respecto a la actividad física de una valoración adecuada de 88% en 22 de ellos; en relación a la alimentación, consumo de sal y tabaco todos ósea el 100 % se valoraron como adecuada, exceptuándose en el caso del consumo de alcohol cuyo resultado fue diferente dado que solo 10 ósea el 40 % se valoraron como adecuado y el 60 % de inadecuado, sin embargo en el pre test la valoración adecuada había sido de 12 % de solo 3 del total. Las variables descritas se sustentan por el trabajo de compilación de Wong (16) mencionándolas en la tabla de Pastor et al., de 1998. Y en relación a la Prueba de hipótesis de McNemar en cuanto a la actividad física, la alimentación, el consumo de sal y alcohol la significancia obtenida fue de 0.000, 0.000, 0.008, 0.016 respectivamente siendo (p menor de 0.05) por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y la intervención educativa desarrollada tiene efectividad en relación a estas dimensiones y con relación al consumo

de tabaco la significancia fue de 0.063 por lo tanto no se rechaza la hipótesis nula y la intervención educativa no es efectiva en esta dimensión.

Los resultados obtenidos de efectividad en los estilos de vida se pueden contrastar para la mayor parte de las dimensiones del estudio como son en los casos de: Arellano y Patiño (19), Buenaño (28), Rodríguez, Castillo, García, Gómez (29) Barrón y Martínez (30), Iglesias (31), Jurado (34), Jananpa (35).

En ambos casos para la efectividad de la intervención educativa a nivel del conocimiento y los estilos de vida se explican partiendo del Lineamiento de Política N° 4 de Promoción de Salud del MINSA (12) que incorpora la Comunicación y Educación para la Salud para el desarrollo de comportamientos saludables a nivel individual, familiar y comunitario y que estos sean incorporados en la práctica diaria. Así como Lagos (36) describe por la metodología y la estrategias educativas grupales mediante sesiones y técnicas educativas utilizadas en el proceso de enseñanza y aprendizaje, cuya característica a este nivel es de ser menos costo-efectivas. En el trabajo de investigación se desarrollaron 10 sesiones educativas las mismas que incorporaron técnicas de exposición, análisis, desarrollo de habilidades donde se mencionan las demostrativas para mejorar la actividad física y alimentación. Complementa el sustento de la efectividad de las intervenciones educativas a nivel de estas dos variables las diferentes

revisiones sistemáticas de artículos obtenidos de diferentes bases de datos según estudios de Menor, Aguilar, Mur y Santana (47) así como de Sierra (48).

Por último, en relación al aporte científico de la investigación, se entiende que se destaca: por los objetivos que se cumplieron como el determinar la efectividad de la intervención educativa para incrementar el nivel del conocimiento y las prácticas del estilo de vida de los pacientes hipertensos del centro de salud en la jurisdicción asignada. También porque se trata de un estudio novedoso y a implementarse formalmente anualmente con diferente metodología a nivel institucional (capacitación al paciente hipertenso así como la participación profesional multidisciplinaria) considerándose que actualmente solo se le brinda al paciente hipertenso hasta 3 consejerías anuales en consultorio de 20 a 30 minutos cada una, así como fortalecer las acciones de promoción de la salud, prevención de las enfermedades a nivel intra o extramural que son la razón de ser del centro de salud como primer nivel de atención de la salud. Así mismo el proceso de investigación desarrollado permitirá contrastarse con otros trabajos de investigación escasos existentes a nivel nacional y motivara a que se realicen otros.

CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que llegamos están en concordancia con nuestros objetivos de investigación, hipótesis, marco teórico, son las siguientes:

1. Después de la intervención educativa a los 25 pacientes hipertensos se mejoró el nivel de conocimientos por el incremento en la calificación y la valoración en porcentaje, inicialmente obtenido como conocimiento bajo y medio hacia un conocimiento alto en el 100 % y por el resultado obtenido mediante la Prueba de Rangos de Wilcoxon con un nivel de significancia de 0.000 (p menor que 0.05) rechazándose la hipótesis nula por lo tanto la intervención educativa es efectiva para el incremento del conocimiento.
2. Después de la intervención educativa a los 25 pacientes hipertensos se mejoró la practicas de los estilos de vida por que inicialmente la valoración de las dimensiones actividad física, alimentación y consumo de alcohol era de inadecuada y adecuada para el consumo de sal y tabaco posteriormente de adecuada en todas excepto en el consumo de alcohol así como por el resultado obtenido mediante la Prueba de McNemar con un nivel de significancia de 0.000 (menor que 0.05) para la actividad física, alimentación, sal, alcohol; rechazándose la hipótesis nula

por lo tanto la intervención educativa es efectiva para esas prácticas; en cambio con relación al consumo de tabaco la significancia fue de 0.063 (mayor de 0.05) por lo tanto la intervención educativa no fue efectiva.

3. Se verificó la efectividad de la intervención educativa para el incremento en el conocimiento sobre hipertensión arterial y las prácticas en los estilos de vida de los 25 pacientes hipertensos del centro de salud Max Arias Schreiber.
4. Las estrategias educativas grupales a través de las sesiones y técnicas educativas como las expositivas, de análisis, desarrollo de habilidades como las demostrativas sobre alimentación saludable y actividad física entre otras contribuyeron en la efectividad de la intervención educativa para la mejoras en el conocimiento y estilos de vida de los pacientes hipertensos del centro de salud.

SUGERENCIAS

1. El Centro de Salud “Max Arias Schreiber” a través del Medico Jefe debe implementar como actividad periódica anual y permanente durante el mes de Mayo, la capacitación a los pacientes hipertensos mediante el programa de intervención educativa con la finalidad de mejorar los niveles de conocimientos y prácticas de sus estilos de vida fortaleciéndose así como establecimiento de salud del primer nivel de atención en su función prioritaria de promocionar la salud y prevenir las enfermedades como es el caso de la Hipertensión Arterial.

2. El Centro de Salud “Max Arias Schreiber” a través del Medico Jefe debe proponer a los niveles superiores: Jefatura de Microred de Salud 3 y la Dirección Ejecutiva de la Red de Salud Lima Ciudad, que el programa de intervención educativa se incorpore como una actividad anual complementaria a las consejerías que se programan regularmente en la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Daños No Transmisibles contribuyéndose a mejorar con el control de la enfermedad y prevenir las complicaciones en los pacientes con Hipertensión Arterial.

3. Continuar desarrollándose anualmente los estudios de investigación sobre la efectividad de intervenciones educativas a los pacientes hipertensos del establecimiento de salud que permitirán contribuir en los pacientes hipertensos con la mejora de conocimientos y prácticas en sus estilos de vida y en materia de investigación científica incluirse en el marco teórico como antecedentes y poder contrastarlos con otros estudios existentes escasos de nivel local o nacional.

4. Propender a evaluar los programas o estrategias de intervención educativa a implementarse en cuanto a su contenido, metodología y procedimientos contribuyendo de esta forma a comprender mejor en la población hipertensa sobre sus conocimientos y la puesta en marcha de la mejora de sus estilos de vida.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Información General sobre la Hipertensión en el mundo. Seriada en línea. 2013; 1 (40). Disponible en: apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf. Consultado Abril 3, 2014.
2. Sociedad Peruana Cardiología (SOPECARD). Guía de Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial “De la teoría a la práctica”. Lima, Perú; 2011.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). En línea. 2015. Citado 2015 Enero 25; 3 paginas. Disponible: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/ OMS Notas informativa Enero 2015 ENT.
4. Centros para el Control y la Prevención de las Enfermedades (CDC). En línea. 2013. Citado 2014 Abril 15; 5 paginas. Disponible en: www.cdc.gov/spanish/signos_vitales/presion_arterial.
5. Centers for Disease Control and Prevention. U.S. Department of Department of Health and Human Services. En línea. Citado 2014 Abril 25; 5 paginas. Disponible en: www.cdc.gov/spanish/signos_vitales/presion_arterial.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES). En línea. 2012. Citado 2014 Abril 2015; 438 paginas. Disponible en: <http://encuestas.inei.gob.pe/endes/>.

7. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta Demográfica y Salud Familiar (ENDES). En línea. 2013. Citado 2014 Abril 2015; 478 paginas. Disponible en: <http://encuestas.inei.gob.pe/endes/>.
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles. Lima Perú; 2014.
9. Ruiz E. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. Diagnostico Simposio sobre Hipertensión Arterial 2015. Octubre – Diciembre; 54(4): pp. 179 - 183.
10. Ministerio de Salud (MINSa), Dirección General de Salud de las Personas. Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Daños No Transmisibles. Lima, Perú: MINSa; 2004.
11. Ministerio de Salud. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva. Lima, Perú: MINSa; 2015.
12. Ministerio de Salud (MINSa), Lineamientos de Política de Promoción de la Salud. Lima, Perú: MINSa; 2005.
13. Ministerio de Salud (MINSa), Lineamientos de Políticas y Estrategias para la Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles (ENT). Lima, Perú: MINSa; 2016.
14. Touriñan J. Intervención Educativa, Intervención Pedagógica, Educación: La mirada pedagógica. Revista Portuguesa de Pedagogía. 2011; 283.

15. Diccionario de la Lengua Española. Real Academia Española. Tomo 6. 22ava edición; 2005. Conocimiento; p. 424
16. Wong C. Estilos de vida - Salud Publica 1. 2013; (4 paginas). Disponible en: [https://saludpublica1.files.wordpress.com/2012/08/estilos-de-vida.2012.pdf/](https://saludpublica1.files.wordpress.com/2012/08/estilos-de-vida.2012.pdf) Consultado enero 10, 2015.
17. Rivas, J. Tipos de justificación en la investigación. Métodos y técnicas en investigación. Pasos para hacer una monografía. (200.p.1) (Internet). Consulta 08 enero 2014. Disponible en: <http://elaboratumonografiapasoapaso.com/blog/>.
18. Díaz J. Justificación de la Investigación. (2012.p.5) (Internet). Consulta 04 de enero 2014). Disponible en: <http://www.slideshare.net/Skepper63/justificacin-de-la-investigacion-14078859>
19. Arellano A, Contreras F, Patiño P. Intervención Educativa en relación a la presión arterial elevada y los factores de riesgo modificables. Revista Latinoamericana de Hipertensión (Internet) 2012 (citado Marzo 2015); 7(3):pp. 58-64. Disponible en: www.redalyc.org/pdf/1702/170225590005.pdf
20. Rodríguez Y, Oliva J, Gil A, Hernández R. Intervención educativa sobre hipertensión arterial en pacientes geriátricos. AMC (Internet). 2008 (citado Febrero 2015); 12 (4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000400009&lng=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000400009&lng=es)

21. Estrada D, Pujol E, Jiménez L, Salamero M, De la Sierra A. Efectividad de una intervención educativa sobre hipertensión arterial dirigida a pacientes hipertensos de edad avanzada. *Rev Esp Geriatr Gerontol* (Internet). 2012 (citado 12 Enero 2015); 47(2): pp.62-66. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3887748>.
22. Pupo W, Rosabal A, Veloz y Reyes M. Intervención comunitaria en pacientes hipertensos del área de Bartolomé Maso. *UG*. 2012; 1(1): pp. 1-17.
23. Alves D, Campos N, Lima A, Veiga P, Oliveira C. Efectos de intervención educativa sobre el conocimiento de la enfermedad en pacientes con diabetes mellitus. *Rev. Latino-Am.Enfmagem* (Internet). 2012, Mayo-Junio. (citado el 10 enero 2015); 20(3):8 pantallas. Disponible desde: www.eerp.usp.br/rlae
24. Bell D, Hidalgo L. Intervención educativa en pacientes hipertensos. *Revista Portales Médicos* (Internet). 2016 Junio. (citado 14 de enero del 2015); 1(3): pp. 1-3. Disponible desde www.revista-portalesmedicos.com/.../intervencion-educativa-pacientes-hipertensos/
25. Córdova P. Eficacia de la intervención educativa para mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de pacientes diabéticos e hipertensos sobre factores de riesgo para infarto cerebral. (Tesis Doctoral). Quito, Ecuador: Universidad Central del Ecuador; 2014.
26. Fernández A, Manrique F. Efecto de la intervención educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia, Suramérica.

Ciencia y Enfermería (Internet). 2010, Jun. (Citado 5 enero 2015); 16(2): pp 83-97. Disponible desde: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0717-95532010000200009.

27. Ferrera N, Moine D y Yañez D. Hipertensión Arterial: implementación de un programa de intervención de control y adherencia al tratamiento en un Centro de Atención Primaria de la Salud de la ciudad de Paraná. Rev Fed Arg Cardiología (Internet). 2010, (citado 12 enero 215); 39(3): pp 194-203. Disponible desde: www.scielo.org.co/pdf/med/v22n2/v22n2a07.pdf

28. Buenaño A. Propuesta de Intervención educativa sobre estilos de vida saludables en hipertensos adultos. (Tesis Especialidad Medicina Familiar). Riobamba, Ecuador: Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; 2015-2016

29. Rodríguez C, Castaño C, García L, Recio J, Castaño Y, Gómez M., et al. Eficacia de una intervención educativa grupal sobre cambios en los estilos de vida eb hipertensos en atención primaria. Rev Esp Salud Pública (Internet). 2009 (citado 13 Febrero 2015); 83(3): 441-452. Disponible en: scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000300009

30. Barrón-Rivera A, Torreblanca F, Sánchez L, Martínez M. Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. Salud Pública de México (Internet). 1998 (citado 20 Febrero 2015); 40 (6): 503-509. Disponible en: www.scielosp.org/pdf/spm/v40n6/Y0400607.pdf.

31. Iglesias Y. Intervención Educativa para modificar la Hipertensión Arterial en adulto mayor. (Tesis Master en Longevidad). Maracaibo, Venezuela: Universidad de Zulia; 2007.
32. Miyar L, Zanetti M, Daguano M. El conocimiento del paciente diabético sobre su enfermedad, antes y después de la implementación de un programa de educación en diabetes. Rev. Latina-am Enfermagen (Internet) 2008, marzo-abril. (citado 8 de enero 2015); 16(2): pp. 1-6. Disponible desde: www.eerp.br/riae.
33. Brevis I, Valenzuela S, Sáenz K. Efectividad de una intervención educativa de enfermería sobre la modificación de factores de riesgo coronarios. Ciencia y Enfermería (Internet).2014, Dic. (citado el 12 de enero de 2015); 20(3): pp. 43-57.
34. Jurado A. Cambios en la ingesta de sal y práctica de ejercicio físico en pacientes hipertensos por educación sanitaria en primer nivel de atención en salud. Rev Med Hered (Internet). 2013. (citado el 10 de enero del 2015); 24: pp. 40-45. Disponible desde: www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2013000100007&script=sci.
35. Jananpa F. Estilos de vida de los pacientes hipertensos que asisten al programa educativo de hipertensión arterial en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza (Tesis). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2013.

36. Lagos K. Efectividad de la Estrategia Educativa en un incremento de conocimientos del autocuidado en adultos mayores hipertensos del Centro de Atención del Adulto Mayor "Tayta Wasi". (Tesis Licenciatura Enfermería). Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2014.
37. Berrios X. La Prevención de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles del Adulto. Conceptos Básicos para Implementar Programas con bases comunitarias. Boletín Esc. De Medicina, P. Universidad Católica de Chile (Internet). 1994. (citado el 11 de enero del 2015); 23: pp.53-60. Disponible desde: www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0871.pdf
38. Ortega J. Intervenciones preventivas para el manejo de la hipertensión arterial en Colombia 1998-2005. Rev. Salud Pública (Internet). 2008. (citado el 9 de enero del 2015); 10 (2): pp322-331. Disponible desde: www.scielo.org/pdf/rsap/v10n2/v10n2a13.pdf.
39. Gutiérrez A, Meza C. Efectividad de los programas educativos para mejorar nivel de conocimiento de los pacientes en enfermedades cardiovasculares. (Trabajo Académico para Especialista). Lima, Perú: Universidad Privada Norbert Wiener; 2016.
40. Estrada D, Ho Wong T, Agudo J, Arias P, Capillas R, Gibert E, et al. Validación de un cuestionario de conocimientos sobre la hipertensión arterial. Hipertens Riesgo Vasc. (Internet) 2013 (citado el 16 Enero 2105); 30(4): 1 – 8.

Disponible en: www.elsevier.es/es-revista-hipertension-riesgo-vascular-67-pdf-S1889183713000524-S.

41. Organización Mundial de la Salud (OMS). Promoción de la Salud Glosario. 1998; (35 paginas). Disponible en: www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf. Consultado Febrero 16, 2015.

42. Estilos de Vida. (En línea). Citado 2015 Ener 13) ;(3 paginas). Disponible en: ocw.um.es/gat/contenidos/palopez/contenidos/estilo_de_vida.html.

43. Hipertensión y modificaciones en el estilo de vida. 2011; (3 paginas). Disponible en: www.saha.org.ar/hipertension-y-modificaciones-en-el-estilo-de-vida.php/ Consultado enero 5, 2015.

44. Saieh C. Hipertensión Arterial. Tratamiento no farmacológico: estilos de vida saludables. Rev. Med. Clin. Condes (Internet). 2005, Abr. (citado 9 de Ene de 2015) Vol. 16 N°2: pp 77-81. Disponible desde: www.enfermeriaaps.com/.../HIPERTENSION%20ARTERIAL/Hipertension%20Arteri.

45. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. 2005; (3 paginas). Disponible en: www.slh.e/ha.org/pdf/guia_05_7.pdf. Consultado Enero 15, 2015.

46. Nevado A, Bajo J, Benítez M, Dalfo-Bauque A, Egocheaga MI, Martin E, et al. Hipertensión Arterial. Estilos de Vida y Tratamiento No Farmacológico. Info

semFYC (Internet). 2015. (citado 4 de ene del 2015); pp1-8. Disponible desde: <https://www.semfy.es/.../HTA%20Estilos20%>.

47. Menor M, Aguilar M, Mur N, Santana C. Efectividad de las intervenciones educativas para la atención de la salud. Revisión sistemática. Medisur (Internet). 2017, Febr (citado 15 de abril del 2017). Disponible desde: [scielo:sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897x2017000100011](https://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897x2017000100011).

48. Sierra M. Revisión Sistemática sobre la efectividad de las medidas educativas en el control de la hipertensión arterial. (Trabajo fin de grado Licenciada Enfermería). España: Universidad de La Rioja; 2014-2015.

49. Balaguer I, Barroye P, Gonzales R, Llagostera I, Sánchez P, Aymeridi R, Gonzales V, et al. Autocuidados y educación terapéutica en Hipertensión. Una revisión integradora. Revista Científica de Enfermería (Internet), Noviembre 2013, citado: 20 de abril 2016. Disponible desde: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/47906/1/RECIEN_10_05.pdf

50. Supo J. Seminarios de Investigación Científica. Lima Perú: Editorial Bioestadístico EIRL; 2012.

51. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la Investigación. México DF: Editorial Mc Graw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de CV; 2010.

52. Echevoyen Olleta Historia de la Filosofía. Vocabulario y Ejercicios (2008.p.34). Tres volúmenes. Editorial Edinumen. Internet. Consulta 04 de

Enero 2014. Disponible en: <http://www.e-torredebabel.com/Historia-de-la-filosofia/Historia-de-la-filosofia.htm>.

53. Valderrama S, León L. Técnicas e Instrumentos para la obtención de datos en la Investigación Científica. Lima, Perú: Editorial San Marcos; 2009.

54. Valderrama S. Pasos para Elaborar Proyectos de Investigación Científica: Cuantitativa, Cualitativa y Mixta. Lima, Perú: Editorial San Marcos; 2013.

55. Morales V. Investigación experimental, diseños y contraste de medias. (2013.p.5). Universidad Pontificia Comillas, Madrid. (Internet). (citado el 7 de enero 2015). Disponible en: <http://www.upcomillass.es/personal/peter/investigacion/Dise%F1osMedias.pdf>.

56. Serra A. Algunos enfoques epistemológicos en Medicina. Historia y Filosofía en medicina [en línea] 2004. Septiembre [citado 12 febrero 2015]; 140 (5): [6 p.] Disponible: www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pro=s00016.

57. García J, Salcedo A y Vargas L. Conocimiento compartido sobre las causas de presión arterial alta, en tres grupos de diferente edad de Guadalajara, Jalisco, México. Estudios sobre Estado y Sociedad [en línea]. 2010, n° 48. [citado: 15 febrero 2015] ; (XVI): [5 pp]. Disponible en: www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&=s1665.

ANEXOS

ANEXO N° 01**CUESTIONARIO: Conocimientos HTA
(Pre-test) / (Post-test)**

N° Código	
------------------	--

Señor(a) paciente, estamos haciendo un cuestionario con la finalidad de identificar los conocimientos sobre su enfermedad. Este cuestionario es anónimo y confidencial, registrándose sus respuestas durante la capacitación en su inicio (pre-test) y al final (post-test).

Para ello pedimos su colaboración contestando con sinceridad las preguntas que se encuentren a continuación:

Instrucciones: Toda persona debe registrar una sola respuesta por cada pregunta. Marcará SI o NO o NO LO SE con una "X" según corresponda.

I. Datos generales del encuestado.

- a. Qué edad tiene? (en años) b. Sexo: Masculino ()
Femenino ()
- c. Ocupación: Su casa () Empleada () Obrero () otros:.....
- d. Grado de instrucción: Primaria incompleta () Primaria completa ()
Secundaria incompleta () Secundaria completa ()
Superior universitaria () Ninguna ()

II.**Hipertensión:**

- | | | | |
|---|--------|-----------|------------|
| 1. ¿Cuántos años hace que usted es hipertenso? | 0 – 5 | 6 – 10 | Más de 10. |
| 2. ¿A partir de qué valor se considera una persona hipertensa | 140/90 | 160/95 | 130/85 |
| 3. ¿Es la hipertensión una enfermedad para toda la vida? | SI | NO | NO LO SE. |
| 4. Habitualmente ¿Quién le hace la visita de seguimiento? | Medico | Enfermera | Ambos |
| 5. ¿Le han explicado que es la hipertensión? | SI | NO | NO LO SE |

Riesgos o complicaciones de la hipertensión:

- | | | | |
|---|----|----|----------|
| 6. ¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas a los ojos? | SI | NO | NO LO SE |
| 7. ¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas al corazón? | SI | NO | NO LO SE |
| 8. ¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas de artrosis? | SI | NO | NO LO SE |
| 9. ¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas al cerebro? | SI | NO | NO LO SE |

10. ¿Tener la presión arterial elevada puede producir problemas a los riñones? SI NO NO LO SE

Factores de Riesgo asociado a la hipertensión:

11.- Un/a hipertenso/a con diabetes
¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón? SI NO NO LO SE

12. Un/a hipertenso/a con obesidad
¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón? SI NO NO LO SE

13. Un/a hipertenso/a fumador/a
¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón? SI NO NO LO SE

14. Un/a hipertenso/a fumador/a con colesterol
¿tiene más riesgo de sufrir una enfermedad del corazón? SI NO NO LO SE

Medicación:

15. ¿Cree que se puede controlar la hipertensión solo con Medicamentos? SI NO NO LO SE

16. ¿Toma medicación para la hipertensión? SI NO NO LO SE

17. ¿Cree que usted puede aumentar o disminuir la dosis de la medicación si le sube o le baja la presión arterial? SI NO NO LO SE

18. ¿Cree que usted puede dejar el tratamiento cuando Tiene la presión arterial controlada? SI NO NO LO SE

Dieta:

19. ¿Cree que es importante la dieta para el hipertenso? SI NO NO LO SE

20. Una dieta pobre en grasas, abundante en frutas y Verduras ¿es importante para disminuir la presión Arterial? SI NO NO LO SE

21. ¿Es aconsejable disminuir el consumo de sal? SI NO NO LO SE

Modificaciones de estilos de vida:

22. ¿Cree que perder peso en personas obesas puede ayudar a bajar la presión arterial? SI NO NO LO SE
23. ¿Cree que caminar cada día ½ -1 hora puede reducir el riesgo de sufrir una enfermedad del corazón? SI NO NO LO SE
24. ¿Cree que si toma la vida con tranquilidad puede favorecer el control de la presión arterial SI NO NO LO SE

Calificación / Valoración

CONOCIMIENTO ALTO	17 a 24
CONOCIMIENTO MEDIO	9 a 16
CONOCIMIENTO BAJO	0 a 8

Muchas Gracias

ANEXO N° 02**GUIA de ENTREVISTA: Estilos de Vida
(Pre-test) / (Post-test)**

N° Código	
------------------	--

Señor(a) paciente, la presente visita domiciliaria es para identificar sobre las actividades que realiza sobre su estilo de vida en relación a la hipertensión arterial. Siendo dicha visita de carácter anónima y confidencial.

Para ello pedimos su colaboración para nuestra observación y entrevista.

Instrucciones: La presente guía será ejecutada por el investigador a través de la visita domiciliaria concertada con el paciente.

ACTIVIDAD FISICA:

TIPO	TIEMPO	FRECUENCIA
CAMINATA		
BICICLETA		
BAILE		
NATAACION		
OTROS: Gimnasia,.....		
NINGUNA		

Características:

TIEMPO: 15 min c/ día, 30 min c/día, 1 hora c/día.

FRECUENCIA: Pasando 1 día, 2 veces x semana, 3 veces x semana, Nunca.

Calificación/Valoración

Actividad Física Adecuada	30 min por día/ 3 veces por semana
Actividad Física Inadecuada	Ninguna o 2 veces por semana

ALIMENTACION:

TIPO	Frecuentemente	Rara vez	Nunca
Grasas:			

Frituras:			
Dulces:			
Frutas:			
Agua:			
Verduras:			
Harinas:			
Carnes:			

Características:

TIPO	Frecuentemente	Rara vez	Nunca
Grasas:	2 veces o más por semana	1 vez al mes	
Frituras:	2 veces o más por semana	1 vez al mes	
Dulces:	2 veces o más por semana	1 vez al mes	
Frutas:	3 veces o más por día	1 vez o más por semana	
Agua:	6 – 8 vasos por día	0 a 2 vasos por día	
Verduras:	3 veces o más por día	Una vez por semana	
Harinas:	2 veces al día o mas	1 vez por semana	
Carnes:	2 veces al día o mas	1 vez por semana	

Calificación/Valoración

Alimentación Adecuada	8 puntos
Alimentación Inadecuada	Menor de 8 puntos

SAL:

Uso Adecuada	No adiciona a las comidas
Uso Inadecuada	Si adiciona a las comidas

TABACO:

Calificación/Valoración

Consumo Adecuado	0 cigarrillos o NUNCA
Consumo Inadecuado	Mayor de 1 al día

ALCOHOL:

Calificación/Valoración

Consumo Adecuado	1 - 2 copas de vino por día
Consumo Inadecuado	No consume vino, Mayor de 2 copas de vino u otra bebida alcohólica

Anexo N° 03

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por el presente documento hago constar de manera escrita de que he sido debidamente informado(a) sobre las características y objetivos de la presente investigación y de las ventajas que ello traerá a mi salud aprendiendo a mejorar mi conocimientos y estilos de vida sobre mi enfermedad, por eso doy de manera voluntaria e incondicional mi consentimiento para participar en la misma. Me comprometo a asistir a todas las actividades de capacitación programadas: charlas educativas y visitas domiciliarias, relacionada con la Hipertensión Arterial, después de haber sido debidamente informado(a) sobre las particularidades, propósitos y beneficios del mismo; el cual debe repercutir favorablemente sobre mi problema de salud, mejorando mi calidad de vida.

Asi mismo doy fe, que anteriormente no he participado en ningún evento de capacitación programado sobre mi enfermedad.

La Victoria, Febrero 2015

Nombres y Apellidos:

DNI:..... FIRMA:

Anexo N° 04**PROGRAMA DE INTERVENCION EDUCATIVA
PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS EN
HIPERTENSION ARTERIAL Y LAS PRÁCTICAS DE
LOS ESTILOS DE VIDA DE LOS PACIENTES
HIPERTENSOS DE UN CENTRO DE SALUD**

El siguiente programa educativo está dirigido a los pacientes hipertensos del centro de salud Max Arias Schreiber a través del cual se capacitarán y se les brindará la oportunidad de aumentar sus actividades en relación a la hipertensión arterial y prácticas en sus estilos de vida con el propósito de brindar protección, seguridad al mismo y sus familias así como de contribuir a mejorar la calidad de vida como paciente.

I. PRESENTACIÓN

1. **DIRIGIDO A:** Pacientes hipertensos que acuden al Centro de Salud Max Arias Schreiber.
2. **RESPONSABLE:** MC. MG. Marcos Julio Saavedra Muñoz
3. **DURACIÓN:** 30 días

II. PLANIFICACION**1. JUSTIFICACION:**

La educación es un proceso permanente, formativo e integral de capacitación, información y socialización de enseñanza aprendizaje a nivel individual y colectivo, que prepara a la

persona para asumir conocimientos y orienten hacia una visión crítica y transformadora incluyendo cambio de comportamiento.

El programa educativo es un instrumento donde se organizan las por sesiones educativas con actividades de enseñanza aprendizaje que permite proporcionar una educación de calidad, oportuna y pertinente que propicie aprendizaje relevantes y significativos en la función de bienestar y desarrollo del cuidado y manejo del recién nacido, modificando los comportamientos de riesgos.

Dado que en la actualidad la hipertensión arterial es considerada un enemigo silencioso que se presenta de preferencia en la población adulta y adulta mayor produciendo complicaciones de enfermar y morir, siendo la primera causa de riesgo de enfermedad cardiovascular, así mismo existe una prevalencia a nivel mundial del 20 a 25 % de la población que la presenta considerándose asintomática en el 90 a 95 % de los casos, además se agrava en el hecho que existe un 25 % que desconoce de sus complicaciones, por eso es importante en nuestro rol como profesional de la salud de nuestro centro de salud efectuar la labor prioritaria preventiva en esta enfermedad a través de la labor educativa en favor del paciente hipertenso que acude .

Conociendo esta problemática se ha propuesto diseñar un programa educativo cuyo contenido basado en procedimientos específicos para el paciente hipertenso, modificando ciertos comportamientos de riesgos en salud y disminuir las complicaciones de la enfermedad así como de sus estilos de vida.

2. OBJETIVOS

2.2.1 Objetivo General:

Contribuir a elevar el nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial y de las prácticas de los estilos de vida de los pacientes hipertensos del Centro de Salud Max Arias Schreiber a través de una intervención educativa.

2.2.2 Objetivos específicos:

- Proporcionar información sobre el conocimiento de la hipertensión arterial
- Proporcionar información sobre las practicas del estilo de vida del paciente hipertenso
- Realizar acciones de promoción y educación para la salud de los pacientes hipertensos
- Crear un espacio de reflexión grupal para la modificación de conductas y estilos de vida en los pacientes hipertensos.
- Promover estilos de vida saludables que mejoren la calidad de vida del paciente.

3. SELECCIÓN DE CONTENIDOS

En base a la situación observada y la necesidad de capacitación a los pacientes hipertensos se seleccionaron los siguientes temas:

- Definición
- Importancia

- Materiales.
- Técnica básica
- Consideraciones especiales.

4. METODOLOGIA

Ocho encuentros con una periodicidad semanal con una duración de 45 a 60 minutos por sesión.

Número de participantes: hasta 25.

Dará comienzo a partir del día 25 de Febrero al 15 de Abril del 2015, a las 3pm en el Auditorium del centro de salud.

Se desarrollará a través del trabajo grupal.

Las sesiones educativas serán transmitidas siguiendo una estrategia metodológica deductiva, activa y colectiva.

Los métodos a utilizar en cada una de las sesiones estarán centrados en la situación actual de los conocimientos del paciente hipertensos sobre la hipertensión y los estilos de vida así como diversos ítems afines a la hipertensión como factores de riesgo, complicaciones, medicación entre otros aspectos.

4.1 Métodos:

➤ **Método deductivo:**

Se expondrán temas y conceptos que serán fácil de interpretar por el personal profesional del equipo multidisciplinario.

➤ **Método activo.**

El personal profesional será el protagonista de cada sesión impartida.

➤ **Método colectivo:**

Las sesiones educativas serán impartidas a los pacientes hipertensos en forma grupal.

4.2 Técnicas:

Las técnicas educativas y participativas que se usaran para el desarrollo de las sesiones educativas son las siguientes:

- Técnica de presentación
- Técnica de animación - motivación
- Técnica de evaluación –análisis -reflexión
- Técnica de despedida.

4.3 Procedimientos:

Se realizará en cada sesión educativa:

- Saludo
- Presentación
- Motivación -animación
- Desarrollo del tema
- Dinámica evaluativa, análisis y reflexión
- Agradecimiento y despedida.

5. RECURSOS ADMINISTRATIVO Y LOGISTICO

5.1 Recursos Humanos

- ✓ Personal profesional del equipo multidisciplinario de la Estrategia Sanitaria Prevención y Control de Daños No Transmisibles del centro de salud Max Arias Schreiber.

5.2 Recursos Materiales

- ✓ Computadora
- ✓ Data
- ✓ USB
- ✓ Hojas Bond
- ✓ Cartulina

5.3 Recursos Institucionales

- Auditorium del Centro de Salud Max arias Schreiber.

5.4 Financiamiento

Autofinanciado por el investigador

5.5 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

N° SESIÓN	TÍTULO	FECHA	TIEMPO	RESPONSABLE
01	Organización de la capacitación Importancia de la Intervención Educativa en hipertensión para mejorar conocimientos y los estilos de vida PRE TEST	25- 02 - 2015	60 min	MC MG Marcos Saavedra Muñoz
02	Conceptos y definiciones sobre HTA (valores)	04 -03 - 2015	60 min	MC MG Marcos Saavedra Muñoz

03	Factores de Riesgo y Sintomatología asociada a HTA	11 – 03 -2015	60 min	MC MG Marcos Saavedra Muñoz
04	Complicaciones de la HTA	18 – 03- 2015	60 min	MC MG Marcos Saavedra Muñoz
05	Tratamiento No Farmacológico: Estilos de Vida (Alimentación Saludable)	25 – 03 - 2015	60 min	MC MG Marcos Saavedra Muñoz Lic. Nutrición Roció Vásquez Rojas
06	Tratamiento No Farmacológico: Estilos de Vida (Actividad Física)	01 – 04 - 2015	60 min	MC MG Marcos Saavedra Muñoz Lic. Educación Física Luzmila Navarro Oxsolon
07	Tratamiento Farmacológico: La medicación en la HTA importancia del seguimiento y los controles.	08 – 04 - 2015	60 min	MC MG Marcos Saavedra Muñoz Química Farmacéutica Marianella Salazar Guillen
08	Conclusiones POST-TEST	15 – 04 -15	60 min	MC MG Marcos Saavedra Muñoz

6 CONTENIDO

SESION N° 1: Organización de la capacitación, Importancia de la Intervención Educativa en hipertensión para mejorar conocimientos y los estilos de vida.

I. DATOS GENERALES:

1.1 Responsables: MC MG Marcos Saavedra Muñoz.

1.2 Población: Pacientes hipertensos del centro de salud.

1.3 Lugar y fecha: Auditorio del centro de salud

1.4 Duración : 60 minutos

II. FUNDAMENTACIÓN:

El paciente hipertenso en su condición de paciente conoce como adulto o adulto mayor la enfermedad siendo importante socializarle la intervención educativa sus contenidos y objetivos desde el inicio de su participación con la finalidad de mejora su nivel de conocimientos y sus estilos de vida.

III. OBJETIVO

3.1 Objetivo general

Socializar el programa de intervención educativa al paciente hipertenso.

3.2 Objetivos específicos

- Presentar el programa de intervención educativa y sus objetivos.
- Aplicar el cuestionario inicial. Pre-test

IV. CONTENIDO

Presentación del programa de intervención educativa.

V. METODOLOGIA

5.1 Método: Activo – Participativo -Expositivo

5.2 Técnicas: “Nombre-cualidad” y la Pelota preguntona”.

5.3 Procedimiento: Se utilizarán medios didácticos para impartir la sesión educativa estos serán a través del uso de un sistema multimedia para el desarrollo de la exposición, se aplicaran el momento de inicio, momento temático y momento de cierre, así como también se entregará en resumen el programa calendarizado a los pacientes una vez terminado

VI. MATERIAL Y METODOS

6.1 Medios : Audiovisual

6.2 Materiales :

- Data
- Hojas bond
- Lapiceros
- Lápices.

VII. EVALUACIÓN

7.1 Evaluación Diagnostica: Nos servirá para identificar los conocimientos que trae consigo el paciente hipertenso, se realizará al inicio de la sesión educativa.

7.2 Evaluación Formativa: Se realizará durante el desarrollo de la sesión con el propósito de determinar el avance en el

7.3 logro de los objetivos teniendo en cuenta la participación de los asistentes. Se hará una dinámica a través del diálogo.

7.4 Evaluación Sumativa: Se efectuará al término de la sesión educativa para poder determinar la eficacia de la misma, para ello se realizará la técnica “La pelota preguntona”

VIII. EJECUCION:

8.1 Saludo y presentación

Saludo:

Ante todo muy buenos tardes quien les habla el Medico Marcos Saavedra Muñoz del Servicio de Medicina del centro de salud.

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes y a la vez manifestarles la realización del Programa educativo para mejorar los conocimientos que tienen ustedes y mejorar los estilos de vida que ejecutan en su práctica diaria. Así mismo se tomara un pre-test para conocer inicialmente sobre el tema sobre la hipertensión arterial.

8.2 Momentos:

Momento de inicio: se realizó la presentación de la investigación, además la presentación de cada participante a través de la técnica de presentación “Nombre Calidad”.

Momento temático: se informaron los temas relacionados con la investigación, teniendo en cuenta objetivos, etapas, temas a desarrollar y duración; así como se realizaron algunas preguntas acerca de los mismos. Se aplicó el cuestionario de conocimiento como pre test.

Momento de cierre: se realizó un repaso del contenido de la sesión mediante preguntas y respuestas entre los participantes reforzándose el compromiso asumir así como una información de la próxima sesión educativa.

Despedida y agradecimiento

Método: Activo Colectivizado

Técnica: Despedida

Procedimiento: Se agradecerá la presencia de los participantes y se procederá a despedirse

SESION N°2: Principales conceptos y definiciones en torno a la HTA (valores).

I. DATOS GENERALES:

- 1.1. **Responsables:** MC MG Marcos Saavedra Muñoz.
- 1.2 **Población:** Pacientes hipertensos del centro de salud.
- 1.3 **Lugar y fecha:** Auditorio del centro de salud
- 1.4 **Duración :** 60 minutos

2 FUNDAMENTACIÓN:

El paciente hipertenso trae desde ya un nivel de conocimiento sobre su enfermedad y en esta sesión se reforzaran y ampliaran los mismos.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo general

Aportar los principales conceptos y definiciones sobre HTA.

CONTENIDO

La hipertensión arterial, conceptos, definiciones, su importancia y problemática a nivel mundial, América Latina y el Perú.

4 METODOLOGIA

4.2 Método: Activo – Participativo -Expositivo

4.3 Técnicas: “contactando”, “lluvia de ideas”

4.4 Procedimiento: Se utilizarán medios didácticos para impartir la sesión educativa estos serán a través del uso de un sistema multimedia para el desarrollo de la exposición, se aplicaran el momento de inicio, el momento temático y el momento de cierre, así como también se entregará el resumen de la exposición y un tríptico a los pacientes hipertensos.

5 MATERIAL Y METODOS

5.2 Medios : Audiovisual

5.3 Materiales :

- Data
- Hojas bond
- Lapiceros
- Lápices.

6 EVALUACIÓN

6.2 Evaluación Diagnostica: Nos servirá para identificar los conocimientos que trae consigo el paciente hipertenso, se realizará al inicio de la sesión educativa.

6.3 Evaluación Formativa: Se realizará durante el desarrollo de la sesión con el propósito de determinar el avance en el logro de los objetivos teniendo en

cuenta la participación de los asistentes. Se hará una dinámica a través del diálogo.

6.4 Evaluación Sumativa: Se efectuará al término de la sesión educativa para poder determinar la eficacia de la misma, para ello se realizará la técnica “Lluvia de ideas”

7 EJECUCION:

7.2 Saludo y presentación

Saludo:

Ante todo muy buenos tardes quien les habla el Medico Marcos Saavedra Muñoz del Servicio de Medicina del centro de salud.

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes y a la vez manifestarles que para esta sesión socializaremos y reforzaremos nuestros conceptos, definiciones sobre la hipertensión arterial.

7.3 Momentos:

Momento de inicio: se dio inicio con una técnica de “contactando”, Seguidamente se procedió a revisar la tarea intersección a través de una clase taller donde cada participante expresó lo que entendía por HTA y cuando consideraba que estar en presencia de ella.

Momento temático: se realizó una sesión interactiva donde el expositor definió con claridad lo que es HTA y cuando podemos decir que estamos en presencia de ella, puntualizándose en los valores normales y anormales.

Momento de cierre: se procedió con la técnica participativa “Lluvia de ideas”

7.4 Despedida y agradecimiento

Método: Activo Colectivizado

Técnica: Despedida

Procedimiento: Se agradecerá la presencia de los participantes y se procederá a despedirse

SESION N° 3: Factores de Riesgo y Sintomatología relacionada con la HTA.

I. DATOS GENERALES:

1.1 Responsables: MC MG Marcos Saavedra Muñoz.

1.2 Población: Pacientes hipertensos del centro de salud.

1.3 Lugar y fecha: Auditorio del centro de salud

1.4 Duración : 60 minutos

2 FUNDAMENTACIÓN:

El paciente hipertenso trae desde ya un nivel de conocimiento sobre sus factores de riesgo, lo síntomas y signos en esta sesión se reforzaran y ampliaran los mismos así como la socialización mediante las experiencias de los presentes.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo general

Proveer a los participantes de los conocimientos necesarios sobre los principales síntomas atribuibles a la HTA.

CONTENIDO

La hipertensión arterial, factores de riesgo, signos, síntomas, relación de síntomas experimentados en los participantes.

4 METODOLOGIA

4.1 Método: Activo – Participativo -Expositivo

4.2 Técnicas: “socio drama” y “la palabra clave”.

4.3 Procedimiento: Se utilizarán medios didácticos para impartir la sesión educativa estos serán a través del uso de un sistema multimedia para el desarrollo de la exposición, así como también se entregará el resumen de la exposición y un tríptico a los pacientes hipertensos una vez terminado

5 MATERIAL Y METODOS

5.1 Medios : Audiovisual

5.2 Materiales :

- Data
- Hojas bond
- Lapiceros
- Lápices.

6 EVALUACIÓN

6.1 Evaluación Diagnostica: Nos servirá para identificar los conocimientos que trae consigo el paciente hipertenso, se realizará al inicio de la sesión educativa.

6.2 Evaluación Formativa: Se realizará durante el desarrollo de la sesión con el propósito de determinar el avance en el logro de los objetivos teniendo en cuenta la participación de los asistentes. Se hará una dinámica a través del diálogo y la actuación sentida mediante el sociodrama.

6.3 Evaluación Sumativa: Se efectuará al término de la sesión educativa para poder determinar la eficacia de la misma, para ello se realizará la técnica “la palabra clave”

7 EJECUCION:

7.1 Saludo y presentación

Saludo:

Ante todo muy buenos tardes quien les habla el Medico Marcos Saavedra Muñoz del Servicio de Medicina del centro de salud.

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes y a la vez socializar los síntomas y síntomas relacionados con la hipertensión arterial.

7.2 Momentos:

Momento de inicio: se dio inicio con una técnica del “sociodrama” Se procedió a la revisión de la tarea, además se hizo un breve recuento del encuentro anterior y se recordaron las características y definiciones introducidas en la actividad precedente.

Momento temático: Se realizó a través del sociodrama por ser una técnica participativa que permitió escenificar de forma vivida un paciente hipertenso que lleva un estilo de vida inadecuado para la prevención de los riesgos asociados a este problema de salud y otro paciente que es todo lo contrario, lleva a cabo un estilo de vida saludable que tributa a mejorar su calidad de vida, después de cada escenificación se invitó a todos los presentes a exponer sus criterios sobre lo observado.

Momento de cierre: se aplicó la técnica “La palabra clave”, la cual consistió en que el facilitador les pidió al grupo que cada uno expresara con una palabra lo que pensaba o sentía en relación con la sección trabajada. Se

procedió a orientar la tarea intersección, investigar y traer para el próximo encuentro un resumen sobre los mitos en torno a la HTA.

7.3 Despedida y agradecimiento

Método: Activo Colectivizado

Técnica: Despedida

Procedimiento: Se agradecerá la presencia de los participantes y se procederá a despedirse

SESION N°4: Las Complicaciones relacionadas con la HTA.

I. DATOS GENERALES:

1.1 Responsables: MC MG Marcos Saavedra Muñoz.

1.2 Población: Pacientes hipertensos del centro de salud.

1.3 Lugar y fecha: Auditorio del centro de salud

1.4 Duración : 60 minutos

2 FUNDAMENTACIÓN:

El paciente hipertenso trae desde ya un nivel de conocimiento sobre las complicaciones en los diferentes órganos que ataca la HTA en esta sesión se reforzaran y ampliaran los mismos así como la socialización mediante las experiencias de los presentes.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo general

Facilitar la capacidad de los participantes para la identificación de las complicaciones en la HTA.

CONTENIDO

La hipertensión arterial y complicaciones en los órganos importantes: corazón, riñón, retina, sistema nervioso, otros,

4 METODOLOGIA

4.1 Método: Activo – Participativo -Expositivo

4.2 Técnicas: “Discusión dirigida”, “tormento de ideas”.

4.3 Procedimiento: Se utilizarán medios didácticos para impartir la sesión educativa estos serán a través del uso de un sistema multimedia para el desarrollo de la exposición, así como también se entregará el resumen de la exposición y un tríptico a los pacientes hipertensos una vez terminado

5 MATERIAL Y METODOS

5.1 Medios : Audiovisual

5.2 Materiales :

- Data
- Hojas bond
- Lapiceros
- Lápices.

6 EVALUACIÓN

6.1 Evaluación Diagnostica: Nos servirá para identificar los conocimientos que trae consigo el paciente hipertenso, se realizará al inicio de la sesión educativa.

6.2 Evaluación Formativa: Se realizará durante el desarrollo de la sesión con el propósito de determinar el avance en el logro de los objetivos teniendo en cuenta la participación de los asistentes. Se hará una dinámica a través del diálogo.

6.3 Evaluación Sumativa: Se efectuará al término de la sesión educativa para poder determinar la eficacia de la misma, para ello se realizará la técnica “la papa caliente”

7 EJECUCION:

7.1 Saludo y presentación

Saludo:

Ante todo muy buenos tardes quien les habla el Medico Marcos Saavedra Muñoz del Servicio de Medicina del centro de salud.

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes y a la vez socializar los factores de riesgo relacionados con la hipertensión arterial.

7.2 Momentos:

Momento de inicio: Se utilizó la técnica de participación “discusión dirigida” En la revisión de la tarea intersección se solicitó a los participantes que mencionaran mitos y supersticiones sobre la predisposición a padecer complicaciones en HTA.

Momento temático: para lograr la consolidación de conocimientos se aplicó la misma técnica. Las complicaciones fueron escritas en una pizarra que permitió al final de la discusión establecer un debate que involucró a todas las participantes, lo que fue dirigido por el moderador quien enfatizó en los verdaderos factores predisponentes.

Momento de cierre: se aplicó una técnica "Lluvia de ideas". Se orientó como tarea de investigar las principales complicaciones asociadas a la HTA.

7.3 Despedida y agradecimiento

Método: Activo Colectivizado

Técnica: Despedida

Procedimiento: Se agradecerá la presencia de los participantes y se procederá a despedirse

**SESION N° 5: Tratamiento No Farmacológico:
Estilos de vida: La Alimentación saludable en HTA**

I. DATOS GENERALES:

1.1 Responsables: MC MG Marcos Saavedra Muñoz.

Licenciada en Nutrición Roció Vásquez Rojas.

1.2 Población: Pacientes hipertensos del centro de salud.

1.3 Lugar y fecha: Auditorio del centro de salud

1.4 Duración : 60 minutos

2 FUNDAMENTACIÓN:

El paciente hipertenso trae desde ya un nivel de conocimiento y practicas relacionadas con la alimentación en general y probablemente en consideración de su enfermedad, es importante el intercambio de información.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo general

Fortalecer el conocimiento y prácticas sobre el tratamiento no farmacológico en el paciente hipertenso específicamente en alimentación saludable en HTA.

CONTENIDO

Tratamiento no farmacológico, la importancia del estilo de vida, la alimentación saludable y sus efectos en la HTA.

4 METODOLOGIA

4.1 Método: Activo – Participativo –Expositivo

4.2 Técnicas: “Mi filosofía”, “tormenta de ideas”.

4.3 Procedimiento: Se utilizarán medios didácticos para impartir la sesión educativa estos serán a través del uso de un sistema multimedia para el desarrollo de la exposición, así como también se entregará el resumen de la exposición y un tríptico a los pacientes hipertensos una vez terminado

5 MATERIAL Y METODOS

5.1 Medios : Audiovisual

5.2 Materiales :

- Data
- Hojas bond
- Lapiceros
- Lápices.

6 EVALUACIÓN

6.1 Evaluación Diagnostica: Nos servirá para identificar los conocimientos que trae consigo el paciente hipertenso, se realizará al inicio de la sesión educativa.

6.2 Evaluación Formativa: Se realizará durante el desarrollo de la sesión con el propósito de determinar el avance en el logro de los objetivos teniendo en cuenta la participación de los asistentes. Se hará una dinámica a través del diálogo.

6.3 Evaluación Sumativa: Se efectuará al término de la sesión educativa para poder determinar la eficacia de la misma, para ello se realizará la técnica “tormenta de ideas”

7 EJECUCION:

7.1 Saludo y presentación

Saludo:

Ante todo muy buenos tardes quien les habla el Medico Marcos Saavedra Muñoz del Servicio de Medicina del centro de salud.

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes y a la vez socializar las complicaciones en los diferentes órganos relacionados con la hipertensión arterial. Así mismo presentar dado la importancia del tema a la Licencia en Nutrición Roció Vásquez Rojas de nuestro centro de salud.

7.2 Momentos:

Momento de inicio: se utilizó la técnica “mi filosofía”. A continuación se analizó la tarea orientada a través de un debate sobre el conocimiento y las prácticas de alimentación saludable en HTA, donde cada participante dio su criterio al respecto sobre el uso de alimentos permitidos y no permitidos en su consumo.

Momento temático: el autor del trabajo ofrece una información general sobre la importancia del tratamiento no farmacológico, los estilos de vida en favor del tratamiento y la Licenciada en Nutrición sobre los aspectos específicos de alimentación saludable y las prácticas de alimentación en relación a la HTA. Se desarrolló una sesión demostrativa con alimentos que se consume en la vida diario clasificándolos en permitidos y no permitidos en relación al tema de HTA.

Momento de cierre: para concluir la sección utilizamos la técnica participativa “lluvia de ideas” Se orientó como tarea intersección investigar el papel de la alimentación saludable en el tratamiento de la HTA.

7.3 Despedida y agradecimiento

Método: Activo Colectivizado

Técnica: Despedida

Procedimiento: Se agradecerá la presencia de los participantes y se procederá a despedirse

SESION N° 6: Tratamiento No Farmacológico: Estilos de vida: La Actividad Física en HTA

I. DATOS GENERALES:

1.1 Responsables: MC MG Marcos Saavedra Muñoz

Licenciada en Educación Física Luzmila Navarro Oxsolon.

1.2 Población: Pacientes hipertensos del centro de salud.

1.3 Lugar y fecha: Auditorio del centro de salud

1.4 Duración: 60 minutos

2 FUNDAMENTACIÓN:

El paciente hipertenso trae desde ya un nivel de conocimiento sobre el estilo de vida en relación a su actividad física.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo general

Fortalecer el conocimiento sobre el estilo de vida y la actividad física en el paciente hipertenso.

CONTENIDO

Los estilos de vida y la importancia de la actividad física en el paciente con HTA.

4 METODOLOGIA

4.1 Método: Activo – Participativo -Expositivo

4.2 Técnicas: “mi filosofía” y la “tormenta de ideas”.

4.3 Procedimiento: Se utilizarán medios didácticos para impartir la sesión educativa estos serán a través del uso de un sistema multimedia para el desarrollo de la exposición, así como también se entregará el resumen de la exposición y un tríptico a los pacientes hipertensos una vez terminado

5 MATERIAL Y METODOS

5.1 Medios : Audiovisual

5.2 Materiales :

- Data
- Hojas bond
- Lapiceros
- Lápices.

6 EVALUACIÓN

6.1 Evaluación Diagnostica: Nos servirá para identificar los conocimientos que trae consigo el paciente hipertenso, se realizará al inicio de la sesión educativa.

6.2 Evaluación Formativa: Se realizará durante el desarrollo de la sesión con el propósito de determinar el avance en el logro de los objetivos teniendo en

6.3 cuenta la participación de los asistentes. Se hará una dinámica con ejercicios.

6.4 Evaluación Sumativa: Se efectuará al término de la sesión educativa para poder determinar la eficacia de la misma, para ello se realizará la técnica “tormenta de ideas”

7 EJECUCION:

7.1 Saludo y presentación

Saludo:

Ante todo muy buenos tardes quien les habla el Medico Marcos Saavedra Muñoz del Servicio de Medicina del centro de salud. En esta oportunidad y dado el tema sobre el estilo de vida participara una profesional especialista en educación física.

Tengo el agrado de dirigirme a ustedes y presentarles a la Licenciada en Educación Física Luzmila Navarro Oxsolon con quien socializaremos lo relacionado al estilo de vida.

7.2 Momentos:

Momento de inicio: se aplicó la técnica “mi filosofía”. Luego se realizó una breve pero clara explicación sobre el significado del término “estilo de vida” y la “actividad física” así como sus beneficios en HTA.

Momento temático: se realizó a través de una conferencia una exposición detallada de los estilos de vida que pueden llevar a una persona a desencadenar HTA o una vez instaurada a complicarse. Así mismo el beneficio de efectuar actividad física a nivel del paciente con HTA como

complemento del tratamiento incluso farmacológico, luego se desarrollaron diversos ejercicios con los participantes como actividad demostrativa y participativa relacionados a propósito del tema.

Momento de cierre: se realizó un breve resumen de los estilos de vida que les conviene desarrollar para mantener estable su presión arterial y un análisis de los criterios y opiniones de los participantes a través de la técnica de lo positivo, lo negativo y lo interesante.

7.3 Despedida y agradecimiento

Método: Activo Colectivizado

Técnica: Despedida

Procedimiento: Se agradecerá la presencia de los participantes y se procederá a despedirse

SESION N° 7: Tratamiento Farmacológico: Importancia de la Medicación

I. DATOS GENERALES:

1.1 Responsables: MC MG Marcos Saavedra Muñoz.

Q F Marianella Salazar Guillen

1.2 Población: Pacientes hipertensos del centro de salud.

1.3 Lugar y fecha: Auditorio del centro de salud

1.4 Duración: 60 minutos

2 FUNDAMENTACIÓN:

El paciente hipertenso trae desde ya un nivel de conocimiento sobre su medicación, siendo importante socializar la importancia en el tratamiento de los medicamentos en HTA.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo general

Desarrollar una adecuada actitud en los pacientes hipertensos sobre la importancia de la medicación diaria y no cuando se presentan síntomas.

CONTENIDO

Los medicamentos relacionados a la HTA.

4 METODOLOGIA

4.1 Método: Activo – Participativo -Expositivo

4.2 Técnicas: “discusión dirigida” y “tormenta de ideas”

4.3 Procedimiento: Se utilizarán medios didácticos para impartir la sesión educativa estos serán a través del uso de un sistema multimedia para el desarrollo de la exposición, así como también se entregará el resumen de la exposición y un tríptico a los pacientes hipertensos una vez terminado

5 MATERIAL Y METODOS

5.1 Medios : Audiovisual

5.2 Materiales :

- Data
- Hojas bond
- Lapiceros
- Lápices.

6 EVALUACIÓN

6.1 Evaluación Diagnóstica: Nos servirá para identificar los conocimientos que trae consigo el paciente hipertenso, se realizará al inicio de la sesión educativa.

6.2 Evaluación Formativa: Se realizará durante el desarrollo de la sesión con el propósito de determinar el avance en el logro de los objetivos teniendo en cuenta la participación de los asistentes. Se hará una dinámica a través del diálogo.

6.3 Evaluación Sumativa: Se efectuará al término de la sesión educativa para poder determinar la eficacia de la misma, para ello se realizará la técnica “tormenta de ideas”

7 EJECUCION:

7.1 Saludo y presentación

Saludo:

Ante todo muy buenos tardes quien les habla el Medico Marcos Saavedra Muñoz del Servicio de Medicina del centro de salud. Tengo el agrado de dirigirme a ustedes y a la vez socializaremos lo relacionado al uso y la importancia de la medicación a diario en los pacientes hipertensos. Y presentarles a la Química Farmacéutica Marianella Salazar Guillen quien nos ilustrara la importancia del cumplimiento de la administración del medicamento en los pacientes hipertensos.

7.2 Momentos:

Momento de inicio: Se dio inicio a través de la técnica de participación “discusión dirigida correo”.

Momento temático: se procedió a solicitar experiencias sobre la medicación en los participantes, con el fin de determinar cuántos de ellos consideraban importante la medicación antihipertensiva diaria, aún con la presión arterial estuviera en valores normales. Mediante un taller se procedió a discutir si era necesaria la medicación diaria de los hipertensos.

Momento de cierre: para finalizar la sección se utilizó la técnica de participación “tormenta de ideas”, invitando a cada uno de los participantes a resumir todo lo aprendido en una sola palabra que expresara todo su sentir al respecto. Se orientó como tarea intersección traer una anécdota de algún conocido o amigo hipertenso que ha experimentado las graves consecuencias de tomar los medicamentos solo cuando tenían la presión elevada, a fin de probar el gran beneficio de la medicación diaria.

7.3 Despedida y agradecimiento

Método: Activo Colectivizado

Técnica: Despedida

Procedimiento: Se agradecerá la presencia de los participantes y se procederá a despedirse

SESION N° 8: Conclusiones, compromiso y Post-test

I. DATOS GENERALES:

- 1.1 Responsables:** MC MG Marcos Saavedra Muñoz.
- 1.2 Población:** Pacientes hipertensos del centro de salud.
- 1.3 Lugar y fecha:** Auditorio del centro de salud
- 1.4 Duración:** 60 minutos

2 FUNDAMENTACIÓN:

Considerando las sesiones de la intervención educativa es pertinente efectuar una dinámica grupal que garantice los conocimientos aprendidos y el desarrollo de la práctica de estilos de vida saludable.

3 OBJETIVO

3.1 Objetivo general

Evaluar el nivel de conocimientos sobre hipertensión arterial y la práctica de estilos de vida saludable.

CONTENIDO

Resumen de sesiones y toma del post-test.

4 METODOLOGIA

- 4.1 Método:** Activo – Participativo -Expositivo
- 4.2 Técnicas:** “discusión dirigida“ “el regalo y utilidad”
- 4.3 Procedimiento:** Se utilizarán medios didácticos para impartir la sesión educativa estos serán a través del uso de un sistema multimedia para el desarrollo de la exposición, así como también se socializara los resultados del post-test.

5 MATERIAL Y METODOS

5.1 Medios : Audiovisual

5.2 Materiales :

- Data
- Hojas bond
- Lapiceros
- Lápices.

6 EVALUACIÓN

6.1 Evaluación Diagnostica: Nos servirá para identificar los conocimientos que trae consigo el paciente hipertenso, se realizará al inicio de la sesión educativa.

6.2 Evaluación Formativa: Se realizará durante el desarrollo de la sesión con el propósito de determinar el avance en el logro de los objetivos teniendo en cuenta la participación de los asistentes. Se hará una dinámica a través del diálogo.

6.3 Evaluación Sumativa: Se efectuará al término de la sesión educativa para poder determinar la eficacia de la misma, para ello se realizará la técnica de participación “discusión dirigida”

7 EJECUCION:

7.1 Saludo y presentación

Saludo:

Ante todo muy buenos tardes quien les habla el Medico Marcos Saavedra Muñoz del Servicio de Medicina del centro de salud. Tengo el agrado de dirigirme a ustedes y como última sesión a compartir con ustedes evaluaremos en conjunto las sesiones educativas y a la vez

socializaremos los resultados y propondremos algunas recomendaciones prácticas.

7.2 Momentos:

Momento de inicio: se empleó la técnica de participación “discusión dirigida” después se les la forma como se iba a desarrollar el post test.

Actividad principal: se procedió a la aplicación nuevamente del cuestionario aplicado en la primera sección, se les dice que no escriban sus nombres con el único objetivo de poder evaluar posteriormente los resultados del trabajo.

Cierre: se realizó la técnica de cierre, "El Regalo y Utilidad", mediante la cual todos los participantes se colocan sentados en forma de círculo, comenzaron de derecha a izquierda dando una opinión y comentarios en relación a la intervención educativa al inicio y ahora que están terminando, los aspectos positivos o negativos y en qué medida ha mejorado sus conocimientos y el aporte para sus practicas relacionadas a la alimentación saludable y actividad física. Se finaliza con la toma del post test.

7.3 Despedida y agradecimiento

Método: Activo Colectivizado

Técnica: Despedida final

Procedimiento: Se agradecerá una vez más la presencia de los participantes y se procederá a despedirse.