



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO DE SUCRE  
ESCUELA DE CIENCIAS  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

ASOCIACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EL  
ESTILO DE VIDA EN LAS PERSONAS QUE HABITAN LA COMUNIDAD DE  
LOS ANDES, PARROQUIA SAN JUAN, CUMANÁ, ESTADO SUCRE.

(Modalidad: Investigación)

Julibet del Valle Betancourt Peinado

TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARCIAL PARA  
OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

Cumaná, 2024



## VEREDICTO

Nosotros: **MARÍA TOVAR, GEORGE DORTA Y FELICIA MONTAÑO**, en nuestro carácter de Jurado Examinador, ratificados por el Consejo de la Escuela de Ciencias a recomendación de la Comisión de Trabajos de Grado del Departamento de Enfermería, para emitir juicio sobre el Trabajo de Grado titulado: **"ASOCIACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EL ESTILO DE VIDA EN LAS PERSONAS QUE HABITAN LA COMUNIDAD DE LOS ANDES, PARROQUIA SAN JUAN, CUMANÁ, ESTADO SUCRE"**, (Modalidad: tesis de grado). Presentado por la bachiller: **Julibet del Valle Betancourt Peinado, CI: 25.844.501**.

Según lo establecido en el Acta N° 100 y como requisito parcial para optar al título de Licenciado en Enfermería, decidimos que dicho trabajo ha sido: *Aprobado*

En fe de lo anterior se levanta la presente Acta en Cumaná, a los ocho días del mes de agosto de dos mil veinticuatro.

*M. Tovar*  
Profa. María Tovar  
Asesor

*George Dorta*  
Prof. George Dorta  
Jurado principal



*F. Montaña*  
Profa. Felicia Montaña  
Jurado principal

## DEDICATORIA

A

Dios todopoderoso primeramente por dejarme cumplir una meta más en mi vida.

Mis padres, fuente de inspiración ya que me enseñaron la pasión, el esfuerzo y los sacrificios que se tienen que pasar para lograr los objetivos con gran satisfacción.

Mis hermanos Yuliannys, Cesar y Victor, a ustedes por el apoyo, el cariño y el respeto que me han tenido.

Mi novio Germán, por su amor, la paciencia y la lealtad que me ha tenido en todo este proceso.

Todas las personas que de una forma u otra estuvieron apoyándome impulsándome a seguir adelante sin desmayar, a ustedes gracias.

Los profesores, especialmente a mi profesora y tutora María Tovar, que me apoyaron a continuar a delante, aun siendo rigurosos se les quiere, admira y respeta.

Mis compañeros de clases que de una u otra manera nos convertimos en familia, nos apoyábamos en todo, hoy podemos decir lo logramos.

## **AGRADECIMIENTO**

A

Dios por darme la vida y la sabiduría, por ser mi guía y protector.

Mi Virgencita Del Valle y mi Arcángel Miguel, por no dejarme sola en esta travesía.

Mis padres, por ser el pilar fundamental para lograr esta meta.

Mis hermanos, sobrina, novio y amigos por su apoyo, cariño y fortaleza, gracias por confiar en mí.

Mi tutora María Tovar por tantas orientaciones y disposición para el logro de esta investigación.

Los compañeros de clases, que nos apoyábamos en todo.

La Universidad de Oriente, por permitirme cursar estudios y formarme como profesional de enfermería.

¡A todos gracias!

## INDICE

DEDICATORIA .....	II
AGRADECIMIENTO .....	III
LISTA DE TABLAS .....	V
LISTA DE FIGURAS .....	VI
RESUMEN .....	VII
INTRODUCCIÓN.....	1
METODOLOGÍA .....	8
Tipo de Investigación .....	8
Población y Muestra .....	8
Criterios de inclusión.....	8
Criterios de exclusión.....	8
Normas bioéticas .....	8
Determinación de la presencia de HTA en las personas de la población de Los Andes, Parroquia San Juan.....	9
Identificación del estilo de vida de la población estudiada .....	11
Análisis estadístico .....	12
RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	13
CONCLUSIÓN.....	19
RECOMENDACIONES.....	20
BIBLIOGRAFÍA.....	21
ANEXOS .....	25
HOJAS DE METADATOS .....	27

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Asociación entre la HTA y el estilo de vida.....	18
---	----

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Clasificación según el grado de hipertensión de los habitantes de la comunidad de Los Andes, parroquia San Juan. ....	14
Figura 2. Los cinco grados de calificación que jerarquizan la conducta sobre el estilo de vida de las personas hipertensas de la comunidad de los Andes. ....	17

## RESUMEN

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad silenciosa que constituye una de las principales causas de demanda de los servicios de salud en Venezuela, ocupando uno de los primeros lugares de morbilidad en los hospitales asistenciales. El presente trabajo de investigación se planteó evaluar la asociación de la hipertensión arterial y el estilo de vida de las personas que habitan la comunidad de Los Andes, aplicando la investigación de campo, con nivel tipo descriptivo, se analizaron a 46 personas diagnosticadas con HTA realizándose procedimiento de medición de presión arterial y determinar el nivel de la misma, encontrándose un predominio en la HTA estadio I con un 52,20%. Asimismo, se aplicó un instrumento tipo cuestionario denominado FANTASTICO creado por Wilson y Ciliska en 1984, obteniendo un nivel de confiabilidad de alfa de Cronbach de 0,73. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la hipertensión arterial y el estilos de vida, este resultando se deben a que se encontró mayor predominio en el estilo de vida malo lo que conlleva al desarrollo de esta patología.



## INTRODUCCIÓN

La tensión arterial (TA) es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos (arterias) al ser bombeada por el corazón. Cuanta más alta es ésta, más esfuerzo tiene que realizar el músculo cardíaco para bombearla. Se mide en milímetros de mercurio (mmHg) y se registra en forma de dos números separados por una barra. El primero corresponde a la cifra superior o sistólica, que es la más alta, la cual se produce cuando el corazón se contrae y la inferior corresponde a la diastólica, la más baja, que se produce cuando el músculo cardíaco se relaja entre un latido y otro. 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 del individuo (Chan, 2013).

La hipertensión arterial (HTA) se define como la elevación de los niveles de TA mayor a 120mmHg para la presión sistólica y 80mmHg para la presión diastólica. Es una de las enfermedades crónicas de mayor incidencia y prevalencia en la población mundial y constituye un reconocido problema de salud pública, tanto por su elevada frecuencia, como por las consecuencias y discapacidades que provoca, así como su repercusión en la mortalidad de quienes la padecen. Aumenta con la edad, demostrándose que después de los 50 años casi el 50,00% de la población la padece (Suárez, 2012).

En cuanto a la etiología de esta enfermedad es desconocida en el 95,00% de los casos, la mayoría de las personas no muestran ninguna sintomatología antes de ser diagnosticada, por lo que se puede ser hipertenso y no saberlo. Cuando no se puede controlar puede provocar complicaciones severas como: infarto al miocardio, dilatación o hipertrofia del corazón y a la larga insuficiencia cardíaca. La prevención y el control de HTA son complejos y demandan la colaboración de múltiples interesados, como los gobiernos, la sociedad civil, las

instituciones académicas, la industria de alimentos y las de bebidas, dados los enormes beneficios de salud pública que se derivan del control de la TA (Mendis, 2013).

El abordaje de esta enfermedad es necesario, así como la medición y el control inadecuado de la presión arterial y el efecto de nervios por acudir al médico o también llamado efecto de la bata blanca, que pudiesen ser causas de un diagnóstico incorrecto. La HTA arterial sistémica es considerada un gran reto para la salud pública, al mismo tiempo una enfermedad y un factor de riesgo. La necesidad de estudiarla con detenimiento obedece a que cada año mueren 7,60 millones de personas en todo el mundo debido a la hipertensión, siendo que 80,00% de esas muertes ocurren en países en desarrollo, más de la mitad de las víctimas tiene entre 45 y 69 años (Santana y Pérez, 2017).

Se han trazado estrategias o mecanismos para la detección precoz, control permanente y ampliación del nivel de conocimiento de la población en cuanto a factores de riesgo y los impactos causados por la HTA, como también las implicaciones que su control y prevención representan para la salud pública. Además resulta vital que la población esté al conocimiento de los valores que corresponden a una presión arterial elevada y a una normal. En este sentido son múltiples los factores involucrados y relacionados con esta enfermedad, la cual es una condición clínica multifactorial, con registros a nivel mundial, y caracterizada por elevados y sustentados niveles de presión arterial (Solis *et al.*, 2022).

En relación a la prevalencia en el mundo, de la HTA se habían diagnosticado cerca del 40,00% de los adultos mayores de 25 años y en general el número de personas afectadas sigue en aumento ya que pasó de 600,00 millones en 1980 a 1000,00 millones el año 2008. A nivel mundial la HTA varía, en España se ha determinado que alcanza un 38,20%. La máxima frecuencia de esta patología se encuentra en África con el 46,00% de la población en mayores de 25 años.

En América la frecuencia es del 35,00% con un importante componente social, por lo que es tan frecuente en los países de bajos recursos económicos, por desinformación en la mayoría de los casos, como en los países desarrollados por consumo exagerado de comida chatarra, estrés y falta de ejercicios (Barzallo, 2018).

Se estima que existe una data de 1130 millones de personas con HTA a nivel mundial, esta población se localiza en su mayoría en países con bajos y medianos ingresos. Según registros uno de cada cuatro hombres y una de cada cinco mujeres eran hipertensos y una de cada cinco tenía control de la enfermedad para el año 2015. Se tiene como proyección a nivel mundial la reducción de enfermedades no transmisibles en un rango del 25,00% para 2025 (con respecto a los valores de referencia de 2010) y entre estas enfermedades figura la HTA pues es considerada como una de las causas fundamentales de muerte prematura en el mundo (Barrios y Beato 2022).

Cerca de 140,00 millones de personas presentan hipertensión arterial en el continente americano, mientras que se calcula entre un 8,00% y 30,00% en América Latina y el Caribe. Se estima 20,70 millones de muertes por enfermedad cardiovascular y 2,40 millones por HTA a futuro, y se proyectó que un 90,00% de los individuos, para el año 2020 serían normotensos y desarrollarían la afección a partir de los 55 años (Pérez *et al.*, 2018).

La HTA es una enfermedad silenciosa, lentamente progresiva, su prevalencia creciente se atribuye: al aumento de la población, a su envejecimiento y a su relación con factores de riesgo no modificables y modificables o prevenibles; los primeros abarcan la edad, el género, el grupo étnico y la herencia y los segundos, el consumo de cigarrillo, el consumo del alcohol, el sedentarismo, la dieta y el estrés. Los cambios en el estilo de vida pueden prevenir o retrasar el inicio de la HTA y reducir el riesgo de sus complicaciones. En el paciente

hipertenso estos cambios forman parte indisoluble de su tratamiento integral (Ponce y Mendoza, 2020).

Entre las principales causas de la HTA se encuentran los estilos de vida (EV) no saludables, que se adquieren a lo largo de la vida especialmente en la etapa escolar, momento en el cual se definen conductas que repercutirán a lo largo de la vida del ser humano. El adulto maduro (45 a 60 años) posee rutina de vida poco saludables que están relacionados con factores económicos, sociales y ambientales, lo que predispone la ingesta excesiva de alcohol, dietas no saludables, sedentarismo y tabaquismo, conformando así el grupo etario de mayor incidencia de HTA (Chinchayan *et al.*, 2018).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los EV como un conjunto de actividades o comportamientos rutinarios identificables en el individuo o en una comunidad determinada, dichas conductas pueden ayudarlos en su salud si son aplicados de forma positiva o repercutir en enfermedades si son usados de forma negativa; dicho EV resulta de la interacción entre las características individuales, sociales, económicas y ambientales en las cuales viven las personas. Por una parte a nivel mundial el 35,00% de los fallecimientos de las enfermedades crónicas guardan relación a rutinas diarias no saludables, en cambio en otras personas estos actos pueden influir de manera positiva en la salud actuando como factores de protección de riesgo; por lo que es de suma importancia fomentar la educación en salud en toda la población para que puedan desarrollar conductas saludables (Cáceres, 2016).

Según Pender (1987) los EV constituyen un patrón multidimensional de acciones auto iniciadas que sirven para mantener o ampliar el nivel de bienestar y la autorrealización del individuo. Realizar ciertas medidas saludables diariamente como consumir una alimentación balanceada, realizar ejercicios, manejar adecuadamente el estrés y cultivar la responsabilidad en salud,

disminuyen el riesgo de enfermedades crónico degenerativas (Sallis *et al.*, 1988; Cruz, 2001).

En la actualidad los EV han cambiado rotundamente el estereotipo del ciudadano como por ejemplo: la tecnología mantiene a los niños encerrados e inactivos en sus casas por largas horas interactuando con aparatos de videos, con lo que van creando un marco de vida inapropiado, propiciando el sedentarismo; por otra parte las familias o los padres se encuentran ocupados y dedicados la mayor parte del tiempo al trabajo y como opción fácil cuando llegan al hogar, elaboran comidas rápidas, con alto contenido de calorías, grasas, sal, glucosa, carbohidratos; a estos hábitos dañinos se le añaden los desayunos o meriendas con golosinas que toman los niños en las escuelas, convirtiéndose en un círculo que el desarrollo de las sociedades propicia para desencadenar los malos hábitos nutricionales (Buenaño, 2016).

En un estudio realizado por López *et al.* (2014), para establecer la prevalencia aproximada de HTA en Venezuela, tomaron una muestra representativa de tres de las ciudades más pobladas, evaluando 900 personas de Caracas, Maracaibo y Valencia. Los resultados evidenciaron que la prevalencia de HTA en Venezuela es una de la más alta de Latinoamérica. Solo 68,00% recibe tratamiento, y de estos, aun la mitad permanecen hipertensos incluyendo un 42,00% de los considerados adherentes al tratamiento, los cuales es un indicativo del importante problema de salud pública que actualmente representa la HTA y el esfuerzo requerido para controlar los factores de riesgos cardiovascular y cambios en el estilo de vida.

Armas *et al.* (2006) realizaron el mayor estudio desarrollado en Venezuela en la ciudad de Barquisimeto. Se analizaron 15.000 sujetos de 20 y más años de edad, para establecer el estado de HTA, se consideró tener valores de tensión arterial (TA) sistólica igual o superiores a 140mmHg o TA diastólica iguales o superiores de 90mmHg; o conocer de su condición de HTA y estar recibiendo o

haber recibido tratamiento antihipertensivo. La prevalencia fue mayor en hombres (27,75%) que en mujeres (21,39%). En esta investigación el 15,38% de los pacientes se encontraban controlados y el 38,69% de los sujetos no habían sido diagnosticados previamente.

En una investigación realizada por Flamingham en la población Peruana entre los años 1987 al 2013, demostró que las principales causas de morbimortalidad fueron la enfermedad coronaria isquémica, las enfermedades cardiovasculares y la HTA, así mismo se determinó que esta última se incrementó con la edad, a partir de los 40-50 años en la costa (Alejos y Maco, 2017).

Hernández *et al.* (2017) en su trabajo titulado “Efecto del estilo de vida en el control de pacientes con hipertensión arterial sistémica en la unidad de medicina familiar en Puebla, México”, evaluaron la influencia de los EV sobre el control de HTA en 306 pacientes. Encontrando que el 46,00% tuvieron un estilo de vida bueno, 27,00% regular y el 19,00% bajo. Se concluyó que la mayoría de los pacientes tuvo un estilo de vida bueno.

Los estilos de vida influyen en forma fundamental en el proceso salud-enfermedad, por lo que su conocimiento debe ser una prioridad para todo profesional de la salud, especialmente para quienes trabajan en atención primaria. Sin embargo, su medición no es fácil, ya que están influidos por múltiples factores psicológicos, sociales y ambientales, y pueden variar de una a otra región geográfica o de una a otra cultura. En un razonamiento lógico cabe esperar que un «estilo de vida saludable» debe estar relacionado con un mejor estado de salud, y en caso de haber enfermedad con un mejor control de la misma (López *et al.*, 2000).

Considerando que el modo de vida de un individuo está determinado (total o parcialmente) por las circunstancias en las que vive, influirán también los comportamientos directos generadas por las personas. Por ejemplo, lavarse o no las manos, iniciarse en el consumo de cigarrillos o dejar de hacerlo, escoger

sus alimentos y cuando consumirlos, seleccionar sus parejas para tener relaciones sexuales, etc. Muchas personas asumen temporalmente o asimilan su estilo de vida, conductas que promueven y/o protegen la salud (Harris y Guten, 1979; Huerta, 2018).

El siguiente estudio es relevante porque teniendo en cuenta todos los aspectos mencionados sobre la HTA como problema de salud pública y los estilos de vida no saludable, que contribuyen al incremento de los riesgos de las enfermedades cardiovasculares reconocidas como primera causa de muerte tanto en Venezuela como en el mundo. Dado que la enfermera cumple una función primordial tanto en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación en pacientes hipertensos se propuso desarrollar el presente trabajo de investigación que tuvo como objetivo evaluar la asociación entre la presencia de hipertensión y el estilo de vida en las personas que habitan la comunidad de Los Andes, parroquia San Juan, Cumaná, estado Sucre.

## **METODOLOGÍA**

### **Tipo de Investigación**

El tipo de estudio fue de campo, descriptivo de corte transversal.

### **Población y Muestra**

La población estuvo constituida por los habitantes de la comunidad de Los Andes, parroquia San Juan, Cumaná, estado Sucre.

### **Criterios de inclusión**

Se incluyeron a todos aquellos pobladores que habitan la comunidad de Los Andes, que se encuentran diagnosticados con HTA y que quisieron participar en el estudio desarrollado.

### **Criterios de exclusión**

Fueron excluidos todas las personas que no pertenecen a la comunidad, igualmente las que no están diagnosticadas con HTA o aquellas que no quisieron participar.

### **Normas bioéticas**

Esta investigación se realizó siguiendo las normas de ética establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para trabajos de investigación en humanos y la declaración de Helsinki ratificada por la 52° Asamblea general, Edimburgo, Escocia en el año 2000 (De abajo 2001) Una vez expuesto el



propósito de estudio y aceptado su participación, se les solicitó un consentimiento informado.

### **Determinación de la presencia de HTA en las personas de la población de Los Andes, Parroquia San Juan.**

Para la cuantificación de HTA en la población objeto de estudio se realizó un procedimiento manual para la lectura de la presión arterial según el criterio de Rosales y Reyes (2004), para lo cual se empleó un estetoscopio y un tensiómetro arannoideo de presión sanguínea marca MEDIKEL<sup>®</sup>, previamente se le indicó al participante que descansara por un periodo de 3 a 5 minutos, ayudándolo a apoyar el brazo en la mesa en posición supina. Se colocó el esfigmomanómetro en un sitio visible de manera que la escala sea visible para la investigadora, una vez colocado el brazalete ajustador alrededor del brazo con el borde inferior 2,50 cm por encima de la articulación del brazo, a una altura que corresponda a la del corazón, evitando presión del brazo.

Se insertaron las olivas del estetoscopio hacia adelante en los conductos auditivos externos, con las puntas de los dedos medio e índice de la mano izquierda, localizando la pulsación más fuerte, se colocó la campana del estetoscopio en este lugar, procurando que no quedara por debajo del brazalete, pero sí tocando la piel sin presionar. Se sostuvo la perilla de caucho con la mano contraria y cerrando la válvula del tornillo, se mantuvo la campana del estetoscopio sobre la arteria, realizando la acción del bombeo con la perilla e insuflando rápidamente el brazalete hasta que la aguja alcanzó 20 o 30mmHg por arriba del nivel en que la pulsación de la arteria ya no se escuchará.

Soltando cuidadosamente el tornillo de la perilla y dejando que el aire escape lentamente, se escuchó con atención el primer latido claro y rítmico, observándose el descenso de la aguja y reportándose la lectura, ésta cifra se

comprendió con presión sistólica. Se prosiguió aflojando el tornillo de la perilla para que el aire escapará lentamente, manteniendo la vista fija en la aguja, escuchando cuando el sonido agudo se transformará a un golpe fuerte y amortiguador, éste último sonido claro corresponde para la presión diastólica, se abrió completamente la válvula dejando escapar todo el aire del brazalete para retirarlo, repitiendo el procedimiento para confirmar los resultados obtenidos y hacer las anotaciones correspondientes en la tabla de valores.

La posición que posea el individuo en el momento de medir la presión arterial puede modificar los resultados. En la posición supina o recostada, la sangre puede fluir de forma más fácil hacia el cerebro y pies porque la gravedad afecta de igual forma a todo el cuerpo. El corazón no tiene que luchar contra la misma para enviar la sangre al cerebro. La posición supina o reclinada es preferida por los médicos para medir la presión sanguínea porque es menos estresante para el cuerpo. Sentado puede ser una posición cómoda para los profesionales de la salud y el paciente cuando se está controlando la presión arterial, sin embargo, dicha posición genera ciertos cambios en las cifras de tensión, ya que el corazón debe hacer un esfuerzo para bombear la sangre a todo el organismo ocasionando aumento de la presión sistólica.

En esta investigación se efectuó el control de la presión arterial durante 3 veces seguidas; de acuerdo a los resultados obtenidos a través de este procedimiento, determinando el grado de presión arterial de los pacientes, tomando en cuenta la clasificación del VII joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure, que identifica a los individuos como normotensos (menor de 120 y menor de 80), pre hipertensos (120-130 y 80-89), HTA estadio I (140-159 y 90-99) y HTA estadio II (mayor a 160 y mayor a 100). (Jansasoy, 2018).

Una vez obtenidos los resultados de la presión arterial, se determinó la presencia de la afección en la población estudiada mediante la frecuencia

relativa y absoluta (porcentaje) la cantidad de hipertensos que existe en la comunidad.

### **Identificación del estilo de vida de la población estudiada.**

Para identificar el estilo de vida de la población se aplicó un cuestionario (anexo 2) denominado FANTASTICO, desarrollado por Wilson y Ciliska (1984), el cual consta de 25 ítems cerrados que exploran nueve categorías o dominios físicos, psicológicos y sociales relacionados con el estilo de vida. Es un acrónimo estructurado de la siguiente manera: **F** = Familia y amigos; **A** = Actividad física; **N** = Nutrición; **T** = Tabaco; **A** = Alcohol; **S** = Sueño-Estrés; **T** = Tipo de personalidad; **I** = Introspección; **C** = Conducción-trabajo; y **O** = Otras drogas.

Además registra tres posibilidades de respuesta con un valor numérico que va de 0 a 2 para cada categoría, las opciones se calificaron a través de una escala tipo Likert con un valor numérico que va de 0 a 100 puntos, cuanto menor sea la puntuación, mayor es la necesidad de cambio y posee cinco grados de calificación que jerarquizan la conducta sobre el estilo de vida como son:

Menor de 39 puntos = Existe peligro

40 a 59 puntos = Malo

60 a 69 puntos = Regular

70 a 84 puntos = Bueno

85 a 100 puntos = Excelente.

### **Análisis estadístico**

Los resultados se presentaron en tablas y figuras de frecuencias y porcentajes. Para asociar la presencia de la HTA con las variables evaluadas, se aplicó la prueba de Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) bajo un nivel de confiabilidad de 95% (Sokal y Rohlf 1969) las pruebas estadísticas se realizaron mediante el paquete estadístico SSP versión 20.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Figura 1. Señala la clasificación según el grado de HTA de las personas investigadas. Se encontró mayor predominio en la HTA estadio I en un 52,20% seguido de un 43,50% pre hipertensos y 4,30% HTA estadio II.

Estos resultados probablemente se deba, a un mal control de la enfermedad, debido a que son personas que no asisten a centros de salud periódicamente, quizás por la falta de conocimiento sobre la enfermedad y sus consecuencias a largo plazo, o por los bajos recursos económicos de éstas, lo que impide la compra de los medicamentos antihipertensivos, además de no consumir una dieta balanceada.

Al respecto Grau (2010) estableció que la hipertensión arterial es altamente prevalente en la sociedad moderna a pesar de los notables avances en el conocimiento de sus mecanismos, sin embargo el impacto sobre su control es universalmente pobre. Es tal la complejidad de los factores que interactúan, que idealmente el tratamiento del paciente hipertenso, debería basarse esencialmente en una vida saludable que contribuya a la prevención de la misma.

Resultados similares fueron encontrados por Jauregui (2018), en Chachapoyas Perú, en un estudio donde determinó en los pacientes de la tercera edad la presión arterial, encontrando como resultado en hipertensión arterial el 8,00% tiene pre hipertensión, el 46,00% con presencia de hipertensión y el 28,00% tiene hipertensión arterial estadio I, el 16,00% tiene HTA estadio II y el 2,00% tiene HTA estadio III.

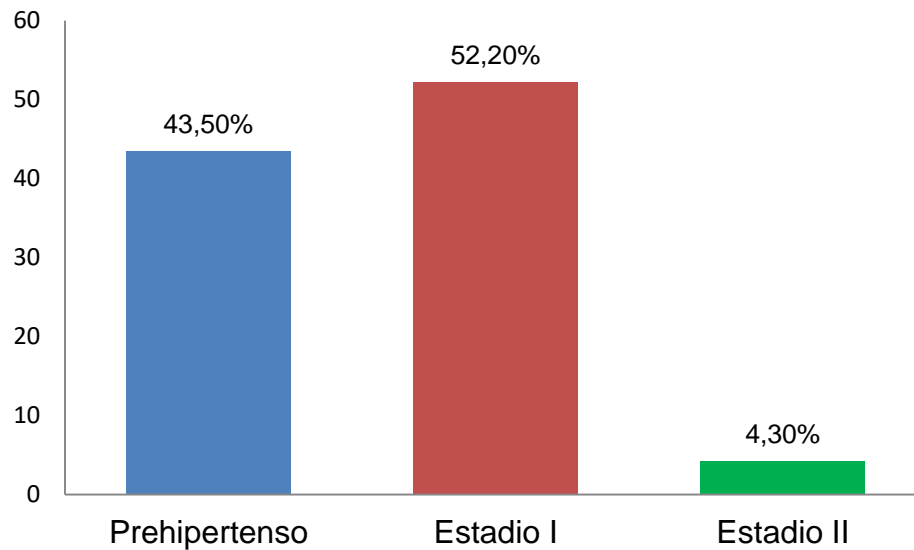


Figura 1. Clasificación según el grado de hipertensión de los habitantes de la comunidad de Los Andes, parroquia San Juan.

Los resultados relacionados con el estilo de vida estudiado en los habitantes hipertensos de la comunidad de Los Andes en la parroquia San Juan, muestran un predominio en el estilo de vida malo con un 41,30%, seguido del regular en un 32,60%, bueno en 21,70% y excelente con 4,30%, no se encontró existencia de peligro en esta población. La OMS (1998) explica que un estilo de vida representa una forma de vida, cuya base se fundamenta en la identificación de comportamientos que se determinan por la interacción entre las características individuales, sociales, condiciones socioeconómicas y ambientales. Estos estilos de vida pueden llegar a mejorar o crear riesgos para la salud, fundamentalmente se encuentran relacionados con los hábitos alimenticios, consumo de tabaco, alcohol, drogas, realización de actividad física y actividades conexas con el riesgo ocupacional (García y Huaycañe, 2018). Dado a que el principal hallazgo en la presente investigación, se encontró en un estilo de vida malo, probablemente estos resultados se deban a que los patrones evaluados en el dominios físico, psicológico y social relacionados con el estilo de vida, sean inadecuados en la mayoría de los investigados, lo cual

favorece el incorrecto control de la hipertensión y la prevención de las complicaciones derivadas de esta.

Al respecto, Aguilar (2022), refiere que los pacientes hipertensos de su investigación, no siguen patrones de comportamiento adecuados para mantenerse saludables y evitar complicaciones cardiovasculares. Un estilo de vida adecuado es aquel que recomienda de manera útil el ejercicio aeróbico regular y la reducción de la sal, el alcohol y el tabaquismo, y aboga por "dietas saludables y bajas en calorías".

De igual manera Guerrero (2022), halló que los estilos de vida de los pacientes con hipertensión arterial estudiados, no son saludables, es decir tienen hábitos y comportamientos que van en contra de su enfermedad y el mejoramiento de su calidad de vida. Coincidencia halló Barzillos (2018), en su investigación sobre los estilos de vida en pacientes hipertensos, en cuyos resultados encontró un predominio en los estilos de vida inadecuados por encima de los pacientes que mantienen estilos adecuados. Hernández *et al.* (2018) apreció que en el grupo de pacientes que no estaban en control de su presión arterial se observó de un mal estilo de vida asociado a situaciones como mala nutrición, calidad del sueño y estrés.

Contrariamente y en contraposición de los resultados encontrados en la presente investigación, Hernández *et al.* (2017), localizó en su estudio, que los pacientes hipertensos muestran estilos de vida saludables, demostrando que estos pacientes hipertensos tienen hábitos alimentarios favorables para evitar que se instauren otras enfermedades. De igual manera estos resultados se vieron reflejados en la investigación de Callapiña *et al.* (2022), al demostrar que los pacientes que mantienen un control sobre la TA (55,7%), presentan estilos de vida saludables.

En el mismo orden de ideas Varela *et al.* (2007), al evaluar los efectos benéficos de la modificación del estilo de vida en los niveles de presión arterial,

concluyeron que posterior a la implementación del programa para modificar los estilos de vida, se encontró una disminución en la PAS en niveles significativos y la PAD se mantuvo igual, pero en niveles controlados, referenciando que muchos autores en sus estudios muestran un efecto benéfico de los programas biopsicosociales en la disminución de la PAS.

En el presente estudio se describe que los habitantes de la comunidad Los Andes tienen un déficit de salud debido que no practican los estilos de vida saludables, evidenciándose en la figura 2, la calificación de las conductas obtenidas, el 41,30% de estas personas casi nunca practican actividades físicas, evidenciándose el sedentarismo, no cumplen con una alimentación saludable, por ser personas de zona rural consumen más de 12 tragos de alcohol a la semana, fuman cigarrillos y tabacos, no tienen un buen descanso físico y la mayoría vive acelerada por su situación económica. En un estudio realizado por Paz *et al.* (2011) examinaron los estilos de vida de pacientes hipertensos atendidos con la estrategia de salud familiar y observaron el estilo de vida de los participantes, descubriendo que el 13,00% excelente, 55,00% muy bien, 27,00% bien y el 4,00% regular.

Torres (2018), en Lima Perú, realizó un estudio: “Estilos de vida y prevención de las complicaciones de la hipertensión arterial, en el Servicio de Medicina del Hospital III Emergencias Grau” teniendo como objetivo determinar la relación existente entre los estilos de vida y la prevención de la hipertensión arterial y sus complicaciones asociadas, obteniendo como resultados el 54,00% tuvo un estilo de vida regular, el 24,00% un estilo de vida malo y 22,00% un estilo de vida bueno.



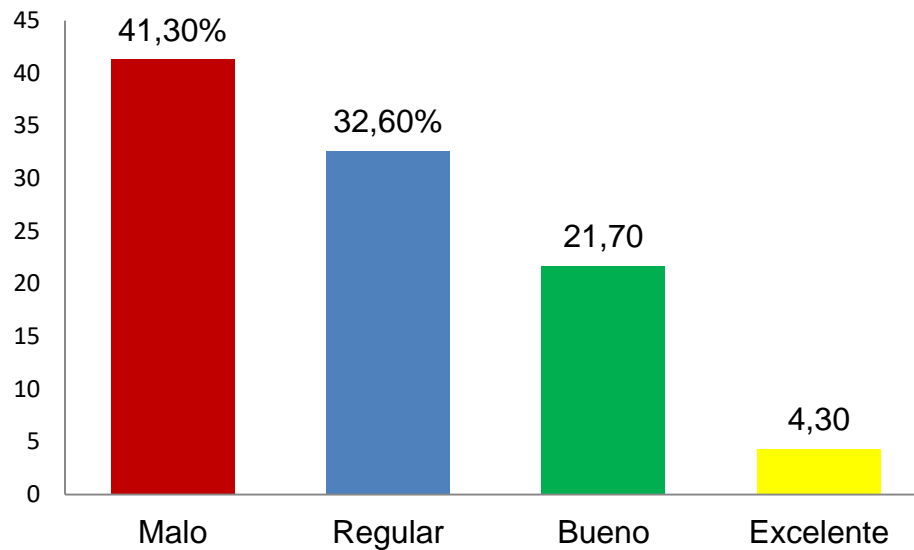


Figura 2. Los cinco grados de calificación que jerarquizan la conducta sobre el estilo de vida de las personas hipertensas de la comunidad de los Andes.

En la tabla 1, se puede visualizar que si existe asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) entre los factores estudiados (los niveles de hipertensión arterial y los estilos de vida).

Estos resultados corresponden a que la relación entre ambas variables es altamente proporcional, debido a que la HTA estadio I encontrada en la población estudiada se debe a un estilo de vida malo, en los que se puede resaltar un consumo en grasas saturadas, carbohidratos, sal excesiva, glucosa; además de fumar cigarrillos y tabacos, no realizar actividades físicas y llevar una vida sedentaria, cabe destacar que esta patología es crónica y el estilo de vida es un factor modificable por lo que se debe orientar a estas personas en transformar estas conductas a unas saludables para mejorar su condición de salud.

Resultados similares fueron hallados por Choque (2023) en Perú, el cual tuvo el objetivo Determinar la relación entre la hipertensión y los estilos de vida. La muestra estuvo conformada por 54 usuarios, en conclusión la hipertensión arterial está asociada con el estilo de vida, con un valor de significancia de

( $p < 0,05$ ) y un coeficiente de correlación (Rho de Spearman) de  $-0,313$ . Teniendo asociación significativa entre estas dos variables.

Contrariamente a los resultados encontrados en la presente investigación, en el estudio realizado por Huaman y Vásquez (2022) en Perú, el cual tuvo objetivo Determinar los estilos de vida asociados a hipertensión arterial en adultos jóvenes, en el distrito de Chugur, caserío el Chencho, Cajamarca. 2021, la muestra estuvo conformada por 74 personas adultos jóvenes de 20 a 40 años de edad, Se determinó que el  $p > 0,05$ , se acepta la hipótesis nula, es decir se concluye con un 95,00% de confianza existe la probabilidad que no haya asociación significativa entre los estilos de vida y los niveles de hipertensión arterial.

HTA	ESTILO DE VIDA				$\chi^2$	P
	Bueno	Malo	Regular	Excelente		
					12,990 <sup>a</sup>	<0,043
Pre hipertenso	9	5	5	1		
Estadio I	9	10	5	1		
Estadio II	1	0	0	1		

$\chi^2$  = Chi cuadrado, P = nivel de significancia (<0,043).

Tabla 1. Asociación entre la HTA y el estilo de vida.

## **CONCLUSIÓN**

La investigación realizada en la comunidad de los Andes permitió presenciar la hipertensión arterial y el 52,20% tienen un nivel Estadio I considerado a tomar en cuenta.

En cuanto a la clasificación de los estilos de vida se obtuvo un porcentaje de 41,30% clasificándose como Malo, lo cual es preocupante.

Si se encontró asociación estadísticamente significativa entre la hipertensión arterial y los estilos de vida.

## RECOMENDACIONES

Mejorar los programas de atención primaria de salud, que se proyecten en comunidades de la zona rural, como lo es la comunidad de Los Andes, e intervengan a través de medidas preventivas promocionales efectuando sesiones educativas y demostrativas de cómo llevar estilos de vida saludables.

Valorar y conocer las consecuencias físicas y mentales que modifiquen la calidad de vida de los pacientes hipertensos.

Fortalecer los conocimientos en las familias de la comunidad, sobre las buenas prácticas de alimentación saludable, complementar su alimentación agregando verduras y frutas con los productos que ellos mismos producen para mejorar su nutrición y así mejorar su salud y prevenir enfermedades asociadas a la hipertensión arterial.

Implementar estrategias de actividades físicas para promover el deporte y minimizar el sedentarismo en los habitantes de esta comunidad.

Optimizar las herramientas que brinda el consejo comunal Los Andes, en la realización de actividades a través de planes instructivos, y así dar a conocer la importancia de acudir a un centro de salud que les permita un diagnóstico y un tratamiento oportuno y adecuado de salud a sus habitantes.

## BIBLIOGRAFÍA

Aguilar, R. 2022. “Estilo de vida en pacientes con hipertensión arterial en el Centro Materno Infantil Manuel Barreto, San Juan de Miraflores –2021”. Tesis de grado. Facultad de Ciencias de la salud Escuela Profesional de Enfermería. Perú.

Alejos, M. y Maco, J. 2017. Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos. Tesis de grado. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. Perú.

Armas, M.; Velazco, M. y Hernández, R. 2006. La hipertensión arterial en Latinoamérica. *Revista Latinoamericana de Hipertensión* 1(1): 10-17.

Barrios, V. y Beato, P. 2022. Manejo Integral de los Factores de Riesgo en Enfermedad Arterial Periférica. Consenso de Expertos. *Rev. Clínica Española* 222(2): 82-90.

Barzallo, D. 2018. Estilos de vida en pacientes Hipertensos del Hospital José Carrasco Arteaga. Trabajo de titulación. Universidad del Azuay. Cuenca. Ecuador.

Buenaño, A. 2016. Propuesta de intervención educativa sobre estilos de vida saludables en hipertensos. Tesis de grado. Escuela Superior politécnica de Chimborazo. Riobamba. Ecuador.

Cáceres, J. 2016. Estilos de vida en pacientes del programa de hipertensión arterial del Hospital I Carlos Alcántara butterflyfield. Tesis de grado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú.

Callapiña, M.; Cisnero, Y.; Guillén, N.; De la Cruz, J. 2022. Estilo de vida asociado al control de hipertensión arterial y diabetes mellitus en un centro de salud en Lima durante la pandemia de Covid-19. *Rev. Facultad de Medicina Humana* 22(1).

Chan, M. 2013. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Editorial, Organización Mundial de la Salud. Suiza.

Chinchayan, A.; Rodas, N. y Von Bancel, B. 2018. Estilos de vida no saludables y grados de hipertensión arterial en pacientes adultos maduros. Tesis de grado. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima. Perú.

Choque, M. 2023. Hipertensión arterial asociados a los estilos de vida en pacientes adultos mayores atendidos en el hospital Essalud Abancay 2022. Tesis de grado. Universidad Nacional del callao. Perú.

Cruz, J. 2001. Autoeficacia y estilos de vida promotor de la salud en trabajadores de la industria alimentaria. Tesis de grado. Universidad Autónoma de Nuevo León. México.

Daza, M. 2014 Estilos de vida saludable de los estudiantes de secundaria del instituto colombo-venezolano de la ciudad de Medellín. <http://repository.unac.edu.co/jspui/handle/11254/150>

De abajo, F. 2001. La declaración de Helsinki VI. *Rev. Española salud pública* (75):407-420.

García, J.; y huaycañe Y. 2018. Estilos de vida en hipertensión arterial en personas adultas que acuden al servicio de emergencia del Hospital Docente Clínico Quirúrgico Daniel Alcides Carrión, Huancayo. Tesis de grado. Universidad Nacional del Callao Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de Enfermería. Perú.

Guerrero, C. 2022. Estilos de vida y autocuidado en pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público. Tesis de grado. Universidad Privada Norbert Wiener. Piura. Perú.

Grau, P. 2010. Fisiopatología de la hipertensión arterial. *Facultades de la medicina* 4(71): 225-229.

Harris, D y Guten, S. 1979. Health protective behavior. *Journal of health and social behavior* 20(1):17-29.

Hernández, R.; Godoy J.; Romero, S.; Gutierrez, G. y Aguirre A. 2018. Efecto del estilo de vida en el control de pacientes con hipertensión arterial sistémica en una unidad de medicina familiar en Puebla, México. *Atención Familiar*. 25(4): 155.

Huaman, M. y Vásquez, L. 2022. Estilos de vida asociados a hipertensión arterial en adultos jóvenes, en el distrito de chugur, caserío el Chencho, Cajamarca. Perú 2021. Tesis de grado. Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo. Cajamarca. Perú.

Huerta, J. 2018. Relación entre los estilos de vida saludables y los hábitos de estudio en los estudiantes de pre grado de la facultad de ingeniería industrial de la Universidad Alas Peruanas de Arequipa. Tesis de grado. Universidad Alas Peruanas de Arequipa. Perú.

Jansasoy, L. y Rodríguez, M. 2018. Prevalencia de hipertensión arterial y factores de riesgo en el personal de la unidad educativa colegio Padre Alcalá, Cumaná, Estado Sucre. Tesis de grado. Universidad de Oriente. Cumaná. Sucre.

Jauregui, M. 2018. Estilos de vida e hipertensión arterial, en adultos mayores atendidos en el puesto de salud Pedro Castro Alva. Tesis de grado. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazona. Chachapoyas. Perú.

López, R.; Hurtado, D.; López, L.; Acosta, J.; Chazzin, G.; Castillo, E.; y Marques, J. 2014. Una aproximación a conocer la prevalencia de hipertensión arterial, factores de riesgo cardiovascular y estilo de vida en Venezuela *Avances Cardiológicas*. 34(2): 128-134.

López, J.; Rodríguez, R.; Munguía, C.; Hernández, J.; Casas, E. 2000. Validez y fiabilidad del instrumento "FANTASTIC" para medir el estilo de vida en pacientes mexicanos con hipertensión arterial. *Atención primaria*. 26(8): 542-549.

Mendis, S. 2013. Alerta sobre riesgos de hipertensión arterial. *Infomed*- 9:07.

Paz, E. Souza, M. Guimarães, R. Pavani, G. Correa, H. Carvalho P. 2011. Estilos de vida de pacientes hipertensos atendidos com a Estratégia de Saúde Familiar. *Investigación en Educación de Enfermería*. 29(3): 467-476.

Pender, N. 1987. *Un modelo propuesto para la conducta promotora de salud. Promoción de la salud en la práctica de enfermería USA*: Century Appleton.

Pérez, a; Reyes, N.; Ramos A.; Labrada N., Cuevas M, García Álvarez R. 2018. Principales factores de riesgo de la hipertensión arterial en trabajadores del Banco de Sangre Provincial "Renato Guitart Rosell". *Medisan*. Santiago de Cuba.

Ponce, J. Mendoza, N. 2020. Prevalencia de hipertensión arterial y estilos de vida en adultos mayores. *Dominio de la Ciencia* 6(4):977-986.

Rosales, S.; Reyes E.; 2004. Fundamentos de enfermería 3º edición. Editorial, el Manual Moderno, S.A de C.V. México.

Sallis, J. y Nander, P. 1988. Family determinants of health behaviors. *Health behavior: Emerging research perspectives* pp. 107-124.

Santana, E.; Pérez, A. 2017. Agregación familiar en pacientes con hipertensión arterial. *Rev. Cubana de medicina genética integral* 33(3):352-59.

Solis, A.; Bergonzoli, G.; Contreras R. 2022. Factores de Adherencia al Tratamiento de Hipertensión Arterial en Servicios de Primer Nivel de Atención. *Universidad y Salud* 24(1): 95-101.

Sokal, R. Rohlf, J. 1969. *Biometry*. Ed. W. Freeman and Co. San Francisco. USA.

Suárez, M. 2012. Prevalencia de hipertensión arterial en pacientes de 40 a 65 años. Tesis de grado. Universidad de Guayaquil. Guayaquil. Ecuador.

Torres, G. 2018. Estilos de vida y prevención de las complicaciones de la hipertensión arterial, en el servicio de Medicina del hospital III Emergencias Grau. Tesis de grado. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Lima. Perú.

Varela, M., Arrivillaga, M.; Cáceres D.; Correa D.; y Holguín L. 2007. Efectos benéficos de la modificación del estilo de vida en la presión arterial y la calidad de vida en pacientes con hipertensión. *Acta Colombiana de Psicología*14: 69-85.

Wilson, D. y Ciliska, D. 1984. Can Fam Médico. PubMed Google Scholar 30: 1527-1532.



## ANEXOS

(Anexo 1)

UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
NÚCLEO DE SUCRE  
ESCUELA DE CIENCIAS  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Bajo la supervisión académica de \_\_\_\_\_, se realizará el proyecto de investigación titulado ASOCIACION ENTRE LA PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EL ESTILO DE VIDA EN LAS PERSONAS QUE HABITAN LA COMUNIDAD DE LOS ANDES, PARROQUIA SAN JUAN, CUMANÁ, ESTADO SUCRE.

Yo, \_\_\_\_\_, portador de la C.I: \_\_\_\_\_, domiciliado en: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ años de edad, en uso pleno de mis facultades mentales y en completo conocimiento de la naturaleza, forma, duración, propósito, inconveniente y riesgo relacionado con el estudio, por medio de la presente otorgo mi libre consentimiento en participar en dicho proyecto de investigación. Como parte de la realización de este estudio autorizo efectuar: ENCUESTA. Declaro que se me ha informado ampliamente, que de acuerdo a los derechos constitucionales que me asisten, mi participación en el estudio es totalmente voluntaria, comprometiéndose la investigadora en preservar la confidencialidad de los datos otorgados, cuyo uso será exclusivo a los fines que persigue esta investigación.

Doy fe, que se hizo de mi conocimiento, que no se ocasionará ningún daño o inconveniente para la salud, que cualquier pregunta que tenga en relación con el estudio me será respondida oportunamente y que bajo ningún concepto se me ha ofrecido ni pretendo recibir ningún beneficio de tipo económico producto de los hallazgos que puedan producirse en el referido proyecto. Luego de haber leído, comprendido y aclarado mis interrogantes con respecto a este formato de consentimiento y por cuanto a mi participación en este estudio es totalmente voluntaria, acuerdo aceptar las condiciones estipuladas en el mismo, a la vez autorizar a la investigadora a realizar el referido estudio, para los fines indicados anteriormente y reservarme el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento sin que ello conlleve algún tipo de consecuencia negativa para mi persona.

Firma del voluntario

Firma del investigador

---



---

(Anexo 2)

TEST DE EVALUACIÓN SOBRE ESTILOS DE VIDA. FANTASTICO			
XI. En esta sección Usted deberá contestar basado en los últimos 7 días		Puntaje	
<b>F</b> Familia y Amigos	Tengo con quien hablar de las cosas que son importantes para mí	Yo doy y recibo cariño	
	Casi siempre 2 A veces 1 Casi nunca 0	Casi siempre 2 A veces 1 Casi nunca 0	
<b>A</b> Actividad Física	Yo realizo actividad física (caminar, subir escalas, trabajo de la casa, hacer el jardín)	Yo hago ejercicio en forma activa al menos por 20 minutos (correr, andar en bicicleta, caminar rápido)	
	Casi siempre 2 A veces 1 Casi nunca 0	4 o más veces por semana 2 1 a 3 veces por semana 1 Menos de 1 vez por semana 0	
<b>N</b> Nutrición	Mi alimentación es balanceada	A menudo consumo mucha azúcar o sal o comida chatarra o con mucha grasa	Estoy pasado a mi peso ideal en __ Kg.
	Casi siempre 2 A veces 1 Casi nunca 0	Ninguna de estas 2 Alguna de estas 1 Todas estas 0	Normal o hasta 4 kg de más 2 5 a 8 kg de más 1 Más de 8 kg 0
<b>T</b> Tabaco	Yo fumo cigarrillos	Generalmente fumo __ cigarrillos por día	
	No, en los últimos 5 años 2 No, en el último año 1 He fumado en este año 0	Ninguno 2 0 a 10 1 Más de 10 0	
<b>A</b> Alcohol	Mi número promedio de tragos por semana es de __.	Bebo más de cuatro tragos en una misma ocasión	Manejo el auto después de beber alcohol.
	0 a 7 tragos 2 8 a 12 tragos 1 Más de 12 tragos 0	Nunca 2 Ocasionalmente 1 A menudo 0	Nunca 2 Solo rara vez 1 A menudo 0
<b>S</b> Sueño Estrés	Duerdo bien y me siento descansado	Yo me siento capaz de manejar el estrés o la tensión en mi vida	Yo me relajo y disfruto mi tiempo libre
	Casi siempre 2 A veces 1 Casi nunca 0	Casi siempre 2 A veces 1 Casi nunca 0	Casi siempre 2 A veces 1 Casi nunca 0
<b>T</b> Tipo de personalidad	Parece que ando acelerado	Me siento enojado o agresivo	
	Casi nunca 2 Algunas veces 1 A menudo 0	Casi nunca 2 Algunas veces 1 A menudo 0	
<b>I</b> Introspección	Yo soy un pensador positivo u optimista	Yo me siento tenso o apretado	Yo me siento deprimido o triste
	Casi siempre 2 A veces 1 Casi nunca 0	Casi nunca 2 Algunas veces 1 A menudo 0	Casi nunca 2 Algunas veces 1 A menudo 0
<b>C</b> Conducción Trabajo	Uso siempre el cinturón de seguridad	Yo me siento satisfecho con mi trabajo o mis actividades	
	Siempre 2 A veces 1 Casi nunca 0	Casi siempre 2 A veces 1 Casi nunca 0	
<b>O</b> Otras drogas	Uso drogas como marihuana o cocaína	Uso excesivamente los remedios que me indican o los que puedo comprar sin receta médica.	Bebo café, té o bebidas cola que tienen cafeína
	Nunca 2 Ocasionalmente 1 A menudo 0	Nunca 2 Ocasionalmente 1 A menudo 0	Menos de 3 por día 2 3 a 6 por día 1 Más de 6 por día 0

\*Multiplicar el resultado por 2

## HOJAS DE METADATOS

### Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

<b>Título</b>	Asociación entre la presencia de hipertensión arterial y el estilo de vida en las personas que habitan la comunidad de Los Andes, parroquia San Juan, Cumaná, estado Sucre
<b>Subtítulo</b>	

Autor(es)

<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Código ORCID / e-mail</b>	
Betancourt Peinado Julibet Del Valle	<b>ORCID</b>	25844501
	<b>e-mail</b>	julibetdelvalle@hotmail.com
	<b>e-mail</b>	
	<b>ORCID</b>	
	<b>e-mail</b>	
	<b>e-mail</b>	
	<b>e-mail</b>	

Palabras o frases claves:

hipertensión arterial
estilos de vida y asociación

## Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Área o Línea de investigación:

Área	Subáreas
Ciencias	Enfermería
<b>Línea de Investigación:</b>	

Resumen (abstract):

### Resumen

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad silenciosa que constituye una de las principales causas de demanda de los servicios de salud en Venezuela, ocupando uno de los primeros lugares de morbilidad en los hospitales asistenciales. El presente trabajo de investigación se planteó evaluar la asociación de la hipertensión arterial y el estilo de vida de las personas que habitan la comunidad de Los Andes, aplicando la investigación de campo, con nivel tipo descriptivo, se analizaron a 46 personas diagnosticadas con HTA realizándose procedimiento de medición de presión arterial y determinar el nivel de la misma, encontrándose un predominio en la HTA estadio I con un 52,20%. Asimismo, se aplicó un instrumento tipo cuestionario denominado FANTASTICO creado por Wilson y Ciliska en 1984, obteniendo un nivel de confiabilidad de alfa de Cronbach de 0,73. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre la hipertensión arterial y el estilos de vida, este resultando se deben a que se encontró mayor predominio en el estilo de vida malo lo que conlleva al desarrollo de esta patología.

## Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código ORCID / e-mail										
<b>Tovar María</b>	<b>ROL</b>										
		<b>CA</b>		<b>AS</b>		<b>TU</b>	<b>X</b>	<b>JU</b>			
	<b>ORCID</b>	<b>12658556</b>									
	<b>e-mail</b>	<b>mtovarsanchez@Yahoo.com</b>									
	<b>e-mail</b>										
<b>Dorta George</b>	<b>ROL</b>										
		<b>CA</b>		<b>AS</b>		<b>TU</b>		<b>JU</b>	<b>X</b>		
	<b>ORCID</b>	<b>84568958</b>									
	<b>e-mail</b>	<b>georgemicheldorta@gmail.com</b>									
	<b>e-mail</b>										
<b>Montaño Felicia</b>	<b>ROL</b>										
		<b>CA</b>		<b>AS</b>		<b>TU</b>		<b>JU</b>	<b>X</b>		
	<b>ORCID</b>	<b>11010746</b>									
	<b>e-mail</b>	<b>licdafeliciam@gmail.com</b>									
	<b>e-mail</b>										

Fecha de discusión y aprobación:

Año	Mes	Día
<b>2024</b>	<b>08</b>	<b>08</b>

Lenguaje: spa

**Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6**

Archivo(s):

<b>Nombre de archivo</b>
<b>NSUTTG_BPJD2024</b>

Alcance:

Espacial: UNIVERSAL

Temporal: INTEMPORAL

**Título o Grado asociado con el trabajo: Licenciatura en Enfermería****Nivel Asociado con el Trabajo: Licenciado****Área de Estudio: Enfermería****Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado: Universidad de oriente**

# Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
CONSEJO UNIVERSITARIO  
RECTORADO

CUN°0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano  
**Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ**  
Vicerrector Académico  
Universidad de Oriente  
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI – 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

**JUAN A. BOLANOS CUNPELO**  
Secretario

UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
SISTEMA DE BIBLIOTECA  
RECIBIDO POR *[Signature]*  
FECHA *5/8/09* HORA *5:30*

REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
UNIVERSIDAD DE ORIENTE  
SECRETARIA  
CONSEJO UNIVERSITARIO

C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/manuja

## Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso- 6/6

**Artículo 41 del REGLAMENTO DE TRABAJO DE PREGRADO (vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009) :** “los Trabajos de Grado son de la exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente, y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien deberá participarlo previamente al Consejo Universitario para su autorización”.

  
\_\_\_\_\_  
**Julibet Betancourt**  
**Autor**

  
\_\_\_\_\_  
**Prof: María Tovar**  
**Asesor**