



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

**CREENCIAS CULTURALES Y SU RELACIÓN CON LA HIPERTENSIÓN
ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES. COMUNA RÍO VERDE. SANTA ELENA
2018- 2019**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA.**

AUTOR(AS)

CAICHE DÍAZ MÓNICA EDITH

PANCHANA SALINAS GEOVANNA RAQUEL

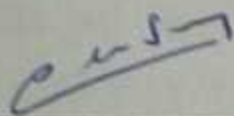
TUTOR

JEFFRY PAVAJEAU HERNÁNDEZ, MD, MSc.

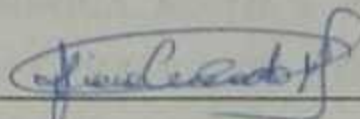
PERÍODO ACADÉMICO

2019-1

TRIBUNAL DE GRADO



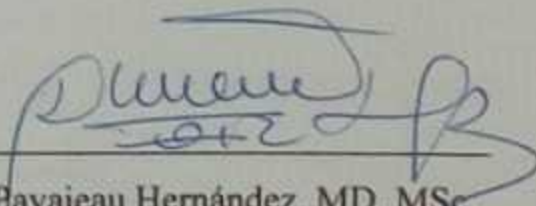
Econ. Carlos Sáenz Ozaetta, Mgt.
**DECANO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD**



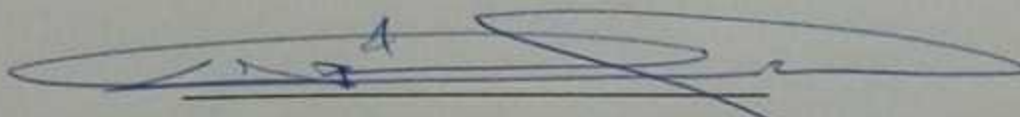
Lic. Alicia Cercado Mancero, MSc.
**DIRECTORA DE LA CARRERA
DE ENFERMERÍA**



Lic. Yanedsy Díaz Amador, MSc.
PROFESORA DE ÁREA



Jeffry Favajeau Hernández, MD, MSc.
DOCENTE TUTOR



Ab. Victor Coronel Ortiz, MSc.
SECRETARIO GENERAL

La Libertad, 9 de mayo del 2019

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación Titulado: Creencias Culturales y su relación con la Hipertensión Arterial en Adultos Mayores. Comuna Rio Verde 2018-2019, elaborado por las Srtas. CAICHE DÍAZ MÓNICA EDITH y PANCHANA SALINAS GEOVANNA RAQUEL, estudiantes de la CARRERA DE ENFERMERÍA. FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD perteneciente a la UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA, previo a la obtención del Título de LICENCIADO EN ENFERMERÍA, me permito declarar que luego de haber orientado, estudiado y revisado, la APRUEBO en todas sus partes.

Atentamente.



Jeffrey Pavajeau Hernández, MD, MSc.

TUTOR

AGRADECIMIENTO

Agradecemos en primer lugar a Dios por habernos guiado por el camino correcto durante todo este proceso, gracias a la universidad y a todas las personas que fueron partícipes de este trabajo, ya sea de manera directa o indirecta, ustedes fueron los responsables de realizar su pequeño aporte, que el día de hoy se ve reflejado en la culminación de nuestro transcurso por la universidad.

Gracias a nuestros padres por ser los principales promotores de nuestros sueños, gracias a ellos por confiar y creer en nosotros, en nuestras expectativas cada día, gracias por siempre desear y anhelar lo mejor, gracias por cada consejo y por cada una de sus palabras que nos guiaron durante nuestra vida, gracias por el amor recibido, la dedicación y la paciencia con la que cada día se preocupaban por nuestro avance y desarrollo, es simplemente único y se refleja en el resultado de este trabajo.


Gracias a la vida por este nuevo triunfo, gracias a todas las personas que nos apoyaron y creyeron en la realización de este proyecto de investigación, es un momento muy especial que esperamos perdure en el tiempo y no solo en la mente de las personas a quienes agradecemos.

Caiche Díaz Mónica Edith

Panchana Salinas Geovanna Raquel

DECLARACIÓN

El contenido del presente estudio de graduación es de nuestra responsabilidad, el Patrimonio intelectual del mismo pertenece a la Universidad Estatal Península de Santa Elena.



Panchana Salinas Geovanna Raquel
C.I. 092807434-3



Caiche Díaz Mónica Edith
C.I. 240007435-3

ÍNDICE GENERAL

TRIBUNAL DE GRADO	i
APROBACIÓN DEL TUTOR	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DECLARACIÓN	iv
ÍNDICE GENERAL	v
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I	5
Planteamiento del problema.....	5
1.1 Descripción del problema.....	5
1.2 Enunciado del problema.....	6
1.3 Justificación.....	6
1.4 Objetivos	8
1.5 Viabilidad y factibilidad.....	8
CAPÍTULO II	9
Marco teórico.....	9
1.6 Marco Institucional	9
1.6.1 Marco Legal	10
1.6.1.1 Constitución de la República del Ecuador (2008).....	10
1.6.1.2 Ley Orgánica de Salud 2012	11
1.6.1.3 Norma Técnica del Adulto Mayor 2014.....	11
1.6.1.4 Normas y protocolos de la atención integral de salud de los adultos mayores 2012.....	12
1.6.1.5 Plan Nacional de Desarrollo.....	12
1.6.1.6 Modelo de Atención de Salud (MAIS-FC)	12
1.7 Marco Contextual.....	13
1.7.2 Fundamentación científica	15
1.7.2.1 Hipertensión Arterial.....	15
1.7.2.2 Factores de riesgos asociados a la hipertensión arterial	16
1.7.2.3 Prevalencia de la Hipertensión arterial.....	17
1.7.2.4 Hipertensión arterial: diagnóstico en los adultos mayores	18

1.7.2.5	Adulto Mayor	19
1.8	Hipótesis, Variable y Operacionalización	27
2.	Diseño metodológico.....	30
2.1	Tipo de estudio.....	30
2.2	Universo y Muestra.....	30
2.3	Técnicas e instrumentos.....	31
2.3.1.2	Encuesta	32
2.4	Procesamiento de información.....	32
4.1	Análisis e Interpretación de resultados.....	33
	Conclusiones.	40
	Recomendaciones.	41
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42

APÉNDICES Y ANEXOS

GLOSARIO

RESUMEN

La hipertensión arterial en el mundo actual enfrenta una situación sin precedentes, estudios realizados en naciones desarrolladas demostraron que a futuro habrá un cambio sociodemográfico en los países en vías de desarrollo, esto argumenta la necesidad de realizar estudios sobre la población adulta mayor, la presente investigación tiene como objetivo determinar la relación entre las creencias culturales y la hipertensión arterial en los adultos mayores de la Comuna Río Verde durante el año 2018-2019. Se utilizó la metodología cuantitativa y descriptiva de corte transversal, la técnica empleada fue la encuesta, mediante un cuestionario prediseñado complementado con el cuestionario de Creencias sobre la Medicación General BMQ. Los resultados indican que la prevalencia de hipertensión arterial es de 9,5 adultos mayores por cada 1.000 habitantes, el 36% tiene una evolución menor a 5 años, categorizándose en la etapa 1, las creencias culturales relacionadas con la alimentación y consumo deliberado prepondera el 75%, el 82% considera que la actividad física debe realizarse con normalidad, el 72% indica que el estado emocional influye en el control terapéutico, el 70% prioriza la fitoterapia para el control de la hipertensión en sus diversas formas, el 79% de la población indican que los médicos se exceden al prescribir. En conclusión se determina que la terapia alternativa es utilizada por los adultos mayores para compensar su período de hipertensión arterial, demostrando que el incumplimiento terapéutico y farmacológico no es efectivo debido a que las creencias culturales interfieren en las conductas preventivas y de adherencia terapéutica.

Palabras claves: Creencia; cultura; Hipertensión arterial; adulto mayor.

ABSTRACT

The arterial hypertension in the current world faces an unprecedented situation, studies carried out in developed nations showed that in the future there will be a sociodemographic change in the developing countries, this argues the need to carry out studies on the elderly population, the present investigation The objective of this study is to determine the relationship between cultural beliefs and hypertension in older adults of the Comuna Río Verde during the year 2018-2019. We used the quantitative and descriptive methodology of cross section, the technique used was the survey, by means of a pre-designed questionnaire supplemented with the questionnaire of Beliefs on General Medication BMQ. The results indicate that the prevalence of arterial hypertension is 9.5 older adults per 1.000 inhabitants, 36% have an evolution of less than 5 years, categorized in stage 1, the cultural beliefs related to food and deliberate consumption preponderate the 75%, 82% consider that physical activity should be performed normally, 72% indicate that the emotional state influences the therapeutic control, 70% prioritizes herbal medicine for the control of hypertension in its various forms, 79% of the population indicate that doctors overdo prescribing. In conclusion, it is determined that alternative therapy is used by older adults to compensate their period of arterial hypertension, demonstrating that therapeutic and pharmacological noncompliance is not effective because cultural beliefs interfere in preventive behaviors and therapeutic adherence.

Key words: Beliefs; Culture; Hypertension; older adults.

INTRODUCCIÓN

La Hipertensión arterial es una enfermedad crónica degenerativa que se identifica por ser un trastorno vascular, se evidencia en la elevación anormal de las cifras de tensión arterial entre sus consecuencias vasculares aterotrombóticas (infartos de miocardio, infartos cerebrovasculares, entre otras), falla cardíaca y falla renal. Existe un porcentaje de casos que no tienen causa identificada y corregida donde también, las principales razones del escaso avance en la efectividad de las intervenciones es la falta de conocimiento de los factores determinantes psicológicos y sociales, como son las creencias sobre la enfermedad y su tratamiento.

Las creencias culturales son grupos de elementos cognitivos de las actitudes que caracterizan al individuo según el comportamiento al actuar de determinada manera, además en relación al campo de salud unas de las conductas que se refleja en las creencias de los adultos mayores conllevan a diversos proceder es asociado al proceso salud-enfermedad, tales como: conductas preventivas, adherencia terapéutica, interpretación de los síntomas, búsqueda de ayuda médica, entre otros relevantes. (Choque Mamani & Quea Juanito, 2015)

El mundo actual enfrenta una situación cultural sin precedentes, debido a que existen muchas dimensiones en la migración en las personas mayores según (Organización Mundial de la Salud, 2019). Este fenómeno está siendo observado en algunos países desarrollados ya que sin lugar a dudas también en un futuro se observará un cambio sociodemográfico en los países en vías de desarrollo, estos cambios hacen que de forma necesaria se realice estudios sobre la población adulta mayor, así como de las principales enfermedades y características del entorno de los usuarios.

En América Latina y el Caribe entre el 20% y 35% el de la población adulta tiene hipertensión, el número de personas con hipertensión está aumentando en los últimos años y muchos desconocen su condición. De acuerdo con un estudio en cuatro países de Sudamérica, (Argentina, Chile, Colombia y Brasil), apenas el 57.1% de la población adulta que se estima con presión arterial alta sabe que tiene hipertensión, lo que contribuye al bajo nivel de control poblacional.

Para contextualizar la hipertensión arterial en el Ecuador, mediante la encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE II) para los adultos mayores, realizada en el 2010, mostró una prevalencia de hipertensión en los adultos de 60 años de más del 44,4%, de acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el 2014 se registraron 1.254 defunciones por hipertensión esencial primaria.

En la Comuna Río verde según las estadísticas del Centro de Salud, existen pacientes adultos mayores diagnosticados con hipertensión arterial, en este contexto, esta investigación también toma un carácter informativo de interés académico, pues a nivel de la Provincia y al interior de sus comunas; no existen estudios relacionados con este tema en cuanto a estadísticas oficiales, por lo tanto como estudiantes de enfermería es de interés evidenciar los problemas de salud que padece la población, en este sentido la presente investigación tiene como objetivo principal determinar la relación entre las creencias culturales y la hipertensión arterial en los adultos mayores de la Comuna Río Verde - Santa Elena 2018-2019.

CAPÍTULO I

Planteamiento del problema.

1.1 Descripción del problema

La hipertensión arterial se la considera uno de los factores de riesgo modificables de mayor prevalencia en el mundo, constituye una enfermedad asintomática no curable, problema que a su vez es causante de otras enfermedades cerebrovasculares, insuficiencia renal y enfermedades vasculares periféricas, lo que reduce la expectativa de vida de estos pacientes, su incremento puede deberse a los cambios socioculturales, y estilos de vida (Rojas, 2018).

Aunque en la actualidad existen órganos reguladores encargados de coordinar temas de sanidad a nivel nacional e internacional, aun no se visualiza la reducción de los casos de hipertensión, por el contrario, han aumentado los factores desencadenantes asociados a la enfermedad, provocando un incremento en la mortalidad y de discapacidad en las personas adultas mayores, privando de que gocen de una buena salud.

La hipertensión arterial en el Ecuador mediante la encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE II) para los adultos mayores, realizada en el 2010, mostró una prevalencia de hipertensión en los adultos de 60 años de más del 44,4%. (Coello, 2017). En este sentido se señala que de acuerdo al Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) en el 2014 se registraron 1.254 defunciones por hipertensión esencial primaria.

Existen factores relacionados con el incumplimiento del régimen terapéutico y otros elementos relacionados con esta patología que repercuten de forma negativa en la calidad de vida de los pacientes. En este marco preponderan factores deletéreos dentro de los cuales se encuentran las creencias culturales, los datos revelan que la gran mayoría de los pacientes consideran que los “remedios naturales” son más seguros que los medicamentos tradicionales (Buendía, 2012)

Por su parte, el modelo de creencias en salud considera que el comportamiento desbalance del individuo basado en sus creencias culturales y vivencias repercute en función de la prevención, participación, cumplimiento o rehabilitación, creando una condición de

vulnerabilidad, lo que repercute en una sobrecarga física y mental no solo para el individuo sino para las personas que conforman su núcleo familiar y social (Bell Santos, 2011).

La importancia del control terapéutico al tratamiento está dada por las repercusiones que tiene desde el punto de vista clínico, económico y psicosocial; además de su efecto en la calidad de la atención y relación médico-paciente. (Falcones & Guerrero , 2017), por esta razón se puede evidenciar que las complicaciones clínicas y el desgaste tanto para el paciente y su cuidador son los principales efectos de la escasa responsabilidad y autocuidado del individuo para el manejo de su salud.

Se indica que la Comunidad Río Verde del cantón Santa Elena, en relación con la hipertensión arterial se evidencia que hay 250 adultos mayores, 149 de ellos padecen hipertensión arterial, entre ellos 80 mujeres y 69 hombres que fueron diagnosticados con esta enfermedad hace 5 o 9 años; la otra población adulta mayor, 59 de ellos sufren de diabetes e hipertensión y los 42 restante de diabetes.

1.2 Enunciado del problema

Manifestado lo anterior se expresa el siguiente problema:

¿Cuáles son las creencias culturales que están relacionadas con la hipertensión arterial en adultos mayores de la Comuna Río Verde de la provincia de Santa Elena 2018-2019?

1.3 Justificación

En América Latina, la prevalencia de hipertensión arterial es del 40% de los adultos mayores. Entre los países que muestran cifras representativas de esta enfermedad son Cuba 44%, Argentina 26 y 32%, Brasil 22 y 32,7%, Venezuela 15.9% y 39.2% y Ecuador con 28.7% en personas adultas. Se considera que una de cada dos personas que se diagnostica con hipertensión abandona el tratamiento antes de los seis meses, la mayor parte de la población lo hace porque ya comienza a sentirse mejor, no presenta síntomas o manifiesta que los fármacos le hacen mal. (Armas & Padilla, 2013)

El adulto mayor al ser un individuo en el cual surge el declive cognitivo y el arraigo de costumbres y creencias, producto de la tradición oral y basadas en principios empíricos con escaso respaldo de la ciencia, condicionan la susceptibilidad y predisponen al adulto mayor a factores de riesgo para su salud, lo que requiere de atención especializada con enfoque en este grupo prioritario.

En la actualidad se plantean argumentos claros acerca de los factores sociales y culturales como condicionantes de las enfermedades, pero, se desconoce de manera congruente la relación de los mismos con la hipertensión arterial en los adultos mayores. Estudios indican que la mayoría de los adultos mayores con hipertensión arterial optan por una expectativa dirigida a buscar soluciones a su enfermedad, existiendo ideologías distintas y contrapuestas e incluso contradictorias entorno a los resultados de los tratamientos curativos, aunque siguen las recomendaciones médicas siempre cuentan con una esperanza de encontrar la solución en otras medicinas basadas en las creencias culturales y ancestrales, aun conociendo el avance de la ciencia en cuanto a la medicina moderna.

El abordaje de esta investigación está basado en la atención primaria en salud, enfocándose en la promoción de estilos de vida saludables que mejoren las condiciones, cultura y tradiciones de las personas mediante una visión holística; es por ello que se referencia a estudios en el área salud que buscan incidir en el mejoramiento de la misma, en específico en el manejo de enfermedades crónicas como la hipertensión arterial, todo ello armonizado con la esencia de la disciplina enfermera, que contribuye a la gestión integral del cuidado del individuo familia y comunidad.

La importancia de este estudio radica en la necesidad de conocer las creencias culturales que tienen los adultos mayores de la comuna Río Verde, considerando su conocimiento y relacionándolo con los factores de riesgo que se puedan generar en la hipertensión arterial, con la finalidad de entender sus creencias y generar alternativas de solución a los conflictos culturales que se originan por la influencia de la enfermedad.

Al estudiar de forma general y específica la problemática de la hipertensión arterial, esta investigación pretende establecerse como línea de base para futuras investigaciones y además se propondrá como modelo aplicativo para la intervención de la salud del adulto mayor hipertenso en diversos entornos del primer nivel de atención primaria a nivel local y provincial.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General.

Determinar la relación entre las creencias culturales y la hipertensión arterial en los adultos mayores de la Comuna Río Verde - Santa Elena 2018-2019.

1.4.2 Objetivos específicos.

- Caracterizar sociodemográficamente la población adulta mayor de la comuna Río Verde.
- Identificar las creencias culturales presentes en la población de adultos mayores de la comuna Río Verde.
- Establecer la prevalencia de hipertensión arterial en adultos mayores en la población objeto de estudio.

1.5 Viabilidad y factibilidad.

La presente investigación es viable puesto que se emitieron los oficios pertinentes por las autoridades según el reglamento de la Universidad Estatal Península de Santa Elena (UPSE), a la dirección distrital 24D01 y a la Comuna Río Verde, objeto de dicho estudio, en lo que se evidencia con la existencia de dicho convenio enmarcado con el Ministerio de Salud pública y la UPSE que hizo factible el proceso para efectuar la investigación pertinente en la comunidad establecida.

Esta investigación se efectuó en correspondencia a las líneas de investigación estipuladas por la carrera de Enfermería en el reglamento de titulación, identificando un problema de salud pública a nivel nacional y local, con sus bases establecidas en el modelo de atención integral en salud. En aspectos de viabilidad técnica y metodológica se propone la aplicación de un instrumento validado por un experto para la obtención de datos, revelando importancia significativa a la investigación; a su vez se formalizó una socialización previa con cada uno de los adultos mayores garantizando su participación a través de la respectiva firma del consentimiento informado, con transparencia, ética y responsabilidad social a la investigación. Se enmarca que todo este proceso no demandó de gastos elevados, los mismos fueron solventados por las investigadoras.

CAPÍTULO II

Marco teórico.

1.6 Marco Institucional

La comuna Río Verde, perteneciente al cantón Santa Elena, provincia de Santa Elena, fue fundada el 13 de abril de 1967 estableciendo sus bases institucionales como centro poblado dedicado a la sastrería, agricultura y ganadería. En sus inicios tenía 47 viviendas y una población aproximada de 300 habitantes, actualmente su población bordea los 3000 habitantes y 1.000 viviendas, está situada al sureste del Cantón Santa Elena, Provincia de Santa Elena, a 42 km de distancia de la Cabecera Cantonal, tiene una extensión de 3,329.50 hectáreas y sus límites o linderos son los siguientes:

El origen de su nombre es porque el nombre del río que atraviesa en el sector y que antiguamente en sus alrededores contaba con exuberante flora, por ejemplo, de árboles como el ébano, el cascol, guasango, y otros diversos matorrales; esta colorida vegetación en sus orillas motivó a sus antepasados para que nombraran a la Comuna “RÍO VERDE”.

Internamente la comunidad tiene los siguientes servicios básicos, luz, agua potable, otras viviendas se abastecen de agua a través de los tanqueros que pasan dos veces a la semana, además otras familias tienen pozos de agua dulce, en su mayoría utilizados para los cultivos. Además, la localidad no posee alcantarillado pluvial ni sanitario, en su mayoría las viviendas tienen para su uso letrinas y pozos sépticos, en cuanto a la telefonía pública son pocos los que utilizan este servicio, en su mayoría hacen uso de la telefonía celular.

Por otro lado el carro recolector de basura pasa tres días a la semana, otros moradores tienden a descartar sus desechos a través de incineración, entierro, arrojarlos en ciertos lugares, en cuanto a los alimentos se mencionan los animales domésticos como la cabra, chanco, ganado, aves de corral, pez, hidratos de carbono, grasas, y entre otras el consumo de frutas como papaya, guineo, ciruelas, plátanos, naranjas, mandarinas, de acuerdo a lo que se puede cosechar dentro de los terrenos de la comunidad.

Su población económicamente activa se divide de la siguiente manera: 40% sastres, profesión que fue realizada por sus ancestros; y se mantiene de generación en generación, es un

pueblo que ha sido reconocido a nivel provincial e interprovincial por su trabajo de elaboración de prendas de vestir, confeccionan gran cantidad de uniformes de diferentes instituciones educativas, los choferes con el 40% y el restante se divide en otras profesiones como pescadores, albañiles, ebanistas, pintores y profesionales que han surgido por la necesidad de superación personal, buscando el bienestar para sus familias.

1.6.1 Marco Legal

1.6.1.1 Constitución de la República del Ecuador (2008)

La salud es una condición humana que permite el gozo pleno de la vida. Siendo así, que, de acuerdo a la Constitución de la República del Ecuador (2008), hace referencia al siguiente artículo que consta en el Capítulo tercero, Derechos de los grupos de atención prioritaria, del Título II en la Constitución de la República del Ecuador del 2008, en su sección séptima.

El art. 32, establece que: “La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos, el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros”.

Garantizar este derecho implica para el Estado ecuatoriano la realización de políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales, que garanticen su acceso permanente, oportuno y sin exclusión, respetando las características de cada usuario, por lo que el profesional en salud debe preocuparse por brindar un servicio personalizado a cada paciente de acuerdo a su sexo y grupo etario.

Así mismo, en el art. 35, contempla dentro de los “grupos de atención prioritaria” a los “adultos mayores y personas con enfermedades catastróficas o de alta complejidad”. Siendo el objeto de estudio los adultos mayores hipertensos que, de acuerdo al artículo antes citado, cumplen con una “condición de doble vulnerabilidad” que los faculta para recibir una “atención prioritaria y especializada” de parte de los centros de atención en salud públicos y privados.

Por consiguiente, en el art. 38; inc. 3 y 4 de la mencionada ley, sobre los adultos mayores, establece las medidas que el Estado implementará para garantizar este derecho: “Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y

conseguir su plena integración social”. Además de, “Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas”. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2011)

1.6.1.2 Ley Orgánica de Salud 2012

Conforme a la Ley Orgánica de Salud en el Capítulo I del derecho a la salud y protección menciona que:

Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado.

Art. 13.- Las personas y colectividades tienen derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos; preferentemente producidos a nivel local y en correspondencia con sus diversas identidades y tradiciones culturales. El Estado ecuatoriano promoverá la soberanía alimentaria.

1.6.1.3 Norma Técnica del Adulto Mayor 2014

El Ministerio de Inclusión Económica y Social (2014), hace referencia que la Norma Técnica del Adulto Mayor tiene como objetivo:

Normar el funcionamiento de las unidades de atención gerontológica: residencial, diurna, espacios alternativos y atención domiciliaria, tanto del sector público como del sector privado, en todo el territorio nacional con corresponsabilidad entre el Estado, la sociedad y la familia; de acuerdo a lo establecido en la Constitución vigente.

Además, en la política pública para la población adulta mayor menciona; un enfoque de derechos que considera al envejecimiento como una opción de ciudadanía activa y envejecimiento positivo, para una vida digna y saludable, teniendo 3 ejes como la inclusión y participación social, protección social y por último la atención y cuidado.

1.6.1.4 Normas y protocolos de la atención integral de salud de los adultos mayores 2012

El Ministerio de Salud Pública (2012), en las normas y protocolos de la atención integral de salud de los adultos mayores, establece como objetivo principal:

“Lograr que el personal que atiende a las personas adultas mayores, conozcan y apliquen el proceso asistencial continuo y progresivo, con el fin de contribuir a alargar los años de independencia y autonomía y mejorar su calidad de vida, adaptando el sistema de salud a las necesidades de esta población.”

1.6.1.5 Plan Nacional de Desarrollo

En el Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021-Toda una Vida, se hace referencia que los adultos mayores representan el 7,04% de la población total, este plan está estructurado en tres ejes; el presente trabajo de investigación se sustenta en el Eje 1. Derechos para Todos Durante Toda La Vida, el mismo que agrupa 4 objetivos, para el caso de estudio se menciona el Objetivo 1: Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas; por su aproximación en el análisis de la atención a los grupos vulnerables y a los adultos mayores.

En este marco de análisis se hace mención a la política 1.6 que consiste en: Garantizar el derecho a la salud, la educación y al cuidado integral durante el ciclo de vida, bajo criterios de accesibilidad, calidad y pertinencia territorial y cultural.

1.6.1.6 Modelo de Atención de Salud (MAIS-FC)

El Modelo de Salud MAIS-FC se implementó en el año 2008, en concordancia con la Constitución Política, está basado en APS, que es un conjunto de normas, estrategias procedimientos y recursos con un enfoque integrado e integral (promoción, prevención, curación y rehabilitación) con calidad y calidez que se aplica en la familia, comunidad y medio ambiente promoviendo la participación social, a través de la integralidad y atención integran en cada ciclo de vida.

Siendo que la Integralidad en la atención que busca superar programas verticales e integrar la atención considerando las especificidades y requerimientos de la población en los diferentes momentos del ciclo vital.

Mientras que la Atención Integral a la población consiste en dirigir los esfuerzos con acciones sistemáticas y coordinadas con enfoque intercultural, generacional y de género, que persiga la reducción, neutralización o eliminación de los factores (presentes o potenciales) que incrementan el riesgo de enfermar y morir.

1.6.1.7 Programa de Atención Integral por Ciclos de Vida

Según la Dirección Nacional de Normatización, el Programa de Atención Integral de Salud, por Ciclos de Vida es el marco conceptual de referencia que define el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que, operando coherentemente, garantizan la atención a las personas, las familias y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud.

Este programa considera a la Persona, como un centro del modelo y sus ciclos de vida, a la Familia, como estructura social abierta y en constante interacción con la Comunidad y el Ambiente, no sólo como parte del entorno sino como parte intrínseca de personas y familias. Entre estos ciclos de vida tenemos: la niñez de 0 a 9 años, la adolescencia de 10 a 19 años, adultos/as de 20 a 64 años y los adultos mayores de más de 65 años.

1.7 Marco Contextual

1.7.1 Antecedentes Investigativos

Entre los estudios realizados se menciona entre otros al realizado en Colombia por (Buendía, 2012), en el cual se estudiaron las Actitudes, conocimientos y creencias del paciente hipertenso sobre la medicación antihipertensiva mediante la aplicación de instrumentos como Morisky-Green y el *Beliefs about Medicines Questionnaire* (BMQ-General), demostrando que cerca del 48 % de los pacientes refiere olvidar en algún momento tomar el medicamento antihipertensivo y por otra parte se constató que un 68 % de los usuarios considera que, el tiempo destinado a la atención del paciente repercute en la prescripción de medicamentos.

Por otro lado, según (Price & Muñoz, 2003), a través de un estudio etnográfico para describir las vivencias salud enfermedad de pacientes hipertensos adscritos a un programa de control en un Hospital Clínico del Sur de Chile, en la que reciben “medicamentos percibidos como eficaces”, sin embargo, los pacientes tienen como primera alternativa, la medicina natural, porque va más acorde con sus creencias y su fe a los saberes tradicionales, se concluye, que existe una combinación de la medicina natural y oficial en la que se acude tanto a los profesionales en medicina como a los “Yerbateros”. Algunas de las plantas medicinales que utilizan son la zarzaparrilla, natre, traica, mático. De éstas, la zarzaparrilla tiene principios activos que normalizan la presión arterial.

Gómez & et al, (2015) mediante su investigación titulada “Actitudes y prácticas adoptadas por los pacientes hipertensos”, utilizando un instrumento diseñado por los autores, demostró que, de los 250 participantes del estudio, un 71,86% tenían conocimiento de la enfermedad y el régimen terapéutico; el 69,64% de los pacientes hipertensos presentaron una actitud positiva y 60,95% presentaron prácticas positivas en el manejo de la hipertensión arterial y el régimen terapéutico.

En el estudio transversal denominado “Prevalencia de Hipertensión Arterial, Falta de Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo y Factores Asociados en Pacientes de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso, Cuenca-Ecuador”, sus autores señalan como resultado que existen costumbres sobre alimentos y actividad física difíciles de modificar, demostrando la renuencia a iniciar una dieta hiposódica entre varios aspectos, esto demuestra que existe una brecha en el cumplimiento del tratamiento integral influyendo negativamente sobre la adherencia. (Orellana & et al, 2016)

Para complementar el análisis anterior se menciona el estudio realizado por (Córdova Alarcón & Gualotuña Alcívar, 2018), que como resultado señalan que dos de cada tres pacientes adultos mayores con HTA tienen mala adherencia a su tratamiento, los factores que se asocian a ella son principalmente la funcionalidad, creencias, instrucción, estado cognitivo, apoyo social y funcionalidad familiar denotando la importancia de estos factores en la calidad de vida del individuo con enfermedades crónicas.

1.7.2 Fundamentación científica

1.7.2.1 Hipertensión Arterial

Para conocer en que consiste la hipertensión arterial, primero, se debe empezar por entender el funcionamiento del corazón; “es una bomba que, con su acción impulsora, proporciona la fuerza necesaria para que la sangre y las sustancias que ésta transporta circulen adecuadamente a través de las venas y las arterias” (Young KA, 2017;). Por consiguiente, “presión arterial es la fuerza ejercida por la sangre contra las paredes de las arterias cuando el corazón la bombea a todo el cuerpo.” (Arízaga Cordero & Asitimbay Ortega, 2016)

La presión arterial está determinada por dos medidas, “El número superior es la presión máxima que ejerce el corazón cuando late (presión sistólica) y el número inferior es la cantidad de presión que hay en tus arterias entre un latido y otro (presión diastólica)” (Sheps, 2019). De acuerdo a esta medición, la (American Heart Association, 2017) en su nueva guía establece cinco categorías de presión arterial, tales como: normal (sistólica menos de 120 y diastólica menos de 80 mm Hg), elevada (sistólica 120 – 129 y diastólica menos de 80 mm Hg), etapa 1 (sistólica de 130 – 139 y diastólica 80-89 mm Hg), etapa 2 (sistólica de 140 o más alto y 90 mm Hg o más alto) y la crisis hipertensiva (sistólica mayor de 180 y mayor de 120 mm Hg).

Para (Casado Pérez, 2010) la hipertensión, es “la sangre impulsada por el corazón fluye por el torrente sanguíneo, o mejor, por el sistema arterial sometida a una presión denominada presión arterial (PA), o tensión arterial”. Cuando estos niveles superan los 140 mmHg (sistólica) sobre 90 mmHg (diastólica) y se mantiene durante varias semanas son causantes de enfermedades coronarias, accidentes cerebrovasculares y enfermedades renales (Rodríguez & Cantú, 2015).

La hipertensión arterial según diversos autores se conoce como “enfermedad crónica no transmisible cuya prevalencia ha ido en aumento en las últimas décadas, además de tener un rol fundamental en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, la cual se constituye como la primera causa de muerte en muchos países del mundo” (Pienovi, Lara, Bustos, & Amigo, 2015). Esta enfermedad además de ir en aumento, se puede señalar que hay causas asociadas a ella que atribuyen a desencadenar otros problemas de salud -es manifestada como la principal causa de

muerdes anuales a nivel mundial- entre éstas se incluyen los factores socioeconómicos y ambientales.

1.7.2.2 Factores de riesgos asociados a la hipertensión arterial

Se conoce como factor de riesgo a la posibilidad de que una persona desarrolle presión alta, a su vez, el conocimiento de estos factores de riesgo son claves para prevención, manejo y control de la hipertensión arterial (Weschenfelder Magrini, 2012), el riesgo se estratifica según los factores de riesgo cardiovascular asociados en edad mayor a 55 años en hombres y mayor a 65 años en mujeres, el colesterol >200 mg/dl, la diabetes y los antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular.

El Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial, consideró diversos factores de riesgo que están estrechamente asociados con un incremento significativo de la enfermedad cardiovascular y los dividió en; modificables y no modificables, a continuación se mencionan estos factores de riesgo tradicionales a los que una persona está expuesta cotidianamente. (Maguiña Duran, 2014)

Los factores de riesgo no modificables, son aquellos que por su naturaleza no pueden ser tratados o cambiados; dentro de este grupo se puede mencionar la historia familiar de hipertensión, raza, edad y género. Las correlaciones entre padres a hijos tienden a ser menos relevante que aquellos entre hermanos (Casatells, Boscá, García, & Sánchez, 2016, p. 16)

Por otra parte, los factores de riesgo *modificables*, son los que se encuentran asociados a los estilos de vida y pueden ser susceptibles de ser controlados y/o reemplazados por comportamientos saludables, entre ellos se mencionan los aspectos metabólicos -diabetes, dislipidemia y obesidad-, los hábitos -consumo de cigarrillo, sedentarismo, dieta, estrés- y, actualmente, se considera la hipertrofia ventricular izquierda.

En esta misma línea de análisis en un estudio actual según, (Mayo Foundation for Medical Education and Research, 2019), entre los factores de riesgos más comunes que causan presión arterial alta son: la edad, la raza, antecedentes familiares, tener sobrepeso u obesidad, no hacer actividad física, consumo de tabaco, excesiva sal (sodio) en la dieta, muy poco potasio en la dieta, alcoholismo, estrés y ciertas afecciones crónicas, además, en ciertas ocasiones, el embarazo.

En el análisis de determinantes, la “hipertensión sistólica aislada, que es muy frecuente en los adultos mayores, conlleva un riesgo adicional porque el aumento de la presión de pulso (>65 mmHg) se asocia con mayor morbilidad y mortalidad cardiovascular” por la edad consiguiente se constituye en un factor que se relaciona de manera directa no solo con patologías como la hipertensión arterial, sino con diversas enfermedades cardiovasculares (Sánchez, y otros, 2010).

1.7.2.3 Prevalencia de la Hipertensión arterial

La Hipertensión Arterial está distribuida en todas las regiones del mundo, atendiendo a múltiples factores de índole económica, social, cultural ambiental y étnica; mediante un estudio poblacional sobre la prevalencia de la hipertensión arterial en la ciudad de Chiclayo en el 2000, “Según los grupos de edad, se observa que a partir de los 65 años más del 50% presentan HTA, con un incremento progresivo a medida de que la edad aumenta” (OMS, 2013)

La institución de salud de los Estados Unidos, menciona que, “La prevalencia de la HTA incrementa conforme avanza la edad, y aproximadamente tres cuartos de los mayores de 70 años están afectados”. (Coello, 2017). De esta forma se evidencia que la hipertensión arterial es en la actualidad un problema relevante, hasta en los países desarrollados, a causa de que los adultos mayores entran en una etapa donde se encuentra más vulnerables a padecer de ésta entre otras enfermedades.

Según estudios realizados en el mundo se indaga que aproximadamente ocurren 17 millones de defunciones anuales provocadas por patologías cardíacas, casi en su mayor totalidad, por lo menos el 45% de las muertes son producidas por cardiopatías, 51% de las muertes por accidente cerebrovascular. Además, se analiza que la prevalencia ha estado en aumento, en el mundo se estima que 691 millones de personas la padecen.

La frecuencia de la Hipertensión Arterial aumenta con la edad, demostrándose que después de los 50 años casi el 50 % de la población la padece; En cuanto a su etiología es desconocida en el 95 % de los casos, identificándose como esencial o primaria, el restante 5 % es debido a causas secundarias. (Organización Mundial de la Salud, 2013)

En síntesis, la hipertensión ha ido ascendiendo en relación a la mala alimentación, el uso de sustancias psicotrópica (alcohol), a la falta de ejercicios físico, aumento de masa corporal y relacionados a los elementos estresantes. Por otro lado, los efectos adversos de la hipertensión

frente a la salud son complejas ya que se constituye como un factor de riesgo, existe además la probabilidad de padecer infarto de miocardio, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal.

1.7.2.4 Hipertensión arterial: diagnóstico en los adultos mayores.

La hipertensión arterial, en el adulto mayor se evidencia como una complicación progresiva de salud pública, siendo la causa más importante en estudio -el estilo de vida- se señala además que va en aumento en países desarrollados, existiendo una similitud en países en desarrollo, en el caso de las personas adultas mayores, cuyo su sistema inmunológico va en decadencia y limita sus funciones vitales, por lo tanto, son propensas y vulnerables a padecerla.

La hipertensión Arterial tiene de predominio a la población adulta mayor, la prevalencia de esta enfermedad aumenta en 85% y 79% en mujeres y varones respectivamente en personas mayores de 75 años y con ella las posibles complicaciones. En general, la prevalencia de la hipertensión arterial es más alta en las personas que tienen 60 años comparada con adultos más jóvenes. (Mills, Bundy, & Kelly, 2016)

El diagnóstico de hipertensión arterial en el adulto mayor sigue los mismos lineamientos que en el adulto más joven, es decir se deben realizar al menos tres tomas de la presión arterial (PA) en condiciones adecuadas y en visitas realizadas en días diferentes, considerando el brazo con la presión arterial más elevada (Aronow & et al, 2011); el procedimiento incluye la medición de la presión arterial estando el paciente en reposo sentado y con el brazo en horizontal en forma adecuada por lo menos durante 5 minutos.

En el caso de que la medición muestre una presión arterial elevada, deberá ser confirmada, así como también evaluarse la PA luego de tres minutos de permanecer en posición de pie para descartar hipotensión ortostática que es más frecuente en esta población debido a la mayor rigidez de sus arterias y a alteraciones en el sistema autonómico de regulación

En la actualidad un método que se está usando cada vez con mayor frecuencia es el monitoreo ambulatorio de presión arterial el cual ayuda a categorizar adecuadamente la hipertensión en estadios que van a marcar las pautas terapéuticas y permiten diferenciar entre la hipertensión de bata blanca, la hipertensión enmascarada y la hipertensión nocturna entre otros diagnósticos comunes en el adulto mayor (Logan, 2011)

1.7.2.5 Adulto Mayor

Según la (Organización Mundial de la Salud, 2013), determina que las personas de 60 a 74 años son considerados de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos, a todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad.

Al analizar los rangos de edades de la tercera edad, el punto de corte para la edad varía mucho de forma individual, ya que muchas personas encuentran difícil llamarse a sí mismos, adultos mayores, incluso después de la edad de 54 años. Sin embargo, a partir de los 75 años la cantidad de trastornos corporales empieza a aumentar y posterior a los 85 años la mayoría de las personas presentan dificultad en la movilidad y en las funciones sensoriales. (Alva Aparicio, 2016).

Esta etapa del ser humano viene acompañada de grandes cambios y desafíos al igual que de la aparición de varios padecimientos como la hipertensión, diabetes, alzheimer, osteoporosis, entre otros. La hipertensión arterial es una enfermedad que tiene muchas variantes en cuanto a su medición, por tanto, en su estudio se manejan factores biológicos, sociales, económicos, psicológicos y culturales, se constituye “un importante problema médico y de salud pública” (Escobar, Cedeño Párraga, & Maitta Rosado, 2018), más aún, en la tercera edad, que, para tal efecto, desde contexto biológico corresponde a partir de los 60 a 65 años en adelante.

Dado que el ritmo cardiaco varía con la edad, debido a que por la edad surgen diversos cambios que conllevan a la disminución de sus capacidades, la comunidad científica en el área de la medicina realiza estudios con el objetivo de determinar la prevalencia de esta enfermedad en los adultos mayores y disminuir los riesgos mediante la prevención de otros problemas de salud relacionados con la edad.

1.7.2.6 Envejecimiento y su relación con el desarrollo de enfermedades

(López, 2009) refiere “El envejecimiento es un proceso natural de duración variable, homogéneo para cada especie, sobre el que influyen numerosos factores condicionantes; genéticos y ambientales” además menciona que dependiendo del tiempo y de la vulnerabilidad del organismo, se relaciona con la dificultad de adaptación y de la susceptibilidad para contraer enfermedades que pueden ocasionar la muerte.

Según la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, en América Latina, indican que el proceso de envejecimiento se está dando en la población, lo que implica procedimientos ineludibles en políticas de salud para este grupo etario, además esto estipula que se creen y apliquen los programas de servicios sociales y servicios médicos que atiendan las condiciones crónicas que acompaña a la longevidad. (OPS, OMS, 2014)

El envejecimiento en la población se define como el incremento en el tiempo de la mediana de la edad en las personas (Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos Sociales, División de Población., 2016), es decir, un aumento en la proporción de personas que se encuentran en los grupos de mayor edad y un decremento en la proporción de personas en los grupos de menor edad, el proceso de envejecimiento no sólo afecta al Adulto Mayor sino también a la población joven a través de los sistemas de seguridad social, mercados laborales, social y distribución de la economía.

El vínculo entre envejecimiento y enfermedad está bien establecido, por otra parte el riesgo de desarrollar muchas enfermedades aumenta con la edad, las investigaciones sobre el anciano la familia, y su poca inclusión no se deben solo al envejecimiento normal, sino que podría estar relacionado con la falta de atención y cuidado hacia el anciano, la mala afectividad hacia él, evidenciando la afectación de las funciones básicas, además de la integración de la familia con acciones directas en detección y tratamiento de enfermedades del anciano.

1.7.2.7 Cultura

En la interpretación de la cultura se constituye en una respuesta a las necesidades elementales del hombre alimentación y reproducción, dando lugar a una especie de medio secundario cuyos imperativos resultan tan apremiantes como las propias necesidades naturales. Según (Malinowski , 2017) en el trabajo que se acaba de citar, la cultura de los seres humanos está indefectiblemente unida a la necesidad, es esta última la que conduce a la organización, la cual, a su vez, precisa de instituciones. Todas las grandes necesidades del ser humano (refugio, alimento, satisfacción sexual, entre otras), en cualquier cultura, se resuelven mediante la existencia de las correspondientes instituciones.

En el contexto de salud, la cultura, lo cognitivo y lo material se articulan en un modelo médico que explican cómo pacientes y profesionales perciben el fenómeno de salud y

enfermedad, así como a las prácticas o procedimientos con que se enfrentan los procesos de recuperación y mantención de la salud; los elementos cognitivos y prácticos son distintos entre profesionales de la salud y los pacientes, esto ocurre como resultado de los diferentes entornos socioculturales de cada individuo, así como del contexto en que ocurre el entramado de la cultura médica y del contenido propio de la cultura.

1.7.2.8 Creencia cultural

Para (Diez, 2017), “la creencia es una disposición, una potencia del sujeto, del mismo modo que también son los rasgos del carácter, los hábitos o los instintos”, haciendo referencia en otra definición que también señala que la creencia no es un conjunto de acciones reales, sino un conjunto de destrezas a la acción real, en concordancia las tendencias no entrarían en acción sino en circunstancias apropiadas la tendencia, es el hecho de que, si ciertas cosas suceden, tendrían lugar ciertas acciones.

Estas creencias culturales incluyen a cada miembro de la familia -del paciente- con sus historias personales, interacciones, sus sistemas de creencias y sus valores culturales específicos, distorsiones y ambivalencias dentro del propio sistema particular de cuidado, sistema de apoyo, de estrés, ansiedad y de miedos que hacen que abandonen el tratamiento o no acudan al centro médico; en síntesis, las creencias en salud se entenderán como “relaciones arbitrarias entre conductas generadas socialmente, y relaciones dependientes de las funciones contextualmente proporcionadas” (Crespillo-García, 2013).

1.7.2.9 Creencias religiosas

Los estudios que vinculan las creencias religiosas con diversos ámbitos de la vida, han ponderado el análisis del aspecto religioso más que el aspecto disposicional de las creencias (Ramírez y De la Torre, 2009; Burbano 2010; Soto-Sonera 2009; González, 2004; Polanco y Orellana. 2010). La espiritualidad y la religiosidad de los pacientes hipertensos son dimensiones importantes que deben ser consideradas en el desarrollo de un plan de tratamiento holístico según señalan (de Fátima Silva, C., Borges, F. R., Avelino, C. C., 2016),

Las creencias religiosas se asocian con elementos de la religión como tal, por lo tanto, no se limitan a expresiones derivadas de un proceso de adoctrinamiento ideológico-religioso, festividades o rituales, éstas trascienden las formas institucionales de la fe, por lo que las

creencias religiosas no solo son sistemas de creencias entendidas como cuerpos de doctrinas canónicas que se limitan a la producción teológicas y prácticas institucionalizadas (Osorio Pérez, 2017).

La religiosidad y la espiritualidad son campos de elaboración subjetiva en los que la mayoría de la población de América Latina – especialmente en las comunidades rurales- construyen simbólicamente el sentido de su vida y buscan la motivación para superar la crisis existencial debido a las enfermedades y en otras situaciones de la vida.

En este sentido, (Silva , y otros, 2016) citan a Lucchetti , Granero , Nobre , & Avezum (2010) que afirman que la frecuencia de la producción de los estudios científicos sobre la relación entre la hipertensión y los aspectos religiosos y espirituales se ha incrementado en los últimos años, insisten que la religiosidad, la espiritualidad y las creencias personales de los pacientes necesitan ser introducidas en la comprensión de la práctica clínica de los profesionales de la salud.

1.7.2.10 La Interculturalidad en la salud

Según, Salaverry, (2010), define que el concepto de la interculturalidad en salud es como una percepción reciente que se desarrolla para dar respuesta a reivindicaciones de pueblos indígenas y de su derecho a la identidad cultural; pero también corresponde a una tendencia global de incorporar el derecho a la diferencia, que distingue y propicia la convivencia entre distintos grupos culturales en un mismo territorio.

En medicina, si bien el término de interculturalidad en salud es reciente, se entiende como aquello que manifiesta gran parte de lo que se comprende, pero dicha denominación no es nueva sino, en todo caso, es el rescate de una orientación muy antigua de la medicina occidental de incorporar una perspectiva étnica en la interpretación de la enfermedad, en donde hay una interacción entre culturas manteniendo, respetando las diferencias y sus derechos en una forma holística.

Según Fassin y Memmi 2004, la salud intercultural, se entiende como las relaciones entre cuerpo social y cuerpo individual, como una esfera pública y esfera privada donde el individuo, población y el Estado que se encuentran repensadas y modificadas, manifestando las

creencias culturales y las expectativas de los pacientes, en discrepancia con la acción de los profesionales de salud, muchas veces podría obstaculizar la seguridad y adherencia al proceso terapéutico citado en (Boceara, 2007).

1.7.2.11 Medicina complementaria/alternativa

Los términos “medicina complementaria” y “medicina alternativa”, son utilizados indistintamente junto con “medicina tradicional” para describir el uso de suplementos alimentarios, megadosis de vitaminas, preparados de hierbas, té especiales, acupuntura, terapia de masaje, terapia con imanes, curación espiritual y meditación, desde esta perspectiva se menciona el siguiente de análisis de la salud para la explicación de las creencias y práctica por parte de los pacientes hipertensos. (Rojas-Rojas, 2012)

1.7.2.12 Actividad terapéutica

La Organización Mundial de la Salud (OMS) aporta una serie de definiciones para aclarar los diferentes términos utilizados para calificar las medicinas complementarias y alternativas (CAM), una actividad terapéutica y la medicina tradicional, para el caso de actividad terapéutica, se refiere a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades físicas y mentales, la mejora de los síntomas de las enfermedades, así como la modificación o regulación beneficiosa del estado físico y mental del cuerpo.

Se menciona otro análisis por (Choque Mamani, 2015), que especifica también que la actividad terapéutica se refiere a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento satisfactorio de enfermedades y la modificación o regulación beneficiosa del estado físico y mental de las personas. Finalmente, la actividad terapéutica hace referencia a los principios activos de ingredientes que se utilizan en la medicina tradicional como saber ancestral de acuerdo a la cultura para el alivio de los síntomas de las enfermedades.

1.7.2.13 Control terapéutico

El control terapéutico del tratamiento de la HTA, incluye en primer lugar la definición de las categorías, la duración del tratamiento, la habilidad y pericia en la dosificación, teniendo presente aquellos factores que pueden modificar las necesidades del fármaco tales como la edad,

el sexo, las características genéticas, los estados patológicos, las asociaciones medicamentosas, costumbres y actitudes.

Para el desarrollo de la investigación, se hace una relación de control terapéutico con la adherencia terapéutica que puede definirse como un proceso dinámico que incluye la “implicación activa y de colaboración voluntaria del paciente en un curso de comportamientos, aceptados, de mutuo acuerdo, con el fin de producir el resultado terapéutico deseado”, tal como lo define DiMatteo y DiNicola citado en (Fajardo Diez, 2013).

1.7.3 Fundamentación de Enfermería

Muchos artículos documentan la utilización de la teoría del Autocuidado como base del ejercicio de la profesión, Dorothea E. Orem, aunque considera que no ha habido influencia principal, cita los trabajos de muchas enfermeras por la contribución que han realizado a la Enfermería, entre éstas incluye la teoría desarrollada por: Abdallah, Henderson, Johnson, Nightingale y otras.

En este sentido para fundamentar este trabajo de investigación se realizó el análisis de teorías de la enfermería.

1.7.3.1 Teoría de los “Cuidados Culturales: Teoría de la Diversidad y la Universalidad”

En las fuentes teóricas; Leininger se basó en la disciplina de la antropología y de la enfermería, definió la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, es un modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura. (Alligood & Tomey, 2011).

Esta teoría fundamenta su aprendizaje en estudios comparativo y el análisis de las culturas aplicadas a la enfermería en la teoría de transculturación, como salud, etnoenfermería,

diversidad de los cuidados culturales, universalidad de los cuidados cultura. En la que define los principales conceptos, teorías investigaciones y la práctica de la enfermería transcultural, centrándose en tres tipos de cuidados; presentación, mantenimiento de los cuidados culturales; de adaptación y negociación de los cuidados culturales y reorientación o reestructuración de los mismos, así contrarrestando los factores culturales en el ámbito de la formación y ejercicio profesional, utilizando como bases para el desarrollo de la investigaciones empleando el método cualitativo.

Muchos artículos documentan la utilización de la teoría de los Cuidados tras culturales y la Teoría de la diversidad y la Universalidad, como base del ejercicio de la profesión, trazando metas a la enfermería para proporcionar cuidados coherentes con valores y prácticas culturales; para alcanzar tres formas de actuación, entre ellas se mencionan la prevención, la acomodación y remodelación de los cuidados culturales.

1.7.3.2 El Modelo de Valoración por Patrones Funcionales de Salud de M. Gordon

Este modelo realiza la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología para determinar la relación entre las creencias culturales y la hipertensión arterial con la obtención de una importante cantidad de datos relevantes de la persona (físicos, psíquicos, sociales, del entorno), de una manera ordenada, lo que facilita a su vez el análisis de los mismos. La valoración se realiza mediante la recogida de datos subjetivos, objetivos, la revisión de la historia clínica o informes de otros profesionales.

Marjory Gordon define los patrones como una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a la salud, calidad de vida y al logro del potencial humano. (Álvarez Suarez, del Castillo Arévalo, Fernández Fidalgo, & Muñoz Meléndez, 2010).

En cuanto a los patrones que sustentan esta investigación se analizan dos:

Patrón 1. Percepción manejo de la salud: Pretende conocer la propia percepción de la persona sobre su situación salud y bienestar en cuanto a las creencias culturales y su relación con la hipertensión; incluye los estilos de vida, prácticas de promoción de salud y de prevención de riesgo, prescripciones médicas y de enfermería.

Patrón 11: valores – creencias: Describe el patrón de los valores y las creencias espirituales y/o religiosas que influyen en la adopción de decisiones incluye cosas percibidas como importantes en la vida, la percepción de la calidad de vida, conflicto con los valores o creencias importantes, las expectativas relacionadas con la salud.

1.7.4 Definición conceptual de términos utilizados en el desarrollo de la investigación.

1.7.4.1. Presión Arterial

Está determinada por la cantidad de sangre que el corazón bombea como por el grado de resistencia al flujo de la sangre en sus arterias, cuanto más sangre el corazón bombee y más estrechas estén sus arterias mayor será su presión arterial ocasionando daños a los vasos sanguíneos y al corazón, esta cuenta con dos registros los cuales son: presión sistólica de 120 mm Hg, que es la contracción ventricular y la presión diastólica con 80 mm Hg, que hace referencia a la relajación ventricular entre un latido y el otro. Cuando hay alguna alteración en sus valores se considera una enfermedad, por ende, realizarse un seguimiento minucioso para detectar a una persona hipertensa. (Califano, 2016).

1.7.4.2. Hipertensión arterial

También se conoce como presión arterial alta, es una alteración en la que los vasos sanguíneos reciben una presión elevada de forma continua, lo que puede afectarlos (Organización Mundial de la Salud, 2015), entre más alta está la presión, más trabajo tiene que efectuar el corazón para bombear la sangre. La tensión arterial se considera normal en adultos cuando se encuentra en un rango de 120 mm Hg de tensión sistólica y 80 mm Hg de tensión diastólica. Cuando está en 140 mm Hg o superior a esta la tensión sistólica y en 90 mm Hg o superior la diastólica se puede considerar que se está haciendo referencia a una hipertensión. (Coello, 2017)

1.7.4.3. Clasificación de la hipertensión

Presión normal: menos de 120 (presión sistólica) / 80 (presión diastólica). Estos valores corresponden a un adulto en reposo. Si este es el caso, puede continuar todas tus actividades como hasta ahora.

Pre-hipertensión: 120-139 (presión sistólica) / 80-89 (presión diastólica). Si este es el caso, debería modificar el estilo de vida y asegurarse de monitorear continuamente el nivel de presión arterial.

Presión alta o hipertensión de grado 1: 140-59 (presión sistólica) / 90-99 (presión diastólica). Si este es el caso, también debería modificar el estilo de vida y, posiblemente, tomar medicaciones indicadas por el médico para bajar estos niveles.

Presión alta o hipertensión de grado 2: 160 o más (presión sistólica) / 100 o más (presión diastólica). En este caso también se debería modificar el estilo de vida y tomar medicaciones indicadas por el doctor para bajar estos niveles.

Crisis Hipertensiva: Es un aumento grave de la presión arterial que puede provocar un accidente cerebrovascular. La presión arterial extremadamente alta —una presión máxima (presión sistólica) de 180 milímetros de mercurio (mm Hg) o más o una presión mínima (presión diastólica) de 120 mm Hg o más— puede dañar los vasos sanguíneos. Los vasos sanguíneos se inflaman y podrían generar pérdidas de líquido o sangre. Como resultado, el corazón no podría bombear la sangre de forma eficaz.

1.8 Hipótesis, Variable y Operacionalización

1.8.1 Pregunta de investigación.

¿Qué tipo de Creencias culturales repercuten en la Hipertensión arterial del adulto mayor de la Comuna Río Verde de la Provincia de Santa Elena 2018- 2019?

1.8.2 Asociación empírica de variables.

Variable Independiente	Variable dependiente	Variable intervinientes	
Creencias culturales	Hipertensión Arterial	Control	terapéutico
Creencias sobre la salud	Prevalencia	Costumbres	
Mitos y concepciones	Evolución de la enfermedad	Nivel socioeconómico	
Religión	Clasificación de Hipertensión	Sexo	
Medicina alternativa		Ocupación	
		Nivel académico	

Elaborado por: Caiche Díaz Mónica Edith y Panchana Salinas Geovanna Raquel.

1.8.3 Operacionalización de variables.

Variable Dependiente: Hipertensión Arterial

Dimensiones	Instrumentos	Indicadores	Escala
Prevalencia	Ficha sociodemográfica	Diagnóstico previo de HTA	Si No
Evolución de la enfermedad	Ficha sociodemográfica	Tiempo en años	Menos de un año 1 a 3 año 3 a 5 año 5 año en adelante
Clasificación	Guía de medición de la presión arterial	Categorías	Normal (120/80 mm/hg) Elevada (120-129/menos de 80mm/hg) Etapa 1(130-139/80-89mm/hg) Etapa 2 (140 o más/90 o más mm/hg) Crisis hipertensiva (mayor de 180/120mm/hg)

Elaborado por: Caiche Díaz Mónica Edith y Panchana Salinas Geovanna Raquel.

Variable Independiente: Creencias culturales

Dimensiones	Instrumento	Indicadores	Escala
--------------------	--------------------	--------------------	---------------

Creencias sobre la salud	BMQ-General (Beliefs about Medicines Questionnaire)	Creencias sobre la Medicación-General	1 (totalmente en desacuerdo) 2 (en desacuerdo) 3 (ni de acuerdo, ni en desacuerdo) 4 (de acuerdo) 5 (totalmente de acuerdo).
Mitos y concepciones	Encuesta prediseñada	Creencias sobre el estilo de vida; (alimentación, actividad física y afrontamiento al estrés).	1 (totalmente en desacuerdo) 2 (en desacuerdo) 3 (ni de acuerdo, ni en desacuerdo) 4 (de acuerdo) 5 (totalmente de acuerdo).
Religión	Encuesta prediseñada	Creencias sobre la religión	Católica Evangélica Testigos de Jehová Otras
Medicina alternativa	Encuesta prediseñada	Creencias sobre la Fitoterapia	1 (totalmente en desacuerdo) 2 (en desacuerdo) 3 (ni de acuerdo, ni en desacuerdo) 4 (de acuerdo) 5 (totalmente de acuerdo).

Elaborado por: Caiche Díaz Mónica Edith y Panchana Salinas Geovanna Raquel.

CAPÍTULO III

Diseño metodológico

2.1 Tipo de estudio.

Es un estudio descriptivo, porque permitió describir las características del universo de la investigación (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010), se obtuvo información sobre las creencias culturales relacionadas con la enfermedad como la alimentación, actividad física, sentimientos y emociones, fitoterapia y tratamientos caseros, y entre otros la religión; además de las creencias sobre la medicación-general.

Es considerada un estudio transversal porque la recolección de la información (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010), se realizó en un lapso de tiempo es decir de enero a abril 2019, evaluando a la población objeto de estudio en una ocasión para analizar la problemática de investigación y obtener datos relevantes sobre las creencias culturales y su influencia en los adultos mayores hipertensos.

Se utilizó la investigación de campo en la misma que se identificó sobre las creencias culturales y su relación con la hipertensión arterial en los adultos mayores en la comunidad de Río Verde, a través de la encuesta se obtuvo información sobre la realidad, dando respuesta al problema planteado en la investigación

Es una investigación cuantitativa porque establece influencia (Sautu, 2005) entre las variables, basándose en la recolección de datos a través de la encuesta, a su vez se determinan otros elementos en la población de adultos mayores de la comuna Río Verde.

2.2 Universo y Muestra.

Este trabajo de investigación tiene una población de 243 personas, lo cuales firmaron el consentimiento informado como participantes de la investigación de adultos mayores constituyéndose en el universo de dicho estudio; para la obtención de la muestra se aplicó técnicas de muestreo probabilístico mediante la fórmula de muestreo aleatorio simple para poblaciones finitas tomando en cuenta un nivel de confianza del 95% con un margen de error de

5%, dando como resultado una muestra de 149 adultos mayores, los cuales se convierten en la unidad de estudio.

La muestra es una extracción de la población, para el presente estudio se realizó un muestreo probabilístico, aleatorio simple.

Se tomará en consideración los socios comuneros de la población que son 243 personas.

N = Población	243
Σ^2 = Nivel de Confianza	$[(1,96)]^2$
P = Probabilidad de ocurrencia	0,5
Q = Probabilidad de no ocurrencia	0,5
e = Error máximo	5%

$$n = \frac{\sigma^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{e^2(N - 1) + \sigma^2 \cdot P \cdot Q}$$

$$n = \frac{1,96^2(0,5)(0,5)(243)}{0,05^2(243 - 1) + 1,96^2(0,5)(0,5)}$$

$$n = \frac{243}{1,5954}$$

$$n = 149$$

2.3 Técnicas e instrumentos.

2.3.1 Técnicas

2.3.1.1 Observación

La técnica de la observación constituye un papel importante en la investigación debido a su amplia colaboración puesto que el investigador mediante esta técnica descubrirá diferentes alternativas para elaborar una solución al problema de estudio, además de su gran facilidad en expresar lo que se alcanzó a observar en todo el transcurso de la investigación aportando

información y datos relevante que otras técnicas no alcanzan, siendo esta una manera sencilla y rápida que proporciona lo que se requiere en la investigación. (Galán, 2013).

2.3.1.2 Encuesta

La encuesta consiste en la observación no directa de los hechos por medio de lo que expresan los participantes, tiene como principal instrumento de recolección de información un cuestionario (Sautu, 2005). En este sentido se aplicó un instrumento prediseñado con el tutor donde se evalúan 28 preguntas, las cuales están agrupadas por secciones sociodemográficas, que a su vez se subdividen en: sexo, edad, escolarización, diagnóstico, tiempo de evolución, categoría de la hipertensión, alimentación, actividad física, sentimientos y emociones, fitoterapia y otros tratamientos caseros y la religión.

2.3.1.3 Instrumentos

Los instrumentos como indica (Ruiz, 2016), consisten en traducir las dimensiones en elementos medibles; es decir, pasar de las dimensiones a los indicadores y de los indicadores a las preguntas, para esta investigación, se aplicó el cuestionario basado en las Creencias sobre la Medicación: BMQ (Beliefs about Medicines Questionnaire), de acuerdo a las características generales y específicas en relación a las variables de estudio, se tomó como anexo las creencias de la medicación en general en el que se evaluaron 8 preguntas.

2.4 Procesamiento de información.

Posterior a la obtención de los datos, que se procesaron en el programa Microsoft Excel 2017, generando tablas de frecuencia e histogramas de frecuencia lo que facilitó la presentación de los resultados para el análisis e interpretación de los mismos, integrando a su vez todos los datos cuantitativos para determinar el alcance de cada uno de los objetivos planteados en esta investigación.

CAPÍTULO IV

4.1 Análisis e Interpretación de resultados.

En el presente capítulo se da a conocer los resultados obtenidos mediante el instrumento de investigación, aplicados a 149 adultos mayores de la Comuna Río Verde del cantón Santa Elena, de acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación se procede a la tabulación donde se continúa con el análisis e interpretación de los resultados por medios de gráficos estadísticos.

Cumpliendo con el primer objetivo específico de la investigación: Caracterizar sociodemográficamente la población adulta mayor de la comuna Río Verde. En la gráfica 1 se evidencia que el 54% de adultos mayores de la comuna Río Verde pertenecen al sexo femenino y solo 46% al sexo masculino. Por lo que es evidente que la mayoría de adultos mayores de la comunidad que tienen hipertensión arterial son mujeres.

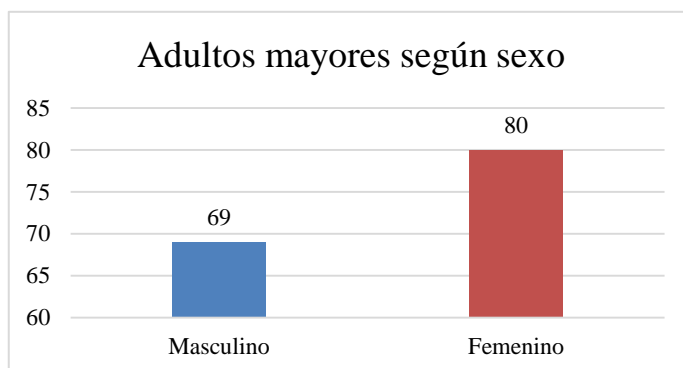


Gráfico 1. Adultos mayores según sexo. Obtenida de un cuestionario de preguntas. Elaborado por Panchana Salinas Geovanna Raquel y Caiche Díaz Mónica Edith.

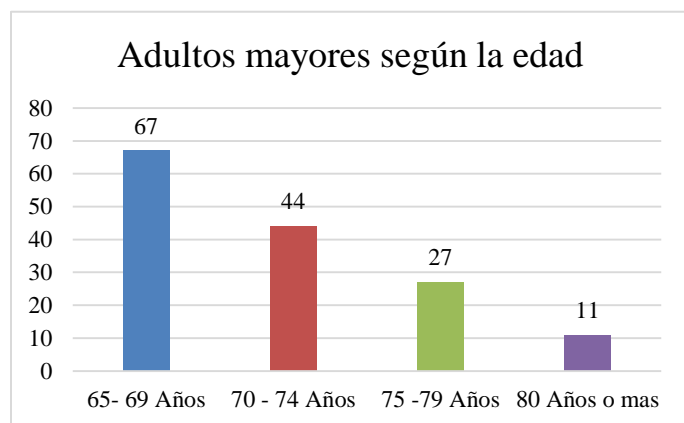


Gráfico 2. Adultos mayores según la edad. Obtenida de un cuestionario de preguntas. Elaborado por Panchana Salinas Geovanna Raquel y Caiche Díaz Mónica Edith.

Siguiendo con el objetivo antes mencionado. En el gráfico 2 se constató que, el 45% de la población son adultos con patología hipertensiva corresponden al rango de edad de 65 a 69 años, además se observó que solo el 7% de ancianos sobrepasan los 80 años de edad, por lo que el grupo de grandes longevos con esta patología es un número reducido.

En relación al nivel académico se evidenció en la gráfica 3, que el 52% de la población adulta mayor de esta comunidad alcanza la educación primaria incompleta seguida del 43% que alcanza la educación completa. Por tal razón es evidente que gran parte de los adultos mayores poseen un nivel educativo básico, lo que podría relacionarse de una u otra forma con la concepción de los mismos hacia el mundo y cada uno de los procesos vitales y el manejo de su salud.

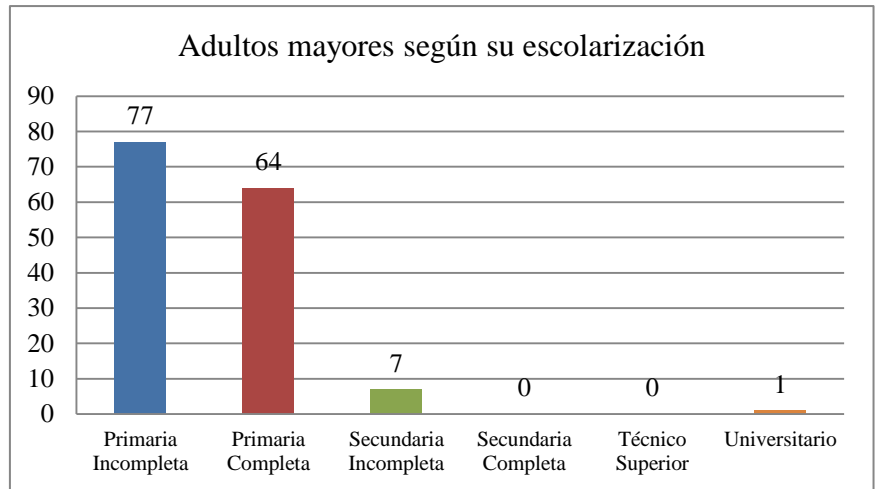


Gráfico 3. Adultos mayores según su escolarización. Obtenida de un cuestionario de preguntas. Elaborado por Panchana Salinas Geovanna Raquel y Caiche Díaz Mónica Edith.

De acuerdo al segundo objetivo relacionado a la prevalencia de hipertensión arterial en adultos mayores en la población objeto de estudio se pudo analizar lo siguiente:

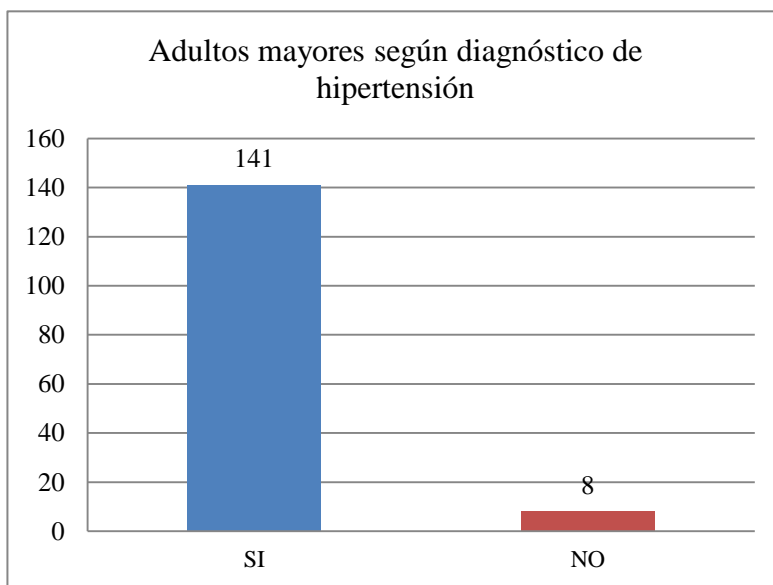


Gráfico 4. Adultos mayores según diagnóstico de Hipertensión. Obtenida de un cuestionario de preguntas. Elaborado por Panchana Salinas Geovanna Raquel y Caiche Díaz Mónica Edith

En el gráfico 4 se constató que el 95% de los adultos mayores de la comuna Río Verde, presentan un diagnóstico médico de Hipertensión y mientras que un 5% de adultos mayores de la comunidad no posee diagnóstico clínico de esta patología. Es por esto que se identifica una prevalencia de 9,5 hipertensos por cada 1000 habitantes.

En la gráfica 5 se presenta el tiempo de evolución de la Hipertensión. Se evidenció que la mayor parte de la población de hipertensos de la comuna Río Verde con cifras que bordean el 36% corresponden al rango de 3 y 5 años de evolución de la mencionada enfermedad, se corroboró de manera adicional que solo existen variaciones mínimas en los otros rangos de evolución analizados los cuales de manera independiente solo alcanzan en el mejor de los casos el 20% de la población objeto de estudio.

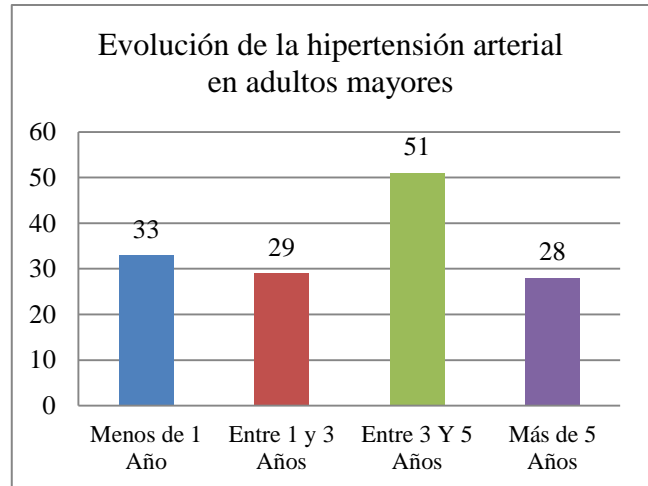


Gráfico 5. Adultos mayores según tiempo de evolución de la enfermedad. Obtenida de un cuestionario de preguntas. Elaborado por Panchana Salinas Geovanna Raquel y Caiche Díaz Mónica Edith

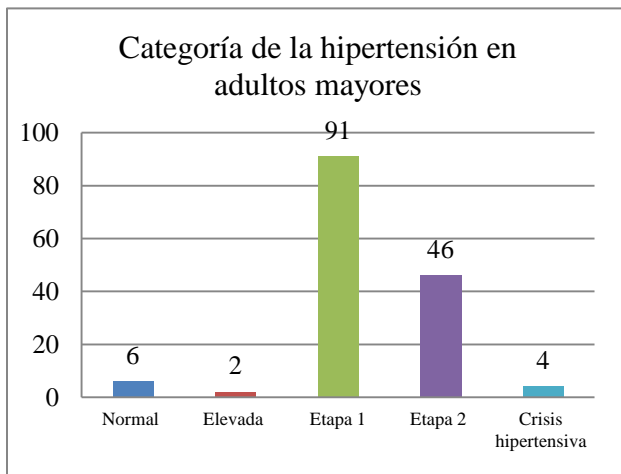
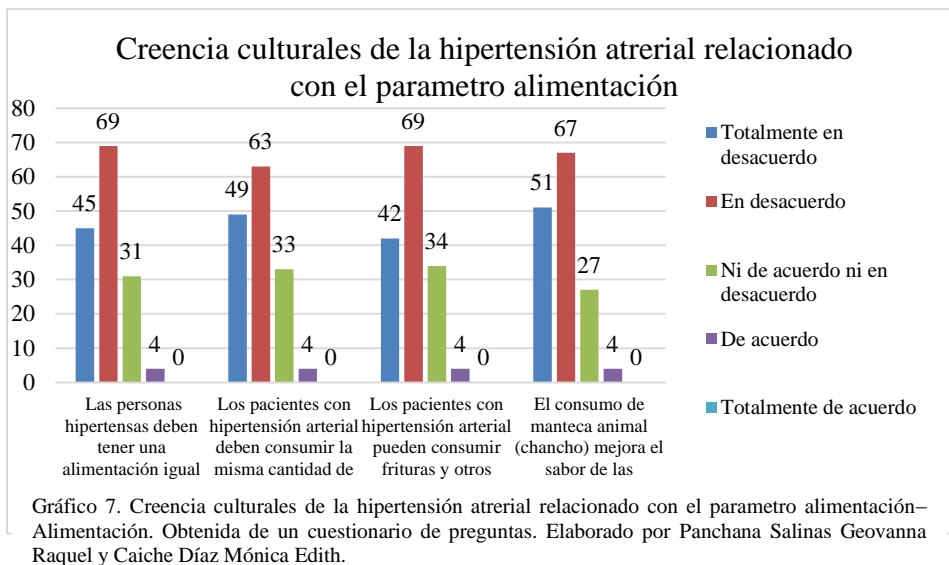


Gráfico 6. Adultos mayores según categoría de Hipertensión. Obtenida de un cuestionario de preguntas. Elaborado por Panchana Salinas Geovanna Raquel y Caiche Díaz Mónica Edith.

En el gráfico 6 se establece la categoría de Hipertensión. El 61% de los adultos mayores de la comuna Río Verde presentan la etapa 1 constituyendo la mayoría de personal analizado; en contraste con el 5% que comprende los adultos encasillados los ítems normal y elevada. Un mínimo del porcentaje equivalente al 3% se encuentra en la etapa de la crisis hipertensiva que comprende a la fase más grave del problema de salud.

De acuerdo al tercer objetivo de la presente investigación que consiste en identificar las creencias culturales relacionadas con de la hipertensión arterial en adultos mayores, mediante una encuesta prediseñada se valoró los parámetros de la variable Mitos y concepciones enfocado en aspectos como alimentación, actividad física, sentimientos y emociones, incluyendo otras variables como la fitoterapia y tratamientos caseros, y religión; adicional a ello se

evaluaron las Creencias sobre la Medicación General a través de la escala BMQ (Beliefs about Medicines Questionnaire).



De acuerdo al gráfico 7, existen varias creencias culturales que los adultos mayores de la comuna Río Verde poseen en relación a la hipertensión. En referencia a los

mitos y concepciones relacionados con la alimentación, la mayor parte de ítems evaluados como el consumo de alimentos procesados y de alta concentración de ácidos grasos, el consumo de grasas animales y el consumo de sodio más del 75%, está en desacuerdo o totalmente en desacuerdo que las personas con hipertensión deban tener un libre consumo de los mismos; en contraste solo el 3% está de acuerdo con esta creencia, lo que evidencia que la población objeto de estudio posee creencias acertadas a cerca del valor de la alimentación como parte de la actividad terapéutica empleada en personas con afecciones crónicas de este tipo.

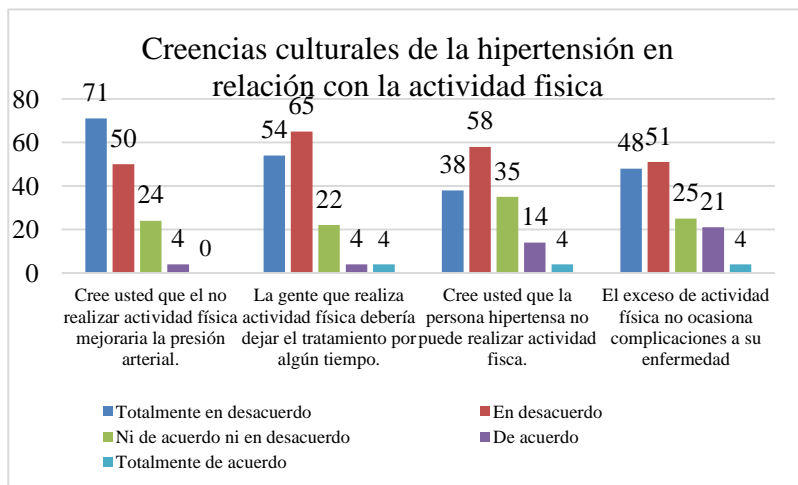


Gráfico 8. Creencias culturales de la hipertensión en relación con la actividad física. Obtenida de un cuestionario de preguntas. Elaborado por Panchana Salinas Geovanna Raquel y Caiche Díaz Mónica Edith.

De acuerdo a la gráfica 8, existen varias creencias culturales que los adultos mayores de la comuna Río Verde presentan, en relación a la hipertensión. En concordancia a los mitos y concepciones relacionados con la actividad física, la mayor parte de ítems evaluados como el no realizar

actividad física, dejar el tratamiento por algún tiempo y el exceso de actividad física no ocasiona complicaciones, se evidenció que el 81% está en desacuerdo y totalmente en desacuerdo que los enfermos con hipertensión puedan extremar en aspectos relacionados con la actividad física como terapéutica para su patología crónica; por el contrario solo el 3 % está de acuerdo con estas creencia, señalando que la población objeto de estudio tiene creencias acertadas a cerca del valor de la actividad física como parte del control terapéutico empleado en personas con afecciones crónicas de este tipo.

De acuerdo al gráfico 9, existen varias creencias culturales que los adultos mayores de la comuna Río Verde presentan relacionado a la hipertensión. En correlación a los mitos y concepciones relacionados con los sentimientos y emociones, Los ítems evaluados como pleitos

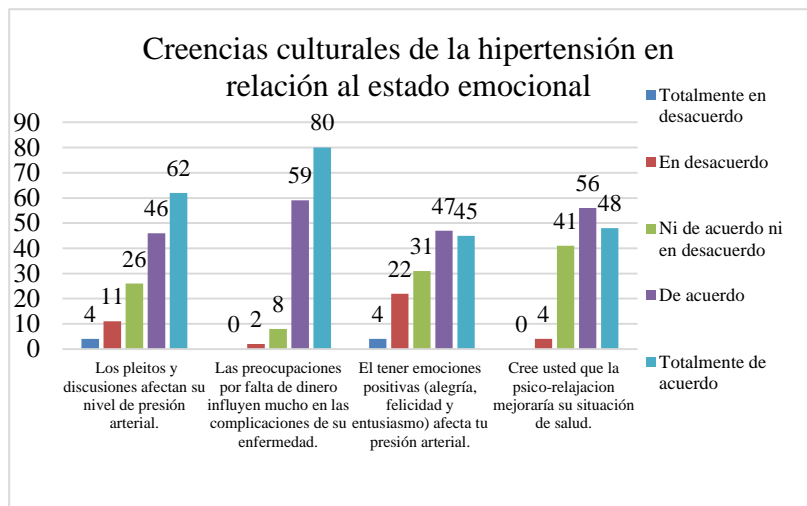


Gráfico 9. Creencias culturales de la hipertensión en relación al estado emocional. Obtenida de un cuestionario de preguntas. Elaborado por Panchana Salinas Geovanna Raquel y Caiche Díaz Mónica Edith.

y discusiones, la falta de dinero, emociones positivas y la psico-relajación, el 72% está en desacuerdo y totalmente de acuerdo que las alteraciones sentimentales y emocionales influyen de sobremanera en el origen, control terapéutico y aparición de complicaciones de la enfermedad.

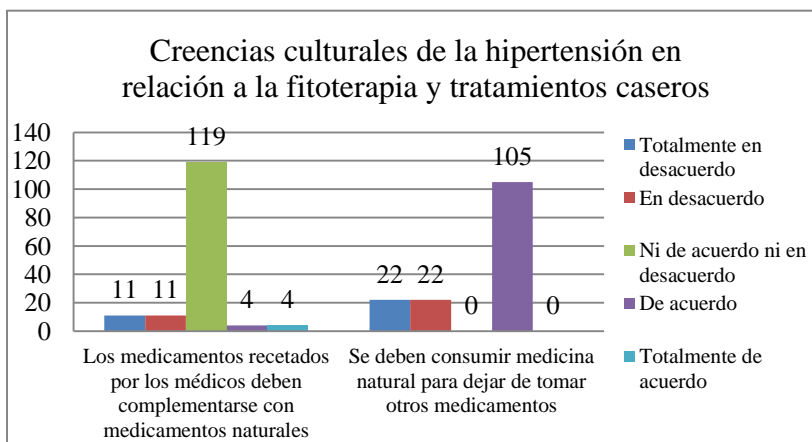


Gráfico 10. Creencias culturales de la hipertensión en relación a la fitoterapia y tratamientos caseros. Obtenida de un cuestionario de preguntas. Elaborado por Panchana Salinas Geovanna Raquel y Caiche Díaz Mónica Edith.

De acuerdo a la gráfica 10, variable fitoterapia y tratamientos caseros, el ítem que consultó si los medicamentos recetados por los médicos deben complementarse con los remedios caseros como

tratamiento para el control de la hipertensión, según el parámetro evaluados en la encuesta cerca del 80% de participantes demostró que no están ni de acuerdo ni en desacuerdo y por lo contrario el 6% de los otros parámetros está de acuerdo y totalmente de acuerdo con esta creencia.

Además, se evidenció que el 70% de la población adulta mayor está de acuerdo que se debe consumir medicina natural para dejar de tomar otros medicamentos, lo que demuestra que la población objeto de estudio, prioriza la fitoterapia como terapéutica para el control de la hipertensión arterial en sus diversas formas.

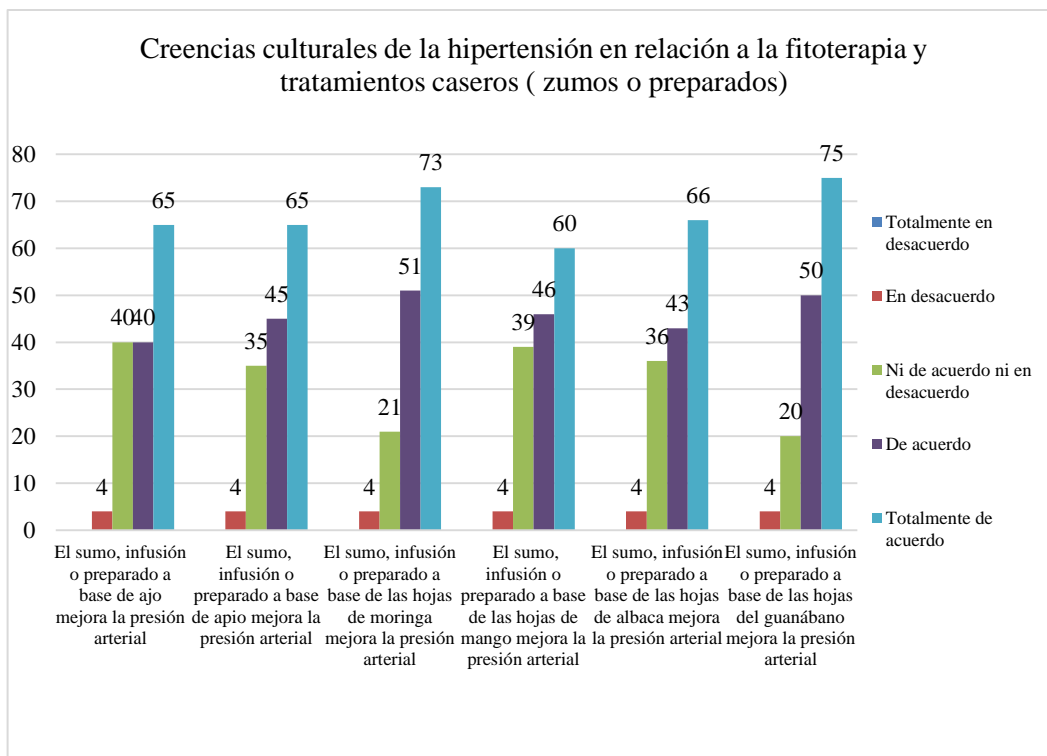


Gráfico 10.. Creencias culturales de la hipertensión en relación a la fitoterapia y tratamientos caseros (zumo o preparados). Obtenida de un cuestionario de preguntas. Elaborado por Panchana Salinas Geovanna Raquel y Caiche Díaz Mónica Edith.

Entre los fitos fármacos más conocidos en la población que poseen a su percepción efectos sobre la presión arterial se logró determinar que cerca del 50% de encuestados refirió que los productos a base de hoja de guanábano y

moringa son los que consideran más efectivos para dicha patología, sin restar importancia a otros zumos, infusiones o preparados a base de apio, ajo, hoja de mango, hojas de albahaca para mejorar la presión arterial que alcanzaron la consideración de cerca del 40% de los adultos mayores objeto de la investigación.

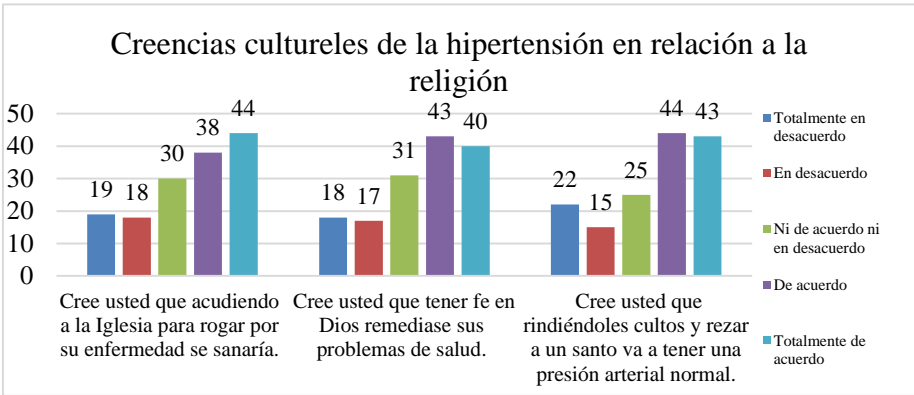


Gráfico 11. Creencias culturales de la Hipertensión en relación a la religión. Obtenida de un cuestionario de preguntas. Elaborado por Panchana Salinas Geovanna Raquel y Caiche Díaz Mónica Edith.

De acuerdo a la gráfica 11, relacionado a la religión el cual fue indistinto a la patología ya que no se halló ninguna relación significativa; demostrando que el 30% está totalmente de

acuerdo que acudiendo a la Iglesia para rogar por su enfermedad se sanaría, solo un 12% está en desacuerdo con la afirmación. Así mismo un 29% de la población está de acuerdo que tener fe en Dios remediase sus problemas de salud; en la misma figura se evidencia que el 30% de la población está de acuerdo que rindiéndoles cultos y rezar a un santo va a tener una presión arterial normal.

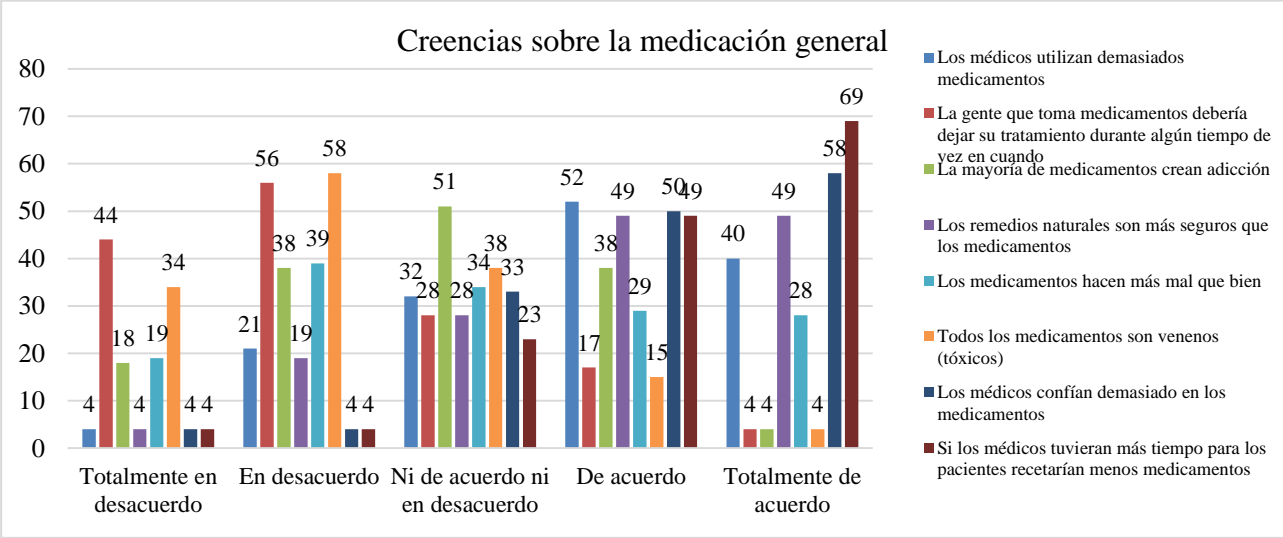


Gráfico 12. Creencias sobre la medicación general. Obtenida de un cuestionario de preguntas. Elaborado por Panchana Salinas Geovanna Raquel y Caiche Díaz Mónica Edith.

De acuerdo a la gráfica 12, al evaluar las creencias sobre la medicación general se logró determinar que la personas consideran que, si los médicos tuvieran más tiempo, recetarían menos medicamentos ya que por la edad significativa de la población objeto de estudio no están en sus capacidades cognitivas de memorizarse horarios determinados para consumir los medicamentos antipertensivos. Más del 79% de la población de adultos mayores de la comuna Río Verde está de acuerdo y totalmente de acuerdo que los médicos utilizan demasiados medicamentos.

Conclusiones.

Luego del estudio realizado sobre las creencias culturales y su relación con la hipertensión arterial en adultos mayores de la Comuna Río Verde del Cantón Santa Elena 2018-2019, se concluye que:

Entre las características sociodemográficas de la población objeto de estudio se evidencia que la mayoría de adultos mayores de la comuna Río Verde que son diagnosticados con hipertensión arterial son mujeres, con edades que van entre 65 a 69 años; con un nivel educativo donde la mayor parte de la población no ha concluido la educación primaria completa.

En relación a los mitos y concepciones, las tres cuartas partes de la población poseen concepciones favorables relacionados al entorno de la alimentación, actividad física, sentimientos y emociones, esto logró determinar que dentro de las creencias culturales evidenciadas en la población, la ponderación de mayor incidencia fueron los adultos mayores ya que utilizan la fitoterapia como punto principal en su terapia alternativa donde incluyen la moringa y hoja de guanábano como medicamentos complementarios para compensar su período de hipertensión arterial, demostrando que el incumplimiento terapéutico y farmacológico no es efectivo debido a que las creencias culturales interfieren en las conductas preventivas, adherencia terapéutica, interpretación de los síntomas y en la concepción médica de los profesionales de la salud.

En relación a la prevalencia de la Hipertensión arterial en adultos mayores se demostró que la población objeto de estudio, se constató que el 9,5 de cada mil habitantes, presentaron diagnóstico médico de Hipertensión arterial, lo cual la evolución clínica de la enfermedad arroja que los adultos mayores han tenido un tiempo estimado menor a 5 años para detectar dicha patología, categorizándose en la etapa 1 y cerca de las dos terceras partes de los investigados se encuentran en la etapa 2.

Recomendaciones.

Luego del análisis de los resultados y conclusiones se recomienda:

La realización de estudios en el que se incluyan todos los grupos de edades de distintos sexo, indagando a cerca de los parámetros importantes de las creencias culturales relacionadas con la hipertensión arterial, al personal de salud que, en los controles terapéuticos, incluyan la asistencia psicológica y educativa, en cuanto a información sobre la evolución de la enfermedad, respetando sus creencias, pero sin dejar concientizar sobre la importancia de la toma de medicamentos, que a la vez disminuirá a que la hipertensión llegue a etapas avanzadas o críticas.

Organizar actividades de promoción de la salud basadas en la orientación de los usuarios para la correcta gestión de su salud enfocada en el manejo de la fitoterapia como tratamiento complementario y coadyuvante para la hipertensión arterial y a su vez proponer políticas públicas que alarguen el tiempo de atención de los médicos a sus pacientes, en el ejercicio de garantizar un manejo holístico de la salud de la población, especialmente de este grupo de atención prioritaria.

Fortalecer los servicios de salud local enfocados en los principios de la atención primaria en salud, bajo un enfoque preventivo para de esta forma incidir en la reducción de la incidencia de la hipertensión arterial como enfermedad predominante en la población objeto de estudio y en el caso de presentarse la enfermedad estas personas convivan con ella en el marco de bienestar y con calidad de vida óptima.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía en texto:

- Coca, A., López, P., & Thomopoulos C. (2017). Best antihypertensive strategies to improve blood pressure control in Latin America: position of the. *Journal of Hypertension*, 1(1), 1-13.
- Córdova Alarcón, S. B. (2018). Identificación del porcentaje de pacientes adultos mayores con mala adherencia al tratamiento antihipertensivo y los factores asociados en la consulta externa de medicina interna de un hospital público de la ciudad de Quito en el primer semestre del 2018. *136(4)*, 8-16.
- Corren, D., Arrivillaga, M., & María, V. (2004). Conocimientos y Creencias sobre la hipertensión en usuarios de servicios de salud. *Pensamiento Psicológico*, 4-58.
- Crespillo-García, E. R.-R.-T. (2013). Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedicados desde una perspectiva cualitativa. *Revista de Calidad Asistencial*, 28(1), 56-62., 28(1) 56-62.
- Díez Patricio, A. (. (2017). Más sobre la interpretación (II): ideas y creencias. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 127-143.
- Llibre, J., Laucernique, T., Noriega, L., & Guerra, M. (2011). Prevalencia de hipertensión arterial, adhesión al tratamiento y su control en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina.*, 242-251.
- Pazos, R. (2014). Validación de un instrumento que facilite el proceso de atención de enfermería en el marco de la teoría de Pender. España.
- Sautu, R. (2005). Manual de metodología: construcción del marco teórico, formulación de los objetivos y elección de la metodología. Clacso.

Bibliografía en web:

- Agudelo, S. &. (2014). Revisión crítica y análisis comparativo de los requerimientos normativos para la autorización de comercialización de productos naturales en diferentes países (Doctoral dissertation, Universidad Nacional de Colombia-Sede Bogotá).
- Álvarez Suarez, J. L., del Castillo Arévalo, F., Fernández Fidalgo, D., & Muñoz Meléndez, M. (Junio de 2010). Manual de Valoración de Patrones. Servicio de salud del principado de asturias, 24. Recuperado el 20 de Marzo de 2019
- American Heart Association. (13 de 11 de 2017). Welcome to the AHA / ASA Newsroom. Obtenido de Redefinición de la hipertensión arterial por primera vez en 14 años: 130 es el nuevo valor para la presión alta.

- Arízaga Cordero, M. D., & Asitimbay Ortega, J. (2016). Conocimientos, actitudes y prácticas de los pacientes con diagnóstico de hipertensión que acuden al servicio de cardiología de la consulta externa del IESS Seguro de Salud Central, Cuenca 2015. Cuenca, Ecuador.
- Armas, M. J., & Padilla, M. L. (2013). La hipertensión en Latinoamérica. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*, vol.1(1), 4-8.
- Aronow , W., & et al. (2011). A report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert. *Consensus Documents.*, 123.
- Asamblea Nacional del Ecuador. (2011). Constitución, 2008. Quito, Ecuador: Registro Oficial No. 449.
- Bell Santos, H. (2011). Hipertensión arterial conducente a enfermedad cerebrovascular por incumplimiento del plan medicamentoso. *Medisan*, 204-208.
- Boceara, G. (2007). Etnogubernamentalidad: la formación del campo de la salud intercultural en Chile. *Chungará (Arica)*,. *Scielo*, 39(2),.
- Buendía, J. A. (2012). Actitudes, conocimientos y creencias del paciente hipertenso. *Revista del Instituto Nacional de Salud Biomédica*, 32(4), 581.
- Chobanian, A., akris, G., Black, H., Cushman, W., Green, L., Izzo, J., . . . Progra, T. N. (2003). Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto en Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Fundación FEMEBA.
- de Fátima Silva, C., Borges, F. R., Avelino, C. C. (2016). Espiritualidade e religiosidade em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. *Revista Bioética*, 24(2).
- Díez Patricio, A. (. (2017). Más sobre la interpretación (II): ideas y creencias. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 37(131), 127-143.
- Logan, A. (2011). Hypertension in aging patients. *Expert Rev Consensus Documents*, 123.
- López. (11 de Marzo de 2009). ¿Que es el envejecimiento? Contenido ID=58673
- Lucchetti , G., Granero , A., Nobre , F., & Avezum , J. (2010). Influência da religiosidade e espiritualidadena hipertensão arterial sistêmica. 2010;17(3):186-8. *Rev Bras Hipertens.*, 17(3):186-8.
- Macías, I., Condiés, L., Landrove, O., Pérez, D., Vásquez, A., Guerra, A., & Navarro, D. (1999). Programa nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 46-87.
- Macías, J., Robles, N., Ayus, J., Calabria, F., Domínguez, A., Ferder, L., & Grande, J. (2003). Recomendaciones para la detección y el tratamiento del anciano con hipertensión arterial. *NEFROLOGÍA*, 270-278.
- Maguiña Duran, P. K. (2014). Factores de riesgo que predisponen a hipertensión arterial en adultos que acuden al servicio de triaje del Centro de Salud" . Max Arias Schreiber.

- Malinowski , B. (21 de Junio de 2017). Definiciones de la cultura. Cantabria, España.
- Martín Alfonso , L. (2004). Acerca del concepto de adherencia terapéutica. *Revista Cubana de Salud Pública*.
- Mayo Foundation for Medical Education and Research. (07 de 02 de 2019). Atención al paciente e información sobre salud.
- Mills, K., Bundy, J., & Kelly, T. (2016). .Global Disparities of Hypertension Prevalence and Control: A Systematic Analysis of Population-Based Studies From 90 Countries. . *Circulation*, 134-441.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2014). Norma Técnica del Adulto mayor. Quito.
- Moreno, E., & Gil, J. (2003). El modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. *Revista Internacional de Psicología y terapia Psicológica*, 91-109.
- mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=42345&lang=es
- Orellana & et al. (2016). Estudio Transversal: Prevalencia de Hipertensión Arterial. *Revista médica hjca*.
- Ortiz, R., Torres, M., Sigüencia, W., Añez, R., Juan, S., Joselyn, R., & Bermúdez, B. (2016). Factores de riesgo para hipertensión arterial en población adulta de una región urbana de ecuador. *Perú Med Exp Sañus Pública*, 248-255.
- Osorio Pérez, O. (2017). Creencias y expresiones de lo Sabando, V. Z. (2016). Los programas de acompañamiento al adulto mayor: un camino a la felicidad. *Yachana*, 23-32.
- Pazos, R. (2014). Validación de un instrumento que facilite el proceso de atención de enfermería en el marco de la teoría de Pender. España.
- Pienovi, L., Lara, M., Bustos, P., & Amigo, H. (2015). Consumo de frutas, verduras y presión arterial. Un estudio poblacional. *Archivos latinoamericanos de nutrición*, 21 - 25.
- Price, Y., & Muñoz, L. A. (2003). Comprendiendo la búsqueda del bienestar en pacientes del programa de hipertensión arterial. *Investigación y Educación en Enfermería*, 38-46.
- Raile Alligood, M., & Marriner Tomey, A. (2014). *Modelos y Teorías de Enfermería*.
- Reyes Arteaga, J. R. (2017). Nivel de conocimiento acerca de su enfermedad en pacientes con hipertensión arterial. *dspace.unitru.edu.pe*.
- Rodríguez, P., & Cantú, R. (2015). Perfiles de personalidad en pacientes con hipertensión arterial. *Psicología y Salud*, 181-189.
- Rojas, C. &. (2018). Efectividad del programa educativo “Yuyaychacuna machu” incrementando los conocimientos sobre la hipertensión arterial en los pobladores del distrito de La Esperanza. *Repositorio digital*.

- Rojas-Rojas, A. (2012). Servicios de medicina alternativa en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 14, 470-477.
- Ruiz, A. (. (2016). La operacionalización de elementos teóricos al proceso de medida. *Universitat Barcelona*, 6.
- Sabando, V. Z. (2016)). Los programas de acompañamiento al adulto mayor: un camino a la felicidad. *YACHANA*, 23-32.
- Saladin, K. (2013). *Anatomía y fisiología* (6ta ed.). México : McGraw-Hill Interamericana.
- Salaverry, O. (2010). Interculturalidad en salud. *medicina experimental y salud pública*, 27(1), 80-93.
- Sánchez, R., Ayala, M., Baglivo, H., Burlando, G., Kohlmann, O., Jiménez, J., . . . Zanchetti, A. (2010). Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. *Revista Chilena cardiológica*, 117-144.
- Sheps, S. (06 de 02 de 2019). Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER).
- Silva , C., Ribeiro Borges , F., Valcanti Avelino, C., Campos Miarell, A., Aguiar Vieira , G., & Takamatsu Goyatá, S. (2016). Espiritualidad y religiosidad en pacientes con hipertensión arterial sistémica. *Rev. bioét.*, 24 (2): 332-43.
- Soto, V. (2001). Prevalencia de hipertensión arterial en la ciudad de Chiclayo en el 2000: Estudio poblacional. *Sociedad peruana de Medicina Interna*, 121-180.
- Weschenfelder Magrini, D. &. (2012). Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. *Enfermería Global*., 11(26), 344-353.
- Young KA, R. M. (2017;). End-of-Life Discussions in Patients with Heart Failure. 2018. *Sociedad Española de Cardiología*, 23(11):821-5.
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2011). *Modelos Y Teorías en enfermería* (Séptima ed.). Barcelona, España : Elsevier. Recuperado el 27 de 07 de 2018
- Alva Aparicio, L. A. (2016). Nivel de conocimiento de los personas adultas mayores. Peru: Universidad Autonoma de ICA. Obtenido de <http://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/autonomadeica/22/1/luis%20alfredo%20alva%20aparicio%20-%20personas%20adultas%20mayores%20hipertension.pdf>
- Choque Mamani, V. B. (2015). Prácticas medicinales tradicionales y su influencia en la salud de la población originarias aimaras migrantes a la ciudad de Juliaca 2015. Obtenido de repositorio.unsa.edu.pe: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/2245>
- Coello, C. (2017). La hipertensión es el principal factor de riesgo modificable. Quito: Redaccion Médica. Recuperado el 25 de Enero de 2019, de <https://www.redaccionmedica.ec/secciones/salud-publica/la-hipertensi-n-es-el-principal-factor-de-riesgo-modificable-90222>

- Constitución de la República del Ecuador. (2008). Derechos de los grupos de atención prioritaria. Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Sitios/libro%20buen%20vivir/files/assets/downloads/page0032.pdf>
- Crespillo-García, E. R.-R.-T. (2013). Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedicados desde una perspectiva cualitativa. . *Revista de Calidad Asistencial*, 28(1), 56-62.
- Delucchi, A. M. (21 de Junio de 2017). Registro Nacional de Hipertensión Arterial. Características. *Revista de la Federación Argentina de Cardiología*, 46. Recuperado el 25 de Enero de 2019, de <https://www.sac.org.ar/wp-content/uploads/2018/01/v85n4a08.pdf>.
- Escobar, M. C., Cedeño Párraga, M. J., & Maitta Rosado, I. S. (2018). Factores Biológicos, Psicológicos y Sociales que afectan la Salud Mental. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, 67(4), 14-18. Obtenido de <https://scholar.google.com/scholar?um=1&ie=UTF-8&lr&q=related:Q1LTJ1z8j-NCaM:scholar.google.com/>
- Fundación Española del corazón. (06 de 02 de 2019). Información para pacientes. Obtenido de Funcionamiento del corazón: <https://fundaciondelcorazon.com/informacion-para-pacientes/rehabilitacion-cardiaca/675-como-funciona-el-corazon.html>
- Garcés, B. M., & Cervantes, J. M. (2009). Incidencia y medidas preventivas de hipertensión. *Ciencias Pedagógicas e Innovación*, 38. Recuperado el 25 de Enero de 2019, de http://www.upse.edu.ec/rcpi/images/RV_revista_CPI_1/5_universidad.pdf
- INEC. (2014). Anuario de Estadísticas Vitales - Nacimientos y Defunciones. Instituto Nacional de Estadística y Censos , Dirección de Estadística Sociodemográficas . Obtenido de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/Publicaciones/Anuario_Nacimientos_y_Defunciones_2014.pdf
- Ley Orgánica de Salud. (24 de Enero de 2012). Ley Orgánica de Salud. Obtenido de https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/salud-ley_organica_de_salud.pdf
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2014). Norma Técnica del Adulto mayor. Quito. Obtenido de <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/norma-tecnica-de-poblacio%cc%81n-adulta-mayor-28-feb-2014.pdf>
- Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos Sociales, División de Población. (2016). World population prospects:the 2015 revision. Obtenido de <https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/>
- Nieves, C. B., & Amezcua, M. (25 de Noviembre de 2014). GOMERES-Salud,historia,cultura y pensamiento. Obtenido de Virginia Henderson: <http://index-f.com/gomeres/?p=626>

- Oganización Mundial de la Salud. (2013).
www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html).
- OMS. (2013). Enfermedades cardiovasculares. La Organización Mundial de la Salud, 40.
Recuperado el 25 de Enero de 2019, de
http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/es/
- OPS, O. (21 de enero de 2014). diabetes e hipertensión, dos males silenciosos que afectan la salud. (universo, ed.) universo. recuperado el 12 de agosto de 2018, de
https://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1115:enero-21-2014&Itemid=972
- Organización Mundial de la Salud . (2015). OMS. Obtenido de
<https://www.who.int/features/qa/82/es/>
- Organización Mundial de la Salud. (04 de 02 de 2019). Temas de salud. Obtenido de Hipertensión: <https://www.who.int/topics/hypertension/es/>
- Paloma Cuchí, y. d. (2017). Día Mundial de la Hipertensión 2017. Organizacion Panamerica de la Salud(OPS), organizacion mundial de la salud(OMS), del departamento de enfermedades no transmisibles y salud mental (NMH). recuperado el 23 de noviembre de 2018, de
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13257:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=42345&lang=es
- Reyes Arteaga, J. R. (2017). Nivel de conocimiento acerca de su enfermedad en pacientes con hipertensión arterial. dspace.unitru.edu.pe.
- Sheps, S. (06 de 02 de 2019). Mayo Foundation for Medical Education and Research (MFMER). Obtenido de Presión diferencial: ¿un indicador de la salud del corazón?:
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/high-blood-pressure/expert-answers/pulse-pressure/faq-20058189>
- Yáñez, D. P., Figueroa, L. L., Villalobos, D. A., & Villacís, D. J. (Mayo de 2012). Dirección de normatización del SNS. Obtenido de Ministerio de Salud Pública- Normas y Protocolos de la Atención Integral de la Salud de los Adultos Mayores:
http://www.academia.edu/24822111/MSP_Normas_y_protocolos_de_atención_integral_de_salud_de_los_adultos_mayores

APÉNDICE Y ANEXOS

ANEXO 1. PRESUPUESTO.

Rubro	Valor unitario	Cantidad	Valor total
Material			
Resma de Hojas A4	\$3.60	3	\$10.80
Bolígrafos	\$0.45	5	\$2.25
Lápiz	\$0.25	4	\$1.00
Marcadores	\$1.10	2	\$2.20
Anillados	\$1.50	3	\$4.50
Tinta para impresora	\$5.00	1	\$5.00
Empastados	\$10.00	3	\$30.00
Equipos			
Laptop	\$30.00	1	\$30.00
Impresora (mantenimiento)	\$25.00	1	\$25.00
Internet	\$25.00	3	\$75.00
Transporte			
Transporte	\$2.30	40	\$30.50
Total	\$104.20		216.25

Elaborado por: Caiche Díaz Mónica Edith y Panchana Salinas Geovanna Raquel.

ANEXO 2. CRONOGRAMA DE TRABAJO.

ACTIVIDADES	HORA	ENERO	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO	
		4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	1°	2°
Orientaciones generales sobre el desarrollo del trabajo de investigación	08:00-09:00															
Asistencia a primera tutoría – planteamiento del problema, descripción y enunciado, objeto de estudio y campo de acción	10:00-12:00															
Justificación, revisión de primer avance de la investigación, objetivos: general y específicos	10:00-12:00															
Revisión de Capítulo I	10:00-12:00															
Realización de Marco Teórico (institucional y contextual)	10:00-12:00															
Antecedentes y fundamentación científica	10:00-12:00															
Fundamentación de Enfermería	10:00-12:00															
Hipótesis, Variables, Operacionalización, revisión de Capítulo II	10:00-12:00															
Aplicación de la encuesta a Adultos Mayores	11:00-															

	13:00																		
Procesamiento de la Información	14:00- 16:00																		
Tabulación y Análisis de la información	10:00- 12:00																		
Revisión del análisis e interpretación de datos	10:00- 12:00																		
Conclusiones y recomendaciones	10:00- 12:00																		
Revisión de la Bibliografía y Aplicación de las Normas APA, Anexos	10:00- 12:00																		
Certificación gramatical y Revisión General (URKUND)	10:00- 12:00																		
Entrega de Anillados para designación de Tribunal de Grado	10:00- 12:00																		

Elaborado por: Caiche Díaz Mónica Edith y Panchana Salinas Geovanna Raquel

ANEXO 3. AUTORIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



Coordinación Zonal 5 - Salud
Dirección Distrital 24D01 Santa Elena - Salud

Oficio Nro. MSP-CZS5-SE-24D01-2019-0007-O

Santa Elena, 15 de enero de 2019

Asunto: RESPUESTA A SOLICITUD UPSE

Directora Carrera de Enfermería - Upse
Alicia Gabriela Cercado Mancero
En su Despacho

De mi consideración:

Reciba cordiales saludos de quienes conformamos el Distrito 24D01 Santa Elena - Salud.

En respuesta al Documento No. MSP-CZS5-SE-24D01-VUAU-2018-0365-E, realizado por la Lcda. ALICIA CERCADO MANCERO, MSc. DIRECTORA DE LA CARRERA DE ENFERMERIA, solicitando la autorización para estudiantes de la carrera de Enfermería de la UPSE, los mismos que han culminado el PLAN CURRICULAR DE ESTUDIO para que puedan concluir con los PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DE SU TÍTULO, por lo que adjunta cronograma de actividades.

Se procede a responder el documento, indicando los siguiente lineamientos:

- Ingresar a la Unidad Operativa, debidamente uniformados e Identificados.
- No pueden realizar ninguna actividad, que no sea solo para su tema de Investigación.
- Ponerse en contacto con una copia de este documento para cada Centro de Salud.
- No nos responsabilizamos por algún evento adverso que presente el Estudiante.
- Durante el tiempo de su periodo de investigación no será considerado como empleado público.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Dr. Jorge Luis Macias Guerrero
DIRECTOR DISTRITAL 24D01 SANTA ELENA - MANGLARALTO - SALUD

Referencias:

- MSP-CZS5-SE-24D01-VUAU-2018-0365-E

Ballenita - Avda. Occidental y Calle Patronato del Niño
Santa Elena - Ecuador • Código Postal: 240103 • Teléfono: 563 (04) 2653922 • www.salud.gob.ec

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA



**Coordinación Zonal 5 - Salud
Dirección Distrital 24D01 Santa Elena - Salud**

Oficio Nro. MSP-CZS5-SE-24D01-2019-0007-O

Santa Elena, 15 de enero de 2019

Ancxos:

- msp-czs5-se-24d01 vuau-2018-0365-c_0617.pdf

mv

ANEXO 4. AUTORIZACIÓN DE LA COMUNA

Sr.

ORRALA DOMINGUEZ RONALD

PRESIDENTE DE LA COMUNA – RÍO VERDE

En su despacho. -

De nuestra consideración:

Nosotras, **PANCHANA SALINAS GEOVANNA RAQUEL**, con **C.I. 092807434-3** Y **CAICHE DÍAZ MÓNICA EDITH**, con **C.I. 240007435-3**, egresadas de la Carrera de Enfermería de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, nos dirigimos a usted muy respetuosamente para exponerle y solicitarle lo siguiente:

Se nos conceda la autorización y el permiso para efectuar las respectivas actividades y estrategias con los Adultos Mayores, de la comunidad para ejecutar actividades relacionadas con el Trabajo de Titulación denominado:

“CREENCIAS CULTURALES Y SU RELACIÓN CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES. COMUNA RÍO VERDE. SANTA ELENA 2018-2019”

Esperando que nuestra petición tenga una respuesta favorable de antemano agradeciendo su colaboración nos despedimos de usted, no sin antes reiterales mis sentimientos de consideración y estima.

Atentamente:

Panchana Salinas Geovanna Raquel
C.I. 092807434-3

Caiche Díaz Mónica Edith
C.I. 240007435-3

ANEXO 5. ENCUESTA



UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD
CUESTIONARIO DE PREGUNTAS PARA LOS ADULTOS MAYORES.



TEMA: CREENCIAS CULTURALES Y SU RELACIÓN CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES. COMUNA RÍO VERDE. SANTA ELENA 2018-2019.

OBJETIVO: Determinar la relación entre las creencias culturales y la hipertensión arterial en los adultos mayores de la Comuna Río Verde - Santa Elena 2018-2019.

INSTRUCTIVO: Marque con un “x” las opciones que considera de acuerdo a su criterio.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Nombre: _____ CI. _____

Edad: _____ Sexo: M _____ F _____ Ocupación: _____

Nivel académico:

PARÁMETRO	OPCIÓN
Primaria Incompleta	
Primaria Completa	
Secundaria Incompleta	
Secundaria Completa	
Técnico Superior	
Universitario	

CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD:

Diagnóstico médico de hipertensión:

PARÁMETRO	OPCIÓN
SI	
NO	

Tiempo de evolución de la enfermedad:

PARÁMETRO	OPCIÓN
Menos de 1 año	
Entre 1 y 3 años	
Entre 3 y 5 años	
Más de 5 años	

Categoría de la hipertensión:

CATEGORÍA	OPCIÓN
Normal (120/80 mm/hg)	
Elevada (120-129/menos de 80mm/hg)	
Etapa 1(130-139/80-89mm/hg)	
Etapa 2 (140 o más/90 o más mm/hg)	
Crisis hipertensiva (mayor de 180/120mm/hg)	

CREENCIAS CULTURALES RELACIONADAS CON LA ENFERMEDAD:

Alimentación					
Parámetros	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Las personas hipertensas deben tener una alimentación diferente.	1	2	3	4	5
2. Los pacientes con hipertensión arterial deben consumir la misma cantidad de sal que los no hipertensos.	1	2	3	4	5
3. Los pacientes con hipertensión arterial pueden consumir frituras y otros alimentos con alto contenido de grasa.	1	2	3	4	5
4. El consumo de manteca animal (chanchó) mejora el sabor de las comidas sin afectar su salud.	1	2	3	4	5
Actividad física					
5. Cree usted que el no realizar actividad física reduce la presión arterial.	1	2	3	4	5
6. La gente que realiza actividad física debería dejar el tratamiento por algún tiempo.	1	2	3	4	5
7. Cree usted que la persona hipertensa no puede realizar actividad física.	1	2	3	4	5
8. El exceso de actividad física no ocasiona complicaciones a su enfermedad	1	2	3	4	5
Sentimientos y emociones					

9. Los pleitos y discusiones afectan su nivel de presión arterial.	1	2	3	4	5
10. Las preocupaciones por falta de dinero influyen mucho en las complicaciones de su enfermedad.	1	2	3	4	5
11. El tener emociones positivas (alegría, felicidad y entusiasmo) afecta tu presión arterial.	1	2	3	4	5
12. Cree usted que la psico-relajación mejoraría su situación de salud.	1	2	3	4	5
Fitoterapia y tratamientos caseros					
13. Los medicamentos recetados por los médicos deben complementarse con medicamentos naturales	1	2	3	4	5
14. Se deben consumir medicina natural para dejar de tomar otros medicamentos	1	2	3	4	5
15. El sumo, infusión o preparado a base de ajo mejora la presión arterial	1	2	3	4	5
16. El sumo, infusión o preparado a base de apio mejora la presión arterial	1	2	3	4	5
17. El sumo, infusión o preparado a base de las hojas de moringa mejora la presión arterial	1	2	3	4	5
18. El sumo, infusión o preparado a base de las hojas de mango mejora la presión arterial	1	2	3	4	5
19. El sumo, infusión o preparado a base de las hojas de albahaca mejora la presión arterial	1	2	3	4	5
20. El sumo, infusión o preparado a base de las hojas del guanábano mejora la presión arterial	1	2	3	4	5
Religión					
21. Cree usted que acudiendo a la Iglesia para rogar por su enfermedad se sanaría.	1	2	3	4	5
22. Cree usted que tener fe en Dios remediase sus problemas de salud.	1	2	3	4	5
23. Cree usted que rindiéndoles cultos y rezar a un santo va a tener una presión arterial normal.	1	2	3	4	5

Elaborado por: Caiche Díaz Mónica Edith y Panchana Salinas Geovanna Raquel

CREENCIAS SOBRE LA MEDICACIÓN-GENERAL

Estamos interesados en sus opiniones personales. Nos gustaría que nos dijera sus opiniones sobre los medicamentos en general. A continuación, aparece una lista de afirmaciones que otras personas han declarado sobre los medicamentos en general. Por favor, señale en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con ellas marcando un círculo en el número de la casilla apropiada.

Parámetros	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Los médicos utilizan demasiados medicamentos	1	2	3	4	5
2. La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo de vez en cuando	1	2	3	4	5
3. La mayoría de medicamentos crean adicción	1	2	3	4	5
4. Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos	1	2	3	4	5
5. Los medicamentos hacen más mal que bien	1	2	3	4	5
6. Todos los medicamentos son venenos (tóxicos)	1	2	3	4	5
7. Los médicos confían demasiado en los medicamentos	1	2	3	4	5
8. Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos	1	2	3	4	5

Cuestionario de Creencias sobre la Medicación: BMQ (Beliefs about Medicines Questionnaire)

ANEXO 6. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Mónica Caiche y Geovanna Panchana, egresadas de la carrera de enfermería, de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, la meta de este estudio es “Determinar la relación entre las creencias culturales y la hipertensión arterial en los adultos mayores de la Comuna Río Verde - Santa Elena 2018-2019”.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a las siguientes preguntas de la encuesta (o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 5 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas de la encuesta serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Panchana Salinas Geovanna Raquel
C.I. 092807434-3

Caiche Díaz Mónica Edith
C.I. 240007435-3


Encuestado

ANEXO 7. CERTIFICACIÓN DE ENCUESTA PREDISEÑADA

CERTIFICADO

Yo, Wilson Eleno Rosales Morales, con C.I. N° 0913760419, MÉDICO GENERAL del Centro de Salud de Atahualpa, mediante la firma de este documento, valido el cuestionario de preguntas del tema de investigación: **CREENCIAS CULTURALES Y SU RELACION CON LA HIPERTENSION ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES** y certifico que está apto para su aplicación en el objeto de estudio. Su finalidad es recolectar y analizar información sobre las creencias culturales que tienen los adultos mayores en relación a la hipertensión arterial y a su vez permitirá la obtención verás y confiable de datos estadísticos para cumplir el objetivo general de la investigación: **IDENTIFICAR LAS CREENCIAS CULTURALES Y SU RELACIÓN CON LA HIPERTENCION ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES.**

La libertad 26 de noviembre del 2018



Dr. Wilson Rosales M.
MEDICINA GENERAL
Reg. No. 12445
Departamento de Santa Elena
Santa Elena

Dr. Wilson Eleno Rosales Morales
C.I: 0913760419

ANEXO 8. TABLAS Y GRÁFICOS

Tabla 1

Sexo de los Adultos Mayores Hipertensos de la Comuna Río Verde

PARÁMETRO	NÚMERO	%
Masculino	69	46%
Femenino	80	54%
TOTALES	149	100%

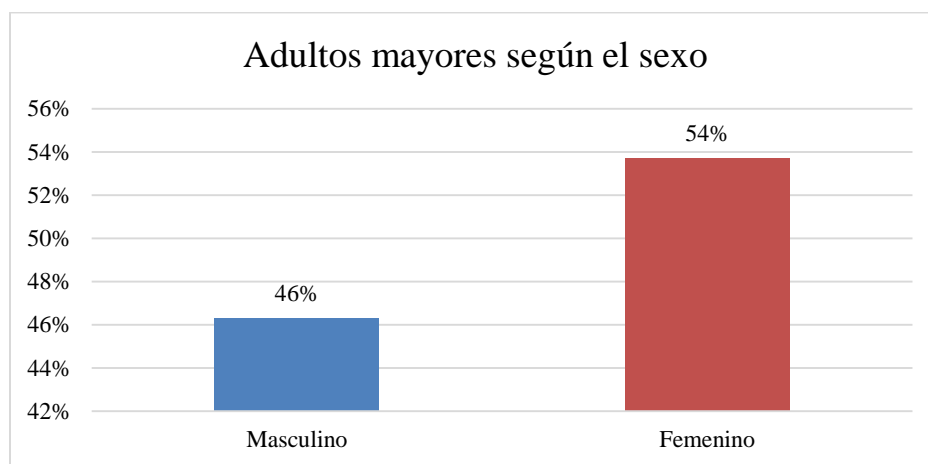


Gráfico 1. Adultos mayores según sexo. Obtenida de un cuestionario de preguntas. Elaborado por Panchana Salinas Giovanna Raquel y Caiche Díaz Mónica Edith.

Análisis: En el gráfico 1 se evidencia que el 54% de adultos mayores de la comuna Río Verde pertenecen al sexo femenino y el 46% pertenecen al sexo masculino.

Tabla 2

Edad de los Adultos Mayores Hipertensos de la Comuna Río Verde

PARÁMETRO	NÚMERO	%
65- 69 Años	67	45%
70 - 74 Años	44	30%
75 -79 Años	27	18%
80 Años o mas	11	7%
TOTALES	149	100%

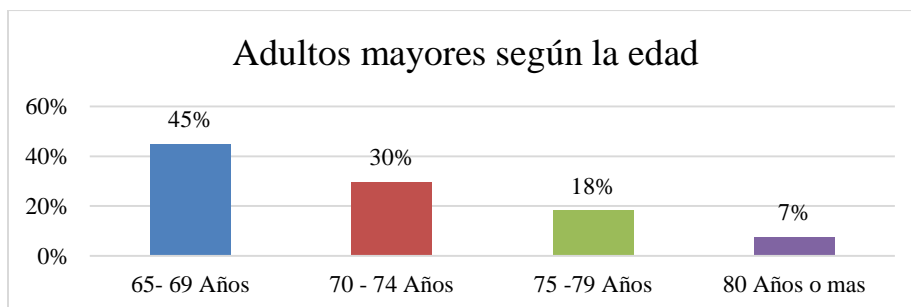


Gráfico 2. Adultos mayores según la edad. Obtenida de un cuestionario de preguntas. Elaborado por Panchana Salinas Geovanna Raquel y Caiche Díaz Mónica Edith.

Análisis: En el gráfico 2 se constató que el 45% de la población son adultos con patología hipertensiva corresponden al rango de edad de 65 a 69 años, además se observó que solo el 7% de ancianos que sobrepasan los 80 años de edad.

Tabla 3
Escolarización de los Adultos Mayores Hipertensos de la Comuna Río Verde

PARÁMETRO	NÚMERO	%
Primaria Incompleta	77	52%
Primaria Completa	64	43%
Secundaria Incompleta	7	5%
Secundaria Completa	0	0%
Técnico Superior	0	0%
Universitario	1	1%
TOTALES	149	100%

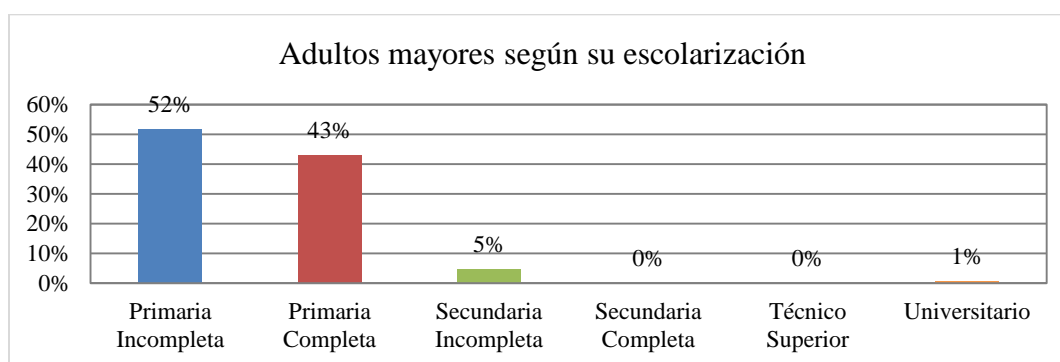


Gráfico 3. Adultos mayores según el nivel educativo. Obtenida de un cuestionario de preguntas. Elaborado por Panchana Salinas Geovanna Raquel y Caiche Díaz Mónica Edith.

Análisis: En el gráfico 3, que el 52% de la población adulta mayor de esta comunidad alcanza la educación primaria incompleta seguida del 43% que alcanza la educación completa. Por tal razón es evidente que gran parte de los adultos mayores están en condiciones de una educación media incompleta.

Tabla 4
Diagnóstico de hipertensión en Adultos Mayores de la Comuna Río Verde

PARÁMETRO	NUMERO	%
SI	141	95%
NO	8	5%
TOTALES	149	100%

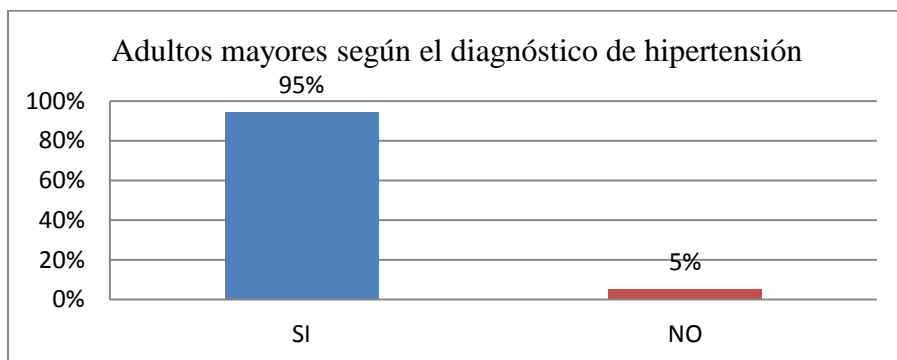


Gráfico 4. Adultos mayores según el diagnóstico de hipertensión.. Obtenida de un cuestionario de preguntas. Elaborado por Panchana Salinas Geovanna Raquel y Caiche Díaz Mónica Edith.

Análisis: En el gráfico 4 se constató que el 95% de los adultos mayores de la comuna Río Verde, presentan un diagnóstico médico de Hipertensión y mientras que un 5% de adultos mayores de la comunidad no posee diagnóstico.

Tabla 5
Tiempo de evolución de hipertensión en Adultos Mayores de la Comuna Río Verde

PARÁMETRO	NÚMERO	%
Ninguno	8	5%
Menos de 1 Año	33	23%
Entre 1 y 3 Años	29	21%
Entre 3 Y 5 Años	51	36%
Más de 5 Años	28	20%
TOTALES	149	100%

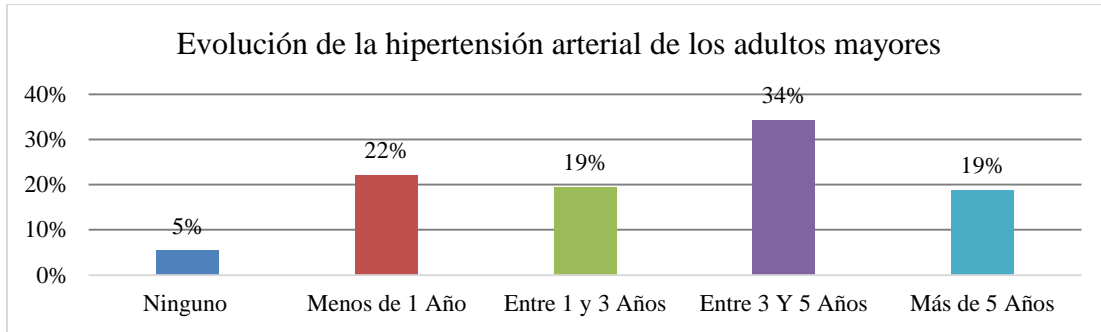


Gráfico 5. Evolución de la hipertensión arterial de los adultos mayores. Obtenida de un cuestionario de preguntas. Elaborado por Panchana Salinas Geovanna Raquel y Caiche Díaz Mónica Edith

Análisis: En el gráfico 5 se evidenció que la mayor parte de la población de hipertensos de la comuna Río Verde con cifras que bordean el 36% corresponden al rango de 3 y 5 años de evolución de la mencionada enfermedad, y con variaciones mínimas en los otros rangos de evolución.

Tabla 6
Categoría de hipertensión en Adultos Mayores de la Comuna Río Verde

PARÁMETRO	NÚMERO	%
Normal (120/80 mm/hg)	6	4%
Elevada (120-129/menos de 80mm/hg)	2	1%
Etapa 1(130-139/80-89mm/hg)	91	61%
Etapa 2 (140 o más/90 o más mm/hg)	46	31%
Crisis hipertensiva (mayor de 180/120mm/hg)	4	3%
TOTALES	149	100%

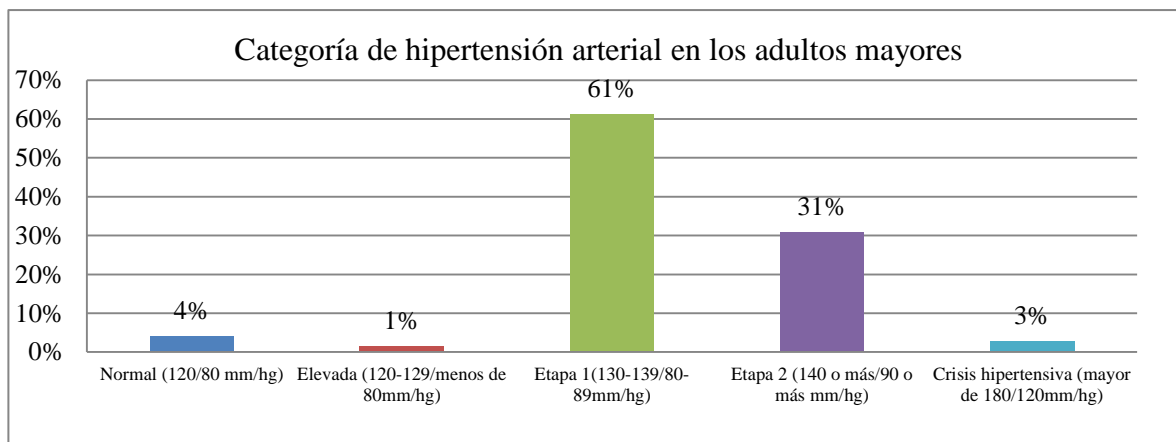


Gráfico 6. Categoría de Hipertensión arterial en los adultos mayores. Obtenida de un cuestionario de preguntas. Elaborado por Panchana Salinas Geovanna Raquel y Caiche Díaz Mónica Edith.

Análisis: En el gráfico 6 se evidencia que el 61% de los adultos mayores de la comuna Río Verde presentan la etapa 1; el 5% comprende entre los valores normales y elevada de la presión arterial. Un mínimo del porcentaje equivalente al 3% presenta la etapa de la crisis hipertensiva.

Tabla 7
Creencias culturales de la hipertensión arterial en relación a la Alimentación en Adultos Mayores de la Comuna Río Verde

PARÁMETRO	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	TOTALES
Las personas hipertensas deben tener una alimentación igual que el resto de personas	45	69	31	4	0	149
Los pacientes con hipertensión arterial deben consumir la misma cantidad de sal que los no hipertensos	49	63	33	4	0	149
Los pacientes con hipertensión arterial pueden consumir frituras y otros alimentos con alto contenido de grasa.	42	69	34	4	0	149
El consumo de manteca animal (chancho) mejora el sabor de las comidas sin afectar su salud.	51	67	27	4	0	149

PARÁMETRO	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	TOTALES
Las personas hipertensas deben tener una alimentación igual que el resto de personas	30%	46%	21%	3%	0%	100%
Los pacientes con hipertensión arterial deben consumir la misma cantidad de sal que los no hipertensos.	33%	42%	22%	3%	0%	100%
Los pacientes con hipertensión arterial pueden consumir frituras y otros alimentos con alto contenido de grasa.	28%	46%	23%	3%	0%	100%
El consumo de manteca animal (chancho) mejora el sabor de las comidas sin afectar su salud.	34%	45%	18%	3%	0%	100%

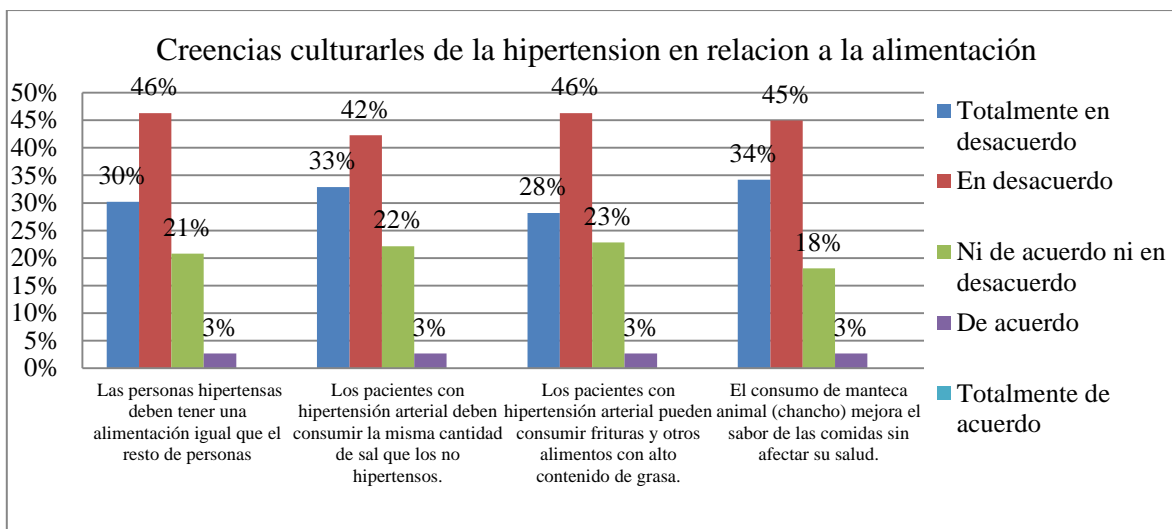


Gráfico 7. Creencias culturales de la hipertension en relacion a la alimentaci3n. Obtenida de un cuestionario de preguntas. Elaborado por Panchana Salinas Geovanna Raquel y Caiche DÍaz M3nica Edith.

Análisis: En el gráfico 7 más del 75% de los adultos mayores est3n en desacuerdo o totalmente en desacuerdo que las personas con hipertensi3n deban tener un libre consumo de alimentos, mientras que un 3% est3 de acuerdo con esta creencia.

Tabla 8
Actividad f3sica en Adultos Mayores de la Comuna R3o Verde

PARÁMETRO	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	TOTALES
Cree usted que el no realizar actividad f3sica reduce la presi3n arterial.	0	4	24	50	71	149
La gente que realiza actividad f3sica deber3a dejar el tratamiento por alg3n tiempo.	54	65	22	4	4	149
Cree usted que la persona hipertensa no puede realizar actividad f3sica.	38	58	35	14	4	149
El exceso de actividad f3sica no ocasionar complicaciones a su enfermedad	4	21	25	51	48	149

PARÁMETRO	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	TOTALES
Cree usted que al realizar actividad f3sica reduce la presi3n arterial.	0%	3%	16%	34%	48%	100%
La gente que realiza actividad f3sica deber3a dejar el tratamiento por alg3n tiempo.	36%	44%	15%	3%	3%	100%
Cree usted que la persona hipertensa no puede realizar actividad f3sica.	26%	39%	23%	9%	3%	100%
El exceso de actividad f3sica podr3a ocasionar complicaciones a su enfermedad	3%	14%	17%	34%	32%	100%

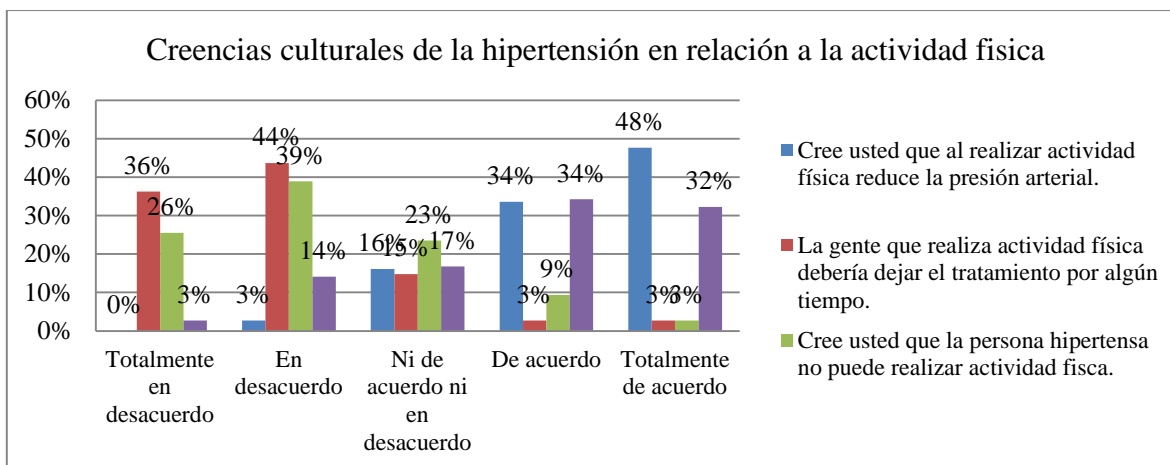


Gráfico 8. Creencias culturales de la hipertensión en relación a la actividad física. Obtenida de un cuestionario de preguntas. Elaborado por Panchana Salinas Geovanna Raquel y Caiche Díaz Mónica Edith.

Análisis: En el gráfico 8 refleja que más del 82% de adultos mayores encuestados están de acuerdo o totalmente de acuerdo que las personas con hipertensión deben llevar una actividad física con normalidad.

Tabla 9
Sentimientos y emociones en Adultos Mayores de la Comuna Río Verde

PARÁMETRO	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	TOTALES
Los pleitos y discusiones afectan su nivel de presión arterial.	4	11	26	46	62	149
Las preocupaciones por falta de dinero influyen mucho en las complicaciones de su enfermedad.	38	47	46	18	0	149
El tener emociones positivas (alegría, felicidad y entusiasmo) afecta tu presión arterial.	4	22	31	47	45	149
Cree usted que la psico-relajación mejoraría su situación de salud.	0	4	41	56	48	149

PARÁMETRO	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	TOTALES
Los pleitos y discusiones afectan su nivel de presión arterial.	3%	7%	17%	31%	42%	100%
Las preocupaciones por falta de dinero influyen mucho en las complicaciones de su enfermedad.	26%	32%	31%	12%	0%	100%
El tener emociones positivas (alegría, felicidad y entusiasmo) afecta tu presión arterial.	3%	15%	21%	32%	30%	100%
Cree usted que la psico-relajación mejoraría su situación de salud.	0%	3%	28%	38%	32%	100%

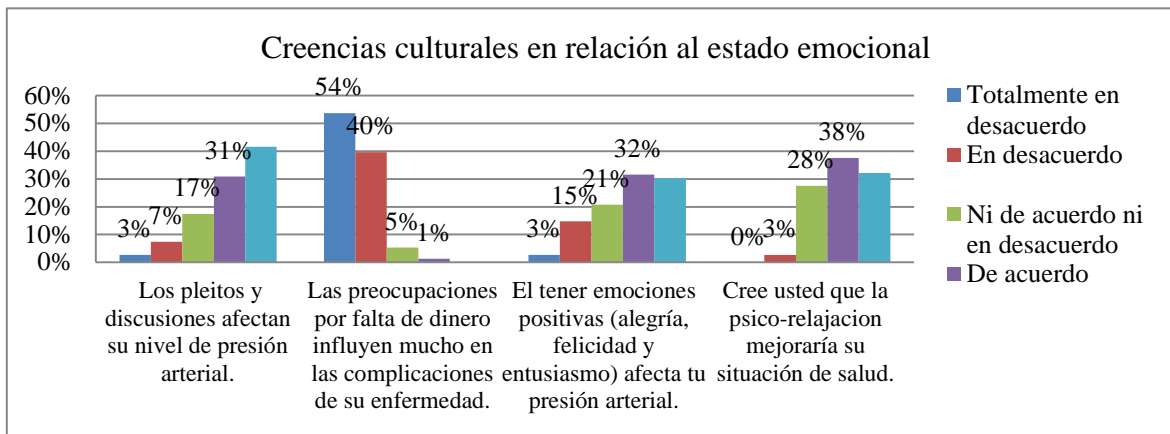


Gráfico 9. Creencias culturales en relación al estado emocional. Obtenida de un cuestionario de preguntas. Elaborado por Panchana Salinas Geovanna Raquel y Caiche Díaz Mónica Edith.

Análisis: En el gráfico 9 se evidenció que 72% está de acuerdo y totalmente de acuerdo que las alteraciones sentimentales y emocionales influyen en el control terapéutico de la enfermedad.

Tabla 10
Fisioterapia y tratamientos caseros en Adultos Mayores de la Comuna Río Verde

PARÁMETRO	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	TOTALES
Los medicamentos recetados por los médicos deben complementarse con medicamentos naturales	11	11	119	4	4	149
Se deben consumir medicina natural para dejar de tomar otros medicamentos	22	22	0	105	0	149

PARÁMETRO	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	TOTALES
Los medicamentos recetados por los médicos deben complementarse con medicamentos naturales	0%	3%	28%	32%	38%	100%
Se deben consumir medicina natural para dejar de tomar otros medicamentos	30%	36%	23%	9%	3%	100%
El sumo, infusión o preparado a base de ajo mejora la presión arterial	0%	3%	27%	27%	44%	100%
El sumo, infusión o preparado a base de apio mejora la presión arterial	0%	3%	23%	30%	44%	100%
El sumo, infusión o preparado a base de las hojas de moringa mejora la presión arterial	0%	3%	14%	34%	49%	100%
El sumo, infusión o preparado a base de las hojas de mango mejora la presión arterial	0%	3%	26%	31%	40%	100%

El sumo, infusión o preparado a base de las hojas de albaca mejora la presión arterial	0%	3%	24%	29%	44%	100%
El sumo, infusión o preparado a base de las hojas del guanábano mejora la presión arterial	0%	3%	13%	34%	50%	100%
TOTALES	4%	7%	22%	28%	39%	100%

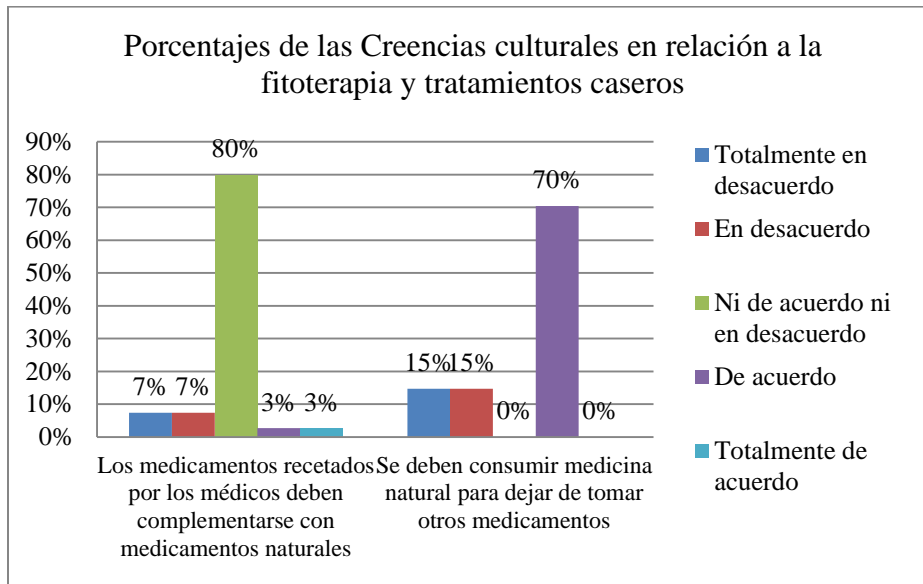


Gráfico 10. Porcentajes Creencias culturales en relación a la fitoterapia y tratamientos caseros. Obtenida de un cuestionario de preguntas. Elaborado por Panchana Salinas Geovanna Raquel y Caiche Díaz Mónica Edith.

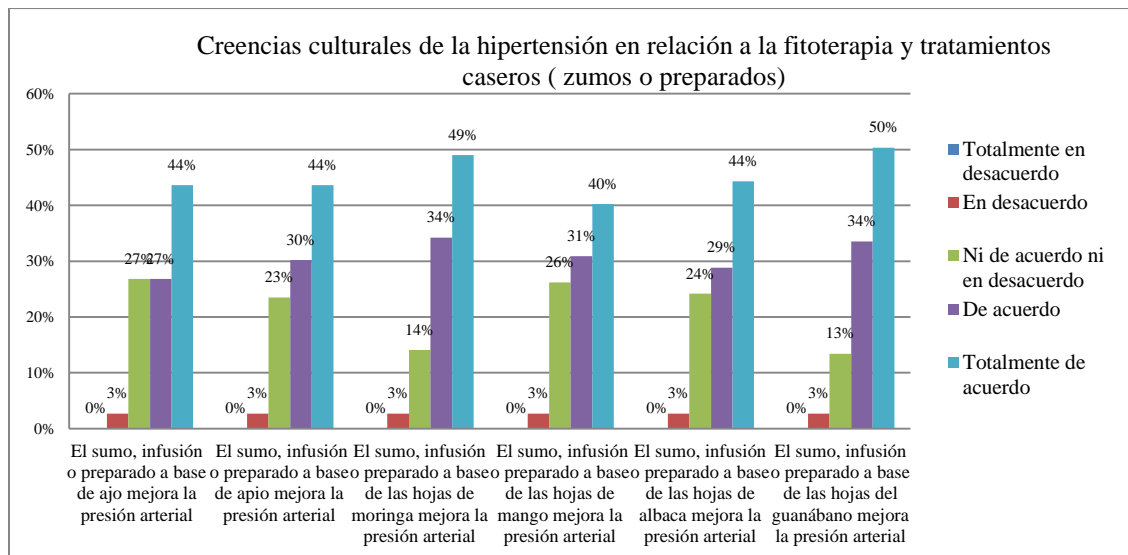


Gráfico 10. Creencias culturales de la hipertensión en relación a la fitoterapia y tratamientos caseros (zumos o preparados). Obtenida de un cuestionario de preguntas. Elaborado por Panchana Salinas Geovanna Raquel y Caiche Díaz Mónica Edith.

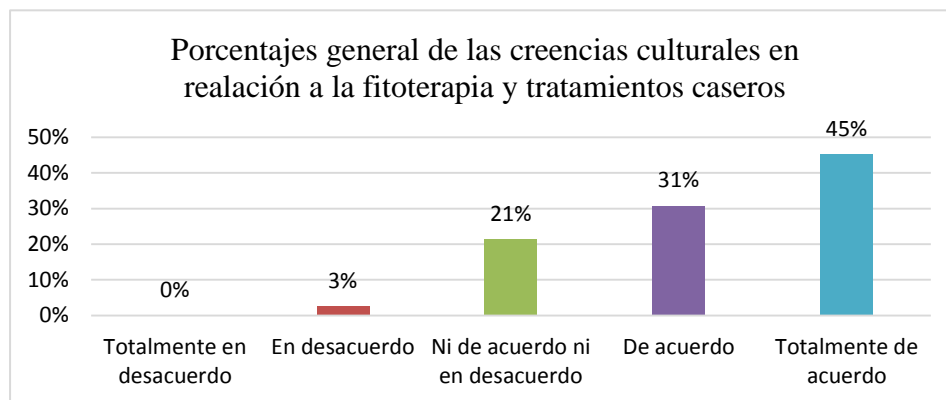


Gráfico 10. Porcentajes general de las creencias culturales en relación a la fitoterapia y tratamientos caseros. Obtenida de un cuestionario de preguntas. Elaborado por Panchana Salinas Geovanna Raquel y Caiche Díaz Mónica Edith.

Análisis: En la figura 10 el 80% no están ni de acuerdo ni en desacuerdo y por el contrario el 6% está de acuerdo y totalmente de acuerdo con la fitoterapia y los tratamientos caseros.

Tabla 11
Religión en Adultos Mayores de la Comuna Río Verde

PARÁMETRO	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	TOTALES
Cree usted que acudiendo a la Iglesia para rogar por su enfermedad se sanaría.	19	18	30	38	44	149
Cree usted que tener fe en Dios remediase sus problemas de salud.	18	17	31	43	40	149
Cree usted que rindiéndoles cultos y rezar a un santo va a tener una presión arterial normal.	22	15	25	44	43	149

PARÁMETRO	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	TOTALES
Cree usted que acudiendo a la Iglesia para rogar por su enfermedad se sanaría.	13%	12%	20%	26%	30%	100%
Cree usted que tener fe en Dios remediase sus problemas de salud.	12%	11%	21%	29%	27%	100%
Cree usted que rindiéndoles cultos y rezar a un santo va a tener una presión arterial normal.	15%	10%	17%	30%	29%	100%

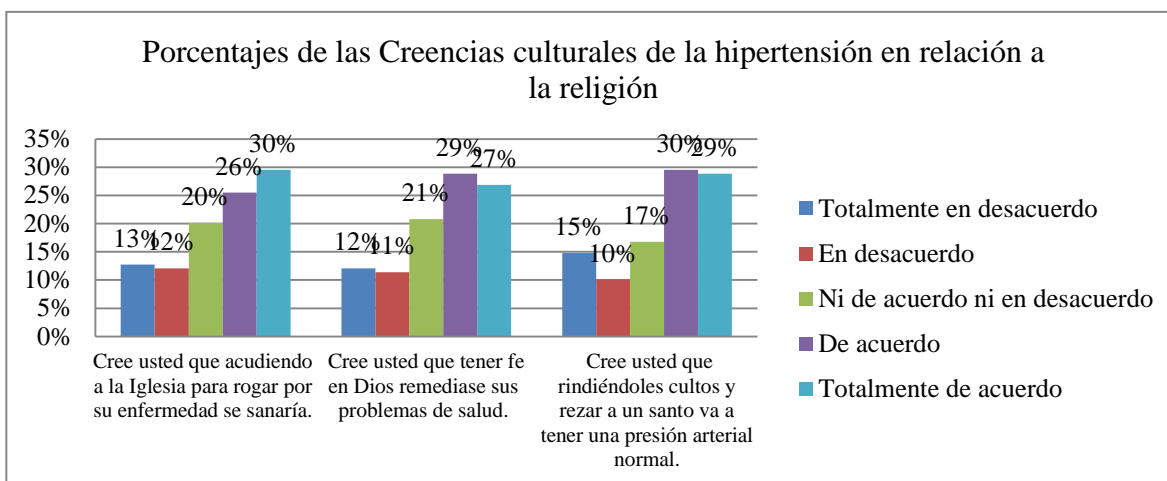


Gráfico 11. Porcentajes de las Creencias culturales de la hipertensión en relación a la religión. Obtenida de un cuestionario de preguntas. Elaborado por Panchana Salinas Geovanna Raquel y Caiche Díaz Mónica Edith.

Análisis: En el gráfico 11 demostrando que el 30% está totalmente de acuerdo que acudiendo a la Iglesia para rogar por su enfermedad se sanaría, solo un 12% está en desacuerdo con la afirmación. Así mismo un 29% de la población está de acuerdo que tener fe en Dios remediase sus problemas de salud; seguido del 27% que está totalmente de acuerdo. En la misma figura se evidencia que el 30% de la población está de acuerdo que rindiéndoles cultos y rezar a un santo va a tener una presión arterial normal; un 17% esta Ni de acuerdo ni en desacuerdo con la interrogante planteada.

Tabla 12

Creencias sobre la medicación general en Adultos Mayores de la Comuna Río Verde

PARÁMETRO	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	TOTALES
Los médicos utilizan demasiados medicamentos	4	21	32	52	40	149
La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo de vez en cuando	44	56	28	17	4	149
La mayoría de medicamentos crean adicción	18	38	51	38	4	149
Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos	4	19	28	49	49	149
Los medicamentos hacen más mal que bien	19	39	34	29	28	149
Todos los medicamentos son venenos (tóxicos)	34	58	38	15	4	149
Los médicos confían demasiado en los medicamentos	4	4	33	50	58	149
Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos	4	4	23	49	69	149
TOTALES	16,375	29,875	33,375	37,375	32	149

PARÁMETRO	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	TOTALES
Los médicos utilizan demasiados medicamentos	3%	14%	21%	35%	27%	100%
La gente que toma medicamentos debería dejar su tratamiento durante algún tiempo de vez en cuando	30%	38%	19%	11%	3%	100%
La mayoría de medicamentos crean adicción	12%	26%	34%	26%	3%	100%
Los remedios naturales son más seguros que los medicamentos	3%	13%	19%	33%	33%	100%
Los medicamentos hacen más mal que bien	13%	26%	23%	19%	19%	100%
Todos los medicamentos son venenos (tóxicos)	23%	39%	26%	10%	3%	100%
Los médicos confían demasiado en los medicamentos	3%	3%	22%	34%	39%	100%
Si los médicos tuvieran más tiempo para los pacientes recetarían menos medicamentos	3%	3%	15%	33%	46%	100%
TOTALES	11%	20%	22%	25%	21%	100%

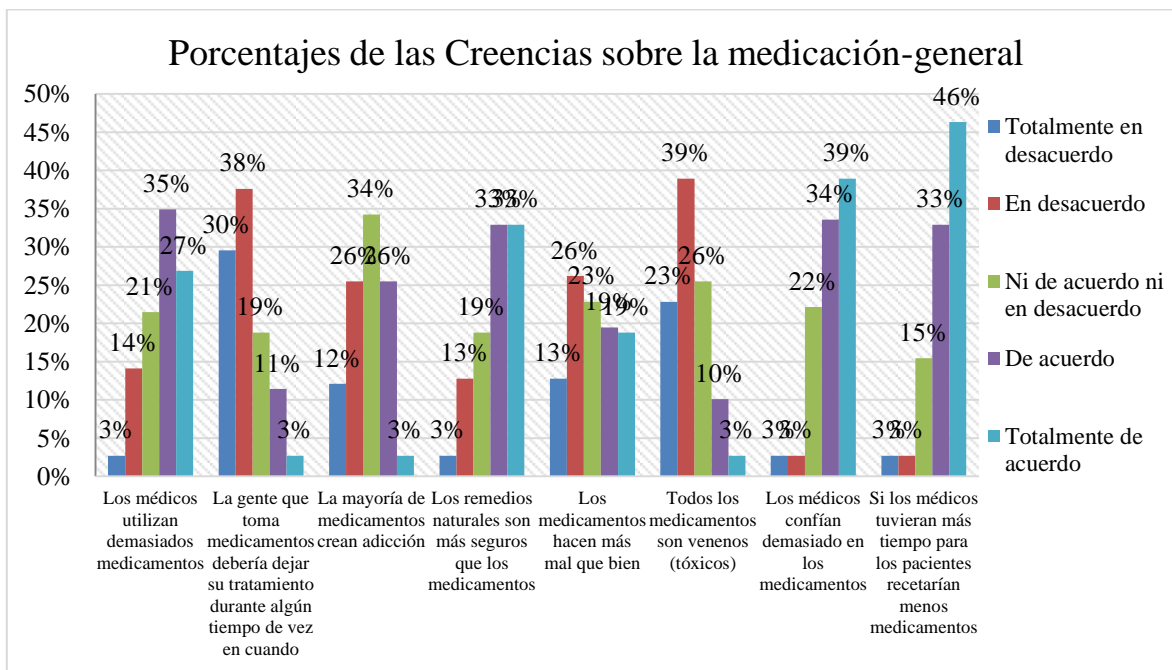


Gráfico 12. Porcentajes de las Creencias sobre la medicación general en porcentajes. Obtenida de un cuestionario de preguntas. Elaborado por Panchana Salinas Geovanna Raquel y Caiche Díaz Mónica Edith.

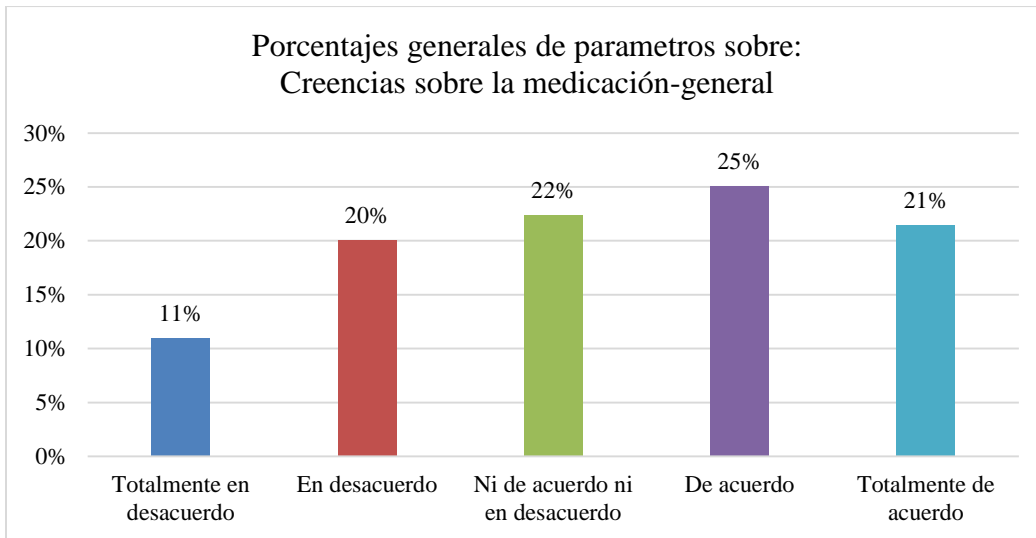


Gráfico 12. Porcentajes generales de las Creencias sobre la medicación general en porcentajes generales de acuerdo a parámetros. Obtenida de un cuestionario de preguntas. Elaborado por Panchana Salinas Geovanna Raquel y Caiche Díaz Mónica Edith.

Análisis: En el gráfico 12 se evidencia que más del 79% de la población de adultos mayores de la comuna Río Verde está de acuerdo y totalmente de acuerdo que los médicos utilizan demasiados medicamentos.

ANEXO 9. EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

Foto 1. Reunión para la socialización del consentimiento informado con los adultos mayores de la Comuna Rio Verde.



Foto 2. Socialización del cuestionario de preguntas a los adultos mayores de la Comuna Rio Verde.



Foto 3. Reunión con el Vicepresidente de la comuna para la socialización del cuestionario a los adultos mayores de la Comuna.



Foto 4. Socialización del cuestionario a los adultos mayores de la Comuna Rio Verde.



Foto 5. Participación de de los adultos mayores en el dialogo de las preguntas del cuestionario.



Foto 6. Sugerencias y recomendaciones de de los adultos mayores en el dialogo de las preguntas del cuestionario.



GLOSARIO

Accidente cerebrovascular. - También denominado «accidente vascular cerebral», «apoplejía» o «ataque cerebral». El suministro de sangre a una parte del cerebro se reduce o detiene por completo, lo cual produce una lesión en el tejido cerebral (American Heart Association, 2017)

Calidad de vida. - Varios niveles de la generalidad, desde el bienestar social o comunitario hasta ciertos aspectos específicos de carácter individual o grupal. (Ávila, 2013)

Creencias. - Conceptos y valoraciones que están “en la cabeza” de las personas, como producto de su experiencia o de su formación. (Buendía, 2012)

Cultura. -Constituyen las formas de pensar, comprender y hacer de las organizaciones sociales, como resultado de la historia y las tradiciones locales particulares, en general, representa un conocimiento y procedimientos tácitos (sin que necesariamente intervenga la reflexión). (Choque Mamani & Quea Juanito, 2015)

Ejercicio: Conjunto de movimientos corporales que se realizan para mantener o mejorar la forma física. (Real Academia Española, 2017)

Enfermedad cardiovascular. - Término general que se refiere a las enfermedades que afectan al corazón y a los vasos sanguíneos. Está formado por la palabra griega «cardio», que significa «corazón», y por «vascular», que se refiere a los vasos sanguíneos (aparato vascular) (Acera, 2015)

Estrés. - Tensión física o mental debida a factores físicos, químicos o emocionales. El estrés puede referirse al esfuerzo físico además de la ansiedad mental. (Aronow & et al, 2011)

Factor de riesgo. - Elemento o condición que implica cierto grado de riesgo o peligro. Al hablar del corazón y los vasos sanguíneos, el factor de riesgo se refiere a un aumento de las probabilidades de padecer una enfermedad cardiovascular, un ataque cerebral inclusive (Aronow & et al, 2011)

Herencia familiar. - Transmisión genética de una cualidad o característica particular de un padre a un hijo. (Arízaga Cordero & Asitimbay Ortega, 2016)

Hipertensión. - Presión arterial alta. (Llibre, Laucernique, Noriega, & Guerra, 2011)

Mala alimentación. - Una mala alimentación es la que no aporta a nuestro organismo los nutrientes necesarios para realizar las funciones necesarias para la vida. (Vazquez, 2016)

Presión arterial alta. - Incremento crónico de la presión arterial por encima de sus niveles normales (Armas & Padilla, 2013)

Presión arterial diastólica. - Presión más baja medida en las arterias; se produce cuando el músculo cardíaco está relajado entre latidos (American Heart Association, 2017)

Presión arterial sistólica. - Presión más alta medida en las arterias. Se produce cuando el corazón se contrae con cada latido (Young KA, 2017;)

Presión arterial. - Fuerza o presión que el corazón ejerce al bombear la sangre; la presión de la sangre dentro de las arterias. (Weschenfelder Magrini, 2012)

Prevalencia. - Número total de casos de una enfermedad dada (Armas & Padilla, 2013)

Tercera edad.- Grupo de personas mayores o ancianas, se solía decir que la vejez empezaba a los 65 años aproximadamente, pero hoy se tiende a denominar “adultos mayores” a este intervalo. (Acera, 2015)

La Libertad, 10 de Mayo de 2019

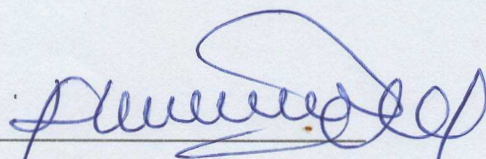
CERTIFICADO ANTIPLAGIO

002-TUTOR JPH-2019

En calidad de tutor del trabajo de titulación denominado "CREENCIAS CULTURALES Y SU RELACIÓN CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES. COMUNA RÍO VERDE. SANTA ELENA 2018- 2019", elaborado por la(s) estudiantes CAICHE DÍAZ MÓNICA EDITH Y PANCHANA SALINAS GEOVANNA RAQUEL, egresado(a) de la Carrera de Enfermería, de la Facultad de Ciencias Sociales y de la Salud de la Universidad Estatal Península de Santa Elena, previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería, me permito declarar que una vez analizado en el sistema antiplagio URKUND, luego de haber cumplido los requerimientos exigidos de valoración, el presente proyecto ejecutado, se encuentra con 2% de la valoración permitida, por consiguiente se procede a emitir el presente informe.

Adjunto reporte de similitud.

Atentamente,



Jeffrey John Pavajeau Hernández, MSc.

C.I. 0930810650

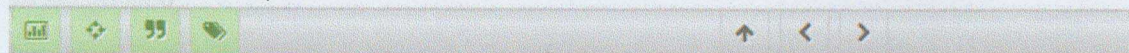
DOCENTE TUTOR

Reporte Urkund.

URKUND

Documento: [TESI FINAL 10 MAYO.docx](#) (D51864903)
Presentado: 2019-05-10 14:29 (-05:00)
Presentado por: JEFFRY PAVAJEAU (jpavajeau@upse.edu.ec)
Recibido: jpavajeau.upse@analysis.orkund.com

2% de estas 31 páginas, se componen de texto presente en 2 fuentes.



Fuentes de similitud

Lista de fuentes Bloques ★ PROBAR LA NUEVA BETA DE URKUND JEFFRY PAVAJEAU (jpavajeau)

Categoría	Enlace/nombre de archivo
	MóniGeovaTesis 09 de Mayo_19-1.docx
	TTCreencias culturales - urkund.docx
Fuentes alternativas	
>	Capitulo 1 y 2.docx
	TESIS WORD.docx
	TESIS WORD.docx
	YURI-PROYECTO INVESTIGATIVO COMPLETO.docx

1 Advertencias Reinciar Exportar Compartir

REVISIÓN ORTOGRÁFICA Y GRAMATICAL

Yo, LAÍNEZ QUINDE AMARILIS, en mi calidad de MAGISTER EN DISEÑO Y EVALUACIÓN DE MODELOS EDUCATIVOS, por medio de la presente tengo a bien indicar que he procedido hacer la revisión de sintaxis y ortografía del presente trabajo de investigación con el tema: CREENCIAS CULTURALES Y SU RELACIÓN CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES. COMUNA RÍO VERDE. SANTA ELENA 2018- 2019. Previo a la obtención del título de LICENCIATURA EN ENFERMERÍA, elaborado por la señorita. CAICHE DÍAZ MÓNICA EDITH y la señora. PANCHANA SALINAS GEOVANNA RAQUEL, estudiantes de la CARRERA DE ENFERMERÍA, FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD. UNIVERSIDAD ESTATAL PENÍNSULA DE SANTA ELENA. Certifico que está redactada con el correcto manejo del lenguaje, claridad en la expresión, coherencia en los conceptos e interpretaciones, adecuado empleo de la sinonimia. Además de haber sido escrita de acuerdo a las normas ortográficas y sintaxis vigentes.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad y autorizo a las interesadas hacer uso del presente como estime conveniente.

La Libertad, mayo 13 del 2019



LIC. AMARILIS LAÍNEZ QUINDE, MSc.

C.I. 0916928393

MAGÍSTER EN DISEÑO Y EVALUACIÓN DE MODELOS EDUCATIVOS

Nº DE REGISTRO SENESCYT 1050-12-86029478