

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
FILIAL - CHOTA



**COTIDIANIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES CON
HIPERTENSIÓN ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO
CADENILLAS – CHOTA, 2016.**

TESIS

**Para optar el Título Profesional de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA.:

Bach. Enf. Enedina, Guevara Muñoz.

ASESORAS:

Dra. Carmen Yrene, Yupanqui Vásquez

MCs. María Eloísa, Ticlla Rafael.

CHOTA, PERÚ, 2017

COPYRIGHT © 2017 by
ENEDINA GUEVARA MUÑOZ
Todos los derechos reservados

Guevara E. 2016. **Cotidianidad de los Adultos Mayores con Hipertensión Atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas – Chota, 2016/Enedina** Guevara Muñoz. 85 páginas.

Asesora: Dra. Carmen Yrene, Yupanqui Vásquez

Disertación académica para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería – UNC 2017

**COTIDIANIDAD DE LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL JOSÉ SOTO CADENILLAS – CHOTA, 2016.**

AUTORA: ENEDINA GUEVARA MUÑOZ

**ASESORAS: CARMEN YRENE YUPANQUI VÁSQUEZ
MARÍA ELOISA TICLLA RAFAEL**

Tesis evaluada y aprobada para la obtención del título de Licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca por los siguientes miembros:

JURADO EVALUADOR



**Dra. NORMA BERTHA CAMPOS CHÁVEZ
PRESIDENTA**



**Lic. Enf. DELIA MERCEDES SALCEDO VÁSQUEZ
SECRETARIA**



**MCs. SEGUNDA AYDEÉ GARCÍA FLORES
VOCAL**

Chota 2017, Perú

A:

A Dios por estar presente en mí vida, iluminándome, guiándome, dándome amor, sabiduría y paciencia cada día, para poder compartirlo con los demás.

A mis padres Manuel y Clementina como reconocimiento a su abnegada labor y esfuerzo, por ser ejemplos para mi vida, a sus invalorable y sabios consejos que contribuyeron en mi formación personal y profesional y por su apoyo durante estos años de formación profesional.

A mis hermanos, en especial a mi hermano Belizario por estar siempre conmigo apoyándome y dándome la mano para seguir adelante en mis estudios.

A:

La Universidad Nacional de Cajamarca, nuestra casa superior de estudio, alma mater de la formación profesional, por permitirme ser parte de la familia universitaria en especial a la “Escuela Académico Profesional de Enfermería” y su plana docente por la formación impartida, durante toda mi carrera, brindándome siempre su orientación y enseñanza con mucho profesionalismo y ética.

A la Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez, y MCs. Eloisa Ticlla Rafael, por aceptar ser parte de este trabajo de investigación, por su profesionalismo, dedicación y apoyo incondicional en todo momento de la investigación.

A los personas adultas mayores con diagnóstico de hipertensión arterial, quienes aceptaron voluntariamente participar como muestra del trabajo de investigación y nos permitieron conocer como es su día a día desde que se diagnosticó hipertensión arterial.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO.....	vii
LISTA DE ANEXOS.....	xi
GLOSARIO.....	xii
RESUMEN.....	xiv
CAPÍTULO I.....	1
1.PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	1
1.2. OBJETO DEL ESTUDIO.....	4
1.3. PREGUNTA NORTEADORA.....	4
1.4. OBJETIVO.....	4
1.5. JUSTIFICACIÓN.....	4
CAPÍTULO II	6
2.ABORDAJE TEÓRICO.....	6
2.1. COTIDIANIDAD.....	6
2.2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS ADULTAS MAYORES	7
2.3. COTIDIANIDAD DEL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD NO TRASMISIBLE (OPS).....	13
2.4. ADULTO MAYOR.....	14
CAPÍTULO III.....	16
3.ABORDAJE METODOLÓGICO.....	16
3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
3.2. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA: ENTREVISTA A PROFUNDIDAD	17
3.3. ESCENARIO DEL ESTUDIO.....	18
3.4. SUJETOS DE INVESTIGACIÓN.....	19

3.5. PRUEBA PILOTO.....	20
3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION.....	21
3.7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	22
3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y RIGOR CIENTÍFICO.....	23
CAPÍTULO IV.....	27
4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	27
CATEGORIA 1: EL DÍA A DÍA DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO DE HTA.....	27
SUBCATEGORIA 01: MI VIDA CAMBIÓ: YA NADA ES COMO ANTES....	28
CATEGORIA 2: NO SE PORQUE ME DIO LA ENFERMEDAD... ..	37
SUB CATEGORÍA 01: MANIFESTACIONES DE LA HIPERTENSION	
ARTERIAL.....	40
CAPÍTULO V.....	46
CONSIDERACIONES FINALES.....	46
SUGERENCIAS.....	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
ANEXO: 01.....	55

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
Anexo 1	Consentimiento informado	55
Anexo 2	Entrevista	56
Anexo 3	Cuadro de convergencias	57

GLOSARIO

COTIDIANO: no se entiende solo por lo vivido en el plano del individuo ni a la interacción pura y simple, ni a las posiciones colectivas y mucho menos a la idea de frecuencia de acciones. La vida cotidiana es un atributo del individuo y ella se realiza en un ambiente social y espacial, sea de un modo individualista o estructuralista.

ADULTO MAYOR: persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo.

HIPERTENSIÓN: La hipertensión Arterial se constituye en las personas adultas mayores como una pérdida del bienestar, siendo caracterizada como “una ruina total” percibida como una destrucción de su persona mostrándose la interferencia de la enfermedad en muchos aspectos de su vida, en forma especial de la red social, con pérdida de autonomía y libertad.

HIPERTENSIÓN PRIMARIA: Es aquella hipertensión en la que no existe una causa identificable; existen múltiples factores relacionados o asociados pero no con categoría de causa y efecto.

HIPERTENSIÓN SECUNDARIA: Es aquella debida a una causa identificable; cuya remoción o corrección desencadena un control óptimo de la PA y, en muchos casos, la curación de la enfermedad.

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA: El método de investigación cualitativa es la recogida de información basada en la observación de comportamientos naturales, discursos, respuestas abiertas para la posterior interpretación de significados.

ENFOQUE: es un proceso sistemático, disciplinado y controlado y está directamente relacionada a los métodos de investigación que son dos: método inductivo generalmente asociado con la investigación cualitativa que consiste en ir de los casos particulares a la generalización; mientras que el método deductivo, es asociado habitualmente con la investigación cuantitativa cuya característica es ir de lo general a lo particular.

ENTREVISTA A PROFUNDIDAD: Es una técnica de Investigación cualitativa, en la que el entrevistador guía la conversación pero concede espacio al entrevistado para que exprese sus propios puntos de vista. La entrevista abierta se dirige a "la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras.

SUJETOS DE INVESTIGACIÓN: Las personas que participan otorgando información para la investigación comúnmente se denominan participantes o informantes. Estos pueden involucrarse voluntariamente en un estudio o ser seleccionados por la o el investigador, por sus particulares conocimientos, experiencias u opiniones relacionadas con el estudio.

RESUMEN

Cotidianidad de los adultos mayores con hipertensión atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas – Chota, 2016.

Autora: Enedina Guevara Muñoz ¹
Asesoras: Dra. Carmen Yrene, Yupanqui Vásquez ²
MCs. María Eloísa, Ticlla Rafael ³

La investigación “Cotidianidad de los Adultos Mayores con Hipertensión atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas Chota 2016”, tuvo un abordaje cualitativo, el Método utilizado fue descriptivo (23), el objetivo fue develar y analizar la cotidianidad de los adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en los consultorios externos del Hospital José Hernán Soto Cadenillas Chota, 2016. Los participantes fueron ocho adultos mayores hipertensos la muestra se alcanzó por saturación. Se utilizó la entrevista para la recolección de la información, a través del análisis de contenido de los discursos de los participantes han emergido 2 categorías. La primera categoría: *el día a día después del diagnóstico de hipertensión arterial*: para los participantes los cambios drásticos en su cotidianidad provocan un profundo sentimiento de frustración; el principal es la disminución de su capacidad en el trabajo agrícola y la falta de energía, y por concerniente disminución de su ingreso económico, encontramos tristeza y a la vez resignación, resaltan el papel de la familia en la vida del anciano. La segunda categoría: *no sé porque me dio hipertensión arterial*: para los adultos mayores el motivo de su enfermedad, son hábitos inadecuados en su alimentación o consumo de alcohol, preocupación y tristeza intensa por problemas familiares, sobrecarga de trabajo, y la edad avanzada.

Palabras clave: Cotidianidad de los Adultos Mayores, Hipertensión.

¹ Aspirante a Licenciada de Enfermería (Bach. Enf. Enedina Guevara Muñoz, UNC).

² Carmen Yrene, Yupanqui Vásquez, Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora principal de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNC.

³ María Eloísa, Ticlla Rafael, Maestra en Salud Colectiva. Profesora principal de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNC.

ABSTRACT

Daily life of older adults with hypertension treated at the José Soto Cadenillas Hospital - Chota, 2016.

Author: Enedina Guevara Muñoz ¹

Adviser: Dra. Carmen Yrene, Yupanqui Vásquez ²

MCs. María Eloísa, Ticlla Rafael ³

The research "Daily life of Older Adults with Hypertension attended at the Hospital José Soto Cadenillas - Chota 2016", It had a qualitative approach, the method used was descriptive (23), the objective was to unveil and analyze the daily life of elderly people with hypertension received at the outpatient clinics of the Hospital José Hernán Soto Cadenillas - Chota, 2016. The participants were eight elderly hypertensive individuals the sample was reached by saturation. The interview was used to collect the information, through the content analysis of the participants' speeches, 2 categories emerged. The first category: the day after day of the diagnosis of arterial hypertension: for the participants the drastic changes in their daily life provoke a deep feeling of frustration; the main one is the diminution of his capacity in the agricultural work and the lack of energy, and by relative diminution of his economic income, we find sadness and at the same time resignation, highlight the role of the family in the life of the old man. The second category: I do not know why it gave me high blood pressure: for older adults the reason for their illness, are inadequate habits in their diet or consumption of alcohol, concern and intense sadness due to family problems, work overload, and old age.

Key words: Daily life of the Elderly, Hypertension

¹Aspirant of Lic of nursing. (Bach. Enf. Enedina Guevara Muñoz, UNC).

²Carmen Yrene, Yupanqui Vásquez, Doctor of scientist of nursing. Principal Professor of the faculty of the scientist of the Hedley at UNC.

³ Eloísa, Ticlla Rafael Principal Professor of the faculty of the scientists of the Hedley at UNC.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El interés en conocer la cotidianidad de los adultos mayores con hipertensión, surgió de la experiencia en el proceso de formación profesional como enfermera, donde se logró percibir y considerar al ser humano en sus dimensiones biológica, psicológica y social, a su vez miembro de una familia, y parte de una comunidad.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) los adultos mayores, son un grupo poblacional en aumento, como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en las últimas décadas, la proporción de la población adulta mayor aumentó de 5,7% en el año 1950 a 9,9% en el año 2016 (1), esta población posee características particulares como creencias, valores, estilos y modos de vida que se relacionan directamente con su salud durante el proceso de envejecimiento. Entre las enfermedades no transmisibles más comunes que aquejan a este grupo tenemos a la hipertensión arterial, diabetes mellitus y el cáncer, entre otras que afectan la vida diaria del enfermo tanto a nivel personal como familiar.

La Organización Panamericana de Salud, considera que entre el 20% y 35% de la población adulta de América Latina y el Caribe tiene hipertensión. El número de personas con hipertensión está aumentando en los últimos años y muchos desconocen su condición, cuando buscan atención médica por HTA o son detectados por el equipo de salud en centros de salud, ya presentan complicaciones y daños de órganos diana, lo que se explica, en parte, por la ausencia de sintomatología en sus fases iniciales, por lo que se debe de tener en cuenta la magnitud y las consecuencias derivadas de esta enfermedad (2).

En lo cotidiano existe la presión del tiempo real, que no siempre coincide con el tiempo interior de cada persona. De manera similar, las actividades cotidianas ocurren dentro de un espacio que las personas dominan y modelan a su existencia. El cotidiano, entretanto,

se diseña a partir de las propias personas, de acuerdo con el empeño, la motivación y la creatividad; lo que hace que la vida tenga una variedad de prácticas inventivas que permiten superar situaciones de intensa dificultad (3). Aunque no se han encontrado investigaciones sobre cotidianidad en esta población, presentamos algunas investigaciones cualitativas relacionadas:

En una investigación realizada en Minas Gerais sobre “Experiencias de la Enfermedad y del Tratamiento para Personas con Hipertensión Arterial Sistémica: estudio etnográfico”. Tuvo como objetivo interpretar los significados de la experiencia de la enfermedad y del tratamiento en personas con hipertensión arterial. Se usó el método etnográfico. Participaron 22 personas con hipertensión arterial y 10 trabajadores de la “Estrategia de Salud de la Familia”, se utilizaron entrevistas, observación participante, grupo focal, diario de campo y análisis de ficha médica. Fueron respetados los preceptos éticos. Como resultados surgieron: "La enfermedad como expresión del estilo de vida" y "La perspectiva de cura de la enfermedad". El problema nervioso representa la categoría nosológica, sintomática, causada por el estilo de vida urbano. Se apoyan en la creencia de la cura del problema. La familia, la espiritualidad y la religión constituyeron redes de apoyo social. El subsistema de salud popular constituye un importante itinerario por proporcionar mejor bienestar y alivio de los síntomas (4).

En otra investigación titulada “Vivencia de la Hipertensión Arterial en la Mujer Adulta Mayor: Una Experiencia Silenciosa y en Soledad”. Con el objetivo: Se identificó el significado de la hipertensión arterial como experiencia vivida por un grupo de mujeres adultas mayores, no adherentes al tratamiento. Estudio fenomenológico en la perspectiva de Merleau Ponty. Se entrevistaron seis mujeres. Emergieron dos áreas temáticas que permitieron comprender el fenómeno. Vivir con la hipertensión significa vivir con una enfermedad silenciosa, pero de graves consecuencias en un medio social que puede ser coadyuvante o limitante para el cuidado de la salud. La enfermedad sólo generó angustia y respuestas de cuidado, cuando se presentó incapacidad. El medio social se mostró indiferente, y generador de sobrecarga, compensado por el apoyo de vecinos y amigos. Las largas esperas, alejaron a las mujeres de la institución de salud. Los hallazgos expresan la desatención a la fase inicial de la enfermedad, las dificultades familiares para apoyar la adherencia al tratamiento y la ineficacia de los servicios de salud en el seguimiento y rehabilitación (5).

Si bien es cierto en la Escuela Académico Profesional de Enfermería filial Chota, se han desarrollado investigaciones cualitativas abordando las vivencias de los adultos mayores con alguna patología, sin embargo, no se encuentra estudios relacionados con el tema en cuestión en este caso la cotidianidad de los adultos con hipertensión arterial, si consideramos el alto porcentaje de adultos mayores con problemas cardiovasculares que existen en la zona y que son tratados tanto por el MINSA, como por el Seguro Social de Salud.

La vida cotidiana según Tedesco es “la espiritualidad en lo cotidiano, se trata de la organización de la vida de nuestro ser, organización que ayuda a los cuidados del cuerpo: la alimentación, el trabajo, los cambios de rumbo, las relaciones familiares de amistad; y vivido de forma privilegiada al interior de la casa, en este caso concreto, en el hospital y su contexto, tomando los elementos de la vida cotidiana para darle sentido o para articular un sentido de vida” (3).

Como estudiante e interna de enfermería, al brindar cuidado a adultos mayores tanto sanos como enfermos, se ha testificado el impacto negativo en la vida del enfermo el conocer su diagnóstico como enfermo con hipertensión arterial; los adultos mayores de Chota, poseen hábitos y costumbres que marcan su cotidianidad, tanto en su dieta que siempre es la misma, en su actividad física que no cambia, suelen resistirse a realizar algún cambio, más aún si tienen alguna enfermedad osteoarticular agregada que les produce alguna discapacidad; sin embargo después de conocer su enfermedad y los cuidados en casa que deberá seguir, la vida diaria cambia para toda la familia, que debe apoyar al adulto mayor enfermo y colaborar para su control y prevenir complicaciones.

Como futura profesional personal de enfermería, para brindar un cuidado humano, se debe conocer la situación de salud que atraviesan la población y en este caso en especial los adultos mayores de la Provincia de Chota que viven en un momento histórico y social cambiante más aun con una enfermedad crónica como la hipertensión arterial, en este caso aquellos atendidos en los consultorios externos del Hospital José Soto Cadenillas – Chota, quienes conforman una cultura que tiene conceptos, valores y creencias que le son propios respecto a su enfermedad y a las formas de cuidado tanto personales como familiares.

1.2. OBJETO DEL ESTUDIO

Cotidianidad de los adultos mayores con hipertensión arterial.

1.3. PREGUNTA NORTEADORA

¿Cómo es la cotidianidad de los adultos mayores con hipertensión atendidos en los consultorios externos del Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota, 2016?

1.4. OBJETIVO

Develar y analizar la cotidianidad de los adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en los consultorios externos del Hospital José Hernán Soto Cadenillas – Chota, 2016.

1.5. JUSTIFICACIÓN

Con los hallazgos de esta investigación cualitativa se pretende realizar una primera aproximación al fenómeno en estudio, considerando que conocer su cotidianidad como enfermo con hipertensión arterial, es beneficioso para los adultos mayores con hipertensión ya que si bien es cierto la Dirección de Salud de Chota, conoce estadísticamente sus características sociales, económicas y de salud, el conocer también el aspecto interno y subjetivo del fenómeno puede complementar la visión del personal de salud del Hospital José Soto Cadenillas y así planificar actividades de prevención y control de complicaciones físicas como psicológicas.

La motivación que impulsa el estudio del tema, surge de la experiencia como hija de padre hipertenso, estudiante e interna de enfermería al escuchar las vivencias de los adultos mayores con hipertensión arterial, se busca dar significado y comprender su situación, los resultados ayudaran a conocer mejor como es el día a día de un hipertenso/a y así como también fortalecer los conocimientos para el cuidado de enfermería.

Es importante realizar investigaciones con abordaje cualitativo y sobre el tema al ser un problema de salud pública que aqueja a muchas personas de la tercera edad a nivel

mundial, además el estudio intenta proveer a la familia de información sobre la cotidianidad de estas personas y complementar el conocimiento del personal de salud sobre el aspecto subjetivo del paciente tan importante como el aspecto objetivo.

Los resultados de esta investigación permitirán al profesional de enfermería del Hospital José Soto Cadenillas llegar a una mejor comprensión de la cotidianidad de los participantes como portadores de una enfermedad no trasmisible, y de esta manera potenciar su rol como cuidadora del paciente y familia.

Los hallazgos del estudio beneficiaran a la Escuela Académico Profesional de Enfermería Sede Chota, incentivando a los estudiantes a realizar investigaciones sobre cotidianidad en adultos mayores y así conocer más de cerca como es el día a día de las personas adultas mayores que viven con una enfermedad crónica degenerativa.

CAPÍTULO II

2. ABORDAJE TEÓRICO

2.1. COTIDIANIDAD

El sujeto individual sus relaciones cercanas y regulares no está exento de vínculos en relación con los grandes dispositivos sociales, las clases y los sistemas, centralizar al individuo a través de sus prácticas y representaciones por las cuales negocia y se relaciona con la sociedad, con la cultura y con los acontecimientos. Cuando se habla de vida cotidiana no se entiende solo por lo vivido en el plano del individuo ni a la interacción pura y simple, ni a las posiciones colectivas y mucho menos a la idea de frecuencia de acciones. La vida cotidiana es un atributo del individuo y ella se realiza en un ambiente social y espacial, sea de un modo individualista o estructuralista (3).

Para el inicio de la conversa, es que todos poseen una vida cotidiana con sus complejidades, contradicciones, ambigüedades, rutinizaciones, preocupaciones, conflictos, rupturas, etc.; lo que no significa decir que sea inherente de la vida del hombre. El estudio de lo cotidiano tiene como punto de partida al sujeto en cuanto ser particular – individual, sus relaciones cercanas, comunes, intensivas, adhesivas, fijas, cambiantes, pero no significa que los grandes dispositivos sociales, las macro teorías no puedan estar presentes (sistemas, clases, organizaciones, etc.) (3).

El estudio crítico de lo cotidiano se relaciona con el análisis del individuo histórico es decir es un sujeto inmerso en un complejo de relaciones presentes en una realidad histórica en virtud de sus significados culturales y no de la necesidad de producir identidades en masa o colectivos.

El hombre encuentra en su cotidianidad, un espacio de conocimientos disponibles, que les sirve de esquema, de interpretación de sus experiencias pasadas y presentes, que determinan también antepasados de los hechos futuros. Por lo tanto, la interacción que se da dentro de los acontecimientos que constituyen y que forman parte de las vivencias cotidianas, como las prácticas que se dan de una manera aparentemente ordinaria, van a permitir que estas se profundicen y no sean vistas de una manera objetiva. El lado

subjetivo que no es tan fácil descubrir nos ayuda profundizar el gran significado que se le da a cada uno de esos momentos vivenciados en la vida cotidiana. El análisis de la vida cotidiana rescata el valor de lo habitual, lo repetitivo, aquello que corresponde a los detalles de la vida, el día a día. Rescata el valor del sentido y los profundos significados de aquello que, por su sencillez y por no ser manifestado en su momento, se deja de lado y no se le da valor.

“La vida cotidiana es un referente teórico y experiencial que permite abordar, todo tipo de actividad. Cada sujeto particular constituye procesos significativos de reproducción social, apropiación cultural y las prácticas sociales, mediante las cuales las personas se apropian de los diversos contenidos de aprendizaje intercambiados en las relaciones sociales para construir los conocimientos, sentimientos y acciones para vivir. De allí que cuando se desea conocer una sociedad, se debe comprender e interpretar sus grupos viven, trabajan, piensan, sienten, actúan y esto se hace a través del estudio de la vida cotidiana” (6).

2.2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS ADULTAS MAYORES

A. DEFINICION

La hipertensión arterial se constituye en las personas adultas mayores como una pérdida del bienestar, siendo caracterizada como “una ruina total” percibida como una destrucción de su persona mostrándose la interferencia de la enfermedad en muchos aspectos de su vida, en forma especial de la red social, con pérdida de autonomía y libertad (7).

B. ETIOLOGÍA

Según el MINSA

Hipertensión primaria (esencial o idiopática): Es aquella hipertensión en la que no existe una causa identificable; existen múltiples factores relacionados o asociados pero no con categoría de causa y efecto; está descrito un componente familiar, pero aún no está definido un único gen responsable. De manera general, corresponde a más del 95% de casos de hipertensión arterial (8).

Hipertensión secundaria: Es aquella debida a una causa identificable; cuya remoción o corrección desencadena un control óptimo de la PA y, en muchos casos, la curación de la enfermedad. Corresponde a menos del 5% del total de casos de hipertensión arterial. Entre ellas destacan por su prevalencia (8).

- **Enfermedad renal:** parenquimal o renovascular (glomerulonefritis, nefropatías intersticiales, hidronefrosis, tumores renales, aterosclerosis o displasias de arterias renales).
- **Enfermedades endocrinas:** hipotiroidismo e hipertiroidismo, hiperaldosteronismo primario, feocromocitoma, síndrome de Cushing, entre otras.
- **Miscelánea:** tumores, coartación de aorta, enfermedad de Paget, entre otros.
- **Medicamentos:** anticonceptivos hormonales, corticoides, agentes vaso constrictores, corticosteroides, agentes vaso constrictores, simpáticomiméticos, antidepressivos tricíclicos, inhibidores de la monoaminooxidasa, anfetaminas, antiinflamatorios no esteroideos, ciclosporina, eritropoyetina entre otros.

C. FISIOPATOLOGÍA

El concepto actual sobre la enfermedad hipertensiva es de una enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria, crónica y progresiva. Partiendo de ese concepto genérico, se desprende que el vaso sanguíneo es el órgano primario de afección y dentro de esa estructura está el endotelio. Este órgano es vital en la homeostasis vascular ya que de su normal funcionamiento depende el equilibrio y, por ende, la salud integral vascular. La presión arterial está regulada por numerosos factores neuro-hormonales de acción sistémica y local, que funcionan en circuitos de autorregulación, manteniéndola dentro de límites estrechos. Diversos factores como herencia y estilo de vida, sistema nervioso simpático hiperactivado, ingesta excesiva de sal, hormonas o sustancias liberadas por el endotelio enfermo, pueden modificar el gasto cardiaco o la resistencia vascular periférica, lo que da inicio a la enfermedad. La angiotensina II (de acción sistémica o tisular), potente

vasoconstrictora y facilitadora del crecimiento celular, es el principal determinante de la persistencia de la enfermedad hipertensiva (8).

La disfunción endotelial, que acompaña a la enfermedad hipertensiva, promueve la proliferación celular así como la liberación de muchas sustancias vasoactivas, protrombóticas y procoagulantes que ulteriormente precipitarán en aterosclerosis precoz. En esta enfermedad, la hipertrofia e hiperplasia vascular, el aumento de la matriz extracelular y el incremento de la resistencia vascular periférica explican la hipertrofia miocárdica y el desarrollo de complicaciones vasculares (aterosclerosis), cardíacas (insuficiencia cardíaca, isquemia miocárdica y arritmias), cerebral (hemorragia, isquemia, encefalopatía), oftalmológicas (retinopatía hipertensiva), urológicas (disfunción eréctil) y nefrológicas (insuficiencia renal) (8).

D. CLASIFICACIÓN DE LA HTA

Según niveles de presión arterial. ESH/ESC 2003. SEH – LELHA 2005 (9).

NORMOTENSION O HTA CONTROLADA

OPTIMA: PAS < 120mmHg /PAD < 80 mmHg.

NORMAL: 120 – 129mmHg/80 – 84mmHg.

N – ALTA: 130 – 139mmHg/85 – 89mmHg.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

GRADO 1: 140 – 159mmHg/ 90 – 99mmHg.

GRADO 2: 160 – 179mmHg/100 – 109mmHg.

GRADO 3: \geq 180mmHg / \geq 110 mmHg.

Clasificación según el JNC-7 (Séptimo informe del Joint National Committee) para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial (9).

NORMAL: < 120mmHg/< 80 mmHg.

PREHIPERTENSION: 120 – 139mmHg/ 80 – 89mmHg.

ESTADIO 1: 140 – 159mmHg/90 – 99mmHg.

ESTADIO 2: 160 - \geq 180mmHg/100 - \geq 110mmHg.

E. PREVENCIÓN

El riesgo de padecer una enfermedad cardiovascular (ECV) en el paciente hipertenso se modifica de forma sustancial con la presencia de otros factores de riesgo, lo que pone de manifiesto la importancia del planteamiento multifactorial a la hora de tomar decisiones terapéuticas (10).

Los objetivos son prevenir la discapacidad y la muerte prematura, reduciendo la incidencia de eventos clínicos primeros o recurrentes de enfermedad coronaria, ictus isquémico y enfermedad arterial periférica, antes que centrarse en una mera disminución de las cifras de presión arterial (10).

Se establecen las intervenciones preventivas sobre los individuos más eficientes a corto plazo cuando se dirigen a los sujetos de mayor riesgo. Por tanto, se establecen las siguientes prioridades para la prevención cardiovascular en la práctica clínica (11).

- ✓ Pacientes con enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular aterosclerótica o enfermedad arterial periférica.

- ✓ Individuos asintomáticos con alto riesgo de desarrollar ECV ateroscleróticas por tener:
Varios factores de riesgo que dan lugar a un riesgo actual o extrapolado a los 60 años de edad (SCORE) \geq 5% de desarrollar un evento cardiovascular mortal a lo largo de 10 años (o 20% en otras tablas).
Valores muy elevados de un solo factor de riesgo: colesterol total \geq 8 mmol/l (320 mg/dl), colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad LDL \geq 6 mmol/l (240 mg/dl), presión arterial \geq 180/110 mmHg.

- ✓ Diabetes tipo 1 con microalbuminuria o diabetes tipo 2.

- ✓ Familiares próximos de pacientes con accidente cerebro vascular aterosclerótica de aparición temprana.

- ✓ Otros individuos a los que se atiende en la práctica clínica habitual.

PREVENCIÓN PRIMARIA

La prevención primaria tiene como objetivo el control de los factores de riesgo de la propia hipertensión, mediante estrategias poblacionales e individuales.

Las recomendaciones para la prevención primaria de la hipertensión arterial son las mismas que se utilizan en el tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial, deben instaurarse en todos los pacientes, incluyendo los normotensos y los que requieren tratamiento farmacológico. Las medidas de estilo de vida ampliamente consensuadas en la bajada de PA o riesgo cardiovascular, y que deberían considerarse son (12).

- Abandono del tabaco
- Reducción de peso en obesos.
- Reducción de consumo excesivo de alcohol.
- Ejercicio físico.
- Reducción consumo de sal.
- Incremento en consumo de frutas y verduras y descenso en consumo de grasas totales saturadas.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Tiene como objetivo la detección temprana y el control de los hipertensos identificados. Con ello conseguiremos evitar las complicaciones secundarias debidas a la hipertensión arterial, la estrategia de búsqueda activa de casos mediante la toma oportunista de la presión arterial en las consultas de atención primaria es el método más eficaz (13).

El PAPPS recomienda la toma de la PA al menos una vez hasta los 14 años; cada 4 ó 5 años desde los 14 hasta los 40 años de edad, y cada 2 años a partir de los 40 años sin límite superior de edad (13).

Para hacer un despistaje sistemático de los pacientes hipertensos no conocidos en un cupo de 1500 personas habría que tomar la PA de forma oportunista al menos a 2 pacientes no hipertensos/día (1 el médico y 1 la enfermera), para que en el plazo de 2-4 años hayamos cribado a la práctica totalidad del cupo, cumpliendo así las recomendaciones del PAPPS (13).

En los pacientes que se diagnostique hipertensión arterial, o se sospeche un riesgo cardiovascular alto se debe:

- ✓ Utilizar las tablas de riesgo para definir el nivel de riesgo cardiovascular.
- ✓ Promover cambios pertinentes en el estilo de vida: abandonar el tabaco, elegir una dieta saludable y aumentar la actividad física.
- ✓ Valorar la necesidad de reducir la presión arterial, el colesterol sérico y controlar la glucemia.

PREVENCIÓN TERCIARIA

La prevención terciaria tiene como objetivo reducir la incidencia de eventos clínicos macrovasculares recurrentes. El seguimiento de estos pacientes, dado su muy alto riesgo, debe ser exhaustivo y con objetivos terapéuticos más exigentes, de las cifras PA. Además promover los cambios pertinentes en el estilo de vida (abandonar el tabaco, elegir una dieta saludable y aumentar la actividad física) y utilizar los fármacos necesarios para tratar la presión arterial, los lípidos y la diabetes, se deberían considerar en la práctica clínica otros tipos de fármacos para la prevención de las enfermedades cardiovasculares(14).

- ✓ Aspirina u otros antiagregantes plaquetarios en prácticamente todos los pacientes con enfermedad cardiovascular.
- ✓ Betabloqueantes en pacientes después de haber padecido un infarto de miocardio o con disfunción ventricular secundaria a enfermedad coronaria.
- ✓ Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, en pacientes con síntomas o signos de disfunción ventricular izquierda secundaria a enfermedad coronaria o hipertensión arterial.
- ✓ Anticoagulantes en aquellos pacientes con enfermedad coronaria y riesgo alto de padecer eventos tromboembólico.

F. TRATAMIENTO

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DE LA HIPERTENSIÓN.

Ha quedado demostrado en los últimos años la utilidad de las medidas no farmacológicas en el contexto del tratamiento de la hipertensión arterial. Esta utilidad, que algunos autores ponían en duda, se ha demostrado eficaz para disminuir el riesgo global del paciente hipertenso (11).

La opinión mayoritaria es que dichas medidas han de constituir la base del tratamiento, sin perjuicio del uso concomitante de fármacos hipotensores. El efecto hipotensor de las medidas no farmacológicas será proporcional al grado de adherencia a las mismas por parte del hipertenso. Así, en grupos de pacientes con adherencia considerada como excelente se ha logrado disminuir la presión arterial sistólica en 10 mm Hg, si bien en la práctica clínica se obtienen efectos más modestos (11).

Es imprescindible realizar un refuerzo positivo continuo, con independencia de que el paciente esté recibiendo o no tratamiento farmacológico, aprovechando cualquier contacto con el paciente, a fin de que se mantengan estas medidas no farmacológicas en el tiempo y no sean abandonadas, cosa que ocurre a menudo (15).

- ✓ Ingesta de potasio, magnesio y calcio
- ✓ Evitar el estrés
- ✓ Dieta y ejercicio
- ✓ Abandono del hábito tabáquico
- ✓ Reducción de peso
- ✓ Evitar consumo de alcohol
- ✓ Disminuir Ingesta de sodio

2.3. COTIDIANIDAD DEL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD NO TRASMISIBLE (OPS).

Un adulto mayor con una ENT, requiere ciertas consideraciones que van desde su proceso de envejecimiento, estilo y condiciones de vida. El entorno familiar que rodea al adulto mayor, que si bien puede constituirse en un factor protector en otros casos se

convierte en un factor de riesgo para su salud, así mismo también es importante el acceso a servicios de salud (16).

Sin duda alguna la cotidianidad de un anciano con hipertensión puede incluir los factores antes mencionados, y también los estereotipos negativos que lo convierten en un ser dependiente a la vista de los demás, suelen identificarse eufemismos como enfermedad, improductividad, estorbo, marginación y muerte (16).

Otra característica importante de la cotidianidad de un hipertenso es el consumo diario de medicamentos no solo para la hipertensión arterial sino para otras patologías como: enfermedades osteoarticulares, gastrointestinales, etc. En esta etapa suele aparecer la polifarmacia que se relaciona, con la mayor edad, la residencia en zonas rurales, la baja educación que pueden provocar reacciones adversas, mayor riesgo de hospitalización, y mayores costos (16).

2.4. ADULTO MAYOR

Las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad. La ONU, considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo (17).

Mencionar a las personas adultas mayores es hacer referencia al envejecimiento natural e inevitable del ser humano, es cual es un proceso dinámico, progresivo e irreversible, en el que van a intervenir conjuntamente factores biológicos, psíquicos, sociales y ambientales. Estos al trabajar en conjunto podrán incrementar la esperanza y calidad de vida de la persona; la cual se podrá ir logrando en la medida que las enfermedades se puedan prevenir o controlar (17).

En el Plan Nacional de las Personas Adultas Mayores (2013 - 2017), tal como lo señala el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), existen

diversos modelos para entender y conceptualizar la vejez como etapa de vida, entre los que destacan el de edad cronológica, el de edad fisiológica y el de edad social (18).

El concepto de edad cronológica tiene que ver con el límite a partir del cual una persona se considera adulta mayor, en este sentido es un asunto sociocultural y está muy vinculado con la edad fisiológica en el sentido que “el inicio cronológico de la vejez se relaciona con la pérdida de ciertas capacidades instrumentales y funcionales para mantener la autonomía y la independencia, desde esta perspectiva el envejecimiento lleva consigo cambios en la posición del sujeto en la sociedad, debido a que muchas responsabilidades y privilegios, sobre todo aquellos asociados al empleo-- dependen de la edad cronológica”. En este sentido, de acuerdo a nuestra legislación y desde el punto de vista cronológico de la vejez, se entiende por persona adulta mayor a aquella que tenga 60 o más años de edad (19).

El concepto de edad fisiológica, es el proceso de envejecimiento físico que, aunque vinculado con la edad cronológica, no puede interpretarse simplemente como la edad expresada en años. Se relaciona más bien con la pérdida de las capacidades funcionales y con la disminución gradual de la densidad ósea, el tono muscular y la fuerza que se produce con el paso de los años” (19).

La edad social, esta aplicado “a las actitudes y conductas que una sociedad considera adecuadas para una determinada edad cronológica, entendiendo que la concepción que se tenga sobre la vejez, independientemente de la relación directa que tenga con la edad cronológica, está básicamente determinada por las pautas impuestas por cada sociedad (19).

Desde esta perspectiva, se reconoce entonces que conceptos como vejez y género, son resultado de una “construcción social e histórica que posee el significado que una sociedad otorga a los procesos biológicos que la caracterizan” (19).

CAPÍTULO III

3. ABORDAJE METODOLÓGICO

3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

El trabajo de investigación tiene un enfoque cualitativo – fenomenológico; su principio es comprensión de la realidad humana vivida socialmente; el significado es el concepto central; la subjetividad es el fundamento del sentido de la vida social; importa comprender y explicar la dinámica de las relaciones sociales que son depositarios de creencias y valores, actitudes y hábitos; la esencia está en la vivencia, la experiencia y lo cotidiano.

Lo que define es que el objeto no tiene una realidad independiente del sujeto. La condición de sujeto influye en su óptica para resaltar aspectos diferentes del objeto. El objeto es mutable como el sujeto y no existe una realidad fija e invariable del objeto.

La “Investigación fenomenológica” se utiliza a menudo de forma equivalente a investigación naturalista o para referirse a cualquier investigación que dirige su atención a la experiencia subjetiva de las personas. La investigación naturalista intenta capturar la forma en que las personas en contextos naturales experimentan sus vidas y los significados que las atribuyen. El objetivo de la fenomenología es descubrir lo que subyace a las formas a través de las cuales convencionalmente las personas describen su experiencia desde las estructuras que las conforman. La herramienta fundamental del fenomenólogo es su propia conciencia. Se pueden utilizar técnicas fenomenológicas. Se requiere la inmersión en la literatura y el lenguaje de la fenomenología. Los planteamientos metodológicos de esta corriente adoptan múltiples formas y generalmente no se explicitan en los trabajos, aunque participan de la idea común de captar el significado de la experiencia. Creswell (1954, 54) sintetiza en los siguientes aspectos las principales cuestiones procedimentales relacionadas con la fenomenología. El investigador necesita comprender las perspectivas fisiológicas que subyacen al enfoque, especialmente estudiar cómo las personas experimentan un fenómeno. El investigador propone cuestiones de investigación que exploran el significado de la experiencia para

las personas y les solicita que lo describan desde sus experiencias de vida cotidianas (20).

Los investigadores cualitativos saben que siempre hay por lo menos dos actores clave: el participante que aporta la información y el investigador que, como aprendiz y cointérprete, guía el proceso hacia el conocimiento que ambos desean expresar. Juntos forjan una asociación para explorar distintas interpretaciones sociales de la realidad. Crear una asociación en la investigación cualitativa exige un alto grado de habilidad y también entraña profundas obligaciones éticas, ya que la relación se basa en la confianza y la mutua comprensión de una meta común (21).

Se ha optado por este enfoque, ya que el objetivo de la investigación es develar y analizar la cotidianidad de los adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en los consultorios externos del Hospital José Hernán Soto Cadenillas.

A través de este enfoque se busca que los adultos mayores participantes nos narren su cotidianidad a partir del significado que tengan los fenómenos y experiencias que éstas vayan formando a partir de aquello que han percibido como una manera habitual en su vida, su mundo, su yo, y su realidad social.

3.2. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA: ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

La entrevista a profundidad pretende, a través de la recolección de un conjunto de saberes privados, la construcción del sentido social de la conducta individual o del grupo de referencia de ese individuo; también denominada por algunos autores como entrevista abierta. Generalmente suelen cubrir solamente uno de dos temas pero en mayor profundidad. El resto de preguntas que el investigador realiza, van emergiendo de las respuestas del entrevistado y se centran fundamentalmente en la aclaración de los detalles con la finalidad de profundizar en el tema objeto de estudio. Aunque es la que más se caracteriza por la carencia de estructura, solo la que el investigador le brinde. Y por la no dirección, no hay que olvidar que las entrevistas deben desarrollarse bajo la dirección y el control sutil de la investigadora (22).

Al haber seleccionado esta técnica la investigadora buscó descubrir en los participantes su cotidianidad como personas afectada con hipertensión arterial. La entrevista a profundidad es definida como el encuentro cara a cara entre investigadora y participantes implicará la descripción de sus temores, sus vivencias o situaciones de los adultos mayores frente a la hipertensión arterial.

Constituyen un intercambio entre un entrevistador y un entrevistado. Si bien las entrevistas siguen por lo general un estilo informal, guiadas por unos cuantos temas amplios más que por un cuestionario, hay muchas formas de crear estructura sin poner en riesgo el intercambio abierto, que es el sello de la mayoría de las técnicas cualitativas (21).

3.3. ESCENARIO DEL ESTUDIO

El escenario de estudio fue el Hospital José Soto Cadenillas y en el hogar de cada uno de los adultos mayores con Hipertensión Arterial en el Distrito de Chota.

El Distrito de Chota, se encuentra ubicado en la parte central de la provincia, en la región andina norte del Perú. Su capital está en la meseta de Akunta a 2,388 msnm y a 150 Km. al norte de Cajamarca o a 219 Km. al este de Chiclayo, Lambayeque. Encontrándose nuestra ciudad de Chota a una latitud más al norte de la capital departamental, pasando por este lugar el paralelo 6°33'48" (23).

Luego de la captación de los sujetos de investigación que se realizó en consultorios externos del Hospital José Soto Cadenillas de Chota, se desarrolló la entrevista en el hogar, en la hora que el adulto mayor disponía de tiempo, buscando un ambiente tranquilo, sin ruidos y donde el participante se sienta segura/o,

Se tomó esa precaución ya que debemos reconocer que el contexto social, económico, político y social se relaciona estrechamente el estado de salud del individuo, por tanto es muy importante conocer, el escenario de estudio.

CUADRO DE PARTICIPANTES

FECHA DE ENTREVISTA	DE	CARACTERIZACIÓN
10/09/2016		Participante N° 01: mujer de 64 años de edad, grado de instrucción 4° grado de primaria, ama de casa, procedencia, Túnel Conchano, tiempo de enfermedad 8 años.
14/09/2016		Participante N° 02: mujer de 68 años de edad, analfabeta, ama de casa, procedencia Negropampa, tiempo de enfermedad 28 años.
20/09/2016		Participante N° 03: varón de 77 años de edad, con primaria incompleta, agricultor, procedencia Chalalamarca, tiempo de enfermedad 7 años.
21/09/2016		Participante N° 04: mujer de 77 años de edad, analfabeta, ama de casa, procedencia Cabracancha, tiempo de enfermedad 10 años.
25/09/2016		Participante N° 05: mujer de 72 años de edad, analfabeta, ama de casa, procedencia Quinuamayo, tiempo de enfermedad 1 año.
03/10/2016		Participante N° 06: varón de 62 años de edad, primaria incompleta, agricultor, procedencia Conchan, tiempo de enfermedad 4 años.
03/10/2016		Participante N° 07: mujer de 64 años de edad, analfabeta, ama de casa, procedencia Chaupelanche, tiempo de enfermedad 03 años.
04/10/2016		Participante N° 08: mujer de 65 años de edad, analfabeta, ama de casa, procedencia Cabracancha, tiempo de enfermedad 3 años.

3.4. SUJETOS DE INVESTIGACIÓN

Las personas que participan otorgando información para la investigación cualitativa comúnmente se denominan participantes o informantes. Estos pueden involucrarse

voluntariamente en un estudio o ser seleccionados por la o el investigador, por sus particulares conocimientos, experiencias u opiniones relacionadas con el estudio (22).

Los sujetos de investigación fueron 8 los adultos mayores atendidos en consultorios externos del Hospital José Soto Cadenillas - Chota. Los informantes cumplieron con los siguientes criterios de inclusión.

- a. Adultos mayores que padecen de hipertensión arterial atendidos en consultorios externos del Hospital José Soto Cadenillas - Chota.
- b. Adultos mayores hipertensos que acepten voluntariamente ser parte de trabajo de investigación.
- c. Participantes sin alteraciones mentales, conscientes, orientadas en tiempo, espacio y persona.

Para los estudios cualitativos no se requiere gran número de participantes, solo se necesita que investigadora se interese por seleccionar a sujetos capaces de proporcionar una amplia información sobre la experiencia o situaciones que estudian (24). En el presente estudio la muestra se alcanzó por saturación de información.

En el ámbito de la investigación cualitativa se entiende por saturación el punto en el cual se ha escuchado ya una cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen ya otros elementos. Mientras sigan apareciendo nuevos datos o nuevas ideas, la búsqueda no debe detenerse (24).

La muestra es homogénea cuando las unidades que se van a seleccionar poseen un mismo perfil o características, o bien comparten rasgos similares. Su propósito es centrarse en el tema por investigar o resaltar situaciones, procesos o episodios en un grupo social.

3.5. PRUEBA PILOTO

Con la finalidad de conocer si las preguntas planteadas recogen la información pertinente de acuerdo al objeto y objetivo de investigación, se realizó una prueba piloto, luego se

hicieron los cambios respectivos, de tal manera que los participantes entiendan las preguntas y brinden sus respuestas con sus propias palabras.

Se entrevistó a dos adultos mayores con hipertensión arterial que fueron atendidos en consultorios externos del Hospital José Hernán Soto Cadenillas. Sin embargo, ellos por su avanzada edad, no entendieron las preguntas por el uso de palabras técnicas usadas en la encuesta. En consecuencia, se procedió a revisarlas y realizar los cambios pertinentes con nuevas palabras que fueran fáciles de entender.

Se plantearon las siguientes preguntas:

¿Cuénteme cómo es su día a día, desde que le informaron que tenía hipertensión arterial?

¿Qué ha cambiado en sus actividades diarias después que le informaron que tenía Hipertensión arterial y le dieron el tratamiento?

3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE INFORMACION

Primero se pidió autorización al Director del Hospital José Soto Cadenillas para acceder a la información de los adultos mayores atendidos en consultorios externos del Hospital José soto Cadenillas – Chota.

Se ha seleccionado a los participantes teniendo en cuenta los criterios de inclusión de la investigación.

Los participantes aceptaron ser parte del trabajo de investigación a través del consentimiento informado (anexo 1), la entrevista se realizó en el domicilio de cada participante previa programación. Se le informo acerca de la finalidad del trabajo de investigación.

Las entrevistas se realizaron según el horario en que el adulto mayor tenía libre lo que permitió contar tiempo necesario para recoger la información y delimitar la duración aproximada de cada entrevista; que tuvo una duración entre 40 a 60 minutos.

Se explicó al participante que se tomarán notas mientras se llevan a cabo las sesiones; estas notas se discutieron con el participante al finalizar cada sesión.

Se recolectaron los datos utilizando una grabadora previa indicación que se protegerá cuidadosamente la confidencialidad y anonimato de nuestros participantes.

Se buscó crear una atmósfera segura y de confianza para cumplir con el propósito del estudio y evitar interrumpir al participante innecesariamente.

Se ha compartido con el participante cada entrevista grabada para corroborar que toda la información obtenida sea fiel y exacta.

3.7. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

En este estudio se tuvo en cuenta el análisis de contenido ya que nos ofrece la posibilidad de investigar sobre la naturaleza del discurso es decir, nos permitió analizar el significado de cada mensaje que nos brindaron los participantes. Por lo cual luego de recolectar la información a través de las entrevistas con los participantes, se transcribieron cada entrevista, obteniendo un texto EMIC (los discursos tal y como los participantes los vertieron); luego de revisar los discursos completar algunas palabras y obviar otras sin perder el sentido del discurso se obtuvo un texto ETIC. Después se identificaron las unidades de análisis en los testimonios, luego estas unidades ya seleccionadas fueron agrupándose de tal manera que poco a poco vayan formándose las categorías preliminares que luego de ser minuciosamente revisadas puedan finalmente plantearse las categorías empíricas y si fuera el caso también se plantearían subcategorías.

En la investigación cualitativa el análisis acompaña al proceso de recolección de la información desde su inicio, guía el trabajo de campo y permite profundizar en los temas emergentes durante las posteriores inmersiones en el campo de investigación. (25).

Analizar datos supondrá examinar sistemáticamente un conjunto de elementos informativos para delimitar partes y descubrir las relaciones entre las mismas y las relaciones con el todo. En definitiva, todo análisis persigue alcanzar un mayor conocimiento de la realidad estudiada y en la medida de lo posible, avanzar mediante su

descripción y comprensión hacia la elaboración de modelos conceptuales explicativos (26).

El análisis de contenido se concentra en la convergencia de los discursos, ya que también se conoce como proceso de cuantificación en cuanto a la similitud del sentido de los testimonios, ya que este proceso quiere conocer que quiere decir el discurso al contrario del análisis de discurso que busca conocer que significa el discurso del participante.

Las categorías son construidas a posteriori a partir de la comprensión del punto de vista de los actores sociales, posibilitando desvelar relaciones específicas del grupo en cuestión. Las categorías empíricas son clasificaciones que contienen una doble elaboración. Son ante todo, expresiones clasificatorias que los actores sociales de determinada realidad construyen y les permiten dar sentido a sus vidas, sus relaciones y aspiraciones por lo tanto emana de la realidad, por otro lado son elaboraciones del investigador, es su sensibilidad y agudeza lo que le permite comprenderlas y valorizarlas, en la medida en que va develando la lógica interna del grupo investigado y descubre esas expresiones, las explora y sobre ellas crea construcciones de segundo orden generalmente cuando un investigador consigue aprender y comprender las categorías empíricas de clasificación de la realidad del grupo investigado, percibe que están colmadas de sentido y de claves para la comprensión teórica de la realidad en su especificidad histórica y en su diferenciación interna (27).

3.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y RIGOR CIENTÍFICO

La investigación se basó en criterios que tuvieron como finalidad asegurar la calidad y la objetividad de la investigación, siendo estos:

✓ En relación a la ética:

Se consideró los siguientes criterios en el trabajo de investigación.

- **Consentimiento informado:**

Se solicitó la autorización a los sujetos de investigación para su participación en el estudio, haciendo constar las firmas de los entrevistados, investigadora y

asesoras de investigación (28). En el presente estudio se solicitó la autorización a los adultos mayores hipertensos a través del documento del consentimiento informado (Anexo 1) se dio a cada participante, para registrar su participación voluntaria luego de ser informados en forma clara y concisa del propósito y la modalidad de investigación.

- **Confidencialidad:**

Se aseguró a cada participante que se guardara la confidencialidad y anonimato, es decir que su nombre no será revelado y se cuidara que no se pueda relacionar la identidad de la madre con la información obtenida y presentada en los resultados de la investigación. De igual manera, la información no se compartirá con personas ajenas al equipo de investigación (29).

- ✓ **En relación al rigor científico:**

La credibilidad también llamada valor de autenticidad, que se concentra en la confianza en la autenticidad de los resultados incluida una interpretación acerca del contexto (21).

Para alcanzar este criterio, luego de las entrevistas, los adultos mayores reconocieron como propios los discursos recolectados.

La confiabilidad: una prueba importante de la confiabilidad cualitativa es la medida en que se pueden reproducir los resultados. La meta no es solo obtener los mismos resultados en un estudio sino ser capaz de reproducir los procesos usados para obtener esos resultados, aun cuando pueden ser muy diferentes en contextos culturales distintos. Para los investigadores cualitativos el paralelo metodológico de la confiabilidad es determinar si los resultados son dignos de crédito, si el proceso de investigación es coherente y se realiza prestando atención a las normas y convenciones de la metodología cualitativa, se formularán las siguientes preguntas (21).

Encontramos confiabilidad en el estudio, cuando los resultados de esta investigación son verdaderas, coherentes para los participantes y para otras personas que han experimentado o están en contacto con el fenómeno investigado. La confiabilidad estuvo dada por la verdad establecida mutuamente entre el investigador y el participante.

La confirmabilidad. Desde una perspectiva cualitativa el objetivo es confirmar mediante verificaciones y otros métodos que los datos reflejen tan exactamente como sean posibles las perspectivas y experiencias de los participantes. Aplicando el concepto de reflexibilidad, los investigadores tienen la obligación de observar y documentar sus propios roles en el proceso de la investigación, incluidos los supuestos, sesgos o reacciones que pudieran influir en la recolección e interpretación de los datos. La aplicación de la reflexibilidad contribuye a la confirmabilidad de los resultados. (21)

Se logró la objetividad en la presente investigación, teniendo en cuenta el registro y documentación de ideas, observaciones y entrevistas que se ha realizado en relación con el estudio; la confirmabilidad denotó la objetividad de la investigación y está referida a datos documentados originarios de las entrevistas y observación participante.

La transferibilidad: Las lecciones aprendidas en los estudios cualitativos pueden ser aplicadas a otros contextos; pero no se refiere a generalizar los resultados a una población más amplia, ya que ésta no es una finalidad de este estudio cualitativo, sino que parte de este estudio o su esencia puedan aplicarse en otros contextos, también la denominan “traslado”. Sabemos que es muy difícil que los resultados de un estudio cualitativo en particular puedan transferirse a otro contexto, pero en ciertos casos, nos pueden dar pautas para tener una idea en general del problema estudiado y la posibilidad de aplicar ciertas soluciones en otro ambiente, así pueden contribuir a un mayor conocimiento del fenómeno y a establecer algunas pautas para futuros estudios relacionados.

La transferencia no la hace el investigador, sino el usuario o lector del estudio. Es quien se cuestiona: ¿esto puede aplicarse a mi contexto? El investigador lo

único que puede hacer es intentar mostrar su perspectiva sobre dónde y cómo “encajan o embonan” sus resultados en el campo de conocimiento de un problema estudiado; por tal motivo las muestras han sido cuidadosamente seleccionadas para representar puntos de vista y experiencias que reflejen aspectos fundamentales del problema investigado (21).

En este estudio en cuanto a la transferibilidad se tuvo en cuenta que los estudios estén vinculados a los momentos, a las situaciones del contexto y a los sujetos participantes de la investigación (21). Esto se logró a través de una descripción íntegra de las características específicas del contexto en que se realiza la investigación, así como de los sujetos de investigación. Ya que al estudiar el aspecto subjetivo de los participantes, los hallazgos pueden variar entre los individuos y por tanto el conocimiento del contexto se torna importante.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La Hipertensión arterial, es conocida como la enfermedad no trasmisible que genera mayor morbilidad y mortalidad en los adultos mayores enfermos además de los cambios radicales en los estilos y calidad de vida de los afectados y por los múltiples efectos que tiene en todo el organismo.

Los adultos mayores suelen ser los más afectados, se desconoce la causa en la mayor parte de los casos, pero si están plenamente reconocidos los factores de riesgo que van desde una dieta no saludable, consumo de tabaco hasta el estrés sin control u otras patologías (2).

Debemos recordar que la Organización Panamericana de la Salud (OPS), considera como personas adultas mayores, a aquellas que tienen 60 años de edad a más, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento (2).

Haciendo uso del análisis de contenido, han emergido 02 categorías donde cada categoría tiene subcategorías.

CATEGORIA 1: EL DÍA A DÍA DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La categoría emerge de los discursos de las participantes y evidencia como los adultos mayores desarrollan su cotidianidad en su hogar o fuera como hipertensos. Los testimonios revelan su cotidiano, en gran parte, las actividades que realizan en su vida diaria como parte de su cotidianidad.

Hablar de las personas adultas mayores es hacer referencia al envejecimiento natural e inevitable del ser humano, éste es un proceso dinámico, progresivo e irreversible, en el que van a intervenir conjuntamente factores biológicos, psíquicos, sociales y ambientales. Estos al trabajar en conjunto podrán incrementar la esperanza y calidad de vida de la persona; la cual se podrá ir logrando en la medida que las enfermedades se puedan prevenir o controlar (17).

El envejecimiento puede convertirse en un proceso natural a uno colmado de problemas de salud, consumo de medicamentos y dependencia, entre las enfermedades más comunes en este grupo tenemos a la hipertensión arterial que cuando no es controlada puede provocar problemas serios e incapacitantes como enfermedades cerebro vasculares, infarto cardiaco, etc.

La hipertensión arterial es una enfermedad vascular, arterial, sistémica, inflamatoria-crónica, sin etiología definida en la mayoría de los casos; y cuya manifestación clínica indispensable es la elevación anormal y persistente de la presión arterial sistólica (PAS) o diastólica (PAD) (8).

En el momento en que el adulto mayor conoce sobre su enfermedad se enfrenta a cambios drásticos en su cotidianidad, especialmente cuando la patología es no trasmisible y le vaticina años de tratamiento médico así como terribles consecuencias. Una vez hecho el diagnóstico de la hipertensión, los pacientes deben experimentar cambios de estilo de vida antes del inicio de la terapia con medicamentos. Dentro de los cuales encontramos: reducción de peso, iniciar ejercicios físicos, dejar el cigarrillo, reducir el consumo de alcohol, reducir el consumo de sal, reducir el consumo de grasa saturada, aumentar el consumo de frutas y verduras. El problema es que la mayoría de los pacientes no acepta cambios en los hábitos de vida y acaban teniendo que tomar medicamentos para controlar la presión.

Las siguientes subcategorías.

SUBCATEGORIA 01: MI VIDA CAMBIÓ: YA NADA ES COMO ANTES

Cuando se habla de vida cotidiana no se entiende solo por lo vivido en el plano del individuo ni a la interacción pura y simple, ni a las posiciones colectivas y mucho menos a la idea de frecuencia de acciones. La vida cotidiana es un atributo del individuo y ella se realiza en un ambiente social y espacial, sea de un modo individualista o estructuralista (3).

La hipertensión arterial (HTA) es una patología crónica que representa uno de los problemas de salud más frecuentes de la humanidad y es la principal responsable de grandes daños cardiovasculares diagnosticados cada año en el mundo, así como también se genera un

impacto negativo de la medicación farmacológica en el funcionalismo integral y la calidad de vida de las personas adultas hipertensas. Asimismo, el impacto económico del tratamiento antihipertensivo en los pacientes y sus familias (30).

Los pacientes con hipertensión arterial, de manera general, la calidad de vida es desfavorable en cuanto a sus relaciones interpersonales, visión del futuro, estado de ánimo negativo (ansiedad- depresión), autoeficacia y síntomas somáticos asociados con la enfermedad como mareo, taquicardia, disnea, fatiga y neuropatía. Los problemas somáticos aumentan en grupos de sujetos hipertensos en relación con grupos normotensos. De otro lado, sujetos con presiones diastólicas superiores a 95 mmHg sufren más frecuentemente depresión emocional y problemas del sueño que los sujetos normotensos (31).

Presentamos los discursos relacionados:

P1: _Ya no trabajo como antes, tenía mis obras, mis chacras, pero ahora ya no puedo casi nada, ahora se ha cegado mis vistas, no puedo ver; antes he trabajado en tejido, artesanía, para las ferias, mis frazadas tejía diario para las los días domingos 3 frazadas por semana, ahora no puedo nada, ya no hago como antes, ahora ya no salgo ni a la artesanía...

P2_ He cambiado bastante, ya no camino como antes, me canso rápido, se rinden mis piernas, tomar pastillas todos los días, comidas bajas en sal ya consumo nada de frituras, ya no trabajo como antes la edad será ya pues también ...

P3_ Claro he cambiado bastante para poder caminar, tomar medicina todos los días, poder comer una comida baja en sal y ya no frituras más se puede comer verduras...antes de sana las cosas eran diferentes...

P4: _Todo el tiempo he trabajado pelando chanco vendía carne pero hoy ya no pues...no puedo por la enfermedad.

P5_ Ya mi vida ha cambiado ya nada es como era antes, hoy me duele mi cabeza si no tomo mis pastillas mañana y noche, ya mi comida con poquita sal ya no grasas, siento mucho cansancio para caminar, algunas frutas ya no lo consumo

también como el plátano me han prohibido el dulce ya desde que me enferme y me llevaron al hospital...

P6: Desde que me entere que tenía hipertensión arterial, hace 4 años, mi vida ha cambiado mucho la alimentación, mis costumbres, mi forma de trabajo, medicación diaria, como me dedico a la agricultura no puedo hacer mis actividades como antes lo hacía...no puedo regresar a cómo eran antes, los mismos tiempos, el mismo hecho de la edad, los hijos grandes, nietos cambian las cosas, antes estaba más alegre, más activo, hacia más, ahora tengo rápida cólera, tengo nerviosismo. Mi actividad diaria me dedico a pastear los animales, por allí a supervisar las chacras a estar pendiente de algunas cosas de las cosas ya no puedo hacer los esfuerzos que hacía antes como trabajar en pico y a la lampa, tenía ganado ahora estoy aislado un poco del contacto con fungicidas, pesticidas que utilizamos para la agricultura.

P7: Desde que ya estoy enferma me han dicho que coma verduras, comidas suave, mi comida preparo a parte por lo que ya como con poquita sal, ya no camino como antes ya me canso rápido, cuando me preocupo o me olvido de tomar mi pastilla mi cabeza me duele grave, ya no puedo hacer las cosas en la casa.....

P8: Ahora que estoy con la presión alta, ya no me muevo como antes...en mi tienda solo vendo nomas y a la gente que viene a comprar le digo que lo agarren lo que desean porque no puedo andar, y mis flores vendo ahí me distraigo un poquito...pero no es como antes ahora es muy triste...

En la entrevista cuando los adultos mayores nos relataban su día a día luego de conocer que estaban enfermos, pudimos encontrar en ellos un profundo sentimiento de frustración al reconocer los cambios a menudo drásticos en su cotidianidad, antes y después; son claros los cambios que ha provocado la hipertensión arterial, el principal es la disminución de su capacidad en el trabajo agrícola, que trae como efecto la disminución de su ingreso económico; la falta de energía para realizar actividades fáciles de realizar en el pasado provoca un sentimiento de resentimiento que se plasma en sus testimonios llenos de tristeza

y a la vez resignación, es evidente el papel de la familia que puede ser una fortaleza para el anciano enfermo o provocarle molestias e incomodidad.

Los cambios en la cotidianidad de los participantes, tiene que ver con los cambios en lo habitual de todos los días desde el momento de levantarse de la cama, lo común del desayuno y las actividades para trabajar o descansar, su historia ha cambiado de la salud a la enfermedad, al respecto Tedesco sobre la cotidianidad, afirma que el análisis de la vida cotidiana rescata el valor de lo habitual, lo repetitivo, aquello que corresponde a los detalles de la vida, al día a día (3).

Es evidente que la cotidianidad de los adultos mayores se relaciona con los cambios que la enfermedad produce en sus estilos de vida. El estilo de vida se va conformando a lo largo de la historia del sujeto; es un proceso de aprendizaje, ya sea por asimilación o imitación de modelos, de patrones familiares o grupos informales. El estilo de vida puede favorecer, al mismo tiempo, la consolidación de algunos altos valores y, aún más, su difusión social (31).

En una investigación realizada con mujeres Hipertensas; la enfermedad sólo generó angustia y respuestas de cuidado, cuando se presentó incapacidad. Se llegó a la conclusión de que vivir con hipertensión arterial, para la mujer adulta mayor, es una experiencia de inicio silente, que se manifiesta con complicaciones, en un medio familiar y social que dificulta asumir el tratamiento.

SUBCATEGORIA 02: MI ALIMENTACIÓN HA CAMBIADO...

Las medidas de estilo de vida ampliamente consensuadas en la bajada de presión arterial o riesgo cardiovascular, y que deberían considerarse son: reducción de peso en obesos, reducción consumo de sal, incremento en consumo de frutas y verduras y descenso en consumo de grasas totales saturadas (12).

La llamada dieta mediterránea, rica en frutas, legumbres, pescado y verduras, y pobre en carnes y grasas saturadas, parece que es un factor protector frente a la hipertensión arterial, sobre todo en los individuos ancianos y en la población de raza negra (32).

Como vemos una dieta saludable, es la mejor opción para disminuir la presión arterial, situación que es difícil asumir en unos adultos mayores con hábitos alimentarios arraigados y difíciles de cambiar además las familias de Chota, tiene una dieta rica en carbohidratos a base de productos que se producen en la zona.

Presentamos los testimonios relacionados:

P1: _Si he bajado en sal en mi comida... hoy como sopa de pepián o de arroz, papita...repollo, brócoli, zanahoria, tomate, betarraga; la verdura dos a tres veces por semana, como naranja, manzana...como en la mañana y el almuerzo, en mi desayuno me preparan mi caldito de gallina o de pichón, otro día avena con pan, otro caldo verde, en el almuerzo arrocito con papita o con menestrita o verdurita, en la cena solo un vaso de leche...me preparan aparte y a veces de la misma olla familiar, pero más separado... antes comíamos todos juntos...

P2: _Yo como una vez al día, solo una vez por el dolor de estómago no me da apetito, la comida la prepara mi hija a veces a aparte, sin aliños...ahora todo ha cambiado...,antes comía más, antes comía pan, gaseosa, en mi desayuno comía, mote, cancha, harina, en el almuerzo, chochoca, papa, y en la cena comía igual. Ahora como pan o una galletita de sal y a las doce ya no, a veces tomo desayuno ya no almuerzo... antes mi alimentación era tranquila, todo alegre... ahora no.

P3: _Ahora como más de verdura... antes podía comer todo tipo de comida y hoy ya no puedo comer frituras, grasas, mucha sal, y tengo que seguir las recomendaciones del médico... para sanarme... Ahora todos comemos bajo en sal, mi desayuno es agüita con algunas yerbitas, avena, no acostumbro el pan, como yuca, papa sancochada y en el almuerzo como verduras y cualquier otra cosa pero que no tenga fritura ni condimento, a veces también pollo, pescado sancochado sin grasa y cuando consumimos grasa a veces de casualidad me sube la presión arterial.

P4: _Ahora como mi gallinita o la sopita a eso de las 12 no más, la mañana mi café con huevitos de codorniz o mi mote, pan, en el almuerzo solamente la chochoca, mi sopita un poquito, y el arroz un poquito, a mi sobrina lo pago para

que me traiga mi verdura, cocina y en la tarde leche no más, de chanco ni un pedacito, de ahí ya no... antes todo el tiempo comía carne... se extraña mucho.

P5: Hace medio año, he cambiado en comer, me han dicho que no coma plátano, naranja, pollo, pescado, y coma todo sancochado, nada de dulce, ni de sal casi... antes comía normal... yo tomo café, almuerzo y merienda no, porque mucho me duele mi barriga, comemos todos desabrido. En el almuerzo hacen arroz, papita, chochoca, sopa de arroz, o de fideo, cuando me lleva mi hija mi lentejita, alverjita... solo el desayuno y almuerzo nada más... me dan mi avena, mi arrocito poquito nomas, azúcar ya no pruebo hace 15 años ya...

P6: Pues antes de que yo me entere que tenía esta enfermedad, me gustaba la carne de chanco, la carne de res, las frituras, pollo, leche, queso, pero hoy tengo que consumir en forma reducida, hoy mi alimentación no es igual, ahorita estoy utilizando verduras, ensaladas, para poder mantener mi colesterol bajo y mi glucosa también... tengo que limitarme a consumir menos grasas, alimentos como papa que acostumbramos en la sierra hoy ya no como... en el desayuno caldito verde, o sopita de chochoca o pepián, ya no como antes bien guisado, con su queso, ahora... solo con algunas yerbas para que le de sabor a la sopa... en el almuerzo una ensalada con su arroz poquito, y papa una tajadita y ya... En la cena como juguito, o agüita con yerbitas, como lanche, yerba luisa, el café no puedo consumir, antes tomaba avena, leche, y las agüitas bien dulce... también ha disminuido el consumo de sal bastante... mi esposa y yo comemos separado y también ya no nos apetece compartirle ya nos hemos acostumbrado en el tiempo de la enfermedad a consumir los alimentos diferente a la familia...

P7: Actualmente estoy comiendo verduras, en mi desayuno puedo tomar todo menos pan, sopita de verdura y pongo un huevito, sino sancochadito, el pan lo reemplazo con motesito, eso como en el almuerzo, también mis verduras una papita o una zanahorita o ricachita, el arroz una vez a la semana, me dijeron que ya no lo coma, para que me mejore en la cena el fideíto le pongo zanahorita, una vez a la semana pollo o carne de carnero, con esta dieta me siento un poco mejor, ya puedo caminar... Al día como 3 veces desayuno, almuerzo y cena, hay

veces preparo aparte, los demás hacen su carne aparte porque a mí me han dicho que no lo coma...

P8: En el desayuno como sopa de papa con verdura y paico, chiche, espinaca y a veces una agüita con yerbitas del campo y pan... en el almuerzo arroz, papa y una sopita, en la cena, una sopa y a veces una agüita nomas, ya no se puede comer como antes ya... verdura de vez en cuando, fruta si todos los días... todos comemos igual que yo, antes me preparaban a parte mi comida pero hoy ya se han acostumbrado a comer como yo, el café es casual, avena lo tomo sin azúcar... bueno señorita antes que yo me enferme comía papa, arroz, pollo, menestras, y comía normal, pero hoy en día consumo menos cantidad que antes, ya nada es normal con estas enfermedades.

Los discursos de los participantes nos narran por un lado los cambios drásticos en cuanto a su alimentación luego de conocer que estaban enfermos, la separación de la familia que implica el hecho de no comer de la misma olla por razones de salud y el sentimiento de tristeza que produce. La comida es importante para ellos ya que a pesar que el cambio ha sido difícil ellos reconocen que es para mejorar su salud. Para los adultos mayores hipertensos la enfermedad implica dejar alimentos que consumían desde siempre, como el café o carne de cerdo muy salada o prescindir del pan, la alimentación como actividad cotidiana llena de detalles desde la preparación hasta el consumo en familia, ha sufrido un cambio drástico difícil de aceptar por los participantes. Los cambios en el consumo de sal o frituras o alimentos de agradable sabor es para ellos un gran sacrificio según el decir de los adultos mayores, al comparar cuál era su dieta antes de enfermar y como es en la actualidad llena de restricciones.

Al tratar lo cotidiano, se trata, pues, de caracterizar a la sociedad en la que vivimos, que engendra la cotidianidad. Se trata de definirla; de definir sus cambios y sus perspectivas, conservando los hechos aparentemente insignificantes algo esencial, ordenando los hechos. La cotidianidad no solamente es un concepto, sino que puede tomarse tal concepto como hilo conductor para conocer “la sociedad” (33).

El proceso de envejecimiento es inherente al ser humano, y este envejece en estrecha relación con el medio que le rodea, de ahí que su contexto social, económico, cultural e incluso

político influyen en este proceso, y si este medio implica riesgo como malos hábitos alimentarios, poca actividad física, estrés sin control, tabaquismo y alcoholismo este proceso que es normal se convierte en una etapa con enfermedades, e incluso discapacidades (17).

La alimentación es una necesidad fisiológica y un acto cotidiano de un individuo que se inicia desde los primeros minutos de vida, la relación con la familia afirma las costumbres y hábitos alimentarios, y por su puesto está influenciada por el acceso a alimentos, la disponibilidad económica y la zona geográfica en la que vive la familia.

Los participantes asumen estos cambios como necesarios pero difíciles ya que la alimentación al ser una necesidad básica, es aprendida desde la infancia, las personas comen lo que se come en el hogar y con la familia, por tanto la hipertensión arterial ha causado gran impacto en su vida iniciando en su alimentación y perjudicando sus relaciones familiares, es decir, la cotidianidad del hipertenso ha cambiado totalmente, en cuanto a un aspecto tan importante como es la alimentación situación que involucra sus costumbres y sus relaciones.

SUBCATEGORIA 03: HOY EN DÍA YA CAMINO POCO...

La práctica de ejercicio moderado, de forma regular, unos 30-60 minutos al día, 4 a 7 días a la semana disminuye de forma significativa la presión arterial y ayuda al control del peso corporal, por lo cual debe ser prioritario en hipertensos. Tras cada sesión de ejercicio, casi siempre ocurre una disminución de la PA independientemente de la edad del individuo (32).

Sin embargo, la actividad física en los adultos mayores en algunos lugares es poco frecuente, no es parte de su cotidianidad en especial en las mujeres que se dedican mayormente a labores del hogar, los varones realizan labores agrícolas y quizás su actividad es algo mayor, su cotidianidad está inmersa en el cuidado de la casa y los hijos así como la siembra y cosecha año tras año, al respecto Lefebvre, afirma que lo cotidiano, en su trivialidad, se compone de repeticiones: gestos en el trabajo y fuera del trabajo, movimientos mecánicos, horas, días, semanas, meses, años; repeticiones lineales y repeticiones cíclicas, tiempo de la naturaleza y tiempo de la racionalidad. La vida cotidiana posee ese algo misterioso y admirable que escapa de los sistemas elaborados (33).

Estos son los testimonios relacionados:

P1: _Antes de que detecten presión alta ya el cuerpo se desvanecía, la cabeza dolía, me mareaba, antes caminaba media hora, pero ahora ya no porque lo que me han operado... ahora camino de 6 a 7 minutos diario y el cuerpo no resiste ya y de ahí vengo a mi cama...

P2: _Yo camino cerca, pero ya no puedo caminar mucho se rinde las canillas el cuerpo se rinde demasiado, antes caminaba 3 – 4 horas diario.

P3 _Antes caminaba más, por ejemplo para caminar las subidas ya tengo agitación ya no puedo caminar mucho... voy a pasear por ahí siempre me han recomendado hacer ejercicio en la casa.

P4 _Yo estoy en mi casa... antes caminaba un poco más, si aquí en mi casa no más iba a verlo a mi hija y venia.

P5: _Caminaba, media hora más o menos, ahora ya no puedo moverme de mi casa, aquí barro mi cocina a poquitos, enciendo mi candelita a poquitos, antes hacia cualquier cosa... si camino así a poquitos en la misma casa ya no salgo fuera.

P6: _Realizo caminatas, por la misma receta del médico, me ha recomendado hacer ejercicio, deporte, la realizamos menos frecuente que antes, camino sin agitarme unas 2 horas o 3 horas diarias, la costumbre que tenía antes de caminar y comer, hacer las actividades muy independientes, antes caminaba un día entero y a todo vigor, ahora ya no...

P7: _Hoy en día ya camino poco, unas horas en el día al ganado por ahí cerquita, vivo en mi casa descansando... las actividades de la casa la realizan mis hijos, mi hija, cocina, lava, ve los animales ya no tejo como antes, el día que me siento mejor, tejo, ovillo mis hilos o cualquier cosa después ya no mucho; ya me siento mejor para lo que estaba antes durmiendo en mi cama... hoy ya me da ganas de caminar, pero el doctor dijo descanse, ya no tengo problemas para caminar.

P8: _Que tiempo caminaba antes, si caminaba a los animales pues lejos y ahora ya no camino nada ya.

Los participantes en sus testimonios nos relatan los cambios en su actividad física, desde que supieron que estaban enfermos, la frustración es evidente en cada entrevista pero en especial en los varones al reconocer la disminución de fuerza o la fatiga que se presenta cuando quieren realizar actividades que antes hacían con menor esfuerzo, también hacen referencia a las complicaciones en su salud que ha traído la hipertensión arterial.

Un adulto mayor lleva consigo una experiencia de vida llena de recuerdos, hábitos y costumbres que se han construido a lo largo de los años, su papel como padre y principal sustento de la familia y la mujer como primera cuidadora del hogar, así como el apoyo al esposo cimentan su cotidianidad, pero cuando una enfermedad los obliga a cambiar, es para ellos un impacto mayormente negativo a su estabilidad emocional, aunado a los cambios que trae la edad, puede convertirse para ellos en una experiencia que les quita alegría de vivir y cambia su estatus frente a los demás, al respecto Tedesco afirma que una persona experimenta su vida cotidiana en el «aquí y en el ahora», para ello tiene una conciencia sobre lo que es y el momento que le toca vivir, para modificarlo de acuerdo con sus intereses, pero guiado por la estructura social en la que se desenvuelve (3).

El concepto de edad fisiológica, es el proceso de envejecimiento físico que, aunque vinculado con la edad cronológica, no puede interpretarse simplemente como la edad expresada en años. Se relaciona más bien con la pérdida de las capacidades funcionales y con la disminución gradual de la densidad ósea, el tono muscular y la fuerza que se produce con el paso de los años” (19).

CATEGORIA 2: NO SE PORQUE ME DIO LA ENFERMEDAD...

Las enfermedades crónicas degenerativas ven favorecidas por factores tales como el envejecimiento, una urbanización rápida y no planificada, y la mundialización de unos modos de vida poco saludables, como dietas malsanas, puede manifestarse como hipertensión arterial elevada, aumento de la glucosa sanguínea, y obesidad (34).

Las posibles relaciones entre el nivel de estrés y la hipertensión arterial han sido ampliamente investigadas. El sujeto sometido a estrés agudo responde aumentando su gasto cardíaco y su frecuencia cardíaca, de tal forma que aumenta su Presión Arterial, al parecer por medio de la activación del sistema nervioso central. Algunos estudios han sugerido que, en individuos predispuestos, el estrés crónico puede ser un factor que predisponga a la hipertensión arterial, al actuar ciertos factores neurohormonales liberados como factores que colaboren al desarrollo de hipertrofia y aterosclerosis (15).

Ahora presentamos los discursos relacionados:

P1: _No sé porque me dio la enfermedad; antes vivía preocupada, a veces tenía cólera seguramente de eso, por mis hijos me preocupaba, vivíamos juntos sino que a veces el pensamiento es violento, a veces uno piensa y se preocupa...desde que mi mamá murió yo tenía pena, cólera, ya casi desde ahí caí mal.

P2: _Será Dios el que me ha dado la enfermedad y él me debe de quitar la enfermedad también.... ya me arrepentido a la iglesia católica, los hermanos aconsejan también y ya me encuentro más tranquila.

p3: _Bueno según el médico me ha dicho que a veces a uno el cansancio del trabajo, la edad, el descuido en las comidas.

P4: _Todos estamos enfermos mi hijo, mi esposo también; a mi hijo le dolía mucho la cabeza, y le daba vueltas, con sus pastillas le calmó, y un día yo también tenía dolor de cabeza, no podía hacer nada, me dieron mi pastilla ya de ahí me paso...me duele la cabeza si por los hijos que están enfermos así, uno tiene hipertensión arterial, el otro con derrame y el otro con diabetes.

P5: _El primer día que me dio mi presión estaba 160/120, me dio de repente por mucha preocupación que tenía, por mi esposo difunto a veces me daban cólera los muchachos, mi nieta era haragana no quería hacer las cosas, no quería cocinar y tenía mucha cólera ahí.

P6: _Porque tenía mucho descontrol en mi vida, en mi alimentación, en mis actividades, comía mucha grasa, carne, con mucho condimento y me dedicaba a las bebidas alcohólicas, a tomar en las reuniones con los familiares quizá eso me ha producido esta enfermedad, no sabía que el consumo de grasa, azúcares me haría tan propenso a la enfermedad. Me da con otras enfermedades, triglicéridos, enfermedades a los huesos (reumatismo, artritis) ya no puedo exponerme al frío...

P7: _El doctor me ha dicho que de preocupación, la cólera, cuando mis hijas estaban chicas y juntos yo no he tenido esa enfermedad, ya hará 12 años, cuando, mis hijas se fueron una por acá y otra por allá me preocupaba, ya desde allí sufrí mala, después no.

P8: _El doctor dice es de la preocupación, de la comida, con edad vienen las enfermedades, antes como éramos pobres mi esposo tomaba demasiado, platita que lo pagaban lo acaba de tomar y yo con mis cuatro hijitos chiquitos me preocupaba por la comida, su ropita los vecinos me regalaban, ayudaba a la gente por un plato de comida para mis hijos y mucho lloraba... de eso será las enfermedades... y así los hice grandes y gracias a Dios son estudiados y trabajan, ganan su platita, ya me ven... les doy mucho trabajo.

A través de sus discursos los adultos mayores intentan decirnos la causa por la que enfermaron de hipertensión arterial, aducen que sus hábitos inadecuados en cuanto su alimentación o consumo de alcohol en el caso de los varones y en las mujeres la preocupación y tristeza intensa por problemas familiares pueden haberles producido la enfermedad; otra causa también puede ser la sobrecarga de trabajo, y la edad avanzada; algunos participantes mencionan que es hereditario ya que toda la familia padece de hipertensión arterial.

Para los participantes la preocupación, la tristeza son las causas principales de la hipertensión, seguramente por la información recibida por el personal de salud en su consulta o control de presión arterial. El estrés como factor de riesgo, puede generar o mantener problemas de salud, como son las enfermedades cardiovasculares, una de ellas es la hipertensión arterial (35).

Para los participantes es claro que existe un motivo principal para enfermar de hipertensión: los conflictos familiares y los sentimientos resultantes como ira, descontento, preocupación, tristeza, y la manera como nos narran sus experiencias en un tiempo pasado y como ese pasado ahora influye negativamente en su presente, creando un impacto negativo en su cotidianidad, al respecto Tedesco, señala que todos poseen una vida cotidiana – con sus complejidades, contradicciones, ambigüedades, rutinizaciones, preocupaciones, conflictos, rupturas, etc (3).

No se trata únicamente de prolongar la esperanza de vida, sino de incrementar las expectativas de las personas para que continúen siendo miembros activos en la vida social y cultural. Se trata no solo de añadir años a la vida, sino también de añadir vida a los años. La calidad de la atención en salud que se brinde es de vital importancia en la calidad de vida que tengan los adultos mayores, de ahí lo necesario de evaluar la calidad de la atención en salud dada a las personas de este grupo de edad, para lo que es necesario tener claro qué es la calidad"(36).

La pobreza está estrechamente relacionada con las enfermedades no transmisibles. Se prevé que el rápido aumento de estas enfermedades será un obstáculo para las iniciativas de reducción de la pobreza en los países de ingresos bajos, en particular porque dispararán los gastos familiares por atención sanitaria. Las personas vulnerables y socialmente desfavorecidas enferman más y mueren antes que las personas de mayor posición social, sobre todo porque corren un mayor riesgo de exposición a productos nocivos, como el tabaco o alimentos poco saludables, y tienen un acceso limitado a los servicios de salud (37).

SUB CATEGORÍA 01: MANIFESTACIONES DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

La hipertensión arterial es la principal causa de enfermedad y mortalidad cardiovascular; y la primera carga de enfermedad a nivel mundial. Es más común identificar a un paciente con hipertensión arterial cuando ya presenta complicaciones crónicas como la insuficiencia cardíaca congestiva, hipertrofia de ventrículo izquierdo, nefropatía, trastornos visuales por retinopatía o problemas neurológicos por enfermedad cerebrovascular. Pueden existir síntomas en casos como cefalea, mareos, visión borrosa o náuseas. Los trastornos cognitivos agudos se asocian a encefalopatía hipertensiva o accidentes cerebro vasculares (13).

Entre otros síntomas se enumeran las palpitaciones, irritabilidad, insomnio, trastornos de la personalidad y disnea, los cuales orientan hacia una hipertensión arterial secundaria en dependencia de la intensidad con que se presenten. La visión en candelillas, el zumbido de oídos y los vértigos, son síntomas asociados a la hipertensión arterial. El escotoma es un elemento de frecuente observación, así como también la disminución de la agudeza visual, que cuando se manifiesta en forma brusca, acompañada de cifras de TAD superiores a los 120 mmHg, debe hacer sospechar una hipertensión arterial maligna o el comienzo de una Encefalopatía Hipertensiva. Otros síntomas menos comunes son la disminución de la memoria y de la capacidad corporal o intelectual, los cuales no siempre están relacionados con la terapéutica (11).

Estos son los discursos que se relacionan con esta subcategoría:

P1: _Cuando me preocupo, o reniego porque no puedo levantarme, a veces me coge dolor, cólicos, y rápido me duele la cabeza.

P2: _A veces me siento preocupada por mi presión alta, me duele mi cabeza y no puedo hacer nada, pierdo el conocimiento por momentos, el dolor de cabeza se presenta cada 8 días – 15 días y vuelta se repite, mis pastillas a diario debo tomar, hoy ya no lo he comprado por falta de dinero...

P3: _Tengo dolores fuertes de cabeza, oscurecimiento de mis ojos, me da vuelta mi cabeza, cuando no tomo medicamento más fuerte se presenta, después cuando tomo medicamento se presenta casual.

P4: _Sufro del corazón, el derrame, infección, pero el derrame... antes me llevaron rapidito a Chiclayo.

P5: _Cuando me sube la presión me duele la cabeza, las quijadas, tomo mi medicamento y me pasa; tomo en la mañana y una la tarde, cuando no tomo me hace sacudir, me duele el cuerpo, se adormece la cabeza...

P6: _Se me acelera las respiraciones, no puedo caminar, no puedo dedicarme tanto a las cuestiones firmes.

P7_ Cuando me sube la presión mi cabeza me duele demasiado, siento en mi cara un calor como que me quemara y cuando ya lo tomo me pasa, a veces cuando me falta mis pastillas y ya lo tomo siento mareos y mis oídos me suenan como aire....

Los participantes en sus testimonios nos relatan cómo es su día a día con los signos y síntomas de hipertensión arterial, identifican como molestia principal a la cefalea intensa que solo remite cuando ingieren su medicamento, fatiga al caminar, visión borrosa, esta situación ha generado que su cotidianidad se altere, este hecho provoca irritabilidad y sentimientos de impotencia en los adulto mayores, frente a los problemas económicos resultantes que a su vez impide comprar sus medicamentos para controlar su presión arterial.

Como podemos ver, la enfermedad ha cambiado totalmente su calidad y modo de vida, ya que sus actividades tan habituales como caminar o comer se han convertido en un esfuerzo diario por los signos y síntomas propios de la enfermedad, notamos un sentimiento de impotencia y algunos participantes rompieron en llanto al recordar lo independientes que fueron antes de enfermar, es decir su vida cotidiana se ha visto fuertemente afectada, han cambiado las actividades dentro y fuera del hogar que una persona de su edad sana podría realizar, la vida cotidiana no solo son las actividades esperadas de estos ámbitos, sino también los deseos, las capacidades y posibilidades del ser humano con referencia a todos esos ámbitos, sus relaciones con los bienes, y con los otros, sus ritmos, su tiempo, y su espacio, sus conflictos (33).

De otro lado debemos recordar que las enfermedades no transmisibles tienen mayor carga debido a que duran más, incluso puede durar toda la vida, y sus secuelas se van haciendo más graves conforme avanza la edad. En tanto, si se incrementa la esperanza de vida y aumenta el grupo de población de mayor edad este tipo de enfermedades y sus secuelas aumentan en magnitud. La mayor expectativa de vida también provoca mayor exposición a factores externos nocivos y hábitos poco saludables que aumentan el riesgo de adquirir estas enfermedades. El impacto de esta situación es más grave en personas con menos recursos (38).

La hipertensión arterial es una enfermedad con una sintomatología inespecífica y aunque los síntomas y signos que pueden acompañarla varían, están en relación con el tipo de

hipertensión y el estadio de la enfermedad. La cefalea habitualmente se presenta en horas de la mañana con localización suboccipital, orbitaria o frontal; en ocasiones despierta al paciente o aparece durante el sueño, o simula una migraña (pulsátil, acompañada de náuseas, vómitos y fotofobia) (39).

SUB CATEGORÍA 02: CONVIVIENDO CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y LA FAMILIA.

La familia es un grupo social primario, históricamente reconocido, en el que la persona se inicia en el mundo y constituye la fuente principal de su felicidad. Sus miembros tienen en común una importante herencia biológica y cultural, donde se transmiten a las distintas generaciones, normas, valores e identidades. Es el espacio donde se localizan las acciones de todas las instituciones sociales, por lo que estas acciones dirigidas al mejoramiento de la vida deben tomar en consideración su importancia en el surgimiento, desarrollo y control de las enfermedades y alteraciones del bienestar biopsicosocial del ser humano, sobre todo, aquellas que constituyen una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la mayoría de los países (40).

Para el adulto mayor enfermo la familia tiene una connotación especial, es la compañía, el apoyo emocional y en ocasiones económico.

Presentamos los discursos relacionados:

P1: _Vivo con mi esposo y mi hija, tengo otros hijos vienen a visitarme o a verme... con mi esposo tenemos ya 23 años de casados, vivimos tranquilos todos nos llevamos bien, solamente una hija que me acompaña esta soltera... con mis vecinos me llevo bien, toda mi familia viene a verme también mis amistades.

P2: _Vivo con mi hija y hay días sola en mi casa, mi esposo murió, yo me llevo tranquila con mi hija ella es la única que me ve, es conviviente, me llevo bien con mi yerno y nietos... tengo 6 hijos, ellos viven en Chile, en Trujillo, me visitan una vez al año, cuando estaba mejor me iba a visitarles, pero hoy en estas condiciones ya no puedo ir. Con los vecinos, me llevo bien siempre las visito y

ellos también, tengo una vecina que siempre vine a verme y me apoya con medicina.

P3: Soy casado, tengo 12 hijos, vivo con mi esposa y un mi nieto que me acompaña, estudia en la primaria, nosotros tenemos una buena relación, todos vienen a visitarme frecuentemente, solamente 2 que tengo en la selva ellos vienen al año o medio año por la distancia. Yo les visito a todos por los sitios donde trabajan...

P4: Tengo 6 hijos, 2 fallecieron cuando eran pequeñitos; la relación con mis hijos es buena y mis vecinos, todos me quieren, no soy mala con la gente. Con mi esposo me llevo bien, él toma pero ya estamos viejitos, con mi sobrina, la relación es buena porque la he criado desde chiquita.

P5: Vivo, solo con mi hija, soy viuda, con mis hijos todo bien nos llevamos; tengo 6 hijos; 2 viven por San Jacinto y las 4 mujeres viven acá, ellos me visitan; los vecinos me visitan porque yo ya no puedo.

P6: Tengo 30 años de casado, nuestros hijos todos viven separados... los dos mayores vivimos juntos; conversamos, nos ponemos de acuerdo en alguna actividades de agricultura, también estamos dando facilidades a mis hijos para que vean las formas de servirle de sembrío y crianza de animales... con mi esposa por la enfermedad, no nos llevamos tan igual como nos antes, ella tiene que trajinar más, está más pendiente de mi... yo tengo que estar controlándome los medicamentos siempre, no tiene que faltarme, a veces la pareja tiene que estar pendiente, ir al médico para las consultas, los análisis trimestrales, y así ha cambiado bastante nuestra relación...

P7: Tengo 3 hijos, ellos viven lejos, por eso lo que tengo pena por mis hijas, ellas me visita, una vez al año, y yo también me voy a verles, con mis hijas me llevo bien, cuando llegan me siento alegre, contenta, ahí se me van los males parece que llegan a sanarme mis hijas, cuando me voy a verles igual y cuando vengo con pena, si estuvieran acá juntos de repente no estuviera enferma, con mi esposo bien, estamos casados 10 años, no tenemos ningún problema... Con los

vecinos y familiares me llevo bien, todos ellos me visitan, me voy a verlos también, amistades, amigas, por todo lugar donde me vaya.

P8: Soy casada, tengo 4 hijos son todos casados y viven conmigo también, me llevo bien con ellos, con mi esposo bien... solo que él toma y me hace tener cólera porque llega borracho y grita, una vez se había caído, ya no puedo seguirlo ya no puedo caminar, antes lo seguía hasta que lo encuentre cuando no llegaba a la casa.

En el momento de la entrevista cuando los adultos mayores nos relatan su cotidianidad antes y después de la hipertensión arterial, podemos encontrar un profundo sentimiento de soledad, tristeza, ya que son claros y evidentes los cambios que ha generado la hipertensión arterial así como también la misma edad, refieren que la mayoría de sus hijos viven lejos, solo les acompaña una hija, manifiestan que viven solas o solos, el esposo falleció, es evidente el papel de la familia que puede ser de gran apoyo para la persona adulta mayor enferma.

El apoyo familiar se define como la característica que posee la familia en relación a la percepción que tiene cada uno de los integrantes que la componen, en el rol de recibir afecto, estima o ayuda y como ésta influye en la movilización de recursos de afrontamiento en situaciones difíciles o estresantes para la persona afectada y que es parte integrante de la familia a la que pertenece (41).

La familia forma parte del entorno más cercano del adulto mayor hipertenso sus interrelaciones conforman su cotidianidad, con la pareja, los hijos y nietos en el día a día así lo asevera Lefebvre, la cotidianidad es la vida del ser humano que va del trabajo a la familia, al ocio y a otros ámbitos, es lo que se hace y se rehace en todos y en cada uno de estos ámbitos. La vida cotidiana no solo son las actividades esperadas de estos ámbitos, sino también los deseos, las capacidades y posibilidades del ser humano (33).

CAPÍTULO V

CONSIDERACIONES FINALES

En la investigación luego del análisis de contenido se han encontrado 02 categorías con las subcategorías correspondiente.

Categoría 1: el día a día después del diagnóstico de hipertensión arterial

Subcategoría 01: mi vida cambió: ya nada es como antes.

Para los adultos mayores participantes los cambios drásticos en su cotidianidad provocan un profundo sentimiento de frustración; el principal es la disminución de su capacidad en el trabajo agrícola y la falta de energía, y por consiguiente disminución de su ingreso económico, encontramos tristeza y a la vez resignación, resaltan el papel de la familia en la vida del anciano.

Subcategoría 02: mi alimentación ha cambiado...

Al parecer para los participantes el cambio más difícil fue en su alimentación, el no compartir la olla familiar; reconocen que es para mejorar su salud, como indicación médica ha dejado de consumir café o carne de cerdo muy salada o prescindir del pan. Los cambios en el consumo de sal o frituras o alimentos de agradable sabor es para ellos un gran sacrificio.

Subcategoría 03: hoy en día ya camino poco.

Los participantes nos relatan los cambios drásticos en su actividad física, la frustración es evidente en especial en los varones por la fatiga que se presenta cuando quieren realizar actividades que antes hacían con menor esfuerzo, también hacen referencia a las complicaciones en su salud que ha traído la hipertensión arterial.

Categoría 2: no sé porque me dio la enfermedad

Para los adultos mayores el motivo por el que enfermaron de hipertensión arterial, son hábitos inadecuados en su alimentación o consumo de alcohol, preocupación y tristeza

intensa por problemas familiares, sobrecarga de trabajo, y la edad avanzada; algunos participantes menciona que es hereditario.

Sub categoría 01: manifestaciones de la hipertensión arterial

Los participantes identifican como molestia principal a la cefalea intensa, fatiga al caminar, visión borrosa, esta situación provoca irritabilidad y sentimientos de impotencia.

Sub Categoría 02: conviviendo con la hipertensión arterial y la familia

Se ha encontrado en los participantes un profundo sentimiento de soledad, tristeza, porque los hijos viven lejos, viven solas o solos, es evidente el papel de la familia que puede ser de gran apoyo para la persona adulta mayor enferma.

SUGERENCIAS

A la Escuela Académico Profesional de Enfermería Sede Chota, los docentes adscritos al área de Salud del Adulto y Anciano incluyan en sus contenidos tanto teóricos como prácticos, el estudio de aspectos subjetivos del adulto mayor tanto sano como enfermo y en especial de aquellos con enfermedades no transmisibles.

A los docentes que forman parte de la Escuela Profesional de Enfermería, enfaticen y promuevan la investigación cualitativa y la revaloración del adulto mayor sano y enfermo por parte de los estudiantes de enfermería para iniciar un cambio en la visión del proceso de envejecimiento y de la vejez.

A los profesionales de enfermería que laboran en Consultorios externos del Hospital José Soto Cadenillas, complementar la atención que brindan al anciano hipertenso bachilleres, con calidez y humanidad, reconociendo los cambios drásticos en su cotidianidad como enfermos crónicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor informe técnico N° 01. Lima: INEI 2017. disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n01_adulto-mayor-oct-dic2016.pdf
2. Organización Panamericana de la Salud. Prioridades para la salud cardiovascular. 2013. disponible en: <http://www.paho.org/priorities/index.html>.
3. Tedesco J, *Paradigma Do Dotidiano: Introdução A La Construcción De Un Campo De Análisis Social*. Santa Cruz do sul .Edunisc ; 1999. Disponible en: http://www.insite.pro.br/2011/Outubro/resenha_paradigma_cotidiano.pdf.
4. Fava SM , Zago M. et al. Significados de la experiencia de la enfermedad y del tratamiento en personas con hipertensión arterial. *Rev Lat Am Enfermagem* 2013; 21(5): 1022-1029. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-688738>
5. Barón C. Soto, Tobo C. Vivencia De La Hipertensión Arterial En la mujer adulta mayor: una experiencia silenciosa y en soledad. *Cultura Del Cuidado* 2011; 8 (2). Disponible en: <http://unilibrepereira.edu.co/publicaciones/index.php/cultura/article/view/41>.
6. Zamalloa G. *Vida Cotidiana de las Internas de Enfermería en su Práctica Hospitalaria, Chiclayo*. Tesis para Obtener el Grado Académico Magíster en Enfermería. Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo; 2007. Disponible en: https://scholar.google.com.pe/scholar?q=Zamalloa+Z.+cotidianidad&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5&as_vis=1
7. Price Y, Arellano P, et al. Vivenciando la hipertensión arterial en consultorios de atención primaria. *Fam Saúde Desenv. Curitiba* 2000; 2(2) p.65-70 .Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v37n4/09.pdf>

8. Ministerio de Salud. *Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva*. Lima; 2015. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp.
9. Molina R. Manual de hipertension arteria en practica clinica de la atencion primaria. *Grupo De Hipertension Arterial Salud* 2006; 11. Disponible en: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTCardioHTA/20091.pdf>.
10. Moreno F. Manual de Hipertensión Arterial en la Práctica Clínica de Atención Primaria - Teoría y manejo de la hipertensión arterial. *Grupo HTA De La SAMFYC* 2006. Disponible en: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTCardioHTA/20091.pdf>.
11. Comité Español Interdisciplinario para la Prevención Cardiovascular *.Adaptación española de la Guía Europea de Prevención Cardiovascular*. Madrid; 2004. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272013000200002.
12. Lezaun A, Villanueva J, Zubiri F. *Seguimiento de la hipertensión arterial en Atención Primaria Curso de Farmacología Clínica aplicada*.2005. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_publicaciones/eu_argital/adjuntos/lehen/hipertensionArterial.pdf.
13. Grupo de Trabajo de Prevención Cardiovascular del PAPPS de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. *Actividades preventivas cardiovasculares en atención primaria. Aten Primaria*. España; 2003. Disponible en: http://papps.es/upload/file/PAPPS_2014.pdf.
14. Comité Español Interdisciplinario de Prevención Cardiovascular *.Guía Europea de Prevención Cardiovascular en la práctica clínica*. España; 2003. Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=14/09/2012-fc138bbc66>.

15. Martí, J. *Manual de Hipertensión Arterial en la Práctica Clínica de Atención Primaria - Tratamiento no farmacológico de la Hipertensión*. 2006. Disponible en: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTCardioHTA/20091.pdf>.
16. Organización Panamericana de la Salud. *La Salud de los Adultos Mayores Una Visión Compartida*. 2ªed. Washinton; 2011.
17. Organización Mundial de la Salud. “Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud”. 2015. Disponible en : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
18. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables- Perú .Plan nacional para las personas adultas mayores .2013 - 2017. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2011/saludfamiliar/archivos/DOCUMENTOS/PLAN_AM_2013-2017.pdf
19. Huenchuan, S. Piñero R, L citan a Arber y Ginn .Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectiva de protección. *Cepal* 2011. Disponible: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3803/lcw353_es.pdf
20. Silva A. Introducción a la Investigación. La investigación cualitativa en Educación. Positivismo, Marxismo y fenomenológico. Sao Pablo: Atlas S.A. 1987 [01/03/2018]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/345509519/Trivinos-Positivismo-Fenomenología-y-Marxismo>.
21. Ulin R. Investigación aplicada en salud pública Métodos cualitativos - Publicación Científica y Técnica.2006; 614.Disponible en: <file:///E:/ADMIN/Desktop/TESIS%20NELY%202016/ULIN.pdf>.
22. Venegas C. La Investigación Cualitativa: Un Importante Abordaje de Conocimiento para Enfermería. *Revista Colombiana De Enfermería* 2010; 6 (6) .Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4036726.pdf>.

23. Fustamante E. *Vivencias de las Madres Solteras en el Ámbito Familiar*. Tesis para Obtener el Grado de Licenciatura en Enfermería. Universidad Nacional de Cajamarca- Chota; 2013.
24. Martínez S. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012 ; 17(3):613-619 Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a06.pdf>.
25. Carrillo M. El Análisis de los Datos Cualitativos: un Proceso Complejo. Universidad de Antioquia. *Rev. Index Enferm* 2011; 20 (1-2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962011000100020&script=sci_arttext
26. Rodríguez G. Metodología De La Investigación Cualitativa. *Aljibe* 1996. disponible en: <http://media.utp.edu.co/centro-gestion-ambiental/archivos/metodologia-de-la-investigacion-cualitativa/investigacioncualitativa.doc>.
27. Minayo M. *La Artesanía De La Investigación Cualitativa*. 1ra Ed. Mexico; Editorial MM. 2009. Disponible en: http://www.perio.unlp.edu.ar/catedras/system/files/t.1_souza_minayo_la_artesania_de_la.._cap_1_y_2.pdf.
28. Pinheiro P. Hipertensión arterial, síntomas, causas y consecuencias. Disponible en: <http://www.mdsau.de.com/es/2015/11/hipertension-arterial.html>.
29. Polit H. *Investigación Científica En Ciencias De La Salud*. 7ma Ed. México: McGrawHill .2004. Disponible en: https://alojamientos.uva.es/guia_docente/uploads/2013/475/46197/1/Documento.pdf
30. Ramones I. Calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Latinoamericana De Hipertensión* 2007; 2(5).Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1702/170216972004.pdf>.

31. Flórez L, Hernández L. Evaluación del Estilo de Vida. *Boletín Latinoamericano De Psicología De La Salud* 1998. Disponible en: http://www.alapsa.org/boletin/art_eval01_1.htm.
32. Appel J, Marcas W, Daniels R, Karanja N, Elmer PJ. Métodos dietéticos para prevenir y tratar la hipertensión: una declaración científica de la American Heart Association. *Hipertensión Asociación Americana Del Corazón* 2010; 47 (2), 296-308. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/JNC7_interactivo.pdf.
33. Lefebvre H. *La vida Cotidiana En El Mundo Moderno*. 2da edición. Madrid .Editorial Alianza S. A. 1980. Disponible : <https://es.scribd.com/doc/180278598/La-Vida-Cotidiana-en-El-Mundo-Moderno-Herni-Lefebvre>.
34. Mozaffarian D, Fahimi S, Singh G, Micha R, Khatibzadeh S, Engell R. Grupo Mundial de Enfermedades de Nutrición y Enfermedades Crónicas, Consumo global de sodio y muerte por causas cardiovasculares. *N Engl J Med* 2014; 371 (7): 624 - 34. disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
35. Vinaccia S, Quinceno J, Lina A, Montoya M. *Calidad de vida relacionada con salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial*. *Diversitas* 2007; 3(2). Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982007000200003.
36. Cruz V. *Afrontamiento al estrés en personas hipertensas del Centro del Adulto Mayor de Lima Cercado* .Tesis Magister. LIMA; 2010. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/2727/1/delacruz_vl.pdf.
37. Miranda G, Hernández V, Rodríguez C. Calidad de la atención en salud al adulto mayor. *Med Gen Integr* 2009; 25 (3). disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252009000300003.

38. Velásquez A. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. *Rev Perú Med. Exp. Salud pública* 2009. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo>.
39. Abreu P, Delgado A. Hipertensión Arterial en el Adulto Mayor: una mirada actual. Disponible en: <http://www.monografias.com>.
40. Mangini S, Angelo M. Entre la libertad y la reclusión: el Apoyo Social como un componente de la Calidad de Vida del binomio cuidador familiar y persona dependiente. *Rev Latino Enfermagem* 2008; 16(1). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/es_02.pdf.
41. Barrios A y Montero X. Funcionamiento familiar ante una enfermedad: una propuesta de evaluación y sus implicaciones en el tratamiento psicológico de familias con un enfermo crónico .2007 .Disponible en: www.uaeh.edu.mx/campus/icsa/investigacion/aap/.../12.DOC

ANEXO: 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DE INVESTIGACIÓN: “Cotidianidad de los Adultos Mayores con Hipertensión Atendidos en Consultorios Externos del H.J.S.C. – Chota. 2016”.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN:

Describir y analizar la cotidianidad de los adultos mayores con hipertensión atendidos en consultorios externos del H.J.S.C. Chota. 2016.

Beneficios para el participante: el personal de salud y familiares conocerán la cotidianidad del adulto mayor y su sentir frente a los cambios que produce la HTA en la día a día del participante.

No existen riesgo para los adultos mayores participante así mismo la información recabada en las entrevistas será de utilidad solo para la investigación y se protegerá al adulto mayor participante usando un seudónimo o número.

La investigadora se compromete a guardar total confidencialidad en relación a la identidad de los participantes y al uso de la información recolectada que servirá únicamente para el presente estudio.

Yo:....., con domicilio en.....de nacionalidad peruana, con DNI:....., certifico que:

Que mediante la información brindada por la Bachiller en Enfermería: Guevara Muñoz Enedina; acepto participar en la investigación y la entrevista grabada, con la seguridad de la reserva del caso, las informaciones serán confidenciales, mi identidad no será revelada y habrá libertad de participar o retirarme en cualquier fase de la investigación.

Chota,.....de.....del 2016

Firma del Participante

Firma del Investigador

ANEXO: 02

ENTREVISTA

I. IDENTIFICACIÓN:

Participante

Edad

Sexo:.....

Grado de instrucción

Ocupación

Procedencia.....

Tiempo de enfermedad:.....

Audio N°:.....

II. SENSIBILIZACIÓN:

- Siéntate cómodamente, cierra tus ojos, concéntrate en tu respiración, respira lento y profundo.
- Ahora imagina un álbum de fotografías, este álbum representa tu vida, en él puedes encontrar los momentos más importantes por los que has pasado, respira profundo. Recuerda el momento en que te diagnosticaron Hipertensión arterial, recuerda ¿Qué sentiste?

III. PREGUNTAS GENERADORAS DE DEBATE:

¿Describame, cómo es su día a día, desde que le informaron que tenía hipertensión arterial?

¿Qué ha cambiado en sus actividades diarias después que le diagnosticaron y le dieron el tratamiento para hipertensión arterial?.

ANEXO: 03

CUADRO DE CONVERGENCIAS

CONVERGENCIA	SUBCATEGORÍAS
Cambios drásticos en la vida del adulto mayor hipertenso	<p>Subcategoría 01: mi vida cambio ya nada es como antes</p> <p><i>P1: Ya no trabajo como antes, tenía mis obras, mis chacras, pero ahora ya no puedo casi nada, ahora se ha cegado mis vistas, no puedo ver; antes he trabajado en tejido, artesanía, para las ferias, mis frazadas tejía diario para los días domingos 3 frazadas por semana, ahora no puedo nada, ya no hago como antes, ahora ya no salgo ni a la artesanía...</i></p> <p><i>P3_Claro he cambiado bastante para poder caminar, tomar medicina todos los días, poder comer una comida baja en sal y ya no frituras más se puede comer verduras...antes de sana las cosas eran diferentes...</i></p> <p><i>P4:_Todo el tiempo he trabajado pelando chancho vendía carne pero hoy ya no pues...no puedo por la enfermedad.</i></p> <p><i>P6:_Desde que me entere que tenía hipertensión arterial, hace 4 años, mi vida ha cambiado mucho la alimentación, mis costumbres, mi forma</i></p>

	<p><i>de trabajo, medicación diaria, como me dedico a la agricultura no puedo hacer mis actividades como antes lo hacía...no puedo regresar a cómo eran antes, los mismos tiempos, el mismo hecho de la edad, los hijos grandes, nietos cambian las cosas, antes estaba más alegre, más activo, hacia más, ahora tengo rápida cólera, tengo nerviosismo. Mi actividad diaria me dedico a pastear los animales, por allí a supervisar las chacras a estar pendiente de algunas cosas de las cosas ya no puedo hacer los esfuerzos que hacía antes como trabajar en pico y a la lampa, tenía ganado ahora estoy aislado un poco del contacto con fungicidas, pesticidas que utilizamos para la agricultura.</i></p> <p><i>P8: _Ahora que estoy con la presión alta, ya no me muevo como antes...en mi tienda solo vendo nomas y a la gente que viene a comprar le digo que lo agarren lo que desean porque no puedo andar, y mis flores vendo ahí me distraigo un poquito...pero no es como antes ahora es muy triste...</i></p>
<p>Cambios en la dieta del adulto mayor hipertenso</p>	<p>Subcategoría 02: mi alimentación ha cambiado...</p> <p><i>P1: _Si he bajado en sal en mi comida... hoy como sopa de pepián o de arroz, papita...repollo, brócoli, zanahoria,</i></p>

tomate, betarraga; la verdura dos a tres veces por semana, como naranja, manzana...como en la mañana y el almuerzo, en mi desayuno me preparan mi caldito de gallina o de pichón, otro día avena con pan, otro caldo verde, en el almuerzo arrocito con papita o con menestrilla o verdurita, en la cena solo un vaso de leche...me preparan aparte y a veces de la misma olla familiar, pero más separado... antes comíamos todos juntos...

P2: Yo como una vez al día, solo una vez por el dolor de estómago no me da apetito, la comida la prepara mi hija a veces a parte, sin aliños...ahora todo ha cambiado...,antes comía más, antes comía pan, gaseosa, en mi desayuno comía, mote, cancha, harina, en el almuerzo, chochoca, papa, y en la cena comía igual. Ahora como pan o una galletita de sal y a las doce ya no, a veces tomo desayuno ya no almuerzo... antes mi alimentación era tranquila, todo alegre... ahora no.

P3: Ahora como más de verdura... antes podía comer todo tipo de comida y hoy ya no puedo comer frituras, grasas, mucha sal, y tengo que seguir las recomendaciones del médico... para sanarme... Ahora todos comemos bajo en sal, mi desayuno es aguüita con

algunas yerbitas, avena, no acostumbro el pan, como yuca, papa sancochada y en el almuerzo como verduras y cualquier otra cosa pero que no tenga fritura ni condimento, a veces también pollo, pescado sancochado sin grasa y cuando consumimos grasa a veces de casualidad me sube la presión arterial.

P4: _Ahora como mi gallinita o la sopita a eso de las 12 no más, la mañana mi café con huevitos de codorniz o mi mote, pan, en el almuerzo solamente la chochoca, mi sopita un poquito, y el arroz un poquito, a mi sobrina lo pago para que me traiga mi verdura, cocina y en la tarde leche no más, de chanco ni un pedacito, de ahí ya no... antes todo el tiempo comía carne... se extraña mucho.

P5: _Hace medio año, he cambiado en comer, me han dicho que no coma plátano, naranja, pollo, pescado, y coma todo sancochado, nada de dulce, ni de sal casi... antes comía normal... yo tomo café, almuerzo y merienda no, porque mucho me duele mi barriga, comemos todos desabrido. En el almuerzo hacen arroz, papita, chochoca, sopa de arroz, o de fideo, cuando me lleva mi hija mi lentejita, alverjita... solo el desayuno y almuerzo nada más... me dan mi avena, mi

	<p><i>arrocito poquito nomas, azúcar ya no pruebo hace 15 años ya...</i></p> <p><i>P6: _Pues antes de que yo me entere que tenía esta enfermedad, me gustaba la carne de chanco, la carne de res, las frituras, pollo, leche, queso, pero hoy tengo que consumir en forma reducida, hoy mi alimentación no es igual, ahorita estoy utilizando verduras, ensaladas, para poder mantener mi colesterol bajo y mi glucosa también... tengo que limitarme a consumir menos grasas, alimentos como papa que acostumbramos en la sierra hoy ya no como... en el desayuno caldito verde, o sopita de chochoca o pepián, ya no como antes bien guisado, con su queso, ahora... solo con algunas yerbas para que le de sabor a la sopa... en el almuerzo una ensalada con su arroz poquito, y papa una tajadita y ya... En la cena como juguito, o agüita con yerbitas, como lanche, yerba luisa, el café no puedo consumir, antes tomaba avena, leche, y las agüitas bien dulce... también ha disminuido el consumo de sal bastante... mi esposa y yo comemos separado y también ya no nos apetece compartirle ya nos hemos acostumbrado en el tiempo de la enfermedad a consumir los alimentos diferente a la familia...</i></p>
--	---

	<p><i>P7: _Actualmente estoy comiendo verduras, en mi desayuno puedo tomar todo menos pan, sopita de verdura y pongo un huevito, sino sancochadito, el pan lo reemplazo con motesito, eso como en el almuerzo, también mis verduras una papita o una zanahorita o ricachita, el arroz una vez a la semana, me dijeron que ya no lo coma, para que me mejore en la cena el fideíto le pongo zanahorita, una vez a la semana pollo o carne de carnero, con esta dieta me siento un poco mejor, ya puedo caminar... Al día como 3 veces desayuno, almuerzo y cena, hay veces preparo aparte, los demás hacen su carne aparte porque a mí me han dicho que no lo coma...</i></p> <p><i>P8: _En el desayuno como sopa de papa con verdura y paico, chiche, espinaca y a veces una agüita con yerbitas del campo y pan... en el almuerzo arroz, papa y una sopita, en la cena, una sopa y a veces una agüita nomas, ya no se puede comer como antes ya... verdura de vez en cuando, fruta si todos los días... todos comemos igual que yo, antes me preparaban a parte mi comida pero hoy ya se han acostumbrado a comer como yo, el café es casual, avena lo tomo sin azúcar... bueno señorita antes que yo me enferme comía papa, arroz, pollo, menestras, y comía normal,</i></p>
--	--

	<p><i>pero hoy en día consumo menos cantidad que antes, ya nada es normal con estas enfermedades.</i></p>
<p>Actividad física del adulto mayor hipertenso</p>	<p>Subcategoría 03: hoy en día ya camino poco.</p> <p><i>P1: _Antes de que detecten presión alta ya el cuerpo se desvanecía, la cabeza dolía, me mareaba, antes caminaba media hora, pero ahora ya no porque lo que me han operado... ahora camino de 6 a 7 minutos diario y el cuerpo no resiste ya y de ahí vengo a mi cama...</i></p> <p><i>P2: _Yo camino cerca, pero ya no puedo caminar mucho se rinde las canillas el cuerpo se rinde demasiado, antes caminaba 3 – 4 horas diario.</i></p> <p><i>P3_ Antes caminaba más, por ejemplo para caminar las subidas ya tengo agitación ya no puedo caminar mucho... voy a pasear por ahí siempre me han recomendado hacer ejercicio en la casa.</i></p> <p><i>P4_ Yo estoy en mi casa... antes caminaba un poco más, si aquí en mi casa no más iba a verlo a mi hija y venia.</i></p> <p><i>P5: _Caminaba, media hora más o menos, ahora ya no puedo moverme de mi casa, aquí barro mi cocina a poquitos, enciendo mi candelita a poquitos, antes hacia cualquier cosa...</i></p>

	<p><i>si camino así a poquitos en la misma casa ya no salgo fuera.</i></p> <p><i>P6: _Realizo caminatas, por la misma receta del médico, me ha recomendado hacer ejercicio, deporte, la realizamos menos frecuente que antes, camino sin agitarme unas 2 horas o 3 horas diarias, la costumbre que tenía antes de caminar y comer, hacer las actividades muy independientes, antes caminaba un día entero y a todo vigor, ahora ya no...</i></p> <p><i>P7: _Hoy en día ya camino poco, unas horas en el día al ganado por ahí cerquita, vivo en mi casa descansando... las actividades de la casa la realizan mis hijos, mi hija, cocina, lava, ve los animales ya no tejo como antes, el día que me siento mejor, tejo, ovillo mis hilos o cualquier cosa después ya no mucho; ya me siento mejor para lo que estaba antes durmiendo en mi cama... hoy ya me da ganas de caminar, pero el doctor dijo descanse, ya no tengo problemas para caminar.</i></p> <p><i>P8: _Que tiempo caminaba antes, si caminaba a los animales pues lejos y ahora ya no camino nada ya.</i></p>
<p>Signos y síntomas de la hipertensión arterial en el adulto mayor</p>	<p>Subcategoría 04: manifestaciones de la hipertensión arterial</p> <p><i>P1: _Cuando me preocupo, o reniego porque no puedo levantarme, a veces</i></p>

	<p><i>me coge dolor, cólicos, y rápido me duele la cabeza.</i></p> <p><i>P2: _A veces me siento preocupada por mi presión alta, me duele mi cabeza y no puedo hacer nada, pierdo el conocimiento por momentos, el dolor de cabeza se presenta cada 8 días – 15 días y vuelta se repite, mis pastillas a diario debo tomar, hoy ya no lo he comprado por falta de dinero...</i></p> <p><i>P3: _Tengo dolores fuertes de cabeza, oscurecimiento de mis ojos, me da vuelta mi cabeza, cuando no tomo medicamento más fuerte se presenta, después cuando tomo medicamento se presenta casual.</i></p> <p><i>P4: _Sufro del corazón, el derrame, infección, pero el derrame... antes me llevaron rapidito a Chiclayo.</i></p> <p><i>P5: _Cuando me sube la presión me duele la cabeza, las quijadas, tomo mi medicamento y me pasa; tomo en la mañana y una la tarde, cuando no tomo me hace sacudir, me duele el cuerpo, se adormece la cabeza...</i></p> <p><i>P6: _Se me acelera las respiraciones, no puedo caminar, no puedo dedicarme tanto a las cuestiones firmes.</i></p>
--	---

<p>El adulto mayor hipertenso su día a día y el papel de la familia</p>	<p>Subcategoría 05: conviviendo con la hipertensión y la familia.</p> <p><i>P1: _Vivo con mi esposo y mi hija, tengo otros hijos vienen a visitarme o a verme... con mi esposo tenemos ya 23 años de casados, vivimos tranquilos todos nos llevamos bien, solamente una hija que me acompaña esta soltera... con mis vecinos me llevo bien, toda mi familia viene a verme también mis amistades.</i></p> <p><i>P2: _Vivo con mi hija y hay días sola en mi casa, mi esposo murió, yo me llevo tranquila con mi hija ella es la única que me ve, es conviviente, me llevo bien con mi yerno y nietos... tengo 6 hijos, ellos viven en Chile, en Trujillo, me visitan una vez al año, cuando estaba mejor me iba a visitarles, pero hoy en estas condiciones ya no puedo ir. Con los vecinos, me llevo bien siempre los visito y ellos también, tengo una vecina que siempre vine a verme y me apoya con medicina.</i></p> <p><i>P3: _Soy casado, tengo 12 hijos, vivo con mi esposa y un mi nieto que me acompaña, estudia en la primaria, nosotros tenemos una buena relación, todos vienen a visitarme frecuentemente, solamente 2 que tengo en la selva ellos vienen al año o medio año por la distancia. Yo les visito a</i></p>
--	--

	<p><i>todos por los sitios donde trabajan...</i></p> <p><i>P4: _Tengo 6 hijos, 2 fallecieron cuando eran pequeñitos; la relación con mis hijos es buena y mis vecinos, todos me quieren, no soy mala con la gente. Con mi esposo me llevo bien, él toma pero ya estamos viejitos, con mi sobrina, la relación es buena porque la he criado desde chiquita.</i></p> <p><i>P5: _Vivo, solo con mi hija, soy viuda, con mis hijos todo bien nos llevamos; tengo 6 hijos; 2 viven por San Jacinto y las 4 mujeres viven acá, ellos me visitan; los vecinos me visitan porque yo ya no puedo,</i></p> <p><i>P6: _Tengo 30 años de casado, nuestros hijos todos viven separados... los dos mayores vivimos juntos; conversamos, nos ponemos de acuerdo en alguna actividades de agricultura, también estamos dando facilidades a mis hijos para que vean las formas de servirle de sembrío y crianza de animales... con mi esposa por la enfermedad, no nos llevamos tan igual como nos antes, ella tiene que trajinar más, está más pendiente de mi... yo tengo que estar controlándome los medicamentos siempre, no tiene que faltarme, a veces la pareja tiene que estar pendiente, ir al médico para las consultas, los análisis trimestrales, y así ha cambiado bastante</i></p>
--	---

	<p><i>nuestra relación...</i></p> <p><i>P7: _Tengo 3 hijos, ellos viven lejos, por eso lo que tengo pena por mis hijas, ellas me visita, una vez al año, y yo también me voy a verles, con mis hijas me llevo bien, cuando llegan me siento alegre, contenta, ahí se me van los males parece que llegan a sanarme mis hijas, cuando me voy a verles igual y cuando vengo con pena, si estuvieran acá juntos de repente no estuviera enferma, con mi esposo bien, estamos casados 10 años, no tenemos ningún problema... Con los vecinos y familiares me llevo bien, todos ellos me visitan, me voy a verlos también, amistades, amigas, por todo lugar donde me vaya.</i></p> <p><i>P8: _Soy casada, tengo 4 hijos son todos casados y viven conmigo también, me llevo bien con ellos, con mi esposo bien... solo que él toma y me hace tener cólera porque llega borracho y grita, una vez se había caído, ya no puedo seguirlo ya no puedo caminar, antes lo seguía hasta que lo encuentre cuando no llegaba a la casa.</i></p>
--	---

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
"NORTE DE LA UNIVERSIDAD PERUANA"
Av. Atahualpa N°1050

Repositorio Digital Institucional

Formulario de Autorización

1. Datos del autor:

Nombres y Apellidos:

Enequina Cuevaña Muñoz

DNI/Otros

N°: 46888479

Correo Electrónico:

ECuevaram@unc.edu.pe

Teléfono:

931755008

2. Grado, título o Especialidad

Bachiller Título Magister Doctor Segunda

Especialidad

3. Tipo de Investigación¹:

Tesis Trabajo Académico Trabajo de Investigación

Trabajo de Suficiencia profesional

Título:

Continuidad de los Adultos Mayores con Hipertensión
Atendidos en el Hospital José Soto Gadenilla - Areata 2016.

Asesor:

Dra. Carmen Irene Yupanqui Vásquez

Año:

2017

Escuela Académica/Unidad:

Escuela Académica Profesional de Enfermería Fisial - Areata.

4. Licencias:

¹ Tipos de Investigación

Tesis: para título profesional, Maestría, Doctorado y Programas de Segunda Especialidad

Trabajo Académico: Para Programas de Segunda Especialidad

Trabajo de Investigación: para bachiller y Maestría

Trabajo de Suficiencia Profesional: Proyecto Profesional, Informe de Experiencia Profesional

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
"NORTE DE LA UNIVERSIDAD PERUANA"

Av. Atahualpa N°1050

a) Licencia Estándar:

Bajo los siguientes términos autorizo el depósito de mi trabajo de Investigación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Nacional de Cajamarca.

Con la autorización de depósito de mi trabajo de investigación, otorgo a la Universidad Nacional de Cajamarca una Licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi trabajo de investigación, en forma físico o digital en cualquier medio, conocido por conocer, a través de los diversos servicios provistos de la universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de la UNC, colección de Tesis, entre otros, en el Perú y en el extranjero, por el tiempo y veces que considere necesarias, y libre de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Nacional de Cajamarca podrá reproducir mi trabajo de investigación en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad y respaldo y preservación.

Declaro que el trabajo de investigación es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad comparativa, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, así mismo, garantizó que dicho trabajo de investigación no infringe derechos de autor de terceras personas. La Universidad Nacional de Cajamarca consignará en nombre del/los autor/re del trabajo de investigación, y no lo hará ninguna modificación más que la permitida en la presente licencia.

Autorizo el depósito (marque con un X)

Si, autorizo que se deposite inmediatamente.

Si, autorizo que se deposite a partir de la fecha (dd/mm/aa): _____

No autorizo

b) Licencias Creative Commons²:

Autorizo el depósito (marque con un X)

Si autorizo el uso comercial y las obras derivadas de mi trabajo de investigación.

No autorizo el uso comercial y tampoco las obras derivadas de mi trabajo de investigación.



Firma

22 / 12 / 2017

Fecha

² Licencias Creative Commons: Las licencias creative commons sobre su trabajo de investigación, mantiene la titularidad de los derechos de autor de ésta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de ésta, siempre y cuando reconozcan la autoría correspondiente. Todas las Licencias Creative Commons son de ámbito mundial. Emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales. En consecuencia, goza de una eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.