



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO FRENTE A LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE PADECEN LOS PACIENTES DEL
CENTRO DE SALUD LA VIÑAS DE SANTA ANITA 2013”**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTADA POR

TASAYCO TUANAMA WENDY BON

ASESORA

DRA. ELIZABETH TERESA DIESTRA CUEVA

LIMA, PERU 2018

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO FRENTE A LA
HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE PADECEN LOS PACIENTES DEL
CENTRO DE SALUD LA VIÑAS DE SANTA ANITA 2013”**

DEDICATORIA

A ustedes querida familia por estar conmigo porque siempre están cuando los necesito y cuento con su apoyo.

También a mis amigos por brindarme su apoyo incondicional en todo momento.

AGRADECIMIENTO

Agradecimiento a mi familia y en especial a mis asesores por su apoyo y colaboración en la realización del presente estudio de investigación.

RESUMEN

El objetivo General de la investigación fue determinar el nivel de conocimiento sobre autocuidado frente a la hipertensión arterial que padecen los pacientes del centro de salud la Viñas de santa Anita 2013. Fue un estudio de tipo cuantitativo de nivel descriptivo y de corte transversal con una muestra de 47 pacientes y las principales conclusiones fueron: El conocimiento sobre autocuidado en la adherencia del tratamiento frente a la hipertensión es predominantemente de nivel alto seguido del nivel medio y solamente el 6%(3) tienen un nivel bajo.

El nivel de conocimiento sobre autocuidado en la alimentación frente a la hipertensión arterial es en más del 50% de nivel (alto) seguido del nivel medio y solamente el 6%(3) tienen un nivel bajo.

El conocimiento sobre autocuidado en la actividad física y manejo del estrés frente a la hipertensión es en el 51% de nivel (alto) en el 43%(20) es medio y solamente el 6%(3) tienen un nivel bajo

Palabras clave: Hipertensión y alimentación saludable

ABSTRACT

The general objective of the research was to determine the level of knowledge about self-care against hypertension suffered by patients at the Viñas de santa Anita health center in 2013. It was a quantitative type study with descriptive level and cross-section with a sample of 47 patients and their conclusions were: The knowledge about self-care in the adherence of treatment against hypertension is predominantly high level followed by the mean level and only 6% (3) have a low level.

The level of knowledge about self-care in food versus hypertension is at more than 50% of level (high) followed by the mean level and only 6% (3) have a low level.

The knowledge about self-care in physical activity and stress management in relation to hypertension is at 51% level (high) in 43% (20) is medium and only 6% (3) have a low level

Key words: Hypertension and healthy eating

ÍNDICE

Pág.

DEDICATORIA

AGRADECIMIENTO

RESÚMEN

i

ABSTRAC

ii

ÍNDICE

iii

INTRODUCCIÓN

v

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del problema

1

1.2. Formulación del problema

4

1.3. Objetivos de la investigación

5

1.3.1. Objetivo general

5

1.3.2. Objetivos específicos

5

1.4. Justificación del estudios

5

1.5. Limitaciones

6

CAPITULOII: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

7

2.2. Base teórica

10

2.3. Definición de términos

28

2.4. Hipótesis

29

2.5. Variables

29

2.5.1. Definición conceptual de las variables

29

2.5.2. Definición operacional de las variables

30

2.5.3. Operacionalización de la variable

31

CAPITULOIII: METODOLOGIA	
3.1. Tipo y nivel de investigación	32
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	32
3.3. Población y muestra	33
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	33
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	34
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	35
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	36
CAPÍTULO V: DISCUSION	42
CONCLUSIONES	43
RECOMENDACIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45
ANEXOS	
Matriz	
Instrumento	

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es la enfermedad cardiovascular más frecuente en nuestro medio y la enfermedad crónica más frecuente de la humanidad, por lo tanto, constituye un importante problema de salud pública; y que lleva un riesgo de incapacidad y daño de múltiples órganos blanco (corazón, cerebro y riñones).¹

La hipertensión arterial es una patología muy importante, en vista de su capacidad para reducir sustancialmente la duración y calidad de vida de quien la sufre, tanto más como antigua y severa sea. Esta reducción depende de la capacidad de la enfermedad para generar complicaciones propias, principalmente cardíacas, renales y del sistema nervioso central, y de su participación como factor de riesgo y de aceleración de la aterosclerosis en estos mismos territorios

La hipertensión puede ser de tipo primario o secundario. Se habla de hipertensión arterial secundaria cuando la hipertensión puede ser explicada sin lugar a dudas, por otra enfermedad.

La hipertensión arterial sistémica esencial o primaria (HAS), considerada así por el desconocimiento completo de su causalidad, representa un reto para la comunidad científica y médica actual, ya que pasó a ser de una entidad poco diagnosticada a principios de siglo, a un verdadero problema de salud mundial y nacional al ubicarse en los primeros lugares de morbilidad en la población adulta y sin duda la principal causa de consulta médica para el médico general, el internista y el cardiólogo, sobre todo si se asocia con otras patologías relacionadas fisiopatológicamente.²

No obstante el buen conocimiento sobre esta enfermedad, el control de la hipertensión, incluso en países desarrollados, dista mucho de ser óptimo.

Diversos factores son considerados responsables, pero principalmente la poca atención del profesional de enfermería en brindar una adecuada información a otros profesionales de la salud, y la falla de los pacientes en adherirse a la

terapia prescrita. Consecuentemente, se requiere capacitación en ambos grupos, antes de aspirar a una mejora en los resultados.

El trabajo de investigación está Estructurado de la Siguiete manera:

El proyecto de investigación consta de 4 capítulos. El Capítulo I: El problema, consta de: La determinación del problema, la formulación del problema, los objetivos de la investigación, la justificación y las limitaciones y alcances de la investigación. El Capítulo II que es el marco teórico consta de: Los antecedentes del estudio, la base teórica del estudio y el marco conceptual.

En el Capítulo III: Material y métodos se considera: El tipo, nivel y diseño de investigación, la población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, las variables, la operacionalización de las mismas, la validez, confiabilidad de los instrumentos, el plan de recolección y procesamiento de datos. En el Capítulo IV: finalmente se presenta los resultados, las referencias bibliográficas y los anexos correspondientes donde se consigna la matriz de consistencia y el instrumento.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión, o presión arterial alta, es un problema grave en todo el mundo pero en América Latina la enfermedad está en aumento. Según una nueva investigación publicada Therapeutic Advances in Cardiovascular (Avances Terapéuticos en Enfermedad Cardiovascular) en el 2007; señalan que por hipertensión arterial o llamada muerte silenciosa; cada año mueren cerca de 18 millones de personas a causa de enfermedades cardiovasculares (8 millones atribuidas a la hipertensión) y 80% de estas muertes ocurre en países en desarrollo. Este estudio comparó los datos de estudios publicados en América Latina sobre la prevalencia y muertes por hipertensión. Los resultados muestran que las tasas de mortalidad por enfermedades cardiovasculares en la región aumentarán aproximadamente un 145% entre hombres y mujeres para el año 2020. El problema podría ser muy grave si no se toman medidas inmediatas.³

La hipertensión se caracteriza por la elevación crónica de la presión arterial, usualmente por encima de 140/90 mmhg (Organización Mundial de la Salud y Goldstein, 1987). Alrededor de un 10% a un 15% de los casos de hipertensión tiene su causa en enfermedades conocidas, tales como disfunciones renales y desórdenes endocrinos y neurogénicos ⁽²⁾.

La hipertensión arterial, en la población adulta, es el factor de riesgo cardiovascular más prevalente, situándose en torno al 20% de la población general, y uno de los que motiva mayor número de los tres principales factores de riesgo para la cardiopatía isquémica y el principal factor de riesgo de los accidentes vasculares cerebrales ⁽³⁾. El accidente cerebral y los ataques al corazón son las principales causas de muerte e incapacidad en los países desarrollados, y existen varios factores que facilitan su ocurrencia. Algunos son cosas sobre las que no podemos hacer nada, como nuestra edad o género. La gente de mayor edad es más proclive a experimentar accidentes cerebrales y ataques al corazón que la gente joven, y los hombres están en más riesgo que las mujeres. Las tendencias mundiales al incremento de la expectativa de vida en la mayoría de los países, ha propiciado que una gran cantidad de personas transite hacia el envejecimiento ⁽⁴⁾.

De acuerdo a los resultados, 23,7% de la población mayor de 18 años en el Perú, tiene hipertensión arterial, que representa alrededor de 3 650 000 habitantes, población basada en el último censo de 2004. La prevalencia promedio de la HTA en mayores de 60 años fue 48%, lo que representa un alto porcentaje de la población ⁽⁷⁾. La Hipertensión arterial se encuentra distribuida en todas las regiones del mundo atendiendo a múltiples factores de índole económicos, sociales ambientales y étnicos, en todo el mundo se ha producido un aumento de la prevalencia evidentemente relacionado con patrones diversos que van desde la alimentación inadecuada hasta los hábitos tóxicos y el sedentarismo. Con respecto a la presencia de algunas condiciones patológicas que pudieran incrementar el riesgo de enfermedades cardiovasculares, el sobrepeso u obesidad, la inadecuada alimentación, el tabaquismo, consumo de bebidas alcohólicas, la inactividad física o sedentarismo y el estrés.

Dentro de las principales causas de defunciones en el Perú según registro del año 1,996 en una población de 1,000 habitantes, la Enfermedad cerebro vascular ocupa el segundo lugar con 0.35% y las

enfermedades del corazón en un tercer lugar con 0.30%, teniendo como causa principal la HTA.

Según estudios realizados en el Perú, sobre la prevalencia de hipertensión arterial en la ciudad de Chiclayo, Soto (2000) reportó que el 29.2% de la población adulta padecía de HTA. La incidencia es ligeramente mayor en varones que en mujeres y su incremento es progresivo según la edad. El conocimiento sobre HTA, sólo lo tiene un 38% de la población encuestada. Como factores de riesgo principales son en primer lugar la herencia, luego la obesidad, llegando a la conclusión de que existe una alta prevalencia de HTA.

Hoy en día hipertensión arterial representa un importante problema de salud pública y su prevalencia se incrementa dramáticamente con la edad por la falta de conocimiento sobre su auto cuidado y estilo de vida no saludable que tiene actualmente por ello se debe de educarlos creando un programa educativo para explicarle cuan importancia debe tener el paciente sobre su propio auto cuidado para así prevenir e disminuir el riesgo de enfermedades cardiovasculares que conllevan la hipertensión arterial.

Los pacientes con hipertensión arterial manifiestan no tener un adecuado auto cuidado para realizar ejercicios por los siguientes motivos ,Falta de desinterés para su auto cuidado, Por falta de tiempo (trabajo) Otros por que son ama de casa y están al cuidado de sus hijos

Otro de los problema que los paciente manifiestan no tener una adecuada adherencia al tratamiento por los siguientes motivos: Por falta de tiempo (trabajo Por falta de interés) Por que se olvidan de tomar sus medicamento Por que no les gustan tomar sus medicamentos

Los pacientes hipertensos deben de comprender que el cuidado de su salud depende de ellos mismos y los cuidados de enfermería deben estar enfocados a ayudar al individuo a llevar su enfermedad y mantener por si mismo el cuidado de sus salud es decir tomar las acciones de auto

cuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

Por tanto al considerar que la educación del paciente hipertenso es el elemento primordial para el mejor control de la HTA, pues le permite comprender mejor su enfermedad y las consecuencias, por lo que se plantea determinar la influencia de un programa educativo sobre hipertensión arterial a los pacientes que acuden al centro de salud las viñas de santa Anita.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.2.1.- Problema General

¿Cuál es nivel de conocimiento sobre autocuidado frente a la hipertensión arterial que padecen los pacientes del centro de salud la Viñas de santa Anita 2013?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre autocuidado en la adherencia del tratamiento frente a la hipertensión arterial que padecen los pacientes del centro de salud la Viñas de santa Anita 2013
- ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre autocuidado en la alimentación frente a la hipertensión arterial que padecen los pacientes del centro de salud la Viñas de santa Anita 2013

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre autocuidado en la actividad física y manejo del estrés frente a la hipertensión arterial que padecen los pacientes del centro de salud la Viñas de santa Anita 2013

1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1.- Objetivo General

Determinar el nivel de conocimiento sobre autocuidado frente a la hipertensión arterial que padecen los pacientes del centro de salud la Viñas de santa Anita 2013

1.1.2 Objetivos Específicos

- Reconocer el nivel de conocimiento sobre autocuidado en la adherencia del tratamiento frente a la hipertensión arterial que padecen los pacientes del centro de salud la Viñas de santa Anita 2013
- Identificar el nivel de conocimiento sobre autocuidado en la alimentación frente a la hipertensión arterial que padecen los pacientes del centro de salud la Viñas de santa Anita 2013
- Identificar el nivel de conocimiento sobre autocuidado en la actividad física y manejo del estrés frente a la hipertensión arterial que padecen los pacientes del centro de salud la Viñas de santa Anita 2013

1.4. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Para la profesión de enfermería desde una perspectiva educativa, preventiva, curativa y de rehabilitación, fortalece un rol de liderazgo dentro del equipo de salud, permitiéndole implementar y mejorar programas educativos que fomente el autocuidado sobre hipertensión arterial, con la finalidad de disminuir la incidencia de complicaciones que dañan al paciente y generan más costo a la institución.

Se pretende brindar educación para la salud al enfermo para que así conozca sobre la hipertensión arterial, de esta manera se contribuye a evitarles complicaciones en su estado de salud. En consecuencia siendo esta una enfermedad de salud pública a nivel mundial; es de vital importancia la implementación de un programa educativo para la promoción de la salud dirigido a los pacientes hipertensos, con el fin de

promover la participación activa en la prevención de complicaciones y mejoren estilos de vida saludables.

1.5. LIMITACIONES Y ALCANCES DE LA INVESTIGACION

No contar con un ingreso económico para realizar este proyecto

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de estudios

2.1.1. Antecedentes Internacionales

PRADO, García Heidi. “Programa educativo sobre hipertensión arterial a los pacientes que acuden al Club de hipertensos la Sabanita 2010”, Venezuela. Estudio fue de nivel aplicativo, diseño descriptivo, corte transversal y tipo cuasi experimental, el instrumento que uso fue el cuestionario, tuvo una población de 21 pacientes hipertensos y su conclusión fue:

“Se encontró que de los pacientes que integran el club de hipertensos, fue más frecuente el sexo femenino con 66,67% predominando en el grupo etàreo de 55-60 años de edad con 28,57%. Según el estado civil de los pacientes que integran el club de hipertensos son casados y concubinos ambos con 38,10%. En referencia al nivel académico el 38,10% de los pacientes son bachilleres. El nivel de conocimiento sobre la hipertensión arterial fue suficiente en 4,76% de la muestra y posterior a la aplicación del programa educativo aumento a 80,95%. El 57,14 no presentó ningún conocimiento acerca de la

hipertensión arterial antes de la aplicación del programa educativo y posterior a la misma disminuyó a 4,76%. Las respuestas obtenidas en el pre-test y pos-test fueron comparadas, dando como resultados un valor de “t” de student a 12,25 con un nivel significativo de $p > 0,05$ (t: 12,25 $p > 0,05$)”⁽⁹⁾

RIVERA, Álvarez Luz “Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá”, Colombia. Estudio diseño descriptivo, enfoque cuantitativo, tipo experimental y nivel aplicativo, el instrumento que uso fue el cuestionario, la población fue de 90 personas hospitalizadas y su conclusión:

“El cuidado de personas hipertensas es un reto para el personal de salud y la comunidad; los cuidados de enfermería deben estar enfocados a ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.”⁽¹⁰⁾

CONTRETAS, Patiño Juana “Impacto de un programa educativo para el control del paciente hipertenso”, México. Estudio de diseño descriptivo, tipo experimental, de nivel aplicativo, el instrumento que uso fue el cuestionario, la población fue de 38 pacientes y su conclusión:

“Los resultados positivos obtenidos en la adquisición de conocimientos y reducción de la tensión arterial diastólica permiten medir el impacto del programa educativo. Es posible que los resultados sean condicionados por la percepción que poseen el paciente y su familia, en quienes se logra un convencimiento universal sobre los beneficios y la trascendencia de la educación en materia de salud. Por ello, la existencia de programas

educativos dirigidos a pacientes hipertensos propicia un cambio de estilo de vida, dando como resultado el control de la enfermedad” (11)

2.1.2. Antecedentes Nacionales

ASCOY, Eguilas Milagros. “Factores biológicos y autocuidado en el adultohipertenso, Chimbote 2008”, Perú. Trabajo de Investigación es de diseño descriptivo, tipo explicativo, nivel aplicativo, tuvo una población de 39 pacientes hipertensos, el instrumento que uso fue el cuestionario, la conclusión fue:

“La edad que predomina es de 65 años a más, seguido de 35 a 64 años; el sexo predominante es el femenino seguido del masculino; el mayor número de adultos no tiene obesidad y el mayor porcentaje de adulto no tiene antecedentes familiares de hipertensión. Existe una proporción significativa de adultos hipertensos con un nivel de auto cuidado bueno, seguido de adultos hipertensos con un nivel de auto cuidado regular y un mínimo porcentaje con nivel de auto cuidado malo. No existe relación estadística significativa con algunos factores biológicos como la edad, sexo, grado de obesidad, antecedentes familiares con el nivel de auto cuidado.”(12)

MORENO, Fernández Evelyn. “Factores influyentes sobre la adherenciaterapéutica de pacientes hipertensosatendidos en el puesto de salud de San Juan de Chimbote 2009”, Perú. El diseño de la investigación es de tipo-descriptivo, enfoque cuantitativa, y de nivel no explicativo, tuvo una población de 60 personas, el instrumento que se utilizo fue el de preguntas, la conclusión fue:

“Se determinó que el nivel de adherencia terapéutica según el método de Moriski Green Lavine en la muestra auto seleccionada

de pacientes hipertensos del Puesto de Salud de San Juan, utilizando fue nulo. Se identificó y categorizó a los pacientes como incumplidores y potencial cumplidores según el test de MGL y TFI, a través de una encuesta pre elaborado, los factores para la no adherencia en estos pacientes. El perfil de los pacientes hipertensos del puesto de salud San Juan es el de un paciente incumplidor que no adhiere el tratamiento”⁽¹³⁾

2.2 BASE TEÓRICA

2.2.1 El conocimiento: Se consideraba que el conocimiento responde a las facultades intelectivas del alma conforme a los tres grados de perfección de las mismas: alma como principio de vida y auto movimiento vegetativo, alma sensitiva o animal y alma humana o racional.

También se entiende por conocimiento al conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo.

Para el filósofo griego Platón, el conocimiento es aquello necesariamente verdadero (episteme). En cambio, la creencia y opinión ignoran la realidad de las cosas, por lo que forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente.

El conocimiento tiene su origen en la percepción sensorial, después llega al entendimiento y concluye finalmente en la razón.

Se dice que el conocimiento involucra cuatro elementos:

- Sujeto
- Objeto
- Operación y representación interna (el proceso cognoscitivo).

Son muchas las definiciones que sobre conocimiento existen. A pesar de que es una operación del día a día, no existe acuerdo en

lo que respecta a lo que realmente sucede cuando se conoce algo. La Real Academia de la Lengua Española define conocer como el proceso de averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas, según esta definición, se puede afirmar entonces que conocer es enfrentar la realidad, pero, de nuevo asalta la duda, ¿es posible realmente aprehender la realidad?, o simplemente accedemos, a constructos mentales de la realidad. Se puede decir que el conocer es un proceso a través de cual un individuo se hace consciente de su realidad y en éste se presenta un conjunto de representaciones sobre las cuales no existe duda de su veracidad. Además, el conocimiento puede ser entendido de diversas formas: como una contemplación porque conocer es ver; como una asimilación porque es nutrirse y como una creación porque conocer es engendrar. Ahora bien, para que se de el proceso de conocer, rigurosamente debe existir una relación en la cual coexisten cuatro elementos, el sujeto que conoce, el objeto de conocimiento, la operación misma de conocer y el resultado obtenido que no es más que la información recabada acerca del objeto. En otras palabras, el sujeto se pone en contacto con el objeto y se obtiene una información acerca del mismo y al verificar que existe coherencia o adecuación entre el objeto y la representación interna correspondiente, es entonces cuando se dice que se está en posesión de un conocimiento. Dependiendo del grado de la relación que se establezca entre los elementos que conforman el proceso de conocimiento puede variar de un conocimiento científico, hasta un conocimiento no científico.

Adulto

Se define hoy al desarrollo humano como "el proceso de expansión de las capacidades de las personas que amplían sus opciones y oportunidades". Tal definición asocia el desarrollo directamente con el progreso de la vida y el bienestar humano,

con el fortalecimiento de capacidades relacionadas con todas las cosas que una persona puede ser y hacer en su vida en forma plena y en todos los terrenos, con la libertad de poder vivir como nos gustaría hacerlo y con la posibilidad de que todos los individuos sean sujetos y beneficiarios del desarrollo.

La adultez es la etapa más característica de la vida humana. El concepto de adulto coincide con el concepto de hombre. En la trayectoria vital del hombre éste no es nunca igual a sí mismo.

La edad adulta presenta las siguientes características: es la etapa central, es la más larga, y es la más interesante y representativa. El concepto de adulto es un concepto cultural que varía según los pueblos y Cultural. Este concepto se puede formular desde 3 puntos de vista: (14)

a) Antropológico-jurídico: según este punto de vista se es adulto cuando se deja de ser joven. Esta concepción se da en sociedades modernas ya que en las antiguas y primitivas se pasa de niño a adulto mediante un rito de iniciación. En estas sociedades primitivas el niño era considerado un hombre pequeño, por lo tanto la adultez comienza muy pronto recortándose así no sólo la adolescencia y juventud sino incluso la misma infancia.

Jurídicamente la adultez se declara con la mayoría de edad, momento en que el sujeto adquiere responsabilidad legal.

Según la concepción antropológico-jurídica, en nuestra cultura la adultez reúne las siguientes características: 1ª representa al individuo pleno y formado, 2ª es el período más productivo de la vida, 3ª es una época de gran rendimiento laboral, 4ª suele conllevar la fundación de la familia y la procreación, 5ª es el momento del ejercicio sociopolítico y 6ª el individuo muestra una autonomía personal plena.

b) Sociológico: el concepto de adulto aparece a partir de la idea de "generaciones".

F. de Azevedo distingue tres tipos de generaciones: la que declina, la reinante (los adultos) y la ascendente. Sin embargo Ortega y Gasset divide las generaciones en etapas de 15 años, por lo tanto en una misma etapa conviven seis o siete generaciones. Las generaciones que nos interesan son:

- Juventud (de los 15 a los 30) sus características son la receptividad y pasividad social.
- Gestación (de los 30 a los 45) se inician en la vida social pero no de un modo pleno.
- Gestión (de los 45 a los 65) actúan de un modo socialmente decisivo.

La siguiente generación entra en la jubilación lo que implica que dejan de tener un papel socialmente activo.

Según este esquema, la edad adulta comprendería las generaciones de gestación y gestión.

c) Psicológico: desde este punto de vista el adulto es aquel que ha llegado a su desarrollo pleno y vive en él. La adultez es la plenitud de la vida humana. El adulto es un individuo maduro.

Las características de la personalidad madura son: 1º una mejor percepción de la realidad, 2º aceptación de uno mismo, de los demás y de la naturaleza, 3º espontaneidad, 4º concentración en los problemas, 5º independencia, 6º sensibilidad respecto a la cultura y el medio, 7º flexibilidad en las situaciones, 8º horizontes amplios, 9º sentimiento social, 10º relaciones sociales profundas, 11º estructura democrática, 12º seguridad ética, 13º humor sin hostilidades y 14º creatividad.

Fases de la vida adulta

1) Adultez temprana: Esta fase según Bromley abarca de los 21 a 25 años, según Havighurst de los 18 a los 30 y según Levinson de los 17 a los 40.

Fase de importantes cambios sociales en los ámbitos de la vida profesional y familiar. La vida del individuo gira en torno de dos polos fundamentales: la familia y el trabajo. Es una fase en la que se hace especialmente presente la tensión entre la concepción de lo joven y lo viejo. Pero el problema está a la hora de determinar el alcance de la crisis, que según Levinson y Gould se alcanza entre los 39 y los 50.

Costa y McCrae realizaron una investigación con 135 individuos y llegaron a las siguientes conclusiones:

- a) La mayoría no padeció ninguna crisis.
- b) Quienes la sufrieron, se repartían aleatoriamente entre los 33 y los 79 años.
- c) La crisis no es más que una manifestación y consecuencia de una larga inestabilidad psicológica.

2) Adultez media: Esta fase según Bromley abarca de los 25 a los 40 años, según Havighurst de los 30 a los 60 y según Levinson de los 40 a los 65.

Se trata de gran productividad, especialmente en la esfera intelectual y artística. Es la etapa de la productividad y la creatividad, de los importantes logros intelectuales, de las mayores contribuciones en los ámbitos de la política, la diplomacia, el pensamiento, el arte... Es el periodo en el que se consigue la plena autorización. Quehaceres más sustantivos durante esta fase:

- Ayudar a los hijos en su crecimiento y prepararlos para la vida adulta.
- Logro de responsabilidades sociales y cívicas.
- Logro y mantenimiento de la satisfacción del propio trabajo.
- Desarrollo de actividades de ocio.
- Relación más directa con la pareja sin el obstáculo del permanente cuidado de los hijos.
- Aceptación y ajuste a los cambios psicológicos.
- Adaptación a la ancianidad de los padres.

Dos cambios importantes en esta etapa:

1) Uno de características físicas que conduce a decisivas modificaciones en la cognición y percepción.

2) Unos segundos que acontecen en los roles sexuales y son unos cambios que provienen de las nuevas situaciones hormonales creadas a raíz del climaterio y de la variación de las demandas y exigencias sociales provenientes de unos hijos que prácticamente se encuentran ya al comienzo de su etapa adulta.

3) Adultez tardía: Esta fase según Bromley abarca de los 40 a los 55 años y a partir de los 60 según Levinson, caracterizado por la experiencia del declinar del propio cuerpo y del paso al estatus de viejo.

Ericson lo denomina “madurez” y está caracterizada por una seguridad y amor postnarcista del yo, por la aceptación del propio ciclo de vida como algo irrenunciable e insustituible, en una palabra, por la integridad del propio y único yo frente a la desesperación que pueda producir un incuestionable final.

Havighurst, resume en seis las tareas por características de esta fase:

- Ajuste al declive físico.
- Ajuste al retiro y a la reducción de ingresos.

- Ajuste a la muerte del cónyuge.
- Ajuste al establecimiento de una afiliación explícita con el propio grupo de edad.
- Adopción de roles de una manera flexible.
- Establecimiento de condiciones de vida cómodas.

Es un periodo a lo largo del cual se suceden complejos acontecimientos en los ámbitos biológicos, psicológicos, sociales, culturales e históricos que pueden jugar un importante papel en la vida adulta.

Todos aquellos eventos que suponen un paso adelante en la vida adulta, han sido englobados bajo la denominación de “crisis normativas” en el sentido de que conllevan ansiedad e incertidumbre frente a las nuevas y desconocidas demandas psíquicas y sociales.

Adaptación a la vida.

Aspectos en los que tienen que ponerse de acuerdo:

a) Intereses materiales y economía:

- Trabajo, empleo y logro
- Vida social, amigos, ocio
- Familia, parientes
- Satisfacción y apoyo emocional
- Ajustes sexuales

b) Acordar los medios de planificación familiar.

- Hábitos personales
- Roles sexuales
- Comunicación
- Poder y toma de decisiones
- Resolución de problemas y conflictos
- Moral, valores, ideología (religión, política y bien/mal)

Hipertensión

La persona con hipertensión arterial es aquella que presenta una presión sistólica sostenida por encima de 139 mm_{Hg} o una presión diastólica sostenida mayor de 89 mm_{Hg}, están asociadas con un aumento medible del riesgo de aterosclerosis y por lo tanto, se considera como una hipertensión clínicamente significativa. En el 90% de los casos la causa de la HTA es desconocida, por lo cual se denomina «hipertensión arterial esencial», con una fuerte influencia hereditaria. Entre el 5 y 10% de los casos existe una causa directamente responsable de la elevación de las cifras tensionales. A esta forma de hipertensión se la denomina «hipertensión arterial secundaria» que no sólo puede en ocasiones ser tratada y desaparecer para siempre sin requerir tratamiento a largo plazo, sino que además, puede ser la alerta para localizar enfermedades aún más graves, de las que la HTA es únicamente una manifestación clínica.

Fisiopatología

Diversos factores están implicados en la fisiopatología de la hipertensión arterial esencial. El elemento básico es la disfunción endotelial y la ruptura del equilibrio entre los factores vasoconstrictores y los vasodilatadores. Contribuyen a lo anterior, de modo importante, diversos factores hormonales, como el sistema captación y descarboxilación de los precursores de grupos amino (APUD) digestivo y el síndrome anémico.

La hipertensión arterial (HTA) se caracteriza básicamente por la existencia de una disfunción endotelial (DE), con ruptura del equilibrio entre los factores relajantes del vaso sanguíneo (óxido nítrico –NO-, factor hiperpolarizante del endotelio -EDHF) y los factores vasoconstrictores (principalmente endotelinas). Se ha descrito disfunción del sistema ET1 en estados de proteinuria crónica, en la acumulación de matriz extracelular glomerular e

intersticial, así como en la nefropatía diabética, en la glomerulopatía hipertensiva y en otros tipos de glomerulonefritis. El endotelio es la principal fuente de ET1, pero no es la única. ET1 es sintetizada por las células epiteliales, las células musculares lisas vasculares, los macrófagos y en el seno de numerosos tejidos en los que se liga a sus receptores para ejercer su efecto. Sus dos receptores específicos, ETA y ETB, son capaces de iniciar efectos biológicos sinérgicos o diferentes, en el seno de una misma célula o entre tipos celulares distintos. (15)

Clasificación

La hipertensión presenta numerosas sub-clases, que incluyen: hipertensión fase I, hipertensión fase II, e hipertensión sistólica aislada. La hipertensión sistólica aislada se refiere a la presencia de una presión sistólica elevada conjuntamente con una presión diastólica normal, una situación frecuente en las personas de edad avanzada. Estas clasificaciones se obtienen haciendo la media de las lecturas de la presión arterial del paciente en reposo tomadas en dos o más visitas del paciente. Los individuos mayores de 50 años se clasifican como hipertensos si su presión arterial es de manera consistente al menos 140 mm_{Hg} sistólica o 90 mm_{Hg} diastólica.

Causas

Se desconoce el mecanismo de la hipertensión arterial más frecuente, denominada "hipertensión esencial", "primaria" o "idiopática". En la hipertensión esencial no se han descrito todavía las causas específicas, aunque se ha relacionado con una serie de factores que suelen estar presentes en la mayoría de las personas que la sufren. Conviene separar aquellos relacionados con la herencia, el sexo, la edad y la raza y por tanto poco modificables, de aquellos otros que se podrían cambiar al variar

los hábitos, ambiente, y las costumbres de las personas, como: la obesidad, la sensibilidad al sodio, el consumo excesivo de alcohol, el uso de anticonceptivos orales y un estilo de vida muy sedentario.

- **Herencia:** cuando se transmite de padres a hijos se hereda una tendencia o predisposición a desarrollar cifras elevadas de tensión arterial. Se desconoce su mecanismo exacto, pero la experiencia acumulada demuestra que cuando una persona tiene un progenitor (o ambos) hipertensos, las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble que las de otras personas con ambos padres sin problemas de hipertensión.
- **Sexo:** Los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que éstas llegan a la edad de la menopausia. A partir de esta etapa la frecuencia en ambos sexos se iguala. Esto es así porque la naturaleza ha dotado a la mujer con unas hormonas protectoras mientras se encuentra en edad fértil, los estrógenos, y por ello tienen menos riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, en las mujeres más jóvenes existen un riesgo especial cuando toman píldoras anticonceptivas.
- **Edad y raza:** La edad es otro factor, por desgracia no modificable, que va a influir sobre las cifras de presión arterial, de manera que tanto la presión arterial sistólica o máxima como la diastólica o mínima aumentan con los años y lógicamente se encuentra un mayor número de hipertensos a medida que aumenta la edad. En cuanto a la raza, los individuos de raza negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión que los de raza blanca, además de tener un peor pronóstico.
- **Sobrepeso:** los individuos con sobrepeso están más expuestos a tener más alta la presión arterial que un individuo con peso normal. A medida que se aumenta de peso se eleva la tensión arterial y esto es mucho más evidente en los menores de 40 años

y en las mujeres. La frecuencia de la hipertensión arterial entre los obesos, independientemente de la edad, es entre dos y tres veces superior a la de los individuos con un peso normal.

Lesiones a órganos

Los órganos cuya estructura y función se ven alterados a consecuencia de la hipertensión arterial no tratada o no controlada se denominan «órganos diana» e incluyen el sistema nervioso central, arterias periféricas, corazón y riñones, principalmente. La asociación entre la presión arterial y el riesgo de cardiopatías, infarto agudo de miocardio, derrame cerebral y enfermedades renales es independiente de otros factores de riesgo.

Educación en el autocuidado del paciente con hipertensión

Las actividades a llevar a cabo en atención primaria con respecto a la hipertensión arterial deben basarse en el tratamiento de la enfermedad, intentando evitar la aparición de complicaciones. Este tratamiento incluye dos aspectos fundamentales: Tratamiento farmacológico con las pautas establecidas y el Tratamiento no farmacológico.

Tratamiento no farmacológico

Este tratamiento resulta muy útil en el abordaje de la hipertensión tanto por si solo como ayudando al tratamiento farmacológico, en este apartado es donde la enfermería adopta un papel importante en el tratamiento del enfermo crónico. Dicho tratamiento consiste en la aplicación de medidas terapéuticas encaminadas a modificar actividades y estilos de vida insanos, entre los que cabe destacar:

- Orientación y apoyo sobre los autocuidados que generan su enfermedad

- Educar los hábitos alimenticios:
 - Alimentación saludable a base de frutas y verduras frescas, cereales y harinas, panes y galletas sin sal, postres y dulces caseros.
 - Reducción de grasa y colesterol
 - Dieta rica en proteínas de origen vegetal como la soya
 - Restricción del sodio como: quesos duros, mantequilla, panes y galletas, alimentos congelados o enlatados.
 - Evitar el consumo de café, alcohol y tabaco
 - Sigilación de su presión arterial diariamente
 - Actividades de relajación, descanso y manejo del estrés
 - Promover la realización de ejercicio físico
 - Mejorar los hábitos higiénicos, resaltando aquellos que sean beneficiosos en determinar enfermedades derivadas de la hipertensión arterial

La meta de la educación para la salud es modificar comportamientos y cambiar actitudes a estos pacientes, por lo que se hace necesario introducir instrumentos y técnicas que aportan conocimientos. La educación para la salud con pacientes con hipertensión arterial propone potenciar el auto cuidado, autonomía y autorresponsabilidad respecto al proceso salud-enfermedad.

Promoción de la Salud

La OMS define la promoción de la salud como “el proceso que capacita a los individuos y a la comunidad para aumentar su control sobre los determinantes de su salud y, por tanto, mejorarla”. Se busca la concienciación, a nivel individual y colectivo, de la influencia que tienen en el estado de salud los hábitos, costumbres, etc., así como las condiciones del medio ambiente. Se pretende que, cada vez más, sea la persona quien

vaya controlando si su modo de vida favorece su salud y que los diferentes sectores e instituciones de la comunidad potencien una mentalización en este sentido, favoreciendo, además. La creación de condiciones de vida sanas.⁽¹⁷⁾

Es un proceso que busca desarrollar habilidades personales y generar los mecanismos administrativos, organizativos y políticos que faciliten a las personas y grupos tener mayor control sobre su salud y mejorarla.

Busca lograr un estado de bienestar físico, mental y social, en el que los individuos y/o grupos puedan tener la posibilidad de identificar y lograr aspiraciones, satisfacer necesidades y poder cambiar o hacer frente a su entorno.

La salud se puede promover desde muchos frentes, enfoques, actividades, momento, lugares. Se puede realizar de un modo

- Informal y/o no sistemático aprovechando situaciones que lo demanden, aconsejen o simplemente lo permitan
- Formal o sistemático mediante actuaciones programadas, planificadas y preparadas de antemano.

En 1981, la OMS publicó su Estrategia global de salud para todos en el año 2000, en este documento se considera esencial el desarrollo de la atención primaria de salud para la eliminación de las desigualdades en la salud, y se propusieron tres metas principales para conseguir sus objetivos:

- La promoción de estilos de vida dirigidos hacia la salud, mediante una concienciación individual de que existe la posibilidad de controlar determinados riesgos para la salud (alcohol, alimentación inadecuada, enfermedades de transmisión sexual) y la necesidad de cambios conductuales para lograrlo. Además, se deben implicar tanto los gobiernos como todas las instituciones

que influyen en el tipo de condiciones socio- económicas y en la elección de los estilos de vida acción intersectorial. En todo ello son esenciales las acciones de información y educación para la salud.

- La prevención de las enfermedades que son prevenibles, mediante la realización de las actividades sanitarias, educativas y sociales que lo hagan posible.
- El establecimiento de servicios de rehabilitación y de salud, haciendo que la atención primaria de salud será accesible a todos los ciudadanos, dando prioridad a las medidas preventivas y a la promoción de la salud, creando servicios específicos para los más desfavorecidos y los grupos de alto riesgo, potenciando el diagnóstico y la terapéutica precoces en las enfermedades crónicas y degenerativas, y mejorando la relación calidad- coste de los servicios.

La Promoción de la Salud, como modelo de intervención, nos ofrece muchas posibilidades, en el nivel local, regional y nacional. Es una estrategia centrada en la intervención y no en el diagnóstico de la situación. (Colomer, 2000.)

Otro alcance de la promoción de la salud consiste en, capacitar al individuo, sujeto de sus acciones, para trabajar con los grupos sociales en la identificación y el análisis de los determinantes sociales de las necesidades en salud.

Cuando hablamos de los alcances de promoción significa, que ésta no se reduce solamente a un cambio de los estilos de vida, sino a la revisión de los determinantes de estos, y al conocimiento de los factores que tienen que ver con las desigualdades sociales.

Algunos de los desafíos prioritarios son implementar políticas públicas integrales en Promoción de la Salud, incorporar adecuadamente el concepto de determinantes sociales en el

quehacer de la Promoción, lograr un real trabajo interdisciplinario e intersectorial desarrollar estrategias, que se sostengan en el tiempo, donde las comunidades sean las protagonistas, formar adecuadamente a los profesionales que se desempeñan en este ámbito, desarrollar sistemas de evaluación que permitan dar cuenta del real impacto de estas intervenciones y fortalecer el componente preventivo-promocional en el quehacer del sistema de salud y sus servicios.

La Promoción de la Salud cuenta con varias estrategias centrales para alcanzar sus objetivos:

- Abordaje por Contextos - Entornos para Promoción de Salud
- Comunidad y Desarrollo Comunitario
- Trabajo Interdisciplinario e Intersectorial
- Educación en Promoción de Salud
- Comunicación en Promoción de la Salud
- Políticas Públicas Saludables e Inclusión Social
- **Teoría de enfermería que dan sustento a la investigación**
- **A. Modelo conceptual de Dorothea Orem**
- Este es uno de los modelos clásicos de Enfermería desarrollado en su obra Conceptos y prácticas de Enfermería. El fundamento del modelo de Enfermería de Dorothea Orem, organizado en torno a la meta de la Enfermería, es el concepto de autocuidado, considerado como el conjunto de actividades que realiza una persona por sí misma (cuando puede hacerlo) y que contribuyen a su salud. Tales actividades se aprenden conforme el individuo madura y son afectadas por creencias culturales, hábitos, y costumbres de la familia y de la sociedad. La edad, la etapa del desarrollo y el estado de salud pueden afectar la capacidad del individuo para realizar actividades de autocuidado. La Enfermería se ocupa de la necesidad que tienen los individuos de tomar

medidas de cuidado propio con el fin de ayudar al paciente a conservar la vida y la salud, recuperarse de una enfermedad o lesión, y a hacer frente a los efectos ocasionados por las mismas. Dorotea Orem sostiene que la salud se relaciona con la estructura y función normales, ya que cualquier desviación de la estructura o del funcionamiento representa una ausencia de salud en el sentido de integridad. Dorothea Orem sugiere que algunas personas pueden tener requisitos de autocuidado asociados con el desarrollo o desviación de la salud y que todas las personas poseen las condiciones universales de autocuidado que se mencionan a continuación.

- -Conservación de una ingestión suficiente de aire, agua y alimento.
- -Suministro de cuidado asociado con los procesos de eliminación y excrementos.
- -Mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso y entre la soledad y la interacción social.
- -Evitar los riesgos para la vida, funcionamiento y bienestar.
- -Promover el funcionamiento y desarrollo de los seres humanos dentro de grupos sociales de acuerdo con las potencialidades, las limitaciones conocidas, y el deseo de ser normal. Las necesidades antes mencionadas (requisitos de autocuidado) exigen que se tomen medidas y se les da el nombre de demandas de autocuidado terapéutico.
- Son los requisitos de autocuidado, universales y asociados con el desarrollo, dan por resultado la conservación y promoción de la salud y la prevención de enfermedades específicas. Las demandas de autocuidado para la prevención secundaria son los requisitos de autocuidado relacionados con las desviaciones de la salud conducen a prevenir complicaciones y evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad. La demanda de

autocuidado relacionada con la prevención terciaria tiene que ver con el funcionamiento eficaz y satisfactorio de acuerdo con las posibilidades existentes. Es posible determinar la demanda terapéutica de autocuidado si se identifican todas las necesidades existentes o posibles de cuidado propio

- y los métodos más adecuados para atender dichas necesidades y se diseña, implementa, evalúa un plan de acción; esto es el proceso de cuidados de enfermería.

- **B. Dorotea Orem describe tres etapas del proceso de cuidados de Enfermería**

- La primera etapa implica el diagnóstico de enfermería, esto es, determinar la demanda terapéutica de autocuidado del paciente, a cualquier deficiencia que pudiera existir en la realización de las actividades de cuidado propio, y a las metas futuras más convenientes.
- La segunda etapa incluye el diseño de un sistema de enfermería que dé por resultado la consecución de las metas de salud; esta etapa incluye básicamente la planificación de acciones e intervenciones para satisfacer las necesidades de autocuidado teniendo en cuenta las limitaciones existentes.
- La tercera etapa se refiere a la implementación y evaluación de las acciones diseñadas para superar las limitaciones del autocuidado.
- **C. Dorotea Orem identifica tres sistemas de actividades de enfermería para satisfacer los requisitos de cuidados personales, conforme a la medida que se ven perturbados, a saber:**
- **-El sistema de compensación total:** En este sistema la enfermera realiza todas las necesidades del enfermo ya que éste

se encuentra incapacitado para asumir una función activa en su atención y la enfermera le ayuda actuando en lugar de él.

- **-El sistema de compensación parcial:** En este sistema tanto el enfermo como la enfermera participan en las acciones de autocuidados terapéuticos. La responsabilidad principal en la ejecución de estas acciones puede corresponder a la enfermera o al paciente, según las limitaciones de este, sus conocimientos y aptitudes, y disposiciones.
- **-El sistema educativo y de apoyo:** Este sistema se usa cuando el enfermo es capaz de atender (o aprender la forma de hacerlo) su cuidado personal pero necesita ayuda, consistente en apoyo moral y emocional, orientación e instrucción. En la presente investigación se considera el modelo de Dorothea Orem que tiene una adecuada aplicación dadas las limitaciones de conocimientos que tienen la generalidad de las adolescentes en cuanto a las tres dimensiones física, psicológica y social. Por ello, es necesario adaptar la teoría de Dorothea Orem, entendiendo que para lograr que el o la adolescente se involucre en su autocuidado se tiene que desarrollar una intensa y franca tarea educativa, llena de mucha calidez y dedicación, tratando de lograr el objetivo principal para que adquiera plena conciencia sobre la conservación de la salud, prevenir las enfermedades, embarazos no deseados y la práctica de actividad física como parte de su hábito diario.
- **Nola Pender**
- Autora del modelo de Promoción de la Salud, expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. El modelo pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre

características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.

-
- **Madeleine Leninger. La teoría de la transculturalidad aporte realizado por** La enfermería transcultural nos dice que un área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado está basada en la cultura, creencias de la
- salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlos a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades. En este caso el trabajo de investigación tiene en cuenta la teoría fundamentada en que debemos considerar el nivel cultural de las familias y por consiguiente en los adolescentes teniendo una referencia de la manera de ver a los cuidados teniendo en cuenta el nivel de instrucción, sus creencias, costumbres y que estas pueden ser adecuadas y/o erróneas, además aún considerar la edad de las personas.¹⁴

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Adulto:

En la mayoría de las culturas se considera como adulto a toda aquella persona que tiene más de 18 años. La adultez es la etapa más característica de la vida humana. El concepto de adulto coincide con el concepto de hombre. En la trayectoria vital del hombre éste no es nunca igual a sí mismo. ⁽¹⁹⁾

Hipertensión Arterial:

La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias. Cada vez que el corazón late, bombea sangre hacia las arterias. Su presión arterial estará al nivel más elevado al latir el corazón bombeando la sangre. A esto se le llama presión sistólica. Cuando el corazón está en reposo, entre un latido y otro, la presión sanguínea disminuye. A esto se le llama la presión diastólica.

Promoción de la Salud:

La OMS define la promoción de la salud como “el proceso que capacita a los individuos y a la comunidad para aumentar su control sobre los determinantes de su salud y, por tanto, mejorarla”. ⁽¹⁷⁾

Conocimiento:

Es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje (a posteriori), o a través de la introspección (a priori). En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo. ⁽¹⁹⁾

2.4 HIPÓTESIS

H^a.- El nivel de conocimiento sobre autocuidado frente a la hipertensión arterial que padecen los pacientes del centro de salud la Viñas de santa Anita 2013, es medio

H^o.- El nivel de conocimiento sobre autocuidado frente a la hipertensión arterial que padecen los pacientes del centro de salud la Viñas de santa Anita 2013, es bajo

2.5 VARIABLES

Es univariable

Nivel de conocimiento sobre el autocuidado frente a la hipertensión arterial

2.5.1 Definición conceptual de la variable

Nivel de conocimiento sobre el autocuidado

Es un conjunto integrado de conocimientos de autocuidado que considera todas las acciones o actividades que realizan las personas en forma voluntaria para mantener la salud y el bienestar en los diferentes roles que desempeña y especialmente cuando se enfrenta a una enfermedad crónica como la Hipertensión arterial

2.5.2 Definición Operacional de Variables

Son acciones que van a permitir orientar las conductas que deben manifestar los pacientes con hipertensión en cuanto a actividades físicas, alimentación saludable, tratamiento farmacológico para el mejoramiento de su salud. Las cuáles serán valoradas teniendo en cuenta el número de respuestas en alto medio y bajo

2.5.3 Operacionalización de la variable

Variable	Dimensiones	Indicadores	%	Esc. Medición
nivel de conocimiento sobre el autocuidado	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento • Alimentación • Actividad física • Manejo del estrés 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Definición ○ Frecuencia de control ○ Dosis de medicamento ○ Efectos adversos ○ ○ Tipo de alimentación ○ Frecuencia ○ Cantidad y horario ○ Tipos ○ Frecuencia ○ Tiempo ○ Meditación o relajación ○ Acudir a reuniones de interés ○ Horas de descanso 	<p>30%</p> <p>25%</p> <p>25%</p> <p>20%</p>	<p>Bajo</p> <p>Alto</p> <p>(ordinal)</p>

CAPITULO III. METODOLOGIA

3.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

- **De Tipo cuantitativo:** Es de tipo cuantitativo ya que es medible y cuantificable.
- **Nivel descriptivo:** Es descriptivo porque va describir la realidad de los hechos, y/o circunstancias, las características fundamentales del nivel de conocimiento sobre el auto cuidado frente a su enfermedad
- **De corte:** Porque se dará en un determinado tiempo

3.2 DESCRIPCIÓN DEL ÁMBITO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación se realizó en el Centro de Salud Las viñas de Santa Anita en el programa de hipertensión, el cual cuenta con 40 pacientes, donde laboran 1 medico, 4 enfermeras.

3.3 POBLACIÓN /MUESTRA

Población

La población está constituida por 47 adultos cuyas edades oscilan entre los 30 – 55 años que padecen de hipertensión arterial

La muestra:

Fue de manera no probabilística e intencional ya se trabajó con toda la población constituida por los 47 pacientes

3.4.- TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Técnica

La técnica que se utiliza en la recolección de datos es la entrevista, por ser el más adecuado para cumplir con el objetivo del estudio y obtener información sobre la efectividad del programa educativo en el mejoramiento del nivel de conocimiento sobre el autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial del Centro de Salud las viñas Santa Anita

Instrumento

Para el recojo de la información, se hizo el uso del cuestionario, el cual será aplicado al paciente por medio de la investigadora. Este instrumento consta de las siguientes partes: la introducción, donde se encuentra los objetivos y alcances de la investigación, las instrucciones para el llenado del cuestionario, los datos generales, en los cuales se determina la edad, sexo, grado de instrucción, los datos específicos los cuales se determinara la adherencia al tratamiento, la alimentación, actividad física y el manejo del estrés, que estará estructurado según las dimensiones e

indicadores, previamente operacionalizadas, que en conjunto consta de 24 ítems .

A la vez, el instrumento está dividido en 4 bloques:

DIMENSIONES	ITEMS
Adherencia al tratamiento	4-10
Alimentación	11-14
Actividad física	15-18
Manejo del estrés	19-24

La efectividad del programa educativo en el mejoramiento del nivel de conocimiento sobre el autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial, se realizara de acuerdo a los siguientes puntajes en las dimensiones:

DIMENSION: Adherencia al tratamiento	PUNTAJE
ALTO	
MEDIO	
BAJO	

3.5.- VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La validación del cuestionario se obtendrá a través de juicio de expertos, quienes conforman un total de 7 profesionales dedicados al área de estudio, lo cual motivó a los reajustes necesarios del instrumento.

El nivel de confiabilidad se realizó a través del método estadístico, usando para esto la del Alfa y Crombach.

3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Administración: Se solicitó permiso a la institución para poder realizar la investigación.

Organizar los días para realizar la encuesta con preguntas sobre el autocuidado de la salud.

Procesamiento de Datos: Para el procesamiento de los datos se utilizará PASW versión 19,9.

Para el análisis se utilizarán datos estadísticos descriptivos, para variable categórica en porcentajes y para variable numérica en media y desviación estándar.

CAPITULO IV: RESULTADOS

TABLA: 1

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO EN LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO FRENTE A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

NIVEL	F.	%
Alto	23	49
Medio	21	45
Bajo	3	6
TOTAL	47	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Se observa que el conocimiento sobre autocuidado en la adherencia del tratamiento frente a la hipertensión es en el 49% (23) de nivel (alto) en el 45%(21) es medio y solamente el 6%(3) tienen un nivel bajo

GRAFICO: 1

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO EN LA ADHERENCIA DEL TRATAMIENTO FRENTE A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

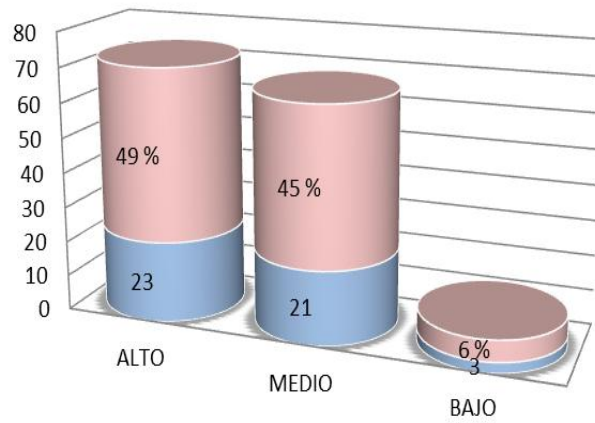


TABLA: 2

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO EN LA ALIMENTACIÓN FRENTE A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

NIVEL	F	%
Alto	24	51
Medio	20	43
Bajo	3	6
TOTAL	47	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Se observa que el conocimiento sobre autocuidado en la alimentación frente a la hipertensión arterial es en el 51%(24) de nivel (alto) en el 43%(20) es medio y solamente el 6%(3) tienen un nivel bajo

GRAFICO: 2

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO EN LA ALIMENTACIÓN FRENTE A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

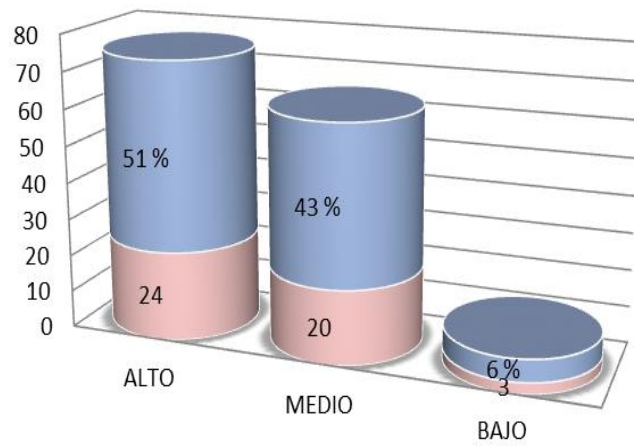


TABLA: 3

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO EN LA ACTIVIDAD FÍSICA Y
MANEJO DEL ESTRÉS FRENTE A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

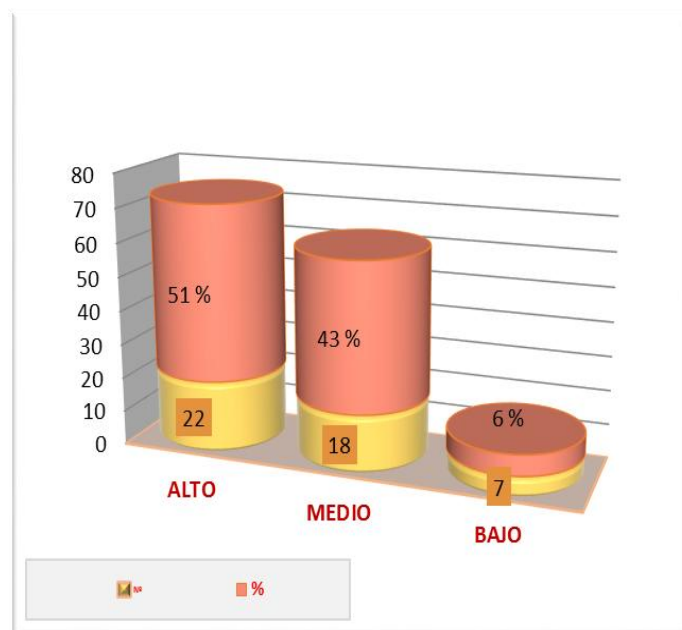
NIVEL	F	%
Alto	22	51
Medio	18	43
Bajo	7	6
TOTAL	47	100

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: Se observa que el conocimiento sobre autocuidado en la actividad física y manejo del estrés frente a la hipertensión es en el 51% de nivel (alto) en el 43%(20) es medio y solamente el 6%(3) tienen un nivel bajo

GRAFICO: 3

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO EN LA ACTIVIDAD FÍSICA Y MANEJO DEL ESTRÉS FRENTE A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL



DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en la población estudio permitieron observar y describir el conocimiento sobre autocuidado frente a la hipertensión arterial que padecen los pacientes del centro de salud la Viñas de santa Anita 2013. La tabla 01 nos informa sobre el conocimiento de pacientes sobre autocuidado de la alimentación frente a la hipertensión arterial y responde al objetivo planteado; evidenciándose que del 100% (47) de entrevistadas hay un 51% (24) que tienen conocimiento alto, por otro lado un 43 % (20) tuvo un nivel de conocimiento regular y solo un 6,4 % (3) conocimiento bajo

Al contrastar los resultados, se evidencia que no son similares al estudio realizado por Dueñas Pineda, Marisol “Nivel de conocimientos que tienen pacientes sobre el cuidado de su alimentación frente a la hipertensión que padecen en el centro de salud José Gálvez-” Lima; 2013; donde concluye los resultados: Del 100% (30) de pacientes evaluadas, 67% (20) presentó un nivel de conocimientos de medio a bajo sobre todo en su alimentación como medio del cuidado en su enfermedad.

En el estudio se observa que el conocimiento sobre autocuidado en la adherencia del tratamiento, alimentación, actividad física y manejo del estrés frente a la hipertensión es en el 49% al 51% de nivel (alto) en el 43 al 45%es de nivel medio y solamente el 6%(3) tienen un nivel bajo estos resultados nos hace ver que conocen sobre la importancia del cuidado de su salud y nos hace ver que ponen en práctica el autocuidado

CONCLUSIONES

- El conocimiento sobre autocuidado en la adherencia del tratamiento frente a la hipertensión es predominantemente de nivel alto seguido del nivel medio y solamente el 6%(3) tienen un nivel bajo
- El nivel de conocimiento sobre autocuidado en la alimentación frente a la hipertensión arterial es en más del 50% de nivel (alto) seguido del nivel medio y solamente el 6%(3) tienen un nivel bajo
- El conocimiento sobre autocuidado en la actividad física y manejo del estrés frente a la hipertensión es en el 51% de nivel (alto) en el 43%(20) es medio y solamente el 6%(3) tienen un nivel bajo

RECOMENDACIONES

- 👉 Se recomienda que el personal de salud continúe fortaleciendo sus acciones educativas sobre el cuidado que debe seguir el paciente hipertenso sobre todo en su alimentación mediante el diseño de un Programa de Promoción y Prevención orientado en fomentar el autocuidado.

- 👉 Tomar en cuenta los resultados del presente estudio para la elaboración de estrategias y capacitación dando énfasis en los puntos críticos del conocimiento y elaboración de dietas saludable

- 👉 A la Escuela Académico Profesional de Enfermería que debe potenciar el cumplimiento de conocimientos sobre la alimentación saludable y la elaboración de refrigerios nutritivos, trabajando en la Promoción de la salud y evitar los factores de riesgo de padecer hipertensión.

- 👉 Realizar estudios donde se determine el conocimientos sobre autocuidado relacionándolo con los factores de riesgo y más aún en el cumplimiento de las medidas de prevención.

REFERENCIA BIBLIOGRAFÍA

- (1) Dr. Hans – Dieter Faulhaber, Como prevenir y sanar la Hipertensión: Medidas efectivas para control y tratamiento. ed. España: Robin Book
- (2) Canino de Lambertini Evelyn, Hipertension Arterial. ed. Venezuela: Equinoccio
- (3) Dr. Tovar Jose L., Comprender la Hipertension. ed. Barcelona: Amat
- (4) Silva Garcia L.; Pérez Santan José M.; Silva Garcia M. del Carmen, Cuidados enfermeros en Atención Primaria Programa de salud del adulto y el anciano. ed. España: MAD, S.L.
- (5) Pickering G. Thomas., Buenas noticias sobre hipertensión arterial. Ed. Barcelona: Granica S.A
- (6) Dr. Dotres Martinez C.; Dr. Perez Gonzales R.; Cordoba Vargas L., Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. [Rev. On line]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21251999000100009&script=sci_arttext
- (7) Dr. Emérito, Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. [Rev. On Line] 2006. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000200005
- (8) Ortega Sanchez – Pinilla Ricardo., Medicina del ejercicio físico y del deporte para la atención a la salud. Ed. España: Diaz de Santos S.A
- (9) ASCOY, Eguilas Milagros. Factores biológicos y autocuidado en el adulto hipertenso, Chimbote 2008, Perú. Disponible en: <http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/14843.pdf>
- (10) MORENO, Fernández Evelyn. Factores influyentes sobre la adherencia terapéutica de pacientes hipertensos atendidos en el puesto

de salud de San Juan de Chimbote 2009, Perú. Disponible en:
<http://sigb.uladech.edu.pe/intranet-tmpl/prog/es-ES/PDF/17027.pdf>

- (11) PRADO, García Heidi. Programa educativo sobre hipertensión arterial a los pacientes que acuden al Club de hipertensos la Sabanita 2010, Venezuela. Disponible en:
<http://www.bibliotecadigitalacademica.org.ve/harvester/index.php/record/view/56812>
- (12) RIVERA, Álvarez Luz Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá, Colombia. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-00642006000300009&script=sci_arttext
- (13) CONTRETAS, Patiño Juana Impacto de un programa educativo para el control del paciente hipertenso, México. Disponible en:
<http://www.imss.gob.mx/publicaciones/salud/enfermeria/Documents/1999/19992a4.pdf>
- (14) DE NATALE, Maria Luisa. La edad adulta: una nueva etapa para educarse. Ed. Italia: La Scuola (pág. 11 – 37)
- (15) WAGNER, Grau Patrick, Fisiopatología de la hipertensión arterial, Peru. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832010000400003&script=sci_arttext
- (16) De Lellis, Martin. Salud Pública y Salud Mental: La estrategia de atención primaria de la salud a casi tres décadas de su formulación. Disponible en:
http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/065_salud1/material/archivos/fichas/ficha_1.pdf (pág. 4 – 6)
- (17) BALLANO, Gonzalo Fernando. Promoción de la salud u apoyo psicológico al paciente. Ed. Editex S.A

- (18) CISNEROS, G. Fanny. Teorías y modelos de enfermería. Universidad del Cauca: Programa de enfermería y Fundamentos de enfermería, Colombia. Disponible en: <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/Revista/PDF/2006/080206200604.pdf>
- (19) NIETO, Martin Santiago, Investigación y evaluación educativa en la sociedad del conocimiento. Ed. España: Graficas Varona S.A

ANEXO



CUESTIONARIO

Buenos días Estimados pacientes el presente cuestionario tiene como objetivo recoger información con respecto a lo que ustedes conocen sobre el autocuidado de la hipertensión.

En este cuestionario deben de escoger las respuestas que usted crea conveniente, por favor responda estas preguntas marcando con un aspa (X).

La encuesta es de modo anónimo.

I. Datos generales:

Edad: _____

Sexo: Femenino () Masculino ()

Estado civil:

- a. Soltero(a) () b. Casado(a) () c. Viudo(a) () d. Divorciado ()
- e. Conviviente ()

Grado de instrucción:

- a. Primaria () b. Secundaria () c. Superior ()

Lugar de procedencia:

- a. Costa () b. Sierra () c. Selva ()

II. Datos específicos

1. La hipertensión arterial es:

- a. Aumento de la temperatura corporal ()
- b. Es el aumento de la presión arterial ()
- c. Es la disminución de la presión arterial ()
- d. Es la disminución de la temperatura corporal ()

2. ¿Conoce algún factor de riesgo para sufrir hipertensión arterial?

- a. Actividad física ()
- b. Herencia, Sexo, Raza, Edad, Obesidad, Sedentarismo ()
- c. Religión ()
- d. Abuso excesivo de alcohol ()

3. La medida de prevención para la hipertensión es:
- a. Cigarrillos y alcohol ()
 - b. Control de la presión arterial, alimentación saludable, actividad física, cumplir con el tratamiento ()
 - c. Tener una alimentación adecuada ()
 - d. Cumplir con el tratamiento ()

Adherencia al tratamiento

4. ¿Hace cuanto tiempo inicio el tratamiento de hipertensión arterial?
- a. Hace 1 mes ()
 - b. Hace 6 meses ()
 - c. Mayor de 1 año ()
 - d. Menor de 1 año ()
5. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico que usted recibe?
- a. Captopril ()
 - b. Isorvide ()
 - c. Atenodol ()
 - d. Enalapril ()
6. La dosis que usted toma es:
- a. $\frac{1}{4}$ de tableta ()
 - b. $\frac{1}{2}$ de tableta ()
 - c. 1 tableta ()
 - d. 2 tabletas ()
7. ¿En qué momento Ud. toma medicamento?
- a. En ayunas ()
 - b. Después de los alimentos ()
 - c. Almuerzo ()
 - d. Noche ()
8. ¿Con que frecuencia toma el tratamiento?
- a. Todos los días ()
 - b. De vez en cuando ()
 - c. Cuando se acuerda de tomar las pastillas ()
 - d. Interdiario ()
9. ¿Qué reacciones adversas al tratamiento ha tenido?
- a. Fiebre ()
 - b. Alergias ()
 - c. Nauseas ()
 - d. Vómitos ()
10. ¿Con que frecuencia presento las reacciones adversas?
- a. Una vez ()
 - b. Dos veces ()
 - c. Tres veces ()
 - d. Cuatro veces ()

Alimentación

11. La alimentación que ud. debe tener es:
a. Grasas () b. Frutas y verduras () c. Azúcares () d. Gaseosas ()
12. ¿Las comidas que usted consumen deben de ser?
a. Normal en sal () b. Bajo en sal () c. Alto en sal ()
d. Nada de sal ()
13. ¿Con qué frecuencia a la semana consume usted carne, verduras, menestras, frutas y harinas?
a. Diario () b. Interdiario () c. Una vez a la semana ()
d. Una vez al mes ()
14. ¿Cuántos alimentos consume al día?
a. Uno () b. Dos () c. Tres () d. Más de cuatro ()

Actividad física

15. ¿Qué tipo de ejercicio realiza?
a. Corre () b. Caminata () c. Trota () d. Otros ()
16. ¿Los ejercicios que usted realiza son?
a. Fuertes () b. Moderados () c. Baja intensidad ()
17. ¿Cuál es la frecuencia con que usted realiza ejercicios?
a. Diario () b. Interdiario () c. Una o dos veces a la semana ()
d. Una vez al mes ()
18. ¿Cuánto tiempo dura la rutina de los ejercicios?
a. 30 a 60 minutos () b. Una hora () c. Dos horas ()
d. Más de tres horas ()

Manejo del estrés

19. ¿Cómo usted evita el estrés?
a. Yoga () b. Aromaterapia () c. Masajes relajantes ()
d. Musicoterapia ()
20. Usted a que reuniones sociales asiste:
a. Bailes () b. Teatro () c. Cine () d. Paseos ()
21. ¿Ud. realiza viajes?

a. Solo () b. En familia () c. Con amigos () d. A través de clubs ()

22. ¿Cuántas horas de descanso tiene?

a. Una hora al día () b. Dos veces al día () c. Tres veces al día ()

d. Más de cuatro veces al día ()

23. ¿Sufre Ud. de insomnio?

a. Diario () b. Interdiario () c. Una vez a la semana ()

d. Una vez al mes ()

24. En caso de insomnio Ud. realiza:

a. Lee () b. Escucha música () c. Toma algún relajante ()

d. Realiza baños relajantes ()

MATRIZ DE CONSISTÊNCIA

Título: “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO FRENTE A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE PADECEN LOS PACIENTES DEL CENTRO DE SALUD LA VIÑAS DE SANTA ANITA 2013”

Problema	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	Dimensiones	Indicadores	Niveles
<p><u>Problema General:</u> ¿Cuál es nivel de conocimiento sobre autocuidado frente a la hipertensión arterial que padecen los pacientes del centro de salud la Viñas de santa Anita 2013?</p>	<p><u>Ob. General:</u> Determinar el nivel de conocimiento sobre autocuidado frente a la hipertensión arterial que padecen los pacientes del centro de salud la Viñas de santa Anita 2013</p> <p><u>Ob. Especificos:</u> - Reconocer el nivel de conocimiento sobre autocuidado en la alimentación frente a la hipertensión arterial que</p>	<p>Ha.- El nivel de conocimiento sobre autocuidado frente a la hipertensión arterial que padecen los pacientes del centro de salud la Viñas de santa Anita 2013, es medio</p> <p>H°.- El nivel de conocimiento sobre autocuidado frente a la hipertensión arterial que padecen los pacientes del centro de salud la Viñas de</p>	<p><u>V. Dependiente:</u> Nivel de conocimiento sobre auto cuidado frente a la hipertensión arterial</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento - Alimentación - Actividad física - Manejo del estrés 	<ul style="list-style-type: none"> . Tipo Frecuencia Dosis Efectos adversos . Tipo de alimentación . frecuencia . cantidad y horarios . Tipos Frecuencia Tiempo y duración Meditación o relajación Acudir a 	<p>Alto</p> <p>Medio</p>

	<p>padecen los pacientes del centro de salud la Viñas de santa Anita 2013</p> <p>- Identificar el nivel de conocimiento sobre actividad física y manejo de estrés en la alimentación frente a la hipertensión arterial que padecen los pacientes del centro de salud la Viñas de santa Anita 2013</p>	<p>santa Anita 2013, es bajo</p>			<p>reuniones de interés. Horas de descanso</p>	<p>Bajo</p>
--	---	----------------------------------	--	--	--	-------------

