



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**TESIS**

**CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO DE LA  
HIPERTENSION ARTERIAL, SEGÚN ADULTOS MAYORES DEL  
HOSPITAL II E. DISTRITO DE LA BANDA DE SHILCAYO,  
TARAPOTO - 2018**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN  
ENFERMERIA**

**PRESENTA POR:**

**LOPEZ LEVEAU JORGE ENRIQUE**

**ASESORA:**

**Mg. MONICA ELIZABETH ZUMAETA RIVERA**

**TARAPOTO – PERÚ, 2019**

**“CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO DE LA  
HIPERTENSION ARTERIAL, SEGÚN ADULTOS MAYORES DEL  
HOSPITAL II E. DISTRITO DE LA BANDA DE SHILCAYO,  
TARAPOTO - 2018”**

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como Objetivo: Determinar el conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de (n=31 adultos mayores), para el recojo de la información se utilizó un cuestionario tipo Likert , la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de (0,836); la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Cronbach con un valor de ( $\alpha=0,971$ ).

### CONCLUSIONES:

El nivel de conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto – 2018, encontrando que en mayor porcentaje es del nivel Bajo, comprobado estadísticamente mediante el Chi Cuadrado con un valor de 8,6 y un nivel de significancia de valor  $p<0,05$ .

**PALABRAS CLAVES:** *Adultos mayores con hipertensión arterial, control de la hipertensión, actividades físicas y recreativas, sueño y descanso, adicciones y hábitos nocivos.*

## **ABSTRACT**

The present investigation had like Objective: To determine the knowledge on autocuidado of the arterial hypertension, according to older adults of the Hospital II E. District of the Band of Shilcayo, Tarapoto - 2018. It is a transversal descriptive investigation, we worked with a sample of (n = 31 older adults), a Likert-type questionnaire was used to collect the information, the validity of the instrument was performed by means of the expert judgment concordance test, obtaining a value of (0.836); Reliability was carried out using Cronbach's alpha with a value of ( $\alpha = 0.971$ ).

### **CONCLUSIONS:**

The level of knowledge on self-care of hypertension, according to older adults of the Hospital II E. District of La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018, finding that in a greater percentage is of the Low level, statistically verified by the Chi-square with a value of 8.6 and a significance level of value  $p < 0.05$ .

**KEY WORDS:** *Adults with high blood pressure, control of hypertension, physical and recreational activities, sleep and rest, addictions and harmful habits.*

## INDICE

	Pág.
<b>RESUMEN</b>	<b>i</b>
<b>ABSTRAC</b>	<b>ii</b>
<b>INDICE</b>	<b>iii</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>v</b>
<b>CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</b>	
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema	
1.2.1. Problema General	5
1.2.2. Problemas Específicos	5
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	6
1.3.2. Objetivos específicos	6
1.4. Justificación del estudio	6
1.5. Limitaciones de la investigación	8
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1. Antecedentes del estudio	9
2.2. Base teórica	14
2.3. Definición de términos	45
2.4. Hipótesis	46
2.5. Variables	
2.5.1. Definición conceptual de la variable	47
2.5.2. Definición operacional de la variable	47
2.5.3. Operacionalización de la variable	48

<b>CAPITULO III: METODOLOGIA</b>	
3.1. Tipo y nivel de investigación	49
3.2. Descripción del ámbito de la investigación	49
3.3. Población y muestra	50
3.4. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	51
3.5. Validez y confiabilidad del instrumento	52
3.6. Plan de recolección y procesamiento de datos	53
<b>CAPITULO IV: RESULTADOS</b>	<b>54</b>
<b>CAPITULO V: DISCUSION</b>	<b>60</b>
<b>CONCLUSIONES</b>	<b>63</b>
<b>RECOMENDACIONES</b>	<b>64</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>65</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>74</b>

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad las enfermedades cardiovasculares representan 17 millones de muertes por año, un tercio del total del índice de mortandad mundial, la hipertensión representa anualmente casi 9 y medio millones de muertes. Con el incremento de la esperanza de vida, han aumentado la incidencia y prevalencia de enfermedades que aparecen en edades avanzadas lo que unido a la revolución demográfica del mundo occidental, con un crecimiento explosivo de la población de 60 años, hace que las dimensiones del problema se tornen epidémicas.

La hipertensión arterial es una de las enfermedades silenciosas en nuestra sociedad, también constituye una de las principales causas de morbimortalidad en todo el mundo, afectando órganos como el corazón, piel, riñones; desencadenando enfermedades como insuficiencia renal, infartos, diabetes, entre otras.

La presente investigación para fines de estudio contiene:

Capítulo I: El problema de investigación, Planteamiento del problema, Formulación del problema, Objetivos de la investigación, Justificación del estudio, Limitaciones de la investigación.

Capítulo II: Marco Teórico, Antecedentes del estudio, Bases teóricas, Definición de términos, Variables su definición conceptual, operacional, y la operacionalización de la variable

Capítulo III: Metodología, Tipo y nivel de investigación, Descripción del ámbito de la investigación, Población y muestra, Técnicas e instrumentos para la recolección de datos, Validez y confiabilidad del instrumento y el Plan de recolección y procesamiento de datos.

## **CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACION**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Para la OMS, la Hipertensión Arterial es un problema, debido a que es una de las enfermedades crónico degenerativas que afecta a 600 millones de personas y causa 3 millones de muertes al año en todo el mundo tanto por los efectos que ella en sí produce, por constituir el principal factor de riesgo de patologías como el Infarto Agudo de miocardio, los accidentes vasculares encefálicos, insuficiencia renal Crónica, entre otras. (2) Se calcula que más de 1.500 millones de personas viven con cifras de presión arterial. Lo peor de esta realidad es que no todos conocen su situación ni, en el caso de estar bajo tratamiento, este es efectivo. (3)

La Organización Panamericana de la Salud (PAHO) refiere que uno de cada tres adultos en todo el mundo sufre hipertensión, uno de cada tres adultos con hipertensión lo desconoce, uno de cada tres adultos hipertensos con tratamiento no consigue controlar sus cifras de tensión arterial.



La hipertensión arterial (HTA) en el adulto mayor representa un problema creciente de salud pública, en primer lugar debido a que la expectativa de vida se incrementa en países desarrollados y la tendencia es similar en países en desarrollo, constituyendo el grupo poblacional con el mayor crecimiento proporcional.

Según estadísticas en USA, el 67% de los mayores de 60 años tiene hipertensión arterial (4,5,6), y está presente en el 69% de los pacientes que presentan infarto agudo al miocardio, en el 77% de los pacientes con ACV y en el 74% en los que desarrollan insuficiencia cardiaca. También es el principal factor de riesgo para el desarrollo de insuficiencia renal, fibrilación auricular y diabetes mellitus. (4)

En el Perú la hipertensión arterial afecta aproximadamente al 25% de la población de 18 años de edad a más y la mitad de ellos desconoce tener esta enfermedad, siendo esta una situación preocupante si consideramos que esta enfermedad es la principal causa de accidentes cerebrovasculares infarto de miocardio y otros problemas cardiovasculares.

Hasta hace tres décadas esta enfermedad se presentaba más en personas mayores de 50 años de edad, pero en la actualidad se diagnostica en adultos e inclusive en jóvenes, debido a cambios en el estilo de vida que hace que la población joven este expuesta más tempranamente a factores de riesgo que llevan a desarrollar hipertensión". (5)

Según el INEI la población mayor de 60 años era el 6,1% en 1990, 7,1% en el 2000, se estimó en 9,4% para el 2014 y se proyecta en 11,2% para el 2021. (6) La expectativa de vida al nacer en el Perú para el periodo 2010 - 2015 es de 72,5 años y en países desarrollados se estima que la mayoría de los nacidos después del 2000 puedan superar los 100 años.

En el adulto mayor la hipertensión arterial constituye la primera causa de consulta ambulatoria en el MINSA y ESSALUD, debido a que es la enfermedad crónica más frecuente en este grupo etario. En el Perú según los estudios TORNASOL I y II, la prevalencia es de 46,3% en la década entre 60 y 69; 53,2% en la década entre 70 a 79 años y de 56,3% en los mayores de 80 años. (7)

A nivel nacional MINSA indica que, con 16.853 casos, la región Lambayeque ocupa el segundo lugar con mayor índice de la enfermedad, le siguen la provincia constitucional del Callao (14.384), las regiones La Libertad (13.550) y Piura (12.506) (8)

La mayoría de los casos de hipertensión arterial no tienen una causa específica, sin embargo, se sabe que el riesgo de padecerla aumenta si hay factores asociados como: sobrepeso, obesidad, consumo de sal en exceso, diabetes, falta de actividad física, edad o antecedentes familiares.

Debido a que no da síntomas muchas personas afectadas no saben que son hipertensas y son diagnosticadas cuando presentan problemas cardiovasculares, insuficiencia renal, daño ocular u otra complicación. Es por ello recomendable que toda persona de 18 o más años de edad mida su presión sanguínea al menos una vez al año a fin de prevenir o detectar tempranamente la hipertensión y de ser necesario recibir tratamiento para reducir el riesgo de presentar complicaciones.

El ministerio de Salud de nuestro país a través de la Dirección General de Promoción de la Salud desarrolla el Modelo de Abordaje de promoción de la Salud el mismo que contiene las bases teórico referenciales en promoción de salud para orientar los esfuerzos a nivel de los establecimientos de salud y la sociedad civil en la implementación de iniciativas que contribuyen con crear una cultura de salud y mejorar la calidad de vida en las poblaciones.

La promoción de la Salud, cuyo objetivo es proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, se constituye en una prioridad para el sector, por su importancia en el desarrollo social y en el mejoramiento de la calidad de vida de la población, busca promover la salud de los peruanos como un derecho inalienable de la persona humana y la necesidad de crear una cultura de la salud, que involucra a individuos, familias, comunidades y sociedad en su conjunto en un proceso orientado a modificar las condiciones o determinantes de la salud.

Esta tendencia hacia la promoción y prevención de la salud, debe incentivar en los profesionales de la salud, y especialmente en enfermería de difundir información que ayude a las personas a cambiar hacia conductas saludables, propiciando el autocuidado, de tal manera que las personas realicen de manera independiente a lo largo de su vida acciones para promover y mantener el bienestar personal. (9)

Durante las prácticas de enfermería en los establecimientos de salud, he podido observar adultos mayores que acuden al servicio de emergencia por presentar presión arterial elevada y a adultos mayores que presentan secuelas y cuando se les preguntaba cómo fue lo que les pasó, me referían que sufren de presión arterial alta desde hace mucho tiempo, y que muchas veces no realizaban el cuidado necesario pensando que no sabía que la presión alta era peligrosa”, refieren que “no sentían nada y de pronto amaneció sin sentir parte de su cuerpo”, al preguntarle si conoce sobre la forma de auto cuidarse me dijeron que en una oportunidad les enseñaron la forma como deben cuidarse pero no lo cumplieron, porque les resulta difícil hacer dieta.

De todas estas consideraciones y experiencias anteriores surge la idea y necesidad de realizar la presente investigación y nos formulamos lo siguiente:

## **1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es el conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018?

### **1.2.2. Problemas específicos**

¿Cuál es el conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018, según la alimentación, manejo y control de la hipertensión arterial?

¿Cuál es el conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018, según su actividad física y recreación?

¿Cuál es el conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018, según el descanso y sueño?

¿Cuál es el conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018, según adicciones y hábitos nocivos?

### **1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar el conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018.

#### **1.3.2. Objetivo específico**

Identificar el conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018, según la alimentación, manejo y control de la hipertensión arterial.

Identificar el conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018, según su actividad física y recreación.

Identificar el conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018, según el descanso y sueño.

Identificar el conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018, según adicciones y hábitos nocivos.

### **1.4. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO**

El proyecto de investigación es de gran importancia, ya que permite realizar un análisis crítico de la realidad, que busca alternativas de solución para contribuir al desarrollo de programas, estrategias y políticas que puedan afrontar esta problemática, tomando en conocimiento sobre

autocuidado de hipertensión arterial en adultos mayores, por lo que su ausencia elevara los costos de salud pública y proporcionarían menos calidad de vida debido al incremento de diversas enfermedades que podrían ser fatales en este grupo etario.

El control de la hipertensión arterial es un proceso complejo y multidimensional cuyo objetivo es la prevención, detección temprana, tratamiento oportuno y adecuado que disminuya el riesgo de complicaciones; por esto la promoción del auto cuidado a través de la educación a los pacientes y familiares de las personas con esta patología, permitirá desarrollar conductas que no sólo beneficia su estado de salud, sino que contribuyen a la formación de una persona responsable y productivo. (10)

La prevención y el control de la hipertensión exigen voluntad política de los gobiernos y las instancias normativas. El personal sanitario, los investigadores, la sociedad civil, el sector privado, las familias y los individuos también deben contribuir. Solo con este esfuerzo mancomunado se logrará aprovechar la tecnología diagnóstica y los tratamientos disponibles para prevenir y controlar la hipertensión, y de ese modo retrasar o prevenir sus complicaciones potencialmente mortales. (11)

Por lo que esta investigación será de gran aporte a los profesionales de enfermería, ya que ellos proporcionan información, ejecutan y promueven las campañas de promoción sobre autocuidado de hipertensión arterial. Este proyecto de investigación se realiza con la finalidad de contribuir al bienestar familiar, social y gubernamental de nuestro país, inspirando a otros para lograr una réplica a nivel nacional, esta información también podrá ser considerada para contrastar datos en futuros proyectos de investigación para alumnos de enfermería, profesionales del sector salud y autoridades de las localidades, etc.

## **1.5. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION**

Las limitaciones que se presentaron durante el desarrollo de la investigación fueron las siguientes:

- La poca disponibilidad de los adultos mayores para realizar el cuestionario de investigación.
- La distancia desde el centro de trabajo al lugar de investigación

## **CAPITULO II: MARCO TEORICO**

### **2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO**

#### **2.1.1. Antecedentes internacionales**

**PÉREZ Pupo, Randy David y colegas**, Realizaron la tesis titulada “Nivel de conocimientos, sobre hipertensión arterial, de pacientes atendidos en un Centro de Diagnóstico Integral de Venezuela” Venezuela – 2015. Su objetivo fue identificar los conocimientos sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos y caracterizar la población según edad, sexo, nivel de conocimientos sobre HTA, se realizó un estudio transversal en pacientes atendidos entre enero y julio de 2013, en el Centro de Diagnóstico de San José La Sierrita, municipio Mara, estado Zulia, en Venezuela. El universo estuvo constituido por 202 pacientes hipertensos y la muestra por 146 pacientes. Se aplicó un cuestionario anónimo sobre los conocimientos que el hipertenso debe tener sobre su enfermedad dio de resultado lo siguiente existió un predominio de pacientes mayores de 65 años para el 32,19 %. De los pacientes estudiados, el 52,74 % fueron del sexo femenino. El 55,47 % conocían qué era la hipertensión, sin



embargo, el 51,36 % reflejaron conocimientos regulares sobre la evolución crónica de la enfermedad. Concluyeron lo siguiente:

*“La hipertensión predominó en los mayores 65 años sin diferencias de género. La mayoría de los pacientes precisaron los principales factores de riesgo de HTA, cumplieron el tratamiento prescrito y las medidas básicas de control de esta enfermedad”*  
(12)

**VANEGAS BRAVO, Diego Mateo**, Realizo la tesis titulada “Conocimientos y prácticas en hipertensión arterial en personas que acuden al Sub Centro de Salud Rural Tayuza-Morona Santiago” Ecuador – 2014, Objetivo: Valorar el impacto de una intervención educativa en conocimientos y prácticas en hipertensión arterial en personas que acuden al subcentro de salud rural Tayuza-Morona Santiago. Metodología: El estudio es de tipo analítico cuasiexperimental, el lugar escogido para realizar la investigación es el subcentro de salud rural Tayuza, en personas pertenecientes al club de hipertensos del mismo. Se utilizará un cuestionario que será desarrollado pre y pos intervención educativa. Resultados: El nivel de conocimientos adecuados aumentó del 45,8% a un 87,4% ( $p= 0,000$  RR= 1,91). En cuanto a prácticas adecuadas también existió una mejoría significativa, aumentando de un 42,18% (pretest) hasta un 65,45 % posterior a la intervención educativa.  $p= 0,000$  RR= 1,51. Se concluyó lo siguiente:

*“La intervención educativa sobre Hipertensión arterial generó un impacto significativo dentro de la comunidad de Tayuza”.* (13)

**MEDINA Gustavino María del Carmen y colegas**; Realizaron la tesis titulada “Conocimientos y prácticas de autocuidado en

pacientes que asisten al Club de Adulto Mayor Francisco Jacome” Ecuador – 2015; Objetivo: Evaluar los conocimientos y prácticas en el autocuidado de pacientes que asisten al Club del Adulto Mayor “Francisco Jácome”, durante el periodo comprendido entre enero a marzo 2015, para el efecto se aplicó la metodología descriptiva, transversal, cuantitativa, con empleo del cuestionario de la encuesta aplicado a 50 adultos mayores, Resultados: 50% tienen 65 a 69 años, perteneciendo el 76% al género femenino, 34% con instrucción primaria, 36% con secundaria, su cuidador es un familiar cercano en el 80% de los casos, 62% sufren de hipertensión arterial y diabetes, 46% consumen antihipertensivos, 66% se automedicó, sin tener conocimiento de los efectos secundarios de estas enfermedades, 92% tienen dificultad para movilizarse, 66% utilizan algún mecanismo para desplazarse, 80% tienen limitaciones visuales, 42% tienen problemas para la deglución de alimentos; solo 22% recibieron la consejería especializada de enfermería y el apoyo emocional, lo cual evidenció un bajo nivel de satisfacción del paciente con el conocimiento que le proporcionaron los profesionales de enfermería en la atención en el centro de salud.. Se concluyó lo siguiente:

*“Por este motivo 58% se deprimen con frecuencia y se sienten solos, como principal afectación psicológica de la muestra seleccionada, generándose las siguientes prácticas de las personas de la tercera edad; 38% nunca realizan actividad física, 44% no se asean todos los días, 14% no se lavan los dientes todos los días, solo 24% visitaron el centro de salud y odontológico con frecuencia, 20% siempre acuden a establecimientos de recreación y 14% se cortó las uñas con frecuencia; por estas razones se planteó como propuesta la planificación y ejecución de un programa educativo a favor de las*

*personas de la tercera edad, con el objeto de mejorar los hábitos alimenticios, de actividad física, del aseo y la visita al establecimiento de salud. (14)*

### **2.1.2 Antecedentes nacionales**

**ROJAS Delgado Yodely del Rocío,** Realizo la tesis titulada “Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial que acuden a consultorios externos del Centro de Salud Materno Infantil Perú Corea Pachacutec. Ventanilla”, Callao – 2018. Objetivos: Determinar la Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial que acuden a consultorios externos del Centro de Salud Materno Infantil Perú Corea Pachacutec .Ventanilla -2018. Método: estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo, diseño no experimental, corte transversal. La muestra fue 106 pacientes con hipertensión arterial de 50 a 85 años de edad que cumplieron los criterios de inclusión .La técnica que se utilizó fue la encuesta y como instrumento fue el cuestionario que evaluó la capacidad de agencia de autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial. Resultados: el 52.8% (56) presentó una capacidad de agencia de autocuidado medio; seguido del 32.1% (34) que presentó una capacidad de agencia de autocuidado bajo, mientras que el 15.1% (16) mostró una capacidad de agencia de autocuidado alto. Se concluyó lo siguiente:

*“La mayoría de los pacientes presentaron una capacidad de agencia de autocuidado medio; seguido de la capacidad de agencia de autocuidado bajo y la menor capacidad de agencia de autocuidado fue alta” (15)*

**TAFUR Paredes, C y colegas;** Realizaron la tesis titulada “Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado del adulto mayor hipertenso, del Centro de Atención del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto, Iquitos” Iquitos – 2017. El objetivo fue:

Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor hipertenso del Centro de Atención del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto, Iquitos 2017. El método empleado: Fue el cuantitativo y el diseño no experimental de tipo correlacional. La población fue de 89 adultos mayores de ambos sexos y la muestra de 52 adultos, aplicando dos instrumentos para la recolección de datos: Cuestionario sobre conocimiento con una validez de 89.32% y de confiabilidad de 87.3% y la Escala de actitud tipo Lickert sobre Prácticas de Autocuidado sobre hipertensión arterial con validez de 89.3% y confiabilidad de 88%. Los datos fueron analizados con el SPSS versión 22.0. La prueba estadística para Windows XP, con nivel de confianza de 95% y nivel de significancia de 0,05 ( $p < 0,05$ ). La edad media en adultos de sexo femenino es de 72.8 mientras que en los masculinos la edad promedio es de 69.8. Resultados: Con respecto al conocimiento sobre la hipertensión arterial el 78.8% (41) presentan nivel de conocimiento inadecuado sobre hipertensión arterial y el 21.2% (11) tienen adecuado nivel de conocimiento. Mientras que el 84.6% (44) realizan prácticas de autocuidado inadecuado y sólo el 15.4% (8) de los adultos realizan prácticas de autocuidado adecuado. Al realizar los cálculos y el análisis estadístico se obtiene un valor de  $X^2_c = 16.435$  y un  $p = 0.000 < \alpha = 0.05$ , Se concluye lo siguiente:

*“Que se acepta la hipótesis planteada, es decir existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado sobre hipertensión arterial en adultos mayores del Centro de Atención del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto, 2017”.* (16)

**QUISPE Camaza María Soledad**, Realizó la investigación titulada “Conocimiento sobre autocuidado del adulto mayor hipertenso que asiste al Consultorio de Cardiología del Hospital Honorio Delgado Espinoza” Arequipa - 2016. Objetivo: Identificar el nivel de

conocimientos sobre autocuidado en el adulto mayor hipertenso que asiste al consultorio de Cardiología del Hospital Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2016. Es una investigación descriptiva transversal, se trabajó con una muestra de 80 adultos mayores, para el recojo de la información se utilizó un cuestionario de alternativa múltiple, la validez del instrumento se realizó mediante la prueba de concordancia del juicio de expertos obteniendo un valor de 0,86; la confiabilidad se realizó mediante el alfa de Crombach con un valor de 0,91, la prueba de hipótesis se realizó mediante el Chi-Cuadrado con un valor de 21,3 y con un nivel de significancia de  $p < 0,05$ . Concluyo:

*“Los conocimientos sobre autocuidado en el adulto mayor hipertenso que asiste al consultorio de cardiología del Hospital Honorio Delgado Espinoza, es Bajo. Estos niveles de conocimiento se presentan según las respuestas indicadas; desconocen qué es la hipertensión arterial, así mismo desconocen cuál es el valor normal de la presión arterial, también desconocen cuáles son los síntomas de la hipertensión arterial y cada cuánto tiempo debe controlar su presión. Asimismo desconocen los alimentos que contienen mucha sal y qué cantidad de sal debe consumir diariamente, además qué verduras y frutas son recomendables, Los alimentos que contienen grasas dañinas, Con qué frecuencia y por cuánto tiempo se debe realizar caminatas. Se comprobó estadísticamente mediante el Chi Cuadrado con un valor de 21,3 y un nivel de significancia de valor  $p < 0,05$ .” (17)*

## **2.2 BASE TEORICA**

### **2.2.1 CONOCIMIENTO**

Se define el conocimiento, como un proceso en el cual se relacionan el sujeto que conoce, que percibe mediante sus sentidos, y el objeto conocido o percibido. Cuando el sujeto capta

un objeto y se apropia de algunas de sus características, se puede afirmar que dicho sujeto conoce, en alguna medida, el objeto que ha percibido.

Por otro lado, la epistemología, la define, como la “teoría del conocimiento”. Su definición formal es “Estudio crítico del desarrollo, métodos y resultados de las ciencias”. También viene a ser “El campo del saber que trata del estudio del conocimiento humano desde el punto de vista científico”. Para la gnoseología deriva del griego gnosis, conocimiento al que también estudia, pero desde un punto de vista general, sin limitarse a lo científico. En la práctica, la gnoseología es considerada como una forma de entender el conocimiento en relación con las cosas, fenómenos, otros hombres y aún con lo trascendente. (18)

### **Medición del conocimiento**

Se traduce fundamentalmente en una cuestión de medir al que usa la información: "medir el conocimiento es, en el fondo, un problema de medir el significado de la información para quién finalmente la procesa". Lo que lleva a que una teoría del valor del conocimiento ha de beber de disciplinas muy diversas, de base psicológica, sociológica, entre otros, y debe enfrentarse al problema de cómo medir algo sin extraer del proceso de medición al propio observador. Medir el conocimiento pasa, por tanto, por medir como la gente percibe lo que es informante y como lo discrimina de lo que es no informante. El conocimiento lo podemos clasificar en tres niveles (alto, medio y bajo) de acuerdo a la escala Stanones para obtener resultados matemáticos. (19)

### **2.2.2. AUTOCUIDADO**

El “autocuidado” se puede definir como la actitud y aptitud para realizar de forma voluntaria y sistemática actividades dirigidas a conservar la salud y prevenir enfermedades; y cuando se padece una de ellas, adoptar el estilo de vida más adecuado para frenar la evolución. (20)

La capacidad de autocuidado es definida como la percepción de las personas sobre sus habilidades para cuidar su salud de acuerdo a elementos que derivan de los componentes del poder. El autocuidado también es definido como la capacidad de cuidar la salud con responsabilidad, aprendiendo a practicar estilos de vida saludables para mantenerse sanos, activos haciendo difícil la aparición de una enfermedad o discapacidad. (21).

Al respecto la OMS (2001), citado por Pardavé Cámara (2016) , define el autocuidado como autoayuda, que permite una serie de actividades de salud tomadas por los individuos, familias, vecinos, amigos y grupos, que les permiten tomar decisiones sobre su propia salud.

Según Taylor (2007), citado por Pardavé Cámara (2016), el concepto de autocuidado refuerza la participación activa de los adultos mayores en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud, haciendo necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados.

En los adultos mayores el autocuidado puede describirse como la capacidad que tienen para realizar actividades para mantener la salud y promover un envejecimiento saludable, a través de la práctica de actividades físicas y de los roles sociales; constituyéndose el autocuidado una parte esencial en la valoración del adulto mayor, pues resume el impacto general de la condición de salud en su ambiente personal y redes de apoyo social; permitiendo monitorizar la respuesta a un tratamiento o proveer información o pronóstico para planear cuidados futuros para mantener una salud adecuada

### **2.2.3 IMPORTANCIA DEL AUTOCUIDADO**

La práctica del autocuidado en los adultos mayores es importante porque contribuye a: (22)

- Mantener una buena salud, prevenir y reconocer tempranamente la enfermedad y participar activamente en la recuperación integral de la salud.
- Asumir la responsabilidad en el cuidado de la salud y las consecuencias de las acciones que realizan, fortaleciendo su soberanía y autoestima.
- Reconocer que las conductas y los estilos de vida son directamente responsables de la enfermedad y puede llevarlas a reorientar el rol que asumen en el cuidado de su salud.

### **2.2.4 HIPERTENSION ARTERIAL**

La hipertensión establecida es una condición que implica un mayor riesgo de eventos cardiovasculares y disminución de la función de diferentes órganos en la cual la presión arterial está crónicamente elevada por encima de valores considerados óptimos o normales. La hipertensión frecuentemente está asociada con comorbilidades tales como diabetes mellitus, coronariopatía, insuficiencia cardíaca (IC) crónica, accidente vascular encefálico (AVE), accidente isquémico transitorio (AIT), enfermedad vascular periférica, insuficiencia renal crónica. La hipertensión persistente es considerada uno de los factores de riesgo para accidente vascular encefálico (AVE), infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca y aneurisma arterial, y es una de las principales causas de insuficiencia renal crónica. Incluso una moderada elevación de la presión arterial conlleva una disminución de la expectativa de vida. (23)

Cuando la presión arterial está marcadamente elevada (presión arterial media 50% o más por encima del promedio) la expectativa de vida se disminuye en 30 a 40%, a menos que la hipertensión



sea tratada adecuadamente. (8) La enfermedad hipertensiva es un síndrome, cuyo componente indispensable es la elevación anormal de la presión arterial sistólica y/o diastólica. Para la población adulta (Mayor o igual a 20 años de edad), se consideran cifras patológicas a la presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg, y a la diastólica mayor o igual a 90 mmHg.

El diagnóstico se establece con uno o ambos valores en niveles anormales; y en al menos dos ocasiones (en un intervalo de tiempo mínimo de dos semanas). A la hipertensión arterial puede asociarse factores de riesgo cardiovascular y/o compromiso clínico o subclínico de los órganos blanco (corazón, riñón, cerebro, ojos). (9) Teniendo en cuenta que la presión arterial es una variable continua, y que a mayores cifras tensionales mayor es el riesgo cardiovascular, se decidió que los sujetos con PA entre 120/80 y 129/84 pueden ser considerados presión normal, mientras que los que tienen cifras entre 130/85 y 139/89 son considerados presión arterial normal alta.

Los valores de presión arterial menores de 120/80 son considerados valores óptimos. Se debe enfatizar que los valores normales altos y normales son de mayor riesgo que los valores óptimos, a pesar de estar en el rango normal. (24) La hipertensión arterial generalmente se clasifica como: Primaria, Esencial o Idiopática cuando la presión arterial es constantemente mayor de lo normal, sin causa subyacente conocida. Representa el 85 a 90% de todos los casos de hipertensión. La hipertensión es definida como secundaria cuando la presión arterial es elevada como resultado de una causa subyacente identificable como la enfermedad parenquimatosa renal, enfermedad renovascular, coartación aórtica, frecuentemente corregible (el restante 10 a 15% de los sujetos hipertensos).

## **2.2.5 TIPOS DE HIPERTENSION ARTERIAL**

### **• HIPERTENSIÓN ARTERIAL PRIMARIA**

La hipertensión esencial es aquella que se produce por causas desconocidas siendo más habitual entre la población hipertensa, no puede ser curado aunque si controlada mediante cambios en la alimentación en los hábitos vitales o una medicación adecuada. (25)

### **• HIPERTENSIÓN ARTERIAL SECUNDARIA**

Es la que se produce como resultado de alguna enfermedad, como puede ser problemas glandulares o renales, el embarazo o el uso de drogas o fármacos. Cuando se controlan estas enfermedades, la tensión arterial se normaliza. La mayoría de los casos la hipertensión no presentan síntomas; otras veces producen dolor de cabeza, mareos, cansancio, visión borrosa, zumbido de oídos. (26)

Entre las causas están factores genéticos hereditarios, causas orgánicas, alimentación inadecuada, obesidad, exceso de sal, edad, sexo, embarazo, estrés, alcohol, tabaco, café, época del año, raza, vida sedentaria. El diagnóstico se hace en base en tres tomas de presión arterial con valores patológicos en diferentes horarios y días en condiciones óptimas o una sola toma con valores tensiionales mayores de 210 – 120 mm Hg.

## **2.2.6 TRATAMIENTO DE HIPERTENSION ARTERIAL**

El objetivo del tratamiento es disminuir la morbimortalidad cardiovascular. Esto se logra mediante la normalización de la presión arterial (PA) y el control de otros factores de riesgo (FR) cardiovasculares (CV), sin provocar otras enfermedades físicas, psíquicas o sociales. Es necesario corregir entonces, si el paciente los presentara, FR como hipercolesterolemia, tabaquismo, obesidad, diabetes y sedentarismo si se quiere disminuir significativamente su riesgo cardiovascular. (27) La normalización de la PA se obtiene, en algunos casos, con

modificaciones en el estilo de vida y, mientras que en otros, es necesario el agregado de medicamentos. En ambas situaciones, es necesarias la educación del paciente y de su ámbito familiar, para lograr un buen cumplimiento del tratamiento, Las metas terapéuticas son llegar a las siguientes cifras de PA:

- En consultorio PA < 140-90 mm Hg
- Con control domiciliario < 135-85 mm Hg
- Con monitoreo ambulatorio de PA (MAPA) < 125-80 mm Hg

El impedimento más importante para alcanzar el objetivo propuesto inicialmente es el abandono del tratamiento. Las medidas que procuran disminuirlo son:

1. Explicar al paciente la índole de su afección y discutir con él, teniendo en cuenta las evidencias disponibles y sus necesidades y preferencias, las opciones adecuadas de tratamiento. Hacerle saber que la hipertensión arterial (HA) probablemente dure toda su vida y que el abandono del tratamiento ocasionará que la PA se eleve nuevamente. Informarle que las complicaciones no aparecerán ni progresarán si cumple el tratamiento. (28)
2. Hacerle conocer al paciente el momento en el que se consiga normalizar la PA con el fin de estimularlo en el cumplimiento de las indicaciones.
3. Evitar que el paciente tenga esperas prolongadas en el consultorio.
4. Lograr la comprensión y ayuda del grupo familiar.
5. El paciente deberá ser controlado siempre por el mismo profesional.
6. Si es necesario utilizar medicamentos antihipertensivos proponer el esquema más simple y en lo posible una sola toma matinal.

#### Tratamiento Farmacológico

Las características ideales del fármaco a utilizar para la hipertensión arterial del anciano son:

- Reducción de la resistencia periférica
- Que no disminuya el flujo sanguíneo a órganos vitales: cerebro, corazón y riñón, ni interfiera con los mecanismos de autorregulación
- Que no produzca bradicardia ni afecte el sistema de conducción cardíaco
- Que enlentezca, frene o revierta la progresión de hipertrofia ventricular y grosor de la pared arterial
- Que proteja de la progresión de la fibrosis renal, tanto glomerular como intersticial
- Que no produzca depleción de volumen
- Que no favorezca hiponatremia ni hipopotasemia
- Que no propicie resistencia a la insulina ni hiperlipidemias
- Que no produzca incontinencia urinaria
- Que tenga propiedades antioxidantes
- Que pueda utilizarse en monoterapia, mono dosis y mini dosis
- Que mantenga el balance apoptótico. (29)

Los diuréticos tiazídicos pueden considerarse como fármacos de primera elección basándose en los resultados de diversos estudios aleatorizados donde se demostró una reducción significativa de la morbimortalidad cardiovascular (Nivel de Evidencia Ib) (25, 26, 27,28). En estos estudios se utilizaron  $\beta$ -bloqueadores como fármacos de segunda línea.

En personas jóvenes su uso se ha cuestionado recientemente como fármacos de primera elección para el tratamiento de la HTA esencial (29). En ancianos tienen unos efectos secundarios añadidos tales como hiponatremia, incontinencia urinaria, hipertrigliceridemia y en algunos ensayos clínicos incremento de la glucemia y la creatinina plasmática como en la primera

publicación del MRC working party: Medical Research Council Trial of treatment of Hypertension in older Adults. (30)

La hiponatremia es una complicación frecuente en ancianos debido a la reducción de la competencia para reabsorber sodio (31).

La hiponatremia es causa de ingresos hospitalarios, de caídas y fracturas de cadera en ancianos, complicaciones que no se han evaluado nunca en los ensayos clínicos con personas mayores de 65 años.

Por ello en los casos en que los diuréticos estén indicados, y aún más en aquellos en los que se utilice el binomio diurético + restricción salina, es necesario hacer controles periódicos de electrolitos en sangre. Si se mira solo el precio del fármaco diurético, éste es barato, pero en estudios de fármaco economía, los resultados no son tales, obteniéndose que el diurético es ligeramente más caro que un ARA II. Quizás ésta sea la explicación de la disociación entre recomendaciones terapéuticas de las guías y la poca aceptación de sus indicaciones entre los médicos.

El uso de bloqueantes de los canales de calcio como opción terapéutica en pacientes ancianos está apoyado también en estudios aleatorizados y controlados que demuestran una reducción de la mortalidad y morbilidad de origen cardiovascular tanto frente a placebo como a otros fármacos (33, 34, 35, 36) (Nivel de evidencia Ib). (32)

Los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina se evaluaron de forma específica en el anciano en el estudio Australian National Blood Pressure 2 demostrando una eficacia similar a los diuréticos para reducir la aparición de muerte y eventos cardiovasculares (33). Lo mismo ocurrió en el estudio STOP2 (34). Aunque el estudio HOPE no se dirigió

específicamente a enfermos ancianos, la edad media de la muestra fue superior a 65 años y atestigua el efecto reductor de la mortalidad cardiovascular de los IECA en pacientes con riesgo cardiovascular elevado (35). La conclusión es que deben ser recomendados como fármacos antihipertensivos de primera elección en este grupo de pacientes (Nivel de evidencia Ib).

Los antagonistas de los receptores de la angiotensina demostraron ser superiores a los  $\beta$ -bloqueadores en el objetivo compuesto de reducción de la mortalidad cardiovascular global en el estudio LIFE (edad media de los pacientes, 72 años) (36). Deben ser también considerados para tratamiento de la hipertensión arterial en el anciano en el primer escalón (nivel de evidencia Ib).

Respecto a los bloqueadores de los receptores  $\beta$ -adrenérgicos se han recomendado y se recomiendan como fármaco de elección en las guías (37).

Sin embargo un metanálisis de 13 estudios de pacientes con hipertensión arterial esencial con un total de 105951 enfermos ha comparado el efecto protector sobre órganos diana de los bloqueantes de los receptores  $\beta$ -adrenérgicos con otros fármacos. (38)

## **2.2.7 MEDIDAS PREVENTIVAS DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

### Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive.

MINSA (2009), citado por Álvarez Ramos (2014), el objetivo del manejo de la hipertensión arterial, es alcanzar niveles de presión arterial < 140/90 mmHg, lo que permite la reducción de las complicaciones cardiovasculares. En personas con diabetes síndrome metabólico o con enfermedad renal, se requiere que el nivel de presión arterial sea <130/80 mmHg. Es importante involucrar a la familia en el manejo integral de la persona con hipertensión arterial. (39)

### Medidas generales y preventivas Dietético.

- Reducción del consumo de sal: Desde hace mucho tiempo, en forma empírica se recomienda disminuir la ingesta de sal para el tratamiento de la hipertensión arterial, sin embargo se conoce poco acerca de los mecanismos en los que está involucrada la sal para el aumento de la presión arterial. (40)
- Existen evidencias epidemiológicas que explican esta relación y es que por ejemplo en poblaciones con poca ingesta de sal (Indios Yanomanis, esquimales) tienen poca prevalencia de hipertensión y si ellos consumen más sal, se incrementa la presión arterial.
- En múltiples poblaciones el incremento de la presión arterial con la edad está directamente correlacionado con mayores niveles del consumo de sal. Asimismo a los que se les da alta carga de sal si están genéticamente predispuestos desarrollan incremento de la resistencia periférica y de la presión arterial.
- El 60% de los hipertensos son sal sensible y estas variaciones se deben a la heterogeneidad. Existe incremento de las concentraciones de sodio, presente en el tejido vascular y células sanguíneas de la mayoría de los hipertensos. La restricción de sal a 60-90 mgr/día puede reducir la presión arterial en la mayoría de la gente.
- Evite el colesterol y los ácidos grasos saturados (grasas animales) y cámbielos por los ácidos grasos poliinsaturados, sobre todo los omega-3 (que aparecen en los aceites vegetales como el de oliva y en el pescado). Las necesidades diarias de sal están en torno a medio gramo al día (media cucharadita), pero en nuestra dieta normal se consume ocho veces más dicha cantidad.

- Tomar una dieta pobre en sal. La sal excesiva en la dieta causa retención de líquidos y aumento de la tensión arterial. No tome los siguientes alimentos por su elevado contenido en sodio:
  - Sal de cocina de mesa.
  - Carnes saladas, ahumadas
  - Aceitunas y salazones.
  - Pescados ahumados
  - Frutos secos.
  - Moluscos y caviar.
  - Condimentos y salsas saladas
  - Caldos preparados y sopas de sobre
- Ingesta de potasio: La ingesta elevada de potasio, en la dieta, puede proteger el desarrollo de la hipertensión y mejorar el control de las cifras de presión arterial en los pacientes con hipertensión establecida. Debe mantenerse un consumo adecuado, ya que una ingesta inadecuada puede elevar las cifras de presión arterial.
- El consumo de potasio debe situarse en torno a aproximadamente de 50 ó 90 mmol al día, preferiblemente a partir de alimentos tales como fruta fresca y vegetales. Durante el tratamiento de los pacientes con diuréticos hay que vigilar la aparición de hipopotasemia y si es necesario corregir ésta en base a suplementos de potasio, sales de potasio o diuréticos ahorradores de potasio.
- Reducción del consumo de té y café: Aunque la ingesta de café puede elevar, agudamente, la presión arterial, se desarrolla rápidamente tolerancia, por lo que no parece necesario prohibir un consumo moderado.
- Consumo de frutas y verduras: El aumento en el consumo de fruta y verdura reduce, per se, la presión arterial; obteniendo un efecto adicional si se disminuye el contenido



de grasa. El consumo habitual de pescado, incorporado en una dieta de reducción de peso, puede facilitar la disminución de la presión arterial en hipertensos obesos, mejorando, además, el perfil lipídico. Por tanto, hay que recomendar una mayor ingesta de fruta, verdura y pescado, reduciendo el consumo de grasas.

- Reducción del consumo excesivo de alcohol: En la mayor parte de los estudios, se ha observado que el incremento del riesgo de padecer hipertensión arterial ocurre a partir de consumos superiores a 30 g/día de alcohol puro. La relación entre alcohol y presión arterial observa una forma en J ó U, lo que sugiere que en los no bebedores y en los bebedores que sobrepasan el umbral de 30 g de alcohol/día, la prevalencia de hipertensión arterial es mayor que en los consumidores ligeros de alcohol. Los individuos cuyo consumo de alcohol es de cinco o más bebidas estándares por día, pueden presentar una elevación de la presión arterial tras la supresión aguda de este consumo.
- Abandono del tabaco: Existe mucha controversia sobre si el tabaco presenta un efecto presor o no; en general, la mayoría de los estudios indican que en la población fumadora la prevalencia de hipertensión no es mayor que entre la no fumadora. Esta controversia puede tener su explicación en el hecho de que el tabaco es capaz de producir una respuesta presora aguda de pocos minutos de duración.
- Actividad física: Como respuesta al entrenamiento físico, en normotensos, se pueden alcanzar reducciones de presión de -4/-4 mmHg para sistólica y diastólica respectivamente, diferencia similar a la que se observa entre la población general que realiza ejercicio físico y la que no lo hace.

- Es conveniente que el ejercicio sea dinámico, prolongado y predominantemente isotónico de los grupos musculares mayores, como por ejemplo una caminata de 30 a 45 minutos a paso rápido, llevada a cabo la mayoría de los días de la semana. Se ha demostrado que el ejercicio físico ligero realizado de forma continuada es capaz de reducir la presión sistólica en casi 20 mmHg en pacientes con edades comprendidas entre los 60 y 69 años.
- Reducción de peso: El sobrepeso / obesidad se considera el factor desencadenante ambiental más importante de los que contribuyen a la aparición de hipertensión. El exceso de grasa corporal contribuye a elevar la presión arterial y esto es así desde la primera infancia. Por lo tanto, el control ponderal se considera el pilar principal del tratamiento no farmacológico y todos los pacientes con hipertensión y sobrepeso deberían iniciar un programa de reducción de peso, de forma controlada e individualizada, que conlleve una restricción calórica y un aumento de la actividad física.
- Relajación: El estrés emocional puede aumentar la tensión arterial de forma aguda, sin embargo en estudios realizados sobre terapias de relajación y Biofeedback, se ha observado que no tienen un efecto definitivo sobre el control de la presión arterial.

Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive Primer nivel de Atención.

- Realizar actividades de información, educación, y comunicación en la población general y/o con factores de riesgo cardiovascular.
- Promover los cambios de estilo de vida en personas con factores de riesgo cardiovascular.

- Realizar tamizaje de hipertensión arterial en la población.
- Identificar los factores de riesgo: según las variables de estratificación.
- Manejo integral de hipertensos no complicados (cambio de estilo de vida, participación del núcleo familiar, adherencia al tratamiento, entre otros)
- Se referirá a establecimientos de salud de mayor resolución a pacientes que presenten los siguientes problemas: Alto riesgo cardiovascular con presencia de múltiples factores de riesgo.
- Los pacientes que requieren manejo de hipertensión arterial con daño de órgano noble (hipertrofia ventricular izquierda, disfunción ventricular izquierda, insuficiencia renal crónica no terminal) serán referidos a centros de tercer nivel.
- Manejo de pacientes con complicaciones vasculares agudas (síndromes coronarios agudos, insuficiencia cardíaca descompensada, accidentes cerebro vasculares, dirección de aorta, etc.)
- Manejo de paciente con insuficiencia renal crónica terminal.
- Manejo de pacientes con hipertensión severa o refractaria al tratamiento. (41)

### **2.2.8 CONSECUENCIAS DE LA HIPERTENSION ARTERIAL**

El 50% de los hipertensos desconocen su condición, la hipertensión arterial es una enfermedad que no produce síntomas la mayoría de los pacientes ya acuden cuando ya tienen síntomas como cefalea hemorragias nasales, palpitaciones y zumbidos. (42)

Los principales factores son edad obesidad el habito de fumar, consumo de excesivo de sal y cierto factores genéticos y de personalidad como agresividad o hiperactividad. Las complicaciones son como cambios vasculares hemodinámicas como cambios estructurales adquieren importancia en el riñón y corazón.

## COMPLICACIONES RENALES

El riñón puede ser la causa de la hipertensión arterial aunque también sufre sus consecuencias. (43)

1. LA NICTURIA.- Constituye el síntoma renal más precoz de la afección renal y traduce la pérdida de la capacidad de concentración. Un incremento de la diuresis sólo se produce si se superan los límites de autorregulación, que precisamente están desplazados hacia la derecha en la hipertensión crónica. En los casos de exacerbaciones bruscas de la presión arterial se observa poliuria y nutriereis exagerada, como ocurre en la fase maligna de la hipertensión.
2. HIPERURICEMIA. Una minoría de pacientes con hipertensión esencial tiene hiperuricemia no debida a tratamiento diurético. Al parecer, es secundaria a una disminución de la excreción renal de ácido úrico y puede ser un signo temprano de afección del flujo sanguíneo (nefroangiosclerosis).
3. MICROALBUMINURIA. Es el signo más precoz de nefroangiosclerosis y constituye por sí mismo un factor de riesgo cardiovascular. Puede evolucionar a franca proteinuria y raramente a niveles de síndrome nefrótico.
4. INSUFICIENCIA RENAL. Los cambios vasculares propios de la hipertensión (hiperplasia y nefrosclerosis hialina) condicionan un aumento de la resistencia vascular renal, con disminución del flujo plasmático renal y posteriormente, debido a la autorregulación renal, del filtrado glomerular (nefroangiosclerosis hipertensiva). Los riñones suelen estar algo disminuidos de tamaño. En el paciente joven y con hipertensión de no muy larga duración, la insuficiencia renal es rara. Sin embargo, la nefroangiosclerosis es la causa de inicio de diálisis del 15-23% de los pacientes en EE. UU. Y es, después de la diabetes, la causa más frecuente de

insuficiencia renal crónica terminal. Con un buen control de la presión arterial se preserva la función renal en la mayoría de los pacientes, pero no en todos ellos. Por el contrario, en la hipertensión acelerada o maligna la gravedad de las lesiones renales y la intensidad de la hipertensión causan frecuentemente insuficiencia renal. La proteinuria puede ser intensa, aunque pocas veces supera los 5 g/día, y el sedimento urinario muestra microhematuria y/o macrohematuria, con cilindros hialinos y granulares. Por lo común, los riñones no están disminuidos de tamaño.

### **COMPLICACIONES CARDIACAS**

La hipertensión arterial duplica el riesgo de coronariopatía isquémica (incluyendo infarto agudo y muerte súbita) y triplica el riesgo de insuficiencia cardíaca congestiva. El riesgo cardiovascular del hipertenso refleja la sobrecarga vascular, más relacionada con la presión arterial sistólica en el joven y mediana edad, y con la presión del pulso en el viejo. Las secuelas cardíacas de la hipertensión son: (44)

1. **DISFUNCIÓN DIASTÓLICA** que aparece con o sin signos de hipertrofia ventricular izquierda, suele ser asintomática y requiere estudios eco cardiográfico para su diagnóstico.
2. **HIPERTROFIA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO.** El corazón, sometido a una sobrecarga de trabajo por el aumento de la presión arterial, se hipertrofia. En la hipertensión, el trabajo del corazón es superior debido a que el gasto cardíaco se mantiene a pesar del aumento de las resistencias periféricas y de la presión arterial sistémica. No obstante, en adultos normotensos, la masa ventricular izquierda está directamente relacionada con el riesgo de desarrollar hipertensión, sugiriendo que los mismos factores patogénicos de ésta pueden inducir hipertrofia ventricular. En la génesis de la hipertrofia se

hallan también implicados factores no hemodinámicos (factores de crecimiento, angiotensina II, catecolaminas, insulina, ingesta de sal, etc.). Su incidencia en hipertensos varía según el método usado para su diagnóstico.

El ECG tiene más baja sensibilidad, y el ecocardiograma sobrestima la masa ventricular izquierda comparado con la resonancia magnética. La prevalencia estimada de hipertrofia ventricular por ecocardiografía oscila entre el 50-60% de los hipertensos.

3. **FRACASO DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO.** Se debe al aumento de las resistencias periféricas hasta el punto de que no puede mantener el gasto cardíaco, a pesar del aumento de la contracción ventricular como consecuencia de la elongación de las fibras musculares. A menudo se añaden fenómenos isquémicos del miocardio que contribuyen al fallo ventricular. La insuficiencia cardíaca congestiva puede ocurrir sin evidencia previa o concomitante de insuficiencia ventricular izquierda.
4. **ISQUEMIA MIOCÁRDICA.** Ocurre por la desproporción entre la oferta y la demanda de oxígeno del miocardio. La angina de pecho es frecuente en el paciente hipertenso, debido a la coexistencia de una adenomatosis acelerada y unos requerimientos de oxígeno aumentados como consecuencia de una masa miocárdica hipertrofiada. No es raro que sea silente en pacientes hipertensos, ni que aparezca dolor anginoso con coronarias normales. La mayoría de las muertes debidas a la hipertensión son, en la actualidad, por infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca congestiva.

### **COMPLICACIONES DEL SNC**

Son las siguientes: (45)

1. **ENCEFALOPATÍA HIPERTENSIVA.** Se produce como consecuencia de una elevación de la presión arterial por encima del límite superior de autorregulación, el cual puede situarse en una presión arterial media de 150-200 mm Hg en un paciente con hipertensión de larga evolución, y en niveles inferiores en los normotensos previos. Este fracaso de la autorregulación produce en ciertas áreas vasodilatación, aumento de la permeabilidad capilar y edema. El incremento del flujo sanguíneo cerebral en algunas áreas coexiste con fenómenos de isquemia localizada, micro infartos y/o hemorragias petequiales en otras. Aunque, por definición, los signos y síntomas son transitorios si se desciende rápidamente la presión arterial a niveles de autorregulación, la falta de tratamiento puede conducir a la hemorragia cerebral. Por lo general, aunque no siempre, coexiste una retinopatía hipertensiva de grados III o IV. Infarto cerebral. La reducción de la presión arterial por debajo del límite inferior de la autorregulación cerebral, que en el hipertenso puede estar en 60 mm Hg o más de presión arterial media, es capaz de provocar una disminución del flujo sanguíneo cerebral e isquemia o infarto consiguiente. Esto puede ocurrir como consecuencia de un tratamiento hipotensor o diurético demasiado intenso. La autorregulación del flujo cerebral puede perderse después de un accidente vascular cerebral, un traumatismo craneal, un tumor o una acidosis, con lo que el peligro aumenta en tales situaciones.
2. **ANEURISMAS DE CHARCOT-BOUCHARD.** Se localizan sobre todo en las pequeñas arterias perforantes de los núcleos basales, el tálamo y la cápsula interna (el lugar más común de hemorragia cerebral). Las dilataciones aneurismáticas se deben a una degeneración hialina de la

pared. Estas lesiones no guardan relación alguna con las placas de aterosclerosis y constituyen la base anatomopatológica de la hemorragia cerebral. Su presencia y frecuencia están directamente relacionadas con la presión arterial. Ello puede evidenciarse también en normotensos a medida que aumenta la edad.

3. **INFARTOS LACUNARES.** Son pequeñas lesiones (inferiores a 4 mm de diámetro) localizadas en los ganglios basales, la protuberancia y la rama posterior de la cápsula interna; su presencia es rara en la corteza cerebral y la médula. Están causados por oclusiones trombóticas de arterias de pequeño tamaño y habitualmente se asocian a hipertensión. La sintomatología clínica es la de una isquemia vascular cerebral, que puede ser transitoria, pero en ocasiones el estado lacunar se encuentra en hipertensos con parálisis pseudobulbar y demencia.
4. **OTRAS LESIONES.** También se forman aneurismas en vasos extra cerebrales en los que se comprueba la ausencia de desarrollo de la media. Constituyen el origen de la hemorragia subaracnoidea y se hallan con una frecuencia elevada en la poliquistosis renal, la coartación.
5. **OTRAS COMPLICACIONES:** La incidencia de aneurismas de la aorta abdominal aumenta probablemente como consecuencia del incremento en la longevidad de la población. Está en relación con una presión sistólica muy elevada (mayor de 195 mm Hg) y con la aterosclerosis en otros territorios. El 80% de los pacientes con disección aórtica son hipertensos. Acostumbra a ser de la aorta descendente (distal o tipo B). No es infrecuente que pacientes hipertensos presenten claudicación intermitente, sobre todo cuando coexisten otros factores pre disponentes



de arteriosclerosis, o lesiones estenos antes en las carótidas.

### **2.2.9 ADULTO MAYOR**

Es el término nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etario que comprende personas que tienen más de 60 años de edad; por lo general se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, son los que se conocen como pertenecientes a la tercera edad o ancianos. (46)

Según la ONU (2005), las personas de 60 a 74 años son considerados de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 años se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta personas de tercera edad.

Según la OPS y OMS (2003) debe ser considerada persona adulta mayor toda aquella mayor de 60 años, al mismo tiempo establecen que se utiliza la edad de 60 años para definir a la población adulta mayor.

El envejecimiento: Es definido por el Websters New Universal Unabridged Dictionary como "la acumulación de cambios en un organismo o un objeto con el tiempo". (47)

La Enciclopedia Británica lo define como: "el cambio gradual e intrínseco en un organismo que conduce a un riesgo reciente de vulnerabilidad, pérdida de vigor, enfermedad y muerte. Tiene lugar en una célula, un órgano o en la totalidad del organismo durante el período vital completo como adulto de cualquier ser vivo".

El Oxford English Dictionary define el envejecimiento como "el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos, que supone una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta a los agentes lesivos que inciden en el individuo".

Una definición biológica del envejecimiento es "el cambio gradual en un organismo que conduce a un mayor riesgo de debilidad, enfermedad y muerte. Tiene lugar en una célula u órgano o el organismo total en el lapso de vida de un adulto o cualquier ser vivo.

Hay una disminución en las funciones biológicas y en la capacidad para adaptarse al estrés metabólico. Cambios en órganos incluyen el reemplazo de las células funcionales cardiovasculares con tejido fibroso. Efectos generales del envejecimiento incluyen inmunidad reducida, pérdida de fuerza muscular, disminución de la memoria y otros aspectos de la cognición, y la pérdida del color en el cabello y la elasticidad en la piel.

El envejecimiento puede definirse como la suma de todos los cambios que se producen en el ser humano con el paso del tiempo y que conducen a un deterioro funcional y a la muerte. Comprende aquellos cambios que se producen en cualquier célula o sistema orgánico en función del tiempo, independientemente de cualquier influencia externa o patológica como la enfermedad.

Castanedo y cols. Afirman que, el envejecimiento es el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida; es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Los cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales.

#### **2.2.10 ROL DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

La prevención de la enfermedad, es una de las cinco funciones básicas de la Salud Pública, las cuales en conjunto constituyen las etapas del proceso de Atención Integral de la Salud. Las funciones básicas de la atención de la salud de la población, de

acuerdo a la doctrina de la Salud Pública son: Promoción de la salud, protección de la salud y por último enfatizados de acuerdo a lo estudiado la Prevención de la enfermedad que son “Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas”. (48) Son en la práctica, las actividades de los servicios de salud tendientes a la prevención de las enfermedades en los individuos y en la colectividad, mediante acciones específicas como inmunizaciones, educación sanitaria, pruebas de detección, etc.

La reducción de las complicaciones cardiovasculares de la hipertensión arterial puede conseguirse mediante la prevención primaria, en particular, reduciendo la aparición de nuevos casos de hipertensión arterial, y con el tratamiento y control de las personas diagnosticadas como hipertensas. Para conseguir ambos objetivos son necesarias tanto la estrategia poblacional como la individual.

El proceso de formación profesional de enfermería está siendo, en la actualidad, intensamente afectado por los profundos cambios originados en el marco de una crisis social, política y económica que condiciona a los escenarios socio sanitarios, los sujetos involucrados en él, a las teorías, modelos y hasta las prácticas del rol profesional de enfermería por lo que puede afirmarse que actualmente enfermería está capacitada para desarrollar diferentes tareas. Es así que la formación del profesional no solo se realiza desde el asistencialismo sino que también incluye otros perfiles dentro de los cuales la prevención y la promoción de la salud cumplen un papel preponderante. (49)

El Enfermero es un profesional que ha adquirido competencia científica y técnica no solo para dar cuidado al individuo enfermo y ayudar a su contexto familiar mediante una firme actitud

humanística, ética y de responsabilidad legal; sino que también está capacitado para aplicar estrategias y cuidados de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en los tres niveles de atención. (50) La prevención en su concepción más amplia, y al entender a la salud/enfermedad como parte integrante de un proceso, es fundamentalmente una actividad destinada a los individuos o los grupos de riesgo, con el objetivo de mantener el estado de salud.

La prevención del hoy está ligada a crear un futuro más saludable, por ejemplo en lo que respecta a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la mortalidad prematura y otros muchos estudios epidemiológicos se demuestra la relación entre ciertos comportamientos individuales, como el hábito de fumar, la dieta, el sedentarismo y el consumo de alcohol con la calidad de vida. Al respecto recordamos como se ve afectada la calidad de vida en el fumador incrementándose los riesgos de enfermedades para el organismo si el inicio del consumo es a corta edad o como diversos estudios demuestran que la obesidad es un factor de riesgo para el desarrollo de cáncer de colon, de mama, de endometrio y de próstata.

Los profesionales de Enfermería son responsables de controlar la presión arterial (P.A.) en los usuarios que frecuentan las instituciones sanitarias. Por este motivo, deben tener una preparación adecuada acerca de la medida y control de la misma, y estar capacitados para poner en marcha las medidas de prevención de la hipertensión arterial (H.T.A.). (51)

Cabe recalcar el papel fundamental del enfermero dentro de la prevención primaria, ya que mediante la educación para la salud podrá intervenir en los factores de riesgo y así poder controlar precozmente, la aparición de hipertensión arterial.

El personal de Salud y en este caso especialmente la enfermera, está capacitada y encargada de abordar la prevención primaria, ya que se encuentra en contacto directo con los usuarios y sus familias y así poder afrontar la problemática planteada, que se encarga de limitar la incidencia de enfermedad mediante el control de sus causas y de los factores de riesgo como la presencia de los factores modificables; como el control de los hábitos nocivos, (52) control de consumo de grasas, control de peso adecuado, ingesta de sal, presencia de estrés, inactividad física, entre otros, en las que naturalmente se refieren a enfermedades específicas en las que de acuerdo a su historia natural existen las posibilidades de actuar en ese sentido es una estrategia dirigida a la comunidad y otra dirigida al grupo de alto riesgo.

Gracias a la educación sobre la prevención y control de la hipertensión, mediante estas acciones se incrementará la conciencia pública así como el número de educadores sobre el tratamiento y prevención de la hipertensión. Para tener éxito se tiene que educar al paciente y es la enseñanza de los factores de riesgo y la forma en que éstos se pueden modificar para la prevención de la hipertensión arterial y en algunos de los casos es el único tratamiento que se requiere. (53) Muchas modificaciones activas en la conducta pueden llevarse a cabo con un costo mínimo por el paciente y cuando se utiliza tratamiento farmacológico puede ser que se reduzca la dosis de los medicamentos empleados.

Dentro de esta función de prevención de la enfermera se recalca su intervención de comunicación, educación y desarrollo de habilidades que faciliten cambios de comportamientos individuales y colectivos con la finalidad de prevenir enfermedades cardiovasculares en una edad más avanzada.

### **2.2.11 DIMENSIONES DEL AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR**

Dentro de la capacidad de autocuidados en los adultos mayores se identifican las siguientes dimensiones:

Actividad física: Henderson, citado por García, menciona que el ejercicio y la actividad son importantes para el adulto mayor, como un medio para promover y preservar la salud. La actividad física mantenida a lo largo de la vida de forma continua, es un determinante del grado de funcionalidad física que observamos en esta etapa debido a que hay mayor tiempo libre y se puede aprovechar para leer, cultivar, coser, acudir a reuniones con amigos, vecinos o familiares. (54)

Las actividades de autocuidado en el adulto mayor relacionadas al ejercicio y la actividad física forman parte importante en la prevención primaria, debido a que el adecuado uso de los sistemas musculo esqueléticos favorece a su vez el funcionamiento cardiovascular; la movilidad es un factor importante en la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria que, a su vez, serán reflejo de la calidad de vida que cada persona desea.

Al respecto Donoso señala que un programa de acondicionamiento físico incluye actividades como aumento de la flexibilidad, fortalecimiento y resistencia cardiovascular; recomendando la natación, el baile y las caminatas; que deben durar por lo menos 30 minutos y practicarse tres veces a la semana, si es bien tolerado. (55)

En el adulto mayor la movilidad y funcionalidad está determinada por los cambios propios de la edad, estilos de vida actividad física, sedentarismo, nutrición, enfermedades y estereotipos negativos. El ejercicio físico es importante para todas las edades, incluso para las personas con enfermedades crónicas, porque la vida sedentaria puede conducir a la muerte por anulación de la función, acelerando el envejecimiento, constituyéndose en un

factor de riesgo de morbilidad y mortalidad por lo que es básico realizar ejercicios diariamente por los beneficios físicos como psicosociales sobre la salud. (56)

En el proceso de envejecimiento normal se producen cambios tanto en los músculos, huesos y las superficies articulares las que no se adaptan a los cambios provocando alteraciones en los cartílagos que contribuye para que los adultos mayores empiecen a disminuir la actividad física y la marcha. (57)

Dentro de la actividad física se consideran las actividades como nadar, correr, hacer ciclismo, ir al gimnasio u otros, los que al practicarlos favorecen para la conservación de la salud de las personas y para una mejor integración, autonomía e independencia del adulto mayor.

Alimentación: La alimentación es un proceso fisiológico importante en todas las edades, es un proceso básico del que depende la nutrición del cuerpo por lo que es necesario ingerir una variedad de alimentos y bebidas con un adecuado contenido de nutrientes para promover y mantener la salud, retrasando algunos cambios del envejecimiento y por ende disminuyendo la frecuencia de las enfermedades.

El adulto mayor en el cuidado de su alimentación debe tener una alimentación sana, balanceada, mantener un horario estable, consumir frecuentemente agua, evitar frituras, cambios bruscos y temperaturas extremas al ingerir los alimentos (muy caliente o muy frío), siendo importante que participen y disfruten de la alimentación y al mismo tiempo fomenten la comunicación familiar.

Eliminación: La eliminación vesical e intestinal es otro de los aspectos importantes que el adulto mayor debe tener en cuenta en su autocuidado, para estar alerta a cualquier alteración de estas funciones que perjudican su salud, para ello debe organizar

el horario de eliminación urinaria, por la mañana, después de las comidas, antes de acostarse y después del ejercicio. (58)

Las percepciones del adulto mayor sobre una función intestinal normal pueden variar, pues algunos adultos mayores creen que si no tienen una defecación diaria están estreñidos; pues la eliminación intestinal normal puede variar desde tres movimientos por semana, algunos adultos mayores se auto medica innecesariamente, por lo que es importante que valoren la frecuencia y características de las heces, el empleo de laxantes, la dieta, los líquidos ingeridos y la actividad física.

escanso y sueño: Los cambios que ocurren en el organismo con el envejecimiento involucran el ritmo vigilia – sueño o “reloj biológico”; conforme las personas envejecen la estructura del sueño se modifica con una tendencia a tener un sueño más fragmentado con múltiples despertares y un aumento del tiempo del sueño liviano, como resultado de alteraciones o modificaciones hormonales que ocasionan cambios en las distintas etapas del sueño.

Por lo general, el adulto mayor suele demorar más tiempo en iniciar el sueño, siendo la conciliación del sueño más temprana y se despiertan más fácilmente; otra de las modificaciones que ocurren en la vejez es el sueño profundo o reparador que disminuye aumentando el número de siestas compensatorias.

Higiene y confort: El aseo y confort de un adulto mayor, se define como el conjunto de actividades dirigidas a proporcionar al aseo personal y comodidad del paciente; incluye los procedimientos de higiene y limpieza corporal y de mucosas externas; favoreciendo la salud general del individuo. Al no poder realizarlo por sí sólo, disminuye su autoestima, su pudor, disminuyendo su comodidad y confort.



En su autocuidado el adulto mayor debe valorar y establecer horarios (diurno, nocturno) para realizar la higiene o el baño, en el cual debe utilizar jabones que no resequen su piel, así como el correcto uso de la toalla para el secado de las partes del cuerpo.  
(59)

**Medicación:** El adulto mayor en su autocuidado tiene la capacidad y responsabilidad de seguir con su tratamiento ya establecido, debe estar claro con respecto ya que tiene efectos negativos en el proceso de conservar la salud. Las personas mayores son, por lo general, más sensibles a los fármacos y necesitan dosis diferentes; una buena comunicación con una explicación clara resulta útil para asegurar que cumpla fielmente y no altere la dosis del fármaco por su cuenta para disminuir los efectos secundarios. Las personas de la tercera edad que asumen la posibilidad de vigilar los efectos positivos y negativos del tratamiento, y de discutirlos con su médico, farmacéutico o enfermero (a) antes de tomar la decisión de modificar o suspender el tratamiento por su cuenta tienen más probabilidades de obtener mejores resultados.

**Control del estado de salud:** El adulto mayor participa en la planificación de su propia asistencia sanitaria; ya que el envejecimiento es un proceso fisiológico natural, que se inicia desde que se nace y se mantiene a lo largo del ciclo de la vida; la mala salud no es consecuencia del envejecimiento sino que está relacionada con factores de riesgo modificables como: nutrición inadecuada, poca actividad física, fumar y no hacerse exámenes médico y de tamizaje preventivos: autoexamen de mamas, control de peso, control de glucosa, inspección de la boca, medición de temperatura entre otros.

La mayoría de las autoridades sanitarias recomiendan un examen periódico a la personas adultas mayores al menos una vez al año, aunque la frecuencia de esta se reajustará según el grado de vulnerabilidad y salud del adulto mayor.

## **2.2.12 TEORIAS DE ENFERMERIA**

### **Según Dorothea Orem**

Para Dorothea Orem su teoría demuestra, cuando las capacidad desde de una persona son inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades de autocuidado, la enfermera debe proponer, diseñar, aplicar y poner en práctica acciones que compensen las limitaciones del individuo. Adición a esta teoría permite un abordar de forma integral del individuo en función de situar los cuidados básicos como centro de ayuda al ser humano a vivir feliz durante la enfermedad o la muerte. (60)

Orem Dorothea, sugiere que enfermería es una acción humana que está vinculada a sistemas de acción formados por enfermeras, a través de su ejercicio profesional ante personas con limitaciones de la salud. Para ello el autocuidado es el medio que fomenta al máximo, en que las personas asuman la responsabilidad de su propio cuidado para alcanzar y mantener un estado adecuado de salud y bienestar. Además el autocuidado puede considerarse como un complemento de los servicios de salud ofrecidos por los profesionales, donde se comparte la responsabilidad con el usuario, como herramienta útil para la promoción de salud y prevención de eventos coronarios como el infarto agudo de miocardio y la angina de pecho y/o evento cerebro vascular, situaciones de alteraciones de la salud que genera deterioro de la calidad de vida, que conllevan a un alto costo tanto económico como social.

Por otro lado, el autocuidado por ser un tema que concierne al ser humano en general, han retomado fuerza en la sociedad actual, que incentiva a la enfermera a fortalecer y crear aportes investigativos frente al tema, a buscar la validación de conceptos

y de hallazgos investigativos dentro de la teoría de déficit de autocuidado de la enfermería Dorotea Orem.

Por ello, dicha teoría de Dorotea Orem se menciona los sistemas de enfermería: El sistema de enfermería parcialmente compensador, es donde el paciente, tanto como la enfermera participan en los cuidados de higiene o en otras técnicas de cuidado que sean necesarias. La distribución de responsabilidades entre las dos personas varían, siendo diferente en cada situación según las limitaciones físicas o psíquicas del paciente, los conocimientos y las capacidades científicas y técnicas requeridas y la preparación psicológica del paciente para aprender y realizar determinadas tareas; este sistema de enfermería sería apropiado cuando el paciente tiene un déficit de conocimientos y/o habilidades que impiden la satisfacción de todas las demandas de autocuidado, y el sistema de enfermería de apoyo es a utilizar como prioridad mediante un enfoque para ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperación de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad”.

El cuidado del adulto hipertenso implica la necesidad de educación basado en un programa, que aportara conocimientos y destrezas que le permitan participar en su cambio de estilo de vida y su mejoría en su salud; basado no solo en la terapéutica médica, sino también en su autocuidado, contando con el apoyo del profesional de la salud como enfermería, nutricionista, médico general.

**Según Madeleine Leininger:**

La teoría de Leininger se basa en las disciplinas de la antropología y de la enfermería. Ha definido la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad y el modo de conducta. El propósito de la teoría era describir las particularidades y las universalidades de los cuidados humanos según la visión del mundo, la estructura social y así poder descubrir formas de proporcionar cuidados culturalmente congruentes a personas de culturas diferentes o similares para mantener o recuperar su bienestar, salud o afrontamiento con la muerte de una manera culturalmente adecuada como se menciona. (61)

El objetivo de la teoría es mejorar y proporcionar cuidados culturalmente congruentes a las personas que les sean beneficiosas, se adapten a ellas y sean útiles a las formas de vida saludables del cliente, la familia o el grupo cultural. La teoría de Leininger afirma que la cultura y el cuidado son medios más amplios y holísticos para conceptualizar y entender a las personas, este saber es imprescindible para la formación y las prácticas enfermeras.

Considerando lo mencionado, podemos decir que estas teorías están relacionadas con el tema a investigar.

### **2.3 DEFINICION DE TERMINOS**

#### **Conocimiento:**

Es toda aquella información que refiere poseer la madre del niño en edad preescolar en este caso sobre el estudio basado en la lonchera saludable,

el cual será obtenido mediante la aplicación de un cuestionario y valorado en prácticas adecuadas e inadecuadas.

### **Hipertensión Arterial**

Elevación anormal de la presión arterial sistólica y/o diastólica. Se consideran cifras patológicas a la presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg y la presión arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg.

### **Autocuidado**

Es la práctica de actividades que los individuos realizan en favor de sí mismo para mantener la vida, la salud y el bienestar.

### **Tercera edad**

Entendemos por tercera edad el grupo de personas mayores o ancianas.

### **Vejez**

Es un proceso fisiológico de todo ser humano, donde se producen cambios físicos así como psicológicos y sociales. El envejecer es un proceso dinámico, gradual, natural e inevitable

## **2.4 HIPOTESIS**

**H<sub>1</sub>** = Si existe conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018.

**H<sub>0</sub>** = No existe conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018.

## 2.5 VARIABLES

**Variable Independiente** = Conocimiento de adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018.

**Variable dependiente** = autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018.

### 2.5.3 Definición conceptual de la variable

- **Conocimiento sobre autocuidado de hipertensión arterial**  
Hechos o información adquiridos por una persona a través de la experiencia o la educación, la comprensión teórica o práctica de un asunto referente a la realidad.

### 2.5.4 Definición operacional de la variable

- **Conocimiento sobre autocuidado de hipertensión arterial según adultos mayores**  
Información obtenida del conocimiento que manejan los adultos mayores sobre la prevención de la hipertensión arterial la cual será medida a través de un cuestionario.

### 2.5.5 Operacionalización de la variable

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Conocimiento sobre autocuidado de hipertensión arterial según adultos mayores</p>	<p>Alimentación, manejo y control de la hipertensión arterial</p>	<p>-Tipo de alimentación que ingiere:            -Vegetales, Frutas, carnes, ingesta de sodio, grasa, Sustancias nocivas. Control de peso, Control de P.A, - Control de glucosa, Nutrición, Control médico, Medicación, Horario, dosis, efectos colaterales.</p>
	<p>Actividad física y recreación</p>	<p>-Técnicas de relajación, Paseos, Caminatas, Ejercicios, Natación, Baile.</p>
	<p>Descanso y sueño</p>	<p>-Horario, Tiempo de sueño, Tipo de sueño, Número de siestas.</p>
	<p>Adicciones y hábitos nocivos</p>	<p>-Consumo de bebidas alcohólicas, Tabaquismo</p>

## **CAPITULO III: METODOLOGIA**

### **3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION**

El presente estudio es básica, ya que busca el progreso científico, acrecentar los conocimientos teóricos, sin interesarse directamente en sus posibles aplicaciones o consecuencias prácticas; es más formal y persigue las generalizaciones con vistas al desarrollo de una teoría basada en principios y leyes, De nivel descriptivo, porque busca especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, etc.

De enfoque cuantitativo, porque se fundamenta en el método hipotético deductivo. Mide las variables en un contexto determinado, analiza las mediciones, y establece conclusiones. Utiliza medición numérica, conteo, y estadística, encuestas, experimentación, patrones, recolección de datos.

### **3.2. DESCRIPCION DEL AMBITO DE LA INVESTIGACION**

La presente investigación se realizó en el Hospital II E., ubicado en la calle Pajaten 434, distrito La Banda de Shilcayo, provincia San Martín,



Departamento Tarapoto, cuenta con los servicios de Medicina General, Control de Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones, Nutrición, Psicología, Planificación Familiar y Consultorio Obstétrico, Laboratorio Clínico, Farmacia y otros. El personal que labora en el Centro Médico está constituido por médicos especialistas en cada uno de los servicios mencionados, cuatro enfermeras, un nutricionista, un psicólogo, personal técnico; así como personal administrativo de mantenimiento y de vigilancia. Tiene un programa para adultos con Hipertensión arterial, El horario de atención del Centro de Médico es de lunes a domingos las 24 horas.

### **3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.3.1. Población**

La población total del estudio estuvo conformada por 31 adultos mayores que acuden al programa del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018

#### **3.3.2. Muestra**

La muestra es censal poblacional, donde se selecciona el total de las unidades de población, la cual posee una característica en común, que estudia y da origen a los datos que requiere la investigación.

##### **Criterio de inclusión**

- Adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al programa del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018.
- Adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al programa del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018, que sepan leer y escribir.

- Adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al programa del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018, que deseen participar en la investigación.

#### **Criterios de Exclusión**

- Adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al programa del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018.
- Adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al programa del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018, que sepan leer y escribir.
- Adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al programa del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018, que deseen participar en la investigación.

### **3.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS**

La técnica empleada en la investigación es la Encuesta, por ser la más adecuada para cumplir con el objetivo de estudio y obtener información. Como instrumento un Cuestionario que consta de 28 ítems, introducción datos generales, selección de información específica que explora las variables.

#### **En la primera parte**

Está dirigida a indagar información sobre las características demográficas de la población de estudio, donde se incluye lo siguiente: Sexo, edad, grado de escolaridad, estado civil, procedencia. Distribuido en 5 ítems.

#### **En la Segunda parte**

La encuesta propiamente dicha, estará dividido en donde se considera la medición del nivel de conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial por el adulto mayor hipertenso. Esta se realizará tomando como

referencia el cuestionario realizado por el Br. Valerin Chuquizuta Lenin, en su trabajo de investigación: Autocuidado de los adultos mayores hipertensos del Programa de Adultos Mayores Hipertensos. Hospital Regional Virgen de Fátima. Chachapoyas - 2014. El instrumento será modificado por el autor de la presente investigación. Estará estructurado en 28 ítems, redactado en forma de preguntas cerradas tipo Likert de opción múltiple de acuerdo a las dimensiones de la variable, teniendo los siguientes atributos:

- Siempre = 3 puntos
- A veces = 2 puntos
- Nunca = 1 punto

Los resultados serán analizados teniendo en cuenta la siguiente escala.

<b>Escala General medición</b>	
Nivel alto de conocimiento	[57-84]
Nivel medio de conocimiento	[29-56]
Nivel bajo de conocimiento	[1 -28]
<b>Total</b>	<b>84 Puntos</b>

### **3.5. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO**

La validez hace referencia a la capacidad de un instrumento de medición para cuantificar de forma significativa y adecuada; la validez del instrumento se determinó mediante Juicio de Expertos, participaron 7 profesionales de enfermería con experiencia en las variables a investigar, cuyos resultados fueron procesados y analizados con la prueba binomial, donde obtuvieron un valor de  $8.470329 > VT$ , que indica que el instrumento de investigación es adecuado.

La confiabilidad del instrumento fue realizado aplicando al 10% de la muestra, equivalente a 5 adultos mayores hipertensos, esta información fue procesada por la técnica estadística Splith Halves, donde obtuvieron un resultado de 0.62 y con la fórmula de Spearman Brown un valor de 0.76, lo que indica que el instrumento posee una fuerte confiabilidad.

### **3.6. PLAN DE RECOLECCION Y PROCESAMIENTO DE DATOS**

La recolección de datos se llevó a cabo en el Hospital II – E de La Banda de Shilcayo, previa realización de trámites administrativos para obtener la autorización respectiva del médico jefe del Hospital, por lo que se remitió una carta de presentación emitida por la Directora de Escuela de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, la Dra. Fernanda Gallegos. El instrumento será aplicado aproximadamente en 30 minutos por cada entrevistada.

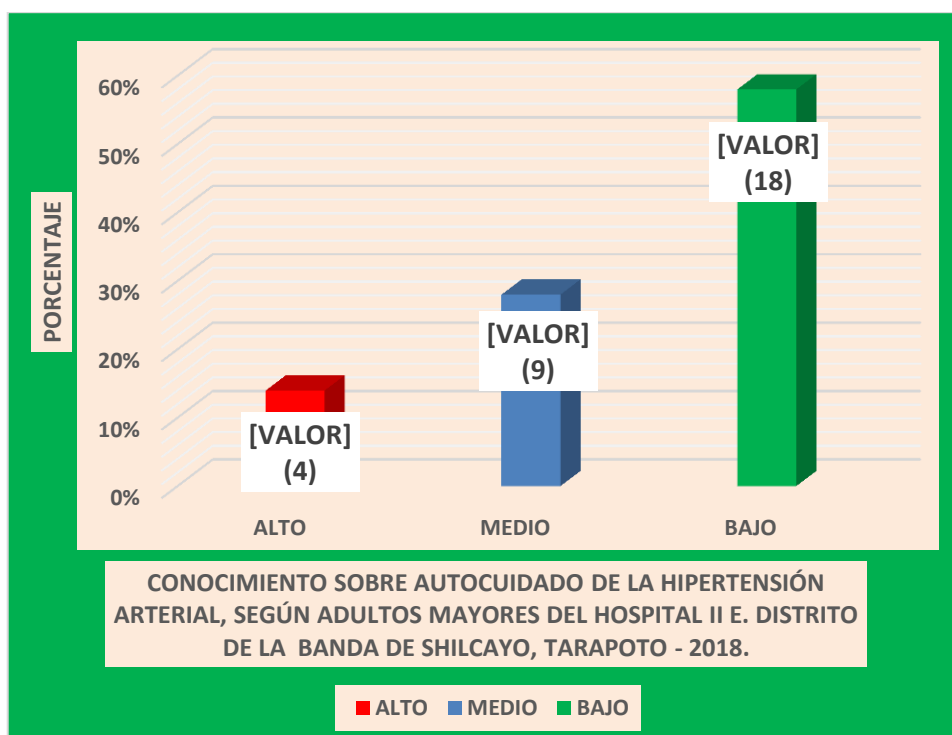
Previo a la aplicación de la encuesta se les explico el propósito de la investigación, y a su vez se les solicito su participación voluntaria, indicándoles la importancia de ello. Se les indicó también que para acceder a contestar las preguntas de la encuesta tendrán que firmar un documento llamado consentimiento informado asegurándoles que la información vertida por cada uno de ellos/ellas es confidencial, respetando el anonimato. Al finalizar su participación se les manifestó el agradecimiento respetivo.

Los datos recolectados se tabularon manualmente mediante el programa estadístico SPSS 20, para que puedan ser presentados a través de tablas y gráficos con sus respectivos análisis.

## CAPITULO IV: RESULTADOS

### GRAFICA 1

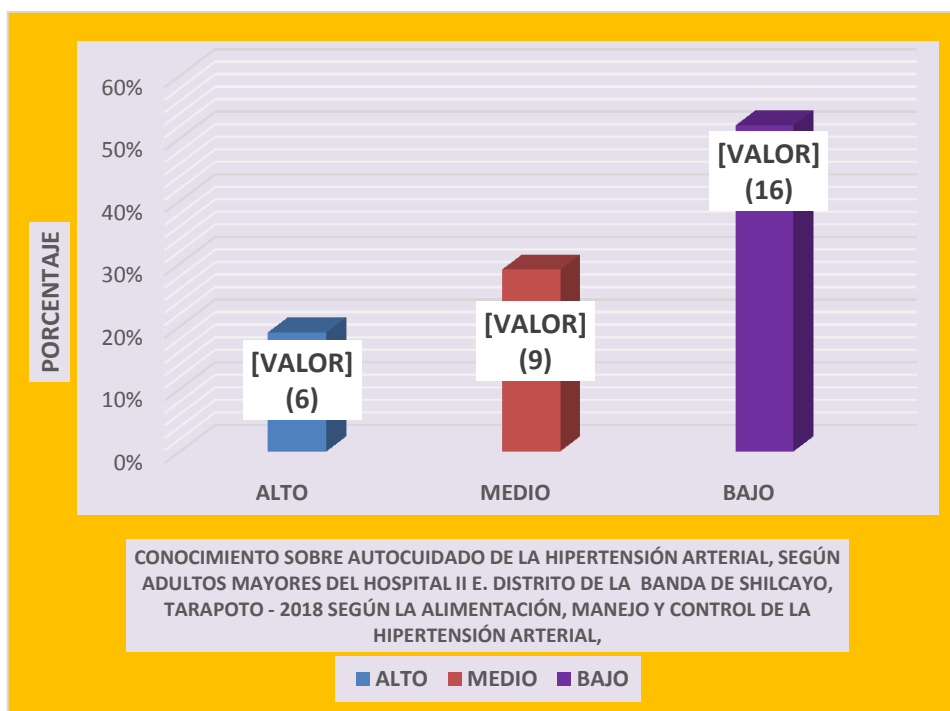
#### CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, SEGÚN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL II E. DISTRITO DE LA BANDA DE SHILCAYO, TARAPOTO - 2018.



#### COMENTARIO DE LA GRAFICA 1:

El nivel de Conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del hospital II E. Distrito de la Banda de Shilcayo, Tarapoto, en mayor porcentaje es Bajo en un 59%(18), seguido del nivel Medio en un 28%(9) y en menor porcentaje de nivel Alto en un 14%(4).

**GRAFICA 2**  
**CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO DE LA HIPERTENSIÓN**  
**ARTERIAL, SEGÚN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL II E. DISTRITO**  
**DE LA BANDA DE SHILCAYO, TARAPOTO - 2018, SEGÚN LA**  
**ALIMENTACIÓN, MANEJO Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.**

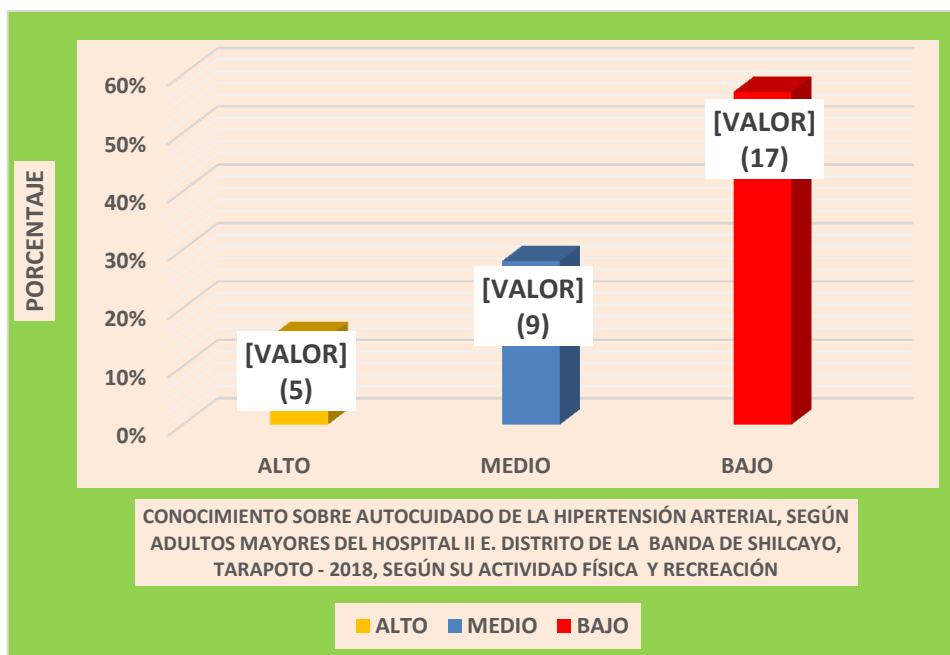


**COMENTARIO DE LA GRAFICA 2:**

El nivel de Conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del hospital II E. Distrito de la Banda de Shilcayo, Tarapoto, en Alimentación, manejo y control de la Hipertensión Arterial, en mayor porcentaje es Bajo en un 52%(16), seguido del nivel Medio en un 29%(9) y en menor porcentaje de nivel Alto en un 19%(6).

### GRAFICA 3

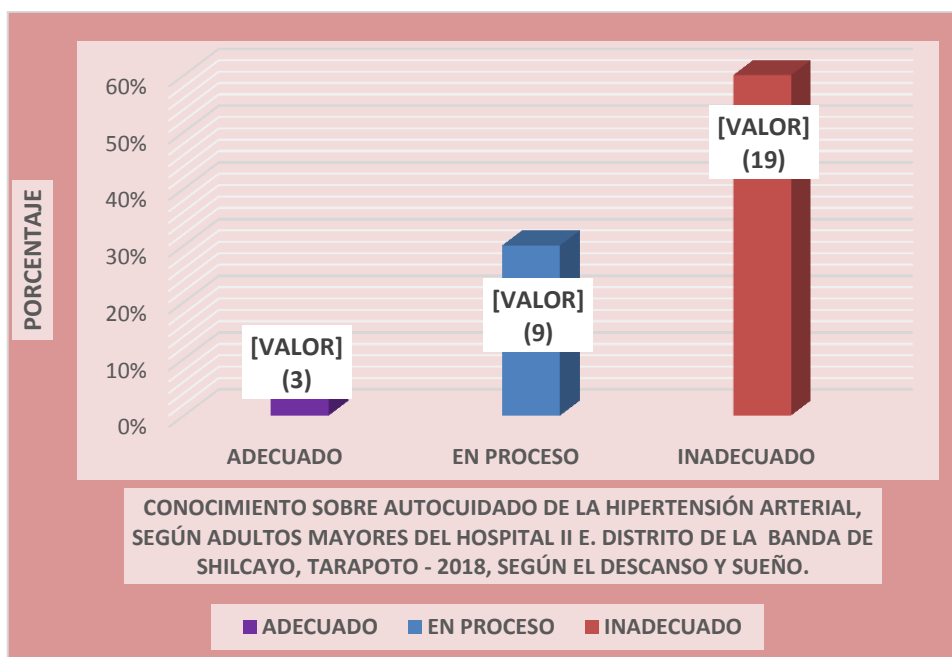
#### CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL, SEGÚN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL II E. DISTRITO DE LA BANDA DE SHILCAYO, TARAPOTO - 2018, SEGÚN SU ACTIVIDAD FÍSICA Y RECREACIÓN.



#### COMENTARIO DE LA GRAFICA 3:

El nivel de Conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del hospital II E. Distrito de la Banda de Shilcayo, Tarapoto, en Alimentación, manejo y control de la Hipertensión Arterial, en actividad física y recreación, en mayor porcentaje es Bajo en un 57%(17), seguido del nivel Medio en un 28%(9) y en menor porcentaje de nivel Alto en un 15%(5).

**GRAFICA 4**  
**CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO DE LA HIPERTENSIÓN**  
**ARTERIAL, SEGÚN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL II E. DISTRITO**  
**DE LA BANDA DE SHILCAYO, TARAPOTO - 2018, SEGÚN EL DESCANSO**  
**Y SUEÑO.**

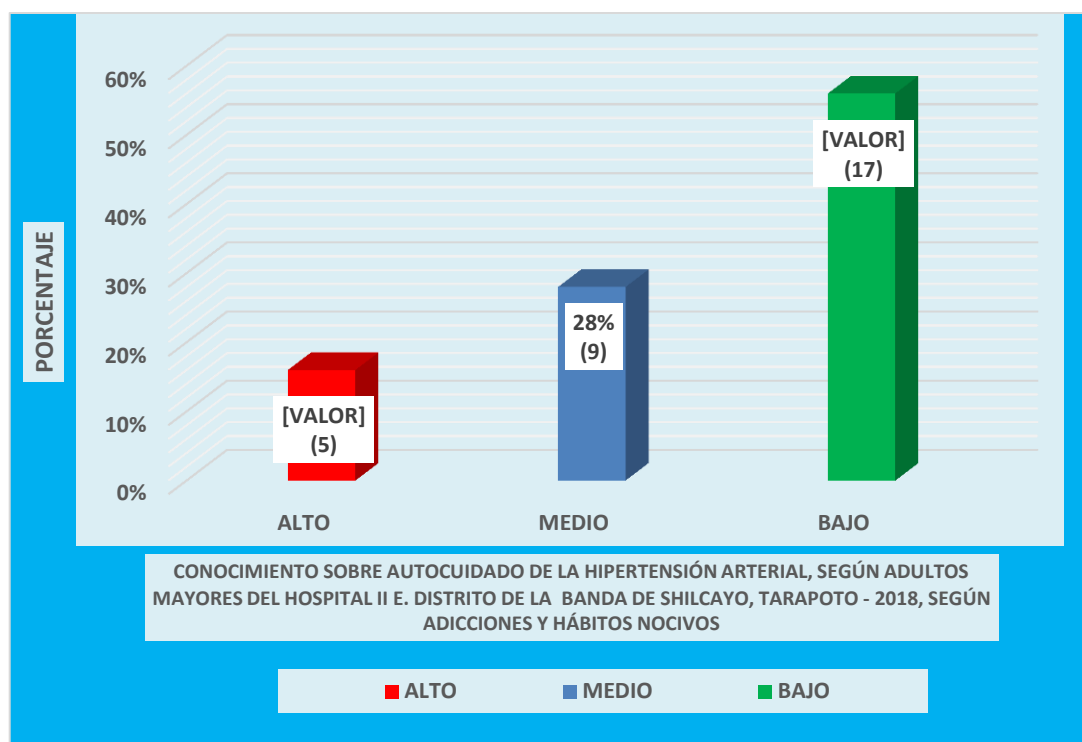


**COMENTARIO DE LA GRAFICA 4:**

El nivel de Conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del hospital II E. Distrito de la Banda de Shilcayo, Tarapoto, en Alimentación, manejo y control de la Hipertensión Arterial, en descanso y sueño, en mayor porcentaje es Bajo en un 60%(19), seguido del nivel Medio en un 30%(9) y en menor porcentaje de nivel Alto en un 10%(3).



**GRAFICA 5**  
**CONOCIMIENTO SOBRE AUTOCUIDADO DE LA HIPERTENSIÓN**  
**ARTERIAL, SEGÚN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL II E. DISTRITO**  
**DE LA BANDA DE SHILCAYO, TARAPOTO - 2018, SEGÚN ADICCIONES Y**  
**HÁBITOS NOCIVOS.**



**COMENTARIO DE LA GRAFICA 5:**

El nivel de Conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del hospital II E. Distrito de la Banda de Shilcayo, Tarapoto, en Alimentación, manejo y control de la Hipertensión Arterial, en adicciones y hábitos nocivos, en mayor porcentaje es Bajo en un 56%(17), seguido del nivel Medio en un 28%(9) y en menor porcentaje de nivel Alto en un 16%(5).

## PRUEBA DE HIPOTESIS

### Prueba de la Hipótesis General:

**H<sub>1</sub>** = El nivel de conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto – 2018, es Bajo.

**H<sub>0</sub>** = El nivel de conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto – 2018, no es Bajo.

Ha ≠ Ho

α=0,05 (5%)

Tabla 1: Prueba de la Hipótesis General mediante el Chi Cuadrado (X<sup>2</sup>)

	<b>ALTO</b>	<b>MEDIO</b>	<b>BAJO</b>	<b>TOTAL</b>
Observadas	4	9	18	31
Esperadas	10	10	11	
(O-E) <sup>2</sup>	36	1	49	
(O-E) <sup>2</sup> /E	3,6	0,1	4,9	8,6

**FUENTE;** *Elaboración propia*

### COMENTARIO DE LA TABLA 1

El valor obtenido del Chi Cuadrado Calculado (X<sub>C</sub><sup>2</sup>) es de 8,6; siendo el valor obtenido del Chi Cuadrado de Tabla (X<sub>T</sub><sup>2</sup>) de 5,53; como el Chi Cuadrado de Tabla es menor que el Chi Cuadrado Calculado (X<sub>T</sub><sup>2</sup> < X<sub>C</sub><sup>2</sup>), entonces se rechaza la Hipótesis Nula (Ho) y se acepta la Hipótesis Alterna (Ha), con un nivel de significancia de p<0,05.

Siendo cierto que: El nivel de conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto – 2018, es Bajo.

## **DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

### **OBJETIVO GENERAL**

En relación al Objetivo General, se buscó determinar el nivel de Conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del hospital II E. Distrito de la Banda de Shilcayo, Tarapoto, en mayor porcentaje es Bajo en un 59%(18), seguido del nivel Medio en un 28%(9) y en menor porcentaje de nivel Alto en un 14%(4). Coincidiendo con PÉREZ Pupo, Randy David y colegas, (2015). Concluyeron lo siguiente: *“La hipertensión predominó en los mayores 65 años sin diferencias de género. La mayoría de los pacientes precisaron los principales factores de riesgo de HTA, cumplieron el tratamiento prescrito y las medidas básicas de control de esta enfermedad”* .

### **OBJETIVO ESPECIFICO 1**

En relación al Objetivo específico uno, se buscó determinar el nivel de Conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del hospital II E. Distrito de la Banda de Shilcayo, Tarapoto, en Alimentación, manejo y control de la Hipertensión Arterial, en mayor porcentaje es Bajo en un 52%(16), seguido del nivel Medio en un 29%(6) y en menor porcentaje de nivel Alto en un 19%(6). Coincidiendo con VANEGAS BRAVO, Diego Mateo, (2014), Se concluyó lo siguiente: *“La intervención educativa sobre Hipertensión arterial generó un impacto significativo dentro de la comunidad de Tayuza”*.

### **OBJETIVO ESPECIFICO 2**

En relación al Objetivo específico dos, se buscó determinar el nivel de Conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del hospital II E. Distrito de la Banda de Shilcayo, Tarapoto, en Alimentación, manejo y control de la Hipertensión Arterial, en actividad física y recreación, en mayor porcentaje es Bajo en un 57%(17), seguido del nivel Medio en un 28%(9) y en menor porcentaje de nivel Alto en un 15%(5). Coincidiendo con MEDINA Gustavino María del Carmen y colegas; (2015); Se concluyó lo siguiente: *“Por este motivo 58% se deprimen con frecuencia y se*

*sienten solos, como principal afectación psicológica de la muestra seleccionada, generándose las siguientes prácticas de las personas de la tercera edad; 38% nunca realizan actividad física, 44% no se asean todos los días, 14% no se lavan los dientes todos los días, solo 24% visitaron el centro de salud y odontológico con frecuencia, 20% siempre acuden a establecimientos de recreación y 14% se cortó las uñas con frecuencia; por estas razones se planteó como propuesta la planificación y ejecución de un programa educativo a favor de las personas de la tercera edad, con el objeto de mejorar los hábitos alimenticios, de actividad física, del aseo y la visita al establecimiento de salud.*

### **OBJETIVO ESPECIFICO 3**

En relación al Objetivo específico tres, se buscó determinar el nivel de Conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del hospital II E. Distrito de la Banda de Shilcayo, Tarapoto, en Alimentación, manejo y control de la Hipertensión Arterial, en descanso y sueño, en mayor porcentaje es Bajo en un 60%(19), seguido del nivel Medio en un 30%(9) y en menor porcentaje de nivel Alto en un 10%(3). Coincidiendo con ROJAS Delgado Yodely del Rocío, (2018). Se concluyó lo siguiente: *“La mayoría de los pacientes presentaron una capacidad de agencia de autocuidado medio; seguido de la capacidad de agencia de autocuidado bajo y la menor capacidad de agencia de autocuidado fue alta”*. Coincidiendo además con TAFUR Paredes, C y colegas; (2017). Se concluye lo siguiente: *“Que se acepta la hipótesis planteada, es decir existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado sobre hipertensión arterial en adultos mayores del Centro de Atención del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto, 2017”*.

### **OBJETIVO ESPECIFICO 4**

En relación al Objetivo específico cuatro, se buscó determinar El nivel de Conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos

mayores del hospital II E. Distrito de la Banda de Shilcayo, Tarapoto, en Alimentación, manejo y control de la Hipertensión Arterial, en adicciones y hábitos nocivos, en mayor porcentaje es Bajo en un 56%(17), seguido del nivel Medio en un 28%(9) y en menor porcentaje de nivel Alto en un 16%(5). Coincidiendo con QUISPE Camaza María Soledad, (2016). Concluyo:“*Los conocimientos sobre autocuidado en el adulto mayor hipertenso que asiste al consultorio de cardiología del Hospital Honorio Delgado Espinoza, es Bajo. Estos niveles de conocimiento se presentan según las respuestas indicadas; desconocen qué es la hipertensión arterial, así mismo desconocen cuál es el valor normal de la presión arterial, también desconocen cuáles son los síntomas de la hipertensión arterial y cada cuánto tiempo debe controlar su presión. Asimismo desconocen los alimentos que contienen mucha sal y qué cantidad de sal debe consumir diariamente, además qué verduras y frutas son recomendables, Los alimentos que contienen grasas dañinas, Con qué frecuencia y por cuánto tiempo se debe realizar caminatas. Se comprobó estadísticamente mediante el Chi Cuadrado con un valor de 21,3 y un nivel de significancia de valor  $p < 0,05$ .*”

## **CONCLUSIONES**

### **PRIMERO**

La presente investigación tiene como título: El nivel de conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto – 2018, encontrando que en mayor porcentaje es del nivel Bajo, comprobado estadísticamente mediante el Chi Cuadrado con un valor de 8,6 y un nivel de significancia de valor  $p < 0,05$ .

### **SEGUNDO**

Con respecto a la dimensión en Alimentación, manejo y control de la Hipertensión Arterial, encontrando que el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial es bajo.

### **TERCERO**

Con respecto a la dimensión en actividad física y recreación, encontrando que el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial es bajo.

### **CUARTO**

Con respecto a la dimensión en descanso y sueño, encontrando que el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial es bajo.

### **QUINTO**

Con respecto a la dimensión en adicciones y hábitos nocivos, encontrando que el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial es bajo.

## **RECOMENDACIONES**

### **PRIMERO**

Realizar capacitación sistemática en el caso de los profesionales de enfermería para mejorar su información y conocimiento sobre la atención en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial, permitiendo esto además mejorar los estilos de vida saludables para ellos.

### **SEGUNDO**

Realizar charlas a los adultos mayores con hipertensión arterial que asisten al Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto, para que tengan una mayor información sobre el control y autocontrol de la hipertensión arterial.

### **TERCERO**

Promover actividades socioculturales y recreativas en el adulto mayor con hipertensión arterial que asisten al Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto, realizando actividades como juegos de mesa, dramatizaciones y teatro, tai chi, caminatas y visitas de interés.

### **CUARTO**

Promover un calendario u horario de las actividades diarias y cotidianas que deben de realizar los adultos mayores con hipertensión arterial, teniendo en cuenta dentro de ello el sueño y descanso reparador.

### **QUINTO**

Incentivar los estilos de vida saludable, con calidad de vida, desechando los hábitos nocivos que causan prejuicios en la salud de los adultos mayores con hipertensión arterial desechando el habito de fumar, consumir alcohol y drogas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Camps Calzadilla E. Características antropométricas, funcionales y nutricionales de los centenarios cubanos. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2012. Citado en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2015/mul154c.pdf>.
2. Gordon Guajan Mariana Estefania y et, al. Hipertensión arterial relacionada con el estilo de vida en los pacientes que acuden al centro de Salud tipo A Pujilí en el periodo julio - diciembre 2014. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec:8080/bitstream/25000/5133/1/T-UC-0006-010.pdf>
3. Aguado- Fabián Emma y et, al. Asociación entre conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos, consultorio de cardiología, Hospital Nacional. Lima - 2014. Disponible en: <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2014/julio/Especial%204-7-2.pdf>
4. Salazar Cáceres, Pedro Martín. Hipertensión en el adulto mayor. Rev Med Hered vol. 27 No.1 Lima - 2016. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2016000100010](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2016000100010)
5. Perú informa. En el Perú el 25% de la población adulta padece hipertensión arterial - 2018. Disponible en: <http://www.peruinforma.com/peru-25-la-poblacion-adulta-padece-hipertension-arterial/>



6. Salazar Cáceres, Pedro Martín y et, al. Hipertensión en el adulto mayor. Lima - 2016 Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v27n1/a10v27n1.pdf>
7. El comercio. Hay más casos de hipertensión arterial en lima, Lambayeque, Callao y Piura. (2012). Disponible en: <http://archivo.elcomercio.pe/amp/sociedad/lima/hay-mas-casos-hipertension-arterial-lima-lambayeque-callao-piura-noticia-1415455>
8. Perú Informa. En el Perú el 25% de la población adulta padece hipertensión arterial. (2018) Disponible en: <http://www.peruinforma.com/peru-25-la-poblacion-adulta-padece-hipertension-arterial/>.
9. Vasquez Pérez, María E. Intervención educativa de Enfermería para el fortalecimiento del autocuidado del adulto mayor hipertenso. (2012). Disponible en: [file:///C:/Users/Lic\\_Meybol/Downloads/Dialnet-IntervencionEducativaDeEnfermeriaParaElFortalecimi-4031437.pdf](file:///C:/Users/Lic_Meybol/Downloads/Dialnet-IntervencionEducativaDeEnfermeriaParaElFortalecimi-4031437.pdf)
10. OMS. Día Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión arterial en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial; 2013. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf)
11. Espinoza Fritas, Susan Graciela. Nivel de conocimiento sobre el autocuidado en el paciente con enfermedad hipertensiva del consultorio externo de cardiología de un hospital nivel iii - Minsa” Lima - 2016.

12. Pérez Pupo, Randy David y colegas, "Nivel de conocimientos, sobre hipertensión arterial, de pacientes atendidos en un Centro de Diagnóstico Integral de Venezuela" Venezuela – 2015
13. Vanegas bravo, Diego Mateo, "Conocimientos y prácticas en hipertensión arterial en personas que acuden al Sub Centro de Salud Rural Tayuza-Morona Santiago" Ecuador – 2014.
14. Medina Gustavino María del Carmen y colegas; "Conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes que asisten al Club de Adulto Mayor Francisco Jacome" Ecuador – 2015.
15. Rojas Delgado Yodely Del Rocío, "Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial que acuden a consultorios externos del Centro de Salud Materno Infantil Perú Corea Pachacutec. Ventanilla", Callao – 2018.
16. Tafur Paredes, C y colegas; "Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado del adulto mayor hipertenso, del Centro de Atención del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto, Iquitos" Iquitos – 2017.
17. Quispe Canaza María Soledad, "Conocimiento sobre autocuidado del adulto mayor hipertenso que asiste al Consultorio de Cardiología del Hospital Honorio Delgado Espinoza" Arequipa - 2016.
18. Aguado- Fabián Emma y et, al. Asociación entre conocimiento autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos, consultorio de cardiología, Hospital Nacional. Lima - 2014. <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2014/julio/Especial%204-7-2.pdf>

19. Bezerra F y et al, Promoción de la salud: la calidad de vida en las prácticas de enfermería. *Enferm. glob.* 12 (32): 260-269. España - 2013. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000400016](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400016).
20. Ofman S y et, al (2013). Autocuidado en pacientes hipertensos esenciales en tratamiento. Diferencias según género. *Boletín de Psicología*, No. 108: 91-106. España - (2013), Disponible: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N108-6.pdf>
21. Fanarraga Moran Juana R. Conocimiento y práctica de autocuidado domiciliario en pacientes adultos con hipertensión arterial, en Consultorios Externos de Cardiología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen ESSALUD. Perú - (2013), Disponible en: [http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/276/1/Fanarraga\\_jr.pdf](http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/276/1/Fanarraga_jr.pdf).
22. Álvarez Ramos Evelyn Iris. Nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial en un centro de salud, Lima - (2014). Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4175/%C1lvarez\\_re.pdf;jsessionid=ACFAFAB50240BC30D9401A2B5E46EB18?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4175/%C1lvarez_re.pdf;jsessionid=ACFAFAB50240BC30D9401A2B5E46EB18?sequence=1)
23. Portalfarma.com. Autocuidado de la salud. Lima - 2017 Disponible en: [https://www.portalfarma.com/Ciudadanos/Destacados\\_ciudadanos/Paginas/Autocuidado-de-la-salud.aspx](https://www.portalfarma.com/Ciudadanos/Destacados_ciudadanos/Paginas/Autocuidado-de-la-salud.aspx).
24. Pardavé Cámara, Fiorella Grisel Capacidad de autocuidado y percepción del estado de salud del adulto mayor de la localidad de santa maría del valle” Perú - 2016. Citado en:

[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:CmjJvOUoC6kJ:repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/130/T\\_047\\_46824428\\_T.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy+&cd=15&hl=es&ct=clnk&gl=pe](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:CmjJvOUoC6kJ:repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/130/T_047_46824428_T.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy+&cd=15&hl=es&ct=clnk&gl=pe)

25. Alvear M. Percepción de la capacidad de autocuidado en el adulto mayor del Centro de Promoción Activa IESS, Cuenca. Perú – 2014, [Tesis de Especialidad en Enfermería Geriátrica y Gerontológica] Ecuador: Universidad de Cuenca. Citado en: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:CmjJvOUoC6kJ:repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/130/T\\_047\\_46824428\\_T.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy+&cd=15&hl=es&ct=clnk&gl=pe](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:CmjJvOUoC6kJ:repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/130/T_047_46824428_T.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy+&cd=15&hl=es&ct=clnk&gl=pe).
26. Sierra, A. “Conferencia de consenso Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Liga Española para la lucha contra la Hipertensión Arterial”, España - 2010.
27. Flores García, Bertha Alicia, Gómez Orozco, Lirio Del Carmen, “Capacidad de Agencia de autocuidado en Pacientes con hipertensión arterial, Veracruz – México, 2008.
28. Abad Alemán, Nataly Maria; Araujo Flores, Verónica Gabriela; García Valdez, Isabel Susana; “Prevalencia de Hipertensión Arterial y factores asociados en adultos, Centro de Salud Nro., 1 del Cantón Cañar”. Ecuador - 2013.
29. Cruzado Hernández, Kattia Vanessa, Mendoza Vásquez, Sandra Lisset; “Nivel de información y autoconocimiento del Policía adulto maduro con hipertensión arterial en comisarías del Distrito de Trujillo”. Lima – 2014.

30. Arana Lagos, Katya, “Efectividad de la estrategia educativa en un incremento de conocimientos del autocuidado en adultos mayores hipertensos del Centro de atención del adulto mayor” Lima – 2014.
31. Maguiña Duran, Pamela Katherine; “Factores de riesgo que predisponen a hipertensión arterial en adultos que acuden al servicio de triaje del Centro de Salud Max Arias Schreiber”. Lima – 2013.
32. Medina Lezama, Josefina. “Hipertensión Arterial Aspectos epidemiológicos y hemodinámicos”. En Revista Peruana de Cardiología. Vol. 36 N° 1.2012.pp. 23-26.
33. Huerta Robles, Benjamín. “Factores de riesgo para la hipertensión arterial”. En Revista de Cardiología de México.2001.p.30, p.35-38
34. Ministerio de Salud Perú. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adulto Mujer y Varón.2008.
35. Ministerio de Salud Perú. Guía de Práctica Clínica para la Prevención y Control de la Enfermedad Hipertensiva en el Primer Nivel de Atención.2009.En:[http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/normas/pdf/minsa/GUIASPRACTICAS/2009/RM491\\_2009.pdf](http://www.sis.gob.pe/ipresspublicas/normas/pdf/minsa/GUIASPRACTICAS/2009/RM491_2009.pdf)
36. Ramiro A. Sánchez. “Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial”. En Revista Chilena de Cardiología.2010.Vol. 29. N° 1. P. 12, P 15.

37. Ministerio De Salud Perú. “Guía de Práctica Clínica para la prevención y control de la Enfermedad Hipertensiva en el Primer Nivel de Atención”. En Guía Técnica del MINSA.2009. N°491. pp. 10-13.
38. Torales Ibáñez, Juan. “Hipertensión Arterial Aspectos etiológicos y fisiopatología”. En Revista Peruana de Cardiología. 2011. Vol. 36 N° 1.pp. 45-52.
39. Maicas Bellido, Lázaro Fernández, Alcalá López, et al. Etiología y fisiopatología de la hipertensión arterial esencial. 2003. Vol. 3:pp.141-160.
40. Ministerio De La Protección Social De Colombia. Guía de Atención de la Hipertensión Arterial. [Citado 24 Febrero 2012]. Disponible en la World Wide Web:<http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsN°16175DocumentN°4208.PDF>
41. Gómez, Nelly. Investigación sobre “Factores de riesgo cardiovascular modificables sobre hipertensión arterial sistémica en los usuarios de evaluación pre empleo de la unidad médica de la Dirección Ejecutiva del Tribunal suprema de Justicia”. [Tesis de licenciatura]. Venezuela. Universidad Central de Venezuela. 2007. pp. 80-85.
42. Berrios C. Jadue. Prevención primaria de enfermedades crónicas del adulto: Intervención sobre sus factores de riesgo en población escolar. En Revista de Chile. 1999; Vol. 64. pp. 397-402.
43. Coro M. González R. Uso inadecuado de psicofármacos en las personas de 60 años a más. Rev Finlay [Internet] 2013; 3 (1): 15 – 24 [Consultado 2015 Setiembre 20]. citado en: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:CmjJvO>

[UoC6kJ:repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/130/T\\_047\\_46824428\\_T.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy+%&cd=15&hl=es&ct=clnk&gl=pe](http://UoC6kJ:repositorio.udh.edu.pe/bitstream/handle/123456789/130/T_047_46824428_T.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy+%&cd=15&hl=es&ct=clnk&gl=pe)

44. Salazar Cáceres, Pedro Martín. Hipertensión en el adulto mayor. Rev Med Hered vol.27 No.1 Lima - 2016. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2016000100010](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2016000100010)
45. Hipertensión arterial. Artículo-discusión. 2018, Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Hipertensi%C3%B3n\\_arterial](https://es.wikipedia.org/wiki/Hipertensi%C3%B3n_arterial)
46. Salazar Cáceres, Pedro Martín y et, al. Hipertensión en el adulto mayor. Lima - 2016, Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v27n1/a10v27n1.pdf>
47. Alvarez Ramos Evelyn Iris. Nivel de conocimientos de los adultos mayores sobre prevención de hipertensión arterial en un centro de salud, Lima - 2014. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4175/%C1lvarez\\_re.pdf;jsessionid=72BB1B9321BA2F3FA58AB6F6985A46F4?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4175/%C1lvarez_re.pdf;jsessionid=72BB1B9321BA2F3FA58AB6F6985A46F4?sequence=1)
48. (53) (54) Rol de enfermería frente a la prevención de Hipertensión arterial en adultos. <http://www.unap.pe/enfermeria/enfermeria05/resumen0612.html> Acceso el 19 de febrero del 2013.
49. (55) Maya Rivero Annika, El adulto mayor en el mundo parte 1. Citado - (2012) en: <https://mayoresdehoy.com/2012/11/07/el-adulto-mayor-en-el-mundo-parte-1/>

50. (56) Padilla de Salazar, Ivanna María Luján, "Calidad de vida del adulto mayor dentro del asilo los hermanos de belén." campus central guatemala de la asunción - 2014 Ivanna maría Luján padilla de Salazar. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/tesario/2014/05/42/padilla-ivanna.pdf>.
51. (57) Alvarado García Alejandra María y et, al. Análisis del concepto de envejecimiento. España - 2014. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2014000200002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002)
52. (58) (59) Deusto salud. Características de la tercera edad: los cambios en la vejez. (2015), Disponible en: <https://www.deustosalud.com/blog/teleasistencia-dependencia/caracteristicas-tercera-edad>
60. Fanny Cisneros, G. Teorias y modelos de enfermería, Dorothea Orem, Colombia, 2005.
61. Fanny Cisneros, G. Introducción a los modelos de enfermería, Madeleine Leininger, Colombia, 2002.



# ANEXOS

## MATRIZ DE CONSISTENCIA

**Título:** “Conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018”

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES
<p><b>Problema General</b> ¿Cuál es el conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018?</p> <p><b>Problemas específicos</b> ¿Cuál es el conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018, según la alimentación, manejo y control de la hipertensión arterial? ¿Cuál es el conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018, según su actividad física y recreación? ¿Cuál es el conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018, según el descanso y sueño? ¿Cuál es el conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018, según adicciones y hábitos nocivos?</p>	<p><b>Objetivo general</b> Determinar el conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018.</p> <p><b>Objetivo específico</b> Identificar el conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018, según la alimentación, manejo y control de la hipertensión arterial. Identificar el conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018, según su actividad física y recreación. Identificar el conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018, según el descanso y sueño. Identificar el conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018, según adicciones y hábitos nocivos.</p>	<p><b>H<sub>1</sub></b> = Si existe conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018.</p> <p><b>H<sub>0</sub></b> = No existe conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018.</p>	<p><b>Variable Independiente</b> = Conocimiento de adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018.</p> <p><b>Variable dependiente</b> = autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018.</p>

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES
<p>Conocimiento sobre autocuidado de hipertensión arterial según adultos mayores</p>	<p>Alimentación, manejo y control de la hipertensión arterial</p> <p>Actividad física y recreación</p> <p>Descanso y sueño</p> <p>Adicciones y hábitos nocivos</p>	<p>-Tipo de alimentación que ingiere: -Vegetales, Frutas, carnes, ingesta de sodio, grasa, Sustancias nocivas. Control de peso, Control de P.A, - Control de glucosa, Nutrición, Control médico, Medicación, Horario, dosis, efectos colaterales.</p> <p>-Técnicas de relajación, Paseos, Caminatas, Ejercicios, Natación, Baile.</p> <p>-Horario, Tiempo de sueño, Tipo de sueño, Número de siestas.</p> <p>-Consumo de bebidas alcohólicas, Tabaquismo</p>

TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACION	POBLACIÓN Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD
<p>El presente estudio es básica, ya que busca el progreso científico, acrecentar los conocimientos teóricos, sin interesarse directamente en sus posibles aplicaciones o consecuencias prácticas; es más formal y persigue las generalizaciones con vistas al desarrollo de una teoría basada en principios y leyes, De nivel descriptivo, porque busca especificar las propiedades, características y los perfiles de personas, grupos, etc.</p> <p>De enfoque cuantitativo, porque se fundamenta en el método hipotético deductivo. Mide las variables en un contexto determinado, analiza las mediciones, y establece conclusiones. Utiliza medición numérica, conteo, y estadística, encuestas, experimentación, patrones, recolección de datos.</p>	<p><b>Población</b> La población total del estudio estuvo conformada por 31 adultos mayores que acuden al programa del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018.</p> <p><b>Muestra</b> La muestra es censal poblacional, donde se selecciona el total de las unidades de población, la cual posee una característica en común, que estudia y da origen a los datos que requiere la investigación.</p> <p><b>Criterio de inclusión</b> - Adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al programa del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018. - Adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al programa del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018, que sepan leer y escribir. - Adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al programa Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018, que deseen participar en la investigación.</p> <p><b>Criterios de Exclusión</b> - Adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al programa del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018. - Adultos mayores con hipertensión arterial que - acuden al programa del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018, que sepan leer y escribir. - Adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al programa del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018, que deseen participar en la investigación.</p>	<p>La técnica empleada en la investigación es la Encuesta, por ser la más adecuada para cumplir con el objetivo de estudio y obtener información. Como instrumento un Cuestionario que consta de 28 ítems, introducción datos generales, selección de información específica que explora las variables.</p>	<p>La validez hace referencia a la capacidad de un instrumento de medición para cuantificar de forma significativa y adecuada; la validez del instrumento se determinó mediante Juicio de Expertos, participaron 7 profesionales de enfermería con experiencia en las variables a investigar, cuyos resultados fueron procesados y analizados con la prueba binomial, donde obtuvieron un valor de <math>8.470329 &gt; VT</math>, que indica que el instrumento de investigación es adecuado.</p> <p>La confiabilidad del instrumento fue realizado aplicando al 10% de la muestra, equivalente a 5 adultos mayores hipertensos, esta información fue procesada por la técnica estadística Splith Halves, donde obtuvieron un resultado de 0.62 y con la fórmula de Spearman Brown un valor de 0.76, lo que indica que el instrumento posee una fuerte confiabilidad.</p> <p>La recolección de datos se llevó a cabo en el Hospital II – E de La Banda de Shilcayo, previa realización de trámites administrativos para obtener la autorización respectiva del médico jefe del Hospital, por lo que se remitió una carta de presentación emitida por la Directora de Escuela de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas, la Dra. Fernanda Gallegos. El instrumento será aplicado aproximadamente en 30 minutos por cada entrevistada.</p>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**Encuesta**

Buenos Días señores soy el estudiante de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Alas Peruanas. En esta oportunidad me dirijo ante usted para realizar una encuesta acerca de conocimiento sobre autocuidado de la hipertensión arterial, según adultos mayores del Hospital II E. Distrito de La Banda De Shilcayo, Tarapoto - 2018. Por lo cual solicito a usted responda las siguientes preguntas que se han formulado, que será de manera anónima.

**DATOS GENERALES.**

Edad:.....

Sexo: M ( ) F ( )

Procedencia:.....

Grado de Instrucción.....

**INSTRUCCIONES.**

A continuación le presento una lista de preguntas, cada una de ellas con 3 alternativas de respuesta, léalas detenidamente y luego responda marcando con una "X" la respuesta que usted considere correcta.

N°	ÍTEMS	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
<b>1</b>	<b>De los alimentos que se mencionan, cuál de ellos usted debe incluirlos en su dieta</b>			
a	Cubitos de caldo de carne, pescado salado, pan			
b	Cubitos de caldo de carne, pescado salado, conservas enlatadas			
c	Cubitos de caldo de carne, pescado salado, mostaza, conservas enlatadas, chorizo, cecina			
<b>2</b>	<b>Con que frecuencia usted consume:</b>			
a	Carne de aves			
b	Carne de res			
c	Carne de chanco			
<b>3</b>	<b>Cuál de estos tipos de verduras usted debe consumirlos en su dieta diaria?</b>			
a	a. Espinacas, coliflores, brócolis, acelga, ajos.			
b	b. Espinacas, coliflores, alcachofas, tomates, zanahorias, brócoli, acelga.			
c	Espinacas, coliflores, tomates, zanahorias, brócoli, cebolla, ajos			

<b>4</b>	<b>¿Cuál de estos grupos de frutas consume usted en su alimentación diaria?</b>			
a	Piña, sandía, ciruelas, plátanos, uvas, naranjas.			
b	Piña, sandía, ciruelas, plátanos, uvas, naranjas, fresas, mangos			
c	Piña, melocotones, ciruelas, plátanos, mangos			
<b>5</b>	<b>¿La cantidad de sal que debe consumir diariamente es?</b>			
a	1 cucharadita.			
b	2 cucharadas.			
c	½ cucharadita			
<b>6</b>	<b>Con que frecuencia consume estos alimentos que contienen grasas?</b>			
a	Mantequilla, carne de cerdo, embutidos.			
b	Mantequilla, carne de cerdo, embutidos, hamburguesas y tocino			
c	Mantequilla, carne de cerdo, embutidos, hamburguesas, quesos grasos, tocino			
<b>7</b>	<b>Con que frecuencia consume estas bebidas?</b>			
a	Café, té, chocolate			
b	Alcohol, te, café			
c	Vino, café, té, chocolate.			
<b>8</b>	<b>Con que frecuencia consume estos alimentos que contienen harinas?</b>			
a	Arroz, frejoles, fideos, camotes			
b	Arroz, menestras, fideos, camotes, papas			
c	frejoles, fideos, camotes, pan, arroz, papas			
<b>9</b>	<b>Cuántas horas al día le dedica usted para salir a caminar?</b>			
a	20 minutos			
b	Media hora			
c	1 hora			
<b>10</b>	<b>Cuál de estos tipos de ejercicios físicos realiza usted?</b>			
a	Correr, caminar, natación			
b	Caminar, trotar			
c	Trotar, aeróbicos			
<b>11</b>	<b>Realiza usted ejercicios de relajación como:</b>			
a	Sale de paseo con sus amigos, mira televisión, o visita a alguien especial.			
b	Escucha música instrumental suave, o cualquier otra música que le agrade?			
c	Realiza actividades como salir a bailar en compañía de sus amigos o familiares?			
<b>12</b>	<b>A qué hora de la noche acostumbra usted a dormir?</b>			
a	Entre las 8-9 de la noche			
b	Entre las 9-10 de la noche			
c	Entre las 10-12 de la noche			
<b>13</b>	<b>Cuando usted se retira a dormir y no lo logra, a que se debe?</b>			
a	Insomnio			
b	Preocupaciones			
c	Dolor			
<b>14</b>	<b>Cuántas horas considera usted que debe dormir normalmente?</b>			
a	6 horas			
b	8 horas			
c	Más de 8 horas			

<b>15</b>	<b>Acostumbra usted a fumar cigarrillos?</b>			
a	Todos los días			
b	Dos veces a la semana			
c	Ocasionalmente			
<b>16</b>	<b>Acostumbra usted a tomar bebidas alcohólicas</b>			
a	Todos los días			
b	Solo los fines de semana			
c	Ocasionalmente			
<b>17</b>	<b>Acostumbra usted a comer comidas rápidas como:</b>			
a	Hamburguesas con papas fritas y cremas			
b	Pollo broaster con papas fritas y cremas			
c	Alimentos fritos			
<b>18</b>	<b>Considera Ud. que la hipertensión arterial es</b>			
a	Una enfermedad que eleva la presión arterial sobre los niveles normales y que afecta principalmente el corazón.			
b	Una enfermedad curable.			
c	Una enfermedad que solo daña la concentración			
<b>19</b>	<b>Con cuál de estos valores usted considera a una persona que tiene presión arterial alta?</b>			
a	140/90 mmHg			
b	110/65 mmHg			
c	130/100 mmHg			
<b>20</b>	<b>Para usted la hipertensión arterial es una enfermedad que:</b>			
a	Sólo afecta a los ancianos.			
b	No solo afecta a los ancianos sino también a los jóvenes y adultos.			
c	Si está mal controlada puede conducir a la muerte			
<b>21</b>	<b>¿Cuál de las siguientes afirmaciones aumenta el riesgo de hipertensión arterial?</b>			
a	Consumir alimentos con abundante sal			
b	Consumir sustancias como el café, cacao, fumar un cigarrillo,			
c	Consumir alimentos con harinas, grasas y azúcares			
<b>22</b>	<b>Cuál de los siguientes productos cree Ud. que se debe evitar para controlar la hipertensión arterial?</b>			
a	Evitar las verduras, frutas			
b	Evitar el café, alcohol, la sal, el azúcar			
c	Evitar el café, alcohol, dieta excesiva en sal, harinas y el estrés.			
<b>23</b>	<b>¿Cuándo considera Ud. que los medicamentos para la hipertensión arterial deben ser consumidos?</b>			
a	Solo cuando la presión arterial esta alta.			
b	Cuando tengo mareos y siento dolor de cabeza			
c	Todos los días, según el horario indicado por el médico			
<b>24</b>	<b>Por cuánto tiempo cree Ud. que deberá tomar sus medicinas para el control de la presión arterial?</b>			
a	Hasta cuando la presión este controlada			
b	Solo por un tiempo cuando dejo de presentar los s.			
c	Durante toda la vida.			
<b>25</b>	<b>Como considera usted que debe ser la forma de tomar los medicamentos antihipertensivos?</b>			
a	Debe tomarse antes de los alimentos			
b	Debe tomarse con los alimentos			
c	Debe tomarse después de los alimentos			
<b>26</b>	<b>Cuando cree usted que debe asistir a su control médico?</b>			
a	Sólo cuando comienzo a sentir algún malestar como dolor de cabeza y mareos			
b	Sólo cuando se me termina las medicinas.			

c	Cada vez que tenga la cita otorgado por mi médico tratante			
<b>27</b>	<b>En qué momento cree usted que debe medirse la presión arterial</b>			
a	Medir la presión arterial antes de tomar los medicamentos para la presión arterial.			
b	Medir la presión arterial en reposo, en el mismo brazo y dos horas antes o después de las comidas			
c	Medir la presión todos los días y anotar el valor.			
<b>28</b>	<b>Conoce usted cuales son las complicaciones que podría tener si no se controla la presión arterial?</b>			
a	Problemas renales, gastritis			
b	Infarto cerebral y problemas de riñón			
c	Ataque cardíaco, accidente cerebral vascular y problemas de riñón.			

**GRACIAS POR SU COLABORACION**