

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**TESIS**

**FACTORES DE RIESGO Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO  
DEL PACIENTE ADULTO HIPERTENSO ATENDIDO  
EN EL PUESTO DE SALUD  
LA VENTA BAJA ICA,  
ENERO - 2017**

**TESIS**

**PRESENTADA POR BACHILLER**

**NATALY CAMILA MORÓN ARMACANQUI**

**PARA ÓPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**ICA- PERÚ**

**2018**

**ASESORA: LIC. VICTORIA PONCE DE FLORES**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por permitirme ser parte de este mundo y por hacerme saber que a pesar de las adversidades siempre existe un nuevo día.

A la Universidad Privada San Juan Bautista, Alma Mater de mi formación profesional, lo cual me permitirá llegar a ser una profesional de calidad.

A los docentes de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Privada San Juan Bautista, por el asesoramiento entregado en diferentes etapas de esta investigación.

A mi asesora, por su apoyo constante en cada etapa de la investigación y permitió la culminación del presente trabajo.

A cada una de las personas que colaboraron en la realización de la investigación, en especial a los pacientes con hipertensión del Puesto de Salud La Venta Baja, por su participación voluntaria.

## **DEDICATORIA**

A Dios, por ser mi guía y fortaleza en todo momento.

A mis padres porque gracias a sus esfuerzos y dedicación hicieron posible el termino de mi carrera profesional, a la vez por ser el pilar más importante y demostrarme siempre su apoyo.

A mis hermanas Andrea, Nadia y Adriano por el apoyo mutuo hacia mi persona quienes estuvieron brindándome la fortaleza para continuar con mi tesis.

A la Lic. Victoria Ponce De Flores por ser mi asesora; sin ayuda de ella no sería posible la culminación de la tesis.

## RESUMEN

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica con una prevalencia elevada alrededor del mundo y el país no escapa a esta realidad. En la etapa adulta se inicia la enfermedad, generada por múltiples factores de riesgo a los que estuvo expuesto. Por tratarse de una enfermedad crónica, el autocuidado es relevante para evitar complicaciones y conservar su estilo de vida. El objetivo del estudio fue determinar los factores de riesgo y prácticas de autocuidado del paciente adulto hipertenso atendido en el Puesto de Salud La Venta Baja Ica, enero- 2017. Material y métodos: El tipo de estudio fue de enfoque cuantitativo, alcance descriptivo y corte transversal, se consideró una población de 65 pacientes de los cuales se tomó en cuenta un muestreo no probabilístico de 50 pacientes hipertensos. La técnica de recolección de datos fue la encuesta para ambas variables y como instrumento un cuestionario diseñado con preguntas de opción múltiple para los factores de riesgo y cuestionario en escala de Likert para el autocuidado, ambos previamente validado por juicio de expertos (0.031) cuya confiabilidad fue demostrada a través del coeficiente Alfa de Cronbach (0.81) Resultados: Los factores de riesgo modificables de la hipertensión arterial son predominantes, el consumo de cigarrillos 64%, los no modificables son predominantes de la hipertensión como la edad con un 72%. Por otro lado, las prácticas de autocuidado fueron inadecuadas en las siguientes dimensiones: nutrición 88%, actividad física 52%, responsabilidad y salud 86% y manejo del estrés 90% sin embargo respecto al soporte interpersonal fueron adecuadas en 62% alcanzando globalmente 52% inadecuadas. Conclusión: Los factores de riesgo de la hipertensión arterial fueron predominantes y las prácticas de autocuidado fueron inadecuadas en los pacientes hipertensos atendidos en el Puesto de Salud La Venta Baja Ica, enero - 2017.

**Palabras clave: Factor de riesgo, Hipertensión arterial, autocuidado.**

## **ABSTRACT**

Arterial hypertension is a chronic disease with a high prevalence around the world and the country does not escape this reality, in the adult stage it starts that disease, generated by multiple risk factors to which it was exposed. Because it is a chronic disease, self-care is relevant to avoiding complications and preserving their lifestyle. The objective of the study was to determine the risk factors and self-care practices of the hypertensive adult patient treated at the La Venta Health Care Center Ica, January - 2017. Material and methods: The type of study was of quantitative approach, descriptive scope and cut transversal, we considered a population of 65 patients of whom a non-probabilistic sampling of 50 hypertensive patients was taken into account. The data collection technique was the survey for both variables and as an instrument a questionnaire designed with multiple choice questions for risk factors and Likert scale for self care, both previously validated by expert judgment (0.031) whose reliability was demonstrated by Cronbach's alpha coefficient (0.81). Results: Modifiable risk factors for hypertension are predominant, cigarette smoking 64%, non-modifiable hypertension prevalence as age 72%. On the other hand, self-care practices were inadequate in the following dimensions: nutrition 88%, physical activity 52%, responsibility and health 86% and stress management 90%, however, regarding interpersonal support were adequate in 62%, reaching a total of 52% inadequate. Conclusion: Risk factors for hypertension were predominant and self - care practices were inadequate in hypertensive patients treated at the La Venta Baja Ica, health post in January - 2017.

**Key words: Risk factor, Hypertension, self-care.**

## PRESENTACIÓN

Uno de los factores de riesgo clave de las enfermedades cardiovasculares es la hipertensión arterial, afecta a mil millones de personas en el mundo, y puede provocar infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares. Una persona con hipertensión está condicionada a poner en práctica un autocuidado saludable más aún ante la existencia de condiciones que se constituyen en factores de riesgo. No obstante, son numerosos los pacientes hipertensos, que, a pesar de acudir al sistema sanitario para recibir tratamiento, no están adecuadamente controlados, por lo que es necesario cuidar su alimentación, actividad física, manejo del estrés, además del control clínico periódico.

El objetivo del estudio fue determinar los factores de riesgo y prácticas de autocuidado del paciente adulto hipertenso en el Puesto de Salud La Venta Baja Ica, enero-2017. Tiene como finalidad proporcionar información actualizada respecto a los factores de riesgo de la hipertensión arterial que permitan proponer estrategias que puedan aplicarse respecto al problema de investigación. El presente trabajo consta de cinco capítulos distribuidos de la siguiente manera:

CAPITULO I: El problema; el cual consta del planteamiento del problema, formulación del mismo, objetivos, justificación, y propósito; el CAPITULO II: Marco teórico; incluye antecedentes bibliográficos, base teórica; hipótesis, variables y definición de términos operacionales CAPITULO III: Metodología de la investigación y métodos; en la cual se mencionan el tipo de investigación, área de estudio, población y muestra, técnica e instrumento de recolección de datos, el procesamiento de datos y análisis de resultados; CAPITULO IV: Análisis de los resultados; trata de los resultados y discusión de la misma, por último, el CAPITULO V: Conclusiones y recomendaciones; además de las referencias bibliográficas, bibliografías y anexos.

## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
AGRADECIMIENTO	III
DEDICATORIA	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
PRESENTACIÓN	VII
INDICE	VIII
LISTA DE TABLAS	X
LISTA DE GRÁFICOS	XII
LISTA DE ANEXOS	XIV
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA</b>	
I.A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
I.B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	18
I.C. OBJETIVOS:	18
I.C. 1. GENERAL	
I.C. 2. ESPECÍFICOS	
I.D. JUSTIFICACIÓN	18
I.E. PROPÓSITO	19
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	
II.A. ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	20
II.B. BASE TEÓRICA	27
II.C. HIPÓTESIS	43
II.D. VARIABLES	43
II.E. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	44



<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	
III.A. TIPO DE ESTUDIO	45
III.B. ÁREA DE ESTUDIO	45
III.C. POBLACIÓN Y MUESTRA	45
III.D. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	45
III.E. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	46
III.F. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	46
<b>CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	
IV.A. RESULTADOS	48
IV.B. DISCUSIÓN	56
<b>CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	
V.A. CONCLUSIONES	62
V.B. RECOMENDACIONES	63
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	64
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	71
<b>ANEXOS</b>	72

## LISTA DE TABLA

<b>Nº</b>	<b>TITULO</b>	<b>PÁG.</b>
<b>1</b>	FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES EN PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD LA VENTA BAJA ICA, ENERO – 2017	<b>89</b>
<b>2</b>	FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES EN PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD LA VENTA BAJA ICA, ENERO- 2017	<b>90</b>
<b>3</b>	PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN NUTRICIÓN EN PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD LA VENTA BAJA ICA, ENERO- 2017	<b>91</b>
<b>4</b>	PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD LA VENTA BAJA ICA, ENERO-2017	<b>91</b>
<b>5</b>	PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN RESPONSABILIDAD Y SALUD EN PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD LA VENTA BAJA ICA, ENERO - 2017	<b>92</b>
<b>6</b>	PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN MANEJO DEL ESTRÉS EN PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD LA VENTA BAJA ICA, ENERO - 2017	<b>92</b>

<b>7</b>	PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN SOPORTE INTERPERSONAL EN PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD LA VENTA BAJA ICA, ENERO – 2017	<b>93</b>
<b>8</b>	PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD LA VENTA BAJA ICA, ENERO- 2017	<b>93</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Nº</b>	<b>TÍTULO</b>	<b>PÁG.</b>
<b>1</b>	FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES EN PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD LA VENTA BAJA ICA, ENERO-2017	<b>48</b>
<b>2</b>	FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES EN PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD LA VENTA BAJA ICA, ENERO-2017	<b>49</b>
<b>3</b>	PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN NUTRICIÓN EN PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD LA VENTA BAJA ICA, ENERO-2017	<b>50</b>
<b>4</b>	PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD LA VENTA BAJA ICA, ENERO-2017	<b>51</b>
<b>5</b>	PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN RESPONSABILIDAD Y SALUD EN PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD LA VENTA BAJA ICA, ENERO-2017	<b>52</b>
<b>6</b>	PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN MANEJO DEL ESTRÉS EN PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD LA VENTA BAJA ICA, ENERO-2017	<b>53</b>

<b>7</b>	PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN SOPORTE INTERPERSONAL EN PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD LA VENTA BAJA ICA, ENERO-2017	<b>54</b>
<b>8</b>	PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD LA VENTA BAJA ICA, ENERO-2017	<b>55</b>

## LISTA DE ANEXOS

Nº	TITULO	PÁG.
1	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	73
2	INSTRUMENTOS	75
3	VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO CONCORDANCIA ENTRE LOS EXPERTOS SEGÚN PRUEBA BINOMIAL	80
4	CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO – PRUEBA PILOTO	81
5	TABLA DE CÓDIGOS	82
6	TABLA MATRIZ	83
7	TABLAS	89

## CÁPITULO I: EL PROBLEMA

### I.a. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión es una de los principales factores que contribuyen en las cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, que en conjunto representan la causa más importante de muerte prematura y discapacidad. Según el informe de la *“Organización Mundial de la Salud en el año 2015 en el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes. La hipertensión es la causa del 45% de las muertes por cardiopatías y el 51% de las muertes por accidente cerebro vascular. Los países de ingresos bajos tienen la prevalencia más elevada de tensión arterial alta. En la Región de África se estima que en muchos países más del 30% de los adultos sufre hipertensión”*<sup>1</sup>.

La Organización Mundial de la Salud como organización interviene frecuentemente con aportes renovados para mejorar aspectos controlables de tal manera que muestra resultados de investigación importantes. En su reporte menciona que el *“80% de los infartos de miocardio y de los accidentes cerebrovasculares prematuros son prevenibles”*<sup>2</sup>.

Por lo tanto, ciertos investigadores corroboran estos resultados mostrando, que en *América Latina y el Caribe, alrededor del 80% de la personas con hipertensión no tienen un control adecuado de su presión arterial. Según el Estudio Epidemiológico Prospectivo Urbano Rural sobre hipertensión en Argentina, Brasil y Chile, de forma combinada, sólo el 57% de los hipertensos conoce su condición, únicamente el 53% de ellos está bajo tratamiento, y sólo el 30% de los tratados tiene su presión arterial controlada”*<sup>3</sup>.

En Argentina en el 2013, una investigación concluye que el 93% de la población adulta se controló la presión arterial, al menos, una vez en los últimos dos años. *“La prevalencia observada fue del 34%, siendo mayor en*

*varones que en mujeres. El estudio demostró que más del 37% de la población desconoce su enfermedad y que de las personas hipertensas bajo tratamiento (más del 56%), solo el 26,5% tenían prácticas de autocuidados adecuadas puesto que estaban correctamente controladas”*<sup>4</sup>.

En diferentes estudios se han encontrado como problema de salud preocupante, encontrando alta incidencia en África y menor incidencia en países de América, *Sin embargo, en América 1,9 millones de personas mueren por enfermedades cardiovasculares. En general, su prevalencia es menor (35%) en los países de ingresos altos que en los de ingresos bajos y medios (40%), una diferencia que cabe atribuir al éxito de las políticas públicas multisectoriales y al mejor acceso a la atención de salud”*<sup>5</sup>.

*En el Perú se realizó un estudio haciendo uso de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar en el año 2014 “(ENDES), indica que “el 14.6% de las personas de 15 años a más tenía presión arterial elevada, siendo más frecuente en varones (18.5%) que en mujeres (11.3%), el 60.3% recibe tratamiento”*<sup>6</sup>.

Según datos estadísticos de *“Ministerio de Salud del Perú, la región Lambayeque ocupa el segundo puesto con mayor índice de esta enfermedad, con 16 mil 853 casos. Le siguen Callao, con 14 mil 384; La Libertad con 13 mil 550, y Piura con 12 mil 506. Entre los factores de riesgo a tener en cuenta se consideran los antecedentes familiares de hipertensión arterial”*<sup>7</sup>.

*“En una investigación realizada en Lima (2014) se destacó que los factores de riesgo a hipertensión arterial se encuentran presentes en la población de estudio siendo los de mayor preocupación los factores modificables. Asimismo, dentro de los factores de riesgo no modificables prevalentes fueron los antecedentes familiares de HTA y de obesidad”*<sup>8</sup>.



Hay que tener en cuenta que los factores de riesgo inducen a un desarrollo, de la hipertensión arterial haciendo uso de diferentes características: consumo de grasa, exceso de alcohol, falta de actividad física, antecedentes familiares, obesidad, alteraciones de niveles de colesterol y triglicéridos, depresión y diabetes.

Estudios realizados por la “DIRESA, Ica por provincias, en el año 2015, las tasas de prevalencia más elevadas correspondieron a Palpa, Pisco y Chincha en obesidad; en el sexo femenino las frecuencias más altas se observaron en Ica en hipertensión arterial (41.97%), en diabetes mellitus (34.46%) y en obesidad (35.02%); y Chincha en dislipidemias (32.50%); en el sexo masculino la provincia más afectada fue Ica en diabetes mellitus (31.51%), hipertensión arterial (42.85%) y en obesidad (40.22%) y Pisco para dislipidemia (33.04%)”<sup>9</sup>.

Durante las prácticas comunitarias se pudo observar que el número de personas diagnosticadas con hipertensión arterial tenía un aumento progresivo, destacándose que los pacientes diagnosticados tenían edades cada vez más jóvenes, incluso con enfermedades cardiacas que desconocían, muchos de ellos desconocían las conductas que debían seguir como parte de su autocuidado, manifestando que el consumo de grasa, sal y alimentos de gran valor energético era alto, restaban importancia a la práctica de actividad física, su entorno evidenciaba situaciones de estrés las cuales se constituyen no solo en factores de riesgo sino en parte del autocuidado que eran desfavorables al cuidado de su salud.

De acuerdo con todo lo anterior expuesto se plantea la siguiente interrogante:

## **I.b. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuáles son los factores de riesgo y prácticas de autocuidado del paciente adulto hipertenso atendido en el Puesto de Salud La Venta Baja Ica, enero-2017?

## **I.c. OBJETIVOS**

### **I.c.1. OBJETIVO GENERAL:**

Determinar los factores de riesgo y prácticas de autocuidado del paciente adulto hipertenso atendido en el Puesto de Salud La Venta Baja Ica- enero 2017

### **I.d.2 OBJETIVO ESPECÍFICOS:**

**OE1:** Identificar los factores de riesgo de la hipertensión del paciente adulto hipertenso según sea:

- Modificables
- No modificables

**OE2:** Identificar las prácticas de autocuidado del paciente adulto hipertenso según sea:

- Nutrición
- Actividad física
- Responsabilidad y salud
- Manejo del estrés
- Soporte interpersonal

## **I.d. JUSTIFICACIÓN**

No cabe duda que las enfermedades cardiacas son una de las enfermedades más difundidas a nivel mundial, atendiendo a múltiples patrones de índole económicos, sociales, culturales, ambientales y étnicos. Numerosas observaciones clínicas han relacionado la elevación de la cifra de tensión arterial con una mayor incidencia de problemas cardiovasculares y de muerte, tanto relacionada con dichos problemas como por otras causas. Se justifica realizar la investigación porque es un problema de

salud pública, la hipertensión arterial representa, en la actualidad y a nivel mundial, uno de los problemas socio sanitario más importantes, debido a la alta prevalencia e incremento que se registra en la población adulta debido a múltiples factores. La repercusión que tiene la hipertensión arterial en la población adulta se convierte en una de las causas más comunes de mortalidad.

Por tratarse de un trastorno crónico que requiere cuidados permanentes, estilos de vida saludables el profesional de enfermería está involucrado en la realización de actividades de promoción de salud direccionada hacia el autocuidado del paciente hipertenso.

**I.e. PROPÓSITO:**

Tiene como finalidad proporcionar información actualizada respecto a los factores de riesgo de la hipertensión arterial que permitan realizar actividades en razón a su manejo y educar en razón a prácticas de autocuidado del paciente adulto hipertenso que serán claves en la prevención de complicaciones cardiovasculares condicionantes de altas tasas de morbi-mortalidad en la etapa adulta.

Así mismo, los resultados obtenidos se proporcionan a las autoridades de la institución comprometida a fin de establecer estrategias de abordaje en la educación de conductas saludables en los pacientes hipertensos considerando su implicancia en la salud de los adultos, así como su calidad de vida. Además, el estudio servirá de base a investigaciones epidemiológicas posteriores cuyo abordaje correspondan a casos y controles y de mayor aporte a la enfermería y conocimiento científico.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### II.a. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Arizaga M, Asitimbay J. En el año 2015 realizaron un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal cuyo objetivo fue analizar el **CONOCIMIENTO, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CARDIOLOGÍA CONSULTA EXTERNA DEL IESS SEGURO DE SALUD CENTRAL, CUENCA ECUADOR.** *“La población estuvo conformada por los pacientes que acuden al servicio de cardiología comprendidos entre 30 y 65 años que acuden a dicha institución durante los meses de agosto y septiembre. La técnica utilizada fue la entrevista, y como instrumento un formulario aplicado en el paciente. Concluyendo que de los 102 usuarios atendidos por presentar hipertensión arterial, la edad más frecuente fue de > de 60 años (42.2%), el 60.8% son varones; el 90.2% tiene conocimiento sobre la enfermedad; el 99% ha acudido a control médico periódico; el 55.9% cumple con medidas dietéticas recomendadas; el 54.95% sabe cómo medir la presión y aún el 64.7% realiza actividad física <30 minutos 3 veces a la semana. Por lo cual es necesario concientizar a la población de los factores de riesgo, realizando un programa de educación e intervención para la mejora de los estilos de vida”*<sup>10</sup>.

Tobías A, Sierra B, Pineda T. En el año 2013, realizaron una investigación de tipo descriptivo, transversal con el objetivo de describir el **ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD DEL ADULTO MAYOR EN SUS DIMENSIONES BIOLÓGICAS, SOCIOECONÓMICAS, ESTILO DE VIDA Y SISTEMA DE ATENCIÓN DE SALUD EN EL DEPARTAMENTO DE ZACAPA, GUATEMALA.** *“Material y métodos: Muestra basada en censo poblacional de 1,489 personas. Resultados: predomina la edad de 60 a 74 años, no hay predominancia de sexo, 41.97% presenta dificultad visual, 30.22% locomotora. El 39.39% está desocupado, el 32% son agricultores, el 3.43% sufre de maltrato, verbal (94.12%) por esposo e hijos (86.28%), el*

18.60% sufre de abandono por sus hijos (75.81%), el 34.52% recibe ingresos familiares. El 69.58% camina al centro asistencial, con tiempo menor a una hora (91.27%). El 35.53% consume agua entubada, el 53.19% tiene sanitario lavable, el 50.17% quema basura, vive en casas de block (49.50%), techo de lámina (68.91%), piso de cemento (62.06%), vive en casa propia (74.14%), el 48.22% nunca estudió, el 42.04% estudió únicamente primaria. El 62.66% no realiza ninguna actividad recreativa, motivo por el cual impide manejar su estrés, el 95.50% practica religión cristiana, el 18.27 consume alcohol, y el 16.45% fuma, 46.34% duerme 6 a 7 horas, 75.89% realiza 3 a 4 tiempos de comida (predominando carbohidratos) (75.82%), se bañan y cambian ropa a diario (72.33% y 76.63%), el 83.14% prepara alimentos en casa. El 58.83% tiene alguna enfermedad, el 49.03% consume medicamentos, el 37.41% se auto médica, el 70.25% tiene puestos de salud cercanos. El 85.70% no conoce programas dedicados al adulto mayor, el 13.83% asiste a los mismos. Conclusiones: Los adultos mayores padecen de enfermedades crónicas degenerativas. Su situación de salud se ve afectada por la escolaridad, y a que no existen programas destinados a este grupo etáreo”<sup>11</sup>.

Molina S, Reyes J. En el año 2013 realizaron un estudio de tipo descriptivo y transversal que tuvo como objetivo identificar la **CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES HIPERTENSOS EN EL CENTRO DE SALUD DEL SUR DE VERACRUZ MEXICO**. “Material y métodos: La muestra estuvo conformada por 42 pacientes seleccionados por muestreo no probabilístico por conveniencia, se aplicó la escala de valoración de Orem. Concluyendo que la capacidad de autocuidado de los pacientes fue muy buena en 85.7% y buena en 14.3%; sin embargo, en las dimensiones que corresponden a: mantenimiento del consumo de alimentos suficientes y mantenimiento de equilibrio entre actividad y reposo presentaron porcentajes bajos pero significativos respecto a las categorías mala y muy mala capacidad de autocuidado”<sup>12</sup>.

Achury MF, Achury DM, Rodríguez SM. Sepúlveda G, Padilla MP, Velasco MP. En el año 2012 realizaron un estudio descriptivo de corte transversal, con el objetivo de determinar **la CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO DE 245 PACIENTES HIPERTENSOS QUE ASISTIERON A UNA INSTITUCIÓN DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN BOGOTÁ COLOMBIA**. *“Material y métodos: se tomó en cuenta 245 pacientes hipertensos a quienes se les aplicó un cuestionario. Resultados: Se encontró que el 81,22% (n = 199) y el 8,16% (n = 20) de los pacientes presentaron una capacidad de agencia de autocuidado media y baja respectivamente, y tan solo el 10,61% (n = 26) de los pacientes presentó una capacidad de agencia de autocuidado alta. Ello indicaría que aunque el paciente con hipertensión arterial posee algunas habilidades que le permiten discernir acerca de los factores que debe controlar para promover su salud y su cuidado, son insuficientes para lograr una adecuada adherencia al tratamiento, ya que para alcanzar un compromiso y participación en este, es necesario que existan conductas permanentes de autocuidado que faciliten el autoconocimiento, el empoderamiento del individuo y el desarrollo de la capacidad de tomar decisiones sobre su salud. La percepción del paciente de su estado de salud es fundamental para el desarrollo de las capacidades de autocuidado; por eso es fundamental que el profesional de enfermería intervenga de acuerdo con las capacidades del individuo, para auto cuidarse promoviendo apoyo educativo que le permita al paciente modificar su comportamiento, adquirir conocimiento y habilidad”*<sup>13</sup>.

Maguiña P. En el año 2013 realizó un estudio de tipo cuantitativo, nivel aplicativo y descriptivo, cuyo objetivo fue determinar los **FACTORES DE RIESGO QUE PREDISPONEN A HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN ADULTOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE TRIAJE DEL CENTRO DE SALUD MAX ARIAS SCHREIBER LIMA**. *“La muestra estuvo conformada por 80 pacientes. La técnica utilizada en la recolección de datos fue la entrevista y como instrumento se aplicó un cuestionario. Resultados: el 55% de la población presenta factores de riesgo ya sea modificables o no*

*modificables y el 45% de la población no presenta ningún factor de riesgo. Dentro de la población que presenta factores de riesgo no modificable se encuentra en más alto porcentaje los antecedentes de HTA en un 77.27% y dentro de los factores modificables se muestra que un 97.5% consume frituras. Esto sugiere desarrollar en el centro de salud, estrategias y actividades dirigidas a la promoción y prevención de la salud; como la implementación de un programa educativo sobre los factores de riesgo que predisponen a HTA y su prevención”<sup>14</sup>.*

Colman J. En el año 2013, realizó una investigación descriptiva cuyo objetivo fue determinar la **PARTICIPACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN LA PROMOCIÓN DE HÁBITOS DE SALUD Y EL AUTOCUIDADO DESTINADOS A PREVENIR COMPLICACIONES POR HIPERTENSIÓN ARTERIAL. PARAGUAY.** *“Material y métodos: Participaron de la investigación usuarias/os Hipertensos que consultan en el Hospital Regional de Caazapá durante el mes de abril y mayo del 2013, de ambos sexos, mayoría del sexo femenino, con edades comprendidas entre 41 y 50 y más años de edad, la procedencia en mayoría rural, con diferente nivel académico con secundaria completa y terciaria no universitaria, de estado civil casada. El instrumento aplicado para la recolección de datos fue el cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, lo cual permitió determinar la participación del profesional de enfermería en la promoción de estilos de vida saludables relacionadas con la promoción de hábitos de salud y el autocuidado destinados a prevenir complicaciones por hipertensión arterial (HTA). Los resultados de la investigación han concluido que la mayoría de la muestra encuestada respondieron que los profesionales de Enfermería que prestan asistencia sanitaria en el Hospital Regional de Caazapá participan activamente en la promoción de hábitos de salud y autocuidado destinados a prevenir complicaciones a causa de la hipertensión arterial”<sup>15</sup>.*

Aguas N. En el año 2012, realizó una investigación descriptiva cuyo objetivo fue determinar la **PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y**

**FACTORES DE RIESGO EN POBLACIÓN ADULTA AFROECUATORIANA DE LA COMUNIDAD LA LOMA, CANTON MIRA, DEL CARCHI.ECUADOR.**

*“Material y método: se tomó en cuenta una muestra de 111 varones y mujeres adultas mayores a 30 años, se determinaron las características sociodemográficas, se evaluó la presión arterial, estado nutricional, consumo de cigarrillo y alcohol, actividad física y consumo de sal. Se consideró hipertensas aquellas personas con una tensión arterial superior a 120/80; se utilizó estadística descriptiva mediante una base de datos, se utilizó el programa Epi-info y se realizó el análisis universal. Resultados: (La prevalencia de hipertensión arterial alcanza el 32%). El 55% fueron de género femenino y 45% masculino; el 99% fue población afro ecuatoriana. Se encontró un 28% de adultos >65 años de edad; el 61% de personas fueron analfabeta/os. El 50% se dedican a los quehaceres domésticos, el 26% a la agricultura. El 100% vive en la zona rural La Loma. El 41% presentó bajo peso, sobrepeso y obesidad, el 41% presentó exceso de grasa corporal y el 28% riesgo cardiovascular. El 97% realiza actividad física: en referencia a la frecuencia de consumo de alimentos por semana se encontró un consumo < 2 veces por semana de: leche y derivados, huevos, carnes, leguminosas, verduras, tubérculos y de cereales; el 47% refirió un consumo diario de azúcar y el 44% de grasas. Conclusión: La prevalencia de hipertensión arterial alcanzó el 32% y este fue mayor en adultos mayores de 61 años de edad, en dicho grupo de edad, también se encontró mayor riesgo cardiovascular según circunferencia de cintura. Se presentó HTA en personas que tuvieron alto consumo de sal (> de 6 gr.). No se encontró relación entre la presencia de hipertensión arterial y práctica de actividad física, es decir, que al igual que el consumo de cigarrillo y alcohol, no está directamente relacionada con la presencia o ausencia de HTA”<sup>16</sup>.*

Fanárraga J. En el año 2013 realizó un estudio de enfoque cuantitativo, de diseño descriptivo, de corte transversal, cuyo objetivo fue determinar los **CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DOMICILIARIO EN PACIENTES ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN**



**CONSULTORIOS EXTERNOS DE CARDIOLOGÍA DEL HOSPITAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN – ESSALUD.** *“La muestra estuvo conformada por 130 pacientes. Se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento un cuestionario con preguntas cerradas. Se obtuvo como resultado que el 99% conocen los alimentos que debe consumir diariamente, los signos y síntomas de la enfermedad, el 98% conocen que deben realizar caminatas durante el día y un 70% desconocen los daños ocasionados por la hipertensión y el 28% desconocen que la hipertensión aumenta con la edad, sexo y obesidad. Se encuentra en el autocuidado el 69% se controlan la presión arterial, el 77% realizan ejercicios durante el día”<sup>17</sup>.*

Villegas S. En el año 2013, realizó un estudio cuantitativo cuyo objetivo fue describir los **FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR MODIFICABLES DE PACIENTES ADULTOS DEL CONSULTORIO DE NUTRICIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA IRIGOYEN ESSALUD- LIMA.** *“Material y métodos: se tomó en cuenta la encuesta en una población de 120 pacientes atendidos en consultorio de nutrición. Resultados: el 54.2% tuvo hipertrigliceridemia, el 53.3% hipercolesterolemia, el 32.9% HDL bajo, el 50.4% HDL normal y 16.7% HDL deseable, el 55% LDL elevado, el 33.8% VLDL elevado. El 38.8% tenía diabetes mellitus. El 25.4% fueron pacientes obesos y el 70.8% tuvo insuficiencia cardíaca crónica elevado”<sup>18</sup>.*

Condori D, Sánchez E, Miranda K. En el año 2011, realizaron una investigación tipo cuantitativo, diseño no experimental, de corte transversal, con el objetivo de determinar la relación entre el **CONOCIMIENTO Y LA PRÁCTICA DEL AUTOCUIDADO E HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL DISTRITO MISIONERO DE CHACLACAYO DE LA IGLESIA ADVENTISTA DEL SÉPTIMO DÍA. LIMA.** *“Material y métodos: mediante un muestreo probabilístico, sobre 123 participantes. Resultados: Respecto a las características de la población en estudio el 70% y 66,6% de los que presentaron hipertensión estadios 1 y 2*

*pertenecían al género femenino y masculino; respecto a la edad, el 35% y 66,7% de los que presentaron hipertensión estadios 1 y 2, pertenecían a la edad etárea a de 35 a 45 años y 46 a 56 años. Respecto al grado de estudio el 40% y 66,7%, de los que presentaron hipertensión estadios 1 y 2, pertenecían al nivel superior. En contraste con antecedentes familiares, el 40% y 66,6% de los que presentaron hipertensión estadios 1 y 2, mostraban antecedentes familiares. Con respecto al conocimiento sobre la presencia de hipertensión el 55,0% y el 100% de los que presentaron hipertensión arterial estadios 1 y 2, tenían conocimiento sobre la existencia de hipertensión arterial. Según la membresía eclesiástica, el 28,6% y 20% de los que presentaron hipertensión estadios 1 pertenecían a las iglesias de la Floresta y Chaclacayo; y el 5% y 10% de los que presentaron hipertensión 2 pertenecían a las iglesias de Villa Rica y Chaclacayo. Con respecto a la frecuencia de la hipertensión arterial; se encontró que el 35% mostraron pre-hipertensión y el 18.7% hipertensión estadios 1 y 2. Según el nivel de conocimientos de la hipertensión arterial, se encontró que el 55% y 66,7% de los que presentaron hipertensión estadios 1 y 2 presentaban nivel de conocimientos bueno y excelente. En el nivel de práctica de autocuidado, se encontró que el 75% y 99,9 % de los que presentaron hipertensión estadios 1 y 2 obtuvieron un nivel de deficiente a regular y de deficiente a bueno”<sup>19</sup>.*

**Los antecedentes citados muestran que los factores de riesgo de la hipertensión arterial están presentes en los pacientes, situaciones que agrava su pronóstico, sabiendo que se trata de una enfermedad crónica, cuya complicación principal está relacionada a problemas cardiovasculares. Además, el autocuidado constituye un determinante de la salud del paciente, generación de complicaciones, así como la determinación de la calidad de vida. Por tanto, es un problema que requiere atención.**

## **II.b. BASE TEÓRICA**

### **HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Esta enfermedad se define como la elevación constante de la presión arterial, por encima de “140 mm Hg y una diastólica superior a 90 mmHg, medidas en dos ocasiones diferentes con dos semanas de intervalo”<sup>20</sup>.

En el envejecimiento, el adulto mayor sufre cambios significativos en el sistema cardiovascular que deben distinguirse de los que provienen de alteraciones patológicas como la hipertensión arterial, “Esta enfermedad en el adulto mayor corresponde a una presión sistólica de 160 mmHg. o más y una presión diastólica de 95 mm Hg. a más.”<sup>21</sup>.

#### **Etiología:**

Se desconoce el mecanismo de esta enfermedad el más resaltante, denominada hipertensión esencial, “Primaria” (sin causa previa conocida) y ya que existen múltiples factores relacionados, puede ser originada por otra enfermedad. La hipertensión arterial secundaria, se origina por enfermedades endocrinas (hipotiroidismo, hipertiroidismo) y del riñón (Glomerulonefritis, nefropatías intersticiales, hidronefrosis, tumores renales aterosclerosis, displasias de arterias renales)<sup>22</sup>.

#### **Descripción clínica**

La hipertensión arterial es una enfermedad silenciosa y lentamente progresiva que se presenta en todas las edades con énfasis en personas entre 30 y 50 años, generalmente asintomática, que después de 10 o 20 años ocasiona daños a los órganos blancos. “La hipertensión arterial va acompañada de alteraciones funcionales. Algunos de los mecanismos fisiopatológicos que intervienen en la hipertensión arterial son: Cambios estructurales en el sistema cardiovascular, disfunción endotelial., el sistema nervioso simpático, sistema renina-angiotensina, mecanismos renales”<sup>23</sup>.

En las primeras fases de la hipertensión esencial, los pacientes presentan un gasto cardíaco elevado, y otros en menos cantidad, aumento de la

resistencia periférica. Se puede encontrar una frecuencia cardíaca aumentada por una circulación hipercinética. *“Algunos de estos pacientes evolucionan a hipertensión sostenida, aunque otros no modifican sus cifras tensionales hasta varios años sucesivos. Cuando la hipertensión está bien establecida, se tiene un gasto cardíaco normal, pero con una resistencia periférica aumentada. Si la hipertensión continua sin ser tratados, se encontrarán resistencias vasculares más aumentadas y el gasto cardíaco disminuido”* <sup>24</sup>.

Otras manifestaciones son: epistaxis, acufenos, palpitaciones, fatiga muscular e impotencia. Puede presentar también nicturia. En casos donde la hipertensión ha afectado bastante el sistema circulatorio, se puede presentar: ortopnea, edema agudo de pulmón o insuficiencia cardíaca congestiva, puede haber proceso de infarto de miocardio o una angina de pecho <sup>25</sup>.

### **Tratamiento**

Consiste en reducir el riesgo de enfermedades secundarias. Por ello, habitualmente se pretende conseguir una presión arterial normal inferior a 140/90 mmHg, en el caso de enfermedad renal inferior a 125/75 mmHg. El tratamiento está indicado independientemente de los síntomas perceptibles, ya que la hipertensión no presenta síntomas en su inicio. Las decisiones sobre el tratamiento tienen en cuenta no sólo el nivel de la presión arterial, sino también el perfil global de riesgos, es decir, la suma de los factores de riesgo individuales del paciente por la enfermedad cardiovascular (es decir, obesidad, diabetes y eventos como infarto de miocardio o ictus en la anamnesis) <sup>26</sup>.

### **FACTORES DE RIESGO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Los factores de riesgo son situaciones que desencadenan el aumento drástico de los valores de la presión arterial. Por tal razón es importante conocer los factores de riesgo modificables y no modificables que influyen

en el desarrollo de la enfermedad, son aquellas variables de origen biológico, físico, químico, psicológico, social, cultural, etc. que influyen frecuentemente en los futuros candidatos a presentar enfermedad <sup>27</sup>.

### **Factores de riesgo modificables**

La OMS, *“define los factores de riesgo modificables como hábitos y antecedentes que influyen en la probabilidad de desarrollar enfermedades de tipo cardiovascular, y que puede ser modificados y transformados”* <sup>28</sup>.

**El tabaquismo:** La mitad de dichas muertes son debidas a enfermedades cardiovasculares, el riesgo de infarto de miocardio es mucho más alto entre los fumadores que entre los no fumadores, y el de muerte súbita está aumentado más de 10 veces en los varones y más de 5 veces en las mujeres que fuman. El efecto del tabaco está en relación con la cantidad de tabaco consumida y con la duración del hábito tabáquico se llega a la conclusión que los fumadores tienen el doble de probabilidades de padecer hipertensión arterial <sup>29</sup>.

**Consumo de alcohol:** El exceso de alcohol aumenta la presión arterial y su efecto es mayor a nivel de la tensión máxima. *“Un consumo de 90 ml de alcohol al día (3 copas) es el umbral para elevar la presión arterial y se asocia con un aumento de 3mm/Hg. Es conveniente no sobre pasar los 30 g de alcohol por día”* <sup>30</sup>.

**El sedentarismo:** La vida sedentaria aumenta la masa muscular (sobrepeso), aumenta el colesterol. *“Una persona sedentaria tiene un riesgo mayor (20 a 50%) de contraer hipertensión”* <sup>31</sup>.

Las personas sedentarias tienen mayor riesgo de padecer enfermedades del corazón que las personas que realizan una actividad física moderada. El ejercicio físico quema calorías, ayuda a controlar el colesterol, la diabetes y la presión arterial. Pero también fortalece al corazón y hace más flexible las arterias.

**Psicológicos y sociales:** El estrés es un factor psicológico de riesgo mayor para la hipertensión. Se cree que contribuye al riesgo cardiovascular, pero aún no se sabe mucho sobre sus efectos, cómo y cuánto afecta el estrés depende de cada persona. Hay razones por las cuales el estrés puede afectar al corazón, el pulso se acelera, la presión arterial aumenta y esto puede desencadenar en una angina de pecho. *“El estrés libera adrenalina y ésta aumenta la presión arterial, la cual puede dañar las paredes de las arterias. El estrés tratado y superado disminuye este riesgo”*<sup>32</sup>.

**Factores nutricionales:** Elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se han asociado a la hipertensión arterial. El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia debido al poder aterogénico que incrementa los niveles de colesterol LDL.

El manejo de la alimentación integral del paciente hipertenso es fundamental, debe ser acompañado de una fuerte educación alimentaria para reducir los riesgos de enfermedades coronarias o aterosclerótica.

Se implementa un régimen con las siguientes características:

Hiposódica, con aporte calórico adecuado para la normalización del peso corporal, aporte adecuado de potasio estas pautas son aplicadas en la dieta DAHS (Enfoque Alimentario para Detener la Hipertensión), que resulta de eficacia antihipertensiva comprobada. El cumplimiento de estos dos pilares de tratamiento, modificación del estilo de vida y dieta terapia, permite una reducción de la presión sistólica de 5 a 10 mm/Hg, lo que equivale al descenso promedio logrado con la monoterapia medicamentosa<sup>33</sup>.

### **Factores no modificables**

Son aquellos factores relacionados directamente con la biología humana que contribuyen al aumento de la presión arterial tales como:

**Edad:** Es un factor que influye sobre las cifras de presión arterial, de manera que la presión arterial sistólica o máxima como la diastólica o mínima aumentan con los años y lógicamente se encuentra un mayor número de hipertensos a medida que aumenta la edad. *“Las personas mayores tienen mayor riesgo de padecer ataques cardíacos. Aproximadamente 4 de cada 5 muertes debidas a enfermedades cardíacas se producen en personas mayores de 65 años de edad”.*

En cuanto a la raza, los individuos de raza negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión que los de raza blanca, además de tener un peor pronóstico.

**Sexo:** Los varones tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que éstas llegan a la edad de la menopausia. Las mujeres hasta los 50 años están, por decirlo de alguna manera, protegidas por los estrógenos, pero esta protección desaparece después de los 50 y a los 60-65 años el riesgo es igual al de los hombres a partir de esta etapa la frecuencia en ambos sexos se iguala. *“Esto se debe a que la naturaleza ha dotado a la mujer con unas hormonas que la protegen mientras está en la edad fértil (los estrógenos) y por ello tienen menos riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, sin embargo, las mujeres jóvenes que toman píldoras anticonceptivas tienen más riesgo de desarrollar una patología cardíaca”* <sup>34</sup>.

**Enfermedades prevalentes:** muchas enfermedades están relacionadas a la hipertensión arterial, principalmente las enfermedades crónicas o las relacionadas a las circulatorias y metabólicas, tales como:

Dislipidemia: *“colesterol total  $\geq$  a 200mg/dL o colesterol LDL  $\geq$  a 130mg/dL o colesterol HDL < de 40 mg /dL y triglicéridos (TGC)  $\geq$  a 150 mg/dL.”*

Diabetes Mellitus: *“glicemia en ayunas  $\geq$  a 126 mg/dL en al menos dos ocasiones o glicemia casual  $\geq$  a 200 mg/dL asociada a síntomas clásicos.”*

Obesidad: El incremento de peso, está relacionado con riesgo seis veces mayor de padecer hipertensión arterial, al igual que un "IMC > de 27. Por cada 10 Kg. de aumento de peso la PAS aumenta de 2-3 mmHg y la PAD de 1-3 mmHg. La circunferencia abdominal de 85 cm. en mujeres y de 9.8 cm. en hombres está asociada a mayor riesgo de hipertensión, y a dislipidemia".

La diabetes mellitus, aumenta de dos a tres veces el riesgo de hipertensión. El trastorno del metabolismo conlleva a un cambio en el manejo de los lípidos además del daño vascular que produce la enfermedad.

Al respecto se ha encontrado investigaciones donde se demuestra que existen factores de riesgo asociados a la hipertensión, así se tiene la investigación de Diaz J, y otros donde encontraron: "La prevalencia de factores de riesgo de tipo comportamental fue: tabaquismo 12,5 %, consumo de bebidas alcohólicas 58,3 %, inactividad física en el tiempo libre 56,3 %, y dieta aterogénica 82,3 %. La prevalencia para factores de riesgo de tipo biológico fue: hipertensión arterial (HTA) 11,5 %, sobrepeso 45,8 %, diabetes 1 %, dislipidemia 61,5 %, y antecedentes familiares de ECV 58,3 %. Adicionalmente, se encontró que el riesgo de HTA fue significativamente mayor en varones, en individuos >40 años, en personas con un IMC >25, y en fumadores. En cuanto a la dislipidemia, el riesgo fue mayor en varones y en individuos >40 años" <sup>35</sup>.

## **PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO**

La HTA representa, en la actualidad, uno de los problemas socio sanitario más importante. En su etiología confluyen múltiples factores: genético-hereditarios, psicosociales y estilos de vida, entre otros. Por tratarse de un trastorno crónico que requiere cuidados permanentes para evitar complicaciones a futuro, un pilar fundamental en el tratamiento y control de la HTA es la capacidad de autocuidado. Muchos autores propuestos por Dorothea Orem y el Modelo de Promoción son importantes en la práctica de la investigación <sup>36</sup>.



Las prácticas de autocuidado son acciones o actividades que realizan las personas de forma voluntaria para mantener la salud y el bienestar de diferentes roles que desempeña y especialmente cuando se enfrenta a una enfermedad crónica. La hipertensión arterial es un problema en la salud de las personas la cual va generando pérdida de años de vida saludable y años productivos, generalmente produce incapacidad física, altos costos para el individuo y las instituciones de salud. 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 de autocuidado 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 un individuo responsable y productivo. Es por esto que los profesionales de la salud y en particular enfermería tienen una gran labor, dado que el personal de enfermería está capacitado para identificar las necesidades del paciente con hipertensión arterial y puede brindar atención particular e identificar las condiciones favorables para el control de la enfermedad.

Propiciar el autocuidado, facilitar la educación y la adopción de estilos de vida saludables es indispensable en la educación del paciente como parte del tratamiento. El paciente debe tener los conocimientos básicos de la hipertensión arterial y sus complicaciones, prevención de complicaciones, manejo de riesgo. Es evidente que la educación para la salud facilita la modificación en hábitos y comportamientos, lo que permite restablecer y conservar la salud.

*“El autocuidado abarca todas las prácticas realizadas independientemente por una persona para mantener su bienestar durante toda su vida. De esta manera, el déficit del autocuidado surge cuando el agente de autocuidado, es decir, la capacidad de un individuo para llevar a cabo las actividades del autocuidado es realmente insuficiente”<sup>37</sup>.*

## Dimensiones del autocuidado

### Nutrición

Este aspecto implica incluir una alimentación saludable necesaria para el control de la enfermedad. La alimentación debe de ser equilibrada; esto quiere decir que se debe planificar la alimentación, para reducir el riesgo de presentar complicaciones como: *“enfermedad cardíaca y derrame cerebral”*.

**Comidas diarias:** *“El consumo diario de los alimentos debería incluir lo siguiente: 4-6 porciones o medidas de cereales, pan, pasta, legumbres, 3-5 porciones de vegetales, 2-4 porciones de frutas, 2-3 porciones de leche, yogurt o queso, 2-3 porciones de alimentos que contienen proteína (carne, pescado, huevo). Cantidades pequeñas de grasas y aceites. Cantidades pequeñas de comidas dulces”*.

Se aconseja realizar 5 tomas (desayuno, media-mañana, comida, merienda y cena). En la etapa de vida adulta las comidas básicas corresponden al desayuno, almuerzo y cena, en horarios establecidos, acordes a la actividad que realiza.

**Consumo de sodio:** El sodio es el principal catión del líquido extracelular, por lo que es indispensable para su regulación. Puede absorberse tanto en el duodeno como el íleon terminal y el colon. Sólo el 5% del total consumido se excreta en las heces. Cuando la ingesta de sodio es muy baja pero suficiente para mantener las pérdidas basales, disminuyen los niveles de eliminación renal, manteniéndose similares a los niveles consumidos. Si el nivel de sodio disminuye por debajo de los valores basales, se produce un déficit de este mineral, reteniéndose toda la sal ingerida <sup>38</sup>.

*“La principal fuente de sodio en la alimentación es la sal común (40% de sodio), que se emplea en la cocina, en el procesado de alimentos y en la mesa. Un gramo de la misma está formado por 400 mg de sodio y 600 mg de cloro. Aparte de la ingestión de sodio o de sal aisladamente, el índice*

*sodio/potasio desempeña una función especialmente importante”<sup>39</sup>.*

El efecto positivo de una dieta rica en potasio se debe a una mayor eliminación de sodio y de agua por los riñones. Una dieta rica en frutas y verduras también reduce la presión arterial.

**Control del consumo de alimentos de alto valor calórico:** El consumo de calorías debe ser controlado de manera estricta, la acumulación de lípidos en las arterias no favorece la oxigenación, en tal sentido es necesario evitar o reducir los alimentos que sean ricos en grasa saturada (más de 20% de la grasa total se considera alto). Ingerir demasiada grasa saturada es uno de los mayores factores de riesgo para la cardiopatía. Los alimentos ricos en este tipo de grasa incluyen: las yemas del huevo, los quesos duros, la leche entera, la crema de leche, el helado, la mantequilla y las carnes grasosas (y porciones grandes de carnes).

Son ideales los alimentos de proteína magra, como soja (soya), pescado, pollo sin piel, carne muy magra y productos lácteos descremados o al 1%.

Consumir menos calorías no significa necesariamente comer menos alimentos. Para poder reducir calorías sin comer menos y sentir hambre, necesita sustituir algunos alimentos de alto contenido calórico por otros alimentos que sean bajos en calorías y grasas y que le hagan sentir satisfecho. Por lo general, estos alimentos tienen un alto contenido de agua y fibra alimentaria.<sup>40</sup>.

### **Actividad física**

La actividad física debe formar parte integral del plan de tratamiento en toda persona que sabe que tiene enfermedad crónica.

**Ejercicio físico:** Por lo general, no se aconseja el entrenamiento de resistencia para las personas con hipertensión arterial, más aún cuya presión arterial se controla en forma deficiente. Como una regla, debe realizarse el ejercicio aeróbico, siempre que la intensidad del ejercicio se adapte a las condiciones individuales. Dependiendo de la edad cada vez

más avanzada y de la duración de la hipertensión arterial, se prefiere el ejercicio con una intensidad leve a moderada, mientras que las formas intensas del ejercicio son aconsejables solo para aquellos cuyo buen estado físico cardiovascular sea óptimo.

**Control de peso:** Se debe compaginar la dieta con el ejercicio y si estos no son suficientes para controlar la hipertensión arterial se añadirán fármacos, sin abandonar la dieta <sup>41</sup>.

**Responsabilidad y salud:** Estudios arrojan que *“el porcentaje de pacientes tratados que tienen un buen control de la tensión arterial es sólo del 30%, 7% y 4,5% en los EE. UU., el Reino Unido y Venezuela, respectivamente. En el Sudán, sólo el 18% de los pacientes que no cumplen bien el tratamiento logran un buen control de la tensión arterial, mientras que en el caso de los que cumplen, ese porcentaje es del 96%”*<sup>42</sup>.

El paciente hipertenso tiene que hacer cambios en su vida diaria, depende de él y su responsabilidad para cumplir con los controles médicos y de enfermería.

**Control médico:** En el seguimiento a largo plazo la periodicidad de las visitas de control dependerá de: nivel de HTA; existencia de afectación visceral; existencia de frecuencia relativa cardiovascular, y alteraciones analíticas.

En la etapa inicial y en los grados 1 y 2 de HTA no complicada se realizará un control al mes de iniciar el tratamiento. En cada visita de control se realizará: el control de presión arterial; se comprobará el cumplimiento del tratamiento y complementación de las medidas no farmacológicas y existencia de efectos secundarios. *“Una vez estabilizado el paciente se programarán visitas de control de 3-6 meses”* <sup>43</sup>.

**Seguimiento del tratamiento:** En el tratamiento a largo plazo, un objetivo principal es lograr un buen seguimiento del tratamiento. La cumplimentación terapéutica inadecuada es responsable en dos tercios de los casos de la ausencia de control de la presión arterial. En este sentido

es necesario ofrecer una mayor información, haciendo participar al paciente activamente en el control de su hipertensión arterial.

*“La reducción en la PA, aunque no sea óptima, ayuda a disminuir el riesgo total, sin embargo, la PA se debe disminuir por lo menos a 140/90 mmHg (sistólica/diastólica), y a cifras aún menores según tolerancia, en todos los pacientes hipertensos.”* <sup>44</sup>.

En el tratamiento farmacológico los principales beneficios del tratamiento antihipertensivo se deben a la mejoría de la PA. Cinco clases mayores de agentes antihipertensivos son aptos para el inicio y el mantenimiento del tratamiento antihipertensivo, solos o en combinación diuréticos tiazidas, bloqueantes del calcio, inhibidores de la ECA (IECA), bloqueantes del receptor de angiotensina (BRA) y beta-bloqueantes. Los beta-bloqueantes, sobre todo en combinación con un diurético tiazida, no se debe usar en pacientes con el síndrome metabólico o con alto riesgo de incidencia de diabetes. En estos pacientes, el carvedilol, nebivolol o indapamida de liberación lenta pueden ser aptos. Los inhibidores de la renina, tales como el aliskiren, aunque no disponibles en todos los países, han demostrado ser efectivos como agentes antihipertensivos, sin embargo, aún se aguardan los resultados de algunos ensayos, y todavía se desconoce la relación coste/beneficio de estos agentes. En muchos pacientes se necesita más de una droga, así que combinaciones fijas pueden ser útiles para mejorar el cumplimiento y aumentar el éxito en el control de la presión arterial. Para el manejo de la HTA están incluidos los siguientes fármacos: Inhibidores de enzima convertidora de Angiotensina (IECA, como el enalapril), bloqueadores de los receptores de Angiotensina (BRA), beta bloqueadores, bloqueadores de los canales de calcio (BCC) y diuréticos tipo tiazidas (como la hidroclorotiazida) <sup>45</sup>.

Betas bloqueadores (metoprolol, atenolol, bisoprolol, carvedilol): Estos fármacos han demostrado reducir la mortalidad en pacientes hipertensos y pueden utilizarse como monoterapia o en tratamiento combinado.

Monoterapia. Permite el control adecuado de pacientes clínicamente manifiestan hipercinesia circulatoria (taquicardia sinusal de reposo, hipertensión arterial de predominio sistólico y respuesta hipertensiva con el ortostatismo).

**Terapia combinada:** Aquellos pacientes con hipertensión esencial grave que requieren terapia combinada para normalizar las cifras tensionales o que tienen manifestaciones de daño en órganos “blanco”; en este grupo de pacientes, los beta bloqueadores pueden asociarse a cualquier grupo de fármacos o a varios de ellos simultáneamente para normalizar las cifras de presión arterial. *“Conviene recordar que estos fármacos no deben utilizarse cuando hay bradicardia sinusal (frecuencia cardiaca < de 60 por min.), asma bronquial, o neumopatía obstructiva crónica (especialmente en grandes fumadores), o deben discontinuarse cuando los efectos indeseables así lo justifiquen: aparición de bradicardia sinusal, bloqueo AV de 2º grado o mayor, disnea o fatigabilidad incapacitante o bien impotencia sexual”* <sup>46</sup>.

Para conseguir la aplicación de estas medidas es necesaria la participación integrada de la atención primaria con la especializada, de la enfermería (con una actividad fundamental en este aspecto), asistentes sociales y nutricionista. El paciente hipertenso debe realizar control de glucosa, colesterol, triglicéridos. Si la presión arterial permanece estable y controlada durante 1 año, se puede plantear una disminución de la dosis, y/o del número de fármacos, de una forma lenta y progresiva, insistiendo simultáneamente en las medidas no farmacológicas y manteniendo un control de las cifras de presión arterial para detectar posibles aumentos <sup>47</sup>.

**Manejo del estrés:** El estrés como fenómeno multifactorial constituye una respuesta de adaptación del organismo para hacer frente a demandas del medio para las cuales la persona tiene o cree tener limitados recursos. Sin embargo, cuando estas repuestas ante las situaciones estresantes son muy intensas, frecuentes o duraderas, el estrés puede traer complicaciones en

la salud, ya sea desencadenando la aparición de un trastorno, complejizando su cuadro clínico o perpetuando su sintomatología. Diversos autores han realizado numerosos estudios que han relacionado el estrés con la hipertensión esencial.

*“La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido la importancia que puede representar el estrés en esta alteración cardiovascular y también ha subrayado la dificultad de cuantificar esa influencia en el desarrollo de esta enfermedad.”*

**Estrategias de afrontamiento del estrés:** cuando se habla de afrontamiento, se hace referencia *“a los esfuerzos tanto cognitivos como conductuales que realiza la persona para manejar el estrés psicológico, independientemente de sus resultados”*. El afrontamiento juega un papel mediador entre las circunstancias estresantes y la salud, las estrategias focalizadas en el problema se relacionan con resultados más positivos, mientras que las centradas en la emoción parecen relacionarse con la ansiedad y la depresión. La evitación se asocia negativamente con las formas de afrontamiento centradas en el problema reflejadas a través de la relajación frente a situaciones estresantes <sup>48</sup>.

### **Soporte interpersonal**

**Relación interpersonal:** Se define como una relación de largo plazo entre dos o más personas, estas asociaciones pueden basarse en emociones como el amor y el gusto, negocios y actividades sociales. Las relaciones interpersonales tienen lugar en una gran variedad de contextos, como la familia, amigos, matrimonio, amistades, trabajo, barrios, entre otros.

**Expresión de sentimientos:** Los sentimientos de afecto, cariño, respeto y consideración, consideración y amor, se desarrollan a medida que existe un mayor conocimiento y compenetración al realizar las diferentes actividades colectivas <sup>49</sup>.

## **Etapas de vida adulto**

El Ministerio de Salud del Perú, “*considera al adulto de 20 a 59 años de edad como aquel individuo, varón o mujer que desde el aspecto físico ha logrado una estructura corporal definitiva, biológicamente ha concluido su crecimiento, psicológicamente ha adquirido una conciencia y ha logrado el desarrollo de su inteligencia, en lo sexual ha alcanzado la capacidad genética; socialmente obtiene derechos y deberes ciudadanos económicamente se incorpora a las actividades productivas y creadoras*”.

Adulto Joven (20 a 24 años): Inicia el desarrollo de su proyecto de vida, ya que empieza asumir responsabilidades en esta etapa de vida.

Adulto Intermedio (25 a 54 años): Esta etapa se caracteriza por ser económicamente independiente tiene responsabilidad familiar generada o de origen.

Adulto Pre mayor (55 a 59 años): Es una etapa de transición hacia el envejecimiento, implica una menor función reproductiva en el varón y el cese de esta función en la mujer <sup>50</sup>.

## **INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA FRENTE AL CUIDADO DEL PACIENTE HIPERTENSO**

La meta de enfermería es prevenir y disminuir los riesgos para la salud, a través de un cuidado integral, al mismo tiempo que se mejora la capacidad del individuo y/o de la comunidad para la práctica del autocuidado. En esta etapa del proceso, enfermería realiza intervenciones propias de su disciplina que están específicamente definidas para la educación de la salud puesto que se apoyan en el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios en los estilos de vida, así como la promoción de hábitos saludables en niños y adolescentes y en la población de riesgo.

La enfermera como educadora pone énfasis con los hábitos de vida depende en gran medida de los conocimientos, habilidades de



comunicación, experiencia y dedicación del profesional sanitario. La labor de enfermería consistirá en informar al paciente sobre la importancia de las mismas y el beneficio que se deriva de su cumplimiento, educar en pautas nutricionales, de ejercicio, de abandono del consumo de tabaco o de alcohol y, sobre todo, en la supervisión del mantenimiento de estas medidas a largo plazo. La dificultad para conseguir este último aspecto es causa frecuente de fracaso terapéutico. Actualmente se dispone de múltiples herramientas para abordar las modificaciones del estilo de vida, por lo que es fundamental la formación continuada en este campo <sup>51</sup>.

Las actividades asistenciales de los profesionales de enfermería se centran en la prevención secundaria, en el control de las patologías crónicas. Las funciones de enfermería están registradas, ligadas directamente con los programas y protocolos puestos en marcha por la administración sanitaria. Enfermería participa activamente en todas las etapas de la enfermedad: prevención, detección, evaluación clínica, tratamiento y seguimiento. Estas intervenciones enfermeras se desempeñan dentro de un trabajo de equipo que comparte metodologías y tiempos similares.

Fortalecer la capacidad individual para manejar sus problemas emocionales, así como la comunicación y socialización.

Eliminar o minimizar la limitación impuesta por el problema de salud que tiene.

Procurar que el adulto mayor realice su autocuidado, estimularlo al manejo de sus finanzas y en general que dirija su vida.

Ayudar al adulto mayor a desarrollar un concepto positivo de sí mismo.

Asegurar que las necesidades básicas elementales como son: nutrición, sueño, ejercicios y hábito intestinal estén cubiertas.

Para el logro de buenos resultados se debe tener en cuenta las características sociodemográficas de los pacientes para orientar las

estrategias del cuidado a impartir en cada grupo poblacional. Sobre todo, que los aspectos enfocados al autocuidado y seguimiento del tratamiento bajo régimen estricto nutricional. Además, para controlar la patología se requiere que el paciente adquiriera la responsabilidad de cumplir con las indicaciones y sugerencias del profesional, poniendo en práctica un estilo de vida saludable, para evitar complicaciones que generan dependencia y altos costos para la familia y la sociedad, dentro del paquete de atención del adulto encontramos: evaluación integral del adulto, consejería, intervenciones preventivas, tema educativo visita domiciliaria y atención del daño <sup>52</sup>

## **TEORÍA DE ENFERMERÍA**

### **DOROTHEA OREM: EL AUTOCUIDADO**

La teórica de enfermería Dorothea Orem refiere: *"El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar"* <sup>53</sup>.

Esta teoría permitirá a la enfermera como educadora ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de dicha enfermedad" como la *hipertensión Arterial*". La enfermera hará uso de sesiones educativas, actividades preventivas promocionales, brindar apoyo emocional ante esta enfermedad, con la finalidad de que tomen conciencia de su autocuidado.

### **NOLA PENDER: PROMOCIÓN DE LA SALUD**

*"El modelo de la promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los*

*hallazgos de investigación de tal manera que faciliten de generación de hipótesis comparables. Esta teoría continúa siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influya en las modificaciones de la conducta sanitaria". Hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora en su calidad de vida* <sup>54</sup>.

**HELEN ERICKSON, EVELYN M. TOMILIN, MAR ANN P. SWAIN  
"TEORÍA MODELACIÓN DEL ROL".**

Consideran la enfermedad como un modelo basado de autocuidado en la percepción que el paciente tiene del mundo y en las adaptaciones a los factores estresantes. Se trata de una teoría holística que promueve el crecimiento y desarrollo del paciente a la vez que reconoce las diferencias individuales de acuerdo con la opinión del paciente sobre el mundo y de sus propias aptitudes <sup>55</sup>.

**II.c. HIPOTESIS**

**II.c.1. HIPÓTESIS GLOBAL**

Los factores de riesgo son predominantes y las prácticas de autocuidado son inadecuadas en el paciente adulto hipertenso atendido en el puesto de salud La Venta Baja Ica, enero-2017.

**II.c.2. HIPÓTESIS DERIVADAS**

H.D.1: Los factores de riesgo predominantes son los no modificables en el paciente adulto hipertenso atendido en el puesto de salud la Venta Baja Ica, enero-2017.

H.D.2: Las prácticas de autocuidado según sean: nutrición, actividad física, responsabilidad y salud, manejo del estrés y soporte interpersonal son inadecuadas en el paciente adulto hipertenso atendido en el puesto de salud La Venta Baja Ica, enero -2017.

## II.d. VARIABLES

V1: Factores de riesgo de hipertensión arterial

V2: Prácticas de autocuidado

## II.e. DEFINICIÓN DE CONCEPTOS OPERACIONALES

**Factor de riesgo:** Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

**Prácticas de autocuidado:** El autocuidado tiene que ver con aquellos cuidados que se proporciona la persona para tener una mejor calidad de vida, autocuidado individual, o los que son brindados en grupo, familia, o comunidad,

**Hipertensión arterial:** Es un síndrome caracterizado por elevación de la presión arterial (PA) mayor a 120 mmHg sistólica y 80 mmHg diastólica.

**Adulto:** Es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etáreo que comprende personas que tienen entre 20 y 59 años.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **III.a. TIPO DE INVESTIGACIÓN:**

Este estudio de investigación fue de tipo cuantitativo, porque los resultados se expresan en frecuencias y porcentajes. De acuerdo a su alcance es descriptivo porque se determinó las características de cada variable de estudio y no se manipulan. De acuerdo al intervalo de ocurrencia es de corte transversal, porque los datos se obtuvieron en un momento y espacio determinado.

### **III.b .ÁREA DE ESTUDIO:**

El estudio se realizó en el Puesto de salud La Venta Baja, ubicada en el distritito de Santiago Panamericana Sur km.330. Atiende durante las 12 horas, cuenta con el servicio de medicina, obstetricia, dental, laboratorio, farmacia, enfermería y/o consultorio SIS.

### **III.c. POBLACIÓN Y MUESTRA:**

La población- muestra estuvo conformada por 50 pacientes atendidos en el puesto de salud para la investigación. Para el que se consideró criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Pacientes hipertensos que deseen participar
- Pacientes hipertensos con capacidad de responder el cuestionario

Criterios de exclusión:

- Pacientes que ingresen con algún cuadro hipertensivo
- Pacientes hipertensos que no deseen participar

### **III.d. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

La técnica de recolección de datos fue la encuesta para la medición de ambas variables, y como instrumento fue un cuestionario tomando en cuenta los indicadores resultantes de la operacionalización de las variables, diseñado con preguntas de opción múltiple, dividido en dos partes: Factores

de riesgo de la hipertensión, incluyó cuatro ítems, contenido propiamente dicho, con respecto a la primera variable que incluyó 16 preguntas y 29 preguntas para prácticas de autocuidado. Este instrumento fue validado por juicio de expertos y su confiabilidad fue demostrada a través del coeficiente Alfa de Cronbach.(0.82).

### **III.e. DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Para la respectiva recolección de datos se solicitó la autorización respectiva al jefe del puesto de salud, para que brinden las facilidades del caso y su autorización para la recolección de datos, así mismos se pidió autorización a los pacientes para su participación en el estudio, se le brindó un tiempo de 15 minutos para el desarrollo. Antes de comenzar se les explicó a los pacientes sobre el trabajo de investigación y sus objetivos del estudio, dichos instrumentos fueron desarrollados en forma anónima respetando en todo momento su confidencialidad.

### **III.f. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS:**

Una vez obtenido los datos se procesaron manualmente para la creación de una tabla matriz, la misma que fue procesada electrónicamente utilizando el programa Microsoft Excel versión 2013, permitió la elaboración de tablas estadísticas con valores porcentuales y los gráficos.

Se codificó los valores obtenidos en cada respuesta del instrumento, las cuales fueron procesados para determinar los valores finales. Para la primera variable se utilizó la medida de tendencia central que es la moda. Para la segunda variable se utilizó la media aritmética, de tal manera que:

#### **Dimensión Nutrición:**

- Adecuada: 21 a 26 puntos
- Inadecuada: 6 a 20 puntos

#### **Dimensión actividad física:**

- Adecuada: 11 a 16 puntos
- Inadecuada: 4 a 10 puntos

**Dimensión responsabilidad y salud:**

- Adecuada: 29 a 48 puntos
- Inadecuada: 8 a 28 puntos

**Dimensión manejo del estrés:**

- Adecuada: 22 a 36 puntos
- Inadecuada: 6 a 21 puntos

**Dimensión soporte interpersonal:**

- Adecuada: 13 a 20 puntos
- Inadecuada: 5 a 12 puntos

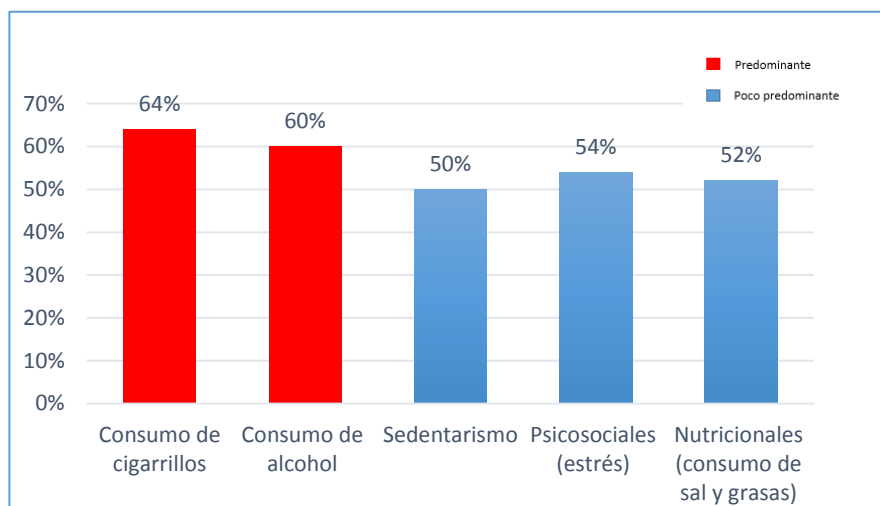
**Dimensión practica de autocuidado:**

- Adecuada: 73 a 116 puntos
- Inadecuada: 29 a 72 puntos.

**CAPÍTULO IV**  
**ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS**

**GRÁFICO 1**

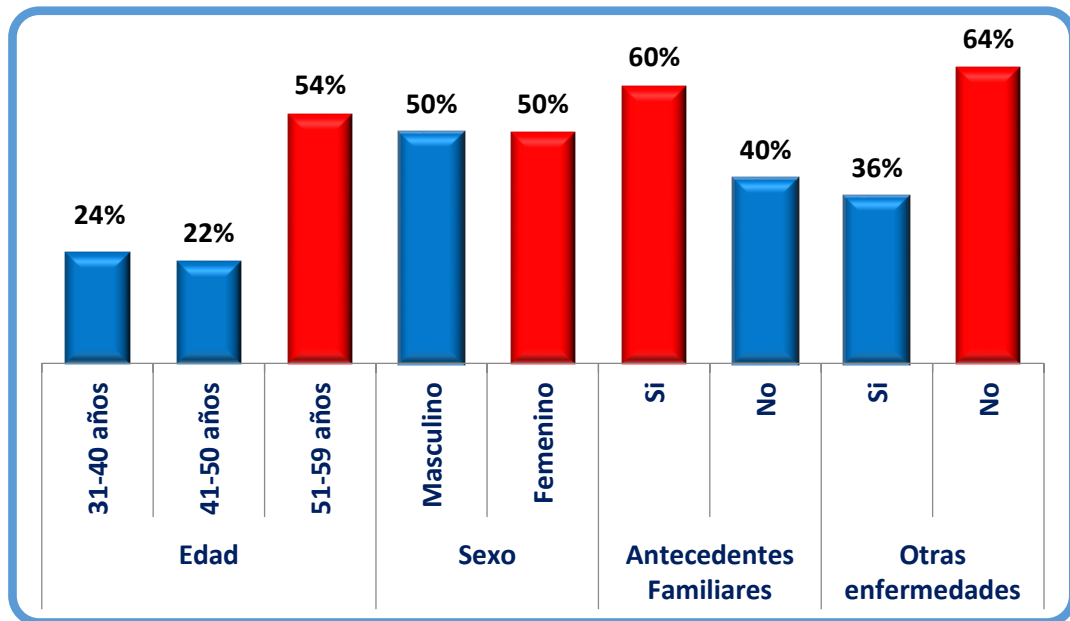
**FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES EN LOS PACIENTES  
HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD  
LA VENTA BAJA ICA,  
ENERO-2017**



Este gráfico muestra los factores de riesgo de la hipertensión según sean modificables encontrando como factores predominantes, el consumo de cigarrillos 64%(32) y el consumo de alcohol 60%(30).

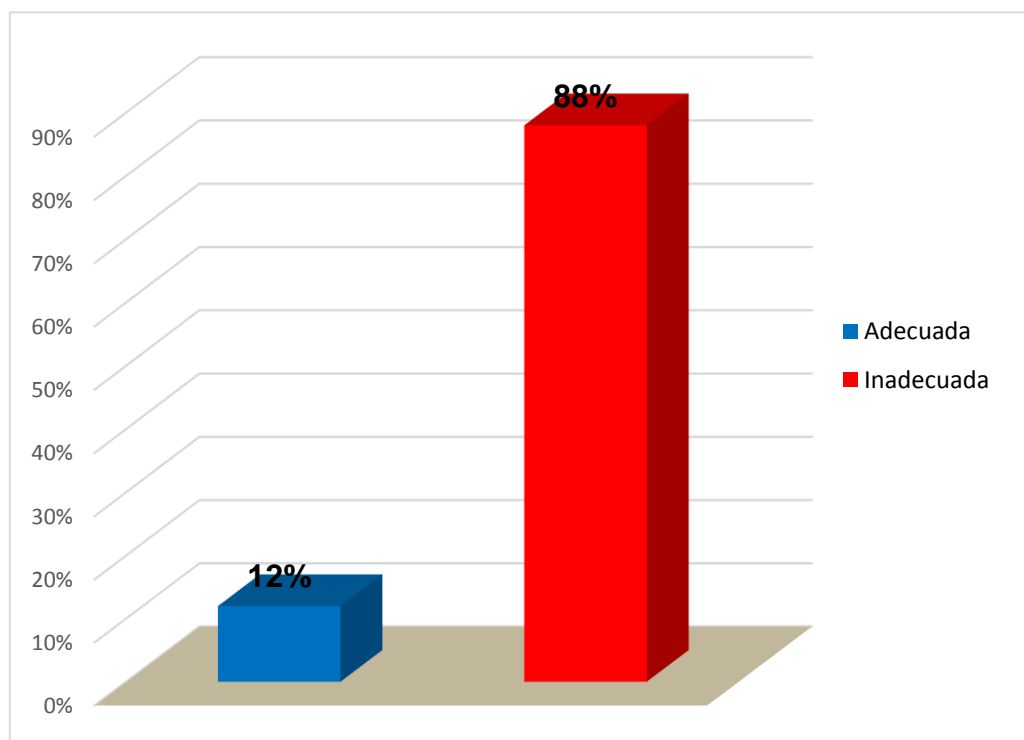


**GRÁFICO 2**  
**FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES EN LOS PACIENTES**  
**HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD**  
**LA VENTA BAJA ICA,**  
**ENERO-2017**



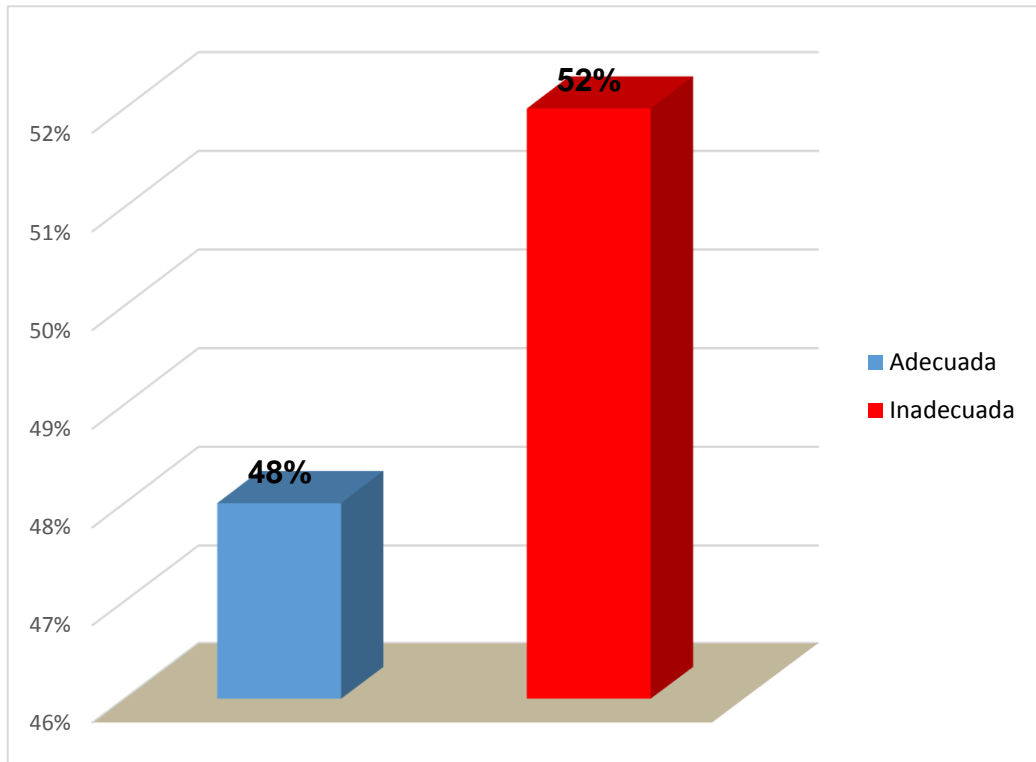
Se observa que los factores de riesgo predominantes son los antecedentes familiares con un 60% (30) y la edad de mayor predominancia, se presenta en pacientes de 51-59 años un 54% (27) y solo un 36%(18) presentan enfermedades asociadas a la hipertensión.

**GRÁFICO 3**  
**PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIONES NUTRICIÓN**  
**EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS**  
**EN EL PUESTO DE SALUD**  
**LA VENTA BAJA ICA,**  
**ENERO -2017**



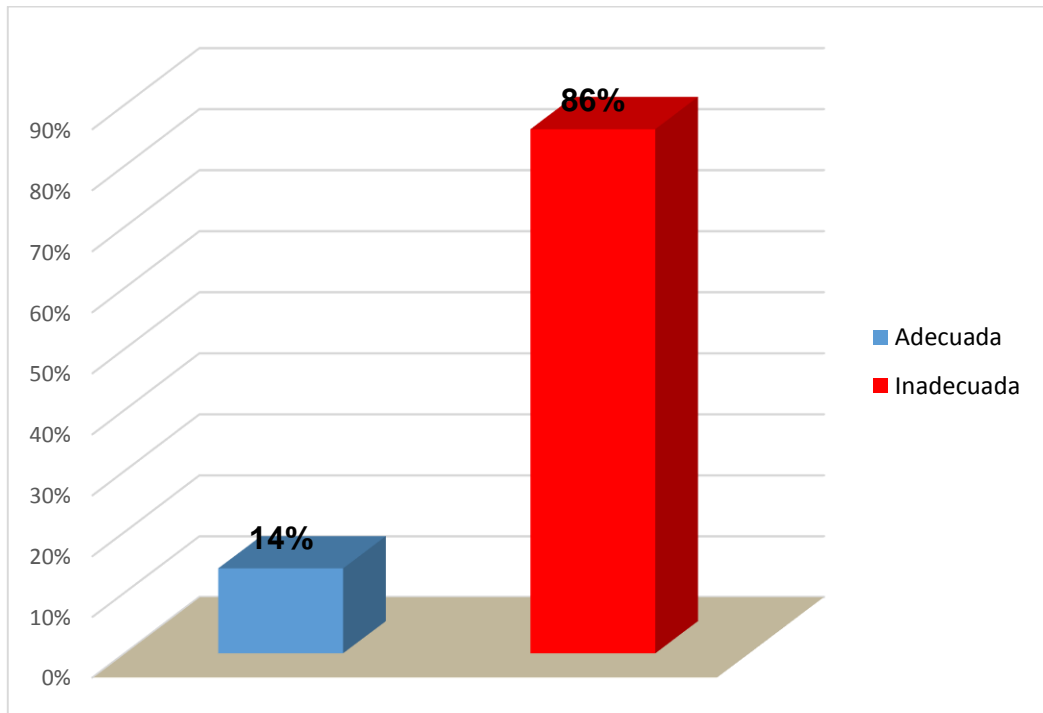
La práctica de autocuidado según dimensión nutrición fue inadecuada alcanzando 88%(44) y sólo 12%(6) fue adecuada.

**GRÁFICO 4**  
**PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN ACTIVIDAD FÍSICA**  
**EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS**  
**EN EL PUESTO DE SALUD**  
**LA VENTA BAJA ICA,**  
**ENERO- 2017**



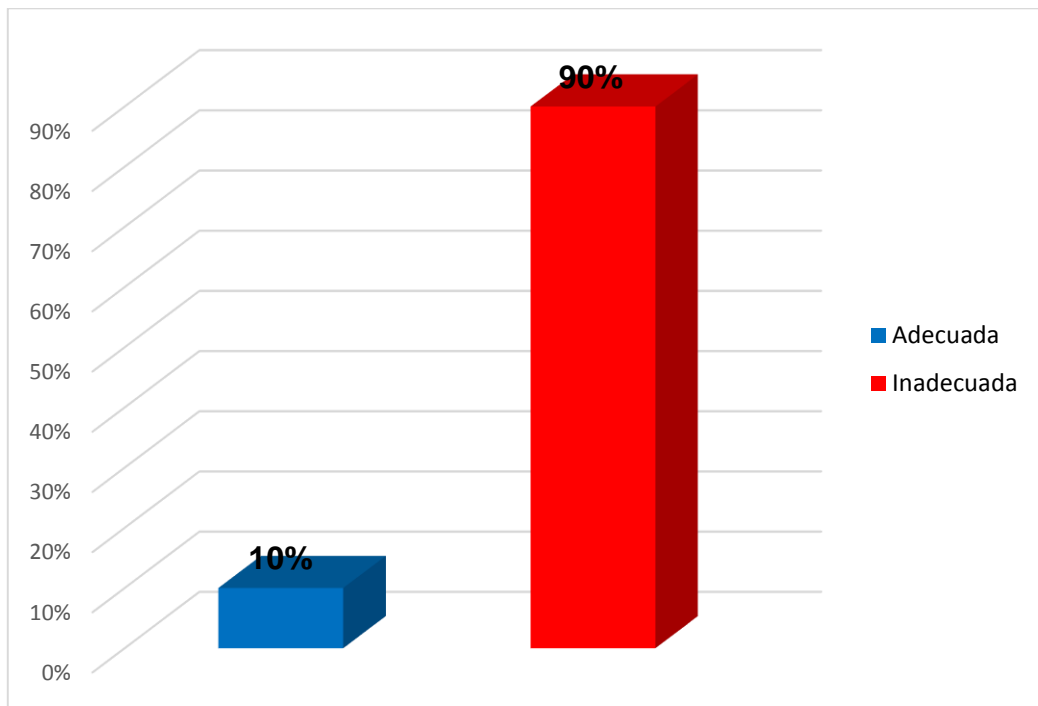
En la dimensión actividad física fue inadecuada en el 52%(26) de los pacientes hipertensos y sólo el 48%(24) fue adecuada.

**GRÁFICO 5**  
**PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN RESPONSABILIDAD Y**  
**SALUD EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS**  
**EN EL PUESTO DE SALUD**  
**LA VENTA BAJA ICA,**  
**ENERO -2017**



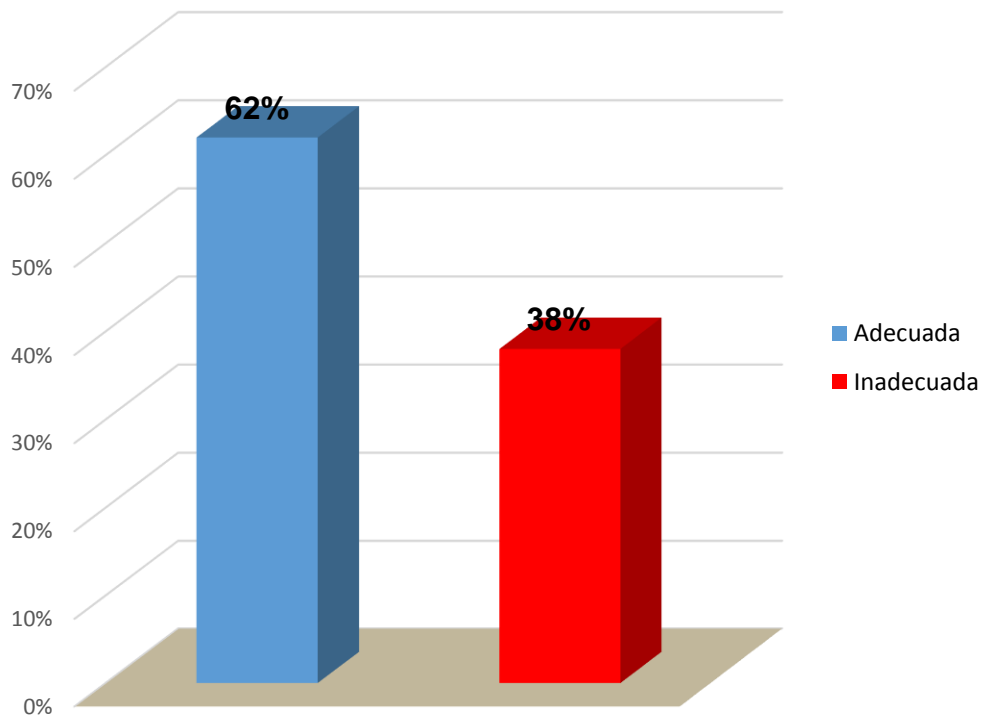
Se observa que según la dimensión responsabilidad y salud de la práctica de autocuidado en los pacientes hipertensos fue inadecuada en el 86%(43) y adecuada en el 14%(7)

**GRÁFICO 6**  
**PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN MANEJO DEL ESTRÉS**  
**EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS ATENDIDOS**  
**EN EL PUESTO DE SALUD**  
**LA VENTA BAJA ICA,**  
**ENERO-2017**



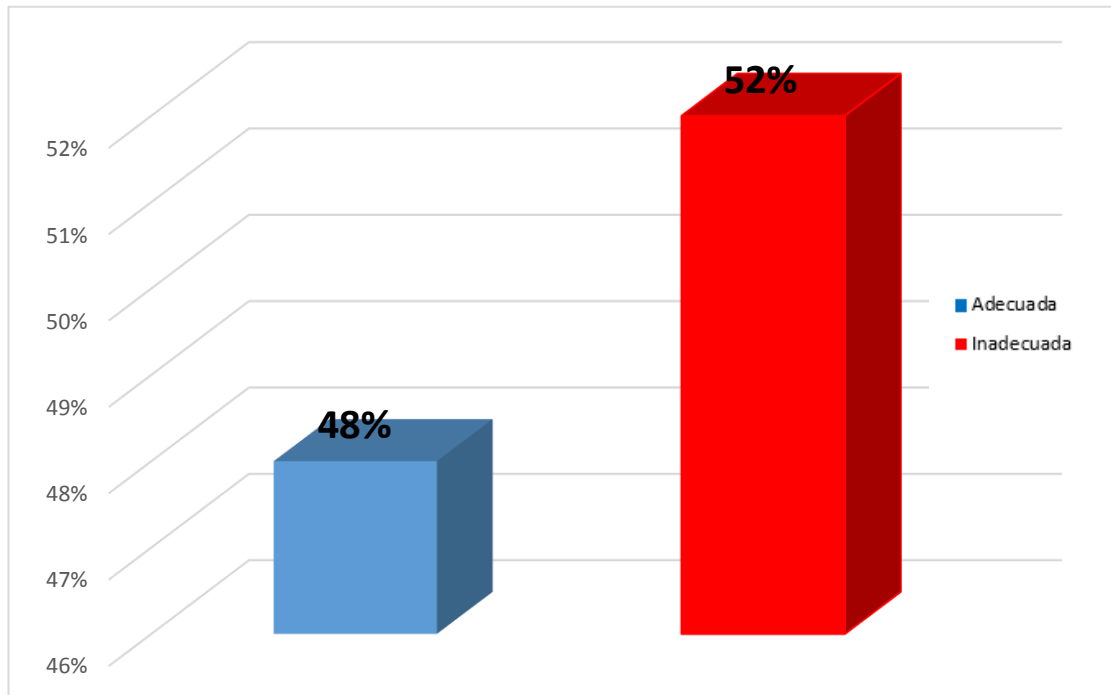
Según la dimensión manejo de estrés la práctica de autocuidado fue inadecuada en el 90%(45) y adecuada en el 10%(5) de los pacientes.

**GRÁFICO 7**  
**PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN SOPORTE**  
**INTERPERSONAL EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS**  
**ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD**  
**LA VENTA BAJA ICA,**  
**ENERO -2017**



Se observa que la práctica de autocuidado según dimensión soporte interpersonal fue adecuada en el 62%(31) de los pacientes hipertensos existiendo un 38%(19) que presentó práctica inadecuada.

**GRÁFICO 8**  
**PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO EN LOS PACIENTES**  
**HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL PUESTO**  
**DE SALUD LA VENTA BAJA ICA,**  
**ENERO-2017**



Se observa que la práctica de autocuidado fue inadecuada en el 52%(26) de los pacientes hipertensos existiendo un 48%(24) que presentó práctica adecuada.

#### IV.b. DISCUSIÓN:

Dentro de los datos generales de los pacientes hipertensos se obtuvo que respecto a la edad, el 50% tenía edades entre 51 a 59 años, el sexo alcanzó 50% tanto para el masculino como femenino, el grado de instrucción fue secundaria en el 76% de pacientes. Similar resultado obtuvo Colman J<sup>15</sup>. Cuyo estudio arrojó que *la mayoría de su población de estudio era de sexo femenino, con edades comprendidas entre 41 y 50 y más años de edad, con diferente nivel académico con una mayoría secundaria completa*. El mismo que de acuerdo a la literatura consideran que las edades de mayor incidencia de pacientes hipertensos están entre las edades de 50 a más años, lo mismo que en esta investigación se demuestra. Sin embargo, las características difieren con los resultados de Arizaga M, Asitimbay J<sup>10</sup>. Ellos en su estudio obtuvieron que la edad más frecuente fue de > de 60 años (42.2%), el 60.8% son varones. Los aspectos relacionados con la hipertensión arterial demuestran que las condiciones sociodemográficas exponen a la población a desarrollar valores altos de presión arterial, al mismo tiempo cuentan con una base académica constituida por su instrucción lo cual facilita el aprendizaje y cuidado a la salud.

**Gráfico 1:** Se observa que los factores de riesgo de la hipertensión según sean modificables fueron predominantes, el consumo de cigarrillos con un 64% y consumo de alcohol un 60%. Resultados que evidencian la existencia de factores de riesgo de desarrollar hipertensión. Estudios de Tobías AL, Sierra B, Pineda T<sup>11</sup>. Refieren en su investigación que el 18.27% consumió alcohol, y el 16.45% fuma. Así mismo Aguas N<sup>16</sup>. En su estudio encontró que la población estudiada tiene un alto consumo de sal mayor a 6gr. Sin embargo se concluye que el consumo de cigarrillo y alcohol no está relacionado con la hipertensión.

De acuerdo a la base teórica, los hábitos nocivos como el consumo de cigarrillos están principalmente relacionado a su afección en la circulación, aspecto que potencializa el aumento de la presión arterial.



Los pacientes con patologías de este tipo de enfermedad mejoran los antecedentes no modificables, descuidan su salud, pese a tener antecedentes familiares, descuidan el aspecto preventivo y no se adhieren al tratamiento y recomendaciones que se le imparte.

**Gráfico 2:** Se observa que los factores no modificables fueron predominantes en cuanto a la edad 72% y antecedentes familiares 60% de los pacientes hipertensos. Resultados similares a los de Maguiña P.<sup>14</sup>, quién obtuvo en su estudio que la población que presenta factores de riesgo no modificable se encuentra en más alto porcentaje los antecedentes familiares.

Los factores no modificables constituyen aspectos o cualidades propias de la constitución biológica y humana de toda persona, motivo por el cual es difícil modificarlos, repercuten negativamente en la salud de las personas, de ahí el nombre de riesgo de salud. A pesar de tratarse de características no modificables, es necesario su identificación para su conocimiento y control que requiere el cuidado de la salud principalmente en edades avanzadas. Asimismo, el antecedente familiar predispone la existencia del desarrollo de hipertensión en futuras generaciones principalmente frente a la existencia de otros factores de riesgo contribuyentes.

**Gráfico 3:** Se observa que la práctica de autocuidado según dimensión nutrición fue inadecuada alcanzando 88% y 12% adecuada. Resultados que concuerdan con los de Molina S, Reyes J<sup>12</sup>. Cuyos resultados revelan que “en las dimensiones que corresponden a mantenimiento del consumo de alimentos suficientes y mantenimiento de equilibrio entre actividad y reposo presentaron porcentajes bajos pero significativos respecto a las categorías mala y muy mala capacidad de autocuidado”.

Dentro de los aspectos que constituyen situaciones o conductas de riesgo en desarrollar hipertensión se incluyen el consumo de grasa excesiva principalmente aquellas saturadas que solo condicionan acumulación de ateromas en las arterias impidiendo su tránsito y originando el elevado valor de la presión arterial, asimismo, el consumo excesivo de sal en las comidas,

es decir el consumo de sodio aumenta la retención de líquidos condicionando el aumento de la presión sanguínea. Este tipo de hábitos constituye una práctica inadecuada en la mayoría de personas adultas y son esos aspectos en los cuales se debe centrar el profesional de enfermería para educar y concientizar el cuidado de la salud favoreciendo el consumo de frutas y verduras.

**Grafico 4:** Se observa que la práctica de autocuidado en la dimensión actividad física fue inadecuada en el 52% de los pacientes hipertensos, los resultados son similares a los de Arizaga M, Asitimbay J<sup>10</sup>. En su estudio encontraron que *el 64.7% realiza actividad física <30 minutos 3 veces a la semana*. Diferentes a los resultados de Farranaga J<sup>17</sup>, Quien en su investigación encontró que el 77% realizan ejercicios en el día. En este sentido y basado en la literatura, es necesario destacar que la actividad física favorece la circulación, la falta de actividad física y más aún en personas adultas y adultas mayores, constituye una conducta desfavorable tanto en una persona sana como en una persona hipertensa.

Considerar actividades que potencian una óptima circulación evita muchas complicaciones como las cardiovasculares, por tanto se debe educar para mejorar sus estilos de vida saludables, el mismo que deben estar orientados a mejorar los hábitos alimenticios y la actividad física.

Promover la práctica de actividad física hoy en día es preocupación de las personas, instituciones de salud e incluso otras entidades que dentro de su ámbito se suman a realizar promoción de ejercicios físicos, caminatas, ciclismo, deporte, la misma que se toma en cuenta en todos los niveles de atención de salud, principalmente en el primer nivel, en esa instancia el profesional de enfermería se suma a dicha labor promocional.

**Grafico 5:** Se observa que las prácticas de autocuidado según la dimensión responsabilidad y salud en los pacientes hipertensos fue inadecuada en el 86% y adecuada en el 14%. Resultados que difieren a los de Fanárraga J<sup>17</sup>. *En cuanto a las prácticas de autocuidado el 69% se controlan la presión arterial*. Las personas que padecen hipertensión deben tener un control

estricto de su estado de salud, como se sabe la hipertensión se desarrolla como una enfermedad silenciosa, el aumento de la presión puede no generar síntomas hasta cuando ya se experimenta una crisis hipertensiva, estado en el cual manejarlo es muy difícil. En base a esta dimensión, es necesario que el paciente hipertenso controle constantemente su presión, cumpla con controles médicos, sin dejar de lado el conocimiento y práctica de estilos de vida saludables, evitar los hábitos nocivos como el consumo de tabaco es muy importante.

La capacidad de cuidarse así mismo en el paciente constituye una potencialidad de gran relevancia, esto se consolida solo cuando el paciente y la familia son conscientes en el cuidado de la salud. En este sentido, el rol de enfermería abarca la orientación de la familia a través de las diferentes técnicas educativas en salud que aseguren las medidas de prevención secundaria y terciaria en los pacientes hipertensos evitando la presencia de complicaciones de su enfermedad.

**Gráfico 6:** Según la dimensión manejo de estrés la práctica de autocuidado fue inadecuada en el 90% y adecuada sólo en el 10% de los pacientes. Resultados similares a los de Tobías AL, Sierra B, Pineda T<sup>11</sup>. En su estudio encontraron que *“el 62.66% no realiza ninguna actividad recreativa lo cual impide el manejo del estrés en los pacientes hipertensos*. Las situaciones generadoras de estrés condicionan inestabilidad emocional, baja de defensas en la persona, lo cual genera irritabilidad, altera los signos vitales, dentro de los que se incluye la presión arterial, la misma que se ve afectada mientras más tiempo se exponga a situaciones de estrés.

El manejo del estrés requiere la toma de conciencia de parte de los pacientes, la práctica de actividades recreativas, el descanso necesario sobre todo en el campo laboral evita exponerse a situaciones estresantes. Comúnmente las personas adultas llevan consigo la responsabilidad de manutención de la familia, generar recursos económicos, propiciar un ambiente familiar seguro, sin embargo, no siempre se logra por la presión en el trabajo, logro de metas, escaso trabajo en equipo, generando

situaciones estresantes que en algunos pacientes hipertensos pueden condicionar crisis hipertensivas.

Aunque este aspecto no se suele dar importancia, es necesario que el paciente hipertenso aprenda estrategias que ayuden a manejar el estrés y conservar su estado de salud.

**Gráfico 7:** Otro aspecto importante considerado como parte de la práctica de autocuidado corresponde a la dimensión soporte interpersonal, la cual fue adecuada en el 62% de los pacientes hipertensos existiendo un 38% que presentó práctica inadecuada. Resultados que se asemejan a los de Molina S, Reyes J<sup>12</sup>. Quienes concluyeron que *“la capacidad de autocuidado de los pacientes fue muy buena en 85.7%. A diferencia de Achury MF, Achury DM, Rodríguez SM. SepúlvedaG, Padilla MP, VelascoMP<sup>13</sup>, quien refiere que encuentran una capacidad de autocuidado de nivel medio y bajo.*

*En pacientes con hipertensión, la práctica de autocuidado es muy importante, en todo los niveles pues toda persona necesita de relacionarse y fortalecer su dimensión social, esto le proporciona el equilibrio dentro de su entorno social, iniciando en su entorno familiar, y favorecer a que tome en cuenta el apoyo de su familia para el cumplimiento de las recomendaciones y cambio de conductas que necesitan cambios; como el tipo de alimento, tener tiempo para relajarse, establecer el diálogo como herramienta de disipar el estrés sin llegar a conatos. Asimismo, otro escenario está constituido por el entorno laboral, lugar donde permanece por varias horas y que necesita socializarse efectivamente no solo para el logro de objetivos de la empresa sino para el logro de estabilidad emocional del trabajador, destacándose la importancia del soporte social en la persona hipertensa.*

**Gráfico 8:** En forma global, se observa que la práctica de autocuidado fue inadecuada en el 52% de los pacientes hipertensos existiendo un 48% que presentó práctica adecuada. Dichos resultados tienen similitud con el estudio realizado por Fanárraga J<sup>19</sup>. En cuya investigación destaca que *“En*

*el nivel de práctica de autocuidado, se encontró que el 75% de los que presentaron hipertensión obtuvieron un nivel de deficiente a regular”.*

Es necesario considerar que por años se ha tomado en cuenta que los determinantes del proceso salud enfermedad se arraigan principalmente en los estilos de vida como principales determinantes y culpables de la salud o enfermedad de las personas, de allí el fundamento y necesidad de trabajar en la promoción de la salud. Tomando en cuenta que el autocuidado constituyen conductas favorables al cuidado de la salud, es necesario considerar que las personas que padecen enfermedades crónicas como la hipertensión deben seguir estilos de vida saludables que incluyen la alimentación, actividad física, tiempo de recreación, descanso, relacionarse efectivamente con otras y controlar su salud, cada una de ellas no se manejan por separado, se consolidan para formar una forma de vida que posibilite la calidad de vida favorable, evitando al mismo tiempo el desarrollo de complicaciones principalmente cardiovasculares.

## CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### V.a. CONCLUSIONES

Los factores de riesgo en el adulto hipertenso que predominan son los no modificables **Por lo tanto se acepta hipótesis planteada**

Las prácticas de autocuidado según sean: nutrición, actividad física, responsabilidad y manejo del estrés son inadecuadas **Aceptándose la hipótesis planteada** para estas dimensiones, según la dimensión soporte interpersonal la práctica de autocuidado fue adecuada, **rechazándose la hipótesis planteada para esta dimensión.**

## V.b. RECOMENDACIONES

- Proponer a los responsables de la institución que tomen en cuenta algunos aspectos no modificables que se pueden controlar, y se requiere cumplir con las actividades necesarias de prevención primaria, secundaria y terciaria, reforzando más las actividades promocionales para alertar a la población adulta respecto a los factores de riesgo que pueden desencadenar la enfermedad, en este problema de alta incidencia la participación de la enfermera es importante, es necesario desarrollar actividades educativas que faciliten la comprensión y se adhieran al cuidado de su salud de los adultos.

Los profesionales de enfermería plantearan actividades a los enfocados al autocuidado, en todos los niveles, principalmente en el primer nivel de atención de salud, utilizando las diferentes técnicas educativas que permitan el abordaje de un buen estilo de vida como la alimentación, actividad física, manejo del estrés, control de la salud del adulto y soporte interpersonal en fortalecerlas o cambiarlas de ser necesarias con el seguimiento oportuno a través de la información, educación y comunicación continúa.

A medida que la edad avanza, el adulto mayor es más susceptible a cambios emocionales por las diferentes situaciones que se presentan en su entorno familiar, se encontró resultados de la presencia de estado emocional regular por lo que se pretende coordinar con el profesional de enfermería, debe comprometer a la familia o la persona que convive con el adulto mayor a fomentar la unión familiar, humanización, ya que en esta etapa deben disfrutar su vida con tranquilidad, sentirse queridos, por su familia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS. Hipertensión arterial. Washington; 2015. URL: <http://www.who.int/features/qa/82/es/>
2. La Nación: Prevalencia de hipertensión en Argentina.2015. [citado en Mayo 2016] URL disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/1899536-hipertension-arterial-uno-de-cada-tres-argentinos-la-padece>
3. Día mundial de la salud 2013- Departamento de comunicaciones. [citado en Julio 2016]URL: [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world\\_health\\_day\\_20130403/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world_health_day_20130403/es/)
4. OPS. Organización Panamericana de Salud. La hipertensión causa 800.000 muertes cada año en América Latina y el Caribe.2015. [citado en Diciembre 2016] URL: [www.paho.org/uru/index.php?option=com...id...OPS](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com...id...OPS) OMS. hipertensión.
5. *Organización Mundial de la Salud*. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Ginebra: OMS; 2014. Disponible en: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/>.
6. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de hipertensión en América Latina y el Caribe. He Journal of Clinical Hipertensión 2015: 17 (7) Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10951%3A2015-17-may-2015-world-hypertension-day-2015&catid=7261%3Aevents-1&Itemid=41466&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10951%3A2015-17-may-2015-world-hypertension-day-2015&catid=7261%3Aevents-1&Itemid=41466&lang=es)
7. Instituto Nacional de Informática y estadística. Enfermedades trasmisibles y no trasmisibles 2014.Lima Abril 2015.Disponible en [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1212/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1212/Libro.pdf)
8. Maguiña P. Factores de riesgo que predisponen a hipertensión arterial en pacientes que acuden al servicio de triaje del Centro de Salud Max



Arias Schreiber. [Tesis de licenciatura] Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima; 2014. URL:

[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3536/1/Magui%C3%B1a\\_dp.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3536/1/Magui%C3%B1a_dp.pdf)

9. Dirección Regional de Salud de Ica. Análisis de la situación de salud de la región Ica, 2014. Oficina de Epidemiología. URL: disponible en : [http://www.dge.gob.pe/portal/Asis/indreg/asis\\_ica.pdf](http://www.dge.gob.pe/portal/Asis/indreg/asis_ica.pdf)
10. Arizaga M, Asitimbay J. Conocimiento, actitudes y prácticas de los pacientes con diagnóstico de hipertensión que acuden al servicio de cardiología consulta externa del IESS Seguro de Salud Sede central Cuenca [Tesis para optar el grado de licenciatura]. Ecuador 2015. [Fecha de acceso el 29 de marzo del 2016]. URL disponible en: [http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/23495\\_](http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/23495_)
11. Tobías AL, Sierra B, Pineda T. Situación del Adulto mayor en sus dimensiones biológicas, socioeconómicas, estilos de vida y sistema de atención de salud en el departamento de Zacapa Guatemala. [Tesis para optar el grado de licenciatura] Universidad San Carlos de Guatemala. Disponible en: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/1570/>
12. Molina S, Reyes J. Capacidad de autocuidado en pacientes hipertensos en el centro de salud del sur de Veracruz [Tesis para optar el grado de licenciatura]. México 2013. [Fecha de acceso el 29 de marzo del 2016]. URL disponible en: <http://cdigital.uv.mx7handle/123456789/35740>
13. Achury MF, Achury DM, Rodríguez SM, Sepúlveda G, Padilla MP, Velasco MP y otros, Capacidad de agencia de autocuidado en 245 pacientes hipertensos que asistieron a una institución de segundo nivel de atención. Bogotá Colombia. Investig. Enferm. Imagen Desarr. ISSN 0124-2059 14 (2): 61-83, [Tesis para optar el grado de licenciatura] julio-diciembre de 2012. URL disponible en: [revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/.../3195](http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/.../3195)
14. Maguiña P. Factores de riesgo que predisponen a hipertensión arterial en adultos que acuden al servicio de triaje del centro de salud Max

Arias Schreiber [Tesis para optar el grado de licenciatura]. Lima 2013. [Fecha de acceso el 29 de marzo del 2016]. URL disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/3536>

15. Colman J. Participación del profesional de enfermería en la promoción de hábitos de salud y el autocuidado destinados a prevenir complicaciones por hipertensión arterial". Paraguay. 2013. [tesis de licenciatura] URL: disponible en: <http://utic.edu.py/investigacion/attachments/article/79/Tesis%20completa%20de%20Jos%C3%A9%20Colm%C3%A1n.pdf>
16. Aguas N. Prevalencia de hipertensión arterial y factores de riesgo en población adulta afroecuatoriana de la comunidad La Loma, Canton Mira, del Carchi. Ecuador; 2012. [tesis de licenciatura] URL: disponible en: <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/2017>.
17. Fanarraga J. Conocimiento y prácticas de autocuidado domiciliario en pacientes adultos con hipertensión arterial en consultorios externos de cardiología Hospital Guillermo Almenara Irigoyen Essalud. [Tesis de licenciatura]. Lima 2013. [Fecha de acceso el 29 de marzo del 2016]. URL disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp276>
18. Villegas S. Factores de riesgo cardiovascular modificables de pacientes adultos del consultorio de nutrición del hospital nacional Guillermo Almenara Irigoyen Es salud- Lima [Tesis de licenciatura]. [Fecha de acceso el 29 de marzo del 2016]. URL disponible en: <http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp179>
19. Condori D, Sánchez E, Miranda K. Relación entre el conocimiento y la práctica de autocuidado e hipertensión arterial en adultos mayores del distrito de Chaclacayo de la iglesia adventista del séptimo día. Lima. Revista Científica de Ciencias de la Salud 4:4 2011. Disponible en: [revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc\\_salud/article/.../160/161](http://revistascientificas.upeu.edu.pe/index.php/rc_salud/article/.../160/161)
20. Dewit S. Fundamentos de Enfermería Médico-Quirúrgica. Editorial Harcourt. España. 4ta ed. p. 534. 2010.

21. Kane R, Ouslander J. Geriatria Clínica. Cuarta Edición. Editorial MC Graw Hill Interamericana. México. p.256. 2008.
22. Kaplan N. Tratamiento de la Hipertensión. Editorial: Texas. 1995
23. Carretero OA, Oparil S. Hipertensión esencial. Parte I: Definición e etiología de la circulación. 2005; 101:329-335.
24. Ministerio de Salud del 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. Nº 491. pp. 15-19.
25. Massie BM. Hipertensión arterial sistémica. En: Marphee Tierney Papadakis diagnóstico clínico y tratamiento, 3ra. ed, El manual moderno. México 2003:449-73.
26. Kaplan N. Tratamiento de la Hipertensión. Editorial: Texas. 1995
27. Huerta B. Factores de riesgo para la hipertensión arterial. Instituto Nacional de cardiología Ignacio Chávez. México; 2001. [Fecha de acceso. 12 de julio del 2016] URL: disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ac-2001/acs011aq.pdf>
28. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de hipertensión en América Latina y el Caribe. He Journal of Clinical Hipertensión 2015: 17 (7) Disponible en: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10951%3A2015-17-may-2015-world-hypertension-day-2015&catid=7261%3Aevents-1&Itemid=41466&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10951%3A2015-17-may-2015-world-hypertension-day-2015&catid=7261%3Aevents-1&Itemid=41466&lang=es)
29. Ministerio de Salud. Guía de práctica clínica para la prevención y control de la enfermedad hipertensiva en el primer nivel de atención. En: guía técnica del MINSA.2011. Nº 491. pp. 20-22
30. Reverte D, Moreno JJ, Ferreira EM: Hipertensión arterial actualización en su tratamiento. Sistema Nacional de Salud. Vol. 22–N. o 4-1998:URL: disponible en: <http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/docs/hta.pdf>
31. Sánchez R., et al. Guías latinoamericanas de hipertensión arterial. Chile: Rev Chil Cardiol v.29 n.1. 2010. p. 20

32. Fung V, Huang J, Brand R, Newhouse J. P. y Hsu J. Hypertension treatment in a medicare population: adherence and systolic blood pressure control. *Clinical Therapeutics*, ; 2007: 29(5), 972-984.
33. Crouch S, Krummel D. Terapia nutricional médica para la hipertensión. En: *Nutrición y dietoterapia de Krause*. 12º Ed. Barcelona-España: Editorial Masson. 2009. p.865.
34. Guías médicas para la salud familiar. Ediciones visuales Alberdi S.A. Buenos Aires. 2009. [Consultado el 20 de Septiembre de 2016] URL: disponible en: //DocumentoRecuperado:Info@eviaediciones.com.
35. Díaz JE, Muñoz J, Sierra C. Factores de riesgo para enfermedad cardiovascular en trabajadores de institución prestadora de salud, *Rev. salud pública*. 2007; (1):64-75. URL: disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v9n1/v9n1a07.pdf>
36. Muñoz C, Cabrero J, Martínez M, Orts M y Caballero M. La medición de los autocuidados: una revisión de la bibliografía. *Enfermería Clínica*, 15 (2), 76-87.
37. Pinilla AE, Sánchez AL, Mejía A, Barrera MP. Actividades de prevención enfermedades crónicas en pacientes de consulta externa de primer nivel. *Rev Salud Pública* 2011; 13(2): 262-273.
38. Márquez G, Pinilla AE. Pie diabético. En: Archila PE, Senior JM Editores. *Texto de medicina interna. Aprendizaje basado en problemas*. Bogotá: Editorial Distribuna Médica: 2012. p. 1331-42
39. Martín L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana de Salud Pública*, (2006): 32(3), Recuperado el 20 de Marzo, 2012. URL: disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32\\_3\\_06/spu13306.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu13306.htm)
40. Centro Nacional para la Prevención de enfermedades crónicas y promoción de la salud. (2017) Disponible en URL: <http://www.cdc.gov/chronicdisease/index.htm>
41. Ministerio de salud. Normas de atención integral en salud. Enfermedades no transmisibles URL disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portalweb/06prevencion/2.asp?sub5=4>

42. Martín L. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Revista Cubana de Salud Pública*, (2006): 32(3), Recuperado el 20 de Marzo, 2012. URL disponible en : [http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32\\_3\\_06/spu13306.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_3_06/spu13306.htm)
43. Guadalajara JF. Hipertensión arterial en: El ejercicio actual de medicina. Ponencia Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/jun\\_01\\_ponencia.html](http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/jun_01_ponencia.html)
44. Arbulú A. Patrón de conducta tipo A y estrategias de afrontamiento en pacientes con diagnóstico de hipertensión. Universidad César Vallejo. URL: [disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rev\\_psicologia\\_cv/v10\\_2008/pdf/a02.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rev_psicologia_cv/v10_2008/pdf/a02.pdf)
45. Colectivo de autores. *Temas de Educación para la Salud y Educación de la Sexualidad*. Editorial Pueblo y Educación. Ciudad de La Habana, 2000. [Fecha de acceso; 22 de junio del 2016] URL: <http://biologia.cubaeduca.cu/index>
46. Sierra A, Gorostidi M, Marín R, Redón J, Banegas JR, Armario P. et al. Evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial en España. Documento de consenso. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:104-16. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272011000400002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000400002)
47. Quiroga MI. Hipertensión arterial aspectos genéticos, en: *Canales de la Facultad de Medicina de la Universidad Peruana Cayetano Heredia*. 2010. Vol. 71 N.º 4 pp.231-235
48. Bertoldo P, Ascar G, Campana Y, Martín T, Moretti M, Tiscornia L. Cumplimiento terapéutico en pacientes con enfermedades crónicas. *Rev Cubana Farm* 2013; 47(4) 468-474. [citado 2016 Ago30] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75152013000400006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152013000400006&lng=es).

- 49.**OMS. Incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas. Problema mundial. URL: disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>
- 50.**Romero F, Vivencio A, Soria F, Placer L. Cruz JM, Tomas A, otros. Guía práctica clínica de la Sociedad española de cardiología e hipertensión arterial. <http://www.revespcardiol.org/es/guias-practica-clinica-sociedad-espanola/articulo/13041317/>
- 51.**Intervención de enfermería frente al cuidado del paciente hipertenso disponible en: <http://www.educads.salud.gob.mx/sitio/recursos/HAS/Intervenciones%20de%20enfermeria%20para%20la%20atencion%20integral%20de%20adulto%20con%20HAS%20GRR.pdf>
- 52.**Fernández L, Guerrero A, Segura A. Gorostidi M. Papel del personal de enfermería en el control de la hipertensión arterial artículo: Hipertensión riesgo vasc. 2010;27(1):41-52
- 53.**Pereda M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. Enf Neurología. México 2011: 10(3) 163-167, Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2011/ene113j.pdf>
- 54.**Tomey, Ann Marriner. Modelos y teorías en Enfermería. Ediciones Harcourt, S.A., España. 2000. (4): 376, 11, 337.
- 55.**Cisneros F. Teorías y Modelos de Enfermería, México servicio de publicación Universidad del Cuaca 2012.

## BIBLIOGRAFIA

- Beverly W. Tratado de enfermería práctica. México: 5ta ed. Mc Graw Interamericana; 2006.
- Douglas M. Anderson. Libro Mosby Medicina, enfermería y ciencias de La Salud. Volumen I. Editorial Elsevier 2006. Sexta Edición. Madrid, España.
- Dugaz NH. Calidad del cuidado de enfermería. Vol. 25ª Ed: España; 2006.p.78-83.
- Hernández Sampieri Roberto, Fernández Collado Carlos, Baptista Lucio Pilar. Metodología de la Investigación. Tercera Edición. México, 2006
- Hidalgo C. Salud Familiar: Un Modelo de Atención Integral en la Atención Primaria. Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile; 2004. p. 212
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). Enfermedades ocupacionales: guía para su diagnóstico. Publicación Científica N° 480, 1995.
- Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 5ª ed. Madrid: El Sevier Science; 2003.
- Massie BM.Hipertensión arterial sistémica. En: Marphee Tierney Papadakis diagnóstico clínico y tratamiento, 3ra. ed, El manual moderno. México 2003:449-73.
- Ministerio de salud. Norma técnica para la atención integral en la etapa de vida adulto Lima; Perú. 2005.

# ANEXO



**ANEXO 1:**  
**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES**

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSION ARTERIAL	Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad a hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene.	Son respuestas o reacciones que van a condicionar la probabilidad de contraer un factor de riesgo de hipertensión en el paciente adulto, el cual se medirá mediante encuestas cuyo instrumento fue un cuestionario y tendrá como valor final:  Predominante y poco predominante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificables</li>   <li>• No modificables</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabaquismo</li> <li>• Alcohol</li> <li>• Sedentarismo</li> <li>• Psicológicos y sociales</li> <li>• Nutricionales</li>   <li>• Edad</li> <li>• Sexo</li> <li>• Antecedentes familiares</li> <li>• Presencia de otras enfermedades</li> </ul>

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
PRÁCTICAS DE AUTOCAUIDADO	<p>Es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma. Este autocuidado lo aprendemos a lo largo de nuestra vida; principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales. Por esta razón no es extraño reconocer en nosotros mismos prácticas de autocuidado aprendidas en el seno de la familia, la escuela y las amistades.</p>	<p>Son aquellos cuidados que se proporciona a la persona para tener una mejor calidad de vida, en el adulto en el puesto de salud la Venta baja, el cual se medirá mediante: La técnica de encuesta y tendrá como valor final: Adecuada e Inadecuada</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentación</li> <li>• Actividad física</li> <li>• Responsabilidad y salud</li> <li>• Manejo del estrés</li> <li>• Soporte interpersonal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comida diaria</li> <li>• Consumo de sal</li> <li>• Control de alimentos de alto valor calórico</li> <li>• Ejercicio físico</li> <li>• Control de peso</li> <li>• Cumplimiento de terapia farmacológica</li> <li>• Control médico</li> <li>• Seguimiento del tratamiento</li> <li>• Estrategias de afrontamiento del estrés</li> <li>• Relaciones interpersonales</li> <li>• Expresión de sentimientos</li> </ul>



## ANEXO N° 02

### CUESTIONARIO

#### I. INTRODUCCION:

Buenos días, soy NATALY CAMILA MORON ARMACANQUI, Bachiller de la Facultad de Enfermería de la Universidad San Juan Bautista. Estoy realizando el presente trabajo de investigación cuyo tema es Factores de riesgo y prácticas de autocuidado en adulto hipertenso. Agradezco anticipadamente su participación, la información obtenida será anónima y confidencial.

#### II. RECOMENDACIÓN:

Se le recomienda leer detenidamente las preguntas y contestar las respuestas que Ud. Realiza o tiene actualmente marcando con (x) la respuesta que crea conveniente; si en caso tienen duda preguntar al investigador.

#### DATOS PROPIAMENTE DICHOS:

##### Factores modificables:

1. ¿Fuma cigarrillos?
  - a. Si
  - b. Algunas veces
  - c. No
2. La cantidad de cigarrillos que consume es en promedio:
  - a. Por lo menos uno diario
  - b. Uno por semana
  - c. Uno al mes
  - d. No consume cigarrillos
3. ¿Consume bebidas alcohólicas?
  - a. Si

- b. Algunas veces
  - c. No
4. La cantidad de bebidas alcohólicas que Ud. Consume ha condicionado:
- a. Nada
  - b. Marearse
  - c. Marearse hasta perder el conocimiento
  - d. No consume bebidas alcohólicas
5. ¿Realiza actividad física?
- a. Siempre
  - b. Algunas veces
  - c. Nunca
6. ¿Qué actividad física realiza comúnmente?
- a. No realiza actividad física alguna
  - b. Caminatas
  - c. Actividades con mayor desgaste d energía como algún deporte
7. ¿Está ud. en constante situación de estrés?
- a. Siempre
  - b. Algunas veces
  - c. Nunca
8. ¿Ud. Sabe cómo afrontar situaciones de estrés?
- a. Siempre
  - b. Algunas veces
  - c. Nunca
9. ¿Existe en su entorno situaciones que le provocan estrés?
- a. Siempre
  - b. Algunas veces
  - c. Nunca
10. ¿Existen en su entorno laboral situaciones que le generan estrés?
- a. Siempre

- b. Algunas veces
- c. Nunca

11. ¿Su consumo de sal en las comidas es elevado?:

- a. Siempre
- b. Algunas veces
- c. Nunca

12. ¿Su consumo de grasas en sus comidas diarias es elevado?

- a. Siempre
- b. Algunas veces
- c. Nunca

### **FACTORES NO MODIFICABLES**

13. Edad:

- a. 20-30
- b. 31-40
- c. 41-50
- d. 51-59

14. Sexo:

- a. Masculino
- b. Femenino

15. ¿Tiene familiares que padecen de presión alta o problemas cardiacos?

- a. Si
- b. No

16. Dentro de su entorno familiar presentan alguna enfermedad además de su hipertensión arterial

- a. Si, ¿Cuál?.....
- b. No

## AUTOCUIDADO

Tomando en cuenta el cuidado de su salud como parte de su vida diaria, marque con un aspa(X) dentro del recuadro el número que mejor refleja lo que Ud. Hace tomando en cuenta la siguiente leyenda:

1= Nunca; 2= A veces; 3= Frecuentemente; 4= Muy frecuentemente

	<b>NUTRICIÓN</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>1</b>	Come por lo menos tres comidas al día				
<b>2</b>	Incluye en su dieta alimentos que contienen fibra (ejemplo: granos enteros, frutas crudas, verduras crudas)				
<b>3</b>	Selecciona y consume comidas que contengan una mínima cantidad de sal				
<b>4</b>	Planea o escoge comidas que incluyan bajo contenido de grasas				
<b>5</b>	Lee las etiquetas de las comidas empaquetadas para identificar nutrientes (artificiales y/o naturales, colesterol, sodio o sal, conservadores)				
<b>6</b>	El consumo de frutas y verduras es diario en su costumbre alimenticia.				
	<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>7</b>	Realiza ejercicios para relajar sus músculos al menos 3 veces por semana				
<b>8</b>	Participa en programas o actividades de ejercicio físico.				
<b>9</b>	Controla su pulso durante el ejercicio físico				
<b>10</b>	Realizas actividades físicas de recreo como caminar, nadar, jugar futbol, ciclismo.				
	<b>RESPONSABILIDAD Y SALUD</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>11</b>	Toma sus medicamentos indicados por el médico				
<b>12</b>	Relata al médico cualquier síntoma extraño relacionado con la salud.				
<b>13</b>	Se ha realizado algún examen clínico de laboratorio como parte del cuidado de su salud.				

14	Lee revistas o folletos sobre cómo cuidar tu salud.				
15	Busca atención de especialistas relacionados a su enfermedad (Cardiólogo, nutricionista, psicología, etc.)				
16	Cuida la integridad de su cuerpo				
17	Encuentra maneras positivas para expresar sus sentimientos				
18	Asiste a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal				
	<b>MANEJO DEL ESTRÉS</b>	1	2	3	4
19	Toma tiempo cada día para el relajamiento				
20	Es consciente de las fuentes que producen tensión en su vida				
21	Pasa de 15 a 20 minutos diariamente en relajamiento o meditación.				
22	Relaja conscientemente sus músculos antes de dormir.				
23	Se concentra en pensamientos agradables a la hora de dormir				
24	Usa métodos específicos para controlar la tensión(nervios)				
	<b>SOPORTE INTERPERSONAL</b>	1	2	3	4
25	Discute con personas cercanas sus preocupaciones y problemas personales				
26	Le gusta expresar y que le expresen cariño personas cercanas a Ud.				
27	Mantiene relaciones interpersonales que le dan satisfacción				
28	Pasa tiempo con amigos cercanos				
29	Expresa fácilmente interés, amor y calor humano hacia otros				

### ANEXO 03

#### VALIDEZ DEL INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS

##### PRUEBA BINOMIAL

ITEMS	N° DE JUEZ					P
	1	2	3	4	5	
1. El instrumento responde al planteamiento del problema	1	1	1	1	1	<b>0.031</b>
2. El instrumento responde a los objetivos a investigar	1	1	1	1	1	<b>0.031</b>
3. Las preguntas planteadas miden al problema planteado	1	1	1	1	1	<b>0.031</b>
4. La estructura que presenta el instrumento es secuencial	1	1	1	1	1	<b>0.031</b>
5. Los términos utilizados son comprensibles	1	1	1	1	1	<b>0.031</b>
6. Las preguntas son claras	1	1	1	1	1	<b>0.031</b>
7. El número de preguntas es adecuado	1	1	1	1	1	<b>0.031</b>
					<b>ΣP</b>	<b>0.217</b>

$$P = \sum P$$

\_\_\_\_\_

N ° DE ITEMS

$$P = 0.217/7$$

$$P = 0.031$$

$$P = <0.05$$

**Entonces el instrumento es válido.**



## ANEXO 04

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO SEGÚN COEFICIENTE ALFA DE CROMBACH: APLICADO EN UNA PRUEBA PILOTO

El coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach, tienen la siguiente fórmula:

$$\alpha = \left( \frac{k}{k-1} \right) \left( 1 - \frac{\sum s_i^2}{s_T^2} \right)$$

**Donde:**

#### PRIMERA VARIABLE

N	:	Número de ítems: 16
$\sum S^2(Y_i)$	:	Sumatoria de las Varianzas de los ítems: 8,41
$S^2_x$	:	Varianza de toda la dimensión: 22,98

#### SEGUNDA VARIABLE

N	:	Número de ítems: 29
$\sum S^2(Y_i)$	:	Sumatoria de las Varianzas de los ítems: 8,04
$S^2_x$	:	Varianza de toda la dimensión: 33,12

Usando el programa Microsoft Excel 2014. Se obtuvo los siguientes resultados Estadísticos de fiabilidad:

**Primera Variable:** 0.67 Mediana Confiabilidad

**Segunda Variable:** 0.82 Alta Confiabilidad

**Por lo tanto, los instrumentos son confiables.**

**ANEXO 05**

**TABLA DE CÓDIGOS**

**Factores de riesgo de la hipertensión arterial**

	a	b	c	d		a	b	c	d
1	3	2	1		9	3	2	1	
2	4	3	2	1	10	3	2	1	
3	3	2	1		11	3	2	1	
4	2	3	4	1	12	3	2	1	
5	3	2	1		13	1	2	3	4
6	3	2	1		14	2	1		
7	3	2	1		15	2	1		
8	1	2	3		16	2	1		

**Prácticas de autocuidado**

Ítems	Nada	A veces	Frecuentemente	Muy frecuentemente
1-29	1	2	3	4

**ANEXO 06**

**TABLA MATRIZ**

**FACTORES DE RIESGO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL**

N°	FACTORES MODIFICABLES												NO MODIFICABLES			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	2	2	1	2	2	2	1	2	3	3	2	2	2	2	2	1
2	2	3	2	1	1	3	2	3	2	3	2	2	3	2	2	1
3	2	2	3	3	1	3	2	2	3	3	2	2	2	1	2	1
4	2	3	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	4	1	1	1
5	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	2	2
6	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	2	2	1	1
7	2	3	2	3	2	2	2	3	3	3	2	2	4	1	2	2
8	2	1	2	1	2	1	2	1	1	1	2	2	4	2	1	1
9	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	4	1	2	1
10	2	3	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	4	1	1	1
11	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	2	2
12	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	2	2	1	1
13	2	3	2	3	2	2	2	3	3	3	2	2	4	1	2	2
14	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2	4	2	1	1

15	2	3	2	1	1	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1
16	2	2	3	3	1	3	2	2	3	3	2	2	2	1	2	1
17	2	3	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	4	1	1	1
18	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	2	2
19	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	2	2	1	1
20	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2	4	2	1	1
21	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	4	1	2	1
22	2	3	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	4	1	1	1
23	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	2	2
24	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	2	2	1	1
25	2	3	2	3	2	2	2	3	3	3	2	2	4	1	2	2
26	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2	4	2	1	1
27	2	3	2	1	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
28	1	1	1	1	2	2	2	1	3	1	2	2	4	2	1	1
29	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	2	1	2	1
30	2	3	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	4	1	1	1
31	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	2	2
32	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	2	2	1	1
33	2	3	2	3	2	2	2	3	3	3	2	2	4	1	2	2
34	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	4	2	1	1

35	2	3	2	1	1	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1
36	2	3	2	3	2	2	2	1	2	2	2	2	4	1	1	1
37	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	2	2
38	2	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	2	2	1	1
39	2	3	2	3	2	2	2	3	3	3	2	2	4	1	2	2
40	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	2	2	4	2	1	1
41	2	3	2	3	1	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2
42	2	3	2	3	2	3	2	1	2	2	2	2	4	1	2	1
43	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	2	2
44	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	2
45	2	3	2	3	2	2	2	3	3	3	2	2	4	2	2	2
46	1	2	1	2	2	1	2	1	2	3	2	2	4	2	1	1
47	2	3	2	1	1	3	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2
48	2	3	2	1	1	3	2	2	2	2	2	2	4	2	2	1
49	2	3	2	3	2	3	2	1	2	2	2	2	4	3	2	2
50	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	3	1	2	2

## PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO

NUTRICIÓN							ACTIVIDAD FÍSICA					RESPONSABILIDAD Y SALUD									MANEJO DEL ESTRÉS							SOPORTE INTERPERSONAL						T
1	2	3	4	5	6		7	8	9	10		11	12	13	14	15	16	17	18		19	20	21	22	23	24		25	26	27	28	29		
3	3	2	2	2	3	15	2	2	2	2	8	3	3	4	2	2	3	2	4	23	3	3	2	2	2	3	15	2	2	2	3	2	11	72
4	3	3	4	4	4	22	3	4	4	4	15	4	4	3	3	3	3	3	4	27	4	4	4	4	4	4	24	3	3	3	4	4	17	105
3	3	3	3	3	3	18	3	4	4	3	14	3	3	3	3	4	4	4	4	28	3	2	2	3	2	3	15	3	2	2	2	3	12	87
3	3	3	3	4	4	20	3	4	4	4	15	4	3	4	4	3	3	3	4	28	4	3	3	3	3	3	19	3	3	4	4	4	18	100
3	3	3	3	2	3	17	3	3	3	3	12	3	3	3	4	4	4	4	4	29	4	3	3	3	2	4	19	4	4	3	4	4	19	96
2	3	3	3	3	3	17	3	4	4	4	15	4	3	3	3	3	3	3	3	25	4	3	3	3	3	3	19	3	3	3	3	4	16	92
2	4	2	2	3	2	15	2	2	2	2	8	2	2	3	3	2	2	3	3	20	2	3	2	3	2	3	15	3	3	2	3	3	14	72
2	3	3	1	3	3	15	1	1	1	3	6	2	1	2	3	1	2	1	3	15	2	2	3	1	3	3	14	3	2	3	2	2	12	62
2	3	3	1	3	3	15	2	2	3	3	10	2	2	2	3	2	2	2	3	18	2	2	3	2	3	3	15	3	2	3	2	2	12	70
3	3	3	3	4	4	20	4	3	4	4	15	4	3	4	4	3	3	3	4	28	4	3	3	3	3	3	19	3	3	4	4	4	18	100
3	3	3	3	2	3	17	3	3	3	3	12	3	3	3	4	4	4	4	4	29	4	3	3	3	2	4	19	4	4	3	4	4	19	96
2	3	3	3	3	3	17	3	4	4	4	15	4	3	3	3	3	3	3	3	25	4	3	3	3	3	3	19	3	3	3	3	4	16	92
3	4	3	2	2	2	16	2	2	1	2	7	2	2	4	3	2	3	2	3	21	2	3	2	3	2	3	15	3	3	2	2	3	13	72
2	3	3	1	3	3	15	1	1	1	3	6	2	1	2	3	1	2	1	3	15	2	2	3	1	3	3	14	3	2	3	2	2	12	62
3	3	3	4	4	4	21	3	4	3	4	14	4	4	3	3	3	3	3	4	27	4	4	4	4	4	4	24	3	3	3	4	4	17	103
3	3	3	3	3	3	18	3	4	4	3	14	3	3	3	3	4	4	4	4	28	3	2	2	3	2	3	15	3	2	2	2	3	12	87
3	3	3	3	4	4	20	4	4	4	4	16	4	4	4	4	3	3	3	4	29	4	3	3	3	3	3	19	3	3	4	4	4	18	102
3	3	3	3	2	3	17	3	3	3	3	12	3	3	3	4	4	4	4	4	29	4	3	3	3	2	4	19	4	4	3	4	4	19	96
2	3	3	3	3	3	17	3	4	4	4	15	4	3	3	3	3	3	3	3	25	4	3	3	3	3	3	19	3	3	3	3	4	16	92
2	3	3	1	3	3	15	1	1	1	3	6	2	1	2	3	1	2	1	3	15	2	2	3	1	3	3	14	3	2	3	2	2	12	62
2	3	3	1	3	3	15	2	2	3	3	10	2	2	2	3	2	2	2	3	18	2	2	3	2	3	3	15	3	2	3	2	2	12	70

3	3	3	3	4	3	19	3	4	3	4	14	4	2	4	4	3	3	3	4	27	4	3	3	3	3	3	19	3	3	4	4	4	18	97
3	3	3	3	2	3	17	3	3	3	3	12	3	3	3	4	4	4	4	4	29	4	3	3	3	2	4	19	4	4	3	4	4	19	96
2	2	3	2	3	2	14	3	3	2	2	10	2	3	2	2	2	3	2	3	19	2	2	3	2	2	3	14	3	2	3	3	4	15	72
3	4	3	2	3	2	17	2	1	2	2	7	2	3	1	1	2	3	3	3	18	2	3	2	3	2	3	15	3	3	2	3	3	14	71
2	3	3	1	3	3	15	1	1	1	3	6	2	1	2	3	1	2	1	3	15	2	2	3	1	3	3	14	3	2	3	2	2	12	62
3	3	3	4	4	4	21	3	4	1	4	12	4	4	3	3	3	3	3	4	27	4	4	4	4	4	4	24	3	3	3	4	4	17	101
2	3	2	1	3	3	14	1	1	1	3	6	2	1	2	3	1	2	1	3	15	2	2	3	1	3	3	14	3	2	3	2	2	12	61
2	3	3	1	3	3	15	2	2	3	3	10	2	2	2	3	2	2	2	3	18	2	2	3	2	3	3	15	3	2	3	2	2	12	70
3	3	3	3	4	4	20	3	4	4	4	15	4	3	4	4	3	3	3	4	28	4	3	3	3	3	3	19	3	3	4	4	4	18	100
2	1	3	2	2	3	13	3	1	2	3	9	3	3	3	2	3	4	2	4	24	2	3	3	3	2	4	17	2	1	2	2	2	9	72
2	3	3	3	2	3	16	3	2	2	1	8	3	2	3	2	3	2	3	3	21	2	2	3	3	3	3	16	2	2	2	2	3	11	72
3	2	3	2	3	2	15	2	2	2	2	8	2	3	2	3	2	3	2	3	20	2	3	2	3	2	3	15	2	3	2	2	3	12	70
2	3	3	1	3	3	15	1	1	1	3	6	2	1	2	3	1	2	1	3	15	2	2	3	1	3	3	14	3	2	3	2	2	12	62
3	3	3	4	4	4	21	3	4	4	3	14	4	4	3	3	3	3	3	4	27	4	4	4	4	4	4	24	3	3	3	4	4	17	103
3	3	3	3	4	4	20	4	4	3	3	14	4	3	4	4	3	3	3	4	28	4	3	3	3	3	3	19	3	3	4	4	4	18	99
2	3	2	2	2	2	13	3	2	2	2	9	3	2	2	4	2	4	2	4	23	2	3	2	3	2	2	14	3	3	3	2	2	13	72
2	3	2	2	2	3	14	2	3	2	3	10	2	2	2	3	3	3	2	3	20	2	3	2	3	3	2	15	3	2	2	3	2	12	71
3	4	3	2	3	2	17	2	2	2	2	8	2	3	2	3	2	3	1	3	19	2	3	2	3	2	3	15	3	3	2	2	3	13	72
2	3	3	1	3	3	15	1	1	1	3	6	2	1	2	3	1	2	1	3	15	2	2	3	1	3	3	14	3	2	3	2	2	12	62
3	2	2	2	3	4	16	3	2	3	2	10	2	2	3	2	2	3	3	2	19	3	2	2	2	3	2	14	2	2	3	2	4	13	72
3	3	3	3	4	4	20	4	4	4	4	16	4	4	4	4	3	3	3	4	29	4	3	3	3	3	3	19	3	3	4	4	4	18	102
3	3	2	2	2	3	15	2	3	2	3	10	3	2	3	2	2	4	2	2	20	2	3	2	3	2	2	3	4	2	3	2	3	14	62
2	3	3	3	3	3	17	3	2	2	2	9	2	2	2	3	2	2	3	3	19	2	3	1	2	1	3	12	3	3	2	2	2	12	69
3	2	3	2	3	2	15	2	2	2	2	8	2	2	4	3	2	3	2	3	21	2	3	2	3	2	3	15	2	3	2	3	3	13	72
2	3	3	1	3	3	15	2	3	1	3	9	2	1	2	3	1	2	1	3	15	2	2	3	1	3	3	14	3	2	3	2	2	12	65

3	4	3	4	4	4	22	3	4	4	4	15	3	4	3	3	3	3	3	4	26	4	2	3	4	3	4	20	3	3	3	4	4	17	100
3	3	3	4	4	4	21	3	4	3	4	14	4	3	3	3	3	3	3	4	26	4	4	4	4	4	4	24	3	2	3	4	4	16	101
3	3	2	3	4	4	19	4	4	4	4	16	4	4	2	3	3	3	3	4	26	4	3	3	3	3	3	19	3	3	4	4	4	18	98
3	3	3	3	2	3	17	3	3	3	3	12	3	3	3	4	4	4	4	4	29	4	3	3	3	2	4	19	4	4	3	4	4	19	96



## ANEXO 7

### TABLA 1

FACTORES DE RIESGO MODIFICABLES EN PACIENTES ADULTOS  
HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD

LA VENTA BAJA ICA,

ENERO-2017

<b>Dimensión Factores Modificables</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Consumo de cigarrillos</b>	32	64%
	18	36%
<b>Consumo de alcohol</b>	30	60%
	20	40%
<b>Sedentarismo</b>	25	50%
	25	50%
<b>PSICOSOCIALES (estrés)</b>	27	54%
	23	46%
<b>ALIMENTOS (consumos de sal y grasas)</b>	26	52%
	24	48%
<b>Total</b>	50	100%

**TABLA 2****FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES EN PACIENTES ADULTOS  
HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL PUESTO****DE SALUD LA VENTA BAJA ICA,****ENERO-2017**

<b>Dimensión Factores No modificables</b>		<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>	31-40 años	12	24%
	41-50 años	11	22%
	51-59 años	27	54%
<b>Sexo</b>	Masculino	25	50%
	Femenino	25	50%
<b>Antecedentes Familiares</b>	Si	30	60%
	No	20	40%
<b>Otras enfermedades</b>	Si	18	36%
	No	32	64%
<b>TOTAL</b>		<b>50</b>	<b>100%</b>

**TABLA 3**

PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN NUTRICIÓN  
EN PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS ATENDIDOS EN  
EL PUESTO DE SALUD LA VENTA BAJA ICA,  
ENERO-2017

<b>NUTRICIÓN</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
ADECUADA	6	12%
INADECUADA	44	88%
TOTAL	50	100%

**TABLA 4**

PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN ACTIVIDAD FÍSICA EN  
PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS ATENDIDOS EN EL PUESTO  
DE SALUD LA VENTA BAJA ICA,  
ENERO-2017

<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
ADECUADA	24	48%
INADECUADA	26	52%
TOTAL	50	100%

**TABLA 5**

PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN RESPONSABILIDAD Y  
SALUD EN PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS ATENDIDOS

EN EL PUESTO DE SALUD LA VENTA

BAJA ICA,

ENERO-2017

<b>RESPONSABILIDAD Y SALUD</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
ADECUADA	7	14%
INADECUADA	43	86%
TOTAL	50	100%

**TABLA 6**

PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN MANEJO DEL ESTRÉS  
EN PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS

ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD

LA VENTA BAJA ICA,

ENERO-2017

<b>MANEJO DEL ESTRÉS</b>	<b>F</b>	<b>86%</b>
ADECUADA	5	10%
INADECUADA	45	90%
TOTAL	50	100%

**TABLA 7**

PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO SEGÚN DIMENSIÓN SOPORTE  
INTERPERSONAL EN PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS

ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD

LA VENTA BAJA ICA,

ENERO-2017

<b>SOPORTE INTERPERSONAL</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
ADECUADA	31	62%
INADECUADA	19	38%
TOTAL	50	100%

**TABLA 8**

PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES ADULTOS HIPERTENSOS  
ATENDIDOS EN EL PUESTO DE SALUD

LA VENTA BAJA ICA,

ENERO-2017

<b>PRÁCTICA DE AUTOCUIDADO</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
ADECUADA	24	48%
INADECUADA	26	52%
TOTAL	50	100%