



**UNIVERSIDAD PARTICULAR DE
CHICLAYO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA
SALUD**

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS



**AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DEL CENTRO DE SALUD TORIBIA CASTRO
CHIRINOS LAMBAYEQUE 2020**

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

AUTORA

BACH. ELIZABETH DEL ROSARIO SAMAMÉ LLONTOP

ASESOR

MG. CESAR MEDINA GUEVARA

COD.ORCID:

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

SALUD PÚBLICA

PIMENTEL, PERÚ, 2021



**UNIVERSIDAD PARTICULAR DE
CHICLAYO**
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
TESIS



**AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL DEL CENTRO DE SALUD TORIBIA CASTRO
CHIRINOS LAMBAYEQUE 2020**

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

AUTORA

BACH. ELIZABETH DEL ROSARIO SAMAMÉ LLONTOP

ASESOR

MG. CESAR MEDINA GUEVARA

COD.ORCID:

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

SALUD PÚBLICA

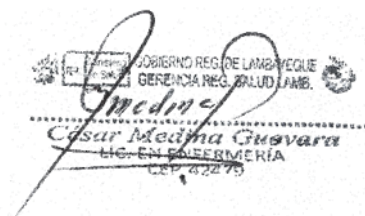
PIMENTEL, PERÚ, 2021

**AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL
DEL CENTRO DE SALUD TORIBIA CASTRO CHIRINOS. LAMBAYEQUE**

2020



Elizabeth Del Rosario Samamé Llontop
Autor



GOBIERNO REG. DE LAMBAYEQUE
GERENCIA REG. SALUD LAMB.
Cesar Medina Guevara
LIC. EN ENFERMERÍA
C.E.P. 42275

Mg. Cesar Medina Guevara
Asesor

JURADO

Mg .

Mg .

Mg .

DEDICATORIA

A Dios por darme la dicha de poder
culminar esta carrera maravillosa
para así poder poner mis talentos
al servicio del prójimo
y ejercer esta noble vocación con
integridad y humildad.

A mi gran familia, por su apoyo
su comprensión, aprecio y cariño
por comprender los momentos de esfuerzos
durante esta larga travesía y por
animarme en cada logro, quienes son mi impulso
para seguir esforzándome y alcanzar nuevas metas.

Elizabeth Del Rosario Samamé Llontop

AGRADECIMIENTOS

A Dios, nuestro Padre que, por su infinita misericordia y benevolencia, he podido finalizar mis estudios superiores universitarios satisfactoriamente.

A mis queridos maestros, que por sus enseñanzas, motivaciones y apoyo brindado en la vida universitaria y fuera de ella, me han inculcado en la realización de las buenas prácticas clínicas.

A mi tutor de tesis por el apoyo dado y su pertinente consejo en la ejecución y elaboración del informe final.

A mis amigos profesionales y colaboradores del Centro de Salud: Toribia Castro Chirinos, así como a todos los adultos mayores, por haberme ayudado durante elaboración y recolección de datos.

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTOS	5
ÍNDICE GENERAL	6
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	8
ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS	10
RESUMEN.....	11
ABSTRACT.....	13
1. INTRODUCCIÓN	15
1.1. REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	15
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	17
1.3. OBJETIVOS.....	17
1.4. HIPÓTESIS	18
2. MARCO TEÓRICO	19
2.1. ANTECEDENTES	19
2.2. BASES TEÓRICAS	22
3. METODOLOGÍA	37
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	37
3.2. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	37
3.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	40
3.4. MÉTODOS, TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS.....	44
3.5. ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	46
4. RESULTADOS ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS:.....	47

5. DISCUSIONES	59
6. CONCLUSIONES	66
7. RECOMENDACIONES	67
8. BIBLIOGRAFÍA.....	68
9. ANEXOS.....	75
ANEXO 2	76
ANEXO 3.....	77
ANEXO 4.....	80

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Clasificación de la hipertensión arterial según los criterios de la OMS en tres niveles:.....	26
Tabla 2. Clasificación de la hipertensión arterial de acuerdo al JNC-VIII.....	26
Tabla 3. Clasificación de la HTA, según la repercusión visceral.....	27
Tabla 4. Clasificación de la hipertensión desde el punto de vista etiológico.	28
Tabla 5. factores de riesgo asociados al desarrollo de hipertensión arterial.	33
Tabla 6. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial.....	34
Tabla 7. Características de la variable Edad de los adultos mayores con hipertensión arterial del centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque durante los meses de enero a abril de 2020	47
Tabla 8. Características de la variable Sexo en adultos mayores con hipertensión arterial del centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque durante los meses de enero a abril de 2020	48
Tabla 9. Características sociodemográficas en adultos mayores con hipertensión arterial del centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque durante los meses de enero a abril de 2020	50
Tabla 10. Características sociodemográficas en adultos mayores con hipertensión arterial del centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque durante los meses de enero a abril de 2020	51
Tabla 11. Niveles de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial del centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque durante los meses de enero a abril de 2020	51
Tabla 12. Niveles de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial del centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque durante los meses de enero a abril de 2020.	53
Tabla 13. Características de la categoría Alimentación del Autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial del centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque durante los meses de enero a abril de 2020.	54

Tabla 14. Características de la categoría Actividad física del Autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial del centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque durante los meses de enero a abril de 2020.	55
Tabla 15. Características de la categoría Actividad física del Autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial del centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque durante los meses de enero a abril de 2020.	55
Tabla 16. Características de la categoría Adherencia a la Terapia Farmacológica del Autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial del centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque durante los meses de enero a abril de 2020.	56
Tabla 17. Características de la categoría Manejo del Estrés o tensión del Autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial del centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque durante los meses de enero a abril de 2020.	57
Tabla 18. Análisis de la clasificación del Autocuidado distribuidos según el sexo en adultos mayores con hipertensión arterial del centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque durante los meses de enero a abril de 2020.	58

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Gráfico N° 1. Analogía de la Hipertensión arterial como campana de alarma o alerta con respecto a los cambios fisiológicos	27
Gráfico N° 2. Histograma de la variable Edad de los adultos mayores con hipertensión arterial del centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque durante los meses de enero a abril de 2020	48
Gráfico N° 3. Distribución del Sexo en adultos mayores con hipertensión arterial del centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque durante los meses de enero a abril de 2020.....	49
Gráfico N° 4. Distribución del puntaje de los Niveles de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial del centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque durante los meses de enero a abril de 2020.	52
Gráfico N° 5. Distribución según el sexo y el nivel de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial del centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque durante los meses de enero a abril de 2020.	58

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel del autocuidado en los adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque 2020

Métodos: Durante los 4 meses se registró población objetiva de 250 adultos que estuvieron incluidos en el Programa de Hipertensión del Adulto mayor, por lo que se tomó a 152 pacientes como muestra, en la jurisdicción del Centro de Salud Toribia Castro Chirinos (Lambayeque) durante el 2021. Se les aplicó un cuestionario con 29 preguntas, que previamente fue validado (alfa de Cronbach = 0,866, consistencia alta de confiabilidad), que evaluó 5 esferas básicas del autocuidado: alimentación, actividad física, restricción de hábitos nocivos, adherencia a la terapia farmacológica y manejo del estrés o tensión.

Resultados: el promedio de edad fue de $78,47 \pm 7,77$ años, siendo 57,20 % (87) del sexo femenino; 69,70 % (106) eran de la religión católica y 11,80 (18) eran adventistas; eran casados 67,10 % (102); 54,60 % (83) tenían educación secundaria y 21,10 % (32) tenían educación superior. Alrededor del 67 % (102) tenían un tiempo de enfermedad menor a 5 años. 27% (41) presentan HTA aislada, mientras que 25,7 % (39) presenta HTA con diabetes mellitus.

El 86,2 % (131) de adultos mayores con hipertensión arterial realizan prácticas parcialmente adecuadas y apenas 11,8 % (18) realizan prácticas de autocuidado adecuadas. El 84,9 % (129) desarrollaron una alimentación parcialmente adecuada. 70,4 % (107) desarrollaron actividad física inadecuada. En la restricción de hábitos nocivos predominaron las prácticas inadecuadas con 42,1 % (64). En la terapia farmacológica predominaron las prácticas parcialmente adecuadas con 80,9 % (123). Por último, con respecto al manejo del estrés, 88,2 % (134) realizaron prácticas parcialmente adecuadas.

Conclusiones: La mayor frecuencia de los adultos mayores con hipertensión arterial realizan prácticas de autocuidado parcialmente adecuadas.

Palabras claves: Hipertensión, adulto mayor, alimentación saludable, estilo de vida saludable, actividad Física

ABSTRACT

Objective: To determine the level of self-care in older adults with arterial hypertension who attend the Toribia Castro Chirinos Health Center - Lambayeque 2020.

Methods: During the 4 months, an objective population of 250 adults who were included in the Senior Adult Hypertension Program was registered, for which 152 patients were taken as a sample, in the jurisdiction of the Toribia Castro Chirinos Health Center (Lambayeque) during in 2021. A questionnaire with 29 questions was applied, which was previously validated (Cronbach's alpha = 0.866, high reliability consistency), which evaluated 5 basic areas of self-care: diet, physical activity, restriction of harmful habits, adherence to drug therapy and stress or tension management.

Results: the average age was 78.47 ± 7.77 years, being 57.20% (87) female; 69.70% (106) were of the Catholic religion and 11.80 (18) were Adventists; 67.10% (102) were married; 54.60% (83) had secondary education and 21.10% (32) had higher education. Around 67% (102) had a time of illness of less than 5 years. 27% (41) have isolated hypertension, while 25.7% (39) have hypertension with diabetes mellitus.

86.2% (131) of older adults with hypertension perform partially adequate practices and only 11.8% (18) perform appropriate self-care practices. 84.9% (129) developed a partially adequate diet. 70.4% (107) developed inappropriate physical activity. In restricting harmful habits, inappropriate practices predominated with 42.1% (64). Partially adequate practices predominated in drug therapy with 80.9% (123). Finally, with regard to stress management, 88.2% (134) carried out partially adequate practices.

Conclusions: The higher frequency of older adults with arterial hypertension perform partially adequate self-care practices.

Keywords: Hypertension, elderly, healthy eating, healthy lifestyle, physical activity

1. INTRODUCCIÓN

1.1. REALIDAD PROBLEMÁTICA

La hipertensión arterial, es un síndrome persistente y silencioso, que concatena a varias patologías, que se acentúan con el tiempo y van generando nuevas complicaciones debido a su progreso, llegando incluso a descompensar fisiológicamente a múltiples órganos causando daños irreversibles (1,2). La hipertensión arterial o tensión arterial alta es un trastorno grave que genera un aumento significativo del riesgo de padecer cardiopatías, encefalopatías, nefropatías y otras enfermedades; sobre todo en los adultos mayores, producto de las dishomeostasis de las fuerzas y daños colaterales que la circulación arterial implica (1,3).

Existen estimaciones que oscilan que 1130 millones de personas viven con hipertensión, y alrededor de dos tercios están en países en vías de desarrollo (ingresos bajos y medianos). Hace 5 años, en el 2015, uno de cada cuatro hombres (25 %) y una de cada cinco mujeres registraban hipertensión arterial (20 %). En cuanto al tratamiento, aproximadamente el 20% a nivel mundial cubre su demanda, pudiendo controlar su enfermedad, asimismo la hipertensión arterial por ser una patología silente, es causa de mortalidad precoz (4–7).

Se han realizado varios programas de intervención que trazan metas mundiales para el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, una de ellas como lo registra la OMS, es aminorar la prevalencia de la hipertensión en un 25% en 2025. Aun así las, las cifras no son homogéneas en el mundo, y esto a múltiples factores, que van desde el socioeconómico hasta el genético, recalando la bajas tasas de adherencia al tratamiento farmacológico y al estilo de vida (1,7,8).

La mayor parte de adultos mayores viven a expensas de sus familiares o algunos responsables directos, que no siempre pueden cuidarlos debidamente. Y cuando ellos con los directamente responsables, dependen de la idiosincrasia, disposición y actitud que tenga hacia la vida. Existen programas nacionales que tratan de mejorar la calidad de las poblaciones vulnerables, esto depende mucho del personal de salud, de su incidencia y de su compromiso asistencial para promover el autocuidado y empoderamiento del adulto mayor (9–11).

Los niveles de autocuidado varían en los diferentes ámbitos de la realidad nacional, es por ello que se ha pretendido incidir en estudiar los factores sociodemográficos y el nivel de autocuidado de los adultos mayores que padecen hipertensión arterial, basándose en los ámbitos fundamentales como son la calidad de alimentación, actividad física, restricción de hábitos nocivos, manejo del estrés y adherencia a su tratamiento (9,12,13). Para que se pueda conocer la situación actual y así poder elaborar mejoras en la aplicación de las intervenciones de los programas sociales.

En el marco del estado de emergencia marcado en varios países, no se debe de olvidar la marcada atención y enfoque al tratamiento de las enfermedades del adulto mayor sobre todo cuando la hay varios estudios previos que demuestran tasas bajas de adherencia, y que el tratamiento depende mucho también de la calidad y trato del personal de salud hacia una de las poblaciones más vulnerables, como lo son los ancianos, que tienen características especiales y se busca que tengan una mejor calidad de vida.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el nivel del autocuidado en los adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud Toribia Castro Chirinos en Lambayeque 2020?”

1.3. OBJETIVOS

Objetivo General:

- ✓ Determinar el nivel del autocuidado en los adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque 2020

Objetivos Específicos:

- ✓ Describir los principales aspectos epidemiológicos de los adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque 2020.
- ✓ Identificar el nivel de alimentación en el autocuidado de los adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque 2020
- ✓ Identificar el nivel de actividad física en el autocuidado de los adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque 2020

- ✓ Identificar el nivel de restricción de hábitos nocivos en el autocuidado de los adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque 2020

- ✓ Identificar el nivel de adherencia a la terapia farmacológica en el autocuidado de los adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque 2020

- ✓ Identificar el nivel del manejo de estrés en el autocuidado de los adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque 2020

1.4. HIPÓTESIS

Hipótesis implícita.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

A nivel internacional, **Ze Haung et al**, (2020) analizaron los hábitos de autocuidado de factores asociados en adultos con hipertensión en Myanmar (Birmania). De corte, descriptivo transversal, con muestra de 410 pacientes entre 30 a 70 años. Las actitudes del autocuidado se evaluaron mediante la escala H-SCALE. Se reportó: restricción del tabaco 50,2%, actividad física 24,9%, medicación 24,1%, control de peso 9.5% y dieta saludable en 2,7%, mientras que la abstinencia al alcohol fue de 97,8%. Además, los pacientes más jóvenes, los que tenían ingresos bajos, los que obtuvieron puntajes con conocimiento inadecuado y aquellos con ausencia de alguna comorbilidad se asociaron con la falta de adherencia a la medicación antihipertensiva. (8).

Legesse et al, (2019) evaluaron el nivel de autocuidado y los factores asociados a los hipertensos en Etiopía con un estudio transversal. Se utilizó la Scala – H (Hypertension Self-Care Activity Level Effects) en 276 pacientes. 50 % de los participantes cumplían con el consumo de sus antihipertensivos, 45 % seguían buena actividad física, 29 % consumía dietas bajas en sal y alrededor del 21 % controlaba su peso. Además, se encontró los habitantes de áreas rurales (OR 0,45 - IC 95%: 0,21 - 0,97), los que presentaban comorbilidad (0,16 - IC 95%: 0,08 - 0,31) y con actitudes negativas hacia la medicación (0,25 - IC 95%: 0,14 - 0,46) se asociaron significativamente con la adherencia a la medicación. El sexo femenino, edad y la carencia de conocimientos en autocuidado se asoció significativamente al control o cuidado del peso corporal. (12).

Bacha y Abera, 2019, en el St. Paul's Hospital, Etiopía, realizaron un estudio CAP de autocuidado sobre el control de la hipertensión, con 385 hipertensos, mayores de edad. Alrededor del 50 % de los que participaron en este estudio registraron buenos conocimientos básicos acerca de la hipertensión, aproximadamente 48% tenían buena actitud y casi el 40% registraron buenas prácticas sobre el control de la hipertensión. El sexo masculino, la educación formal y la residencia urbana se asociaron a un mejor conocimiento, actitud y prácticas de autocuidado. Se pudo concluir que: el conocimiento fue inadecuado acerca de la hipertensión; como también fue deficiente la calificación acerca de la actitud y las prácticas de autocuidado hacia el control de la hipertensión (14).

Lee y Euna, 2017, en Corea del Sur (Kyung-buk) buscaron examinar los niveles de autocuidado y los factores que lo afectan, en ancianos con HTA no controlada en comparación con aquellos con HTA controlada, a través de un estudio comparativo y transversal. Se incluyeron a 255 ancianos para evaluar el comportamiento de autocuidado y su autoeficacia, además de evaluar otros factores como el conocimiento del manejo de la HTA, el apoyo familiar, así como los niveles de depresión. Se evidenció que el grupo de HTA no controlada mostró puntuaciones más bajas para el comportamiento de autocuidado y la autoeficacia que el grupo de ancianos con HTA controlada. Solo la autoeficacia afectó significativamente el comportamiento de autocuidado en el último grupo, mientras que la autoeficacia, el nivel educativo y el apoyo familiar afectaron el comportamiento de autocuidado en el primer grupo (15).

A nivel nacional, podemos empezar citando a **Chávez**, 2019, publicaron un estudio en el Hospital Nacional Hipólito Unanue (Servicio de consulta externa de cardiología) sobre el autocuidado de adultos mayores con HTA. Se realizó un estudio descriptivo cuantitativo de corte transversal con 168 adultos mayores con diagnóstico de HTA. Se registró que

alrededor del 53 % tuvo conocimientos bajos acerca de su régimen dietético; 86 % tenía conocimientos de nivel medio sobre actividad física; aproximadamente 62 % también registró niveles bajos de conocimientos en consumo de sustancias tóxicas; sin embargo, alrededor del 74 % tenía conocimientos altos acerca de su terapéutica. En conclusión, alrededor del 65 % presentó nivel de conocimientos medios en general (2).

Torres, (2018), realizó un estudio descriptivo correlacional y de corte transversal con el objetivo de encontrar principalmente la asociación entre el nivel de conocimientos y las prácticas de autocuidado en pacientes adultos mayores que padecen de HTA en un Centro de Salud de Jaén, con 76 adultos mayores. Alrededor del 53 % de los participantes presentó un alto nivel de conocimientos acerca de su padecimiento de HTA y alrededor del 38 % tuvo conocimiento de nivel medio. Aproximadamente 93 % presentó adecuadas habilidades del autocuidado. En cuanto a la asociación, se verificó que hay asociación estadísticamente significativa entre las prácticas de autocuidado y las prácticas de autocuidado entre los hipertensos ($p = 0,001$). (16)

Paredes, 2015, realizó una investigación descriptiva, correlacional de corte transversal con base en la teoría de Bertalanfly (Teoría de sistemas) y la de Orem (Teoría del Autocuidado) evaluando la asociación entre el autocuidado y el grado de conocimiento de hipertensión arterial en un Hospital de ESSALUD de Nuevo Chimbote. La muestra contó con 76 adultos con HTA. Se encontró que existe una mayor frecuencia de autocuidado inadecuado con alrededor del 69 %, asimismo alrededor del 58 % poseía conocimientos insuficientes. Con respecto a la asociación entre el autocuidado y el nivel de conocimientos, se encontró asociación estadísticamente significativa en ambos aspectos ($p < 0,05$). (17)

A nivel regional tenemos a **Ochoa y Rimaranchín, (2020)**, en Lambayeque, realizaron un estudio para evaluar las habilidades del autocuidado en los adultos mayores que padecen de HTA. La población de estudio estuvo conformada por 94 adultos con edades entre 60 y 90 años, y tiempo promedio de diagnóstico de enfermedad también de 3 años. Los resultados a nivel general, mostraron que alrededor del 52% registraron prácticas parcialmente adecuadas y 30%, inadecuadas. En la evaluación, alrededor del 46 % revelaron inadecuadas prácticas del manejo de estrés, así como aproximadamente 43 % de inadecuada actividad física; casi 81 % tenía costumbres parcialmente adecuadas de alimentación; alrededor del 61 % también tenía hábitos parcialmente adecuados de adherencia a su terapia farmacológica (18).

2.2. BASES TEÓRICAS

La etapa del adulto mayor, corresponde a una etapa fisiológica en la evolución que corresponde al cenit, y por lo tanto como última etapa esta influencia por cambios internos y externos, que inciden directamente sobre la calidad de vida del individuo (1,4). Aunque aún es motivo de discusión el establecimiento de un punto de corte, del inicio de la etapa del adulto mayor, se ha tomado como referencia, según la ONU que en los países desarrollo la etapa inicia a partir de los 60 años, mientras que en países desarrollados se apertura en los 65 años. MINSA reconoce que la etapa del adulto mayor se inicia en los 60 años (18,19).

En la etapa del adulto mayor, el proceso fisiológico del envejecimiento se acelera, llevando a declinar las funciones orgánicas, psicológicas, cognitivas, del razonamiento, entre otras que en las personas tienen un diferente grado de afectación que puede ser más rápido o lento, dependiendo del estilo de vida, genética, factores sociales o económicos (1,20). Las modificaciones y estrés metabólico, en el cuerpo humano lo hace vulnerable a varias enfermedades, sobre todo en situaciones en donde el cuerpo mismo ha sido sometido previa y constantemente a un estrés innecesario (en pocas palabras: un inadecuado estilo de vida), dichas enfermedades pueden ser metabólicas, infecciosas, o crónicas no transmisibles, verbigracia de la hipertensión arterial, en la que también están incluidas las dislipidemias, diabetes , entre otras (4,20).

Las enfermedades cardiovasculares son la principal etiología de mortalidad mundial, siendo la cardiopatía isquémica la principal causa de mortalidad y la enfermedad cerebrovascular, la segunda causa en las regiones del mundo. Asimismo, el impacto de la hipertensión arterial es altamente significativa, estimándose que el 47% de todas las cardiopatías isquémicas y el 54% de todos los accidentes cerebrovasculares son atribuibles a la alteración de la presión arterial alta (HTA). Sin embargo, cabe señalar que existe un aumento de incidencia y prevalencia de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en Europa occidental, Estados Unidos y Japón durante las últimas décadas (15,21, 23).

Existen múltiples factores que han sido estudiados, para considerar los beneficios y riesgos de las conductas sobre los pacientes que predisponen y los que ya han desarrollado hipertensión arterial. Tal así que un control mejorado y enfocado en la prevención de los factores de riesgo de la hipertensión sin duda ha desempeñado un papel importante en la mejoría de la calidad de vida (12,21). Números estudios

en los últimos años han sido fundamentales en este proceso, particularmente en la exploración de la epidemiología subyacente y en la demarcación de los factores de riesgo individuales y evaluar las estrategias dinámicas del tratamiento. Sin embargo, el enfoque que se realiza en este trabajo es el abordaje del conocimiento de las actitudes seleccionando la mejor evidencia posible para elaborar un reporte basado en la evidencia. (22–24).

Debido a la evidencia disponible, hay ajustes de los conceptos y definiciones como los que citamos a continuación (9,10,25,26):

- Hipertensión arterial refractaria: Cifras de presión arterial no controladas aún después del tratamiento con al menos *tres fármacos* en dosis y asociación adecuadas, utilizando al menos un diurético.
- Hipertensión arterial maligna: *PAD > 130 mmHg* con una *retinopatía grado III o IV* y que se encuentra asociado a una afectación de otros órganos blanco o diana.
- Urgencia hipertensiva: Elevación de la presión superior a cifras de *210 mmHg* para el valor sistólico y de *120 mmHg para el diastólico*. Es muy frecuente que no se observan manifestaciones clínicas relevantes.
- Emergencia hipertensiva: se considera a la elevación de la presión arterial con daño en órgano blanco o diana.

Las estadísticas a nivel mundial son muy heterogéneas, sin embargo, en nuestra realidad peruana se evidencia los siguientes reportes. Acta Médica Peruana, mostró una encuesta de las medidas de presión arterial de la población adulta, en 26 ciudades: costa (10), selva (4) y sierra (12). (9,27):

- La prevalencia en la población general fue de aproximadamente 23,7% y según la distribución de acuerdo al sexo: la frecuencia de varones es de 13,4% y mujeres 10,3% afectados. Las frecuencias de acuerdo a la procedencia: en la costa (27,3 %); en la sierra (18,8 %) y en las altitudes menores y mayores de 3000 msnm (22,1%) y finalmente en la selva, 22,7% (22,28).
- Con respecto a la edad: se pudo colegir que alrededor de la cuarta década de la vida, existe mayor posibilidad de desarrollar hipertensión sobre todo en la región costa en comparación con las otras regiones. Los adultos con hipertensión de tipo diastólico fueron predominantes en la sierra, sobre los 3 000 msnm, sin embargo 55% de la población desconocía que padecía de hipertensión (7,17).
- Además de aquellos que recibían tratamiento, alrededor de 45,1% *estuvo compensado*; y la mayoría, 82,2% de este grupo, recibía tratamiento con los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina IECA (4,28).

Con respecto a la clasificación: según los niveles de presión arterial, según la elevación de la presión arterial o diastólica, según la repercusión visceral y finalmente por la fisiopatología (10,23,24).

- Según la elevación de la presión arterial sistólica o diastólica (29):
 - A. Hipertensión arterial diastólica: Elevación de la presión arterial diastólica con la tensión sistólica dentro de parámetros normales.
 - B. Hipertensión arterial sistólica-diastólica: Elevación de la presión arterial tanto sistólica como diastólica.
 - C. Hipertensión arterial sistólica aislada: elevación de la presión arterial sistólica elevada con cifras diastólicas normales.

- Según los niveles de PA (1,29):

Tabla 1. Clasificación de la hipertensión arterial según los criterios de la OMS en tres niveles:

CATEGORÌA	PRESIÒN ARTERIAL DIASTOLICA (mmHg)
Leve	90 - 104
Moderada	105 - 114
Severa	> 115

Tabla 2. Clasificación de la hipertensión arterial de acuerdo al JNC-VIII (29,30):

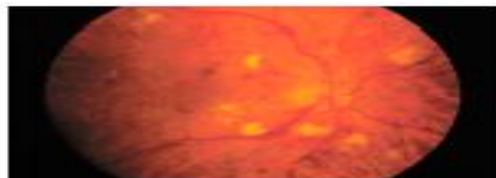
GUIA HTA ESH/ESC 2018			
CATEGORÌAS		PAS	PAD
Normo tensión	Óptima	< 120	< 80
	Normal	120 - 139	80 - 89
	Normal alta	130 - 139	85 - 89
Hipertensión	Estadio I	140 - 159	90 - 99
	Estadio II	160 - 179	100 - 109
	Estadio III	≥ 180	≥ 110
	HTA aislada	≥ 140	< 90
GUIA HTA AHA/ACC 2017			
Normal		< 120	< 80
Normal alta		120 - 129	< 80
Estadio I		130 - 139	85 - 89
Estadio II		≥ 140	≥ 90
Crisis HTA		≥ 180	≥ 120
GUIA JNC VIII			
CATEGORÌAS		PAS	PAD
Normo tensión	Normal	< 140	< 80
	Normal alta	120 - 139	80 - 89
Hipertensión	Estadio I	140 - 159	90 - 99
	Estadio II	≥ 160	≥ 100
	HTA aislada	> 140	< 90

- Según la repercusión visceral (1,29):
Se focaliza de manera más selectiva sobre cuatro órganos principales: corazón y sistema arteriovenoso, cerebro, riñón, y fondo de ojo.

Tabla 3. Clasificación de la HTA, según la repercusión visceral

SEGÚN LA REPERCUSIÓN VISCERAL	
ESTADIO I	Sin signos de aparente daño o repercusión visceral
ESTADIO II.	Con presencia de alguno de los siguientes signos: Hipertrofia ventricular izquierda Retinopatía grado II Proteinuria y/o aumento de creatinina plasmática
ESTADIO III.	Aparecen signos y síntomas de afectación visceral severa: Insuficiencia cardíaca o coronaria Encefalopatía. ACVA Hemorragia retiniana. Papiledema Insuficiencia renal manifiesta

Gráfico N° 1. Analogía de la Hipertensión arterial como campana de alarma o alerta con respecto a los cambios fisiológicos



La hipertensión arterial sería tal vez la campana de alarma y el inicio de una verdadera cascada, siguiendo a la inflamación y disfunción endotelial.

- Desde el punto de vista etiológico, la hipertensión puede ser primaria: 95% y secundaria: 5%.

Tabla 4. Clasificación de la hipertensión desde el punto de vista etiológico.

HTA - CLASIFICACIÓN ETIOLÓGICA		
Primaria - 95 %		
Secundaria - 5 %	Renal - 4 %	Parenquimal
PA muy alta, Refractaria		Renovascular
	Extrarrenal - 1 %	

El Colegio Americano de Cardiology (ACC) y la American Heart Association (AHA) plantean en su última actualización que cuando la cifras de presión sistólica es igual o mayor de 130 mmHg y la presión diastólica es igual o mayor de 80 mmHg, en medidas constantes de monitorización y en condiciones ideales y confiables, se establece el diagnóstico de hipertensión arterial elevada, que puede tener causas idiopáticas o primarias, la gran parte de las veces o que puede deberse a causas secundarias, de causas conocidas (31,27,30).

En cuanto a la fisiopatología, se identifican los factores que intervienen en la génesis de la hipertensión esencial (24,29,32):

- Incremento de la actividad adrenérgica o Gasto cardiaco: debido al incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo simpático (SNS) relacionado al estrés o huida.
- Incremento de la secreción o la inapropiada actividad de la hormona renina: que trae como resultado el aumento de la producción de angiotensina II y aldosterona (SRAA).
- Aumento de la resistencia vascular sistémica: Especialmente a nivel de las arteriolas.
- Incremento del volumen plasmático
- Déficit *de vasodilatadores*, por ejemplo: prostaciclina, óxido nítrico y

los péptidos natriuréticos.

- F. Disregulación del *sistema kinina kalikreína*, que causa alteración a nivel del tono vascular y del manejo renal del sodio.
- G. La sobreproducción de *hormonas ahorradoras de sodio y vasoconstrictoras*;
- H. Ingesta de sodio frecuente y la inadecuada ingesta de calcio y potasio.

MECANISMOS PATOGÉNICOS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

A. MECANISMOS GENÉTICOS

Se ha reportado que en las familias que tienen precedentes de hipertensión, alrededor de 30 a 60% de ellas tiene un precedente genético poligénica (9,21,29).

La respuesta con que el organismo responde a la hipertensión constituye una adaptación fenotípica a la interacción entre los factores ambientales y el genotipo (29,33).

Esta tendencia fuerte fisiopatológica y con polimorfismo genético de la hipertensión esencial, la alejan de la monoterapia. La farmacogenética y farmacogenómica son fuertes posibilidades para seleccionar futuras medicamentos hipotensores (29,31).

B. MECANISMOS AMBIENTALES Y DIETÉTICOS:

- ✓ SAL común. Se ha hablado de que su consumo desmedido aumenta la posibilidad de desarrollar hipertensión arterial o de acentuar su progresión en el tiempo (28).
- ✓ ALCOHOL. El consumo perenne de alcohol y de grasas saturadas,

así como una dieta alta en calorías que promueva la obesidad, y estos han sido catalogados como factores habitualmente asociados a la HTA (2,10).

C. DETERMINANTES DE LA PRESIÓN ARTERIAL (1,5,7,29):

Factores que influyen sobre el gasto cardíaco:

- Estimulación simpática y del nervio vago
- Aumento del retorno venoso
- Fuerza contráctil desproporcionada del miocardio

Factores que influyen sobre las resistencias periféricas:

- Metabolitos locales acumulados
- Aumento de la producción de ácido láctico
- Aumento de dióxido de carbono

Factores hormonales:

- Sistema renina angiotensina aldosterona (SRAA)
- Histamina
- Catecolaminas
- Serotonina
- Óxido nítrico
- Prostaglandinas
- Sistema colinérgico

DIAGNÓSTICO

Es conveniente indagar permanentemente la hipertensión arterial a través de la medición periódica o constante de la presión arterial mediante la estrategia oportunista en la consulta médica (10,28,29).

Es sumamente recomendable que las determinaciones de la presión arterial en las unidades de salud se realicen por personal de enfermería que esté entrenado y capacitado (29,34).

Se debe describir el diagnóstico de HAS desde la primer consulta médica en todo los pacientes diabéticos con daño a órgano blanco o datos claros de insuficiencia renal de moderada a grave (filtración glomerular < 60 mL/min/m²), que presente más 130/90 mm Hg (29,35).

Establecer el diagnóstico de HAS en la segunda consulta médica (a los 30 días de la primera medida de la presión arterial es decir basal) cuando se evidencie en el paciente Presión Arterial >130/90 mm Hg. Bitácora positiva (registro de cifras de presión arterial en su domicilio) o ambas situaciones simultáneas (29,31).

Se debe de elaborar un riesgo de paciente con hipertensión arterial, de acuerdo a las herramientas o SCORES que disponga cada institución (2,29).

Tratar de identificar prematuramente DOB en especial en aquellos casos con riesgo moderado o alto, dado que predice la mortalidad independientemente del resultado de la escala o SCORE utilizado (2,29).

Realizar y revisar incisivamente la historia clínica con anamnesis detallada incluyendo historia familiar, factores de riesgo y un examen físico completo, para identificar la presencia de signos y síntomas relacionados a hipertensión secundaria, así como establecer el grado de DOB (7,28,29).

Escudriñar detalladamente los : Datos clínicos de DOB y datos que sugieran de hipertensión secundaria (1,29).

El protocolo de estudio del paciente con HAS, de manera general, aunque dependiendo de cada institución depende en (10,29,33):

- ✓ Examen de sangre completo
- ✓ Química sanguínea y
- ✓ Electrolitos séricos
- ✓ Ácido úrico

- ✓ Perfil lipídicos que registren: HDL, LDL; colesterol total y triglicéridos y
- ✓ Examen completo de orina.

También es recomendable realizar y evaluar el ECG, investigando cambios sugestivos como la hipertrofia ventricular y los bloqueos (29,31).

El monitorio ambulatorio de la presión arterial (MAPA) O Holter es recomendable en (7,24,29):

- ✓ Discrepancias de la presión arterial registrada en su casa y las cifras evaluadas en el consultorio;
- ✓ Sospecha de hipertensión a predominio nocturno por daño renal o apnea del sueño, y
- ✓ Sospecha de hipotensión autonómica.

Ante la sospecha de HTA secundaria procederemos con arreglo a la siguiente pauta (11,24,29):

A. Confirmación de la etiología

Con las pruebas complementarias a nuestro alcance, como se mencionó en las recomendaciones anteriores.

B. Repercusión o afectación de órganos diana

Se debe hacer especial énfasis en los siguientes órganos:

a. Corazón: Hipertrofia ventricular izquierda (HVI).

Insuficiencia coronaria (recordar que la cardiopatía coronaria es la causa primordial de morbimortalidad en los hipertensos).

b. Riñón: IRC.

Entre 4 y 10% es la prevalencia de insuficiencia renal debida a HTA esencial.

c. SNC: se debe valorar semiológicamente lo siguiente:

- Ataque isquémico transitorio (TIA).
- Infarto cerebral.
- Demencia multiinfarto (demencia vascular).
- Alteración de fondo de ojo.
- Estado de la circulación arterial en las extremidades inferiores.

Calcular la PA media

$$PAM = \frac{PAS + (2 \times PAD)}{3}$$

La PA media se correlaciona fielmente con la PA media por vía intraarterial directa.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL (36–38):

Tabla 5. factores de riesgo asociados al desarrollo de hipertensión arterial.

NO MODIFICABLES	MODIFICABLES
Edad	Hiperlipidemia
Sexo	Diabetes
Antecedentes familiares	Tabaquismo
	Obesidad
Infarto previo	Alcohol
Sedentarismo	Dieta

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Primer nivel: Se ha de utilizar, generalmente captopril vía sublingual y se repite la medición en 30 minutos, según la prescripción médica. Si no se han normalizado las cifras se puede volver a administrar otro

comprimido vía sublingual. Como alternativa al captopril se puede usar Nifedipino (sublingual) en dosis única. Tras la administración de dichos esquemas o protocolos iniciales, si no hay resultados satisfactorios debe de pasarse al siguiente nivel (9,10).

Segundo nivel: se administra furosemida (diurético) por vía endovenosa. Si no disminuyen las cifras tensionales se puede volver a administrar a la media hora (2,28).

Tercer nivel: suele utilizarse Urapidil por vía endovenosa que se puede repetir por prescripción facultativa si no hay buena respuesta (32,33).

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO:

Tabla 6. Tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial.

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO:	
Educación para la salud y prevención	Consumo de tabaco. Control de la obesidad Práctica de ejercicio moderado Recomendaciones dietéticas
Modificación De Los Estilos De Vida	Baja De Peso Actividad Física Consumo Moderado de Sal (sodio)Consumo Moderado de Alcohol Dejar de Fumar Consumo de Potasio

MEDIDAS PREVENTIVAS

Gran porcentaje de personas que han desarrollado hipertensión, cuando están en las fases primigenias, no suelen tener síntomas, o estos son muy leves, es por ello que también la hipertensión tiene el apelativo de “asesino silencioso” (3,4,29).

Debido a ello es que importante que se inculque desde joven estilos de vida saludables: como es el caso de la administración de frutas y verduras (4 a 5 veces al día – 300 a 400 gr.), debe de haber predominio del pescado sobre la carne (por lo menos 2 veces a la semana), y alimentos baja en sal y grasas (reducir idealmente a la mitad de lo habitualmente consumido); asimismo es recomendable mantener un peso adecuado y evitar las conductas sedentarias (20,24).

Con respecto a la actividad física debe de recomendarse pautas en concordancia con la edad y capacidad del individuo (ejercicio aeróbico moderado al menos 30 min al día en un ritmo de 5 a 7 días por semana). Además, se recomienda restringirse el habito del tabaco (20,29).

Ejercicio frente a la hipertensión:

La práctica de ejercicio de intensidad moderada y adaptarse a las posibilidades de cada uno es una excelente manera de mejorar el control de la presión arterial, además de ayudar a reducir otros factores de riesgo: mejorar la diabetes y el colesterol, y mantener o alcanzar un peso adecuado (10,29).

En este caso, si se realiza al menos 30 minutos de ejercicio de intensidad moderada todos los días o casi todas las semanas, se considerará efectivo. A menos que el médico lo considere apropiado, es mejor evitar el ejercicio intenso. Los deportes más recomendados son caminar, trotar, bailar, nadar, montar en bicicleta, etc. (10,20).

Alimentación para prevenir la hipertensión:

Se recomienda practicar el consumo de la dieta mediterránea, que se caracteriza por añadir ricos productos frescos de origen vegetal (frutas, verduras, cereales, patatas, frutos secos ...), la limitación o restricción de los productos ricos en azúcar refinado y carnes rojas, y la presencia del aceite de oliva como fuente principal de grasas, la ingesta moderada de queso, yogur, pollo y pescado se considera una dieta ideal para prevenir enfermedades cardiovasculares (9,29,35).

La ingesta calórica debe ser suficiente para mantener un peso corporal ideal y, en caso de hipertensión arterial, es muy importante limitar la ingesta de sal. Con respecto a la bebida, los médicos no abogarán por beber como un medio para prevenir enfermedades cardiovasculares bajo ninguna circunstancia (29,39).

3. METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Diseño no experimental y descriptivo. De acuerdo con el periodo en que se capta la información, el estudio es prospectivo. De acuerdo a la evolución del fenómeno estudiado es transversal. De acuerdo al alcance de la investigación es descriptivo. De acuerdo con la interferencia del investigador en el fenómeno que se analiza es observacional. De acuerdo al enfoque de la investigación, el estudio es cuantitativo. De acuerdo al tipo de inferencia, el estudio es deductivo. De acuerdo a la finalidad que se persigue básica. De acuerdo a la respuesta al problema es bibliográfica.

3.2. POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

- **Ámbito Geográfico**

Pacientes Hipertensos del Departamento de Lambayeque, incluidos en el lapso del 2020.

- **Población y muestra**

- **Población Objetivo:**

La población objetivo son los adultos mayores que están siendo atendidos en la jurisdicción del Centro de Salud Toribia Castro Chirinos del Departamento de Lambayeque durante el 2021. Durante los 4 meses de

duración del estudio hay una población objetiva de 250 adultos que están incluidos en el Programa de Hipertensión del Adulto mayor.

➤ **Población accesible:**

Formada por aquellos adultos mayores que acepten voluntariamente participar en el estudio y que además firmen un consentimiento informado.

➤ **Muestra:**

El cálculo del tamaño muestral se realizó utilizando la fórmula clásica de selección de muestra con variables estadísticas estimadas para que sea representativa la selección (40), en un periodo estimado de 4 meses (meses en que se atienden a aproximadamente a 250 adultos en promedio) ; como se muestra a continuación:

CALCULO TAMAÑO DE MUESTRA FINITA

Parametro	Insertar Valor
N	250
Z	1,960
P	50,00%
Q	50,00%
e	5,00%

Tamaño de muestra

"n" =

151,68

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

n = Tamaño de muestra buscado

N = Tamaño de la Población o Universo

Z = Parámetro estadístico que depende el Nivel de Confianza (NC)

e = Erro de estimación máximo aceptado

p = Probabilidad de que ocurra el evento estudiado (éxito)

$q = (1 - p)$ = Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado

Nivel de confianza	$Z_{\alpha/2}$
99.7%	3
99%	2,58
98%	2,33
96%	2,05
95%	1,96
90%	1,645
80%	1,28
50%	0,674

Por lo que se escogerá a un mínimo de 152 participantes a este estudio según sondeo aproximado de atenciones a los adultos mayores.

➤ Muestreo

La selección de pacientes se realizó mediante muestreo probabilístico simple.

Dicha selección será efectuada a través de un sorteo, entre todos los pacientes hipertensos que sean seleccionados mediante las condiciones establecidas en el estudio; a través de los criterios de inclusión y exclusión, de manera que, al depurar a pacientes, con los participantes que queden, se realizará la selección, poseyendo cada paciente adulto restantes, la misma probabilidad de ser incluidos en el estudio.

3.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores de 60 años que acuden al programa del adulto mayor en el Centro de Salud **Toribia ?** Castro Chirinos.
- Adultos mayores de ambos sexos.
- Adultos mayores con diagnóstico ya conocido de hipertensión arterial.
- Adultos mayores que estén gozando de sus facultades mentales completas, orientados en tiempo persona y espacio con facultad de poder comunicarse claramente.
- Aquellos adultos mayores que expresen su voluntad verbal y por escrito a través del consentimiento informado de participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores con deficiencia en la comunicación o expresión.
- Adultos mayores con discapacidad mentales, que no se encuentren orientados en tiempo, espacio o persona.
- Adultos mayores con HTA que no acepten participar en el estudio

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Índice		Indicadores	Categoría (Sub indicadores)	Tipo	Escala de Medición
Datos generales		Edad	Sección I. Test de autocuidado del adulto mayor	P1		Según DNI	Cuantitativo	Razón
		Edad (Categorizada)		P2	60 a 64 años	Según DNI	Cualitativo	Ordinal
					65 a 69 años			
					70 a 74 años			
					75 a 79 años			
					75 a más			
		Sexo		P3	Masculino	Según DNI	Cualitativo	Nominal
					Femenino			
		Creencias religiosas		P4	Católico		Cualitativo	Nominal
					Evangélico			
					Adventista			
					Testigo de Jehová			
					Agnóstico			
					Otra			
		Estado Civil		P5	Soltera		Cualitativo	Nominal
					Casada			
					Viuda			
Divorciada								
Grado de instrucción	P6	Sin Educación		Cualitativo	Nominal			
		Primaria						

					Secundaria			
					Superior			
		Con quien vive		P7	Esposo (a)		Cualitativo	Nominal
					Hijo (a)			
					Nietos (as)			
					Otros			
		Tiempo de enfermedad (HTA):		P8	0 a 5 años		Cualitativo	Ordinal
					6 a 10 años			
					Más de 10 años			
		Visita o seguimiento		P9	Enfermero (a)		Cualitativo	Nominal
					Médico (a)			
		Presenta Otra enfermedad		P10	Dm		Cualitativo	Nominal
					Obesidad			
					Hipertrigliceridemia			
					Otros			
Autocuidado	Cuidarse cuando está enfermo o tomar acciones positivas y adoptar comportamientos para prevenir las enfermedades. (DECS)	Alimentación	Sección II. Test de autocuidado del adulto mayor	P1,P2,P3,P4,P5,P6,P7,P8,P9	Ítems 1 al 9	Siempre - A veces - Nunca	Cualitativo	Nominal
		Actividad física		P10,P11,P12	Ítems 10 al 12			
		Restricción de hábitos nocivos		P13,P14,P15	Ítems 13 al 15			
		Adherencia a la Terapia Farmacológica		P16,P17,P18,P19,P20,P21	Ítems 16 al 21			
		Manejo del estrés o tensión		P22,P23,P24,P25,P26,P27,P28,P29	Ítems 22 al 29			

3.4. MÉTODOS, TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

El método o técnica que se utilizó en la investigación fue la encuesta, con el objetivo principal de obtener información directa de los adultos mayores considerados en el presente estudio; mientras que el instrumento es la encuesta elaborada por el autor de la investigación (41).

Los procedimientos a seguir para la recolección de datos comprendieron: identificar al jefe o responsable de la vivienda, a quien se le explicó los objetivos de la investigación, teniendo en cuenta los propósitos de la investigación, con un lapso aproximado de 15 minutos para la presentación de los lineamientos generales. También el adulto mayor pudo ser abordado en el hospital al momento de realizar su control en el programa del Adulto Mayor.

En el caso de los pacientes, que fueron acompañados, se les explicó a su cuidador o tutor, las implicaciones del estudio y en caso de aceptar participar se le aplicó la encuesta al adulto mayor y se tomó en cuenta las referencias del cuidador.

Para la selección de participantes, se consideró los procedimientos descritos en el muestreo.

Se elaboró un test de Autocuidado del adulto mayor, que servirá como Instrumento de evaluación, el cual consta de 2 partes, la primera que contiene los datos generales, el que consta de 9 preguntas y sirve para recolectar los datos sociodemográficos para describir dichas

características de los adultos mayores en el estudio. La segunda parte contiene las preguntas del Test de autocuidado propiamente dicho, que ha sido elaborado tomando como referencia el Score – H (Hypertension Self-Care Activity Level Effects) (14,26,42) evaluando las 5 esferas básicas del autocuidado del adulto mayor con hipertensión arterial: alimentación, actividad física, restricción de hábitos nocivos, adherencia a la terapia farmacológica y manejo del estrés o tensiones (15,18,21).

Esta segunda sección contiene 29 preguntas, la esfera de la alimentación está compuesta por 9 preguntas (Ítems del 1 al 9), la esfera de la actividad física contiene 3 preguntas (Ítems del 10 al 12), la esfera de la restricción de hábitos nocivos se evalúa en 3 preguntas (Ítems del 13 al 15), la esfera de la adherencia a la terapia farmacológica se evalúa en 6 preguntas (Ítems del 16 al 21), por último, la esfera del manejo del estrés o tensión se evalúa en 8 preguntas (Ítems del 22 al 29) (15,26,42).

El instrumento fue evaluado por jurados expertos y se aplicó a un grupo de adultos mayores (30) para evaluar la validez y confiabilidad del instrumento, en un plan piloto (Ver Anexo 4).

Proceso de recolección de la información.

Se aplicó el instrumento mediante una entrevista, que tomó un tiempo de aproximadamente 20 a 30 minutos, en el Centro de salud o en el domicilio de los pacientes, según sea el caso, guardando el respeto a los derechos de los participantes y de sus familiares.

La información se recolectó en fichas para su análisis y procesamiento.

Validez y confiabilidad del instrumento.

La confiabilidad es concebida como el grado que produce resultados consistentes y coherentes. Se construyó un cuestionario con 29 preguntas, que previamente fue validado (alfa de Cronbach = 0,866, consistencia alta de confiabilidad), que evaluó 5 esferas básicas del autocuidado: alimentación, actividad física, restricción de hábitos nocivos, adherencia a la terapia farmacológica y manejo del estrés o tensión (Ver Anexo 4).

3.5. ANÁLISIS Y PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Con los resultados obtenidos se elaboró una plantilla de datos en Excel para el correcto registro de los resultados de cada cuestionario aplicado, estos resultados fueron ingresados a la base de datos de SPSS versión 24, para su análisis, los datos fueron analizados utilizando estadística descriptiva, así como la distribución de variables utilizando medidas de tendencia central o de frecuencia según la naturaleza de la variable.

4. RESULTADOS ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS:

Tabla 7. Características de la variable Edad de los adultos mayores con hipertensión arterial del centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque durante los meses de enero a abril de 2020.

EDAD	
N	152
Mínimo	63,00
Máximo	98,00
Media	78,47
Desv. Desviación	7,77
Varianza	60,37

Categoría	n	%	% Válido
60 a 64 años	4	2,6	2,6
65 a 69 años	20,00	13,2	15,80
70 a 74 años	18,00	11,8	27,60
75 a 79 años	44,00	28,9	56,60
80 a más	66,00	43,4	100,00
Total	152,00	100	

Gráfico N° 2. Histograma de la variable Edad de los adultos mayores con hipertensión arterial del centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque durante los meses de enero a abril de 2020

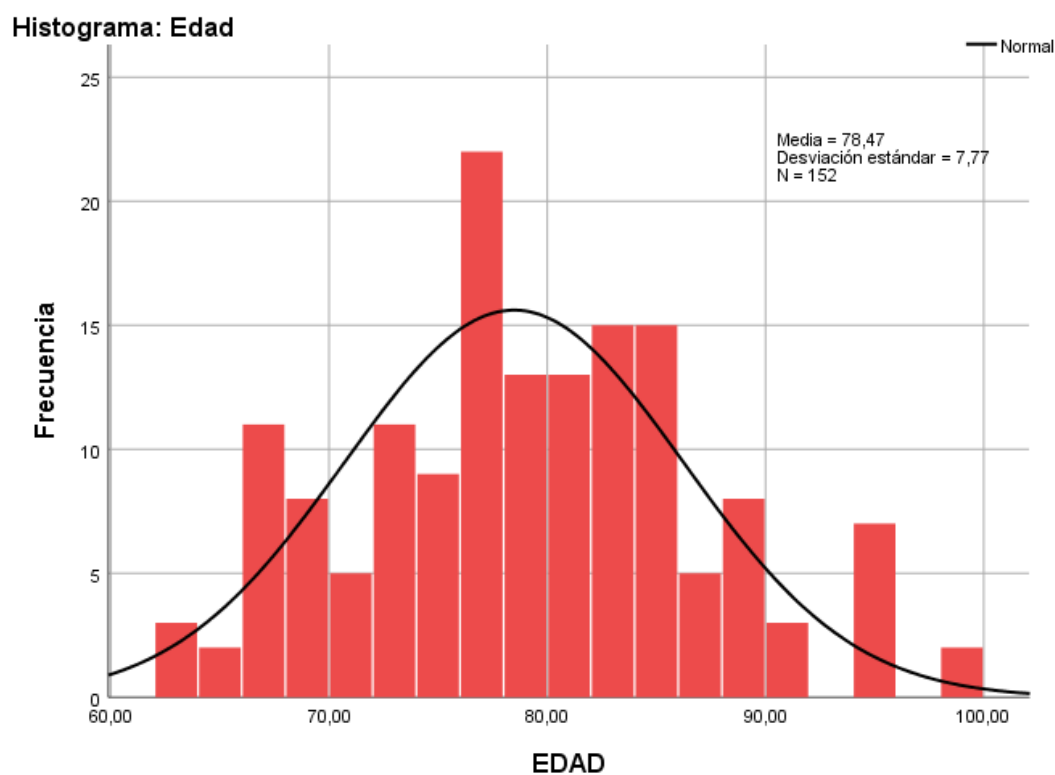


Tabla 8. Características de la variable Sexo en adultos mayores con hipertensión arterial del centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque durante los meses de enero a abril de 2020

Sexo	n	%	% Válido
Femenino	87	57,20	57,20
Masculino	65	42,80	100,00
Total	152	100	

Gráfico N° 3. Distribución del Sexo en adultos mayores con hipertensión arterial del centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque durante los meses de enero a abril de 2020

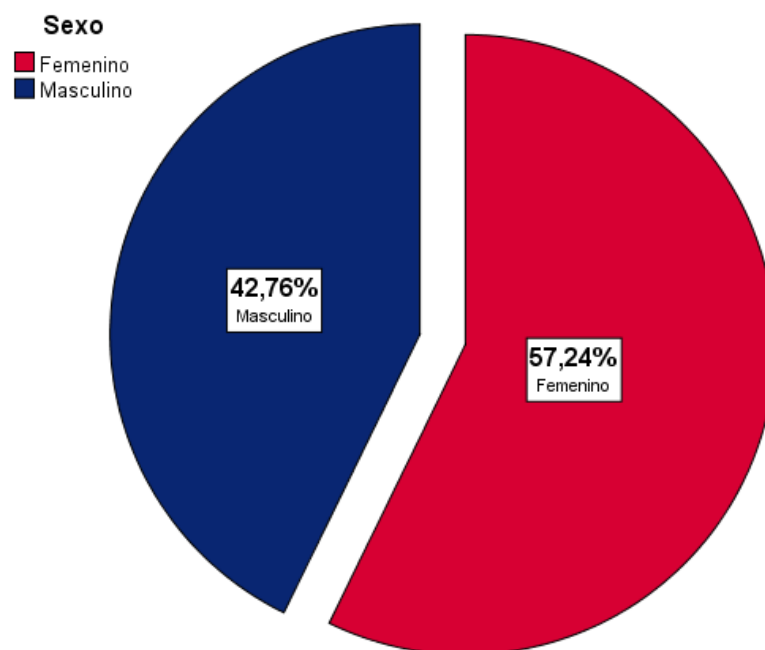


Tabla 9. Características sociodemográficas en adultos mayores con hipertensión arterial del centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque durante los meses de enero a abril de 2020

ÍTEM		N	%	% Acumulado
Religión	Católico	106	69,70	69,70
	Evangélico	10	6,60	76,30
	Adventista	18	11,80	88,20
	Testigo de Jehová	5	3,30	91,40
	Agnóstico	6	3,90	95,40
	Mormón	4	2,60	98,00
	Otra	3	2,00	100,00
Estado Civil	Soltero	15	9,90	9,90
	Casado	102	67,10	77,00
	Viudo	28	18,40	95,40
	Divorciado	7	4,60	100,00
Grado de Instrucción	Sin educación	13	8,60	8,60
	Primaria	24	15,80	24,30
	Secundaria	83	54,60	78,90
	Superior	32	21,10	100,00
Compañero de vivienda	Esposo (a)	64	42,10	42,10
	Hijo (a)	59	38,80	80,90
	Nietos	15	9,90	90,80
	Otras	14	9,20	100,00
Total		152	100	

Tabla 10. Características sociodemográficas en adultos mayores con hipertensión arterial del centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque durante los meses de enero a abril de 2020

ÍTEM		N	%	% Acumulado
Tiempo de enfermedad (HTA)	0 a 5 años	102	67,1	67,1
	6 a 10 años	37	24,3	91,4
	Más de 10 años	13	8,6	100
Visita o seguimiento	Enfermero (a)	28	18,4	18,4
	Médico (a)	124	81,6	100
Presenta Otra enfermedad	Diabetes Mellitus	39	25,7	25,7
	Obesidad	22	14,5	40,1
	HTG	15	9,9	50
	Otros	35	23	73
	No presenta	41	27	100
Total		152	100	

Tabla 11. Niveles de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial del centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque durante los meses de enero a abril de 2020

NIVEL DE AUTOCUIDADO	N	%	% Válido
Adecuado	18	11,8	11,8
Parcialmente adecuado	131	86,2	98
Inadecuado	3	2	100
Total	152	100	

Gráfico N° 4. Distribución del puntaje de los Niveles de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial del centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque durante los meses de enero a abril de 2020.

Histograma

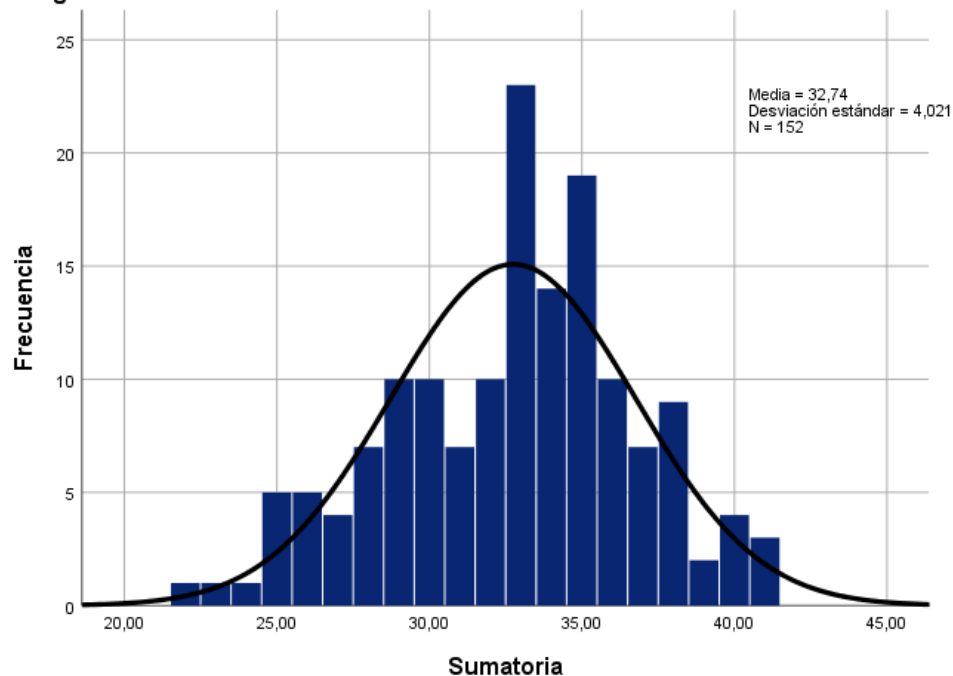


Tabla 12. Niveles de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial del centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque durante los meses de enero a abril de 2020.

	ÍTEMS	N	%	% Acumulado
Alimentación	Adecuado	2	1,3	1,3
	Parcialmente adecuado	129	84,9	86,2
	Inadecuado	21	13,8	100
Actividad física	Adecuado	11	7,2	7,2
	Parcialmente adecuado	34	22,4	29,6
	Inadecuado	107	70,4	100
Restricción de hábitos nocivos	Adecuado	39	25,7	25,7
	Parcialmente adecuado	49	32,2	57,9
	Inadecuado	64	42,1	100
Adherencia a la terapia farmacológica	Adecuado	21	13,8	13,8
	Parcialmente adecuado	123	80,9	94,7
	Inadecuado	8	5,3	100
Manejo del estrés	Adecuado	11	7,2	7,2
	Parcialmente adecuado	134	88,2	95,4
	Inadecuado	7	4,6	100
Total		152	100	

Tabla 13. Características de la categoría Alimentación del Autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial del centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque durante los meses de enero a abril de 2020.

Alimentación		N	%	% Acumulado
Usted suele consumir fruta en proporción de 3 a 5 raciones al día.	Nunca	26	17,1	17,1
	A veces	85	55,9	73
	Siempre	41	27	100
Usted suele consumir verduras en proporción de 4 a 5 raciones al día (Por ejemplo: lechugas, espinacas, repollos, caigua, etc).	Nunca	47	30,9	30,9
	A veces	85	55,9	86,8
	Siempre	20	13,2	100
Usted suele consumir legumbres en proporción de 4 a 5 raciones a la semana (Por ejemplo: garbanzo, frijol, arvejas, habas, lentejitas, etc).	Nunca	49	32,2	32,2
	A veces	87	57,2	89,5
	Siempre	16	10,5	100
Usted suele consumir carne en proporción de 1 a 2 raciones a la semana (Por ejemplo: res, pollo, cerdo, pavo, pescado entre otras).	Nunca	15	9,9	9,9
	A veces	69	45,4	55,3
	Siempre	68	44,7	100
Usted suele consumir aceites en proporción de 2 a 3 cucharaditas al día (Por ejemplo: aceite líquido, mayonesa, mantequilla, etc).	Nunca	27	17,8	17,8
	A veces	88	57,9	75,7
	Siempre	37	24,3	100
Usted suele consumir lácteos en proporción de 2 a 3 raciones al día (Por ejemplo: leche, yogurt, queso, mantequilla, etc).	Nunca	25	16,4	16,4
	A veces	92	60,5	77
	Siempre	35	23	100
Usted suele restringir la ingesta de sal en sus alimentos diariamente	Nunca	18	11,8	11,8
	A veces	88	57,9	69,7
	Siempre	46	30,3	100
Usted trata de respetar el horario de la ingesta de sus alimentos diariamente	Nunca	27	17,8	17,8
	A veces	80	52,6	70,4
	Siempre	45	29,6	100
Usted trata de controlar su peso constantemente	Nunca	24	15,8	15,8
	A veces	84	55,3	71,1
	Siempre	44	28,9	100
Total		152	100	

Tabla 14. Características de la categoría Actividad física del Autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial del centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque durante los meses de enero a abril de 2020.

Actividad física		N	%	% Acumulado
Ud. Realiza actividad física entre 3 a 5 días a la semana	Nunca	49	32,2	32,2
	A veces	68	44,7	77
	Siempre	35	23	100
Ud. Suele dormir adecuadamente y a sus horas	Nunca	30	19,7	19,7
	A veces	74	48,7	68,4
	Siempre	48	31,6	100
Ud. Realiza ejercicio o actividad física al menos 45 minutos al día (caminatas, estiramiento muscular, articular, caminar, trotar, entre otros)	Nunca	32	21,1	21,1
	A veces	101	66,4	87,5
	Siempre	19	12,5	100
Total		152	100	

Tabla 15. Características de la categoría Actividad física del Autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial del centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque durante los meses de enero a abril de 2020.

Restricción de hábitos nocivos		N	%	% Acumulado
Ud. Se restringe las bebidas alcohólicas	Nunca	26	17,1	17,1
	A veces	60	39,5	56,6
	Siempre	66	43,4	100
Ud. Se restringe el uso de cigarrillos o tabaco	Nunca	25	16,4	16,4
	A veces	70	46,1	62,5
	Siempre	57	37,5	100
Ud. Se restringe el consumo de café procesado (enlatado)	Nunca	28	18,4	18,4
	A veces	70	46,1	64,5
	Siempre	54	35,5	100
Total		152	100	

Tabla 16. Características de la categoría Adherencia a la Terapia Farmacológica del Autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial del centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque durante los meses de enero a abril de 2020.

Adherencia a la terapia farmacológica		N	%	% Acumulado
Ud. Consume su terapia antihipertensiva a diario (captopril, valsartán, lomsartán entre otros).	Nunca	29	19,1	19,1
	A veces	75	49,3	68,4
	Siempre	48	31,6	100
Ud. Consume su terapia antihipertensiva a la hora indicada por su médico	Nunca	20	13,2	13,2
	A veces	78	51,3	64,5
	Siempre	54	35,5	100
Ud. Cumple el tratamiento antihipertensivo sin un familiar o acompañante supervisor	Nunca	28	18,4	18,4
	A veces	62	40,8	59,2
	Siempre	62	40,8	100
Si Ud. Siente algún tipo de síntoma de alarma acude a su médico	Nunca	22	14,5	14,5
	A veces	41	27	41,4
	Siempre	89	58,6	100
Ud. Utiliza medios que le recuerden tomar su tratamiento antihipertensivo	Nunca	21	13,8	13,8
	A veces	73	48	61,8
	Siempre	58	38,2	100
Ud. Registra o monitorea frecuentemente su presión arterial	Nunca	3	2	2
	A veces	67	44,1	46,1
	Siempre	82	53,9	100
Total		152	100	

Tabla 17. Características de la categoría Manejo del Estrés o tensión del Autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial del centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque durante los meses de enero a abril de 2020.

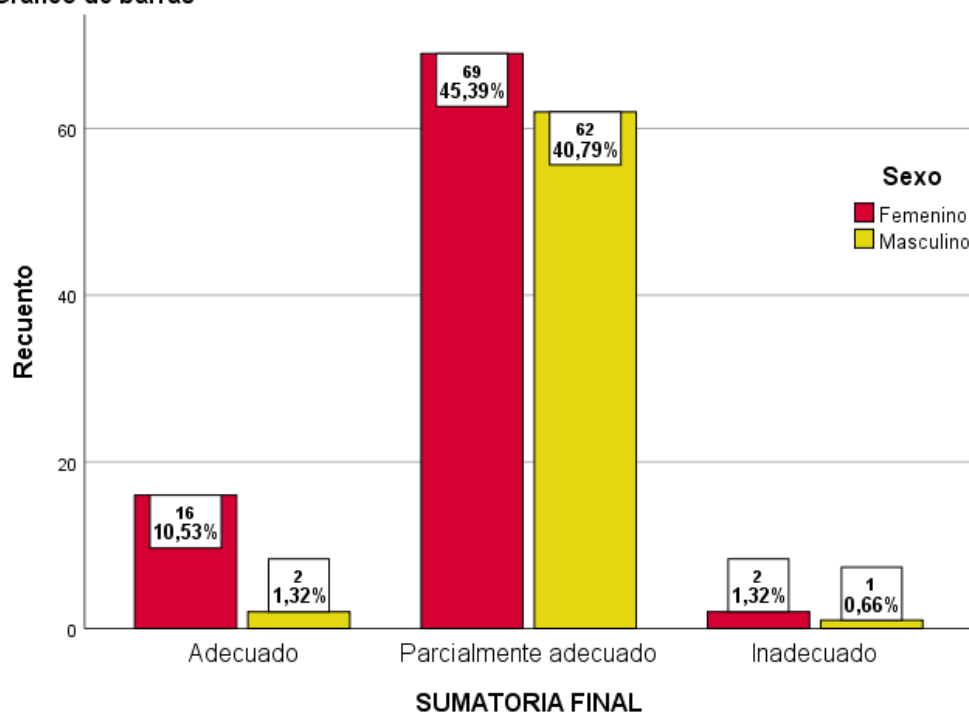
Manejo del estrés o tensión		N	%	% Acumulado
Ud. acude a algún grupo de ayuda para adultos mayores (CIAM), iglesias, ONG, entre otros	Nunca	8	5,3	5,3
	A veces	74	48,7	53,9
	Siempre	70	46,1	100
Ud. Practica ejercicios de respiración pausada de mínimo 2 minutos para manejar su estrés	Nunca	58	38,2	38,2
	A veces	72	47,4	85,5
	Siempre	22	14,5	100
Ud. Suele practicar juegos recreativos, como el ajedrez, ludo, casino, pupiletras, etc.	Nunca	57	37,5	37,5
	A veces	48	31,6	69,1
	Siempre	47	30,9	100
Ud. Suele escuchar música diariamente para relajarse o acompañarse	Nunca	26	17,1	17,1
	A veces	71	46,7	63,8
	Siempre	55	36,2	100
Ud. Suele entablar conversaciones con los miembros de su familia diariamente y tener buena relación con ellos.	Nunca	19	12,5	12,5
	A veces	80	52,6	65,1
	Siempre	53	34,9	100
Ud. Recibe apoyo económico y social de su familia y/o entorno.	Nunca	28	18,4	18,4
	A veces	83	54,6	73
	Siempre	41	27	100
Ud. Ha tenido miedo por la situación social en la que vivimos	Nunca	33	21,7	21,7
	A veces	77	50,7	72,4
	Siempre	42	27,6	100
Ud., es consciente de los riesgos que es portar su la Hipertensión arterial alta	Nunca	33	21,7	21,7
	A veces	72	47,4	69,1
	Siempre	47	30,9	100
Total		152	100	

Tabla 18. Análisis de la clasificación del Autocuidado distribuidos según el sexo en adultos mayores con hipertensión arterial del centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque durante los meses de enero a abril de 2020.

Sexo	AUTOCUIDADO						Total	
	Adecuado		Parcialmente adecuado		Inadecuado			
	n	% del total	n	% del total	n	% del total	n	% del total
Femenino	16	10,50%	69	45,40%	2	1,30%	87	57,20%
Masculino	2	1,30%	62	40,80%	1	0,70%	65	42,80%
Total	18	11,80%	131	86,20%	3	2,00%	152	100,00%
Prueba de Fisher: 9, 202 p = 0,005 Spearman: 0, 205; p = 0,013								

Gráfico N° 5. Distribución según el sexo y el nivel de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial del centro de Salud Toribia Castro Chirinos - Lambayeque durante los meses de enero a abril de 2020.

Gráfico de barras



5. DISCUSIONES

La hipertensión arterial pertenece a una enfermedad crónica no transmitible que afecta a millares de personas en el mundo, y su progresión causa una alta mortalidad y morbilidad anual (9). Y como consecuencia de los trastornos agregados a un paciente que ya de por si tiene hipertensión arterial, la morbimortalidad aumenta y la calidad de los años de vida disminuyen (23,29). Fisiopatológicamente, es difícil identificar cuando empieza alteraciones producidas por el flujo sanguíneo turbulento por ello es que es difícil identificar su inicio y sus daños, por eso esta enfermedad silenciosa puede causar estragos profundos cuando no se controlan los factores de riesgos (33).

De la muestra estudiada, el promedio de edad de los adultos mayores del fue de $78,47 \pm 7,77$ años. Según la distribución por sexo se pudo registrar que, 57,20 % (87) pertenecían al sexo femenino y 42,80 % (65) del masculino. Con respecto a la práctica de religión según su fe, respondieron con mayor frecuencia: 69,70 % (106) que eran de la religión católica; 11,80 (18) eran adventistas y 6,60 % (10) eran evangélicos. Torres (16), también hizo notar en Cajamarca, que la población femenina era de alrededor del 53 % (40). Sin embargo, Burga, en el Hospital Las Mercedes de Chiclayo, reportaron una frecuencia del aproximadamente 51 % de varones, resultados que concuerdan con lo encontrado en este reporte (28).

En lo que respecta al estado civil, registraron mayor frecuencia, los casados con 67,10 % (102) mientras que los viudos fueron 18,40 % (28). Asimismo, 54,60 % (83) tenían educación secundaria y el 21,10 % (32) tenían educación superior. Mientras que, alrededor del 67 % (102) tenían un tiempo de enfermedad menor a 5 años. También pudo evidenciarse que, 42,10 % (64) vivían con su cónyuge en la misma vivienda y 38,80 % (59) vivían con

sus hijos, como se evidencia en la Tabla 9. Equiparable son los resultados que muestran que en el territorio nacional, que gran frecuencia de los adultos mayores viven con su conyugue en alrededor de 45 % (16). Sin embargo en los análisis de grado de instrucción predominan más los varones con secundaria como refleja nuestro estudio y otros, mientras que en la parte sierra del Perú, predominan los hipertensos con escuela primaria terminada (16,39).

Si se evalúa el tiempo de enfermedad: 67,1 % (102) presentó un tiempo de enfermedad menor a 5 años, mientras que 24,3 % (37) tenía un lapso entre 5 a 10 años de enfermedad; el seguimiento de su tratamiento fue realizado por un médico en 81,4% (124) mientras que 18,4 % (28) eran tratados por enfermeras. Por último, 27% (41) presentaron HTA aislada, mientras que 25,7 % (39) presenta hipertensión y diabetes mellitus, simultáneamente, también se registró que 14,5 % (22) también tenían obesidad; como se registra en la Tabla 10.

Lo medular de esta investigación mostró que 86,2 % (131) de adultos mayores con hipertensión arterial realizan prácticas parcialmente adecuadas y apenas 11,8 % (18) realizan prácticas adecuadas de autocuidado, en el Centro de Salud Toribia Castro Chirinos de Lambayeque, durante los cuatro meses que duró el estudio durante el 2020, como se evidencia en la Tabla 11. Existe al respecto el estudio también a nivel local de Ochoa y Rimanachín, que también ejecutaron su análisis en un centro de salud del Minsa en el 2020, mostró congruencia en que alrededor del 18 % (17 pacientes) realizaban practicas adecuadas de autocuidado, sin embargo las practicas parcialmente adecuadas eran de 52 % (49) cifra menor a la que se reportó en la jurisdicción del Centro de Salud Toribia Castro, aunque este estudio mostró algunas carencias metodológicas, refleja también una realidad local. Las diferencias en cuanto a los porcentajes y sus frecuencias radican en los ítems y calidad de los instrumentos, que aunque se evalúen las mismas esferas (18); por

ejemplo Zurita (28) también es congruente con lo hallado en este reporte debido a que el 8,9 % (18) y 91,9 % (184) presentan nivel de autocuidado alto y medio respectivamente.

Con respecto a la esfera de la alimentación, 84.9 % (129) desarrollaron una alimentación parcialmente adecuada y 13,8 % (21), inadecuada, como se muestra en la Tabla 12. Se encontró además que 55,9 % (85) a veces suele consumir fruta en proporción de 3 a 5 raciones al día, como también 55,9 % (85) suele consumir verduras en proporción de 4 a 5 raciones al día. Ver Tabla 13. Rimanachín (18), y otras realidades (9,13,43) también muestran congruencia en sus poblaciones de estudio, pues también es frecuente que los hipertensos practiquen alimentación parcialmente adecuadas y rara vez adecuada, con frecuencias de 80,9 % (76) y 1 % (1), respectivamente.

La alimentación es un área demasiada importante, que es descuidada sobre todo en personas con bajos recursos económicos y con costumbres fuertemente arraigadas o la idiosincrasia de los propios tutores o cuidadores, algunas recomendaciones fuertemente van en las diversas guías de autocuidado o de cuidado de los hipertensos, avocadas al área de la alimentación, a la mejora de los hábitos higiénicos – dietéticos como forma de evitar o prevenir complicaciones (2,8,12,31,39).

También se pone en evidencia que con respecto a la alimentación suelen consumir carne en proporción de 1 a 2 raciones a la semana aproximadamente a veces 45,4 % (69) y 44,7 % (68) suelen consumirlas siempre. Con respecto a que, si suelen restringirse la ingesta de sal en sus alimentos diariamente, 57,9 % (88) a veces lo hacen y 30,3 (46) siempre lo realizan. Ver Tabla 13.

También al seguir evaluando la esfera de la alimentación, el 52 % (80) a veces respeta el horario de su ingesta de alimentos y 29,6 % (45) siempre lo hace. Sin embargo, 55,3 % (84) a veces tienen cuidado en controlar su peso y 28,9 % (44) siempre lo realizan.

Con respecto a la esfera de la actividad física, 70,4 % (107) realizaban actividad física inadecuada y 22,4 % (34) parcialmente inadecuada, como se muestra en la Tabla 12. Según la Tabla 14, del informe 44,7 % (68) a veces realiza actividad física entre 3 a 5 días a la semana, también 48,7 % (74) a veces suele dormir adecuadamente frente a 31,6 % (48) que siempre suele dormir respetando su horario. Por último, el 66,4 % (101) a veces realiza ejercicio o actividad física al menos 45 minutos al día; en tanto 21,1 % (32) manifestó nunca realizar actividad física. Ver Tabla 14. Asimismo, puede deducirse que otros estudios reportan que alrededor del 10% de hipertensos realizan adecuada actividad física como el Rimarachín: 11,7 % (11) y otros con frecuencias aproximadas, siendo que la mayor frecuencia pertenecen a practicas parcialmente inadecuadas o a inadecuadas (19,21,31,44).

Como es conocido también, el sedentarismo o la falta de ejercicio puede alterar el adecuado flujo sanguíneo y ser la base para la progresión de otras enfermedades, lo que puede desencadenar en complicaciones a largo o mediano plazo que sean fatídicas, es por ello que las recomendaciones van a que se establezca, dependiendo de las condiciones físicas, rutinas de ejercicio aeróbico, en lapsos de 45 a 60 minutos y por 3 a 5 días a la semana, para promover la efectividad de los vasodilatadores endógenos y la disminución de la resistencia vascular periférica, mejorando el aporte sanguíneo y nutricional a las masas musculares por lo que se debería promover estas prácticas y hacerlas partes del estilo de vida (2,7,24,36).

En la esfera de la restricción de hábitos nocivos predominaron las prácticas inadecuadas con 42,1 % (64), seguido de las prácticas parcialmente

adecuadas con 32,2 (49); mientras que sólo 25,7 % (39) se restringían adecuadamente los hábitos nocivos, como se muestra en la Tabla 12. Además, según lo reportado en la tabla 15 se pone de manifiesto, que aproximadamente el 43,4 % (66) siempre se restringe las bebidas alcohólicas y sólo el 39,5 % (60) a veces suele hacerlo. Además, 37,5 % (57) siempre se restringen el consumo de cigarrillos y 46,1 % (70), a veces suelen hacerlo. Y con respecto al consumo de café procesado, alrededor de 46,1 % (70): a veces suele prohibírselo, y 35,5 % (54) siempre se deja de consumirlo.

Rimanachin, muestras cifras discordantes pues se hallan practicas adecuadas en 99 % (93) de su población, algunos encuentras cifras restrictivas o vacías con respecto al consumo de cigarrillo y alcohol, empero, podría atribuirse a la formación y disciplina de los hipertensos y de sus cuidadores. Sin embargo, ha de hacerse acotación en que la ingesta de alcohol tiende a desencadenar un aumento en los niveles de sodio y calcio, elevando finalmente la tensión arterial; mientras las catecolaminas adrenérgicas son liberadas por la estimulación producto del consumo de tabaco, lo que influye sobre el aumento de la tensión arterial y sus factores (18,20,29,45).

En la esfera de la adherencia a la terapia farmacológica predominaron las prácticas parcialmente adecuadas con 80,9 % (123), con sólo 13,8 % (21) que realizaban prácticas adecuadas, como se muestra en la Tabla 12. Cabe resaltar que este ámbito es también uno de los ejes principales en el tratamiento y los pacientes reportaron las siguientes frecuencias: aproximadamente 49,3 % (75) consume a veces su terapia antihipertensiva a diario, mientras que 31,6 % (48) siempre la consume. Sin embargo 51,3 % (78) a veces consume su terapia antihipertensiva a la hora indicada por su médico y alrededor del 35,5 % (54) siempre lo hace. Sin embargo, alrededor de 58,6 % (89) siempre que sienta algún tipo de síntoma de alarma acude a su médico, pero 48% (73) de los mismos, a veces, utiliza medios que le

recuerden tomar su tratamiento antihipertensivo. Asimismo, hay que recalcar que 53,9 % (82), siempre registra o monitorea frecuentemente su presión arterial y 44,1 % (67) a veces lo realiza, como está plasmado en la Tabla 16.

La no adherencia o incumplimiento a la terapia antihipertensiva es muy frecuente o prevalente, tal vez es una de las prácticas que hasta hoy sigue siendo difícil de controlar, en la que influyen varios factores, que van desde la edad, la educación, tipos de tutores, empatías, asimilación de presentaciones, creencias, etc (4,29,34). Múltiples son los reportes tanto a nivel nacional como internacional que evidencian el alto incumplimiento del consumo de antihipertensivos frente al cumplimiento horario y adecuado de los mismos. Basados en esto, deberíamos seguir cumpliendo la labor de enfermería en ayudar y promover la adherencia a la terapia antihipertensiva como desmitificando mitos para así poder evitar las consecuencias fatídicas de las complicaciones cardiovasculares asociadas a la hipertensión (3,24,33).

Con respecto al manejo del estrés 88,2 % (134) realizaron prácticas parcialmente adecuadas mientras que sólo 7,2 % (11) sólo manejaban de manera adecuada el estrés; como se muestra en la Tabla 12. Además, también se puede evidenciar que en la Tabla 17; a veces, 48,7 % (74) acude a algún grupo de ayuda para adultos mayores (CIAM), iglesias, ONG, entre otros. Asimismo, 54,6 % (83) con mayor frecuencia, a veces, recibe apoyo económico y social de su familia y/o entorno. Pero, el 50,7 % (77) a veces manifestó haber tenido miedo por la situación o realidad social en la que habita, y aquellos adultos mayores que siempre manifiestan tener miedo son 27,6 % (42). Otro ítem a resaltar es que 47,4 % (72) con mayor frecuencia, a veces es consciente de los riesgos que haber desarrollado Hipertensión arterial.

Trabajar en el control del estrés, también es una tarea difícil, por ello las cifras encontradas también son heterogéneas debido a los múltiples factores, y que esta área más tiene relación directa con la vida personal de los adultos mayores hipertensos, su entorno y/o cuidadores. Aunque, se sabe que cuando no se realiza un manejo adecuado de este estrés, los niveles de estimulación simpática con adrenalina y noradrenalina también contribuyen a una desregulación de la tensión arterial (10,18,23,39).

Además, se pudo evidenciar que según muestra la Tabla 18 y el gráfico 5, tanto hombres como mujeres, adultos mayores con hipertensión arterial realizan con mayor frecuencia prácticas parcialmente adecuadas de autocuidado, además a la evaluación estadística se pudo evidenciar que el coeficiente de Spearman: 0,205 y su p-valor: 0,013, por lo que podemos inferir que existe relación estadísticamente significativa entre el sexo y el nivel de prácticas de autocuidado.

Cabe resaltar, como limitaciones del estudio, esta investigación presenta un enfoque no experimental y transversal, en una población que muchas veces suele ser dependiente y emocionalmente ligado a la idiosincrasia de los familiares por lo que las intervenciones de prevención y promoción de la salud se sugieren que sean permanentes. Asimismo, la educación y concientización, como intervenciones deben de ser más perennes y sincerarse. Debido al desarrollo eventual de la pandemia se tuvo que adoptar medidas de gestión para obtener la información de la población objetivo, por lo que se necesita que este trabajo sea tomado referente para volver a tratar a las poblaciones vulnerables, dado su condición.

6. CONCLUSIONES

- El 86,2 % (131) de adultos mayores realizan prácticas parcialmente adecuadas y apenas 11,8 % (18) realizan prácticas de autocuidado adecuadas estando con hipertensión arterial en el Centro de Salud Toribia Castro Chirinos de Lambayeque, durante el 2020.
- De la muestra estudiada, el promedio de edad fue de $78,47 \pm 7,77$ años, siendo 57,20 % (87) del sexo femenino y 42,80 % (65) del masculino. 69,70 % (106) eran de la religión católica y 11,80 % (18) eran adventistas. Con respecto al estado civil, predominaron los casados con 67,10 % (102). Además 54,60 % (83) tenían educación secundaria y el 21,10 % (32) tenían educación superior. Alrededor del 67 % (102) tenían un tiempo de enfermedad menor a 5 años. 27% (41) presentan HTA aislada, mientras que 25,7 % (39) presenta HTA con diabetes mellitus.
- Con respecto a la esfera de la alimentación, 84.9 % (129) desarrollaron una alimentación parcialmente adecuada.
- Con respecto a la esfera de la actividad física, 70,4 % (107) predominaron en la categoría de actividad inadecuada.
- En la esfera de la restricción de hábitos nocivos predominaron las prácticas inadecuadas con 42,1 % (64).
- En la esfera de la adherencia a la terapia farmacológica predominaron las prácticas parcialmente adecuadas con 80,9 % (123), con sólo 13,8 % (21) que realizaban prácticas adecuadas.
- Con respecto al manejo del estrés 88,2 % (134) realizaron prácticas parcialmente adecuadas.

7. RECOMENDACIONES

- ✓ Se sugiere a la universidad reforzar las acciones sanitarias de prevención y promoción de la salud, empoderando al personal de salud y/o agentes comunitarios para ayudar a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores guardando todos los protocolos de bioseguridad o mediante el uso de las tecnologías asequibles, a través de educación perenne para los familiares que los cuidan, para mejorar la atención a nuestros pacientes adultos mayores que padecen de hipertensión.
- ✓ Sería optimo, para los Hospitales o Centros de Salud, volver a retomar y fortalecer las acciones preventivas promocionales para que los profesionales sanitarios puedan trazar estrategias adecuadas y adaptadas a sus propios centros o desde la atención primaria de la salud, elaborando planes a mediano y a corto plazo que involucren cuidar lo más constante a la los adultos mayores, para evitar las complicaciones productos de la cronicidad de la hipertensión arterial.
- ✓ Para los nuevos investigadores se sugiere dar a conocer las investigaciones realizadas para que sean comparables con los resultados que manejan en las estadísticas institucionales a fin de poder establecer mejores opciones de trabajo para mejorar los estilos de vida de los adultos mayores.
- ✓ Realizar otra vez acciones de trabajo multidisciplinarios como la instrucción en la alimentación saludable y manejo de estrés para los adultos mayores, cuidando los protocolos de bioseguridad para mejorar e inculcar mejores patrones de alimentación.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Tagle R. Diagnóstico de hipertensión arterial. Rev Médica Clínica Las Condes. 2018;29(1):12-20.
2. Meléndez C, Gensy E. Nivel de autocuidado sobre hipertensión arterial en el adulto mayor que acude al servicio de consulta externa de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2018. Univ Nac Federico Villarreal [Internet]. 2019 [citado 14 de junio de 2021]; Disponible en: <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/1678883>
3. Lira C. EUMT. IMPACTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL COMO FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 1 de marzo de 2015 [citado 10 de julio de 2021];26(2):156-63. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S071686401500036X>
4. González Rodríguez R, Martínez Cruz M, Castillo Silva D, Rodríguez Márquez O, Hernández Valdés J. Caracterización clínico-epidemiológica de la hipertensión arterial en adultos mayores. Rev Finlay. 2017;7(2):74-80.
5. Urrea JK. Hipertensión arterial en la mujer. Rev Colomb Cardiol [Internet]. 1 de enero de 2018 [citado 10 de julio de 2021];25:13-20. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563317302590>
6. Hipertensión [Internet]. [citado 10 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
7. Tagle R, Acevedo M. OBJETIVOS TERAPÉUTICOS EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL: METAS DE PRESIÓN ARTERIAL EN LOS DIVERSOS SUBGRUPOS DE HIPERTENSOS. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 1 de enero de 2018 [citado 10 de julio de 2021];29(1):21-32. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300105>

8. Haung Z, Hong SA, Tejavaddhana P, Puckpinyo A, Myint MNHA. Multiple self-care behaviors and associated factors in community-dwelling patients with hypertension in Myanmar. *Nagoya J Med Sci.* mayo de 2020;82(2):363-76.
9. Díaz Saldaña MM, Infante Sánchez EH. Conocimiento sobre hipertensión arterial y práctica de autocuidado-programa adulto mayor. 2020;
10. Cruz-Aranda JE. Manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor. *Med Interna México.* 2019;35(4):515-24.
11. Bravo Averruz JC. Manejo en Atención Primaria del Paciente con Hipertensión Arterial atendido en el Centro de Salud Sócrates Flores Vivas Carazo, octubre-diciembre 2018 [PhD Thesis]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua; 2019.
12. Niriayo YL, Ibrahim S, Kassa TD, Asgedom SW, Atey TM, Gidey K, et al. Practice and predictors of self-care behaviors among ambulatory patients with hypertension in Ethiopia. *PloS One.* 2019;14(6):e0218947.
13. Centurión P, Rosalina S. El Nivel de Conocimiento sobre Hipertensión Arterial en Adulto Mayores en el Centro de Salud José Quiñones Gonzáles Mayo–Octubre 2019. 2019;
14. Bacha D, Abera H. Knowledge, Attitude and Self-Care Practice towards Control of Hypertension among Hypertensive Patients on Follow-up at St. Paul's Hospital, Addis Ababa. *Ethiop J Health Sci [Internet].* julio de 2019 [citado 23 de junio de 2021];29(4):421-30. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6689705/>
15. Lee E, Park E. Self-care behavior and related factors in older patients with uncontrolled hypertension. *Contemp Nurse.* diciembre de 2017;53(6):607-21.

16. Torres Silva OR. Nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado en adultos mayores con Hipertensión arterial Centro de Salud Morro Solar Jaén 2018. 2019;
17. Paredes Tapia VC. Autocuidado y nivel de conocimiento en el adulto mayor con hipertensión arterial del Hospital I de ESSALUD-Nuevo Chimbote, 2015. 2015;
18. Ochoa Chamba CM, Rimarachin Carranza YM. Prácticas de autocuidado del adulto mayor con hipertensión arterial Centro de Salud del Ministerio de Salud. Lambayeque 2020. 2021;
19. Bonifaz V, Gaudencia R, Mormontoy Laurel W. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en el adulto y adulto mayor con hipertensión arterial de un hospital general, Octubre 2016. 2017;
20. Vargas MÁ, Rosas ME. Impacto de un programa de actividad física aeróbica en adultos mayores con hipertensión arterial. Rev Latinoam Hipertens. 2019;14(2):1856-4550.
21. Castillo Zurita N. Prevalencia de Hipertension Arterial y sus Factores Asociados en Adultos Mayores del Centro de Salud Cruce de Chumba-Jaen, 2019. 2020;
22. Benetos A, Petrovic M, Strandberg T. Hypertension Management in Older and Frail Older Patients. Circ Res. 29 de marzo de 2019;124(7):1045-60.
23. Asrress DK, Williams B. Systemic arterial hypertension [Internet]. Landmark Papers in Cardiovascular Medicine. Oxford University Press; [citado 10 de julio de 2021]. Disponible en: <https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199594764.001.1/med-9780199594764-chapter-017>
24. Sierra C. La hipertensión arterial en el anciano. Hipertens Riesgo Vasc [Internet]. 1 de enero de 2017 [citado 10 de julio de 2021];34:26-9.

Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889183718300722>

25. Castro EMM. Bioestadística aplicada en investigación clínica: conceptos básicos. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. 1 de enero de 2019 [citado 30 de junio de 2021];30(1):50-65. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300045>
26. Warren-Findlow J, Basalik DW, Dulin M, Tapp H, Kuhn L. Preliminary Validation of the Hypertension Self-Care Activity Level Effects (H-SCALE) and Clinical Blood Pressure Among Patients With Hypertension. J Clin Hypertens [Internet]. 2013 [citado 22 de junio de 2021];15(9):637-43. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jch.12157>
27. Gutiérrez Rufín M, Polanco López C. Enfermedad renal crónica en el adulto mayor. Rev Finlay. 2018;8(1):1-8.
28. Palacios Zurita M. Conocimiento y prácticas de autocuidado sobre hipertensión arterial en adultos mayores del servicio de medicina del Hospital Regional Docente las Mercedes enero–junio 2019. 2019;
29. Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Mann DL, Tomaselli GF. Braunwald. Tratado de cardiología: Texto de medicina cardiovascular. Elsevier Health Sciences; 2019.
30. Berreta JA, Kociak D. Hipertensión arterial en adultos mayores. Tratamiento según comorbilidades y daño de órganos. Rev Arg Gerontol Geriatria. 2017;31(2):52-9.
31. Gijón-Conde T, Gorostidi M, Banegas JR, de la Sierra A, Segura J, Vinyoles E, et al. Documento de la Sociedad Española de Hipertensión- Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) 2019. Hipertens Riesgo Vasc [Internet]. 1 de octubre de 2019 [citado 10 de julio

- de 2021];36(4):199-212. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889183719300315>
32. Centurión P, Rosalina S. El Nivel de Conocimiento sobre Hipertensión Arterial en Adulto Mayores en el Centro de Salud José Quiñones Gonzáles Mayo –Octubre 2019. Univ Part Chiclayo [Internet]. 2019 [citado 14 de junio de 2021]; Disponible en:
<http://repositorio.udch.edu.pe/handle/UDCH/567>
 33. Gómez JF, Camacho PA, López-López J, López-Jaramillo P. Control y tratamiento de la hipertensión arterial: Programa 20-20. Rev Colomb Cardiol [Internet]. 1 de marzo de 2019 [citado 10 de julio de 2021];26(2):99-106. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563319300257>
 34. Segura Vega L. Nuevas cifras de la presión arterial en las poblaciones peruanas de altura y la nueva guía americana de hipertensión arterial. Rev Peru Ginecol Obstet. 2018;64(2):185-90.
 35. Larki A, Reisi M, Tahmasebi R. Predictores de conductas de autocuidado entre pacientes hipertensos con escasos conocimientos en salud, con base en un modelo de creencias sobre la salud en el distrito de Bushehr, al sur de Irán / Factors Predicting Self-Care Behaviors among low health literacy hypertensive patients based on Health Belief Model in Bushehr district, south of Iran. Med Soc [Internet]. 16 de abril de 2021 [citado 22 de junio de 2021];14(1):4-12. Disponible en:
<https://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/view/1295>
 36. Oliveira IM, Duarte YA de O, Zanetta DMT. Prevalence of Systemic Arterial Hypertension Diagnosed, Undiagnosed, and Uncontrolled in Elderly Population: SABE Study. J Aging Res [Internet]. 3 de septiembre de 2019 [citado 10 de julio de 2021];2019:e3671869. Disponible en:
<https://www.hindawi.com/journals/jar/2019/3671869/>

37. Endothelium and Arterial Hypertension. Endothel Cardiovasc Dis [Internet]. 1 de enero de 2018 [citado 10 de julio de 2021];429-37. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128123485000283>
38. Carnero Sotomayor BE. Nivel de conocimiento de los adultos mayores sobre medidas preventivas de complicaciones cardiovasculares por hipertension arterial en consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Dos de Mayo febrero–diciembre 2017. SUNEDU. 2018;
39. Ramírez Tuya OM. Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y el autocuidado del adulto mayor hipertenso de la Microred chavín-Ancash, 2018. 2019;
40. Díaz-Carrión GR, Malca-Monsalve LS, Díaz-Vélez C, Olave-Luza E, Poma-Ortiz J. Conocimientos y prácticas sobre prevención de dengue en un Distrito de Lambayeque, Perú, 2015. Rev Cuerpo Méd HNAAA [Internet]. 2017 [citado 3 de septiembre de 2020];10(3):121-5. Disponible en: <https://cmhnAAA.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/2>
41. Hernández-Sampieri R, Torres CPM. Metodología de la investigación. Vol. 4. McGraw-Hill Interamericana México^ eD. F DF; 2018.
42. Krinner LM, Warren-Findlow J, Thomas EV, Coffman MJ, Howden R. Validation of Hypertension Self-Care Activity Level Effects (H-SCALE). En APHA; 2018 [citado 22 de junio de 2021]. Disponible en: <https://apha.confex.com/apha/2018/meetingapp.cgi/Paper/416756>
43. Palacios Zurita M. Conocimiento y prácticas de autocuidado sobre hipertensión arterial en adultos mayores del servicio de medicina del Hospital Regional Docente las Mercedes enero –junio 2019. Univ Part Chiclayo [Internet]. 2019 [citado 21 de noviembre de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.udch.edu.pe/handle/UDCH/431>

44. Meneses T, Santos S. Nivel de Conocimiento sobre Autocuidado en Pacientes Adultos Mayores atendidos en el Puesto de Salud Cruz de La Esperanza–Chiclayo-Lambayeque, Julio–Octubre 2018. 2019;
45. Machacuay Vilcatoma GY, Cardenas Huapaya MM. Adherencia al tratamiento farmacológico y calidad de vida relacionada a la salud en personas con hipertensión arterial atendidos en el consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima-2018. 2019;

9. ANEXOS

ANEXO 1 SOLICITUD DE EJECUCIÓN DE TESIS DE PRE GRADO

SOLICITO: PERMISO PARA EJECUCIÓN
DE PLAN PILOTO Y ENCUESTA VIRTUAL PARA
EJECUCIÓN DE TESIS DE PRE GRADO - UDCH

Dr.
Director del Centro de Salud Toribia Castro Chirinos

Sr. **Director del Centro de Salud Toribia Castro Chirinos** Dr. _____, le saludo cordialmente, esperando que se encuentre muy bien de salud, y aprovecho por medio de este documento a presentarme, soy Elizabeth Del Rosario Samamé Llontop, con DNI _____, bachiller de enfermería que se encuentra realizando su proyecto de tesis, asesorada por la Mag. _____. Nos presentamos ante usted para solicitar su consentimiento en el desarrollo del estudio de investigación **“AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL CENTRO DE SALUD TORIBIA CASTRO CHIRINOS. LAMBAYEQUE 2020”**, que será aplicado en el Centro de Salud, que usted dirige para poder ejecutar el plan piloto y escoger la muestra para su ejecución a fin de que cumplan los fines de la investigación, para lo cual también se le remite copia del proyecto para que evalúe los alcances y características de la investigación.

Se le garantiza confidencialidad en el tratamiento de los datos obtenidos en la investigación, respetando los principios bioéticos básicos de las biomédicas y de la investigación científica.

Se le agradece la participación y a través de su consentimiento, tendré por permitido continuar con el estudio.

Chiclayo, _____ de _____ del 2020.

Firma de la asesora
DNI:
Dirección:

Firma del investigador
Nombre:
DNI:
Código universitario:

ANEXO 2

SOLICITUD DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PARTICIPANTES

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO:
“AUTOCUIDADO DEL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL
CENTRO DE SALUD TORIBIA CASTRO CHIRINOS. LAMBAYEQUE 2020”**

Sr (a). Don (ña) me dirijo ante usted, para solicitar su colaboración y consentimiento en el desarrollo del estudio de investigación, que es ejecutado en el Centro de Salud donde usted realiza su atención médica, el cual servirá para conocer el grado de autocuidado que usted tiene acerca del padecimiento de la Hipertensión arterial, además se le comunica que esta investigación está respaldada por el consentimiento del Centro de Centro de Salud y el Comité de ética de la UDCH.

Se le garantiza confidencialidad para el tratamiento de los datos obtenidos en la investigación, asimismo se respetará su autonomía y los demás principios éticos de la investigación.

Se le agradece la participación y a través de su consentimiento, tendré por permitido continuar con el estudio, a través del siguiente formulario que se le presentará en la entrevista.

Chiclayo, _____ de _____ del 2020.

Firma de la participante
DNI:
Dirección:

Firma del investigador
Nombre:
DNI:

ANEXO 3

Test de AUTUIDADO EN EL ADULTO MAYOR

SECCION I. DATOS GENERALES

1. **(P.1) Edad:** _____ años
2. **(P.2) Edad:**
 - a. 60 a 64 años
 - b. 65 a 69 años
 - c. 70 a 74 años
 - d. 75 a 79 años
 - e. 80 a más
3. **(P.3) Sexo:** Masculino – Femenino.
4. **(P.4) Creencias religiosas:**

Católico – Evangélico – adventista – Testigo de Jehová – Agnóstico – Mormón
– Otra.
5. **(P.5) Estado civil:**
 - a. Soltero
 - b. Casado
 - c. Viuda
 - d. Divorciada
6. **(P.6) Grado de Instrucción:**
 - a. Sin educación
 - b. Primaria
 - c. Secundaria
 - d. Superior
7. **(P.7) Con quién vive:**
 - a. Esposo (a)
 - b. Hijo (a)
 - c. Nietos
 - d. Otras
8. **(P.8) Tiempo de enfermedad (HTA):**
 - a. 0 a 5 años
 - b. 6 a 10 años
 - c. Más de 10 años

9. (P.9) Visita o seguimiento:

- a. Enfermero (a)
- b. Médico (a)

10. (P.10) Presenta Otra enfermedad

- a. Dm
- b. Obesidad
- c. Hipertrigliceridemia
- d. Otros
- e. Ninguno

SECCION II. AUTOCUIDADO

ESFERAS	Preguntas	Siempre	A veces	Nunca
ALIMENTACIÓN	1 Usted suele consumir fruta en proporción de 3 a 5 raciones al día.			
	2 Usted suele consumir verduras en proporción de 4 a 5 raciones al día (Por ejemplo: lechugas, espinacas, repollos, caigua, etc).			
	3 Usted suele consumir legumbres en proporción de 4 a 5 raciones a la semana (Por ejemplo: garbanzo, frijol, arvejas, habas, lentejitas, etc).			
	4 Usted suele consumir carne en proporción de 1 a 2 raciones a la semana (Por ejemplo: res, pollo, cerdo, pavo, pescado entre otras).			
	5 Usted suele consumir aceites en proporción de 2 a 3 cucharaditas al día (Por ejemplo: aceite líquido, mayonesa, mantequilla, etc).			
	6 Usted suele consumir lácteos en proporción de 2 a 3 raciones al día (Por ejemplo: leche, yogurt, queso, mantequilla, etc).			
	7 Usted suele restringir la ingesta de sal en sus alimentos diariamente			
	8 Usted trata de respetar el horario de la ingesta de sus alimentos diariamente			
	9 Usted trata de controlar su peso constantemente			
ACTIVIDAD FÍSICA	10 Ud. Realiza actividad física entre 3 a 5 días a la semana			
	11 Ud. Suele dormir adecuadamente y a sus horas			
	12 Ud. Realiza ejercicio o actividad física al menos 45 minutos al día (caminatas, estiramiento muscular, articular, caminar, trotar, entre otros)			
RESTRICCIÓN DE HÁBITOS NOCIVOS	13 Ud. Se restringe las bebidas alcohólicas			
	14 Ud. Se restringe el uso de cigarrillos o tabaco			
	15 Ud. Se restringe el consumo de café procesado (enlatado)			
	16 Ud. Consume su terapia antihipertensiva a diario (captopril, valsartán, lomsartán entre otros).			

ADHERENCIA A LA TERAPIA FARMACOLÓGICA	17	Ud. Consume su terapia antihipertensiva a la hora indicada por su médico			
	18	Ud. Cumple el tratamiento antihipertensivo sin un familiar o acompañante supervisor			
	19	Si Ud. Siente algún tipo de síntoma de alarma acude a su médico			
	20	Ud. Utiliza medios que le recuerden tomar su tratamiento antihipertensivo			
	21	Ud. Registra o monitorea frecuentemente su presión arterial			
MANEJO DEL ESTRÉS O TENSIÓN	22	Ud. acude a algún grupo de ayuda para adultos mayores (CIAM), iglesias, ONG, entre otros			
	23	Ud. Practica ejercicios de respiración pausada de mínimo 2 minutos para manejar su estrés			
	24	Ud. Suele practicar juegos recreativos, como el ajedrez, ludo, casino, pupiletras, etc.			
	25	Ud. Suele escuchar música diariamente para relajarse o acompañarse			
	26	Ud. Suele entablar conversaciones con los miembros de su familia diariamente y tener buena relación con ellos.			
	27	Ud. Recibe apoyo económico y social de su familia y/o entorno.			
	28	Ud. Ha tenido miedo por la situación social en la que vivimos			
	29	Ud., es consciente de los riesgos que es haber desarrollado Hipertensión arterial			

EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO:

	ADECUADO	PARCIALMENTE ADECUADO	INADECUADO
ALIMENTACIÓN (9)	15 - 18	8 al 14	0 - 7
ACTIVIDAD FÍSICA (3)	5 al 6	4 al 5	0 - 3
RESTRICCIÓN DE HáBITOS NOCIVOS (3)	5 al 6	4 al 5	0 - 3
ADHERENCIA A LA TERAPIA FARMACOLÓGICA (6)	10 al 12	5 al 9	0 - 4
MANEJO DEL ESTRÉS O TENSIÓN (8)	13 - 16	6 al 12	0 - 6
GLOBAL (29)	38 - 58	25 - 37	0 - 24

ANEXO 4

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

(Resultados de la prueba piloto)

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	30	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	30	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,866	29

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Usted suele consumir fruta en proporción de 3 a 5 raciones al día.	36,0333	72,309	,470	,859
Usted suele consumir verduras en proporción de 4 a 5 raciones al día (Por ejemplo: lechugas, espinacas, repollos, caigua, etc).	36,2667	71,513	,496	,859

Usted suele consumir legumbres en proporción de 4 a 5 raciones a la semana (Por ejemplo: garbanzo, frijol, arvejas, habas, lentejitas, etc).	36,2000	71,545	,551	,857
Usted suele consumir carne en proporción de 1 a 2 raciones a la semana (Por ejemplo: res, pollo, cerdo, pavo, pescado entre otras).	35,6333	75,206	,370	,862
Usted suele consumir aceites en proporción de 2 a 3 cucharaditas al día (Por ejemplo: aceite líquido, mayonesa, mantequilla, etc).	35,9000	73,817	,433	,861
Usted suele consumir lácteos en proporción de 2 a 3 raciones al día (Por ejemplo: leche, yogurt, queso, mantequilla, etc).	36,0667	73,099	,454	,860
Usted suele restringir la ingesta de sal en sus alimentos diariamente	35,9000	73,334	,476	,859
Usted trata de respetar el horario de la ingesta de sus alimentos diariamente	35,9000	73,128	,455	,860
Usted trata de controlar su peso constantemente	35,8000	72,993	,574	,857
Ud. Realiza actividad física entre 3 a 5 días a la semana	36,0667	72,478	,471	,859
Ud. Suele dormir adecuadamente y a sus horas	35,9000	74,231	,362	,863
Ud. Realiza ejercicio o actividad física al menos 45 minutos al día (caminatas, estiramiento muscular, articular, caminar, trotar, entre otros)	36,0667	72,478	,606	,856
Ud. Se restringe las bebidas alcohólicas	35,4667	75,844	,365	,863
Ud. Se restringe el uso de cigarrillos o tabaco	35,8000	74,786	,354	,863
Ud. Se restringe el consumo de café procesado (enlatado)	35,5667	76,737	,248	,865

Ud. Consume su terapia antihipertensiva a diario (captopril, valsartán, lorasartán entre otros).	35,8000	75,407	,270	,865
Ud. Consume su terapia antihipertensiva a la hora indicada por su médico	35,9000	74,852	,310	,864
Ud. Cumple el tratamiento antihipertensivo sin un familiar o acompañante supervisor	35,8000	74,924	,265	,866
Si Ud. Siente algún tipo de síntoma de alarma acude a su médico	35,3000	77,666	,152	,867
Ud. Utiliza medios que le recuerden tomar su tratamiento antihipertensivo	35,6333	75,826	,352	,863
Ud. Registra o monitorea frecuentemente su presión arterial	35,5667	75,840	,304	,864
Ud. acude a algún grupo de ayuda para adultos mayores (CIAM), iglesias, ONG, entre otros	35,6667	75,333	,289	,864
Ud. Practica ejercicios de respiración pausada de mínimo 2 minutos para manejar su estrés	36,2000	71,200	,511	,858
Ud. Suele practicar juegos recreativos, como el ajedrez, ludo, casino, pupiletras, etc.	35,9667	74,999	,267	,866
Ud. Suele escuchar música diariamente para relajarse o acompañarse	35,8000	73,269	,494	,859
Ud. Suele entablar conversaciones con los miembros de su familia diariamente y tener buena relación con ellos.	35,6667	74,299	,379	,862
Ud. Recibe apoyo económico y social de su familia y/o entorno.	35,5000	75,086	,447	,861
Ud. Ha tenido miedo por la situación social en la que vivimos	35,7333	74,064	,449	,860
Ud., es consciente de los riesgos que es haber desarrollado hipertensión arterial	35,7000	75,045	,350	,863