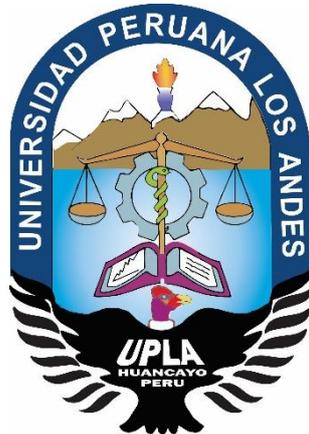


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN

Título	: “AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO ESSALUD, HUANCAYO, 2018”
Para optar	: El título profesional de licenciada en enfermería
Autoras	: Ochoa Mallma, Meibi Ponce Macassi Jackelyne Frieda
Asesor	Mg. Chavez Quispe, Grissel
Línea de investigación:	: Salud Pública
Fecha de inicio y Culminación	: Junio del 2018 - Julio del 2019

HUANCAYO – PERÚ – 2019

ASESOR

MG. CHAVEZ QUISPE, GRISSEL

DEDICATORIA

A mis padres y familiares por ayudarme a cumplir mis sueños e infundirme el valor de la superación constante.

Meibi

A mi familia, por sus deseos y esfuerzos realizados para que pueda llegar a ser enfermera y cuidar de forma humanizada mis pacientes

Jackelyne

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Peruana Los Andes, en especial a los docentes que nos ayudaron a expandir nuestros conocimientos y alcanzar nuestros sueños y metas

Al personal del Policlínico Metropolitano EsSalud - Huancayo por su disposición positiva para la realización de estudios de investigación para la mejora del servicio.

A las pacientes que accedieron a participar en la investigación posibilitando de esa forma su ejecución y culminación.

PRESENTACIÓN

Ante la hipertensión, un buen autocuidado consiste en: eludir las situaciones estresantes, llevar una alimentación con: pocas grasas saturadas, baja en sal y abundante fibra; hacer ejercicios; cumplir con el tratamiento farmacológico; evitar el consumo de alcohol y abandonar los cigarrillos; dicho autocuidado se asocia con el control de la hipertensión arterial al reducir los episodios hipertensivos y los síntomas como: mareos, taquicardia, disnea, fatiga y neuropatía además incrementa la interacción social y las actividades familiares también evita el sedentarismo; todo esto lleva a una mejor calidad de vida en salud.

El autocuidado dirigido a la modificación del estilo de vida puede disminuir, prevenir y controlar la hipertensión; se ha demostrado que el control del peso, la actividad física y una dieta baja en grasas rica en frutas y verduras, con productos lácteos sin grasa y frutos secos incorporados reducen la presión arterial; se ha visto que los pacientes con hipertensión arterial refractaria y con complicaciones tienen un considerable deterioro de su calidad de vida.

Un férreo autocuidado puede cambiar los patrones de comportamiento que llevaron a la persona hacia la enfermedad, este proceso se ve afectado por: las características individuales, la interacción social y las condiciones de vida socioeconómica y ambiental en que viven las personas; por lo que las intervenciones externas a la persona tienen moderado impacto. Bajo estas consideraciones el estudio se propuso

establecer la relación entre el autocuidado en la hipertensión arterial con la calidad de vida en salud.

El estudio elaborado consta de seis capítulos: en el I, se demarca el problema y se destacan los elementos fundamentales que darán orientación al estudio; en el capítulo II, se anotan los componentes teóricos que sustentan el estudio y además permiten comprender y explicar las variables y sus relaciones; en el capítulo III, se plantean las hipótesis y se operacionalizan las variables; en el capítulo IV, se describe la metodología que se ha seguido para: la obtención y procesamiento de datos, y la afirmación de conclusiones de validez científica; en el capítulo V, se presentan los resultados obtenidos y en el capítulo VI, se hace el contraste de los resultados obtenidos en el estudio con los hallazgos de otros investigadores. Finalmente se consignan las conclusiones y recomendaciones.

CONTENIDO

ASESOR	II
DEDICATORIA	III
AGRADECIMIENTOS	IV
PRESENTACIÓN.....	V
CONTENIDO	VII
CONTENIDO DE TABLAS.....	XI
CONTENIDO DE GRÁFICOS	XIII
RESUMEN	XV
ABSTRAC	XVI

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	1
1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	6
1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.3.1. PROBLEMA GENERAL.....	7
1.3.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS.....	7
1.4. JUSTIFICACIÓN.....	8
1.4.1. SOCIAL O PRÁCTICA	8
1.4.2. TEÓRICA O CIENTÍFICA.....	8
1.4.3. METODOLÓGICA	9
1.5. OBJETIVOS.....	10
1.5.1. OBJETIVO GENERAL	10
1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTE DE ESTUDIO	11
2.2. BASES TEÓRICAS	17
2.2.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	17
2.2.2. EL AUTOCUIDADO.....	17
2.2.2.1. EL AUTOCUIDADO DE ACUERDO AL MODELO DE DOROTEA E. OREM	18
2.2.2.2. AUTOCUIDADO DIETÉTICO EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	23
2.2.2.3. AUTOCUIDADO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS	27
2.2.2.4. AUTOCUIDADO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA.....	31
2.2.2.5. AUTOCUIDADO DE LA TENSIÓN EMOCIONAL.....	33
2.2.2.6. AUTOCUIDADO EN LA MEDICACIÓN Y EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ...	34
2.2.3. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A SALUD	35
2.2.3.1. FUNCIÓN FÍSICA	36
2.2.3.2. SENSACIÓN DE BIENESTAR.....	37
2.2.3.3. INTERACCIÓN SOCIAL	38
2.3. MARCO CONCEPTUAL	39

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1. HIPÓTESIS PRINCIPAL.....	41
3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS.....	41
3.3. VARIABLES DEL ESTUDIO	42

CAPÍTULO IV
METODOLOGÍA

4.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	46
4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	47
4.3. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN	47
4.4. DISEÑO	48
4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	48
4.5.1. POBLACIÓN	48
4.5.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	49
4.5.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	49
4.5.2. MUESTRA	50
4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	51
4.6.1. PARA VALORAR EL AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL	51
4.6.2. PARA VALORAR LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD	52
4.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	54
4.8. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	56

CAPÍTULO V
RESULTADOS

5.1. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS	57
5.1.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL	57
5.1.2. CARACTERÍSTICAS DEL AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL	63
5.1.3. CARACTERÍSTICAS de la CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, en PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL	68
5.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.....	72
5.2.1. PRUEBA DE NORMALIDAD	72

5.2.2. CORRELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO DIETÉTICO Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. .	73
5.2.3. CORRELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.	77
5.2.4. CORRELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO EN LA ACTIVIDAD FÍSICA Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.	81
5.2.5. CORRELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO EN LA TENSIÓN EMOCIONAL Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	85
5.2.5. CORRELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO EN EL CONTROL DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	89
5.2.6. CORRELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	93

CAPITULO VI

DISCUSIÓN

6.1. CARACTERÍSTICAS DEL AUTOCUIDADO	97
6.2. CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA	100
6.3. RELACIÓN ENTRE AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA	103
CONCLUSIONES	107
RECOMENDACIONES	108
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	109
ANEXOS	114

CONTENIDO DE TABLAS

TABLA 1: SEXO DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018 _____	57
TABLA 2: EDAD DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018 _____	58
TABLA 3: NIVEL EDUCATIVO DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018 _____	59
TABLA 4: OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018 _____	60
TABLA 5: TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD – 2018 _____	61
TABLA 6: ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018 _____	62
TABLA 7: AUTOCUIDADO DIETÉTICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018 _____	63
TABLA 8: AUTOCUIDADO EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018 _____	64
TABLA 9: AUTOCUIDADO EN LA ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018 _____	65
TABLA 10: AUTOCUIDADO EN LA TENSIÓN EMOCIONAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018 _____	66
TABLA 11: AUTOCUIDADO EN EL CONTROL DE LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018 _____	67
TABLA 12: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN REFERENCIA A LA FUNCIÓN FÍSICA Y ROL LABORAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018 _____	68
TABLA 13: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN REFERENCIA A LA SENSACIÓN DE BIENESTAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018 _____	69

TABLA 14: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN REFERENCIA A LA INTERACCIÓN SOCIAL Y BIENESTAR PSÍQUICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018 _____	70
TABLA 15: CONSOLIDADO DE AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018 _____	71
TABLA 16: PRUEBA DE NORMALIDAD PARA LOS DATOS CONSOLIDADOS DE AUTOCUIDADO EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD _____	72
TABLA 17: RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO DIETÉTICO Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO DE HUANCAYO ESSALUD _	74
TABLA 18: RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO DE HUANCAYO ESSALUD _____	78
TABLA 19: RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO EN LA ACTIVIDAD FÍSICA Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO DE HUANCAYO ESSALUD _	82
TABLA 20: RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO EN LA TENSIÓN EMOCIONAL Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO DE HUANCAYO ESSALUD _____	86
TABLA 21: RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO EN EL CONTROL DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO DE HUANCAYO ESSALUD _____	90
TABLA 22: RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO DE HUANCAYO ESSALUD _____	94

CONTENIDO DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: SEXO DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018	57
GRÁFICO 2: EDAD DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD – 2018.....	58
GRÁFICO 3: NIVEL EDUCATIVO DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018.....	59
GRÁFICO 4: OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018	60
GRÁFICO 5: TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018.....	61
GRÁFICO 6: estado civil DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018	62
GRÁFICO 7: AUTOCUIDADO DIETÉTICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018.....	63
GRÁFICO 8: AUTOCUIDADO EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018	64
GRÁFICO 9: AUTOCUIDADO EN LA ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018.....	65
GRÁFICO 10: AUTOCUIDADO EN LA TENSIÓN EMOCIONAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018.....	66
GRÁFICO 11: AUTOCUIDADO EN EL CONTROL DE LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018.....	67
GRÁFICO 12: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN REFERENCIA A LA FUNCIÓN FÍSICA Y ROL LABORAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN	

ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018.....	68
GRÁFICO 13: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN REFERENCIA A LA SENSACIÓN DE BIENESTAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018.....	69
GRÁFICO 14: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN REFERENCIA A LA INTERACCIÓN SOCIAL Y BIENESTAR PSÍQUICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018.....	70
GRÁFICO 15: GRÁFICO DE DISPERSIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO DIETÉTICO Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	73
GRÁFICO 16: GRÁFICO DE DISPERSIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL	77
GRÁFICO 17: GRÁFICO DE DISPERSIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO EN LA ACTIVIDAD FÍSICA Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	81
GRÁFICO 17: GRÁFICO DE DISPERSIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO EN LA TENSIÓN EMOCIONAL Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	85
GRÁFICO 17: GRÁFICO DE DISPERSIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO EN EL CONTROL DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	89
GRÁFICO 20: GRÁFICO DE DISPERSIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.....	93

RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado “Autocuidado y calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del policlínico metropolitano Essalud Huancayo 2018”. Se formuló el problema ¿Cuál es la relación entre el autocuidado y la calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial en el lugar de estudio? El objetivo general fue Determinar la relación entre el autocuidado y la calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial. Es un estudio descriptivo trasversal de tipo correlacional, se realizó con una población de 170 pacientes ambulatorios, adscritos al programa de enfermedades no transmisibles. Con una muestra de 115 pacientes a los que se les aplicó el “Cuestionario de autocuidado en personas con hipertensión arterial”.

Entre los resultados podemos mencionar que el 39.2 % de pacientes hipertensos llevan un apropiado autocuidado y el 24.3 % de pacientes hipertensos tienen una adecuada calidad de vida relacionada a salud. Concluyendo que existe una relación significativa cuando mejora el autocuidado en hipertensión arterial, mejora la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión arterial del “Policlínico Metropolitano Essalud Huancayo 2018” (coeficiente de correlación de Pearson moderada positiva = 0.549).

Palabras clave: autocuidado, calidad de vida relacionada a salud, hipertensión arterial.

ABSTRAC

The present research work entitled "Self-care and quality of life related to health in patients with hypertension of the metropolitan polyclinic Essalud Huancayo 2018". The problem was formulated: What is the relationship between self-care and quality of life related to health in patients with arterial hypertension in the place of study? The general objective was to determine the relationship between self-care and quality of life related to health in patients with arterial hypertension. It is a cross-sectional descriptive study of correlational type, it was carried out with a population of 170 outpatients, assigned to the program of noncommunicable diseases. With a sample of 115 patients who were given the "Self-care questionnaire in people with high blood pressure".

Among the results we can mention that 39.2% of hypertensive patients carry an appropriate self-care and 24.3% of hypertensive patients have an adequate quality of life related to health. Concluding that there is a significant relationship when self-care improves in arterial hypertension, it improves the quality of life related to health in patients with hypertension of the "Polyclinic Metrolopilitano Essalud Huancayo 2018" (Pearson correlation coefficient positive = 0.549).

Keywords: self-care, quality of life related to health, arterial hypertension.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

Según la Organización Mundial de la Salud. (OMS) las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total . Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9,4 millones de muertes . La hipertensión es la causa de por lo menos el 45% de las muertes por cardiopatías (la mortalidad total por cardiopatía isquémica , y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular (la mortalidad total por accidente cerebrovascular).

La hipertensión arterial sistémica es una enfermedad que afecta aproximadamente al 25 % de la población mundial, en la región de las Américas la prevalencia de presión arterial es de 22% en mayores de 18 años (1), para el Perú según la encuesta ENDES 2015, la prevalencia de personas con hipertensión arterial fue de 12.3% cifra que se ha incrementado a 17,6% para el 2017, este porcentaje se agranda a 48,6% si la persona es mayor de 60 años. La hipertensión arterial constituye en un grave problema de salud pública por la complejidad que representa su control y por los inminentes daños cardiovasculares, cerebrales y renales que genera (2).

La mayoría de las personas con presión arterial no tienen ningún síntoma y no saben que lo tienen; a veces, la presión arterial alta puede causar síntomas como dolor de cabeza, dificultad para respirar, mareos, dolor en el pecho, palpitaciones del corazón o hemorragias nasales, por lo tanto todos deberían de realizarse un control periódico de la presión arterial. La hipertensión es una afección; en la que, la sangre circula a una presión persistentemente incrementada. El propósito primordial del tratamiento antihipertensivo, ya sea farmacológico o no farmacológico, es reducir el riesgo de morbilidad y mortalidad asociadas con la hipertensión arterial (3).

El autocuidado, es cualquier actividad que se realiza voluntariamente para mantener la propia salud física, mental o emocional, son actividades simples con un impacto significativo en la salud y el bienestar general; cuando el autocuidado se realiza de forma efectiva se puede controlar la hipertensión y otras patologías crónicas degenerativas. Mientras que; la calidad de vida relacionada con la salud, es la autopercepción de bienestar o el grado de conformidad de la persona con su salud física, psicológica y social.

Las personas con hipertensión arterial requieren del autocuidado para la modificación radical de su forma de vida; si el autocuidado es asumido de forma estricta se cumplirá la medicación farmacológica y no farmacológica y se adoptarán unos hábitos favorables a la salud; la implementación de estas acciones en la vida diaria del paciente mejorará su vitalidad e incrementará su calidad de vida.

En el 2013 Sukwatjane A, en un estudio realizado en hospitales de Tailandia, encuentra que las personas con hipertensión no controlada necesitan la capacidad de autocuidado para controlar los síntomas y los cambios de estilo de vida inherentes a

vivir con una enfermedad crónica; deben aprender a controlar adecuadamente su presión arterial mediante modificaciones en el estilo de vida y tomar medicamentos controlados contra la hipertensión, el conocimiento y las habilidades apropiadas son necesarias para que puedan realizar el autocuidado. Solo un buen autocuidado llevará a modificaciones favorables de su calidad de vida (4).

En el 2017 en una investigación realizada en Vietnam, demuestran que la práctica del autocuidado se ha utilizado eficazmente en el control de la hipertensión arterial, este proceso no es fácil porque las personas necesitan tomar decisiones diarias durante un largo tiempo e implican acciones como tomar medicamentos, hacer ejercicio y responder a los signos y síntomas de la hipertensión, además hay muchos factores, como el conocimiento sobre la hipertensión, las características individuales y el aspecto social, que podrían tener grandes efectos sobre el manejo del autocuidado; asimismo en aquellos pacientes con buena práctica de autocuidado se observa un notable incremento de su calidad de vida (5).

En el 2016, Silva C, DiCiero M, en una investigación realizada en Brasil, hallan que una práctica de autocuidado de ingesta adecuada de agua, ingesta de sal y café restringido, período de sueño satisfactorio, abstinencia del tabaquismo y el alcoholismo, tratamiento farmacológico continuo y asistencia a citas médicas, reduce la hipertensión arterial y mejora la calidad de vida (6).

En el 2014 Mejía R, en una investigación realizada en Cuenca Ecuador, halla que el autocuidado evita las complicaciones y contribuye al éxito terapéutico en la hipertensión arterial al conducir a una alimentación saludable, a mayor actividad física y a la tranquilidad emocional; muchos pacientes que han llevado buenas prácticas de

autocuidado han logrado controlar la hipertensión arterial al grado de no presentar ni el menor vestigio de la enfermedad, ya que han eliminado el sobrepeso y el sedentarismo, además evitan el tabaco y alcohol y llevan una dieta saludable (7).

En nuestro país Preciado B y Orrego K, encuentran que el 65 % de los pacientes con un apropiado autocuidado tiene una buena calidad de vida; considerando que el autocuidado es un fenómeno activo en el que la persona debe de comprender su estado de salud y utilizar sus habilidades para modificar el curso de la enfermedad, las acciones sistemáticas de autocuidado son realizadas por el paciente, con el objetivo de controlar factores humanos y ambientales que vulneren su estado de salud y acentúen a la hipertensión, La práctica de auto-cuidado se halla altamente asociada a la calidad de vida del paciente (8).

A nivel regional Javier I, Santos M, encuentran que un programa educativo que fortalezca el autocuidado mejora la práctica del autocuidado y la calidad de vida, la práctica del autocuidado se vincula a un conjunto de decisiones, acciones y estrategias que asume una persona para mantener y mejorar su estado de salud, para prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de la hipertensión arterial que puede generar graves desequilibrios orgánicos incluso la muerte (9).

En el Hospital Regional Ramiro Priale Priale ESSALUD de Huancayo, se puede observar que pocos pacientes con hipertensión arterial adoptan medidas de autocuidado de forma estricta, la mayor parte de ellos prefiere seguir con sus conductas cotidianas bajo la creencia que con la medicación farmacológica recibida o con otra más efectiva podrá superar su problema hipertensivo; es notable que las personas que llevan un adecuado autocuidado tienen una mejor calidad de vida relacionada con la

salud; sin embargo la relación entre el autocuidado y la calidad de vida no ha sido estimada de forma confiable por medio de un estricto estudio de investigación científica.

Por todo lo expresado anteriormente, realizamos este estudio con la intención de determinar la relación entre el autocuidado y la calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018.

1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL

El estudio se llevó a cabo en el Policlínico Metropolitano de Huancayo de Essalud, en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial y que llevan tratamiento ambulatorio bajo la supervisión del programa de enfermedades no transmisibles.

1.2.2 DELIMITACIÓN POBLACIONAL

La investigación fue dirigida en pacientes diagnosticados con hipertensión arterial adscritos al programa de enfermedades no transmisibles del “Policlínico Metropolitano Essalud”– Huancayo

1.2.3 DELIMITACIÓN TEMPORAL

El estudio se realizó entre los meses de setiembre del 2018 y agosto del 2019 e implico a las personas adultas con problema de hipertensión arterial.

1.2.4 DELIMITACIÓN TEÓRICA

La investigación se orientó en la suposición que; cuando las personas con diagnóstico de hipertensión arterial llevan un óptimo autocuidado; se pueden controlar los diversos factores que condicionan la aparición de la hipertensión arterial y de ese modo se puede controlar la enfermedad que mejorará la calidad de vida relacionada con salud en el paciente; por lo tanto es fundamental establecer el grado de asociación que existe entre el autocuidado y la calidad de vida relacionada con la salud.

1.3. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.3.1. PROBLEMA GENERAL

¿Cuál es la relación entre el autocuidado y la calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018?

1.3.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

1. ¿Cuál es la relación entre el **autocuidado dietético** y la calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018?
2. ¿Cuál es la relación entre el **autocuidado en el consumo de sustancias nocivas** y la calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018?
3. ¿Cuál es la relación entre el **autocuidado en la actividad física** y la calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018?
4. ¿Cuál es la relación entre el **autocuidado en la tensión emocional** y la calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018?
5. ¿Cuál es la relación entre el **autocuidado en el control de la salud** y la calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018?

1.4. JUSTIFICACIÓN

1.4.1. SOCIAL O PRÁCTICA

El estudio a realizar nos permitió identificar las actividades de autocuidado que más se asocian con la conservación y mejora de la calidad de vida; basados en esos hallazgos pudimos sugerir acciones de autocuidados dietéticos, autocuidado de consumo de sustancias nocivas, actividad física, tensión emocional, control de la salud, que se deben de promover de forma prioritaria; dado que, son múltiples las acciones que debe de realizar el paciente con hipertensión para mejorar su estado de salud, estas modificaciones trascenderán en la mejora del estado de salud del paciente y en el incremento de su calidad de vida.

Siendo la hipertensión un problema de Salud Pública muy importante, debido a su alta prevalencia y porque constituye uno de los factores de riesgo relevantes para afecciones cardiovasculares es muy importante que la enfermera que trabaja con el adulto mayor identifique cuánto conoce el paciente hipertenso en cuanto al tratamiento y autocuidado de manera que pueda plantearse estrategias con iniciativa del personal de salud que beneficie al paciente y su familia.

1.4.2. TEÓRICA O CIENTÍFICA

Al realizar este estudio alcanzamos una mejor comprensión del autocuidado bajo el modelo de Dorothea E. Orem, quien postula el autocuidado como una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar; por tanto es un sistema de acción. Con la investigación se aportó evidencia que fundamenta esta teoría y se pudo establecer la evidencia, de que por medio del autocuidado se puede alcanzar control y alivio de la hipertensión arterial ya que estas dos variables están asociadas.

Mediante la investigación se puede aportar que las enfermeras que laboran a nivel del cuidado de los Adultos Mayores identifiquen la información que poseen acerca de autocuidado y calidad de vida de pacientes con hipertensión de manera que le permita realizar estrategias de conocimiento del autocuidado del adulto mayor hipertenso y su

familia para adoptar una cultura de previsión y un estilo de vida saludable para mermar los riesgos.

1.4.3. METODOLÓGICA

Para la realización de este estudio fue preciso elaborar un instrumento que valoró el autocuidado en los pacientes con hipertensión, este instrumento fue sometido al juicio de expertos y comprobada su validez y su confiabilidad luego de la aplicación de una prueba piloto; este cuestionario podrá ser utilizado en futuros estudios de investigación referentes al autocuidado de enfermería en hipertensión y otras enfermedades crónico degenerativas.

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre el autocuidado y la calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018

1.5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Establecer la relación entre el **autocuidado dietético** y la calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018
2. Establecer la relación entre el **autocuidado en el consumo de sustancias nocivas** y la calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018
3. Establecer la relación entre el **autocuidado en la actividad física** y la calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018
4. Establecer la relación entre el **autocuidado en la tensión emocional** y la calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018
5. Establecer la relación entre el **autocuidado en el control de la salud** y la calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTE DE ESTUDIO

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Kazemi M, Asghari M, en el 2018 realizan un estudio titulado “La asociación entre el autocuidado y la calidad de vida en pacientes hipertensos: hallazgos del estudio de cohortes de Azar en el noroeste de Irán” en personas adultas con tratamiento ambulatorio antihipertensivo; con el objetivo de evaluar los comportamientos de conocimiento y autocuidado y la calidad de vida relacionada con la salud, para lo cual realizaron un estudio de cohortes, considerando a 1038 participantes con una corte expuesta con un buen autocuidado y una corte no expuesta con poco autocuidado se utilizó la escala H y el test de calidad de vida relacionada con la salud (WHOHRQOL-BRFF); entre los resultados se destaca que la correlación entre la calidad de vida y las puntuaciones generales de autocuidado fue significativa ($r = 0.48$, $P = 0.020$), la actividad física fue un predictor significativo de la calidad de vida, se demostró que la calidad de vida de las personas hipertensas aumentó en 3.37 unidades al llevar una buena actividad física, asimismo la calidad de vida de los participantes aumento en 3.45 unidades como resultado del cumplimiento de la medicación (10).

Aghajani M, Mirbagher N, en el 2013 realizan un estudio titulado “Efecto de la educación de autocuidado sobre la calidad de vida en pacientes con hipertensión primaria: comparación de clase y paquete educativo” en pacientes con hipertensión de la ciudad de Kashan – Irán, con el objetivo de comparar el efecto de la conferencia y los folletos educativos sobre el autocuidado y la calidad de vida en pacientes con hipertensión primaria, para lo cual se realizó un estudio cuasi-experimental en 90 pacientes, los pacientes se dividieron aleatoriamente en tres grupos, un grupo de conferencia, un grupo de paquete educativo y un grupo de control, la calidad de vida de los participantes se midió mediante el cuestionario SF-36 al comienzo del estudio y dos meses después, entre los resultados se destaca que existe asociación significativa entre el autocuidado y la calidad de vida, además existe diferencia significativa para el autocuidado y la calidad de vida entre el grupo de paquete educativo comparado con el folleto y la conferencia; en el grupo en donde se implementó el paquete educativo se obtuvo un mejor autocuidado y una mayor calidad de vida sin embargo los folletos son más baratos y fáciles de usar (11).

Silveira J, Waleska P, en el 2015 realizan un estudio titulado “Asociación entre la calidad de vida, el autocuidado y la adherencia a la medicación en individuos hipertensos” en ciudad del sur de Brasil, con el objetivo de evaluar la asociación entre la calidad de vida el autocuidado y la adherencia a la medicación en individuos hipertensos, para lo cual realizaron un estudio descriptivo transversal considerando a 432 sujetos hipertensos registrados en un sistema computarizado público federal, los datos se recolectaron en los hogares a través de una entrevista estructurada para evaluar el autocuidado y la adherencia, y el WHOQOL-BREF para evaluar la calidad de vida, entre los resultados destaca que las personas con extremo autocuidado y adherencia al

tratamiento antihipertensivo mostraron puntuaciones más altas en la calidad de vida en comparación con las personas clasificadas como con no adhesión extrema al tratamiento antihipertensivo, asimismo los puntajes más altos en calidad de vida se observaron en los dominios social y psicológico, y los puntajes más bajos se encontraron en los dominios de autoevaluación y física (12).

Sun E, Insook L, en el 2017 realizan una investigación titulada “El efecto de los programas de coaching de salud sobre la autoeficacia, los comportamientos de salud y la calidad de vida en personas hipertensas que viven en la pobreza” con el objetivo de establecer los efectos del coaching de salud y las variables mediadoras en el aspecto cuantitativo de la salud en personas hipertensas de bajos ingresos, para lo cual se realizó un estudio experimental considerando un grupo en 21 clientes que recibieron servicios de entrenamiento de salud como grupo experimental, y el grupo de control consistió en 22 clientes que recibieron servicios de enfermería de visitas domiciliarias, la atención fue administrada una vez por semana durante 8 semanas, entre los resultados se destaca que el coaching de salud es una estrategia útil que alienta a los pacientes a mantener continuamente sus propios comportamientos de salud; además, el coaching de salud puede convertirse en una estrategia de intervención útil para tratar las enfermedades crónicas, el autocuidado permite llevar una adecuada medicación, dieta, ejercicio, control de la presión arterial, y reducir el estrés lo que conduce al control de la hipertensión y a la mejora de la calidad de vida (13).

Helou N, Talhouedec D, Shaha M, Zanchi A, en el 2016 ejecutan el estudio titulado “El impacto de un programa multidisciplinario de autocuidado en la calidad de vida, el autocuidado, la adherencia a la terapia antihipertensiva, el control glucémico y la

función renal en la enfermedad renal diabética: un protocolo de estudio cruzado” en pacientes hipertensos de Suiza francófona con el objetivo de evaluar el impacto de un programa multidisciplinar de autocuidado en la calidad de vida, para lo cual se realizó un estudio experimental de diseño cruzado uniforme y equilibrado, considerando un grupo experimental de 40 participantes y un grupo control con la misma cantidad de participantes, al grupo experimental se le sometió a un programa de gestión de autocuidado, entre los resultados se evidencia el impacto del programa en la modificación del autocuidado y su impacto positivo en la calidad de vida, asimismo retrasa la progresión de la enfermedad al preservar la función renal, a través de la optimización de la adherencia del paciente al tratamiento antihipertensivo, también quedó demostrada la efectiva participación de la enfermera como promotora del desarrollo de habilidades de autocuidado en los pacientes con enfermedades crónicas (14).

ANTECEDENTES NACIONALES

Justo B, Quispe H, en el 2016 realizan un estudio titulado “Autocuidado y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial. Microred edificadores Misti Arequipa” con el objetivo de determinar la relación entre autocuidado y calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial, para lo cual realizaron un estudio descriptivo correlacional de corte trasversal, considerando una población de 175 adultos mayores y una muestra de 40, a los que se les aplicó el QLQ C-30 para valorar la calidad de vida y un cuestionario de autocuidado; entre los resultados se destaca que existe una asociación significativa entre el autocuidado y la calidad de vida; asimismo el autocuidado regula la alimentación, la actividad física, el descanso, la adherencia al

tratamiento y el control de hábitos nocivos, estas modificaciones controlan la hipertensión y mejoran la calidad de vida (15).

Tafur C, Vásquez L, Nonaka M, en el 2017 realizan un estudio titulado “Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado del adulto mayor hipertenso, del centro de atención del adulto mayor del hospital regional de Loreto, Iquitos-2017”, con el objetivo de determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor hipertenso, para lo cual realizan un estudio descriptivo correlacional de corte transversal considerando una población de 89 adultos y una muestra de 52 a los que se les aplico cuestionario diseñados y validados para los propósitos del estudio: entre los resultados se encuentra que el 84.6% de hipertensos llevan inadecuadas prácticas de autocuidado y existe asociación significativa entre el conocimiento y las practicas del autocuidado además los pacientes con un mejor autocuidado tiene mayor bienestar y calidad de vida, asimismo el autocuidado fortalece la autonomía del paciente e incrementa el sentido de responsabilidad en sí mismo que lo lleva a adoptar una vida más saludable (16).

Moscoso M, en el 2017 realizan una investigación titulada “Nivel de autocuidado y su relación con las complicaciones cardiovasculares del adulto hipertenso que asiste al consultorio de cardiología del Policlínico Municipal de Jesús María”, con el objetivo de determinar si el nivel de autocuidado se relaciona con las complicaciones cardiovasculares y la calidad de vida del adulto hipertenso, para lo cual se realizó un estudio observacional descriptivo correlacional considerando una muestra de 59 adultos hipertensos, a los que les aplicaron dos cuestionaros elaborados y validados para los propósitos del estudio entre los resultados se remarca que existe relación

indirecta y significativa entre el autocuidado y las complicaciones cardiovasculares (r de Pearson de -0.862), asimismo se verifica que el autocuidado como acciones y decisiones que toman los paciente para la búsqueda de ayuda oportuna y adecuada, y para la adhesión al tratamiento es asumido de forma parcial por el paciente el que no logra la aceptación de su estado de salud; esto afecta su calidad de vida (17).

ANTECEDENTES REGIONALES

Javier I, Santos M, en el 2017 realizan un estudio titulado “Efectividad del programa “cuida tu corazón” en el conocimiento y autocuidado del paciente hipertenso del hospital Felix Mayorca Soto – Tarma” con el objetivo de implementar el Programa “Cuida Tu Corazón” para ver la efectividad en el conocimiento y autocuidado del paciente Hipertenso, para lo cual se realizó un estudio pre experimental, con un solo grupo comparativo tipo pre test y post test, se utilizó un cuestionario y una ficha de observación, entre los resultados se destaca que existe una diferencia significativa en los niveles de autocuidado ante y después de la aplicación del programa educativo; asimismo se ha podido comprobar que los pacientes asumen al autocuidado como una estrategia y un medio efectivo para la conservación de la funcionalidad de su organismo; sin embargo para que esto suceda, es indispensable que el paciente sea consciente de su autorresponsabilidad con su salud y la capacidad de control que tiene para mejorar su estado se salud (18).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial (HTA) es una patología vascular, arterial, sistémica, inflamatoria-crónica, la causa no está definida en la mayoría de los casos; y cuya manifestación clínica indispensable es la elevación anormal y persistente de la presión arterial sistólica (PAS) o diastólica (PAD). En la población adulta (>18 años de edad), el punto de corte para la presión arterial sistólica es 140 mmHg y para la diastólica mmHg. El riesgo cardiovascular es inherente al nivel de la presión arterial y observa un incremento de tipo lineal. Sin embargo, se debe establecer el riesgo adicional teniendo en cuenta los factores de riesgo presentes, así como el compromiso clínico o subclínico de órgano o sistema blanco (estratificación de riesgo global). La enfermedad hipertensiva no es curable pero se considera que la reducción efectiva de la presión arterial (PA) es un objetivo fundamental para la reducción de los eventos cardiovasculares (19).

2.2.2. EL AUTOCUIDADO

El autocuidado se refiere al proceso activo de recuperación, mantenimiento y mejora de la salud. Algunas prácticas de cuidado personal se refieren a las técnicas físicas del cuerpo, como mantener los dientes limpios, comer bien y evitar lesiones físicas. Otros no son tanto técnicas del cuerpo como "técnicas del yo" dirigidas a mantener la salud mental mediante la gestión de la propia identidad, autopercepciones, sentimientos y relaciones. Tal vez la definición más útil de autocuidado proviene de la Organización

Mundial de la Salud, que define el autocuidado como las actividades que individuos, familias y comunidades emprenden con la intención de mejorar la salud, prevenir enfermedades, limitar las enfermedades y restaurar la salud. Estas actividades se derivan del conocimiento y las habilidades de la experiencia profesional y laica. Los laicos los llevan a cabo por cuenta propia, ya sea por separado o en colaboración participativa con profesionales (20).

2.2.2.1. EL AUTOCUIDADO DE ACUERDO AL MODELO DE DOROTEA E. OREM

La mayoría de la literatura relevante en el campo de la salud se relaciona con lo que llamaré autocuidado "reactivo", es decir, el rango de respuestas individuales a los síntomas de mala salud. Incluye reconocer y evaluar las quejas de salud, decidir si actuar sobre los síntomas, tratar la afección, por ejemplo, comer de forma diferente o tomar medicamentos de venta libre, y consultar con otros para obtener asesoramiento sobre tratamientos posteriores (21).

La mayoría de los episodios menores de la enfermedad se tratan de esta manera, con solo una pequeña proporción de casos que progresan al siguiente paso para buscar atención profesional. Incluso después de que las personas hayan consultado a un profesional, continúan participando en una serie de actividades de autocuidado, algunas de las cuales se derivan del asesoramiento profesional y otras de otras fuentes de información. En la actualidad existe un cuerpo de literatura que trata rápidamente sobre el autocuidado reactivo, ya que los profesionales de la salud se dan cuenta de que la mayoría de los síntomas se tratan de esta manera y que los servicios de atención

de la salud buscan movilizar más la capacidad individual de autocuidado de manera intensiva y sistemática (22).

El autocuidado proactivo, se refiere a todas las prácticas cotidianas en las que las personas se involucran para mantener o mejorar su propia salud. En la práctica, nunca hay una distinción clara entre autocuidado reactivo y proactivo, del mismo modo que no existe una distinción clara entre estar sano y estar enfermo. En cualquier momento, la mayoría de las personas intenta mantenerse saludable (proactivamente) y tratar los síntomas menores por sí mismos (de forma reactiva) y prevenir la enfermedad a menudo es una cuestión de tratar síntomas menores antes de que comiencen a afectar seriamente la vida. El autocuidado proactivo a menudo se denomina "comportamiento de salud" en la literatura sociológica y se contrasta con "comportamientos de riesgo" que pueden conducir a la mala salud (23).

El autocuidado proactivo incluye una acción preventiva dirigida a reducir el riesgo de enfermedades específicas, pero también una gama mucho más amplia de actividades de mejora de la salud, como comer bien y hacer ejercicio, y evitar otras que se consideran riesgos para la salud, como la bebida, conducir, fumar o tener relaciones sexuales sin protección, por nombrar algunas de las más obvias (24).

Delinear el alcance del autocuidado reactivo no es demasiado problemático, ya que la recuperación de la propia salud generalmente se entiende relativamente sin problemas como la superación de los síntomas que uno considera desagradables. Tales prácticas suelen ser bastante autoconscientes y deliberadas. Sin embargo, las prácticas proactivas de autocuidado son mucho más difusas y generalizadas, y se incorporan a las prácticas rutinarias y mundanas habituales (25).

En la actualidad la salud ya no significa simplemente la ausencia de enfermedad, y las prácticas de autocuidado están dirigidas no solo a la prevención de la enfermedad sino también a la mejora de su estado de bienestar. En el pasado, la salud generalmente se entendía como el estado normal de las cosas y se daba por sentado como una característica de la vida que estaba fuera del control de la persona o la sociedad. La proliferación de técnicas reflexivas que prometen realmente mejorar la salud ha transformado el significado mismo del término "salud". El advenimiento de una gama tan inmensa de "salud popular", han hecho que la salud ahora se vea más como un objetivo positivo que se debe alcanzar que como el estado normal de una persona sin enfermedad (26).

La salud ya no es un estado normal sino que se ha convertido en una aspiración. La proliferación de consejos de salud mercantilizados y mediados ha impulsado esta concepción de la salud como un estado ideal que puede lograrse a través de la acción reflexiva, todas las acciones que las personas realizan para mantener o fomentar su propio bienestar físico, mental o social se considerarían prácticas de autocuidado, la Organización Mundial de la Salud ha adoptado el término de habilidades para la vida para describir el autocuidado proactivo (27).

Las habilidades para la vida son habilidades para el comportamiento adaptativo y positivo, que permiten a las personas lidiar de manera efectiva con las demandas y los desafíos de la vida cotidiana. Las habilidades para la vida consisten en habilidades personales, interpersonales, cognitivas y físicas que permiten a las personas controlar y dirigir sus vidas, y desarrollar la capacidad de vivir y producir cambios en su entorno. El cuidado personal, es cualquier comportamiento por el cual la persona busca mejorar

su calidad de vida. Debido a que la salud es un concepto que abarca todo, la gama de prácticas que se consideran relacionadas con la salud en nuestra sociedad es enorme y sigue creciendo (28).

Los consejos de autocuidado que emanan de un enfoque biomédico generalmente se enfocan más estrictamente en el objetivo menos ambicioso de evitar enfermedades que en un estado utópico de salud perfecta. En general, tiene como objetivo educar al público en los aspectos rudimentarios del pensamiento médico, que se rige por la suposición de que al estar mejor informado, los lectores podrán evitar o retrasar la aparición de enfermedades prevenibles, hacer un mejor uso de los servicios médicos y, en el proceso ser más autosuficientes y menos inclinados a culpar a los médicos o al sistema de atención médica por sus problemas (29).

La premisa básica es que la persona, es el principal responsable de su propia salud, debe tomar la iniciativa para mejorar su estilo de vida, tomar decisiones bien informadas sobre si debe ver a un médico y cuándo debe saber cómo usar los servicios médicos de manera más eficiente. Existe tal un impulso instintivo de sobrevivir, la voluntad de vivir, que motiva a cada individuo a cuidar de sí mismo y mantener su salud. Sin embargo, esta voluntad de vivir está superpuesta e informada por una densa red de deseos y miedos socialmente constituidos. Los consejos de salud del gobierno generalmente tienen como objetivo informar al público sobre las consecuencias a largo plazo de diversos comportamientos de riesgo, apelando a la motivación a largo plazo para mantenerse saludable y vivir una vida larga (30).

El asesoramiento y la comercialización de la salud comercial se orientan más a menudo al bienestar a corto plazo, prometiendo recompensas más inmediatas. De

hecho, muchas modas de autocuidado se vuelven populares a pesar de que no hay pruebas concluyentes de ninguna consecuencia positiva a largo plazo para la salud. Se pueden distinguir varias de estas motivaciones a corto plazo para ayudar a completar una comprensión significativa del alcance de las prácticas de autocuidado. Algunos de los beneficios a corto plazo de involucrarse en el cuidado personal proactivo están directamente relacionados con la experiencia del cuerpo, mientras que otros se derivan del estatus social atribuido a la salud: (31)

1 Control: Especialmente entre la clase media, un estilo de vida "saludable" y un esfuerzo por la auto-mejora encarnada se ven como evidencia de autodominio o autocontrol. Por el contrario, un estilo de vida poco saludable y un cuerpo pasado de moda a menudo se consideran signos de debilidad, pereza o pérdida de control personal. Esto es evidente, por ejemplo, en la compasión y el desprecio que se acumulan sobre los fumadores y los obesos (13).

2 Belleza: la salud a menudo se expresa como una cualidad estética, especialmente en la promoción comercial del autocuidado. Estar sano es tener la piel clara y el cabello brillante, ser esbelto y en buena forma, y parecer vigoroso y entusiasta. La apariencia física es claramente una motivación principal para un gran comportamiento de autocuidado, especialmente para las mujeres, pero cada vez más para los hombres también (sobre masculinidad, apariencia y salud) (20).

3 Desempeño: La aptitud física y mental se trata como una condición previa para la eficiencia personal y el logro del potencial de uno. Las prácticas de autocuidado a menudo se promueven sobre la base de que harán que un individuo sea más eficaz y más eficiente (13).

4 Felicidad: la búsqueda de la felicidad, o "bienestar emocional", motiva mucho autocuidado, especialmente el alivio del estrés y la autoayuda psicoterapéutica. En este sentido, ser emocionalmente saludable es disfrutar la vida (7).

5 Disfrute: los defensores de muchas prácticas de autocuidado prometen un mayor placer corporal. La apreciación sensorial intensificada del propio cuerpo, "sentirse bien", a menudo es un fin en sí mismo (30).

La relación entre los procesos somáticos y psíquicos significa que el funcionamiento fisiológico mejorado puede proporcionar una mayor sensación de felicidad, bienestar y confianza en uno mismo. Muchas prácticas de autocuidado, sin embargo, requieren considerable autodisciplina y gratificación diferida. Estos objetivos, y otros, se pueden diferenciar analíticamente, pero en la práctica muchas de esas aspiraciones se entrelazan con diversos grados de reconocimiento explícito y anhelo tácito. La gran cantidad de estrategias de autocuidado que se ofrecen hoy no están dirigidas a lograr un único modelo dominante de salud o forma corporal, sino que una amplia gama de estas están disponibles y estructuralmente diferenciadas. El trabajo corporal de uno está dirigido a lograr uno de una serie de estados corporales idealizados estructuralmente diferenciados, y una característica integral de las distinciones sociales que giran en torno a la posición de clase, género, etnia, edad y otros marcadores de diversidad cultural (23).

2.2.2.2. AUTOCUIDADO DIETÉTICO EN LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Las modificaciones dietéticas es una estrategia para prevenir la hipertensión a un costo que a menudo es menor que las intervenciones farmacológicas actuales. Tales intervenciones de autocuidado exitosas se reflejan en recomendaciones dietéticas que

defienden la pérdida de peso, la ingesta reducida de sodio en la dieta y la moderación en el consumo de alcohol, y recientemente revisadas para reflejar el efecto reductor de la presión arterial de los suplementos de potasio y un patrón de alimentación dietética (32).

El autocuidado utiliza una de las estrategias dietéticas más conocidas para reducir la presión arterial es el patrón de enfoques dietéticos para detener la hipertensión (DASH). El patrón dietético DASH, que hace hincapié en una dieta rica en frutas, verduras y productos lácteos bajos en grasa y grasas saturadas y totales reducidas, se ha probado en múltiples ensayos controlados aleatorios en poblaciones específicas. El patrón dietético mediterráneo tiene muchas similitudes con el patrón dietético DASH, pero generalmente es más alto en grasa, principalmente grasa monoinsaturada del aceite de oliva, nueces y semillas (comúnmente cerca del 40% de la energía diaria) (33).

El autocuidado incluye las manipulaciones de macronutrientes, que incluyen proteínas, grasas y carbohidratos, han sido una piedra angular de las estrategias para perder peso y mejorar el perfil de colesterol durante muchos años. La evidencia de que los macronutrientes particulares también son efectivos para reducir la presión arterial es bastante fuerte. El mayor cuerpo de evidencia sobre la influencia de cualquier macronutriente sobre la presión arterial es la relacionada con las proteínas (34).

Una variedad de estudios, tanto observacionales como aleatorizados y controlados, han demostrado que la suplementación proteica o el reemplazo de proteína por grasa o carbohidratos en una dieta isocalórica resulta en presiones sanguíneas más bajas. Los estudios observacionales han demostrado una relación inversa fuerte y consistente

entre la proteína de la dieta y la presión arterial. Desde la publicación del estudio OmniHeart, que mostró una disminución en la presión arterial sistólica y diastólica cuando se sustituyó la proteína por carbohidratos en la dieta (35).

El autocuidado modula la ingesta total de grasas en la dieta, que incluye la ingesta de ácidos grasos saturados, omega-3 poliinsaturados, omega-6 poliinsaturados y monoinsaturados. Ha habido un gran interés en los posibles efectos de las grasas monoinsaturadas y ácidos grasos poliinsaturados omega-3 en la regulación de la presión arterial. El ensayo OmniHeart demostró que el reemplazo parcial de carbohidratos con grasa dietética (37% de la energía diaria de grasa total con 21% de grasa monoinsaturada), principalmente aceite de oliva y canola, redujo la presión arterial sistólica en 2.9 mmHg (21).

El control del sodio es fundamental en el autocuidado dietético, el sodio es omnipresente en la mayoría de los alimentos y bebidas. Por lo tanto, la cantidad de ingesta de sodio en una población está dictada principalmente por una interacción compleja de contexto cultural y hábitos dietéticos. El sodio es un componente químico principal en la sal de mesa común, pero solo el 11% de la ingesta de sodio se puede atribuir a la sal añadida durante la cocción o en la mesa. Por el contrario, la mayoría proviene de alimentos procesados. Para mejorar el control de la presión arterial, la Sociedad Estadounidense de Hipertensión (ASH) recomendó reducir la ingesta de sodio a un objetivo de <2,300 mg / día en la población general y un objetivo menor de <1,500 mg / día para las poblaciones predispuestas a la sensibilidad a la sal: afroamericanos, personas de mediana y avanzada edad e individuos con hipertensión, diabetes o enfermedad renal crónica (30).

La regulación del consumo de potasio es parte del autocuidado dietético, la introducción de la dieta DASH produjo un aumento de los efectos de la presión arterial a una ingesta de sodio más alta que la menor, lo que plantea la cuestión de si el aumento de la ingesta de potasio podría ser responsable de dichos hallazgos. De hecho, los suplementos de potasio reducen la presión sanguínea sustancialmente en pacientes hipertensos con dietas ricas en sal. La OMS recomiendan una ingesta diaria de potasio de 4.7 g como enfoque dietético para reducir la presión arterial. Lamentablemente, el patrón alimentario predominante en Occidente está dominado por los alimentos preparados ricos en sodio y drásticamente menos en las frutas y verduras ricas en potasio, diametralmente opuestas a las recomendaciones. Un conjunto de pruebas bien establecido demuestra que una variedad de objetivos de consumo de potasio reduce la presión arterial. Según las estimaciones del estudio INTERSALT, un aumento de 0.6 g / día en la ingesta de potasio produce una reducción de 1.0 mmHg en la presión arterial sistólica y es consistente con la suplementación diaria con potasio de 51 mmol (casi 2 g) que da como resultado 3.3 y 2.1 mmHg reducción de la presión arterial sistólica y diastólica, respectivamente (28).

El autocuidado dietético modula el consumo de magnesio; El magnesio es el segundo catión intracelular más abundante en humanos, y la repleción de la dieta generalmente se ve facilitada por la absorción del intestino delgado. La mayor disponibilidad de alimentos con alto contenido de magnesio, incluidos los vegetales de hoja, nueces, granos integrales, frutas y legumbres, favorece el agotamiento. Como la dieta occidental típica es deficiente en estos alimentos ricos en magnesio, la suplementación de magnesio en la dieta de baja concentración se puede lograr con inyecciones

multivitamínicas, laxantes sin receta o una serie de preparaciones de magnesio oral, de las cuales el gluconato de magnesio tiene la mayor biodisponibilidad (27).

El autocuidado promueve el consumo de fibra; la fibra dietética incluye componentes solubles e insolubles de alimentos de plantas que no son digeribles. Las Pautas dietéticas de EE. UU. recomiendan 25-30 g / día de fibra de los alimentos. Sin embargo, el consumo de fibra en los EE. UU. Y en muchos otros países occidentales es solo la mitad que en 15 g / día. Existe una fuerte evidencia de que la fibra dietética reduce el colesterol y potencialmente reduce el riesgo de enfermedad cardíaca, pero la evidencia para apoyar una asociación con la hipertensión es insuficiente para justificar cualquier recomendación. El consumo de fibra puede tener un mayor efecto sobre la presión arterial en individuos con hipertensión, la ingesta de fibra reduce significativamente la presión arterial sistólica y diastólica en 5,95 y 4,20 mmHg, respectivamente (29).

2.2.2.3. AUTOCUIDADO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS

A. CONSUMO DE ALCOHOL

El 16% de la enfermedad hipertensiva es atribuible al consumo de alcohol. La historia natural del alcoholismo en la hipertensión se puede dividir en 5 fases distintas. Cada una de estas fases presenta diferentes desafíos terapéuticos (36).

El autocuidado debe de reducir el consumo de alcohol ya que, en la fase I, el consumo de alcohol se asocia con un aumento de la presión arterial (PA). Este efecto es independiente de la edad, el sexo, la raza, el tabaquismo y el consumo de café y depende de la cantidad ingerida independientemente de la fuente de alcohol. Mientras

que se han propuesto varios mecanismos para explicar el efecto directo del alcohol en la PA, la mayoría de la evidencia respalda el concepto de que en esta fase, el consumo de alcohol aumenta la actividad del sistema nervioso simpático. En esta fase, es muy importante iniciar vigorosos intentos de modificación del estilo de vida. Se pueden usar varios fármacos antihipertensivos y no hay evidencia de que los fármacos hipotensores sean particularmente efectivos (37).

El autocuidado debe de evitar el consumo de alcohol porque en la fase II, la abstinencia de alcohol reduce tanto la PA sistólica como la diastólica. El efecto BP ocurre en días o meses. El control cuidadoso de la PA durante la abstinencia es fundamental para saber cuándo suspender los fármacos antihipertensivos y evitar el riesgo de hipotensión grave. En esta fase, la abstinencia continua mantendrá la PA en niveles normales. Algunos bebedores pueden tener hipertensión esencial verdadera, y la abstinencia no alterará su presión arterial (38).

El autocuidado tiene que impedir que se consuma alcohol dado que; en la fase III, la reanudación de la bebida invariablemente aumenta la PA. La reincidencia es un riesgo en todas las fases y en el transcurso de 1 año, las recaídas del alcoholismo van del 60% al 80%. BP vuelve nuevamente al rango de hipertensión que requiere la reanudación de medicamentos hipertensivos. Los efectos tóxicos del alcohol surgen en la fase III con el desarrollo de la enfermedad hepática. En esta fase, la infiltración grasa del hígado se desarrolla en el 90% de las personas que consumen más de 60 g de alcohol al día, la simple infiltración grasa del hígado es sistemática y completamente reversible con la abstinencia (39).

El autocuidado tiene que evitar que se ingiera alcohol debido a que; en la fase IV, el paciente dependiente del alcohol con hipertensión tiene un alto riesgo de daño hepático. Desde el punto de vista patológico, los efectos tóxicos del alcohol se observan en el 90% de los pacientes que desarrollan una infiltración grasa del hígado del 6 al 30% que progresa a cirrosis (40).

El autocuidado es determinante para eliminar la posibilidad de ingestión de alcohol ya que; en la fase V ocurre con el inicio de la enfermedad hepática en etapa terminal cuando la presión arterial es generalmente alta. En consecuencia, la PA debe controlarse cuidadosamente, ya que el desarrollo de enfermedad hepática en fase terminal en alcohólicos hipertensos puede asociarse con un descenso sustancial de la presión arterial, que a veces requiere la interrupción de la medicación (38).

B. CONSUMO DE CIGARRILLOS

El autocuidado debe de evitar el consumo de cigarrillo, ya que el tabaquismo ejerce un efecto hipertensor y taquicárdico persistente a través de un mecanismo que implica la estimulación del sistema nervioso simpático principalmente en las terminaciones nerviosas, responsable de un aumento marcado y prolongado de las catecolaminas plasmáticas paralelamente al aumento de la presión arterial. Efectos crónicos del tabaquismo en la presión arterial. Aunque el aumento agudo de la presión arterial y la frecuencia cardíaca por el tabaquismo está bien establecido, paradójicamente, los resultados de varios estudios epidemiológicos han encontrado valores de presión arterial más bajos en los fumadores en comparación con los controles no fumadores. Estas diferencias no pueden explicarse por diversos factores potencialmente confusos,

como el peso corporal relativo, el origen étnico, el consumo de alcohol y café, y la participación en deportes de tiempo libre (27).

El autocuidado evita el consumo de cigarrillos, dado que el tabaquismo agudo aumenta la rigidez carótida o aórtica en fumadores y la presión arterial central y los parámetros de rigidez arterial. En fumadores varones hipertensos, el tabaquismo agudo de un cigarrillo (contenido de nicotina, 0,9 mg) indujo aumentos agudos de la frecuencia cardíaca, la presión arterial braquial y aórtica en normotensos de manera similar a los hipertensos, en pacientes hipertensos, el efecto persistió durante más tiempo (hasta 15 minutos). También el tabaquismo "pasivo" o ambiental se asocia con un deterioro agudo de la rigidez aórtica, medido con el circuito de presión-diámetro aórtico, que aumentó a los 4 minutos del tabaquismo pasivo, de forma similar a los fumadores activos (22).

Hoy en día no hay dudas de que el tabaquismo es un poderoso factor de riesgo cardiovascular y el abandono del hábito de fumar es probablemente la medida de estilo de vida más eficaz para la prevención de un gran número de enfermedades cardiovasculares, incluyendo accidente cerebrovascular e infarto de miocardio. Esto es respaldado por la observación de que aquellos que dejaron de fumar antes de la mediana edad generalmente tienen una esperanza de vida similar a la de los no fumadores de toda la vida. La alteración de la función endotelial, la rigidez arterial, la inflamación, la modificación de los lípidos y la alteración de los factores antitrombóticos y protrombóticos son factores determinantes del inicio relacionados con el tabaquismo y la aceleración del proceso aterotrombótico que conducen a eventos cardiovasculares (26).

En lo que respecta a la relación entre el tabaquismo y los valores de la presión arterial, el tabaquismo ejerce un efecto depresor persistente y taquicárdico de forma aguda, a través de un mecanismo que implica la estimulación del sistema nervioso simpático. Sin embargo, esta evidencia no está totalmente respaldada por estudios que evaluaron el impacto del tabaquismo crónico en la presión arterial. Por lo tanto, los datos disponibles sobre hábito tabáquico y valores de presión arterial o riesgo de desarrollar hipertensión sostenida no ponen claramente de manifiesto una relación causal directa entre estos dos factores de riesgo cardiovascular, un concepto respaldado por la evidencia de que no se han reducido los valores de presión arterial observado después de dejar de fumar crónico. Sin embargo, el tabaquismo, que afecta la rigidez arterial y la reflexión de las ondas puede tener un mayor efecto perjudicial sobre la presión arterial central, que está más estrechamente relacionada con el daño a órganos diana que la presión arterial braquial. Los fumadores tienen una mortalidad total dos veces más alta en comparación con los no fumadores. Además, se ha demostrado que fumar y la hipertensión ejerce un efecto adverso sinérgico sobre el riesgo de enfermedad coronaria y accidente cerebrovascular (28).

2.2.2.4. AUTOCUIDADO DE LA ACTIVIDAD FÍSICA

El autocuidado promueve la actividad física, algunos autores atribuyen la reducción de la presión arterial después de la práctica de ejercicios físicos en individuos hipertensos a alteraciones humorales relacionadas con la producción de sustancias vasoactivas como el péptido natriurético atrial o la similar a la ouabaína, centralmente moduladas. También se produce una mejoría significativa en la sensibilidad a la insulina, además de la reducción de la noradrenalina plasmática, lo que sugiere una reducción de la actividad del nervio simpático asociada al aumento de la taurina sérica

y prostaglandina E, que inhibe la liberación de noradrenalina en las terminaciones nerviosas simpáticas y la reducción en el factor similar a la ouabaína, lo que causaría una recaptura de noradrenalina en las hendiduras sinápticas (25).

El entrenamiento aeróbico realizado a través de ejercicios predominantemente isotónico o dinámico generalmente no cambia el resto de los niveles de presión arterial sistólica y diastólica en individuos con presión arterial normal, aunque la presión arterial media puede disminuir en función de la frecuencia cardíaca basal inferior después del período de entrenamiento físico (29).

El autocuidado en la actividad física es fundamental; ya que las evaluaciones de la presión arterial en sesiones de 25 y 45 minutos después del ejercicio físico al 50% de la ingesta máxima de oxígeno demostraron reducciones más intensas después de las sesiones de 45 minutos. En este caso, es posible que la caída de la presión arterial se deba a la disminución de la resistencia vascular periférica, y este hecho puede incluso estar relacionado con la vasodilatación en la musculatura activa e inactiva causada por el ejercicio físico como resultado de la acumulación de metabolitos musculares (potasio, lactato y adenosina) o debido a la disipación del calor producido por el ejercicio físico. Alternativamente, el aumento en el flujo sanguíneo puede ser el resultado de la reducción del tono simpático y el consiguiente aumento de la vasodilatación periférica, lo que parece estar relacionado con el aumento de la secreción de opioides endógenos causados por el ejercicio, presentando directamente efecto vasodilatador (27).

Las alteraciones funcionales de los receptores de presión arterial y cardiopulmonar, como el aumento de su sensibilidad y la modificación en su punto de activación y el

tiempo de recuperación también pueden contribuir al efecto vasodilatador posterior al ejercicio. La reducción en la respuesta vasoconstrictora alfaadrenérgica verificada en el período de recuperación - "regulación hacia abajo" de los receptores alfaadrenérgicos también podría explicar el mayor flujo sanguíneo muscular posterior al ejercicio. Y sin embargo, los factores humorales como la adrenalina, los factores auriculares natriuréticos y el óxido nítrico se han citado como factores implicados en la vasodilatación posterior al ejercicio (26).

Las personas hipertensas deben de iniciar un programa de ejercicio físico regular, los efectos beneficiosos de los ejercicios físicos deben considerarse en el tratamiento inicial del individuo hipertenso, con el objetivo de evitar o reducir el número y la dosis de los remedios. Para individuos inactivos e hipertensos, se pueden obtener reducciones clínicamente significativas en la presión arterial con el aumento relativamente pequeño de actividad física, por encima del nivel generalmente empleado para individuos inactivos; además, el volumen de ejercicio requerido para reducir la presión arterial puede ser relativamente pequeño, pudiéndose alcanzar incluso por individuos inactivos (21).

2.2.2.5. AUTOCUIDADO DE LA TENSIÓN EMOCIONAL

El autocuidado o procura la reducción de la tensión emocional; el nivel de presión arterial se eleva temporalmente por los estados emocionales, los factores mentales pueden contribuir a la hipertensión junto con otros, los estímulos de diversa índole aumentan temporalmente la presión arterial. Una nueva situación, un examen, una prueba mental o una amenaza son ejemplos comunes, todos los cuales se supone que

provocan emoción, la emoción actúa como un estímulo general, produciendo un patrón de cambios fisiológicos (20).

El autocuidado aleja a las personas del estrés, los cambios hemodinámicos que ocurren en respuesta al estrés agudo varían, en normotensivos e hipertensos jóvenes el gasto cardíaco solo aumenta, pero cuando los hipertensos lábiles, se someten a una tarea mental, tienen cambios significativamente mayores en la presión sanguínea y la adrenalina y la excreción de noradrenalina, existe una asociación entre los estados emocionales de ira o excitación y la presión arterial elevada, la excreción de catecolaminas y los ácidos grasos libres en plasma. El estrés emocional prolongado genera un incremento de la presión arterial en algunos sujetos (30).

2.2.2.6. AUTOCUIDADO EN LA MEDICACIÓN Y EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN

El autocuidado busca el estricto cumplimiento del control médico, el grado en que el paciente se ajusta a las citas para el seguimiento y el tratamiento según lo recetado. Esto puede expresarse cuantitativamente como el porcentaje de dosis prescritas que se han tomado. El cumplimiento se puede evaluar de varias maneras. Estos incluyen medidas farmacológicas (determinación de concentraciones séricas y urinarias de drogas o uso de marcadores biológicos integrados en las tabletas); medidas clínicas (juicio clínico del médico, evaluación de la prontitud para las citas y el uso de cuestionarios); y medidas físicas (verificar las renovaciones de recetas, contar las píldoras restantes o los sistemas de conteo de píldoras). Aunque no existe un estándar de oro que permita una medición precisa del cumplimiento (25).

El cumplimiento deficiente es especialmente común cuando un paciente tiene un conocimiento, una comprensión y una percepción errada de la hipertensión, o cuando se receta un régimen farmacológico antihipertensivo complejo. Es habitual considerar que los pacientes cumplan suficientemente con su tratamiento cuando toman al menos el 80% de sus medicamentos antihipertensivos recetados. La alta incidencia observada de complicaciones, incluso entre quienes reciben tratamiento debido a un cumplimiento deficiente, explica la necesidad de una mayor conciencia y un ajuste inmediato en el patrón de manejo con énfasis en el cumplimiento (29).

Existe asociación entre el cumplimiento deficiente, la ignorancia y la falta de fondos para la compra de medicamentos, también son factores importantes los efectos secundarios de los medicamentos, la falta de medicamentos en el domicilio de los pacientes, el agotamiento de los medicamentos recetados antes de la próxima cita, la presión arterial normal durante la visita clínica previa, el olvido y el trabajo (22).

2.2.3. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A SALUD

El término "calidad de vida relacionada con la salud" (CVRS) se desarrolló para significar la calidad de vida de un individuo como resultado de su estado de salud, experiencia de enfermedad y proceso de envejecimiento natural. El alcance de este término apunta a varios significados en una perspectiva médica, y da como resultado la necesidad de hacer referencia a diferentes conceptos teóricos y definiciones que pueden aplicarse a especialidades médicas específicas. Ha habido un gran interés en medir la CVRS en pacientes diagnosticados con diversas enfermedades. Junto con la expansión de la medicina más allá de los enfoques puramente tradicionales, los

resultados del tratamiento basado únicamente en criterios biológicos se han vuelto inadecuados (41).

Hoy en día, los estudios clínicos que se centran en los efectos de las enfermedades crónicas con más frecuencia van más allá de las mediciones biológicas de la salud. En cambio, los estudios clínicos tienen un enfoque multidimensional en el que se presta especial atención a las experiencias emocionales, el bienestar y el potencial para el funcionamiento diario de los pacientes. En otras palabras, la atención ahora también se centra en los indicadores de salud que reflejan la capacidad del paciente para funcionar en diferentes áreas de la vida. Por lo tanto, la medición de la CdV ha ganado un significado especial en referencia a la atención médica a largo plazo de las personas con enfermedades crónicas (42).

La CVRS es "la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistemas de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones personales". La CVRS denota una medición compleja del estado de salud de un individuo. Esta medida incluye: salud física; estado emocional; independencia en la vida; nivel de dependencia del entorno; relación con el entorno; y creencias y convicciones individuales (43).

2.2.3.1. FUNCIÓN FÍSICA

Los altos niveles de presión arterial se manifiestan con síntomas como dolor de cabeza, mareos, ansiedad severa, epistaxis y dificultad para respirar y existe un alto riesgo de desarrollar nuevas lesiones (pacientes con enfermedades conocidas de órganos diana como cardiopatía isquémica crónica o accidente cerebrovascular previo), esta condición afecta de forma considerable la calidad de vida. Se puede

presentar la encefalopatía hipertensiva que se manifiesta con letargo, confusión, dolor de cabeza, trastornos visuales y convulsiones. Si no se trata adecuadamente la encefalopatía hipertensiva puede progresar a hemorragia cerebral masiva, coma y muerte. También es común que aparezca el síndrome coronario agudo que incluye infarto agudo de miocardio (44).

Las crisis hipertensivas son las que afectan de forma radical la calidad de vida, además se pueden dar complicaciones como el edema pulmonar que responde al siguiente mecanismo; la insuficiencia ventricular izquierda aguda se relaciona con una interacción crítica entre la disminución progresiva del rendimiento sistólico cardíaco y un aumento agudo de la resistencia vascular sistémica, esto conduce a una disminución del índice cardíaco y al aumento de la presión de llenado diastólico del ventrículo izquierdo con un aumento pronunciado de la vena pulmonar y, por lo tanto, presión capilar pulmonar que induce la exudación de líquido desde el compartimiento intravascular al intersticio y alvéolos pulmonares. Así también la insuficiencia renal puede ser una consecuencia de una emergencia hipertensiva (42).

2.2.3.2. SENSACIÓN DE BIENESTAR

El hecho de que la hipertensión esté implicada en el desarrollo y progresión de la enfermedad cerebro vascular genera altos niveles de depresión y/o ansiedad. La ansiedad en la hipertensión podría resultar en un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad como resultado de eventos cardiovasculares acelerados. Etiquetar al paciente como hipertensión por un médico puede provocar un aumento en la actividad simpática durante el examen y puede llevar al estrés mental, lo que podría explicar en parte las asociaciones de hipertensión con una peor salud mental, los pacientes con

hipertensión tenían antecedentes de ataques de pánico o sensación repentina de terror que golpea repetidamente (44).

La percepción de hipertensión se asocia con una mayor ansiedad, pueden presentarse síntomas depresivos leves a moderados, la depresión entre los pacientes hipertensos generalmente no se diagnostica y como resultado, a estos pacientes se les puede negar la atención clínica que tenga en cuenta su salud mental, el uso de antidepresivos tricíclicos se asoció con un mayor riesgo de hipertensión (41).

2.2.3.3. INTERACCIÓN SOCIAL

En la hipertensión el paciente debe de modificar su estilo de vida, de forma que tiene que evitar el consumo de alcohol y de cigarrillo, esta situación impacta de manera negativa sobre su círculo social; además la modificación dietética le restringe ciertas reuniones con amigos y familiares; todo esto lleva a que el hipertenso sea visto como una persona apática que se va alejando de las demás personas. Las personas con enfermedad cerebro vascular a consecuencia de la hipertensión, tienen una alteración funcional en alguna extremidad o en la cara que les limita la realización de diversas actividades sociales y deben de recluirse a sus hogares o una casa de reposo (43).

2.3. MARCO CONCEPTUAL

AUTOCAUIDADO HABITUAL, con las acciones que realizan las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión formal de un profesional de salud. También se define como las prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud, se previenen enfermedades y se tratan síntomas. El autocuidado es un continuo que va desde la independencia completa para manejar la salud hasta la dependencia completa (20).

CAPACIDAD DE AUTOCAUIDADO, es el grado en que se pueden realizar actividades favorables a la salud por decisión y voluntad propia, es una conducta y actividad aprendida, deviene de la conciencia de responsabilidad de cuidar de sí mismo para mantener la salud y la vida; se ve influenciada por la percepción de autoeficacia, locus de control, conocimientos, habilidades y valores (7).

AUTOCAUIDADO EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD, son los autocuidados proactivos; procuran potenciar la salud de una persona antes de la aparición de una enfermedad, incluye la incorporación del ejercicio moderado en el estilo de vida, dormir el suficiente número de horas diarias, consumir una dieta balanceada rica en fibras y baja en grasas, acudir a controles médicos periódicos, evitar el consumo de sustancias nocivas, prescindir de realizar actividades de riesgo, etc (15).

AUTOCAUIDADO TERAPÉUTICO, SON LOS AUTOCAUIDADOS REACTIVOS; se dan cuando ya existe un daño a la salud, busca restablecer el equilibrio y la salud de la persona, se requieren conocer los requerimientos de autocuidado para cada condición de salud, pueden resultar onerosos y angustiante para las personas (6).

HIPERTENSIÓN ARTERIAL, es cuando la presión arterial sistólica es igual o mayor a 140 mmHg y la presión diastólica es igual o mayor a 90 mmHg de forma sostenida y que fue medida de forma reiterativa por un profesional de salud (1).

RIESGO CARDIOVASCULAR, es la probabilidad que tiene un individuo de sufrir una enfermedad o evento cardiovascular durante un periodo de tiempo, depende del nivel de presión arterial, los factores de riesgo, el daño asintomático a órgano blanco y que ya se halla dado un evento vascular (19).

CALIDAD DE VIDA, es el conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar de los individuos y a la realización de sus potencialidades en la vida social, comprende factores tanto subjetivos como objetivos, entre los factores subjetivos se encuentra la percepción de cada individuo de su bienestar a nivel físico, psicológico y social; en los factores objetivos, está el bienestar material, la salud y una relación armoniosa con el ambiente físico y la comunidad (42).

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1. HIPÓTESIS PRINCIPAL

La relación entre el autocuidado y la calidad de vida relacionada a salud es que: a mejor autocuidado; mayor calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018

3.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

1. La relación entre el **autocuidado dietético** y la calidad de vida relacionada a salud es que: a mejor **autocuidado dietético**; mayor calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018
2. La relación entre el **autocuidado en el consumo de sustancias nocivas** y la calidad de vida relacionada a salud es que: a mejor **autocuidado en el consumo de sustancias nocivas**; mayor calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018
3. La relación entre el **autocuidado en la actividad física** y la calidad de vida relacionada a salud es que: a mejor **autocuidado en la actividad física**; mayor calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018
4. La relación entre el **autocuidado en la tensión emocional** y la calidad de vida relacionada a salud es que: a mejor **autocuidado en la tensión emocional**; mayor calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018
5. La relación entre el **autocuidado en el control de la salud** y la calidad de vida relacionada a salud es que: a mejor **autocuidado en el control de la salud**; mayor calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018

3.3. VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE INDEPENDIENTE:

Autocuidado en pacientes con hipertensión arterial

VARIABLE DEPENDIENTE:

Calidad de vida en salud

VARIABLES DE INTERVINIENTES:

Edad del paciente

Peso/Talla

Ocupación

Tiempo de enfermedad

Nivel educativo

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE INDEPENDIENTE: CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL NIÑO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Autocuidado en pacientes con hipertensión arterial	Son todas las actividades que realiza la persona en beneficio de su salud y su bienestar, son aprendidas y modifican aspectos y factores del medio que afectan de forma directa a su salud, involucra modificación de hábitos y requiere la convicción de poseer la capacidad de modular su propia salud.	Son los datos obtenidos tras la aplicación del "CUESTIONARIO DE AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL" a las personas adultas con diagnóstico de hipertensión arterial.	Autocuidado dietético	Control del consumo de carbohidratos	Cualitativo ordinal	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Reducción del consumo de sal		
				Control del consumo de grasa		
				Consumo de frutas		
				Consumo de verduras		
				Conservar adecuado peso corporal		
			Autocuidado en el consumo de sustancias nocivas	Reducción del consumo de café		
				Reducción del consumo de bebidas energizantes		
				Reducción del consumo de alcohol		
				Reducción del consumo de tabaco		
			Autocuidado en la actividad física	Camina más al ir de un lugar a otro		
				Camina más actividad física en sus momentos de ocio		

				Duerme 8 horas completas todos los días			
			Autocuidado en la tensión emocional	Evita las situaciones de estrés en el trabajo			
				Se aleja de los conflictos en el trabajo			
				Evita los conflictos en el hogar			
				Evita los conflictos en el barrio o la comunidad			
			Autocuidado en el control de la salud	Cabal con sus controles médicos			
				Estricto con sus medicamentos			
				Control de presión arterial ante el dolor de cabeza			
				Control diario de la presión arterial			

VARIABLE DEPENDIENTE: CALIDAD DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Calidad de vida relacionada con la salud	Es el grado subjetivo de bienestar atribuible o asociado a la carencia de síntomas, el estado psicológico y las actividades que se desea realizar.	Son los datos obtenidos tras la aplicación del “CUESTIONARIO DE SALUD SF-36” a las personas adultas con diagnóstico de hipertensión arterial.	Función física y rol laboral	Posibilidad para la realización de actividades cotidianas	Cualitativo ordinal	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Posibilidad para desplazarse dentro y fuera del hogar		
				Posibilidad para el autocuidado		
				Deterioro de la capacidad productiva		
			Sensación de bienestar	Auto percepción de la salud actual		
				Percepción de dolor		
				Percepción de fragilidad y vulnerabilidad		
				Percepción de vitalidad y energía		
				Percepción de agotamiento y cansancio		
			Interacción social y bienestar psíquico	Participación en actividades sociales		
				Estado anímico predominante		
				Deterioro de las relaciones interpersonales		

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

Método inductivo; porque agrupando los sucesos individuales sobre: autocuidado en hipertensión arterial y la calidad de vida, se alcanzaron conclusiones y proposiciones generales como, que determinadas actividades de autocuidado de una dimensión favorecen más el control de la enfermedad, porque están más asociadas a una buena calidad de vida en salud.

Método deductivo; porque consideramos el modelo de déficit de autocuidado de Dorotea Orem, y dimos razón lógica y orden a los datos individuales registrados sobre el autocuidado y la calidad de vida en salud, destacando el tipo de autocuidado que impacta más en el control de la hipertensión arterial y en la conservación de la calidad de vida (27).

Estadístico - inferencial, porque el estudio estimó parámetros a partir de estadígrafos calculados en la muestra (28).

4.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación realizada fue: aplicada, cuantitativa, transversal y observacional.

Aplicada, porque los conocimientos que se generaron tienen propósito y valor práctico; se comprobó que determinados autocuidados están más asociados a la conservación de la calidad de vida y realizarlos es favorable a la salud del paciente con hipertensión.

Cuantitativa, porque las estimaciones de las variables que por su naturaleza son ordinal, fueron transformadas a una escala de razón y proporción; dicho de otra manera, se hizo una asignación de magnitudes numéricas a hechos cualitativos y fueron procesados con mayor objetividad y rigurosidad metodológica.

Transversal, los datos fueron recolectados en un solo momento y en una única vez.

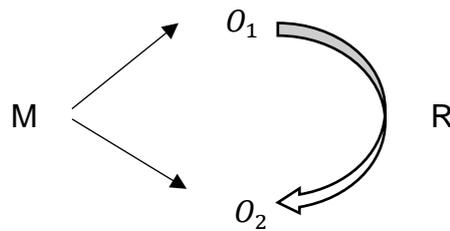
Observacional, las investigadoras se restringieron a examinar los datos tal como aparecían en la realidad (29).

4.3. NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio realizado fue de nivel correlacional, porque se evaluaron dos variables y se determinó si existe relación estadística entre ambas (correlación); también se presume que la correspondencia entre estas variables no es casual, además no hizo ninguna manipulación de las variables (30).

4.4. DISEÑO

La investigación propuesta correspondió a un estudio descriptivo correlacional que se representa con el siguiente esquema:



Donde:

O_1 = Conjunto de datos en referencia al autocuidado en pacientes con hipertensión arterial.

O_2 = Conjunto de datos en referencia a la calidad de vida relacionada a salud.

R= Relación existente entre ambas variables.

4.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.5.1. POBLACIÓN

La población de referencia fueron 170 pacientes ambulatorios con hipertensión arterial adscritos al programa de enfermedades no transmisibles del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018, que cumplían con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

4.5.1.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Pacientes que aceptaron participar voluntariamente en el estudio y firmen el consentimiento informado.
2. Pacientes que asistían de forma regular sus controles médicos.
3. Pacientes que se encontraban estables.
4. Pacientes que tenían una edad entre 35 y 75 años.

4.5.1.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Pacientes que se mostraban poco colaboradores con el estudio.
2. Pacientes que presentaban otras patologías además de la hipertensión arterial.
3. Pacientes que tenían menos de 2 meses de diagnóstico de la hipertensión arterial.

4.5.2. MUESTRA

Para seleccionar a los pacientes que conformaron la muestra, se utilizó el método del muestreo aleatorio simple, de forma preliminar se calculó el tamaño muestral utilizando, la fórmula de tamaño muestral por proporciones, que responde a la siguiente expresión matemática:

$$n = \frac{N * p * q * (Z_{\alpha/2})^2}{e^2(N-1) + p * q * (Z_{\alpha/2})^2} \dots\dots\dots \text{(Ecuación 01)}$$

Donde:

- $Z_{\alpha/2}$: Z correspondiente al nivel de confianza elegido, que para el estudio fue de 95% (1.96).
- p : Proporción de pacientes con buenas práctica de autocuidado y con una buena calidad de vida (70.%, de acuerdo a Aghajani M, Mirbagher N, 2013)
- q : Proporción de pacientes con buenas practica de autocuidado y con una mala calidad de vida (30 %)
- e : Error de estimación fue de 0.05.

Reemplazando los valores en la ecuación 01, se tuvo:

$$n = \frac{170 * 0.70 * 0.30 * 1.96^2}{0.05^2 * (170 - 1) + 0.70 * 0.30 * 1.96^2}$$

Resolviendo:

$$\begin{aligned} n &= \frac{170 * 0.21 * 3.84}{0.0025 * (169) + 0.21 * 3.84} \\ n &= \frac{137.088}{0.4225 + 0.8064} \\ n &= \frac{137}{1.2289} \end{aligned}$$

$$n = 111.48$$

$$n = 111$$

Para prevenir posibles pérdidas de elementos de la muestra por diversos motivos, se consideró a 115 pacientes con hipertensión del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018.

4.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.6.1. PARA VALORAR EL AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario denominado “CUESTIONARIO DE AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL” elaborado para la realización de este estudio y validado por juicio de expertos.

El cuestionario consta de 21 enunciados sobre las actividades de autocuidado que debería de realizar una persona con hipertensión para poder aliviar y controlar su problema de salud, se divide en cinco sub escalas que valoran: autocuidado dietético (1, 2, 3, 4, 5 y 6), autocuidado en el consumo de sustancias nocivas (7 al 10), autocuidado en la actividad física (del 11 al 13), autocuidado de la tensión emocional (del 14 al 17) y autocuidado en el control de la salud (del 18 al 21), para cada uno de los ítems se ofrece cinco niveles de posibles respuestas y son: 0 = nunca, 1 = a veces, 2 = de forma regular, 3 = casi siempre y 4 = siempre.

La validez del instrumento fue mediante la opinión de juicios de expertos, se consideró el aporte de los expertos para dar mayor precisión a las preguntas, los expertos considerados para la evaluación de este instrumento fueron 4 licenciados en enfermería con grado académico de magíster que laboran con pacientes con enfermedades crónicas en especial la hipertensión.

4.6.2. PARA VALORAR LA CALIDAD DE VIDA EN SALUD

Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado denominado “Cuestionario De Salud SF-36; consta de 66 preguntas que valoran:

La **función física**, como el grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos (10 ítems), el **rol físico**, como el grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades (4 ítems), el **dolor corporal**, como la intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (2 ítems), la **salud general**, como la valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse (5 ítems), la **vitalidad**, como el sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (4 ítems), la **función social**, como el grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (2 ítems), el **rol emocional**, como el grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras

actividades diarias (3 ítems), la **salud mental**, que incluye a la depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (5 ítems) y 1 ítem de transición de salud.

Las preguntas tiene opciones de respuesta que van de 0 a 5, de 0 a 4 y de 0 a 1. Para el procesamiento se suman los valores obteniéndose un resultado que va de 0 a 116 y se interpreta del siguiente modo: 0 - 23 = muy mala, 24 - 46 = mala, 47 - 69 = regular, 70 - 92 = buena y 93 - 116 = muy buena.

VALIDEZ

Alonso J, Prieto L y Anto J, en 1995 realiza la comprobación de la validez del instrumento, encontrando una $KMO = 0,820$ con un Coeficiente de Bartlett de 0.002 (31); de forma similar Ruiz de Velasco I, Quintana J, Padierna J, Aróstegui I, Bernal A, en el 2002 determina una $KMO = 0,830$ con un Coeficiente de Bartlett de 0.001 (50).

CONFIABILIDAD

Alonso J, Prieto L y Anto J, en 1995, comprobaron la confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.90, de forma parecida Ruiz de Velasco I, Quintana J, Padierna J, Aróstegui I, Bernal A, encuentran un alfa de Cronbach de 0.91.

4.7. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

PROCESAMIENTO DESCRIPTIVO DE DATOS

Con los datos obtenidos se construyó una base de datos en el programa Microsoft office Excel 2016, la cual fue exportado al programa estadístico SPSS v.23 para Windows para su análisis.

Para determinar el autocuidado en pacientes con hipertensión, se contabilizaron los puntajes obtenidos y se construyeron tablas de frecuencia de forma global y para cada una de las dimensiones, se calcularon estadísticos descriptivos y se buscaron variaciones para cada una de las variables de contraste.

Para establecer el nivel de calidad de vida, se sumaron los puntajes obtenidos en cada uno de los ítems con lo que se construyeron tablas de frecuencia y gráficos de forma global y para cada una de las dimensiones, se hallaron estadísticos descriptivos y se indagaron diferencias para cada una de las variables de comparación.

PROCESAMIENTO INFERENCIAL DE DATOS

Para comprobar la asociación entre el autocuidado en la hipertensión arterial y la calidad de vida en salud, se calculó el coeficiente de correlación “r de Spearman o r de Pearson” y después para estos estadísticos se plantearon hipótesis estadísticas que fueron afirmadas a través de la prueba de hipótesis; de manera anticipada se evaluó la normalidad y la homocedasticidad de los datos. Se utilizó el “p value” como criterio de significancia para las pruebas estadísticas aplicadas ($\alpha \leq 0.05$).

PROCEDIMIENTO SEGUIDO PARA PROBAR LAS HIPÓTESIS

- Se estableció la hipótesis nula y la alterna (H_0 , H_1).
- Se comprobó la normalidad y homocedasticidad de los datos.
- Se eligió el tipo de prueba utilizar.
- Se estableció el nivel de confianza ($\alpha = 0.05$)
- Se determinó el valor de prueba, de acuerdo a la tabla y los grados de libertad.
- Se realizaron los cálculos con el programa estadístico SPSS v. 23 for Windows
- Se contrastó el valor calculado con el valor de prueba establecida.
- Se interpretó el resultado.

4.8. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio realizado por ser correlacional de corte transversal se enmarcó de forma estricta en los siguientes principios éticos:

Autonomía, solo se consideraron como participantes a aquellos pacientes que aceptaron participar voluntariamente, no se incurrió en ningún tipo de coacción, para garantizar esto se informó de forma didáctica todo lo referente al estudio a todas las personas involucradas, además se hizo uso del consentimiento informado.

Beneficencia, el propósito final del estudio fue favorecer el control de la hipertensión arterial y preservar la calidad de vida; por lo que el estudio es metodológicamente válido y las conclusiones derivadas del estudio son válidas y su aplicación beneficiosa.

No maleficencia, la investigación no posee ninguna acción que pueda perjudicar y/o empeorar los pacientes hipertensos, se aplicó en todo momento las normas del comité de ética de la universidad.

Justicia, se trató a todas las personas involucradas en el estudio por igual, sin discriminación de raza, etnia, edad, nivel económico, se jerarquizó adecuadamente las acciones a realizar y se hizo uso racional de los recursos.

Los datos e información obtenida de los pacientes fueron manejados de forma confidencial y con responsabilidad.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. DESCRIPCIÓN DE LOS RESULTADOS

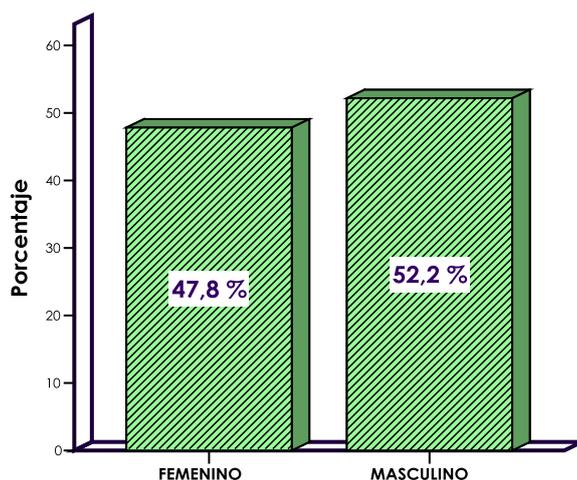
5.1.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

TABLA 1: SEXO DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018

	Frecuencia	Porcentaje
FEMENINO	55	47,8
MASCULINO	60	52,2
Total	115	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con hipertensión arterial del policlínico metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018.
Elaboración: Propia.

GRÁFICO 1: SEXO DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con hipertensión arterial del policlínico metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018.
Elaboración: Propia.

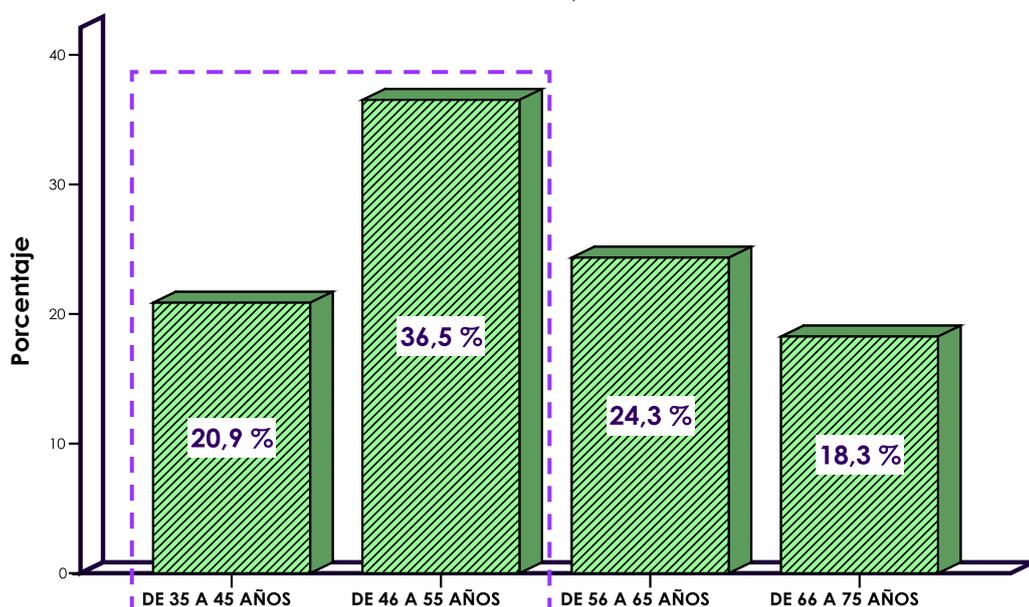
En la Tabla 1, Gráfico 1, se observa que de 115(100 %), 60(52.2 %) de los pacientes con hipertensión arterial son varones.

TABLA 2: EDAD DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018

	Frecuencia	Porcentaje
De 35 a 45 años	24	20,9
De 46 a 55 años	42	36,5
De 56 a 65 años	28	24,3
De 66 a 75 años	21	18,3
Total	115	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con hipertensión arterial del policlínico metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018.
Elaboración: Propia.

GRÁFICO 2: EDAD DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD – 2018



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con hipertensión arterial del policlínico metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018.
Elaboración: Propia.

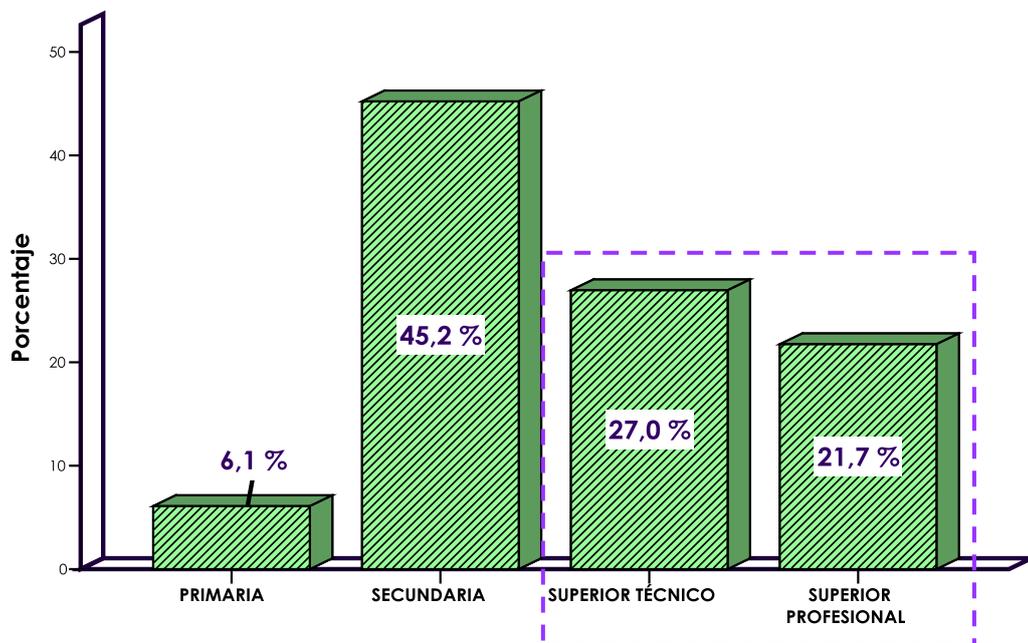
En la Tabla 1, Gráfico 1, se observa que de 115(100 %), 66(57.4 %) de los pacientes hipertensos son menores de 55 años.

TABLA 3: NIVEL EDUCATIVO DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018

	Frecuencia	Porcentaje
PRIMARIA	7	6,1
SECUNDARIA	52	45,2
SUPERIOR TÉCNICO	31	27,0
SUPERIOR PROFESIONAL	25	21,7
Total	115	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con hipertensión arterial del policlínico metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018.
Elaboración: Propia.

GRÁFICO 3: NIVEL EDUCATIVO DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con hipertensión arterial del policlínico metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018.
Elaboración: Propia.

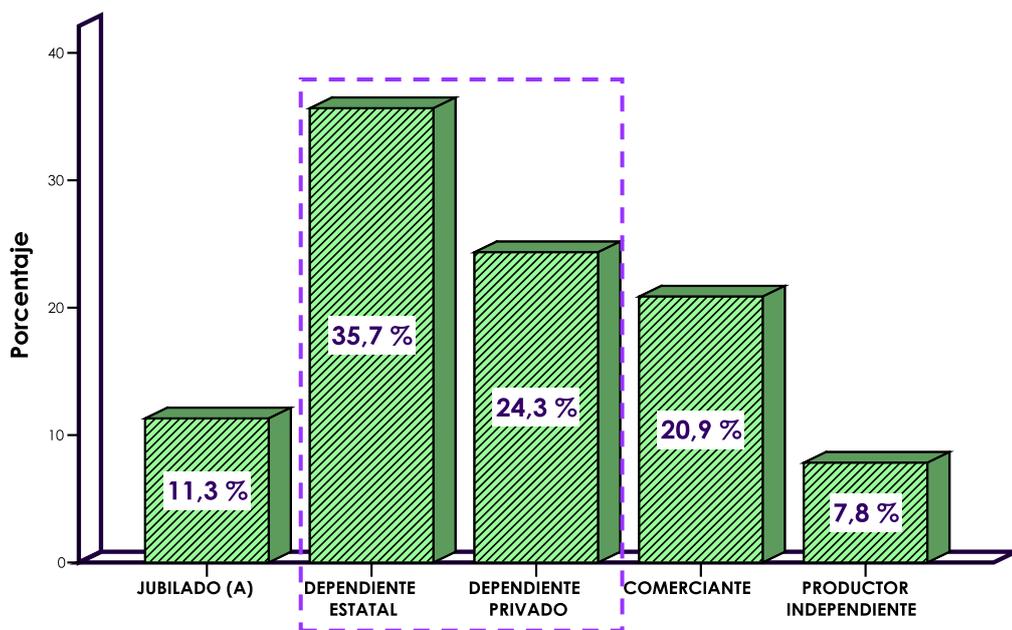
En la Tabla 3, Gráfico 3, se observa que de 115(100 %), 59(51.3%) de los pacientes hipertensos tienen estudio superiores.

TABLA 4: OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018

	Frecuencia	Porcentaje
Jubilado (a)	13	11,3
Dependiente estatal	41	35,7
Dependiente privado	28	24,3
Comerciante	24	20,9
Productor independiente	9	7,8
Total	115	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con hipertensión arterial del policlínico metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018.
Elaboración: Propia.

GRÁFICO 4: OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con hipertensión arterial del policlínico metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018.
Elaboración: Propia.

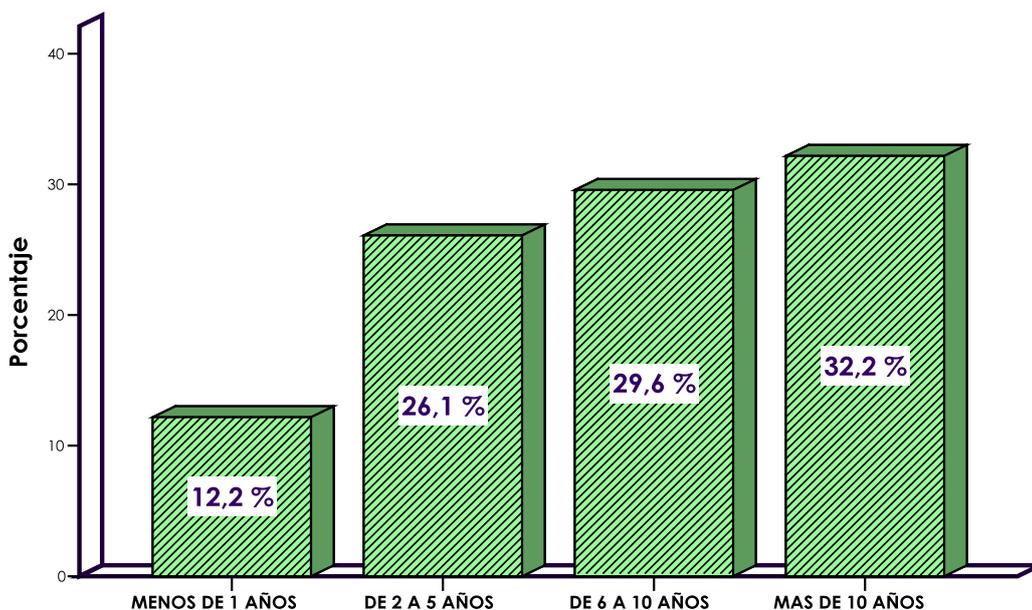
En la Tabla 4, Gráfico 4, se observa que de 115(100 %), 69(60%) de los pacientes hipertensos son trabajadores dependientes ya sea públicos o privados.

TABLA 5: TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD – 2018

	Frecuencia	Porcentaje
MENOS DE 1 AÑOS	14	12,2
DE 2 A 5 AÑOS	30	26,1
DE 6 A 10 AÑOS	34	29,6
MAS DE 10 AÑOS	37	32,2
Total	115	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con hipertensión arterial del policlínico metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018.
Elaboración: Propia.

GRÁFICO 5: TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con hipertensión arterial del policlínico metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018.
Elaboración: Propia.

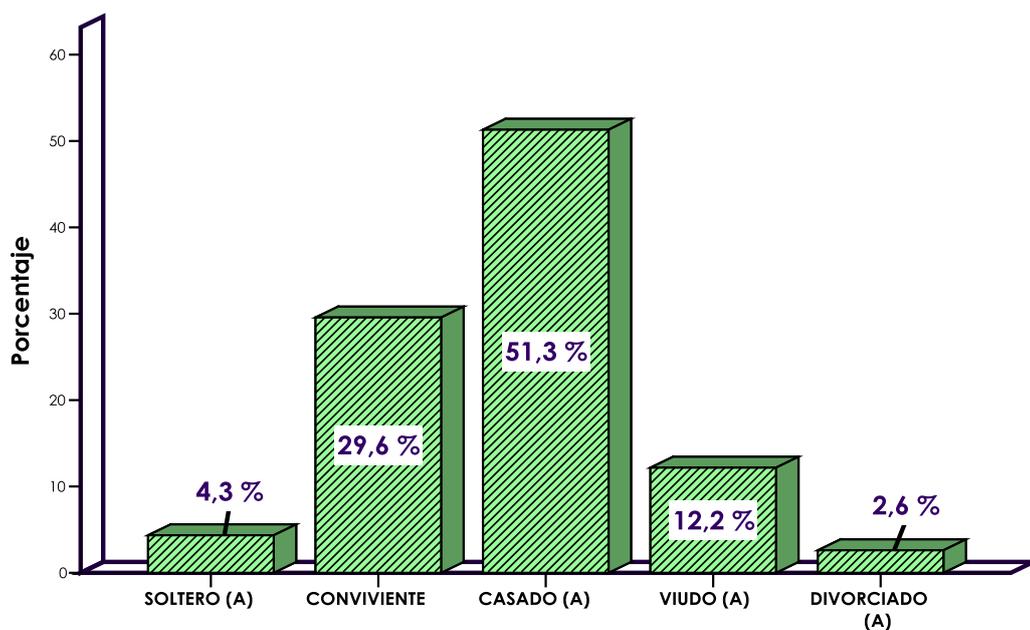
En la Tabla 5, Gráfico 5, se observa que de 115(100 %), 71(61.8%) de los pacientes hipertensos son llevan más de 6 años con la enfermedad.

TABLA 6: ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018

	Frecuencia	Porcentaje
Soltero (a)	5	4,3
Conviviente	34	29,6
Casado (a)	59	51,3
Viudo (a)	14	12,2
Divorciado (a)	3	2,6
Total	115	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con hipertensión arterial del policlínico metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018.
Elaboración: Propia.

GRÁFICO 6: ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con hipertensión arterial del policlínico metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018.
Elaboración: Propia.

En la Tabla 6, Gráfico 6, se observa que de 115(100 %), 59(51.3%) de los pacientes hipertensos son casados.

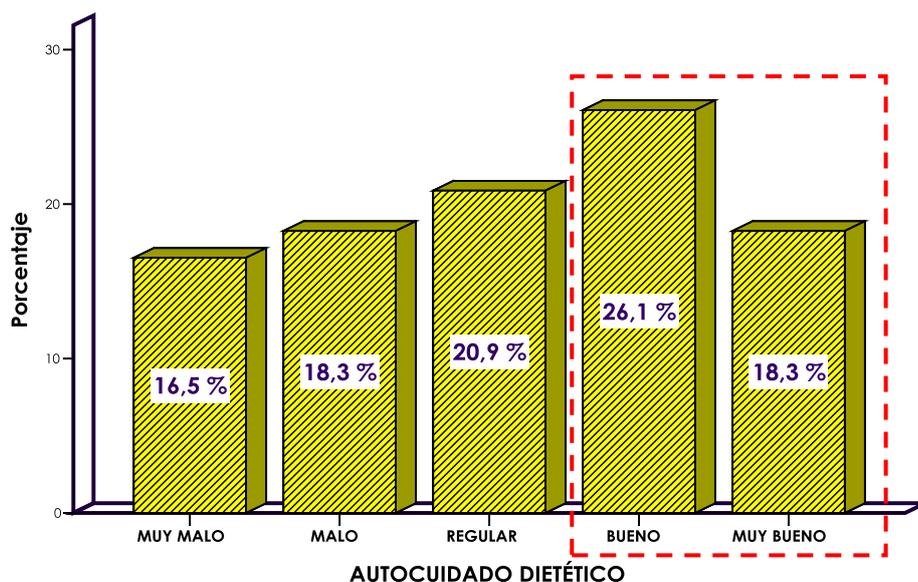
5.1.2. CARACTERÍSTICAS DEL AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

TABLA 7: AUTOCUIDADO DIETÉTICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018

	Frecuencia	Porcentaje
MUY MALO	19	16,5
MALO	21	18,3
REGULAR	24	20,9
BUENO	30	26,1
MUY BUENO	21	18,3
Total	115	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con hipertensión arterial del policlínico metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018.
Elaboración: Propia.

GRÁFICO 7: AUTOCUIDADO DIETÉTICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con hipertensión arterial del policlínico metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018.
Elaboración: Propia.

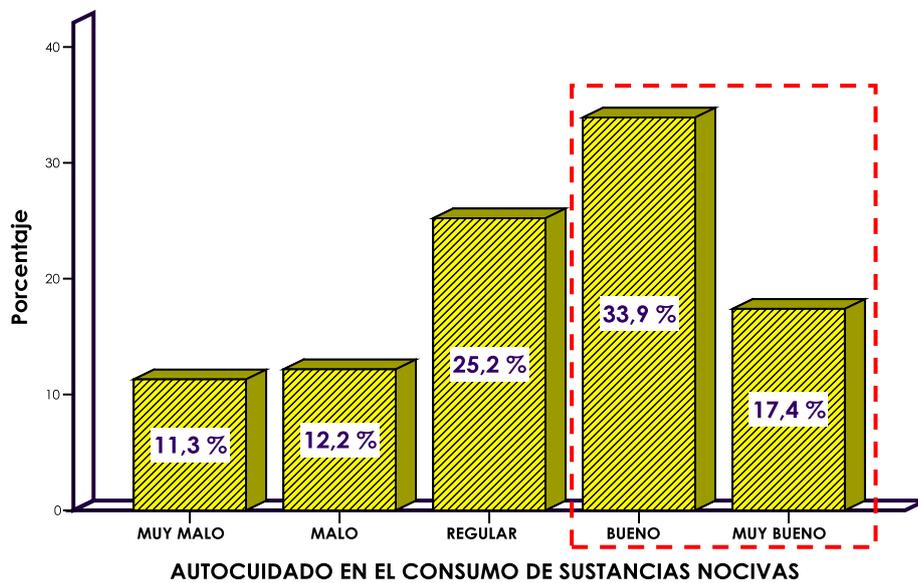
En la Tabla 7, Gráfico 7, se observa que de 115(100 %), solo 51(44.4%) pacientes hipertensos llevan un adecuado autocuidado dietético.

TABLA 8: AUTOCUIDADO EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018

	Frecuencia	Porcentaje
MUY MALO	13	11,3
MALO	14	12,2
REGULAR	29	25,2
BUENO	39	33,9
MUY BUENO	20	17,4
Total	115	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con hipertensión arterial del policlínico metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018.
Elaboración: Propia.

GRÁFICO 8: AUTOCUIDADO EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con hipertensión arterial del policlínico metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018.
Elaboración: Propia.

En la Tabla 8, Gráfico 8, se observa que de 115(100 %), solo 59(51.3%) pacientes hipertensos llevan un adecuado autocuidado en el consumo de sustancias nocivas.

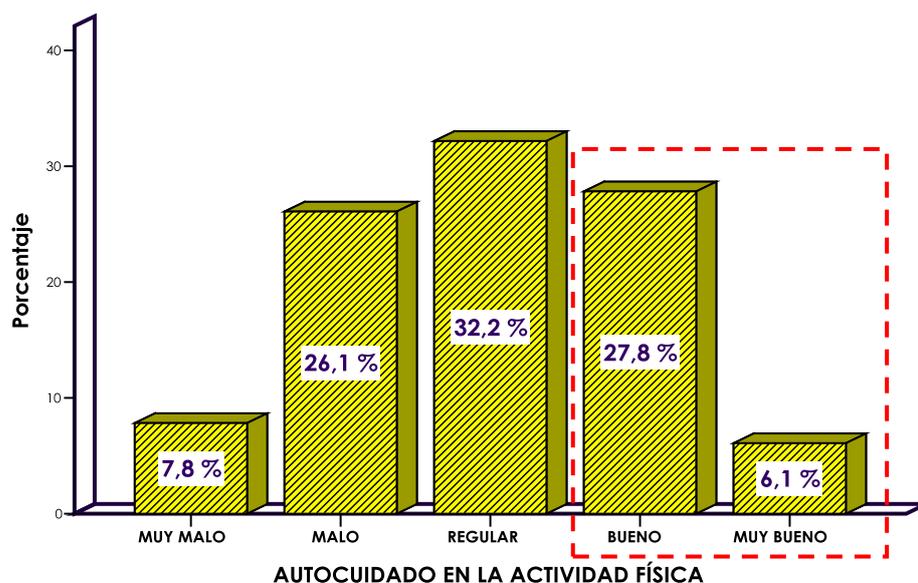
TABLA 9: AUTOCUIDADO EN LA ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018

	Frecuencia	Porcentaje
MUY MALO	9	7,8
MALO	30	26,1
REGULAR	37	32,2
BUENO	32	27,8
MUY BUENO	7	6,1
Total	115	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con hipertensión arterial del policlínico metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018.
Elaboración: Propia.

GRÁFICO 9: AUTOCUIDADO EN LA ACTIVIDAD FÍSICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con hipertensión arterial del policlínico metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018.
Elaboración: Propia.



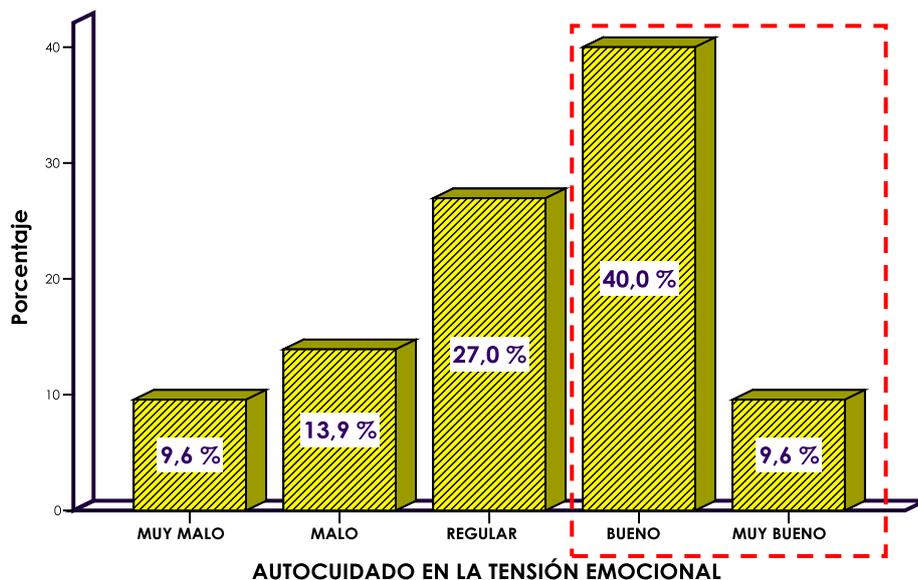
En la Tabla 9, Gráfico 9, se observa que de 115(100 %), solo 39(33.9%) pacientes hipertensos llevan un adecuado autocuidado en la actividad física.

TABLA 10: AUTOCUIDADO EN LA TENSIÓN EMOCIONAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018

	Frecuencia	Porcentaje
MUY MALO	11	9,6
MALO	16	13,9
REGULAR	31	27,0
BUENO	46	40,0
MUY BUENO	11	9,6
Total	115	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con hipertensión arterial del policlínico metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018.
Elaboración: Propia.

GRÁFICO 10: AUTOCUIDADO EN LA TENSIÓN EMOCIONAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con hipertensión arterial del policlínico metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018.
Elaboración: Propia.

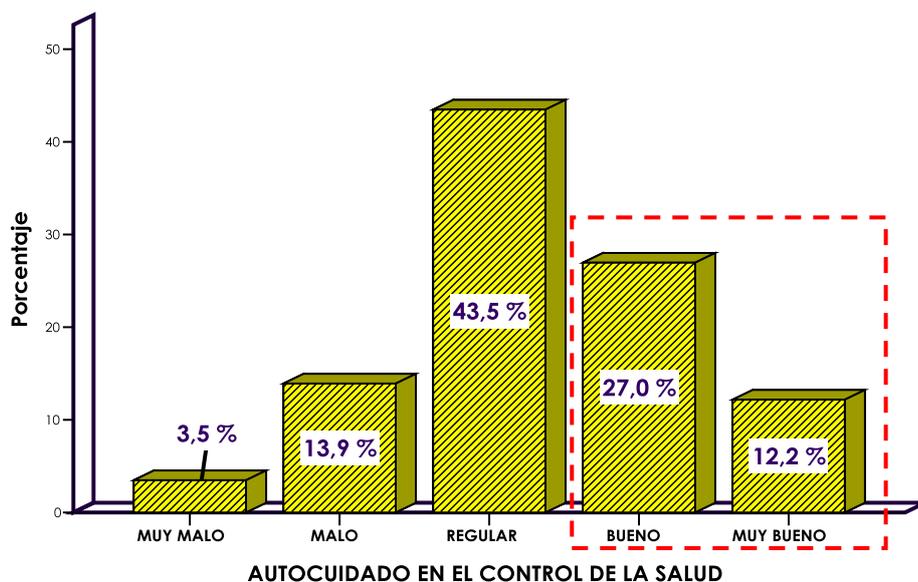
En la Tabla 10, Gráfico 10, se observa que de 115(100 %), solo 57(49.6%) pacientes hipertensos llevan un adecuado autocuidado en la tensión emocional.

TABLA 11: AUTOCUIDADO EN EL CONTROL DE LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018

	Frecuencia	Porcentaje
MUY MALO	4	3,5
MALO	16	13,9
REGULAR	50	43,5
BUENO	31	27,0
MUY BUENO	14	12,2
Total	115	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con hipertensión arterial del policlínico metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018.
Elaboración: Propia.

GRÁFICO 11: AUTOCUIDADO EN EL CONTROL DE LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con hipertensión arterial del policlínico metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018.
Elaboración: Propia.

En la Tabla 11, Gráfico 11, se observa que de 115(100 %), solo 45(39.2%) pacientes hipertensos llevan un adecuado autocuidado en el control de la salud.

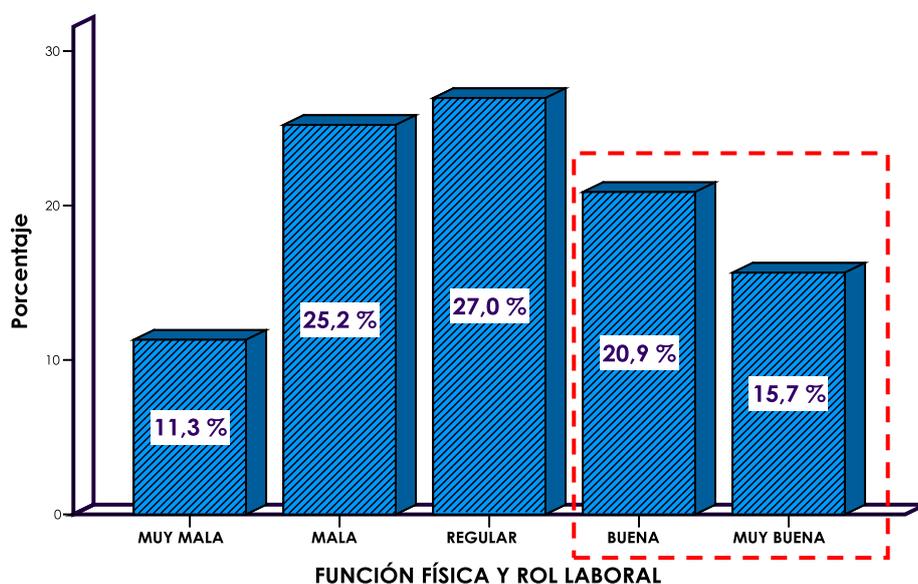
5.1.3. CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

TABLA 12: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN REFERENCIA A LA FUNCIÓN FÍSICA Y ROL LABORAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018

	Frecuencia	Porcentaje
MUY MALA	13	11,3
MALA	29	25,2
REGULAR	31	27,0
BUENA	24	20,9
MUY BUENA	18	15,7
Total	115	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con hipertensión arterial del policlínico metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018.
Elaboración: Propia.

GRÁFICO 12: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN REFERENCIA A LA FUNCIÓN FÍSICA Y ROL LABORAL EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con hipertensión arterial del policlínico metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018.
Elaboración: Propia.

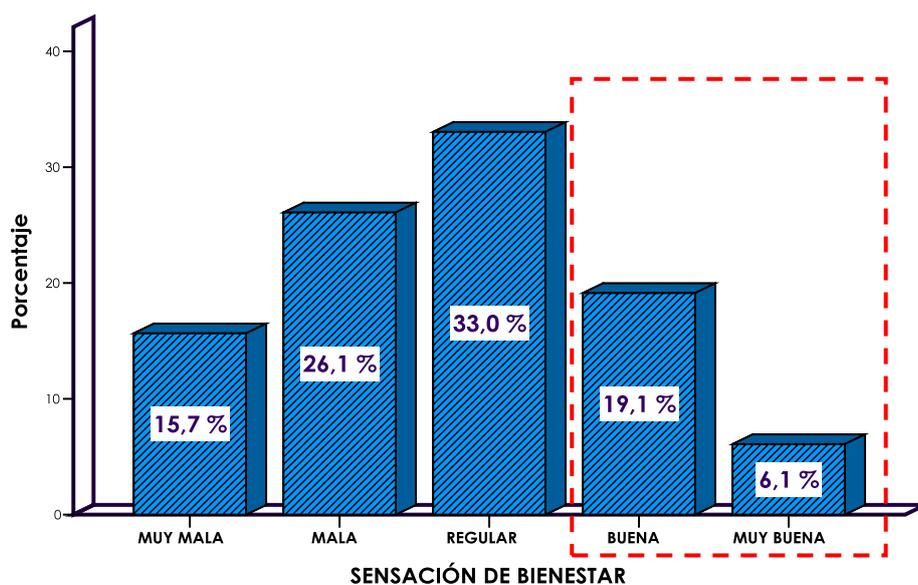
En la Tabla 12, Gráfico 12, se observa que de 115(100 %), solo 42(36.6%) pacientes hipertensos tienen una adecuada calidad de vida relacionada con la salud, en referencia a la función física y rol laboral.

TABLA 13: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN REFERENCIA A LA SENSACIÓN DE BIENESTAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018

	Frecuencia	Porcentaje
MUY MALA	18	15,7
MALA	30	26,1
REGULAR	38	33,0
BUENA	22	19,1
MUY BUENA	7	6,1
Total	115	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con hipertensión arterial del policlínico metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018.
Elaboración: Propia.

GRÁFICO 13: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN REFERENCIA A LA SENSACIÓN DE BIENESTAR EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con hipertensión arterial del policlínico metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018.
Elaboración: Propia.

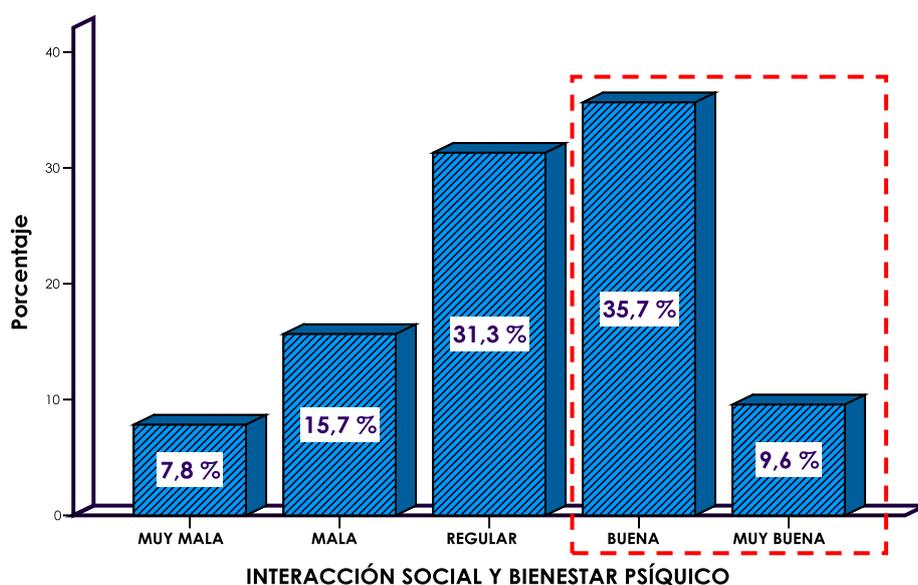
En la Tabla 13, Gráfico 13, se observa que de 115(100 %), solo 29(25.2%) pacientes hipertensos tienen una adecuada calidad de vida relacionada con la salud, en referencia a la sensación de bienestar.

TABLA 14: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN REFERENCIA A LA INTERACCIÓN SOCIAL Y BIENESTAR PSÍQUICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018

	Frecuencia	Porcentaje
MUY MALA	9	7,8
MALA	18	15,7
REGULAR	36	31,3
BUENA	41	35,7
MUY BUENA	11	9,6
Total	115	100,0

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con hipertensión arterial del policlínico metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018.
Elaboración: Propia.

GRÁFICO 14: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD, EN REFERENCIA A LA INTERACCIÓN SOCIAL Y BIENESTAR PSÍQUICO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018



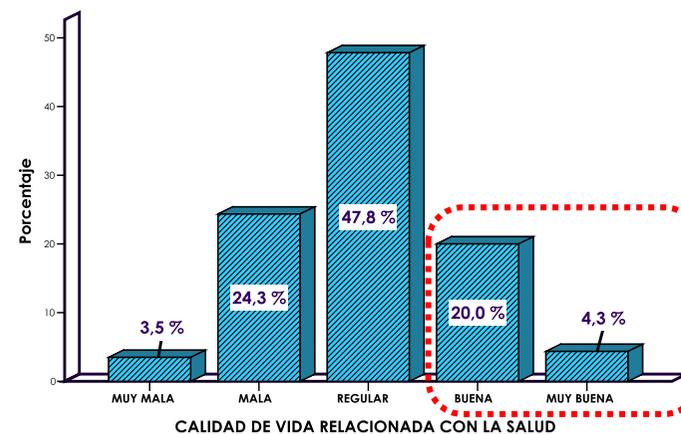
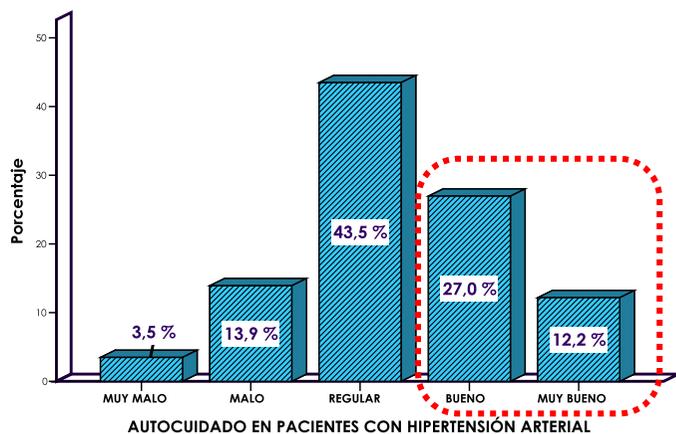
Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con hipertensión arterial del policlínico metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018.
Elaboración: Propia.

En la Tabla 14, Gráfico 14, se observa que de 115(100 %), solo 52(45.3%) pacientes hipertensos tienen una adecuada calidad de vida relacionada con la salud, en referencia a la interacción social y bienestar psíquico.

TABLA 15: CONSOLIDADO DE AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO, HUANCAYO ESSALUD - 2018

AUTOCUIDADO		
	Frecuencia	Porcentaje
Muy malo	4	3,5
Malo	16	13,9
Regular	50	43,5
Bueno	31	27,0
Muy bueno	14	12,2
Total	115	100,0

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A SALUD		
	Frecuencia	Porcentaje
MUY MALA	4	3,5
MALA	28	24,3
REGULAR	55	47,8
BUENA	23	20,0
MUY BUENA	5	4,3
Total	115	100,0



Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con hipertensión arterial del policlínico metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018.
Elaboración: Propia.

En la Tabla 15, se observa que: de 115(100 %), 45 (39.2 %) pacientes hipertensos llevan un apropiado autocuidado. Asimismo de 115(100 %), 28 (24.3 %) pacientes hipertensos tienen una adecuada calidad de vida relacionada a salud.

5.2. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

5.2.1. PRUEBA DE NORMALIDAD

TABLA 16: PRUEBA DE NORMALIDAD PARA LOS DATOS CONSOLIDADOS DE AUTOCUIDADO EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

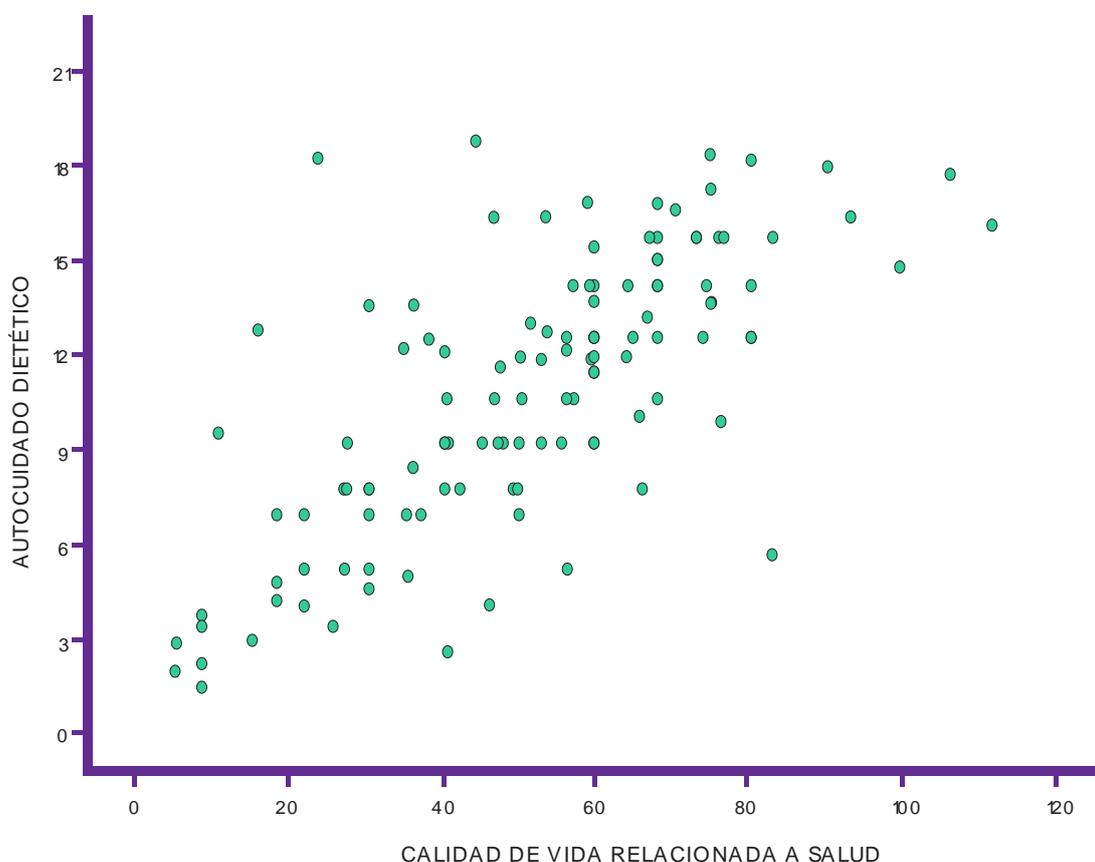
	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
AUTOCUIDADO EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL	,097	115	,162	,963	115	,177
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	,081	115	,167	,947	115	,181

En la tabla 16, se demuestra; de acuerdo a la prueba de kolmogorov-Smirnov, que los datos: consolidados de la variable autocuidado en hipertensión arterial y los datos de calidad de vida relacionada con la salud reflejan tener distribución normal [ya que el valor de la significancia es mayor a 0.05 para ambos casos], no se puede rechazar la presunción de no normalidad en consecuencia se afirma que los datos de estas variables poseen distribución normal y es apropiado utilizar pruebas estadísticas paramétricas para su análisis.

5.2.2. CORRELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO DIETÉTICO Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Se procedió a realizar un análisis gráfico entre la primera dimensión del autocuidado en hipertensión arterial y la CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD; elaborándose el siguiente gráfico de puntos de dispersión.

GRÁFICO 15: GRÁFICO DE DISPERSIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO DIETÉTICO Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL



En el Gráfico 15, se observa la asociación directamente proporcional entre las observaciones del autocuidado dietético y la calidad de vida relacionada con la salud; en base al gráfico podemos afirmar que existe correspondencia directa entre el autocuidado dietético y la calidad de vida relacionada con la salud.

En el estudio nos planteamos la hipótesis que “A mejor **autocuidado dietético**; mayor calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018”.

Para poder comprobar la hipótesis planteada, procedimos a calcular la r de Pearson con su respectiva significancia bilateral, obteniendo los siguientes resultados (Tabla 17).

TABLA 17: RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO DIETÉTICO Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO DE HUANCAYO ESSALUD

		CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD
AUTOCUIDADO DIETÉTICO	Correlación de Pearson	.512
	Sig. (bilateral)	.000
	N	115

En la Tabla 17, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es moderado positivo para la relación entre el autocuidado dietético y la calidad de vida ($r = 0,512$); con un nivel de significancia de 0,000 [que es por mucho es menor a 0.05]. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación: cuando se incrementan el autocuidado dietético, mejora la calidad de vida; quedando así comprobada la hipótesis propuesta.

PRUEBA DE LA PRIMERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

Paso: 01: Elección de la prueba estadística a utilizar

Empleamos la prueba t para hallar un parámetro de correlación, para lo cual hacemos uso de la siguiente expresión matemática:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Utilizamos esta relación t para determinar si el valor observado de $r = 0.512$ es prueba suficiente con 115 observaciones, para concluir que el verdadero valor de la correlación ρ en la población es diferente de cero.

Paso: 02: Planteamiento de hipótesis estadísticas

H_0 : NO EXISTE RELACIÓN ALGUNA ENTRE el autocuidado dietético y la calidad de vida, O LA VERDADERA CORRELACIÓN ES CERO: $\rho = 0$

H_1 : EXISTE UNA RELACIÓN ENTRE el autocuidado dietético y la calidad de vida, O LA VERDADERA CORRELACIÓN NO ES CERO: $\rho \neq 0$

Paso: 03: Condiciones para utilizar la prueba paramétrica elegida

Debido a que la hipótesis nula es una prueba de que ρ es o no cero, la relación t puede usarse cuando se cumplen las siguientes suposiciones de correlación:

- La muestra fue seleccionada al azar.
- Las dos variables, X y Y, varían juntas en una distribución unida que está distribuida de manera normal, llamada distribución bivariada normal.

Ambas suposiciones se han cumplido

Paso 04: Determinación del margen de error.

Se seleccionó $\alpha = 0.05$ para este estudio.

Paso 05: Regla de decisión

Los grados de libertad son $n - 2 = 115 - 2 = 113$. El valor de la distribución t con 113 grados de libertad que divide el área en 95 % central, donde los extremos bajo y alto del 5 % son, aproximadamente, 1.989 (usando el valor de 113 grados libertad en la tabla de distribución t). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si (valor absoluto) el valor observado de t es mayor que 1.989.

Paso 06: Cálculo

El cálculo es:

$$t = \frac{0.512 \sqrt{113}}{\sqrt{1 - 0.512^2}} = 6.336$$

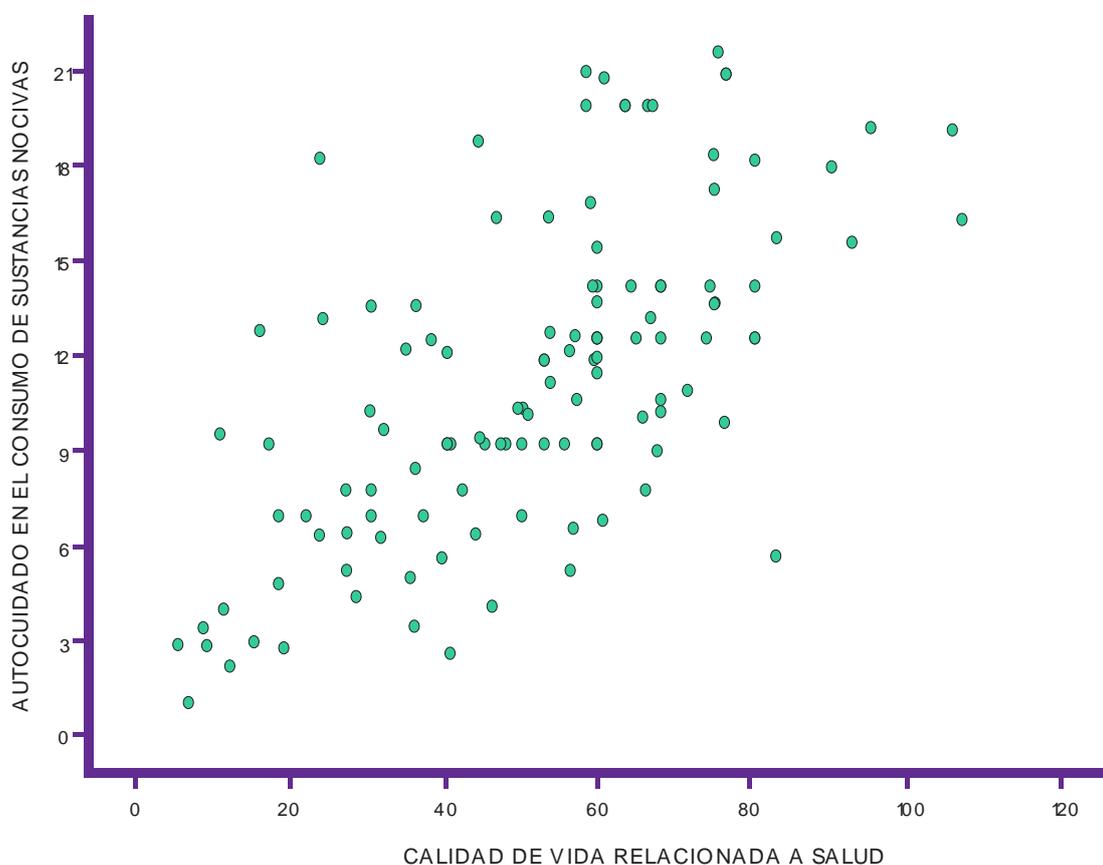
Paso 07: Interpretación de los resultados

El valor observado para la proporción t con 115 grados de libertad es de 6.336, que con mucho es mayor a 1.989; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de nulidad de correlación 0, y se concluye que la relación entre el autocuidado dietético y la calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial es lo suficientemente grande para determinar que estas dos variables están asociadas.

5.2.3. CORRELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Se procedió a realizar un análisis gráfico entre la segunda dimensión del autocuidado en hipertensión arterial y la calidad de vida relacionada con la salud; elaborándose el siguiente gráfico de puntos de dispersión.

GRÁFICO 16: GRÁFICO DE DISPERSIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL



En el Gráfico 16, se observa la asociación directamente proporcional entre las observaciones del autocuidado en el consumo de sustancias nocivas y la calidad de vida relacionada con la salud; en base al gráfico podemos afirmar que existe correspondencia directa entre el autocuidado en el consumo de sustancias nocivas y la calidad de vida relacionada con la salud.

En el estudio nos planteamos la hipótesis que “A mejor **autocuidado en el consumo de sustancias nocivas**; mayor calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018”.

Para poder comprobar la hipótesis planteada, procedimos a calcular la r de Pearson con su respectiva significancia bilateral, obteniendo los siguientes resultados (Tabla 18).

TABLA 18: RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO DE HUANCAYO ESSALUD

		CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD
AUTOCUIDADO EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS	Correlación de Pearson	.527
	Sig. (bilateral)	.000
	N	115

En la Tabla 18, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es moderado positivo para la relación entre el autocuidado en el consumo de sustancias nocivas y la calidad de vida ($r = 0,527$); con un nivel de significancia de 0,000 [que es por mucho es menor a 0.05]. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación: cuando se incrementan el autocuidado en el consumo de sustancias nocivas, mejora la calidad de vida; quedando así comprobada la hipótesis propuesta.

PRUEBA DE LA SEGUNDA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

Paso: 01: Elección de la prueba estadística a utilizar

Empleamos la prueba t para hallar un parámetro de correlación, para lo cual hacemos uso de la siguiente expresión matemática:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Utilizamos esta relación t para determinar si el valor observado de $r = 0.527$ es prueba suficiente con 115 observaciones, para concluir que el verdadero valor de la correlación ρ en la población es diferente de cero.

Paso: 02: Planteamiento de hipótesis estadísticas

HO: No existe relación alguna entre el autocuidado en el consumo de sustancias nocivas y la calidad de vida, o la verdadera correlación es cero: $\rho = 0$

H1: Existe una relación entre el autocuidado en el consumo de sustancias nocivas y la calidad de vida, o la verdadera correlación no es cero: $\rho \neq 0$

Paso: 03: Condiciones para utilizar la prueba paramétrica elegida

Debido a que la hipótesis nula es una prueba de que ρ es o no cero, la relación t puede usarse cuando se cumplen las siguientes suposiciones de correlación:

- La muestra fue seleccionada al azar.
- Las dos variables, X y Y, varían juntas en una distribución unida que está distribuida de manera normal, llamada distribución bivariada normal.

Ambas suposiciones se han cumplido

Paso: 04: Determinación del margen de error.

Se seleccionó $\alpha = 0.05$ para este estudio.

Paso: 05: Regla de decisión

Los grados de libertad son $n - 2 = 115 - 2 = 113$. El valor de la distribución t con 113 grados de libertad que divide el área en 95 % central, donde los extremos bajo y alto del 5 % son, aproximadamente, 1.989 (usando el valor de 113 grados libertad en la tabla de distribución t). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si (valor absoluto) el valor observado de t es mayor que 1.989.

Paso 06: Cálculo

El cálculo es:

$$t = \frac{0.527 \sqrt{113}}{\sqrt{1 - 0.527^2}} = 6.591$$

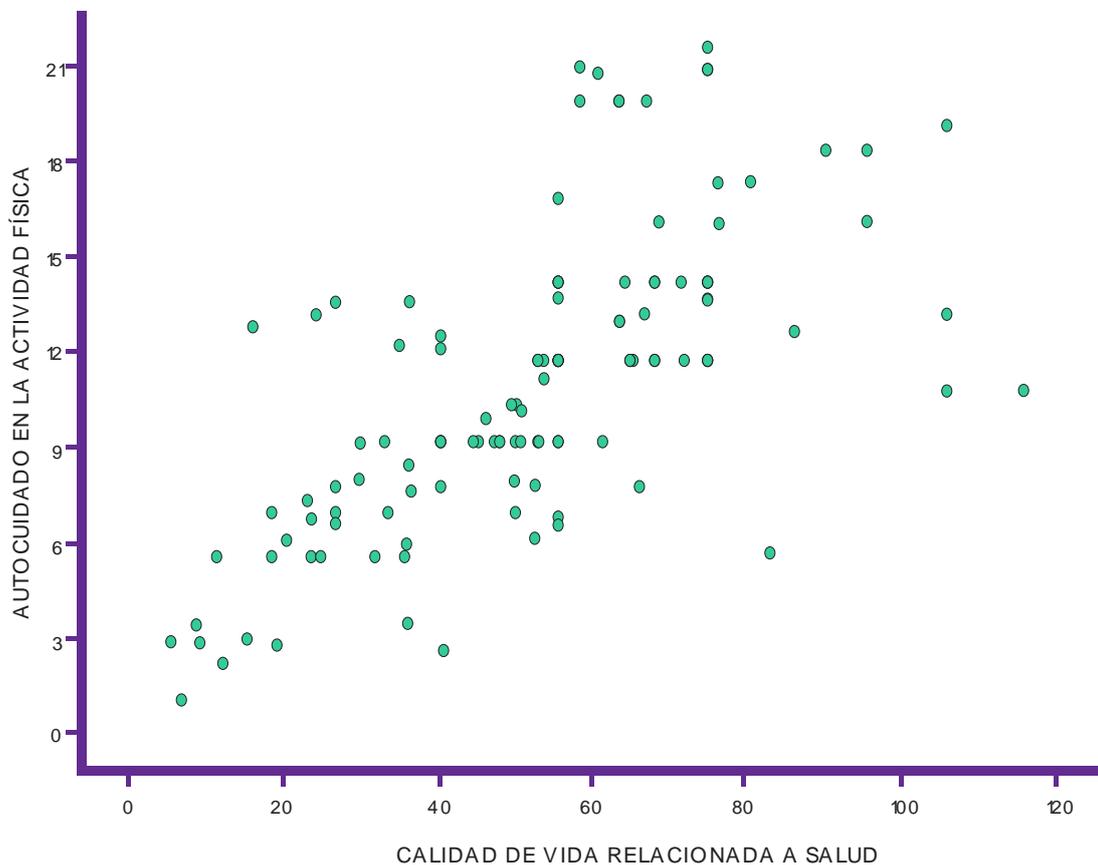
Paso 07: Interpretación de los resultados

El valor observado para la proporción t con 113 grados de libertad es de 6.591, que con mucho es mayor a 1.989; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de nulidad de correlación 0, y se concluye que la relación entre el autocuidado en el consumo de sustancias nocivas y la calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial es lo suficientemente grande para determinar que estas dos variables están asociadas.

5.2.4. CORRELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO EN LA ACTIVIDAD FÍSICA Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Se procedió a realizar un análisis gráfico entre la primera dimensión del autocuidado en hipertensión arterial y la calidad de vida relacionada con la salud; elaborándose el siguiente gráfico de puntos de dispersión.

GRÁFICO 17: GRÁFICO DE DISPERSIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO EN LA ACTIVIDAD FÍSICA Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.



En el Gráfico 17, se observa la asociación directamente proporcional entre las observaciones del autocuidado en la actividad física y la calidad de vida relacionada con la salud; en base al gráfico podemos afirmar que existe correspondencia directa entre el autocuidado en la actividad física y la calidad de vida relacionada con la salud.

En el estudio nos planteamos la hipótesis que “A mejor **autocuidado en la actividad física**; mayor calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018”.

Para poder comprobar la hipótesis planteada, procedimos a calcular la r de Pearson con su respectiva significancia bilateral, obteniendo los siguientes resultados (Tabla 19).

TABLA 19: RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO EN LA ACTIVIDAD FÍSICA Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO DE HUANCAYO ESSALUD

		CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD
AUTOCUIDADO EN LA ACTIVIDAD FÍSICA	Correlación de Pearson	.543
	Sig. (bilateral)	.000
	N	115

En la Tabla 19, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es moderado positivo para la relación entre el autocuidado en la actividad física y la calidad de vida ($r = 0,543$); con un nivel de significancia de 0,000 [que es por mucho es menor a 0.05]. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación: cuando se incrementan el autocuidado en la actividad física, mejora la calidad de vida; quedando así comprobada la hipótesis propuesta.

PRUEBA DE LA TERCERA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

Paso: 01: Elección de la prueba estadística a utilizar

Empleamos la prueba t para hallar un parámetro de correlación, para lo cual hacemos uso de la siguiente expresión matemática:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Utilizamos esta relación t para determinar si el valor observado de $r = 0.543$ es prueba suficiente con 115 observaciones, para concluir que el verdadero valor de la correlación ρ en la población es diferente de cero.

Paso: 02: Planteamiento de hipótesis estadísticas

HO: No existe relación alguna entre el autocuidado en la actividad física y la calidad de vida, o la verdadera correlación es cero: $\rho = 0$

H1: Existe una relación entre el autocuidado en la actividad física y la calidad de vida, o la verdadera correlación no es cero: $\rho \neq 0$

Paso: 03: Condiciones para utilizar la prueba paramétrica elegida

Debido a que la hipótesis nula es una prueba de que ρ es o no cero, la relación t puede usarse cuando se cumplen las siguientes suposiciones de correlación:

- La muestra fue seleccionada al azar.
- Las dos variables, X y Y, varían juntas en una distribución unida que está distribuida de manera normal, llamada distribución bivariada normal.

Ambas suposiciones se han cumplido

Paso: 04: Determinación del margen de error.

Se seleccionó $\alpha = 0.05$ para este estudio.

Paso: 05: Regla de decisión

Los grados de libertad son $n - 2 = 115 - 2 = 113$. El valor de la distribución t con 113 grados de libertad que divide el área en 95 % central, donde los extremos bajo y alto del 5 % son, aproximadamente, 1.989 (usando el valor de 113 grados libertad en la tabla de distribución t). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si (valor absoluto) el valor observado de t es mayor que 1.989.

Paso 06: Cálculo

El cálculo es:

$$t = \frac{0.543 \sqrt{113}}{\sqrt{1 - 0.543^2}} = 6.874$$

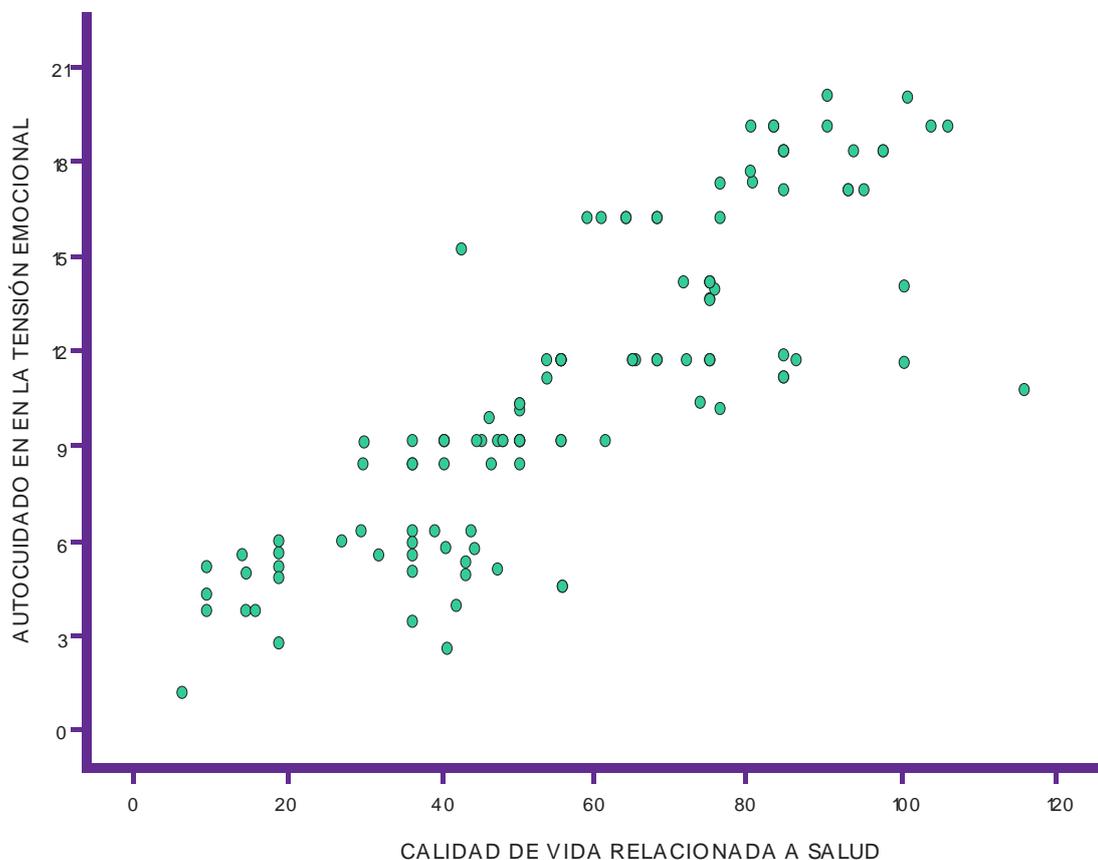
Paso 07: Interpretación de los resultados

El valor observado para la proporción t con 115 grados de libertad es de 6.874, que con mucho es mayor a 1.989; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de nulidad de correlación 0, y se concluye que la relación entre el autocuidado en la actividad física y la calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial es lo suficientemente grande para determinar que estas dos variables están asociadas.

5.2.5. CORRELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO EN LA TENSIÓN EMOCIONAL Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Se procedió a realizar un análisis gráfico entre la cuarta dimensión del autocuidado en hipertensión arterial y la calidad de vida relacionada con la salud; elaborándose el siguiente gráfico de puntos de dispersión.

GRÁFICO 18: GRÁFICO DE DISPERSIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO EN LA TENSIÓN EMOCIONAL Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.



En el Gráfico 17, se observa la asociación directamente proporcional entre las observaciones del autocuidado en la tensión emocional y la calidad de vida relacionada con la salud; en base al gráfico podemos afirmar que existe correspondencia directa entre el autocuidado en la tensión emocional y la calidad de vida relacionada con la salud.

En el estudio nos planteamos la hipótesis que “A mejor autocuidado en la tensión emocional; mayor calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018”.

Para poder comprobar la hipótesis planteada, procedimos a calcular la r de Pearson con su respectiva significancia bilateral, obteniendo los siguientes resultados (Tabla 20).

TABLA 20: RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO EN LA TENSIÓN EMOCIONAL Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO DE HUANCAYO ESSALUD

		CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD
AUTOCUIDADO EN LA TENSIÓN EMOCIONAL	Correlación de Pearson	.597
	Sig. (bilateral)	.000
	N	115

En la Tabla 20, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es moderado positivo para la relación entre el autocuidado en la tensión emocional y la calidad de vida ($r = 0,597$); con un nivel de significancia de 0,000 [que es por mucho es menor a 0.05]. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación: cuando se incrementan el autocuidado en la tensión emocional, mejora la calidad de vida; quedando así comprobada la hipótesis propuesta.

PRUEBA DE LA CUARTA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

Paso: 01: Elección de la prueba estadística a utilizar

Empleamos la prueba t para hallar un parámetro de correlación, para lo cual hacemos uso de la siguiente expresión matemática:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Utilizamos esta relación t para determinar si el valor observado de $r = 0.597$ es prueba suficiente con 115 observaciones, para concluir que el verdadero valor de la correlación ρ en la población es diferente de cero.

Paso: 02: Planteamiento de hipótesis estadísticas

HO: No existe relación alguna entre el autocuidado en la tensión emocional y la calidad de vida, o la verdadera correlación es cero: $\rho = 0$

H1: Existe una relación entre el autocuidado en la tensión emocional y la calidad de vida, o la verdadera correlación no es cero: $\rho \neq 0$

Paso: 03: Condiciones para utilizar la prueba paramétrica elegida

Debido a que la hipótesis nula es una prueba de que ρ es o no cero, la relación t puede usarse cuando se cumplen las siguientes suposiciones de correlación:

- La muestra fue seleccionada al azar.
- Las dos variables, X y Y, varían juntas en una distribución unida que está distribuida de manera normal, llamada distribución bivariada normal.

Ambas suposiciones se han cumplido

Paso: 04: Determinación del margen de error.

Se seleccionó $\alpha = 0.05$ para este estudio.

Paso: 05: Regla de decisión

Los grados de libertad son $n - 2 = 115 - 2 = 113$. El valor de la distribución t con 113 grados de libertad que divide el área en 95 % central, donde los extremos bajo y alto del 5 % son, aproximadamente, 1.989 (usando el valor de 113 grados libertad en la tabla de distribución t). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si (valor absoluto) el valor observado de t es mayor que 1.989.

Paso 06: Cálculo

El cálculo es:

$$t = \frac{0.597 \sqrt{113}}{\sqrt{1 - 0.597^2}} = 7.911$$

Paso 07: Interpretación de los resultados

El valor observado para la proporción t con 115 grados de libertad es de 7.911, que con mucho es mayor a 1.989; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de nulidad de correlación 0, y se concluye que la relación entre el autocuidado en la tensión emocional y la calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial es lo suficientemente grande para determinar que estas dos variables están asociadas.

En el estudio nos planteamos la hipótesis que “A mejor autocuidado en el control de la salud; mayor calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018”.

Para poder comprobar la hipótesis planteada, procedimos a calcular la r de Pearson con su respectiva significancia bilateral, obteniendo los siguientes resultados (Tabla 21).

TABLA 21: RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO EN EL CONTROL DE LA SALUD Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO DE HUANCAYO ESSALUD

		CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD
AUTOCUIDADO EN EL CONTROL DE LA SALUD	Correlación de Pearson	.568
	Sig. (bilateral)	.000
	N	115

En la Tabla 21, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es moderado positivo para la relación entre el autocuidado en el control de la salud y la calidad de vida ($r = 0,568$); con un nivel de significancia de 0,000 [que es por mucho es menor a 0.05]. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación: cuando se incrementan el autocuidado en el control de la salud, mejora la calidad de vida; quedando así comprobada la hipótesis propuesta.

PRUEBA DE LA QUINTA HIPÓTESIS ESPECÍFICA

Paso: 01: Elección de la prueba estadística a utilizar

Empleamos la prueba t para hallar un parámetro de correlación, para lo cual hacemos uso de la siguiente expresión matemática:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Utilizamos esta relación t para determinar si el valor observado de $r = 0.568$ es prueba suficiente con 115 observaciones, para concluir que el verdadero valor de la correlación ρ en la población es diferente de cero.

Paso: 02: Planteamiento de hipótesis estadísticas

HO: No existe relación alguna entre el autocuidado en el control de la salud y la calidad de vida, o la verdadera correlación es cero: $\rho = 0$

H1: Existe una relación entre el autocuidado en el control de la salud y la calidad de vida, o la verdadera correlación no es cero: $\rho \neq 0$

Paso: 03: Condiciones para utilizar la prueba paramétrica elegida

Debido a que la hipótesis nula es una prueba de que ρ es o no cero, la relación t puede usarse cuando se cumplen las siguientes suposiciones de correlación:

- La muestra fue seleccionada al azar.
- Las dos variables, X y Y, varían juntas en una distribución unida que está distribuida de manera normal, llamada distribución bivariada normal.

Ambas suposiciones se han cumplido

Paso 04: Determinación del margen de error.

Se seleccionó $\alpha = 0.05$ para este estudio.

Paso 05: Regla de decisión

Los grados de libertad son $n - 2 = 115 - 2 = 113$. El valor de la distribución t con 113 grados de libertad que divide el área en 95 % central, donde los extremos bajo y alto del 5 % son, aproximadamente, 1.989 (usando el valor de 113 grados libertad en la tabla de distribución t). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si (valor absoluto) el valor observado de t es mayor que 1.989.

Paso 06: Cálculo

El cálculo es:

$$t = \frac{0.568 \sqrt{113}}{\sqrt{1 - 0.568^2}} = 7.336$$

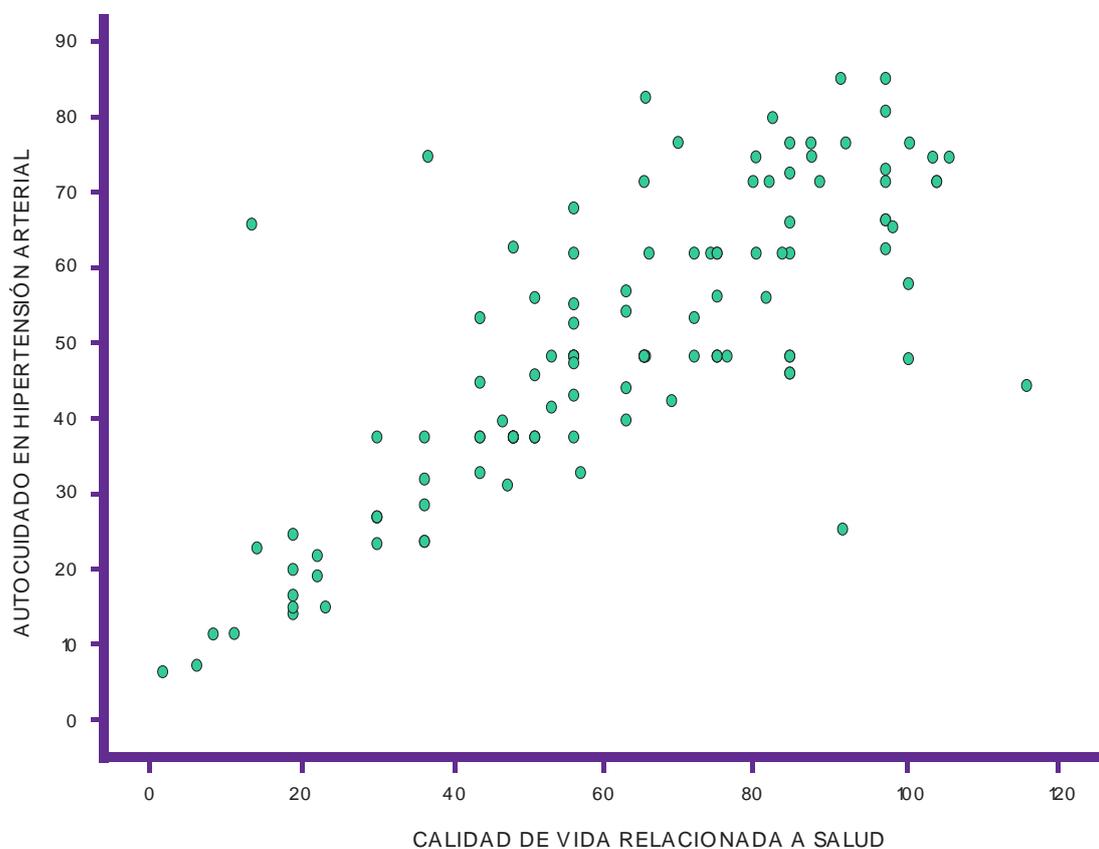
Paso 07: Interpretación de los resultados

El valor observado para la proporción t con 115 grados de libertad es de 7.336, que con mucho es mayor a 1.989; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de nulidad de correlación 0, y se concluye que la relación entre el autocuidado en el control de la salud y la calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial es lo suficientemente grande para determinar que estas dos variables están asociadas.

5.2.6. CORRELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.

Se procedió a realizar un análisis gráfico entre el autocuidado en hipertensión arterial y la calidad de vida relacionada con la salud; elaborándose el siguiente gráfico de puntos de dispersión.

GRÁFICO 20: GRÁFICO DE DISPERSIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.



En el Gráfico 20, se observa la asociación directamente proporcional entre las observaciones del autocuidado en hipertensión arterial y la calidad de vida relacionada con la salud; en base al gráfico podemos afirmar que existe correspondencia directa entre el autocuidado en hipertensión arterial y la calidad de vida relacionada con la salud.

En el estudio nos planteamos la hipótesis que “A mejor autocuidado; mayor calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018”.

Para poder comprobar la hipótesis planteada, procedimos a calcular la r de Pearson con su respectiva significancia bilateral, obteniendo los siguientes resultados (Tabla 22).

TABLA 22: RELACIÓN ENTRE EL AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL POLICLÍNICO METROPOLITANO DE HUANCAYO ESSALUD

		CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD
AUTOCUIDADO	Correlación de Pearson	.549
	Sig. (bilateral)	.000
	N	115

En el Gráfico 22, se puede observar que el coeficiente de correlación de Pearson es moderado positivo para la relación entre el autocuidado en el control de la salud Y LA CALIDAD DE VIDA ($r = 0,549$); con un nivel de significancia de 0,000 [que es por mucho es menor a 0.05]. Estos resultados nos permiten hacer la afirmación: cuando se incrementan el autocuidado, mejora la CALIDAD DE VIDA relacionada con la salud; quedando así comprobada la hipótesis general propuesta.

PRUEBA DE LA HIPÓTESIS GENERAL

Paso: 01: Elección de la prueba estadística a utilizar

Empleamos la prueba t para hallar un parámetro de correlación, para lo cual hacemos uso de la siguiente expresión matemática:

$$t = \frac{r \sqrt{n - 2}}{\sqrt{1 - r^2}}$$

Utilizamos esta relación t para determinar si el valor observado de $r = 0.549$ es prueba suficiente con 115 observaciones, para concluir que el verdadero valor de la correlación ρ en la población es diferente de cero.

Paso: 02: Planteamiento de hipótesis estadísticas

HO: No existe relación alguna entre el autocuidado en hipertensión arterial y la calidad de vida, o la verdadera correlación es cero: $\rho = 0$

H1: Existe una relación entre el autocuidado en hipertensión arterial y la calidad de vida, o la verdadera correlación no es cero: $\rho \neq 0$

Paso: 03: Condiciones para utilizar la prueba paramétrica elegida

Debido a que la hipótesis nula es una prueba de que ρ es o no cero, la relación t puede usarse cuando se cumplen las siguientes suposiciones de correlación:

- La muestra fue seleccionada al azar.
- Las dos variables, X y Y, varían juntas en una distribución unida que está distribuida de manera normal, llamada distribución bivariada normal.

Ambas suposiciones se han cumplido

Paso 04: Determinación del margen de error.

Se seleccionó $\alpha = 0.05$ para este estudio.

Paso 05: Regla de decisión

Los grados de libertad son $n - 2 = 115 - 2 = 113$. El valor de la distribución t con 113 grados de libertad que divide el área en 95 % central, donde los extremos bajo y alto del 5 % son, aproximadamente, 1.989 (usando el valor de 113 grados libertad en la tabla de distribución t). Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula de correlación cero, si (valor absoluto) el valor observado de t es mayor que 1.989.

Paso 06: Cálculo

El cálculo es:

$$t = \frac{0.549\sqrt{113}}{\sqrt{1 - 0.549^2}} = 6.982$$

Paso 07: Interpretación de los resultados

El valor observado para la proporción t con 115 grados de libertad es de 6.982, que con mucho es mayor a 1.989; por lo tanto, se rechaza la hipótesis de nulidad de correlación 0, y se concluye que la relación entre el autocuidado en hipertensión arterial y la calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial es lo suficientemente grande para determinar que estas dos variables están asociadas.

CAPITULO VI

DISCUSIÓN

6.1. CARACTERÍSTICAS DEL AUTOCUIDADO

En el estudio encontramos que solo el 39.2 % de pacientes hipertensos llevan un apropiado autocuidado; esto significa que alrededor de la tercera parte de los pacientes logran modificar determinados aspectos de su vida para controlar la enfermedad y evitar posibles complicaciones; también se ha percibido que llevar un buen autocuidado depende de las destrezas aprendidas, de la voluntad personal y de tener la convicción que el autocuidado es la forma más efectiva de controlar y prevenir las complicaciones de la hipertensión. Pocos pacientes alcanzan regular de forma óptima su dieta e incrementar su actividad física, en la mayoría de ellos el tipo de trabajo que realizan y la falta de apoyo familiar son factores determinantes para los insuficientes autocuidados.

De forma similar Silva C, Vieira T, encuentran que solo el 40 % de los pacientes con hipertensión asumen un adecuado autocuidado tras el diagnóstico de la hipertensión arterial, entre los factores más comunes que suscitan esta falta de autocuidado son los conocimientos que poseen sobre la forma de auto cuidarse, el apoyo familiar recibido, ser parte de una familia funcional y tener una amplia red social de amigos y familiares que los apoyan y alientan para modificar determinados aspectos de su vida en favor de su salud (1).

Del mismo modo Yildiz E, Erci B, comprueban que únicamente el 25 % de los pacientes hipertensos acogen un satisfactorio autocuidado; este problema es provocado por circunstancias como el tipo de trabajo, las dificultades económicas, la falta de apoyo de la familia, baja autoestima y la baja percepción de autoeficacia; asimismo en el estudio se pudo comprobar que, las prácticas de autocuidado consistentes en la reducción de la ingesta de sodio, la pérdida de peso, el aumento de la actividad física y la limitación de la ingesta de alcohol disminuyen la presión arterial sistólica y diastólica; un adecuado autocuidado incluso pueden controlar otros factores asociados a la hipertensión arterial como los antecedentes familiares de hipertensión, la edad del paciente y el uso de fármacos simples o combinados (2).

También Khresheh R, Mohammed N, señalan que el 32 % de hipertensos asume los autocuidados favorables para su enfermedad, pocos pacientes se preocupan por controlar su control del peso, hacer ejercicio con regularidad, evitar fumar, seguir una dieta baja en sal y caminar con frecuencia, asimismo los pacientes hipertensos de familias disfuncionales fueron la minoría pero se asociaron más a los estudiantes con menor autocuidado y la funcionalidad familiar a los estudiantes con mayor autocuidado. En cuanto a las redes de apoyo, se evidenció en ambos grupos confianza en los amigos y amplio número de personas en quienes pueden confiar los estudiantes en caso de problemas, evidenciando una alta confianza en los padres y familia, por lo que no sería determinante en las prácticas de autocuidado de los estudiantes (3).

Igualmente Neminqani D, El-Shereef E, Thubiany M, hallan que menos de la cuarta parte de pacientes hipertensos recurren a un autocuidado favorable a su condición de salud; los miembros de la familia a menudo desempeñan un papel vital en el

autocontrol de la hipertensión de los pacientes, lo que incluye brindar apoyo con la selección y preparación de alimentos, ayudar a los pacientes a seguir las recomendaciones de comportamiento (por ejemplo, dejar de fumar) y apoyar a los pacientes con la administración de sus medicamentos y la adherencia a sus citas médicas; la familia también pueden desempeñar un papel central para aliviar los pensamientos del paciente que lo lleven a la depresión o reduzcan su capacidad de autocontrol (4).

Drevenhorn E, Bengtson A, Nyberg P, Kjellgren K, comprueban que los pocos pacientes que recurren al autocuidado lo hacen porque han tenido algún evento crítico a causa de la hipertensión y tienen miedo a su recurrencia; sin embargo hay quienes no acuden a las consultas de control por temor a las malas noticias y la posibilidad de recidiva. Un grupo minoritario de pacientes hacen esfuerzos para cambiar sus conductas como: aumentar la actividad física, dejar de fumar y no beber alcohol. Los que creían que la hipertensión tiene consecuencias más graves y las que atribuyen las causas y la prevención de la hipertensión a conductas de salud o estrés están más dispuestas a cambiar de actitudes, mejorar su dieta y realizar más actividad física como parte del tratamiento (5).

6.2. CARACTERÍSTICAS DE LA CALIDAD DE VIDA

En el estudio encontramos que solo el 24.3 % de los pacientes hipertensos tienen una adecuada calidad de vida relacionada a salud; esto significa que solo la cuarta parte de los pacientes percibe que su bienestar no ha visto afectada a causa de la enfermedad; la mayor parte considera que debido a la hipertensión arterial han experimentado un aislamiento familiar y social por la modificación de la dieta y los efectos de la medicación, han tenido sentimientos de inseguridad, indefensión y vulnerabilidad. En la mayor parte de los pacientes con alteración de la calidad de vida tenían un comportamiento caracterizado por: la impaciencia, actitud de competitividad, llevar una sobrecarga laboral y tener carácter hostil.

De forma parecida, Karim A y Marzook A, comprueban que solo el 15 % de hipertensos mantienen una buena calidad de vida, esto se debe que conforme avanza la edad la persona este trastorno tiende a incrementarse si el paciente continua con su habitual modo de vida; entre los factores que afectan más a la calidad de vida, se destaca: la sensación de fatiga, la variación de las actividades de esparcimiento y vida social, el tipo de trabajo, el soporte social y el apoyo de la familia. También los pacientes han referido que tenían hinchazón de los tobillos, se han sentido con la boca seca, han tenido dolor en el pecho sin hacer un esfuerzo físico y perciben entumecimiento u hormigueo en diversas partes de su cuerpo (1).

Asimismo, Abdulwahed A y Yimam I, inciden que solo el 21 % de los pacientes con hipertensión conservan una buena calidad de vida relacionada a salud, las causas más frecuentes que se han hallado son: la percepción de fatiga continua, la disfunción sexual y la sensación de abatimiento y desaliento. El estudio demuestra que la

hipertensión afecta la vitalidad, el funcionamiento social, la salud mental, el estado de ánimo y el funcionamiento psicológico, también se ha encontrado que muchos pacientes hipertensos sufren de dolor de cabeza, mareos, depresión, ansiedad y cansancio (2).

También, Kaliyaperumal S y Binitha S, comprueban que únicamente el 19 % de los pacientes hipertensos ven inalterada su calidad de vida, el resto sufre múltiples padecimientos más aun cuando acontecen complicaciones con daño cardiaco o neurológico; la enfermedad genera masivas indisposiciones que alteran la vida cotidiana; además los diversos cambios en el modo de vivir que deben de hacer para controlar la enfermedad aminoran más la calidad de vida; posterior al diagnóstico de la hipertensión se observa notable deterioro del estado general de salud acompañado de: desanimo, abatimiento, depresión, desfallecimiento y sensación de falta de control (3).

De la misma manera, Oza B y Bela P, hallan que menos de la cuarta parte de pacientes hipertensos preserva su calidad de vida ya que los decaimientos por la enfermedad son frecuentes; en el estudio también remarcan que los pacientes con actitud agresiva, ansiosos y de temperamento irritable son los que tienen una hipertensión más refractaria, los que con mayor frecuencia tienen complicaciones y los que ven más deteriorada su calidad de vida. Asimismo los pacientes refieren que no has estado durmiendo bien, que no les ha sido fácil mantener sus relaciones sociales habitual, les resulta difícil relacionarse con la gente, sienten que el ejercicio que realizan no tiene un papel útil en la vida y se sienten incapaces de tomar decisiones e iniciar cosas nuevas (4).

De esta forma, Pereira J, Magalhães T, inciden en que son pocos los pacientes que padecen hipertensión arterial y mantienen su calidad de vida; en la mayoría de ellos se puede observar que al pasar el tiempo la enfermedad va deteriorando física y anímicamente a la persona, a pesar que el hipertenso se esfuerza por hacer cambios en su forma de vida la hipertensión no controlada daña órganos vitales que deterioran la calidad de vida; es imprescindible el apoyo familiar para asistir al paciente y recuperar o mantener la calidad de vida. Además los pacientes indican que se ha sentido constantemente agónicos y tensos, han sido incapaces de disfrutar de sus actividades diarias, se ha sentido agotados y sin fuerzas y han habidos momentos en los que tenían dificultad para respirar (10).

6.3. RELACIÓN ENTRE AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA

En el estudio encontramos un coeficiente de correlación de Pearson moderado positivo entre el autocuidado y la calidad de vida en salud ($r = 0,549$); esto significa que: cuando se incrementan el autocuidado, mejora la calidad de vida; este resultado se asienta en que, las personas con hipertensión arterial que asumen un persistente autocuidado y cumplen con la medicación farmacológica y no farmacológica, adoptan hábitos favorables a la salud y modifican su forma de vida; pueden controlar la enfermedad que a su vez mejora su calidad de vida.

De forma, similar Kazemi M, Asghari M, evidencian una dependencia positiva significativa entre autocuidado en hipertensión y calidad de vida relacionada a salud, (Coeficiente r de Pearson = 0.42), se asegura que el autocuidado que implica: reducir el consumo de sal en la dieta procurar; tener autonomía para decidir sobre las medidas más convenientes para la salud y tener motivación; aumentar el entrenamiento físico porque disminuye la acción de dos vasoconstrictores como son la norepinefrina y la endotelina-1; si son ejecutadas acertadamente, entonces se mantendrá la calidad de vida ya que se evitará el aislamiento social y el mal estado de ánimo, las cefaleas, mareos, olvidos frecuentes y la disfunción sexual (10).

Asimismo, Aghajani M, Mirbagher N, establecen una correspondencia recíproca positiva entre autocuidado en hipertensión y calidad de vida relacionada a salud, (Coeficiente r de Spearman = 0.37), sostienen que el autocuidado que incluye: incrementar el consumo de vitamina C, calcio y fibra; incrementar el entrenamiento físico porque cambia la estructura vascular por remodelamiento con aumento en el diámetro de venas y arterias por angiogénesis que da como resultado un efecto

antihipertensivo; asumir un papel activo, voluntario y colaborativo en los controles médicos; incorporar nuevas creencias y adoptar mejores actitudes relacionadas al consumo responsable de sus medicamentos; si estas disposiciones son cumplidas correctamente, entonces se preservará la calidad de vida de modo que se contendrán los síntomas como: mareos, taquicardia, disnea, fatiga y neuropatía; se reducirán los sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad y frustración (11).

Así también, Silveira J, Waleska P, halla, una dependencia directamente proporcional entre autocuidado en hipertensión y calidad de vida relacionada a salud, (Coeficiente r de Pearson = 0.31), establecen que el autocuidado que implica: reducir las grasas, carnes rojas, dulces y las bebidas azucaradas, reemplazándolas con granos integrales, carne de aves, productos lácteos bajos en grasas, pescado y frutos secos; evitar las elevadas demandas laborales y procurar trabajos con alto nivel de toma de decisiones; buscar apoyo socioafectivo; procurar tener autonomía para decidir sobre las medidas más convenientes para la salud y tener motivación para ello; si estas medidas son ejecutadas oportunamente, entonces se mantendrá la calidad de vida porque se reducirán las cefaleas, mareos, olvidos frecuentes y la disfunción sexual además del deterioro del juicio de autoeficacia (12).

Del mismo modo, Sun E, Insook L, comprueba, una sujeción positiva significativa entre autocuidado en hipertensión y calidad de vida relacionada a salud, (Coeficiente r de Pearson = 0.48), confirman que el autocuidado incluye: la abundancia de alimentos vegetales; frutas, verduras, cereales, papas, legumbres, frutas secas, aceite de oliva, queso, yogurt, pescado y pollo; escasas carnes rojas y vino en cantidades pequeñas ;procurar pensar por sí mismas y tomar sus propias decisiones y fijar sus

propios objetivos acordes a las circunstancias personales; aumentar la actividad física porque, reduce los niveles de angiotensina II y renina después del esfuerzo que disminuye la presión arterial; si estas actividades son realizadas acertadamente, entonces se conservará la calidad de vida de modo que se interrumpirán los síntomas somáticos asociados como: mareos, taquicardia, disnea, fatiga y neuropatía, se reducirá: la ansiedad, la sensación de amenaza, el descontrol emocional y el estado de tensión (13).

También, Helou N, Talhouedec D, Shaha M, Zanchi A, evidencian una unión directamente proporcional entre el autocuidado en hipertensión y la calidad de vida relacionada a salud (Coeficiente r de Spearman = 0.29); se establece que el autocuidado comprende: evitar el tabaco porque provoca activación plaquetaria y aumenta la adhesión plaquetaria a la pared arterial, la nicotina y el monóxido de carbono dañan el endotelio vascular y favorecer la aterogénesis; mejorar la actividad física, porque el ejercicio continuo disminuye la actividad simpática moderando la vasoconstricción; evitar la adición de sal, eludir los alimentos con exceso de sal (elaborados); si estas medidas son efectuadas correctamente, entonces se protegerá la calidad de vida porque se contendrán la depresión y las alteraciones del sueño, se reducirá la fatiga y la intolerancia a la actividad (14).

Igualmente, Justo B, Quispe H, señalan una relación positiva significativa entre el autocuidado en hipertensión y la calidad de vida relacionada a salud (Coeficiente r de Pearson = 0.27), confirman que el autocuidado que comprende: reducir las grasas, carne roja, dulces y las bebidas azucaradas; aumentar la actividad física, reducir el estrés, mejorar las relaciones sociales y asumir un papel activo, voluntario y

colaborativo en los controles médicos conservan la calidad de vida dado que reducen: la ansiedad, la sensación de amenaza, el descontrol emocional y el estado de tensión, también motivan la interacción social, favorecen las actividades familiares y evita el sedentarismo (15).

De esta forma, Sukwatjane A comprueban, una dependencia reciproca positiva entre autocuidado en hipertensión y calidad de vida relacionada a salud (Coeficiente r de Pearson = 0.48) sostienen que el autocuidado que incluye: evitar la adición de sal, eludir los alimentos con exceso de sal (elaborados) y aumentar la actividad física porque reduce la norepinefrina que a su vez disminuye las resistencias periféricas vasculares; si estas actividades son ejecutadas correctamente entonces se protegerá la calidad de vida porque se contendrán los sentimientos de tristeza, el miedo, la inseguridad y la frustración; también se aminora la depresión y las alteraciones del sueño (4).

De la misma manera Duong T, Ya S, inciden en que existe un nexo positivo entre los autocuidado en hipertensión y la calidad de vida relacionada a salud (Coeficiente r de Pearson = 0.48), corroboran que el autocuidado que implica: consumir granos integrales, carne de aves, productos lácteos bajos en grasas, pescado y frutos secos; evitar el tabaco que provoca activación plaquetaria y aumenta la adhesión; tener una actitud activa, voluntaria y colaborativa en los controles de salud; si estas acciones son realizadas idóneamente entonces se protegerá la calidad de vida porque al controlar la enfermedad se evitarán todas las dificultades físicas y el aislamiento social (5).

CONCLUSIONES

1. El autocuidado en pacientes con hipertensión; se caracteriza en general porque, el 39.2 % de pacientes hipertensos llevan un apropiado autocuidado; y de forma específica porque: el 44.4% de pacientes hipertensos llevan un adecuado autocuidado dietético, el 51.3% de pacientes hipertensos llevan un adecuado autocuidado en el consumo de sustancias nocivas, el 33.9% de pacientes hipertensos llevan un adecuado autocuidado en la actividad física, el 49.6% de pacientes hipertensos llevan un adecuado autocuidado en la tensión emocional y el 39.2% de pacientes hipertensos llevan un adecuado autocuidado en el control de la salud.
2. La calidad de vida relacionada a salud; se caracteriza en general porque, el 24.3 % de pacientes hipertensos tienen una adecuada calidad de vida relacionada a salud; y de forma específica porque: el 36.6% de pacientes hipertensos tienen una adecuada calidad de vida relacionada con la salud, en referencia a la función física y rol laboral; el 25.2% de pacientes hipertensos tienen una adecuada calidad de vida relacionada con la salud, en referencia a la sensación de bienestar; y el 45.3% de pacientes hipertensos tienen una adecuada calidad de vida relacionada con la salud, en referencia a la interacción social y bienestar psíquico.
3. Cuando se incrementan el autocuidado dietético, mejora la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial (coeficiente de correlación de Pearson moderada positiva; 0.512)
4. Cuando se incrementan el autocuidado en el consumo de sustancias nocivas, mejora la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial (coeficiente de correlación de Pearson moderada positiva; 0.527)
5. Cuando se incrementan el autocuidado en la actividad física, mejora la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial (coeficiente de correlación de Pearson moderada positiva; 0.543)
6. Cuando se incrementan el autocuidado en la tensión emocional, mejora la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial (coeficiente de correlación de Pearson moderada positiva; 0.597)
7. Cuando se incrementan el autocuidado en el control de la salud, mejora la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial (coeficiente de correlación de Pearson moderada positiva; 0.568).
8. Cuando se incrementan el autocuidado en hipertensión arterial, mejora la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión arterial (coeficiente de correlación de Pearson moderada positiva; 0.549).

RECOMENDACIONES

1. Es indispensable desarrollar programas de intervención que mejoren la capacidad de autocuidado en los pacientes con hipertensión, se debe de entrenar a los pacientes para que de forma autónoma puedan cuidar de sí mismos y así alcance controlar su enfermedad.
2. Es esencial implementar programas de intervención que prevengan el deterioro de la calidad de vida relacionada a salud en los pacientes con hipertensión arterial, asimismo de debe de realizar acciones de restauración de la calidad de vida; los grupos de apoyo formados por los mismos pacientes podrían responder a estos propósitos.
3. Es favorable desarrollar programas de intervención educativa, que entrenen en la forma de selección y preparación de los alimentos a los pacientes con hipertensión arterial.
4. Es conveniente desarrollar programas de intervención educativa, que entrenen en la forma de controlar y evitar el consumo sustancias nocivas en los pacientes con hipertensión arterial.
5. Es pertinente desarrollar programas de intervención educativa, que generen aptitudes para la actividad física y habitúen a alguna forma de ejercicio a los pacientes con hipertensión arterial.
6. Es favorable desarrollar programas de intervención educativa, que entrenen en el uso de estrategias para el control de la tensión emocional en los pacientes con hipertensión arterial.
7. Es conveniente desarrollar programas de intervención educativa, que sensibilicen y fomenten el hábito de acudir a los controles de salud a los pacientes con hipertensión arterial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diemer F, Baldew S, Haan Y. Hipertensión y perfil de riesgo cardiovascular en un entorno de ingresos medios: estudio HELISUR. *American Journal of Hypertension*. 2017; 30(11): p. 1133 - 1140.
2. INEI. Enfermedades no transmisibles y transmisibles, 2017. [Informe técnico]. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2018.
3. Ferguson T, Younger N, Tulloch M. Factors associated with elevated blood pressure or hypertension in Afro-Caribbean youth: a cross-sectional study. *PeerJ*. 2018; 4(3): p. 2 - 26.
4. Sukwatjane A. Self-Care Program for Thais with Uncontrolled Hypertension Leading to Pre-Stroke. *International Journal of Scientific and Research Publications*. 2013; 3(7): p. 1 - 4.
5. Duong T, Ya S. Differences of Self-Management in Controlling Blood Pressure between Patients with Hypertension and Healthy People in Vietnam. *POJ Nurs Prac Res*. 2017; 1(1): p. 1 - 8.
6. Silva C DM. Práctica de autocuidado de pacientes con hipertensión arterial en atención primaria de salud. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. 2016; 17(1): p. 52 - 59.
7. Mejía R PN. Autocuidado en los usuarios con diagnóstico de hipertensión arterial atendidos en el club de hipertensos del sub centro de salud n°2 de la parroquia sinincay. [Tesis]. Universidad de Cuenca, Facultad de Ciencias Médicas; 2014.
8. Preciado B, Orrego K. Calidad de Vida e Hipertensión Arterial sistólica y diastólica en adultos mayores del Centro poblado “Virgen del Carmen La –Era”, Luriganchos Chosica. *Rev. Ciencias de la Salud - Universidad Peruana Union*. 2016; 5(1): p. 12 - 20.
9. Javier I, Santos M. Efectividad del programa “cuida tu corazón” en el conocimiento y autocuidado del paciente hipertenso del hospital Felix Mayorca Soto – Tarma. [Tesis]. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Enfermería ; 2017.
10. Kazemi M, Asghari M, Aminisani N, Shahbazi M, Alizadeh M. The association between self-care and quality of life in hypertensive patients: findings from the Azar cohort study in the North West of Iran. *Health Promot Perspect*. 2018; 8(2): p. 139 - 146.
11. Aghajani M, Mirbagher N. Effect of Self - Care Education on Quality of Life in Patients With Primary Hypertension: Comparing Lecture and Educational Package. *Nurs Midwifery Stud*. 2013; 2(4): p. 71 - 76.
12. Silveira J, Waleska P. Association between quality of life and medication adherence in hypertensive individuals. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(4): p. 381 - 387.

13. Sun E, Insook L. The Effect of Health Coaching Programs on Self-Efficacy, Health Behaviors, and Quality of Life in Hypertensive People Living in Poverty. *J Korean Acad Nurs.* ; 47(3): p. 380 - 391.
14. Helou N, Talhouedec D, Shaha M, Zanchi A. The impact of a multidisciplinary self-care management program on quality of life, self-care, adherence to anti-hypertensive therapy, glycemic control, and renal function in diabetic kidney disease: A Cross-over Study Protocol. *BMC Nephrology.* 2016; 17(2): p. 1 - 10.
15. Justo B, Quispe H. Autocuidado y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial. Microred edificadores Misti Arequipa. [Tesis]. Universidad Nacional De San Agustín De Arequipa, Facultad De Enfermería ; 2016.
16. Tafur C, Vásquez L, Nonaka M,. Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado del adulto mayor hipertenso, del centro de atención del adulto mayor del hospital regional de Loreto, Iquitos-2017. [Tesis]. Universidad Nacional De La Amazonía Peruana, Facultad de enfermería; 2017.
17. Moscoso M. Nivel de autocuidado y su relación con las complicaciones cardiovasculares del adulto hipertenso que asiste al consultorio de cardiología del Policlínico Municipal de Jesús María UBAP ES SALUD enero 2017. Universidad Nacional Mayor De San Marcos , Programa de especialización en Enfermería ; 2017.
18. Javier I, Santos M. Efectividad del programa “cuida tu corazón” en el conocimiento y autocuidado del paciente hipertenso del hospital Felix Mayorca Soto – Tarma”. [Tesis]. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Enfermería; 2017.
19. Esteban A. Manejo de la hipertensión arterial. *MedPub Journals.* 2013; 9(2): p. 1 - 11.
20. Cantera L, Cantera F. El auto-cuidado activo y su importancia para la Psicología Comunitaria. *Psicoperspectivas.* 2014; 13(2): p. 88 - 97.
21. Navarro Y, Castro M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermeria Global.* 2010; 19(1): p. 1 - 14.
22. Pereda M. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. *Enf Neurol (Mex).* 2011; 10(3): p. 163 - 167.
23. Landiuo J, Méndez J. Cuidado de enfermería y teoría de Dorothea Orem. In *Crescendo Ciencias de la Salud.* 2015; 2(2): p. 510 - 514.
24. Espitia L. Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten a consulta externa del hospital universitario La Samaritana. [Tesis]. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2018.
25. Sapag J, Lange I, Campos S, Piette J. Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. *Rev Panam Salud Publica.* 2010; 27(1): p. 1 - 9.

26. Peñarrieta M, Vergel S. El automanejo de enfermedades crónicas: población de una jurisdicción de centros de salud. *Rev enferm Herediana*. 2013; 6(1): p. 42 - 49.
27. Theodorou M KDGP MN. Quality of life measurement in patients with hypertension in Cyprus. *Hellenic J Cardiol.* ; 52(5): p. 407 - 15.
28. Bengtson A, Nyberg P. Assessment of hypertensive patients self-care agency after counseling training of nurses. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 2015; 27(11): p. 624 -630.
29. Xuejiao Z, Yuet F. Development and evaluation of a nurse-led hypertension management model: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*. 2018; 77(1): p. 171 - 178.
30. Emerson E, Colbert A. Self-care among Filipinos in the United States who have hypertension. *Applied Nursing Research*. 2018; 39(1): p. 71 - 76.
31. Chunhua M. An investigation of factors influencing self-care behaviors in young and middle-aged adults with hypertension based on a health belief model. *Heart & Lung*. 2018; 47(2): p. 136 - 141.
32. Cohen J LM. Dietary Approaches to Stop Hypertension Diet, Weight Status, and Blood Pressure among. *Journal Academy of Nutrition and Dietetics*. 2017; 117(1): p. 1437 – 1444.
33. Garcia s LL. Nivel de conocimientos y las prácticas de autocuidado en personas con hipertensión arterial cap 11 - chupaca - ESSALUD. [Tesis]. Universidad Nacional del Centro del Peru , Facultad de enfermería ; 2015.
34. Ofman S, Pereyra C, Stefani D. Autocuidado en pacien-tes hipertensos esenciales en tratamiento, diferencias según género. *Boletín de Psicología*. 2013; 108(1): p. 91 - 106.
35. Ccoicca F. Medidas de autocuidado que tienen los pacientes que asisten a la Esn –Pct del centro de salud Conde De La Vega Baja. [Tesis]. Universidad Nacional Mayor De San Marcos , Facultad De Medicina Humana ; 2013.
36. Djousséa L, Mukamalb K. Consumo de alcohol y riesgo de hipertensión: ¿tiene importancia el tipo de bebida o el patrón de consumo? *Rev Esp Cardiol*. 2009; 62(2): p. 603 - 605.
37. Silva C, Ciero M. Self-care practice of patients with arterial hypertension in primary health care. *Rev Rene*. 2016; 17(1): p. 52 - 59.
38. Collart F, Timary P. Alcohol-induced hypertension: an important healthcare target in Belgium. *Acta Clinica Belgica*. 2015; 10(1): p. 1 - 7.
39. Ferreira A, Souza-Filho Z, Gonç,alves M, Santos J, Pierin A. Relationship between alcohol drinking and arterial hypertension in indigenous people of the Mura ethnics. *PLoS ONE.* ; 12(8): p. 1 - 17.

40. Santana N, Mill J, Velasquez G, Moreira A, Barreto S, Viana M. Consumption of alcohol and blood pressure: Results of the ELSA-Brasil study. *PLoS ONE*. 2018; 13(1): p. 113 - 127.
41. Gómez M, García C. Calidad de vida en pacientes que viven con hipertensión arterial sistémica. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2011; 19(1): p. 7 - 12.
42. Ramones I. Calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Latinoamericana de Hipertensión*. 2007; 2(5): p. 112 - 121.
43. Fiuza M, Jarillo M, Rodríguez J. Calidad de vida e hipertensión arterial. *Revista Clínica Española*. 2002; 2002(1): p. 596 - 598.
44. Ortunio M. Calidad de Vida en Pacientes con Hipertensión Arterial. *Informe Medico*. 2013; 15(2): p. 45 - 50.
45. Ruiz A ML. *Epidemiología Clínica: Investigación clínica aplicada*. 1st ed. Bogota: Ed. Médica Panamericana; 2004.
46. Martínez M, Briones R, Cortés J. *Metodología de la investigación para el área de la salud*. 2nd ed. Madrid: McGRAW-HILL INTERAMERICANA ; 2013.
47. Argimon J, Jiménez J. *Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica*. 3rd ed. Madrid - España: Elsevier; 2004.
48. Carrasco S. *Metodología de la Investigación Científica*. 1st ed. Lima: San Marcos; 2006.
49. Alonso J, Prieto L, Anto J. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*. 1995; 104(1): p. 771 - 776.
50. Ruiz de Velasco I, Quintana J, Padierna J, Aróstegui I, Bernal A. Validez del cuestionario de calidad de vida SF-36 como indicador de resultados de procedimientos médicos y quirúrgicos. *Rev Calidad Asistencial*. 2002; 17(1): p. 206 - 212.
51. Silva C, Vieira T. Self-care comparison of hypertensive patients in primary and secondary health care services. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(6): p. 580 - 586.
52. Yildiz E, Erci B. Effects of Self-Care Model on Blood Pressure Levels and Self-care agency in Patients with Hypertension. *International Journal of Health Sciences*. 2016; 4(1): p. 69 - 75.
53. Khresheh R, Mohammed N. Self-Care Behaviors among women with Hypertension in Saudi Arabia. *Journal of Nursing and Health Science*. 2016; 5(3): p. 52 - 56.
54. Neminqani D, El-Shereef E, Thubiany M. Hypertensive Patients: Self-Care Management Practices in Al-Taif, KSA. *International Journal of Science and Research*. 2013; 4(12): p. 1705 - 1714.

55. Drevenhorn E, Bengtson A, Nyberg P, Kjellgren K. Assessment of hypertensive patients self-care agency after counseling training of nurses. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 2015; 27(11): p. 624 - 630.
56. Karim A y Marzook A. (2018) The Effect of Hypertension and Control of Hypertension on Health Related Quality of Life in Hypertensive Patients Attending Consultation Clinic for Internist Diseases at Al-Kindy Teaching Hospital. *J Hypertens (Los Angel)*. 2018; 7(2): p. 1 - 8.
57. Abdulwahed A, Yimam I. Health Related Quality of Life and Associated Factors among Adult Hypertensive Patients on Jimma University Specialized Hospital, South West Ethiopia. *J Hypertens (Los Angel)*. 2014; 7(2): p. 1 - 6.
58. Kaliyaperumal S, Binitha S. Assessment of Quality of Life in Hypertensive Patients. *Journal of Applied Pharmaceutical Science*. 2016; 6(5): p. 143 - 147.
59. Oza B BP. Health Related Quality of Life in Hypertensive Patients in a Tertiary Care Teaching Hospital. *Journal of the association of physicians of india*. 2014; 62(1): p. 22 - 29.
60. Pereira J, Magalhães T. Measuring the quality of life in hypertension according to Item Response Theory. *Rev Saúde Pública*. 2017; 51(2): p. 1 - 11.

ANEXOS

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA
2. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES
3. MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE INSTRUMENTO
4. INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN
5. CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DEL INSTRUMENTO
6. FOTOS DE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

ANEXO 01: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: “CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN Y DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS USUARIOS DEL CENTRO DE SALUD DE CHILCA, 2018”

**AUTORAS: Ochoa Mallma, Meibi
Ponce Macassi Jackelyne Frieda**

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	TIPO, NIVEL Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	VARIABLE(S) DE INVESTIGACIÓN	MÉTODO
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es la relación entre el autocuidado y la calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018?</p> <p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>1. ¿Cuál es la relación entre el autocuidado dietético y la calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018?</p> <p>2. ¿Cuál es la relación entre el autocuidado en el consumo de sustancias nocivas y la calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018?</p> <p>3. ¿Cuál es la relación entre el autocuidado en la actividad física y la calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018?</p> <p>4. ¿Cuál es la relación entre el autocuidado en la tensión emocional y la calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018?</p> <p>5. ¿Cuál es la relación entre el autocuidado en el control de la salud y la calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la relación entre el autocuidado y la calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>1. Establecer la relación entre el autocuidado dietético y la calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018</p> <p>2. Establecer la relación entre el autocuidado en el consumo de sustancias nocivas y la calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018</p> <p>3. Establecer la relación entre el autocuidado en la actividad física y la calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018</p> <p>4. Establecer la relación entre el autocuidado en la tensión emocional y la calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018</p> <p>5. Establecer la relación entre el autocuidado en el control de la salud y la calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>La relación entre el autocuidado y la calidad de vida relacionada a salud es que: a mejor autocuidado; mayor calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>1. La relación entre el autocuidado dietético y la calidad de vida relacionada a salud es que: a mejor autocuidado dietético; mayor calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018</p> <p>2. La relación entre el autocuidado en el consumo de sustancias nocivas y la calidad de vida relacionada a salud es que: a mejor autocuidado en el consumo de sustancias nocivas; mayor calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018</p> <p>3. La relación entre el autocuidado en la actividad física y la calidad de vida relacionada a salud es que: a mejor autocuidado en la actividad física; mayor calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018</p> <p>4. La relación entre el autocuidado en la tensión emocional y la calidad de vida relacionada a salud es que: a mejor autocuidado en la tensión emocional; mayor calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018</p> <p>5. La relación entre el autocuidado en el control de la salud y la calidad de vida relacionada a salud es que: a mejor autocuidado en el control de la salud; mayor calidad de vida relacionada a salud en pacientes con hipertensión arterial del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018</p>	<p>TIPO DE INVESTIGACIÓN</p> <p>La investigación realizada fue: aplicada, cuantitativa, transversal y observacional.</p> <p>Aplicada, porque los conocimientos que se generaron tienen propósito y valor práctico; se comprobó que determinados autocuidados están más asociados a la conservación de la calidad de vida y realizarlos es favorable a la salud del paciente con hipertensión.</p> <p>Cuantitativa, porque las estimaciones de las variables que por su naturaleza son ordinal, fueron transformadas a una escala de razón y proporción; dicho de otra manera, se hizo una asignación de magnitudes numéricas a hechos cualitativos y fueron procesados con mayor objetividad y rigurosidad metodológica.</p> <p>Transversal, los datos fueron recolectados en un solo momento y en una única vez.</p> <p>Observacional, las investigadoras se restringieron a examinar los datos tal como aparecían en la realidad.</p> <p>NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN</p> <p>El estudio realizado fue de nivel correlacional, porque se evaluaron dos variables y se determinó si existe relación estadística entre ambas (correlación); también se presume que la correspondencia entre estas variables no es casual, además no hizo ninguna manipulación de las variables.</p> <p>DISEÑO</p> <p>El estudio responde al siguiente esquema:</p> <p>Donde: O_1 = Conjunto de datos en referencia al autocuidado en hipertensión arterial O_2 = Conjunto de datos en referencia a la calidad de vida en salud R = Relación existente entre ambas variables.</p>	<p>VARIABLE INDEPENDIENTE: Autocuidado en pacientes con hipertensión arterial</p> <p>VARIABLE DEPENDIENTE: Calidad de vida en salud</p> <p>VARIABLES DE INTERVINIENTES: Edad del paciente Peso/Talla Ocupación Tiempo de enfermedad Nivel educativo</p>	<p>POBLACIÓN</p> <p>La población de referencia fueron 170 pacientes ambulatorios con hipertensión arterial adscritos al programa de enfermedades no transmisibles del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018, que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión y exclusión.</p> <p>MUESTRA</p> <p>Para prevenir posibles pérdidas de elementos de la muestra por diversos motivos, se consideró a 115 pacientes con hipertensión del Policlínico Metropolitano de Huancayo ESSALUD en el 2018.</p> <p>TÉCNICAS E INSTRUMENTOS</p> <p>Para valorar el autocuidado en personas con hipertensión arterial. Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario denominado “Cuestionario de autocuidado en personas con hipertensión arterial” elaborado para la realización de este estudio y validado por juicio de expertos.</p> <p>Para valorar la calidad de vida en salud. Se utilizó como técnica la encuesta y como instrumento un cuestionario estructurado denominado “Cuestionario De Salud SF-36</p>

ANEXO 02: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL NIÑO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Autocuidado en pacientes con hipertensión arterial	Son todas las actividades que realiza la persona en beneficio de su salud y su bienestar, son aprendidas y modifican aspectos y factores del medio que afectan de forma directa a su salud, involucra modificación de hábitos y requiere la convicción de poseer la capacidad de modular su propia salud.	Son los datos obtenidos tras la aplicación del "CUESTIONARIO DE AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL" a las personas adultas con diagnóstico de hipertensión arterial.	Autocuidado dietético	Control del consumo de carbohidratos	Cualitativo ordinal	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Reducción del consumo de sal		
				Control del consumo de grasa		
				Consumo de frutas		
				Consumo de verduras		
				Conservar adecuado peso corporal		
			Autocuidado en el consumo de sustancias nocivas	Reducción del consumo de café		
				Reducción del consumo de bebidas energizantes		
				Reducción del consumo de alcohol		
				Reducción del consumo de tabaco		
			Autocuidado en la actividad física	Camina más al ir de un lugar a otro		
				Camina más actividad física en sus momentos de ocio		
				Duerme 8 horas completas todos los días		

			Autocuidado en la tensión emocional	Evita las situaciones de estrés en el trabajo		
				Se aleja de los conflictos en el trabajo		
				Evita los conflictos en el hogar		
				Evita los conflictos en el barrio o la comunidad		
			Autocuidado en el control de la salud	Cabal con sus controles médicos		
				Estricto con sus medicamentos		
				Control de presión arterial ante el dolor de cabeza		
				Control diario de la presión arterial		

VARIABLE DEPENDIENTE: CALIDAD DE VIDA RELACIONADO CON LA SALUD

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA
Calidad de vida relacionada con la salud	Es el grado subjetivo de bienestar atribuible o asociado a la carencia de síntomas, el estado psicológico y las actividades que se desea realizar.	Son los datos obtenidos tras la aplicación del “CUESTIONARIO DE SALUD SF-36” a las personas adultas con diagnóstico de hipertensión arterial.	Función física y rol laboral	Posibilidad para la realización de actividades cotidianas	Cualitativo ordinal	Ordinal convertido a escala de razón/proporción por la asignación de valores numéricos a las opciones de respuesta de la escala y por los baremos
				Posibilidad para desplazarse dentro y fuera del hogar		
				Posibilidad para el autocuidado		
				Deterioro de la capacidad productiva		
			Sensación de bienestar	Auto percepción de la salud actual		
				Percepción de dolor		
				Percepción de fragilidad y vulnerabilidad		
				Percepción de vitalidad y energía		
				Percepción de agotamiento y cansancio		
			Interacción social y bienestar psíquico	Participación en actividades sociales		
				Estado anímico predominante		
				Deterioro de las relaciones interpersonales		

ANEXO 03: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE INSTRUMENTOS

CUESTIONARIO DE AUTOUIDADO EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	POSIBLES VALORES
Autocuidado en pacientes con hipertensión arterial	Autocuidado dietético	Control del consumo de carbohidratos	1. Controla su consumo de carbohidratos	Siempre (4) Casi siempre (3) De forma regular (2) A veces (1) Nunca (0)
		Reducción del consumo de sal	2. Se esfuerza por reducir su consumo de sal	
		Control del consumo de grasa	3. Controla su consumo de grasa	
		Consumo de frutas	4. Trata de consumir grandes porciones de frutas	
		Consumo de verduras	5. Trata de consumir grandes porciones de verduras	
		Conservar adecuado peso corporal	6. Se esfuerza por mantener un peso corporal adecuado para su talla	
	Autocuidado en el consumo de sustancias nocivas	Reducción del consumo de café	7. Evita el consumo de café	
		Reducción del consumo de bebidas energizantes	8. Evita el consumo de bebidas energizantes	
		Reducción del consumo de alcohol	9. Evita el consumo de alcohol	
		Reducción del consumo de tabaco	10. Evita el consumo de tabaco	
	Autocuidado en la actividad física	Camina más al ir de un lugar a otro	11. Procura caminar más al ir de un lugar a otro	
		Camina más actividad física en sus momentos de ocio	12. Procura realizar más actividad física en sus momentos de ocio	
		Duerme 8 horas completas todos los días	13. Trata de dormir 8 horas completas todos los días	
	Autocuidado en la tensión emocional	Evita las situaciones de estrés en el trabajo	14. Trata de evitar las situaciones de estrés en el trabajo	
		Se aleja de los conflictos en el trabajo	15. Trata de evitar o se aleja de los conflictos en el trabajo	
		Evita los conflictos en el hogar	16. Trata de evitar los conflictos en el hogar	
		Evita los conflictos en el barrio o la comunidad	17. Trata de evitar los conflictos en el barrio o la comunidad	
	Autocuidado en el control de la salud	Cabal con sus controles médicos	18. Asiste a sus controles médicos de forma puntual	
		Estricto con sus medicamentos	19. Consume los medicamentos a la hora indicada	
		Control de presión arterial ante el dolor de cabeza	20. Controla su presión arterial cuando tiene dolor de cabeza	
		Control diario de la presión arterial	21. Controla su presión arterial todos los días	

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	POSIBLES VALORES
Calidad de vida relacionada con la salud	Función física y rol laboral	Posibilidad para la realización de actividades cotidianas	Su salud actual ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?	Muy mala (0) Mala (1) Regular (2) Buena (3) Muy buena (4)
		Posibilidad para desplazarse dentro y fuera del hogar	Me limita: Caminar un kilómetro o más	
		Posibilidad para el autocuidado	Me limita: Bañarse o vestirse por sí mismo.	
		Deterioro de la capacidad productiva	¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo?	
	Sensación de bienestar	Auto percepción de la salud actual	En general, usted diría que su salud es: ¿Cómo diría que es su salud actual comparada con la de hace un año?	
		Percepción de dolor	¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	
		Percepción de fragilidad y vulnerabilidad	¿Se sintió vulnerable?	
		Percepción de vitalidad y energía	¿Se sintió lleno de vitalidad?	
	Interacción social y bienestar psíquico	Percepción de agotamiento y cansancio	¿Se sintió agotado y cansado?	
		Participación en actividades sociales	¿Hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	
		Estado anímico predominante	¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	
		Deterioro de las relaciones interpersonales	¿Han tenido dificultado con las relaciones interpersonales?	

ANEXO 04: INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

INFORMACIÓN GENERAL

1. EDAD (años): 2. SEXO: (0) FEMENINO (1) MASCULINO

3.
DIAGNÓSTICO:.....
....

4. AÑOS DE ESTUDIO TERMINADOS:

5. ESTADO CIVIL

(0) CASADO(A)

(1) SOLTERO (A)

(2) VIUDO(A)

(3) DIVORCIADO (A)

(4) CONVIVIENTE

6. PESO:..... TALLA:.....

7. OCUPACIÓN:

8. TIEMPO DE ENFERMEDAD:

CUESTIONARIO DE AUTOCAUIDADO EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

PRESENTACIÓN:

- Con el propósito de conocer el grado en que desarrolla actividades de autocuidado, le solicitamos que responda con veracidad a las preguntas planteadas a continuación.
- La encuesta es anónima. No existen respuestas buenas ni malas.

INSTRUCCIONES

- Marque con una X, la alternativa que más se aproxima a su realidad, considerando la escala que se presenta a continuación.

0	Nunca	2	De forma regular	4	Siempre
1	A veces	3	Casi siempre		

AUTOCAUIDADO DIETÉTICO					
1. Controla su consumo de carbohidratos	0	1	2	3	4
2. Se esfuerza por reducir su consumo de sal	0	1	2	3	4
3. Controla su consumo de grasa	0	1	2	3	4
4. Trata de consumir grandes porciones de frutas	0	1	2	3	4
5. Trata de consumir grandes porciones de verduras	0	1	2	3	4
6. Se esfuerza por mantener un peso corporal adecuado para su talla	0	1	2	3	4

...AUTOCAUIDADO EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS NOCIVAS					
7. Evita el consumo de café	0	1	2	3	4
8. Evita el consumo de bebidas energizantes	0	1	2	3	4
9. Evita el consumo de alcohol	0	1	2	3	4
10. Evita el consumo de tabaco	0	1	2	3	4

AUTOCUIDADO EN LA ACTIVIDAD FÍSICA					
11. Procura caminar más al ir de un lugar a otro	0	1	2	3	4
12. Procura realizar más actividad física en sus momentos de ocio	0	1	2	3	4
13. Trata de dormir 8 horas completas todos los días					

AUTOCUIDADO EN LA TENSIÓN EMOCIONAL					
14. Trata de evitar las situaciones de estrés en el trabajo	0	1	2	3	4
15. Trata de evitar o se aleja de los conflictos en el trabajo	0	1	2	3	4
16. Trata de evitar los conflictos en el hogar	0	1	2	3	4
17. Trata de evitar los conflictos en el barrio o la comunidad	0	1	2	3	4

AUTOCUIDADO EN EL CONTROL DE LA SALUD					
18. Asiste a sus controles médicos de forma puntual	0	1	2	3	4
19. Consume los medicamentos a la hora indicada	0	1	2	3	4
20. Controla su presión arterial cuando tiene dolor de cabeza	0	1	2	3	4
21. Controla su presión arterial todos los días	0	1	2	3	4

.....Gracias

Baremos

CALIFICATIVO DEL AUTOCUIDADO	VALORES
Muy malo	0 - 16
Malo	17 - 32
Regular	33 - 48
Bueno	49 - 64
Muy bueno	65 - 84

CUESTIONARIO DE SALUD SF-36

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su Salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1	En general, usted diría que su salud es:	0	1	2	3	4
		Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
2	¿Cómo diría que es su salud actual comparada con la de hace un año?	0	1	2	3	4
		Mucho peor ahora que hace un año	Algo peor ahora que hace un año	Más o menos igual que hace un año	Algo mejor ahora que hace un año	Mucho mejor ahora que hace un año
3	Las siguientes preguntas se refieren a sus actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?					
	ACTIVIDADES		Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada	
	a. Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores.		0	1	2	
	b. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, barrer, jugar con una pelota o caminar más de una hora.		0	1	2	
	c. Coger o llevar la bolsa de la compra.		0	1	2	
	d. Subir varios pisos por la escalera.		0	1	2	
	e. Subir un solo piso por la escalera.		0	1	2	
	f. Agacharse o arrodillarse		0	1	2	
	g. Caminar un kilómetro o más		0	1	2	
	h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros).		0	1	2	
	i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros).		0	1	2	
	j. Bañarse o vestirse por sí mismo.		0	1	2	
4.	Durante las cuatro últimas semanas ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física?					
				Sí	No	
	a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?			0	1	
	b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?			0	1	
	c. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?			0	1	
	d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas o le costó más de lo normal?			0	1	
5.	Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?					
				Sí	No	
	a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?			0	1	
	b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?			0	1	

	c. ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	0			1		
6.	Durante las 4 últimas semanas, ¿Hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	0	1	2	3	4	
		Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho	
7.	¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	0	1	2	3	4	5
		Si, muchísimo	Sí, mucho	Si, moderado	Si, un poco	Si, muy poco	No, ninguno
8.	Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	0	1	2	3	4	
		Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho	
9.	Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.						
	Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo...						
		Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna	Nunca
	a. ¿Se sintió lleno de vitalidad?	5	4	3	2	1	0
	b. ¿Estuvo muy nervioso?	0	1	2	3	4	5
	c. ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	0	1	2	3	4	5
	d. ¿Se sintió calmado y tranquilo?	5	4	3	2	1	0
	e. ¿Tuvo mucha energía?	5	4	3	2	1	0
	f. ¿Se sintió desanimado y triste?	0	1	2	3	4	5
	g. ¿Se sintió agotado?	0	1	2	3	4	5
	h. ¿Se sintió feliz?	5	4	3	2	1	0
	i. ¿Se sintió cansado?	0	1	2	3	4	5
10	Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	0	1	2	3	4	
		Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca	
11	Por favor, diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:						
		Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo se	Bastante falsa	Totalmente falsa	
	a. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	0	1	2	3	4	
	b. Estoy tan sano como cualquiera	4	3	2	1	0	
	c. Creo que mi salud va a empeorar	0	1	2	3	4	
	d. Mi salud es excelente	4	3	2	1	0	

.....Gracias

Baremos

Calificativo a la calidad de vida relacionada a salud	Valores
Muy mala	0 - 23
Mala	24 - 46
Regular	47 - 69
Buena	70 - 92
Muy buena	93 - 116

ANEXO 05: PRUEBAS DE CONFIABILIDAD Y VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS

VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL “CUESTIONARIO DE AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL”

Prueba de KMO y Bartlett

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo.867	
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado 7451.014
gl	29
Sig.	.000

Matriz de componente rotado	Componente				
	1	2	3	4	5
1. Controla su consumo de carbohidratos	.521				
2. Se esfuerza por reducir su consumo de sal	.451				
3. Controla su consumo de grasa	.581				
4. Trata de consumir grandes porciones de frutas	.523				
5. Trata de consumir grandes porciones de verduras	.403		.		
6. Se esfuerza por mantener un peso corporal adecuado para su talla	.468		.		
7. Evita el consumo de café		.511			
8. Evita el consumo de bebidas energizantes		.686			
9. Evita el consumo de alcohol		.612			
10. Evita el consumo de tabaco		.702			
11. Procura caminar más al ir de un lugar a otro			.488		
12. Procura realizar más actividad física en sus momentos de ocio			.477		
13. Trata de dormir 8 horas completas todos los días			.606		
14. Trata de evitar las situaciones de estrés en el trabajo				.491	
15. Trata de evitar o se aleja de los conflictos en el trabajo				.678	
16. Trata de evitar los conflictos en el hogar				.403	
17. Trata de evitar los conflictos en el barrio o la comunidad				.468	
18. Asiste a sus controles médicos de forma puntual					.511
19. Consume los medicamentos a la hora indicada					.686
20. Controla su presión arterial cuando tiene dolor de cabeza					.403
21. Controla su presión arterial todos los días					.468
Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.					
a. La rotación ha convergido en 12 iteraciones.					

CONFIABILIDAD DEL “CUESTIONARIO DE AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL”

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
.812	21

Estadística de total de elemento

	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1. Controla su consumo de carbohidratos	0.811
2. Se esfuerza por reducir su consumo de sal	0.809
3. Controla su consumo de grasa	0.810
4. Trata de consumir grandes porciones de frutas	0.808
5. Trata de consumir grandes porciones de verduras	0.811
6. Se esfuerza por mantener un peso corporal adecuado para su talla	0.811
7. Evita el consumo de café	0.809
8. Evita el consumo de bebidas energizantes	0.810
9. Evita el consumo de alcohol	0.808
10. Evita el consumo de tabaco	0.811
11. Procura caminar más al ir de un lugar a otro	0.811
12. Procura realizar más actividad física en sus momentos de ocio	0.809
13. Trata de dormir 8 horas completas todos los días	0.810
14. Trata de evitar las situaciones de estrés en el trabajo	0.808
15. Trata de evitar o se aleja de los conflictos en el trabajo	0.811
16. Trata de evitar los conflictos en el hogar	0.811
17. Trata de evitar los conflictos en el barrio o la comunidad	0.809
18. Asiste a sus controles médicos de forma puntual	0.810
19. Consume los medicamentos a la hora indicada	0.808
20. Controla su presión arterial cuando tiene dolor de cabeza	0.811
21. Controla su presión arterial todos los días	0.811

ANEXO 06: REGISTRO FOTOGRÁFICO



FOTO: 01
INVESTIGADORAS EN LA
PUERTA DEL
POLICLÍNICO
METROPOLITANO
HUANUABATO
ESSALUD

FOTO: 02
INVESTIGADORAS
RECOLECTANDO
INFORMACIÓN EN EL
POLICLÍNICO
METROPOLITANO
HUANUABATO
ESSALUD

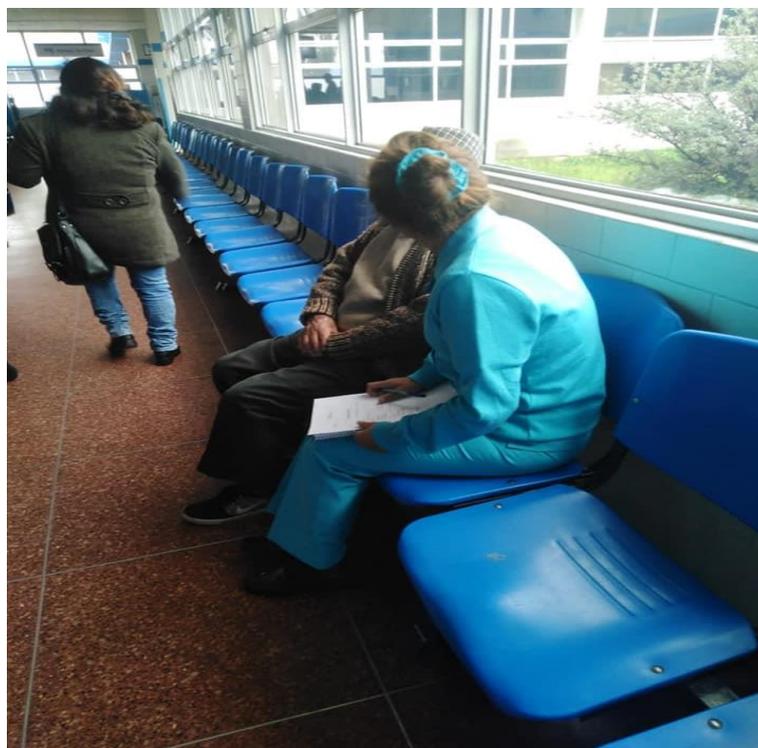




FOTO:03
INVESTIGADORAS
RECOLECTANDO
INFORMACION EN EL
POLICLINICO
METROPOLITANO
ESSALUD

FOTO: 04
INVESTIGADORAS
RECOLECTANDO
INFORMACIÓN EN EL
POLICLÍNICO
METROPOLITANO
ESSALUD





FOTO: 05
INVESTIGADORAS
RECOLECTANDO
INFORMACION EN
EL POLICLÍNICO
METROPOLITANO
ESSALUD

FOTO: 06
INVESTIGADORAS
RECOLECTANDO
INFORMACIÓN EN EL
POLICLÍNICO
METROPOLITANO
ESSALUD





FOTO: 07
INVESTIGADORAS
RECOLECTANDO
INFORMACION EN
EL POLICLÍNICO
METROPOLITANO
ESSALUD

FOTO: 08
INVESTIGADORAS
RECOLECTANDO
INFORMACIÓN EN EL
POLICLÍNICO
METROPOLITANO
ESSALUD

