

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



UPLA

TESIS

**AUTOCAUIDADO EN LA SALUD RELACIONADO A LA
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL HOSPITAL SISOL,
LIMA 2022**

Para optar : El Título Profesional de Licenciada en Enfermería

Autora : Bach. Peggy Maisy Barrientos Olivera

Asesora : Mg. Usuriaga Palacios Maribel

Línea de investigación : Salud y Gestión en Salud
institucional

Fecha de inicio y Fecha : 15 - 07 - 2022 al 15 - 07 - 2023
de culminación

Huancayo - Perú

2023

DEDICATORIA

Para mi madre por su apoyo con el cual he logrado metas en mi vida; por estar allí en los buenas y más aún en las malas.

Pegy Maisy

AGRADECIMIENTO

A Dios por ayudarme a cumplir mis objetivos.

A mi familia por todo el apoyo brindado, a la Universidad Peruana Los Andes mi alma mater, y a todos los que me acompañaron en esta etapa.

Autora

CONSTANCIA DE SIMILITUD

N° 0110-FCS -2023

La Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones, hace constar mediante la presente, que la **Tesis** Titulada:

AUTOCUIDADO EN LA SALUD RELACIONADO A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL HOSPITAL SISOL, LIMA 2022

Con la siguiente información:

Con autor(es) : **Bach. BARRIENTOS OLIVERA PEGY MAISY**

Facultad : **CIENCIAS DE LA SALUD**

Escuela profesional : **ENFERMERÍA**

Asesor(a) : **MG. USURIAGA PALACIOS MARIBEL**

Fue analizado con fecha **04/12/2023**; con **96 pág.**; en el Software de Prevención de Plagio (Turnitin); y con la siguiente configuración:

Excluye Bibliografía.

Excluye Citas.

Excluye Cadenas hasta 20 palabras.

Otro criterio (especificar)

<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

El documento presenta un porcentaje de similitud de **25** %.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el artículo N° 15 del Reglamento de Uso de Software de Prevención de Plagio Versión 2.0. Se declara, que el trabajo de investigación: **Si contiene un porcentaje aceptable de similitud.**

Observaciones:

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 04 de diciembre de 2023.



MTRA. LIZET DORIELA MANTARI MINCAMI
JEFA

Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones

PRESENTACIÓN

La hipertensión arterial y las enfermedades asociadas a esta condición, se han convertido según la Organización Mundial de la Salud en una de las principales causas de muerte a nivel mundial. (1) De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hipertensión arterial es una enfermedad con múltiples factores de origen. En América Latina, el índice de hipertensión arterial está vinculado a las condiciones socioeconómicas. (2), como también a la mala alimentación, el consumo excesivo de grasas y sal y a la poca actividad física que realizan las personas. (3)

A esto se suma que pocas personas se realizan chequeos médicos a fin de que puedan detectar si padecen de hipertensión arterial y las que ya han sido diagnosticadas suelen no cumplir con las disposiciones médicas sobre el manejo y tratamiento de su enfermedad.

Es por ello que en enfermería se habla sobre el autocuidado, que, según la teoría de Dorothea Orem, viene a ser un fenómeno activo el cual requiere de la capacidad de las personas en el uso de la razón, tanto para comprender cuál es el estado de su salud como para comprender las habilidades que tienen y tomar decisiones en base a ellas y elegir un curso óptimo. (4) Sin embargo no solo es necesario un buen nivel de autocuidado para poder manejar la hipertensión, la percepción que tenga el paciente sobre su estado físico y emocional influirá en el manejo de la enfermedad.

Es por ello, que la presente investigación tuvo como finalidad poder determinar cuál es la asociación entre el autocuidado y la calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con Hipertensión Arterial en el Hospital Sisol, Lima 2022.

La metodología de la investigación que se empleó en el desarrollo del estudio fue de tipo descriptiva correlacional no experimental de corte transversal, así mismo la población que participó de la investigación fueron los pacientes que se atienden en el área de cardiología del Hospital Sisol, a quienes se les evaluó con dos cuestionarios.

El estudio se organizó en cinco capítulos. El primero, abordó la descripción de la problemática, se establecieron las limitaciones y se expusieron los problemas y objetivos, junto con la justificación de la investigación. El segundo capítulo incluyó antecedentes tanto nacionales como internacionales, el marco teórico y conceptual. En el tercero, se formularon las hipótesis y se definieron conceptual y operacionalmente las variables. El cuarto capítulo detalló el diseño de la investigación, la población y muestra, los instrumentos de recolección de datos, las técnicas de análisis, y se describieron los lineamientos éticos. Finalmente, el quinto capítulo presentó los resultados a nivel descriptivo e inferencial, seguido de la discusión, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CONTENIDO

Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Presentación	iv
Contenido	vi
Contenido de tablas	viii
Contenido de figuras	x
Resumen	xii
Abstract	xiii
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1 Descripción de la realidad problemática	14
1.2 Delimitación del problema	18
1.3 Formulación del problema	19
1.3.1 Problema general	19
1.3.2 Problemas específicos	19
1.4 Justificación	19
1.4.1 Justificación social	19
1.4.2 Justificación teórica	20
1.4.3 Justificación metodológica	21
1.5 Objetivos	21
1.5.1 Objetivo General	21
1.5.2 Objetivos Específicos	21
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO	22
2.1 Antecedentes	22
2.1.1 Antecedentes nacionales	22
2.1.2 Antecedentes internacionales	25
2.2 Bases teóricas o científicas	27
2.3 Marco conceptual	48
CAPÍTULO III. HIPÓTESIS	49
3.1 Hipótesis general	49
3.2 Hipótesis específicas	49
3.3 Variables	50
CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA	53

4.1 Método de investigación	53
4.2 Tipo de investigación	54
4.3 Nivel de investigación	54
4.4 Diseño de la investigación	54
4.5 Población y muestra	55
4.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	57
4.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos	60
4.8 Aspectos éticos de la Investigación	61
CAPÍTULO V. RESULTADOS	63
5.1.- Descripción de resultados	63
5.2.- Contratación de hipótesis	76
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	84
CONCLUSIONES	88
RECOMENDACIONES	89
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
ANEXOS	94
Anexo N°1: Matriz de consistencia.	95
Anexo N°2: Matriz de operacionalización de las variables	96
Anexo N°3: Matriz de operacionalización del instrumento	98
Anexo N°4: Instrumento de recolección de datos	101
Anexo N°5: Validez del instrumento	103
Anexo N°6: Análisis de confiabilidad del instrumento	106
Anexo N°7: Carta de aceptación para la realización de la investigación	109
Anexo N°8: Consentimiento informado	111
Anexo N°9: Declaración de confidencialidad	113
Anexo N° 10: Compromiso de autoría	114
Anexo N°11: Base de Datos	115
Anexo N°12: Galería de Fotos	121

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1 <i>Baremos de la capacidad de autocuidado en la salud</i>	47
Tabla 2 <i>Prueba de la normalidad de Kolmogorov-Smirnov</i>	50
Tabla 3 <i>Prueba de hipótesis general</i>	51
Tabla 4 <i>Prueba de hipótesis específica 1</i>	52
Tabla 5 <i>Prueba de hipótesis específica 2</i>	53
Tabla 6 <i>Prueba de hipótesis específica 3</i>	54

CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1 <i>Diagnóstico de hipertensión arterial</i>	25
Figura 2 <i>Clasificación de la presión arterial según cifras</i>	25
Figura 3 <i>Modificación en los estilos de vida para el manejo de la HTA</i>	28
Figura 4 <i>Distribución de la muestra por género</i>	44
Figura 5 <i>Distribución de la muestra por grupo étnico</i>	44
Figura 6 <i>Distribución de la muestra por grado de instrucción</i>	45
Figura 7 <i>Distribución de la muestra por estado civil</i>	45
Figura 8 <i>Distribución de la muestra por condición de ocupación</i>	46
Figura 9 <i>Distribución de la muestra por cuidador</i>	46
Figura 10 <i>Capacidad de autocuidado en la salud</i>	47
Figura 11 <i>Capacidades fundamentales y Disposición del Autocuidado</i>	48
Figura 12 <i>Componente de poder</i>	48
Figura 13 <i>Capacidad de operacionalizar</i>	49
Figura 14 <i>Calidad de vida</i>	49

RESUMEN

Este estudio se propuso analizar la conexión entre el autocuidado en la salud y la calidad de vida en pacientes diagnosticados con Hipertensión Arterial en el Hospital Sisol de Lima en 2022. La metodología utilizada fue de tipo descriptiva correlacional no experimental de corte transversal. La muestra de la investigación consistió en 132 pacientes hipertensos que reciben atención en el Hospital Sisol, a quienes se les aplicó la encuesta de autocuidado en el paciente hipertenso y el Cuestionario de calidad de vida en la hipertensión arterial en su versión reducida (MINICHAL). Los principales **resultados** de la investigación evidenciaron que existe una relación altamente significativa ($p < 0,01$) entre el autocuidado y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Sisol Camaná en el área de Cardiología, Lima 2020, debido a que a menores puntajes en calidad de vida mejores son los niveles de autocuidado. **Conclusión:** Existe una relación significativa de tipo negativa, entre el autocuidado en la salud y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Sisol, Lima 2022. Por lo que, a mayor nivel de autocuidado, menores serán los indicadores de una inadecuada calidad de vida

Palabras clave: Hipertensión arterial, autocuidado, calidad de vida.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the connection between self-care in health and quality of life in patients diagnosed with Arterial Hypertension at Hospital Sisol in Lima in 2022. The methodology employed was a non-experimental cross-sectional descriptive correlational approach. The research sample comprised 132 hypertensive patients receiving care at Hospital Sisol, who were surveyed on self-care in hypertensive patients and Quality of Life Questionnaire in Arterial Hypertension in its reduced version (MINICHAL). The main results of the research showed a highly significant relationship ($p < 0.01$) between self-care and health-related quality of life in patients with arterial hypertension at Hospital Sisol Camaná in the Cardiology area, Lima 2020. This is because lower scores in quality of life are associated with better levels of self-care. Conclusion: There is a significant negative relationship between self-care in health and quality of life in patients with arterial hypertension at Hospital Sisol, Lima 2022. Therefore, a higher level of self-care is associated with lower indicators of inadequate quality of life.

Keywords: Arterial hypertension, self-care, quality of life.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Según cifras de la Organización Mundial de la salud (OMS) la hipertensión o la tensión arterial alta viene siendo una de las principales causas de muerte prematura en el mundo, se calcula que a nivel mundial en el 2021 cerca de 1280 millones de personas adultas cuyas edades se encuentran entre los 30 y 79 años padecen de esta enfermedad y de esta cifra casi dos tercios se encuentran en los países que tienen ingresos bajos y medianos, además las cifras brindadas por la OMS, dan cuenta de la magnitud del problema, cerca del 46% de las personas que sufren hipertensión no tienen conocimiento de la enfermedad que padecen, el solo el 42% del total de diagnosticados llevan tratamiento y uno de cada cinco pacientes hipertensos (21%) controlan la enfermedad con tratamiento médico. (5)

A sí mismo, la OMS en el 2020 brindó un informe sobre las 10 principales causas de defunción a nivel mundial, las cuales representan el 55% del total de muertes (55.4 millones de muertes en total) estas muertes han sido atribuidas a tres grandes grupos de enfermedades: las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades respiratorias y las afecciones de tipo neonatal. Con respecto a las enfermedades cardiovasculares, la cardiopatía isquémica (enfermedad que es asociada a la hipertensión arterial alta) fue una de las causas principales de muerte en el mundo, siendo su cifra en el año 2000 de aproximadamente 6.5 millones a pasar a ser en el 2019 cerca de 8.5 millones de muertes por esta enfermedad. (2)

A su vez un estudio llevado a cabo por la OMS y una red mundial de médicos e investigadores, sobre los tratamientos por hipertensión arterial en personas de 30 a 79 años entre los años de 1990 - 2019, el cual abarco a 184 países, descubrió que los índices de hipertensión arterial han variado poco, sin embargo, la tasa de padecimientos de esta enfermedad ha sido desplazada de los países con más ingresos (ricos) a los países con menos

ingresos (bajos y medianos). También el estudio encontró que la tasa de menor prevalencia en hipertensión arterial la tenía Canadá, Suiza y el Perú, mientras que los países de mayor prevalencia fueron Jamaica, Paraguay y República Dominicana con mayores índices en mujeres y Polonia, Hungría y Paraguay en hombres. (4)

A nivel latinoamericano, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2021 en la región de la América al año cerca de 1.6 millones de personas mueren por causa de la hipertensión arterial, de estas muertes se estima que 500 mil ocurren en menores de 70 años, lo que es considerado como muerte prematura y que se podría evitar. A su vez la hipertensión en América Latina afecta aproximadamente a 250 millones de personas lo que equivale al 20%-40% de la población. (7)

Otros países de la región, a través de estudios sobre la incidencia de la hipertensión arterial han dado cuenta de la gravedad del asunto, según el Gobierno de México en el año 2020, uno de cada cuatro mexicanos sufre de hipertensión arterial, esto corresponde al 24.9% en los varones y el 26.1% en la mujer lo que hace un aproximado de 30 millones de mexicanos con hipertensión arterial (5). A su vez, la Sociedad Argentina de Cardiología según los resultados de la Encuesta de Factores de Riesgo del Ministerio de Salud de la Nación en el año 2021, encontró que el 34% de la población mayores de 18 años, declara padecer de hipertensión arterial, a su vez brinda las cifras sobre los niveles de hipertensión en la población de otros países sudamericanos, Colombia presenta 23% de su población con hipertensión arterial, Paraguay 35%, Uruguay 33%, Venezuela 33% y en el caso del Perú 24%. (8)

En Europa, la hipertensión arterial tiene una mayor prevalencia (60%) en comparación con Estados Unidos (46%) o Canadá (32-46%). Se reconoce que la hipertensión arterial es responsable de aproximadamente el 25% de los casos de infarto de miocardio y es la causa del 42% de las muertes anuales en Europa. (9)

Como hemos podido mencionar la hipertensión arterial viene siendo una de las enfermedades que viene afectando a muchas personas tanto a nivel mundial y nacional, a esta problemática se suma que muchos de los pacientes diagnosticados no llevan un adecuado tratamiento de la enfermedad, por lo que se incrementan los casos de mortalidad por hipertensión arterial, ante estos casos la OMS viene fomentando desde hace muchos años el autocuidado y la calidad de vida, el cual es la capacidad que tienen las personas, grupos de familia y comunidades de auto promover la salud, ser capaces de prevenir enfermedades, poder mantener la salud y enfrentar enfermedades con o sin el apoyo de los profesionales sanitarios. (10)

Al ser la hipertensión arterial una enfermedad crónica, se han creado modelos de atención clínica para estas enfermedades, como el modelo Chronic Care Modelo (CCM) elaborado por el MacColl Institute for Healthcare Innovation de Seattle, EE.UU, este modelo de atención para las enfermedades crónicas sugiere que para el encuentro clínico los pacientes deben estar informados y activos sobre su enfermedad y a su vez debe ser llevado por profesionales que cuenten con las capacidades y habilidades adecuadas con la finalidad de lograr una atención de calidad que logre fortalecer la calidad de vida de los pacientes además de lograr una excelente satisfacción y resultados. (11)

Con respecto a los índices de hipertensión arterial en el Perú, según la última Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) a nivel nacional en el año 2019, cerca de cuatro millones de personas mayores de 18 años sufre de hipertensión arterial, lo cual representa el 17.6% de la población (12), a su vez un estudio sobre la diferencia según el sexo en los factores que están asociados a hipertensión arterial en el Perú en el 2019, encontró que la prevalencia de la hipertensión arterial alta en el Perú es de 17.8% en el caso de los hombres y 11.4% en el caso de las mujeres, así mismo el estudio determino que factores como la edad, el sobrepeso y la obesidad son factores que aumentan la probabilidad de sufrir de

hipertensión alta en el Perú (13), a su vez ENDES (2018-2019) señala que un 37.2% de adolescentes mayores de 15 años en el Perú (8, 923,000) presentan como mínimo uno de tres factores de riesgo como la obesidad, diabetes o hipertensión, de los cuales el 39.6% pertenece al ámbito urbano teniendo mayor prevalencia de hipertensión arterial. (14)

El Ministerio de Salud Peruano en el 2021 informo que el 19,7% de personas de 15 años a más tienen hipertensión, de ellos el 68,1% recibió tratamiento en el último año. (15) Además, durante la pandemia esto se va agravando aún más, ya que en un inicio se cerraron los establecimientos de salud por dedicar todos los esfuerzos al COVID 19, por esto el MINSA estimo que esta enfermedad vaya incrementándose en un 20%. (16)

Hasta el año 2022, en el Perú, alrededor de 5.5 millones de personas mayores de 15 años experimentan hipertensión arterial, abarcando el 22.1% de la población, según los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES). En ese mismo periodo, se detectaron 5625 casos nuevos de hipertensión en la zona de Lima Norte, siendo San Martin de Porres el distrito con la mayor incidencia, contabilizando 1165 casos. (17)

La jurisdicción del Hospital SISOL, Lima no es ajena a esta realidad de la prevalencia de la enfermedad hipertensiva, según refiere el personal de salud de dicha institución. Toda vez que la mayoría de pacientes hipertensos con diagnóstico no tienen una calidad de vida recomendada para prevalecer la salud de las personas, además que existe una cantidad de pacientes que abandonan todo tipo de tratamiento. También se puede observar que los habitantes de esta zona practican estilos de vida poco saludables en cuanto a la alimentación, ejercicio, reposo, entre otros aspectos, no evidenciándose calidad en los estilos de vida en los pobladores, por estas razones se propuso la presente investigación para poder determinar la relación entre las variables de estudio y realizar las recomendaciones pertinentes para disminuir la morbi mortalidad a causa de la hipertensión arterial.

1.2 Delimitación del problema

1.1.1 Delimitación espacial

El estudio se realizó en el Hospital Sisol Camaná, en el Área de Cardiología, ubicado en el Cercado de Lima, Lima.

1.1.2 Delimitación Temporal

La investigación inicio en el en el mes de julio del 2022 y finalizó en el mes de setiembre del 2022.

1.1.3 Delimitación Teórica

En la presente investigación se realizó una revisión bibliográfica de las teorías acerca de las variables de estudio, tal es asi que para la variable del autocuidado se tomó como fundamento teórico al modelo de autocuidado de Dorothea Orem y la calidad de vida.

1.3 Formulación del problema

1.3.1. Problema General

¿Cuál es la relación que existe entre el autocuidado en la salud y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Sisol, Lima 2022?

1.3.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es la relación que existe entre las capacidades fundamentales y disposición del autocuidado y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Sisol, Lima 2022?
- ¿Cuál es la relación que existe entre el componente de poder y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Sisol, Lima 2022?
- ¿Cuál es la relación que existe entre la capacidad de operacionalizar y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Sisol, Lima 2022?

1.4 Justificación

1.4.1 Justificación social

Dentro de las estrategias que se tienen que cumplir como metas y prioridades en enfermería, es fomentar el autocuidado en los pacientes, el cual viene a ser un deber y un derecho para consigo mismo y su comunidad, con el cual tendrá el conocimiento y el empoderamiento de cuidar de su propia salud, con la presencia de factores culturales, educativos y socioeconómicos que ayuden a desarrollar el autocuidado.

Dentro de la promoción de la salud, el autocuidado puede complementar los servicios de salud ofrecidos por los profesionales, compartiendo responsabilidades con el paciente como también ayudando a la prevención de complicaciones asociadas a la hipertensión arterial como el infarto de miocardio, angina de pecho, accidente cerebro vascular entre otros, los cuáles ceden alterar su salud, desmejorando la calidad de vida implicando altos costos económicos y sociales.

El presente estudio permitió entender e identificar las formas de autocuidado en pacientes hipertensos para mejorar la calidad de vida, siendo un problema de salud pública, recayendo la responsabilidad en el profesional de enfermería, por lo tanto los beneficiarios directos fueron los pacientes con hipertensión arterial, que mejoran su calidad de vida a través de su autocuidado.

1.4.2 Justificación teórica

Dorothea E. Orem sostiene que el autocuidado es una conducta aprendida por las personas, dirigida hacia sí mismas, con el propósito de regular factores que afectan su funcionamiento y desarrollo, beneficiando así su salud, vida y bienestar (18). Este modelo se aplica considerando los conceptos paradigmáticos de persona, enfermería, entorno y salud, y representa una contribución constante para la persona.

La investigación realizada aporta información que respalda la teoría, demostrando que el autocuidado puede mejorar el monitoreo de la hipertensión arterial y, por ende, la calidad de vida relacionada con la salud. Además, identifica la interacción entre variables.

El estudio facilita la ampliación de conocimientos sobre la hipertensión arterial al personal de salud en cardiología, fomentando el autocuidado en pacientes, familias y comunidades para prevenir estilos de vida no saludables y contribuir a la reducción de las altas tasas de prevalencia de la enfermedad.

1.4.3 Justificación metodológica

El presente estudio hizo uso de un conjunto de herramientas, procedimientos e instrumentos que la operatividad de la investigación requiera, luego se analizó de manera pertinente para cada variable; los datos se recogieron con autorización de la institución, así mismo los datos que se obtuvieron fueron confiables por lo tanto también los resultados de la investigación, así como la metodología empleada servirán de base para antecedentes de futuros estudios, con variables similares.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo General

Determinar la relación existente entre el autocuidado en la salud y la calidad de vida en pacientes con Hipertensión Arterial en el Hospital Sisol, Lima 2022.

1.5.2 Objetivos Específicos:

- Establecer la relación que existe entre las capacidades fundamentales y disposición del autocuidado y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Sisol, Lima 2022
- Establecer la relación que existe entre el componente de poder y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Sisol, Lima 2022

- Establecer la relación que existe entre la capacidad de operacionalizar y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Sisol, Lima 2022

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1 Antecedentes Nacionales

Chávez, M y Chumbes, A. en el 2023, se realizó una investigación sobre la relación entre el autocuidado y la calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial. La metodología fue prospectiva, relacional, transversal y no experimental, con una muestra de 48 participantes. Se encontró que el 56,3% tenía buena capacidad de autocuidado, el 22,9% muy buena. En cuanto a la calidad de vida, el 43,8% tenía buena calidad, el 43,8% calidad regular y el 12,5% mala calidad. La conclusión destacó la existencia de una relación significativa entre la capacidad de autocuidado y la calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial (19)

Ochoa, M. y Ponce, J. en el 2018 buscaron determinar la relación entre autocuidado y calidad de vida en 115 pacientes con hipertensión. La metodología fue descriptiva correlacional no experimental. Resultados: el 39.2% mostró adecuado autocuidado, y el 24.3% presentó buena calidad de vida. Conclusión: se estableció una relación significativa entre autocuidado y calidad de vida, sugiriendo que mejorar el autocuidado podría beneficiar la calidad de vida y la salud de los pacientes.(20)

Mayta, Y. en el 2018, buscó determinar la conexión entre el conocimiento de los pacientes sobre hipertensión y su autocuidado. Con una metodología descriptiva correlacional no experimental y una muestra de 70 pacientes, los resultados revelaron que el 56% tenía conocimiento medio, el 30% conocimiento bajo y el 14% conocimiento alto. La conclusión destacó una relación significativa entre el conocimiento y el autocuidado en pacientes hipertensos. (21)

Orcón, I, y Soto, E. en el 2018, buscó establecer la relación entre el autocuidado y la calidad de vida. La metodología fue descriptiva correlacional, con una muestra de 50 pacientes y el uso de cuestionarios sobre calidad de vida y capacidad de agencia de autocuidado en hipertensos. Los resultados indicaron que el 62% tenía bajo nivel de autocuidado y el 54% presentaba baja calidad de vida. (22)

Ochoa, C. y Rimarachin Y. en el 2021, buscaron identificar el nivel de prácticas de autocuidado en adultos mayores con hipertensión. La muestra incluyó a 94 adultos mayores, y los resultados indicaron que el 52% tenía prácticas parcialmente adecuadas, mientras que el 30% presentaba prácticas inadecuadas. Se observaron deficiencias, especialmente en el manejo del estrés (45.7%), actividad física (42.6%), y adherencia al tratamiento (60.6%). (23)

2.1.2 Antecedentes Internacionales

Alvarado, M. y Amaya, J. en el 2019 en México, estudiaron relación entre el autocuidado y la calidad de vida en pacientes diagnosticados con esta condición. La metodología empleada fue descriptiva correlacional y prospectiva de corte transversal, con una muestra de 101 pacientes seleccionados por conveniencia, a quienes se les aplicó la escala Self-Care Agency Scale (SF-36). Los resultados revelaron que el 93% de los participantes tenía una mejor percepción de calidad de vida. (24)

Cevallos, M. en el 2021 en Ecuador, buscaron determinar las prácticas de autocuidado en pacientes con hipertensión. La metodología fue descriptiva simple no experimental, con una muestra de 40 pacientes evaluados mediante un cuestionario sobre sus prácticas de autocuidado. Los resultados revelaron insuficientes niveles de conocimiento sobre el autocuidado, ya que el 60% no conocía sus niveles de presión arterial, el 60% no se medía la presión regularmente. (25)

Flores, D. y Guzmán, F. en el 2018 en Bolivia, publicaron un estudio con el objetivo de identificar los factores asociados al autocuidado en pacientes hipertensos. La metodología fue descriptiva simple no experimental de corte transversal, con una muestra de 51 pacientes evaluados mediante la escala de evaluación de la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso. Los resultados revelaron que más del 50% de los pacientes presentaban un nivel bajo de autocuidado debido a factores condicionantes como la edad, la enfermedad de base entre otros. (26)

Molano, D. en Colombia, durante el año 2019, llevaron a cabo una investigación con el objetivo de establecer la conexión entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en pacientes que. La metodología empleada fue descriptiva correlacional no experimental, la muestra fue de 107 pacientes. Los resultados revelaron que el 63.55% poseía una capacidad de agencia de autocuidado alta, y el 34.57% tenía una categoría muy alta. (27)

Urgiles; M. en el año 2019 publicaron un estudio que tuvo como objetivo describir aspectos relevantes de estudios realizados sobre el autocuidado del paciente hipertenso según Dorothea Orem. La revisión bibliográfica de 27 documentos (2013-2019) reveló que las acciones de autocuidado, como la toma autónoma de medicación y la adopción de estilos de vida saludables, mejoran la calidad de vida y previenen complicaciones en pacientes hipertensos. (28)

2.2. Bases Teóricas o científicas

2.2.1 Hipertensión arterial

A. Definición

La OMS, considera a la hipertensión arterial como una enfermedad silenciosa, asintomática (que no presenta síntomas) por lo que no se diagnostica a tiempo, debido a esto muchas personas que la padecen se enteran cuando la

enfermedad está avanzada, debido a ellos ha superado la hipertensión arterial ha superado número de víctimas mortales a las enfermedades infecciosas. (29)

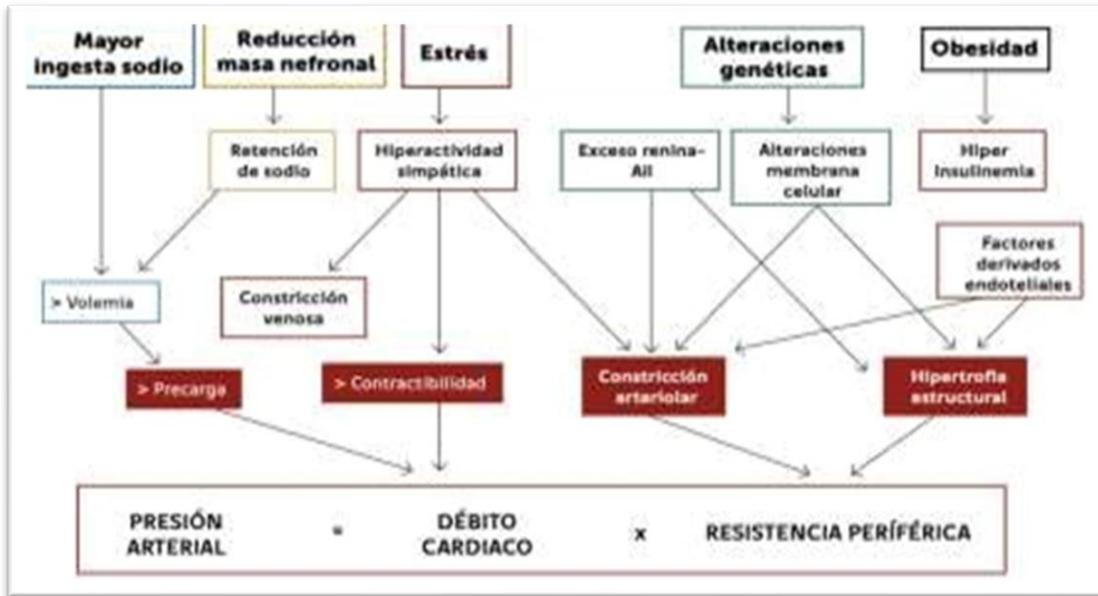
A su vez la hipertensión arterial según la OMS, es una enfermedad de tipo multifactorial que se asocia a los estilos de vida que tiene la población, los cuales contribuyen a la aparición de la enfermedad, entre estos estilos se encuentran, el consumo de tabaco, alcohol, sedentarismo, el consumo de alimentos altos en grasas y sal entre otros. (29)

B. Fisiología

La hipertensión afecta la presión arterial, que resulta de la fuerza ejercida por la sangre en las paredes arteriales debido a una tensión persistente en los vasos sanguíneos. El flujo sanguíneo pulsátil desde el corazón hacia el cuerpo implica factores clave como el gasto cardíaco, determinado por el volumen sistólico y la frecuencia cardíaca, y la resistencia periférica total, influenciada por factores interrelacionados para mantener la homeostasis, como el volumen intravascular (sodio). El sistema nervioso desempeña un papel crucial al regular la presión arterial mediante la vasoconstricción y la cardio aceleración, generando señales inhibitoras vágales parasimpáticas que contribuyen al aumento de la presión arterial. Además, el sistema renina-angiotensina-aldosterona se activa en respuesta a la disminución de la presión, bajos niveles de sodio y estimulación simpática, produciendo Angiotensina II, que induce la contracción vascular, secreción de aldosterona y reabsorción tubular, desempeñando un papel fundamental en el aumento de la presión arterial. (30)

Figura 1

Diagnóstico de hipertensión arterial



Fuente: Tagle, R. Diagnóstico de hipertensión arterial (31)

C. Clasificación

En cuanto a la magnitud de las cifras de hipertensión arterial, existen diferentes criterios que han experimentado variaciones a lo largo del tiempo. El JNC 7 clasifica la hipertensión en tres estadios

Figura 2

Clasificación de la presión arterial según las cifras

Clasificación de la PA medida en consulta* y definición de los grados de HIA*			
Categoría	Sistólica (mmHg)		Diastólica (mmHg)
Óptima	< 120	y	< 80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal-alta	130-139	y/o	85-89
HTA de grado 1	140-159	y/o	90-99
HTA de grado 2	160-179	y/o	100-109
HTA de grado 3	≥ 180	y/o	≥ 110
HTA sistólica aislada ^b	≥ 140	y	< 90

*A: presión arterial; PAS: presión arterial sistólica.
^aLa categoría de PA se define según las cifras de PA medida en consulta con el paciente sentado y el valor más alto de PA, ya sea sistólica o diastólica.
^bLa HTA sistólica aislada se clasifica en grado 1, 2 o 3 según los valores de PAS en los intervalos indicados.
^cSe emplea la misma clasificación para todas las edades a partir de los 16 años.

Fuente: Mancia, G.; Spiering, W.; Agabiti, E.; Azizi, M.; Bunier, M.; Clement, D.; et.al. (32)

Clasificación de la hipertensión arterial según su causa

Hipertensión primaria

La hipertensión arterial, comúnmente asociada con una predisposición hereditaria, implica que si un miembro directo de la familia ha experimentado la enfermedad, hay una probabilidad considerable de que también la desarrollemos, aunque aún no se haya identificado un gen específico que la determine. Este tipo de herencia, que abarca más del 90% de los casos, sugiere una naturaleza multifactorial, donde los mecanismos que aumentan la presión arterial se desencadenan a través de procesos fisiológicos que involucran al sistema nervioso central y endocrino. La hipertensión arterial se origina cuando se necesita una presión más alta para que los riñones eliminen sal y agua, y el consumo elevado de sal es una de las causas. Diversas respuestas patológicas al aumento de sodio resultan en un incremento de calcio en los vasos sanguíneos, generando mayor resistencia y contribuyendo a la hipertensión. Factores metabólicos, genéticos, obesidad, estrés y predisposición hereditaria también influyen en su desarrollo. Además, existe la hipertensión secundaria, que representa el 5% de los casos y se vincula con causas identificables como enfermedades renales, endocrinas, condiciones específicas, medicamentos y preeclampsia. Las condiciones subyacentes provocan alteraciones en la fisiopatología, activando, por ejemplo, el sistema renina-angiotensina y elevando la presión arterial. (33,27,34).

D. Factores de riesgo

Es crucial que los pacientes adquieran conocimientos básicos para identificar los factores de riesgo modificables y no modificables asociados con la Hipertensión Arterial (HTA). Los factores modificables, influenciados por el estilo de vida, incluyen el estrés, la obesidad, el consumo de sal, la dieta, el consumo de alcohol, el tabaquismo y el sedentarismo. Aunque no existe evidencia científica clara de que el estrés cause HTA, situaciones estresantes, junto con otros factores cardiovasculares, pueden aumentar la

presión arterial. La obesidad, el alto consumo de sal y una dieta rica en grasas saturadas son riesgos independientes, mientras que el alcohol y el tabaquismo también influyen positivamente en la elevación de la presión arterial. El sedentarismo contribuye a problemas coronarios. Por otro lado, los factores no modificables incluyen la edad avanzada, la historia familiar y las características étnicas, siendo las personas de tez morena más propensas a la HTA. La comprensión y el manejo de estos factores son esenciales para prevenir complicaciones relacionadas con la HTA. (31)

Signos y síntomas

La mayoría de los pacientes hipertensos no experimentan síntomas, y existe la percepción errónea de que la hipertensión solo se manifiesta a través de síntomas evidentes. Sin embargo, como ya se mencionó, esto no es cierto. En ocasiones, los síntomas se presentan en etapas avanzadas de la enfermedad, y pueden incluir cefalea, mareos, palpitaciones, entre otros síntomas. La presencia de estos síntomas indica la necesidad de realizar cambios en el estilo de vida y seguir un tratamiento adecuado, según las indicaciones del médico.(35)

Tratamiento

La mayoría de los pacientes hipertensos son asintomáticos, lo que crea la errónea percepción de que la hipertensión solo se manifiesta a través de síntomas evidentes, que, en realidad, son poco comunes y suelen aparecer en etapas avanzadas de la enfermedad. Estos síntomas pueden incluir cefalea, mareos, palpitaciones, dificultad respiratoria, dolor torácico o hemorragia nasal, indicando la necesidad de cambios en el estilo de vida y tratamiento según lo recetado por el médico.(36)

En el enfoque integral para gestionar la hipertensión, las medidas preventivas abarcan la búsqueda de un peso ideal, la incorporación regular de actividad física, la disminución en el consumo de sal y grasas saturadas, la abstención de alcohol y el cese del

tabaco. Estas modificaciones en el estilo de vida no solo tienen el efecto de reducir la presión arterial, sino que también mejoran la eficacia de los medicamentos antihipertensivos y reducen el riesgo cardiovascular. (37)

Figura 3

Modificación en los estilos de vida para el manejo de la HTA.

MODIFICACION EN LOS ESTILOS DE VIDA PARA EL MANEJO DE LA HTA		
Modificaciones	Recomendaciones	Rango aproximado de reducción de la presión arterial sistólica y presión arterial diastólica
Reducción de peso	Mantenimiento del peso corporal normal IMC 18.5 – 24.9 kg/m	5-20mmHg por 10 Kg de reducción de peso.
Dieta DASH (Enfoque dietético para Reducir la Hipertensión)	Consumo de dieta rica en frutas, vegetales. Y pocas grasas saturadas totales.	8 – 14 mmHg.
Reducción del sodio en la dieta	Reducir consumo de sodio, no más de 100mmol/día (2,4 gr sodio ó 6 de cloruro de sodio).	2 – 8 mmHg.
Actividad física	Hacer ejercicio físico aeróbico regular como caminar rápido(30 minutos al día casi todos los días de la semana)	4 – 9 mmHg.
Limitar el consumo de alcohol	Limitar el consumo a 30 ml en la mujer y 60 ml en el hombre por día.	2 –4mmHg
No al Tabaco	Abandono total del hábito de fumar.	Minima variación de la PA. Reducción global del riesgo cardiovascular.

Fuente: Pan American Health Organización, prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la hipertensión arterial (38)

2.2.2 Autocuidado en la salud

El autocuidado se refiere a las acciones deliberadas y necesarias que una persona emprende con el objetivo de mantener una salud, vida y bienestar adecuados. Estas acciones son intencionadas y demandan un proceso de aprendizaje, especialmente cuando se enfrenta a alguna enfermedad. (39)

Dimensiones autocuidado en salud

Capacidades y disposición en autocuidado:

Se incluyen habilidades esenciales que posee la persona, como la memoria, la percepción y la orientación.

Componente de poder

Este componente abarca las habilidades inherentes al individuo que lo motivan a cuidarse a sí mismo, como la motivación y la adquisición de conocimientos, entre otras.

Capacidad de operacionalizar

Este aspecto engloba las destrezas que posee la persona para investigar y comprender las condiciones que afectan o benefician el autocuidado. (37)

Teoría del autocuidado de Dorothea Orem

Dorothea Orem propuso la teoría del autocuidado en 1969, definiéndola como la actividad dirigida a un objetivo que el ser humano realiza para regular factores que influyen en su desarrollo, ya sea hacia sí mismo o hacia el entorno. Su teoría se compone de tres partes interrelacionadas: la Teoría del Autocuidado, la Teoría del Déficit de Autocuidado y la Teoría de los Sistemas de Enfermería. En su obra de 1971, Orem establece la conexión entre las actividades de autocuidado y los requisitos esenciales para mantener condiciones básicas de vida, clasificándolos en tres niveles: Universales, Desarrollo y Desviaciones de Salud. Estos requisitos universales abordan aspectos como la prevención primaria y las condiciones básicas de salud, incluyendo la gestión de procesos de supresión, el equilibrio entre actividad y reposo, la prevención de peligros para la vida humana, entre otros. Factores como la edad, sexo, salud y recursos juegan un papel crucial en la satisfacción de estas necesidades. El autocuidado del desarrollo abarca condiciones que se desarrollan a lo largo de la vida para prevenir condiciones perjudiciales, mientras que el autocuidado de desviación de la salud se centra en cambios de estilo de vida y la continuidad en el tratamiento médico. Orem destaca la importancia del autocuidado en pacientes con hipertensión arterial, resaltando tres elementos clave para el desarrollo de habilidades de autocuidado: capacidades fundamentales, disposición para el autocuidado y capacidad para operacionalizarlo. El adecuado autocuidado es esencial para gestionar la hipertensión, una enfermedad crónica con posibles complicaciones a largo plazo sin un manejo adecuado. (35,39,40)

Factores básicos condicionales:

Dorothea Elizabeth Orem identifica factores básicos condicionales, internos y externos, que inciden en la capacidad de autocuidado de un individuo. Estos factores, compuestos por 10 variables como la edad, sexo, estado de desarrollo, salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales y disponibilidad de recursos, influyen significativamente en la condición de autocuidado. Orem proporciona precisiones adicionales, como la edad que especifica el desarrollo de habilidades, el sexo que aborda la identificación sexual, y el estado de desarrollo que incluye aspectos cognitivos, como el retardo mental. Estos elementos constituyen un marco integral para comprender la dinámica del autocuidado, destacando la importancia de considerar tanto factores internos como externos en la evaluación de las necesidades de cuidado de un individuo. (36)

Teoría del déficit de autocuidado (TDAC)

Según Dorothea Orem, el elemento fundamental de su modelo se centra en la capacidad del paciente para llevar a cabo el autocuidado y las responsabilidades asociadas, lo cual constituye el núcleo terapéutico. Cuando esto no se cumple, se produce un déficit en el autocuidado. (41)

El autocuidado como principio fundamental aplicado en la hipertensión arterial

Es esencial para disminuir el riesgo y las complicaciones asociadas con esta enfermedad, contribuyendo a mantener un estado de salud óptimo a lo largo de la vida del individuo. Elementos clave de este autocuidado incluyen seguir una dieta equilibrada y baja en sodio, mantener un peso corporal adecuado y un Índice de Masa Corporal dentro de los valores normales, realizar actividad física de forma regular, abstenerse del consumo de alcohol y tabaco, controlar la presión arterial de manera frecuente, gestionar adecuadamente la medicación prescrita para evitar olvidos en las dosis, y asistir a controles médicos

periódicos con el especialista en hipertensión. Además, se destaca la importancia de evitar situaciones de estrés como parte integral de la gestión efectiva de la enfermedad.(42)

2.2.3 Calidad de vida

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud se originó en los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, inicialmente enfocada en datos generales. Con el tiempo, evolucionó hacia una perspectiva multidimensional que abarca aspectos como el estado de salud físico y mental, estilo de vida, vivienda, situación económica, bienestar laboral y educativo. Los psicólogos destacaron que la evaluación de la calidad de vida va más allá de objetivos medibles, incorporando la interpretación subjetiva de cada individuo. La influencia significativa de la felicidad en la percepción de la calidad de vida condujo al desarrollo del concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud. (43)

Calidad de vida relacionada a la salud

La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se refiere a la percepción individual del estado de salud y las condiciones personales, pudiendo existir discrepancias entre la autopercepción y la evaluación personal. Aunque la hipertensión arterial a menudo carece de síntomas evidentes, diversos estudios indican que afecta negativamente la calidad de vida relacionada con la salud. La comprensión de la enfermedad por parte del paciente, abarcando aspectos físicos, psicológicos y sociales, se vuelve esencial para evaluar su impacto real. En el caso específico de pacientes hipertensos, la enfermedad, que puede manifestarse con síntomas como cefalea, mareos y fatiga, limita la funcionalidad diaria y deteriora el bienestar general del individuo. (44)

La calidad de vida se define como la percepción individual de la posición en la vida, considerando aspectos como la salud física, el estado psicológico, la independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la interacción con el entorno. Esta evaluación es subjetiva y se basa en estándares internos, como valores y expectativas. En el caso de

personas con hipertensión arterial, la calidad de vida se ve influida por factores como autonomía, toma de decisiones, ausencia de dolor, mantenimiento de capacidades sensoriales, apoyo social, nivel económico y sentido de utilidad. La patología afecta diversos aspectos, desde la salud hasta la adaptación a nuevas restricciones, roles y oportunidades, generando desafíos significativos para el bienestar y la percepción de felicidad de los individuos afectados. (45).

Dimensiones de la variable calidad de vida

Estado de ánimo

El estado emocional se refiere a la manera subjetiva en la que experimentamos un evento, involucrando la dimensión afectiva. Se manifiesta a través de funciones fisiológicas, como expresiones faciales o cambios en el pulso cardíaco, e incluye reacciones conductuales como agresividad o llanto. Este estado emocional puede perdurar en el tiempo, abarcando horas, días o incluso temporadas. (46)

Hay cuatro estados emocionales: "calma-energía" para actividades diurnas, "calma-cansancio" previo al sueño, "tensión-energía" bajo presión con alta energía, y "tensión-cansancio" con agotamiento físico y ansiedad, común en las tardes. (47)

Manifestaciones somáticas

Las expresiones somáticas engloban los síndromes relacionados con el cuerpo, discapacidades y dolores que surgen a raíz de la hipertensión arterial (HTA). Estos elementos impactan de manera negativa en el bienestar físico, psicológico y social de los individuos afectados, generando un malestar generalizado. En consecuencia, la calidad de vida se ve perjudicada como respuesta a estas manifestaciones somáticas provocadas por la HTA.(48)

La presencia de síntomas relacionados con la hipertensión arterial (HTA) y las posibles complicaciones asociadas disminuyen la evaluación de la calidad de vida en aquellos afectados por esta condición. (49)

2.3. Marco Conceptual

- **Autocuidado:** Se describe como una conducta aprendida y deliberada que se manifiesta en situaciones específicas de la vida, representando una contribución constante por parte del individuo. (41)
- **Hipertensión arterial:** La Organización Mundial de la Salud lo define como un trastorno caracterizado por una presión sanguínea persistentemente elevada en los vasos sanguíneos, lo que puede resultar en daño vascular. La presión arterial es la fuerza con la que la sangre es impulsada contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bombeada por el corazón, lo que significa que a mayor presión, el corazón debe realizar un mayor esfuerzo para bombear. (43)
- **Calidad de vida:** Se trata de un concepto multidimensional que abarca diversos aspectos como el estado físico y mental de salud, estilos de vida, vivienda, satisfacción en diferentes áreas como el trabajo, situación económica, y constituye un indicador de bienestar poblacional, aunque no existe un consenso claro sobre su definición precisa. (44)
- **Calidad de vida relacionada a la salud:** Hace referencia a la percepción subjetiva de un individuo sobre su posición en la vida, considerando factores culturales, valores, metas, expectativas y preocupaciones en su contexto. Este término destaca la conexión intrínseca entre la salud y la calidad de vida percibida por la persona. (45)

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis General

Existe relación entre el autocuidado en la salud y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Sisol, Lima 2022.

3.1.2. Hipótesis Específicas

Existe relación entre la capacidades fundamentales y disposición del autocuidado y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Sisol, Lima 2022

Existe relación entre el componente de poder y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Sisol, Lima 2022

Existe relación entre la capacidad de operacionalizar y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Sisol, Lima 2022

3.2. Variables de investigación

Definición conceptual

Autocuidado: El autocuidado se caracteriza por ser una conducta consciente centrada en el yo, una actividad que sigue un patrón y una secuencia. Al realizarse efectivamente, contribuye de manera específica al bienestar integral, al desarrollo y al manejo del ser humano.

Calidad de vida: Se refiere al nivel subjetivo de bienestar que está vinculado con la falta de síntomas, el estado psicológico y las acciones que se planea llevar a cabo.

Definición operacional

Autocuidado: Fue medida con el Cuestionario Autocuidado el cual consta de 17 ítems.

Calidad de vida: Fue medida con el Cuestionario de Calidad de Vida el cual consta de 16 ítems.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Método de investigación

En relación al método general utilizado en la presente investigación, este fue el método científico, el cual viene a ser un proceso de tipo metódico que debido a su naturaleza hace uso de procesos sistematizados, los cuales nos permiten recoger información científica, verificable y confiable. Además, la información recogida con este método tiene la característica de ser objetiva, rigurosa y racional, la cual nos permitirá explicar fenómenos. auténtica. (50).

Entre sus métodos específicos tenemos al método inductivo; porque se alcanzó enunciados generales válidos. Se asume que la repetición de sucesos semejantes en la realidad puede ser suficiente razón para poder tener una elevada probabilidad de que futuros eventos tengan el mismo resultado, de manera que ante determinados eventos definidos se pueden predecir hechos futuros que han sido previamente generalizados (51).

Fue de enfoque cuantitativo porque nos accedió a que los datos sean procesados estadísticamente para mayor objetividad y precisión de los hallazgos, además el método estadístico - inferencial, que nos permitió estimar parámetros teniendo solo datos de una muestra significativa de la realidad y esto es una importante ayuda para aproximarnos a verdades que se dan en poblaciones de magnitud y naturaleza casi inaccesible (52)

4.2 Tipo de Investigación:

Por la finalidad del presente estudio, este fue de tipo básica, ya que la finalidad de su desarrollo no es la resolución de problemas, su fin fue poder ampliar o aumentar los conocimientos sobre las variables de estudio. (52)

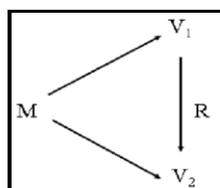
4.3 Nivel de Investigación

La presente investigación fue de nivel relacional, debido a que se buscó establecer o determinar cuál es el grado de asociación entre las variables del estudio, además que se pudo obtener pistas que nos llevan a suponer relaciones de causa y efecto. (52)

4.4 Diseño de Investigación

El diseño de la presente investigación fue correlacional, no experimental de corte transversal. Fue descriptiva correlacional porque en un primer momento se midieron y describieron las variables de estudio y luego se procedió a establecer el grado de asociación entre ellas. No experimental porque no existió manipulación de la variable, ni se modificó el ambiente, se observó y midió a la variable tal y como se encuentra en su ambiente natural. Por último, fue de corte transversal porque la recolección de los datos se realizó en un único momento. (52)

Por lo mencionado, el presente estudio tuvo el siguiente esquema:



Dónde:

M= Muestra del estudio

V₁= Primera variable: Autocuidado

V₂= Segunda variable: Calidad de vida relacionada a la salud

R= Relación existente entre ambas variables.

4.5 Población y muestra

Población:

Una población se define como el grupo completo de individuos que cumplen con ciertas especificaciones, siendo potencialmente infinita. En este estudio, se enfocó en los pacientes de la unidad de cardiología del Hospital Sisol Lima de Camaná, con un total estimado de 200 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial. La selección de los participantes se llevó a cabo de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

Criterios de inclusión de la muestra:

- Pacientes que aceptaron participar de manera voluntaria en el estudio y están de acuerdo en firmar el consentimiento informado.
- Pacientes que asistan de forma regular a sus controles médicos.
- Pacientes que tenían una edad entre 35 y 75 años.

Criterios de exclusión de la muestra:

- Pacientes que se muestren poco colaboradores.
- Pacientes con otras patologías que no sea HTA
- Pacientes con menos de dos meses de diagnóstico.
- Pacientes que no deseen firmar el consentimiento informado.

Muestra:

Cuando no es posible medir u observar a toda la población en una investigación, se recurre a la obtención de una muestra, que representa una porción de la población total y se selecciona mediante un método lógico. (52) Debido a ello la muestra de la presente investigación fue de tipo probabilístico estratificado, por lo que la participación de los pacientes que acuden al área de cardiología del Hospital Sisol Lima, dependió de la probabilidad. Para poder calcular el número de la muestra se aplicó una formula estadística para población finita, cuyo resultado del tamaño de la muestra es de 132 pacientes.

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

Dónde:

n = Tamaño de la muestra

z = Coeficiente de corrección del error=1.96

p = Probabilidad de éxito = 0.5

q = Probabilidad de Fracaso= 0.5

e = Error máximo admisible =05%

N = Tamaño de la población :200

$$n = \frac{1.96^2 * (0.5 * 0.5) * 200}{0.05^2 * (200 - 1) + 0.5 * 0.5 * 1.96^2}$$

$$n = \frac{3.84 * 0.25 * 200}{0.0025 * 199 + 0.25 * 3.84}$$

$$n = \frac{192}{0.4975 + 0.96}$$

$$n = \frac{192}{1.4575}$$

$$n = 132$$

4.6 Técnica e instrumento de recolección de datos.

Técnica

La metodología empleada para recopilar los datos fue la encuesta, la cual, según la perspectiva de Hernández y sus colaboradores, se considera la técnica apropiada para la obtención de datos de grandes muestras en un único momento.

Instrumento

Los instrumentos de recolección de datos que se emplearon en la presente investigación fueron el Cuestionario de Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes

con hipertensión arterial y el Cuestionario de calidad de vida en la hipertensión arterial, en su versión reducida (Mini-CHAL), dichos instrumentos se detallan a continuación.

FICHA TÉCNICA

Nombre: Encuesta de capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso.

Autor (es): Diana y colaboradores. (49)

Duración: 10 a 15 minutos.

Aplicación: Individual y Colectiva.

Descripción del cuestionario:

La encuesta de capacidad de autocuidado, está conformada por dos partes. La primera recoge información sobre las características sociodemográficas como: edad, genero, estado civil, ocupación y escolaridad. La segunda parte está conformada por 17 ítems divididos en tres dimensiones: Capacidades fundamentales y disposición del autocuidado, Componente de poder y Capacidad de operacionalizar.

FICHA TÉCNICA

Nombre: Arterial Hypertension Quality of Life Questionnaire - Calidad de Vida en la Hipertensión Arterial.

Autor: Badia y colaboradores.

Duración: 10 a 15 minutos.

Aplicación: Individual y colectiva

Descripción del cuestionario:

El Cuestionario de calidad de vida en la hipertensión arterial en su versión reducida (MINICHAL) es la versión reducida del Arterial Hypertension Quality of Life Questionnaire - Calidad de Vida en la Hipertensión Arterial, elaborado en España en el año 2002, este cuestionario está conformado por 16 ítems divididos a su vez en dos dimensiones: Estado de ánimo Manifestaciones somáticas.

Validez y confiabilidad del instrumento

En relación a la fiabilidad de la encuesta sobre la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes hipertensos, se evaluó mediante el coeficiente Alfa de Cronbach en una muestra de 25 pacientes, resultando en un valor de $\alpha = 0.796$, lo cual señala un nivel adecuado de confiabilidad. En cuanto a la validez del cuestionario, se examinó a través de la validez de contenido por un grupo de tres expertos en hipertensión, logrando un índice de validez de contenido (IVC) de 0.93, indicando así la validez del cuestionario. (54)

En relación al instrumento de Calidad de Vida en la Hipertensión Arterial en su versión reducida (MINICHAL), se evaluó la confiabilidad del cuestionario mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach, obteniendo un resultado de $\alpha = 0.90$, lo que sugiere que el cuestionario posee una confiabilidad elevada. (55)

En este estudio, se llevó a cabo una prueba piloto con 25 pacientes con el propósito de evaluar la confiabilidad a través del estadígrafo Alfa de Cronbach. Para la Encuesta de Capacidad de Agencia de Autocuidado en el Paciente Hipertenso, se obtuvo un coeficiente alfa de 0,93, indicando una alta confiabilidad. Asimismo, para el Cuestionario de Calidad de Vida MINICHAL, se registró un coeficiente alfa de 0,95, lo cual también señala una alta confiabilidad.

Procedimiento:

La recolección de datos comenzó con las coordinaciones previas y el envío de cartas y solicitudes al Hospital SISOL de Camaná para gestionar los permisos necesarios. Posteriormente, se abordó a los pacientes hipertensos, informándoles sobre la investigación y solicitándoles su participación voluntaria mediante la firma del formato de consentimiento informado. Debido a las restricciones por la pandemia del Covid-19, se siguieron estrictos protocolos de prevención durante la recolección de datos, incluyendo el uso de doble mascarilla, protector facial y alcohol en gel. Para evitar el contacto con los cuestionarios, las

preguntas se formularon en voz alta y las respuestas fueron registradas sin contacto directo con los pacientes.

4.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Procesamiento descriptivo de datos

Después de la recolección de datos, inicialmente se empleó el software Windows Excel para organizar y sumar los puntajes de cada dimensión y los puntajes generales obtenidos. Posteriormente, se utilizó el software estadístico SPSS en su versión 26 para realizar análisis descriptivo e inferencial. Este proceso permitió una exploración exhaustiva de los datos recopilados y facilitó el análisis estadístico necesario para los objetivos del estudio.

Procesamiento inferencial de los datos

Para examinar la asociación, se empleó el índice de correlación de Rho Spearman. Posteriormente, se emplearon los resultados obtenidos para verificar las hipótesis planteadas, las cuales se confirmaron mediante la aplicación de pruebas no paramétricas. Asimismo, se fijó un nivel de error con un valor de p ($\alpha= 0.05$) como criterio para evaluar la significancia estadística.

4.8 Aspectos Éticos de la investigación:

En el desarrollo de la presente investigación, se ha asegurado el cumplimiento de aspectos éticos de acuerdo con el Reglamento General de Investigación de la Universidad Peruana los Andes, especialmente en los artículos 27 y 28 que delinear los principios y normas éticas para los investigadores. Se enfatiza la protección de los participantes y grupos étnicos, con la entrega previa del consentimiento informado antes de la recolección de datos, en consonancia con el principio de maximizar beneficios y minimizar perjuicios. Se ha aplicado rigurosamente el cumplimiento de protocolos sanitarios para prevenir el COVID-19 durante la recolección de datos. Además, la investigación se ajusta a la pertinencia, originalidad y coherencia, con un enfoque científico riguroso y el compromiso de garantizar

la confidencialidad. El proyecto, alineado con las líneas de investigación de la universidad, busca contribuir al desarrollo científico, y los resultados obtenidos se comunicarán oportunamente y de manera transparente a la institución para las acciones pertinentes. (56)

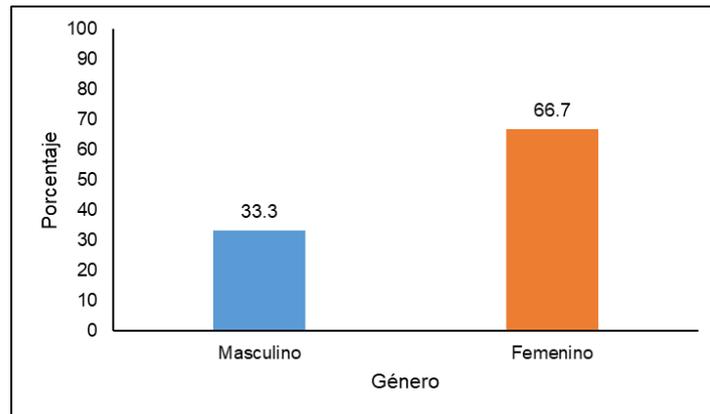
CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. Descripción de resultados.

Figura 4

Distribución de la muestra por género

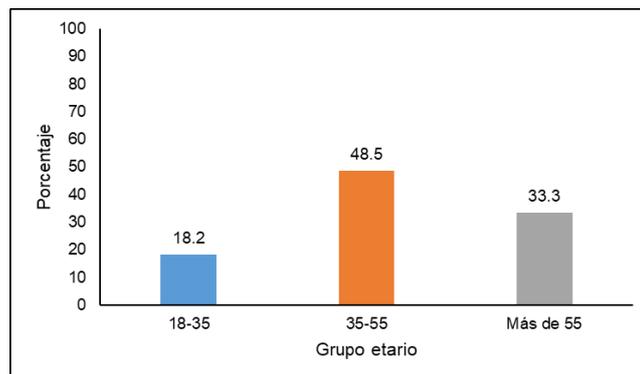


Fuente: Elaboración: Propia

La muestra estuvo constituida por 132 pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Sisol Camaná de Lima durante el 2020, de los cuales el 88 (66,7%) eran mujeres y 44 (33,3%) eran varones.

Figura 5

Distribución de la muestra por grupo etario

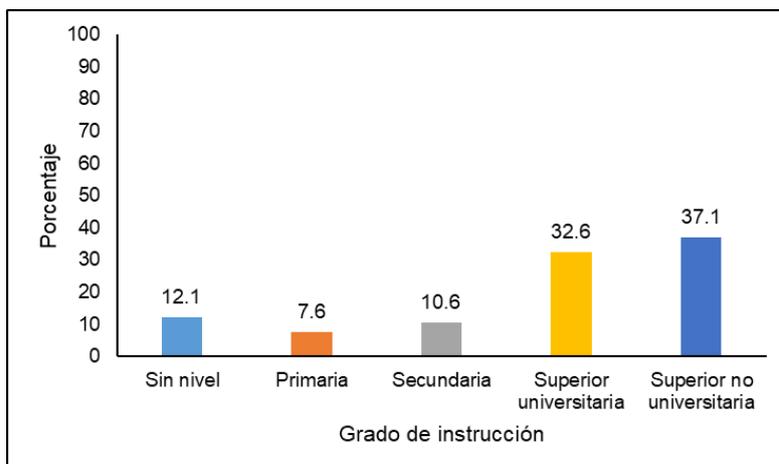


Fuente: Elaboración: Propia

De los 132 pacientes, 24(18,2%) tenían edades entre 18 a 35 años; 64 (48,5%) tenían edades entre 35 y 55 años y 44(33,3%) tenían más de 55 años.

Figura 6

Distribución de la muestra por grado de instrucción

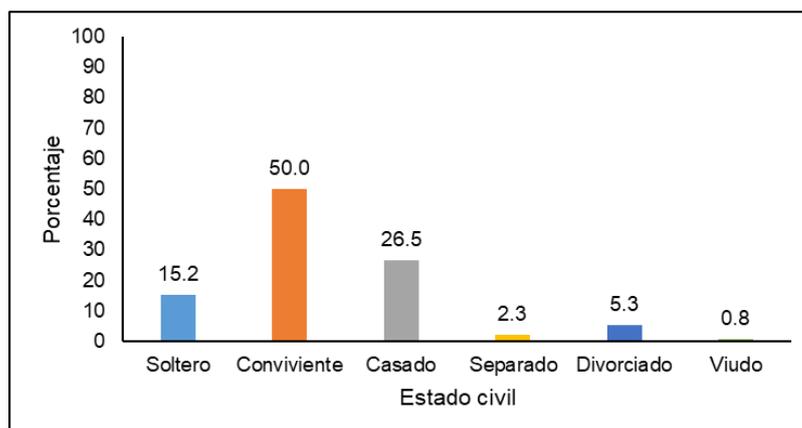


Fuente: Elaboración: Propia

De los 132 pacientes, 49(37,1%) tenían educación superior no universitaria; 43 (32,6%) educación superior universitaria; 14 (10,6%) secundaria y 10 (7,6%) primaria, mientras que 16 (12,1%) no tenían nivel de estudios.

Figura 7

Distribución de la muestra por estado civil

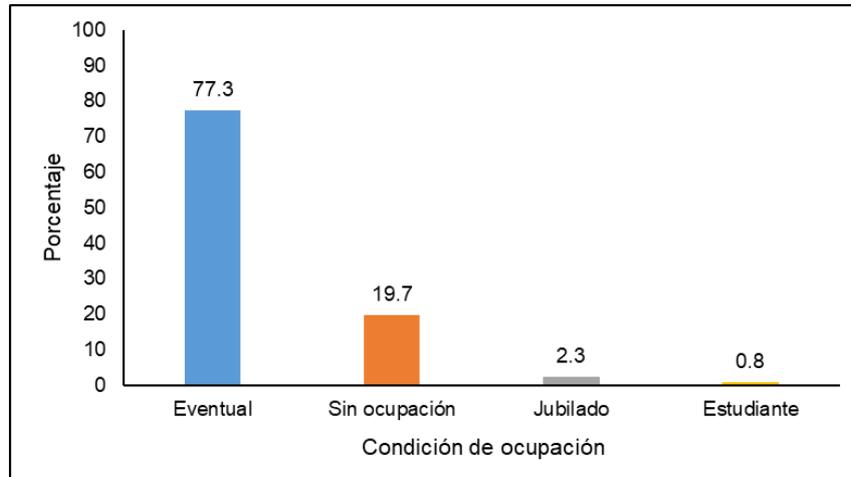


Fuente: Elaboración: Propia

De los 132 pacientes, 66 (50,0%) eran convivientes; 35 (26,5%) casados y 20 (15,2%) eran solteros. Asimismo 7 (5,3%) eran divorciados; 3 (2,3%) separados y 1 (0,8%) viudo.

Figura 8

Distribución de la muestra por condición de ocupación

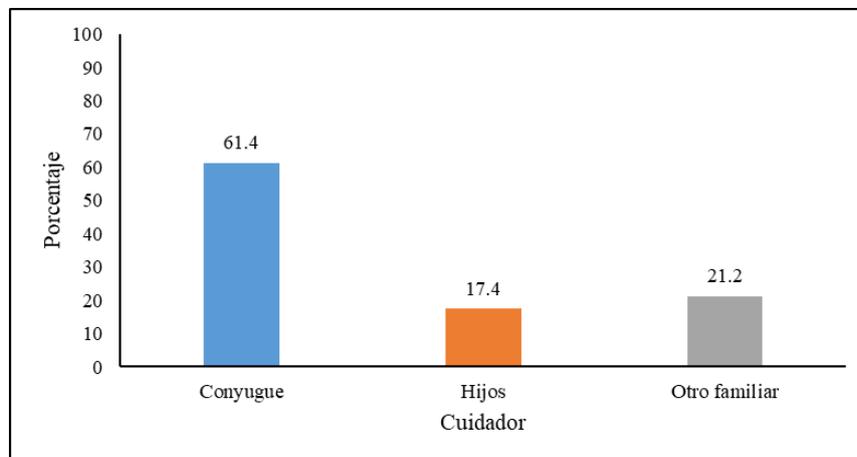


Fuente: Elaboración: Propia

De los 132 pacientes, 102 (77,3%) tenían trabajo eventual; 26 (19,7%) no tenían ocupación, mientras que 3(2,3%) eran jubilados y 1(0,8%) estudiante.

Figura 9

Distribución de la muestra por cuidador

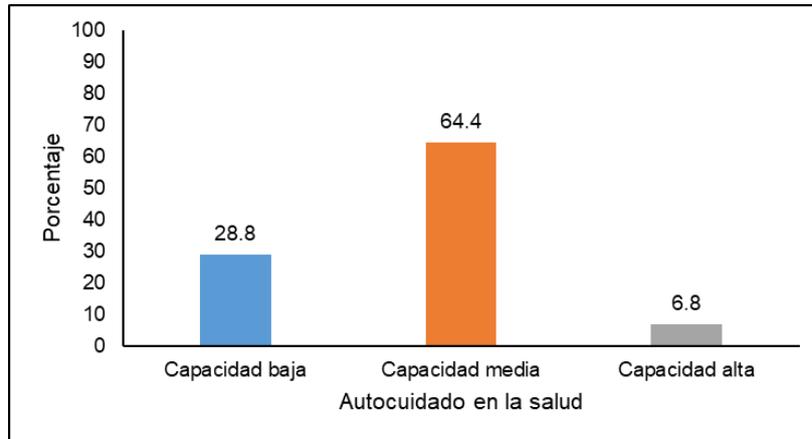


Fuente: Elaboración: Propia

De los 132 pacientes, 81 (61,4%) tenían como cuidador a su cónyuge; 23 (17,4%) a sus hijos y 28(21,2%) a otro familiar

Figura 10

Capacidad de autocuidado en la salud



Fuente: Elaboración: Propia

De los 132 pacientes, 38 (28,8%) tenían una capacidad baja de autocuidado; 85 (64,4%) capacidad media y 9 (6,8%) capacidad alta

Tabla 1

Baremos de la capacidad de autocuidado en la salud

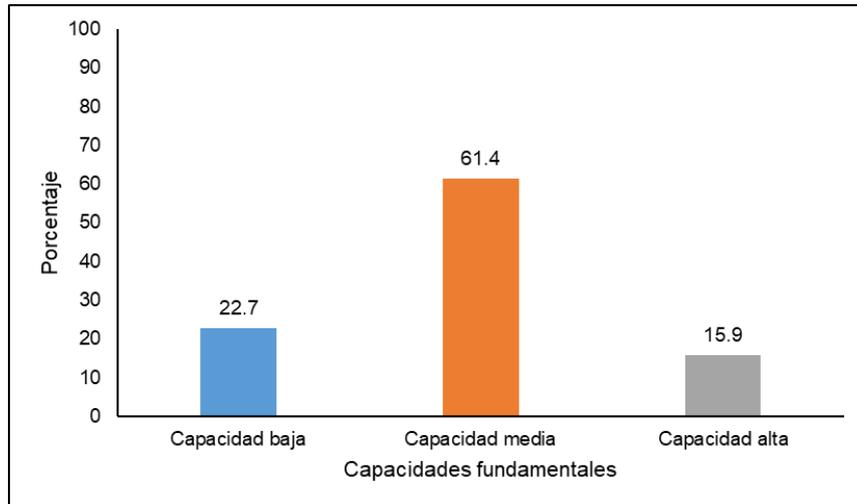
Dimensión	Media	Desviación estándar	Punto de corte 1	Punto de corte 2	Baremos
Capacidades Fundamentales y Disposición del Autocuidado	14,3	4,7	11	18	Capacidad baja: 0 a 11 Capacidad media: 12 a 18 Capacidad alta: 19 a 30
Componente de poder	12,7	5,3	9	17	Capacidad baja: 0 a 9 Capacidad media: 10 a 17 Capacidad alta: 18 a 30
Capacidad de operacionalizar	8,7	4,5	5	12	Capacidad baja: 0 a 5 Capacidad media: 6 a 12 Capacidad alta: 19 a 25

Fuente: Elaboración: Propia

Al no contar con baremos por dimensiones, se elaboraron baremos por el método de los estandones para las tres dimensiones, cuyos puntos de corte y baremos se muestran en la tabla 8.

Figura 11

Capacidades Fundamentales y Disposición del Autocuidado

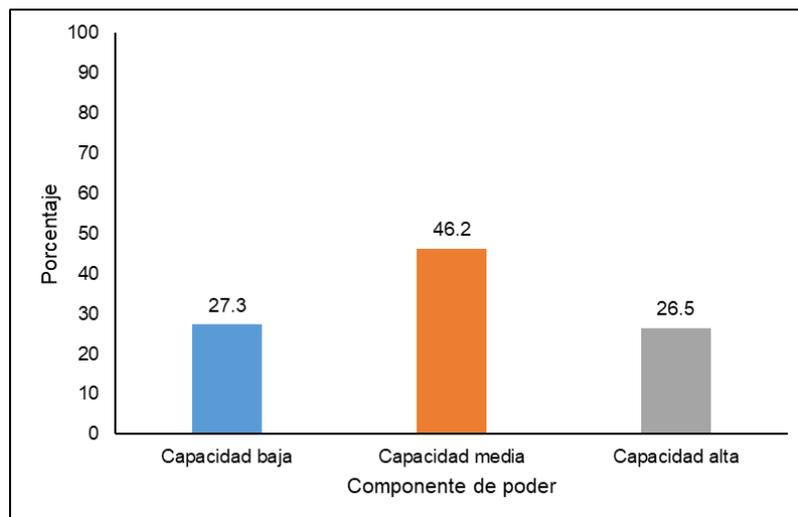


Fuente: Elaboración: Propia

De los 132 pacientes, 30 (22,7%) tenían una capacidad baja de capacidades fundamentales y disposición del autocuidado; 81 (61,4%) capacidad media y 21 (15,9%) capacidad alta

Figura 12

Componente de poder

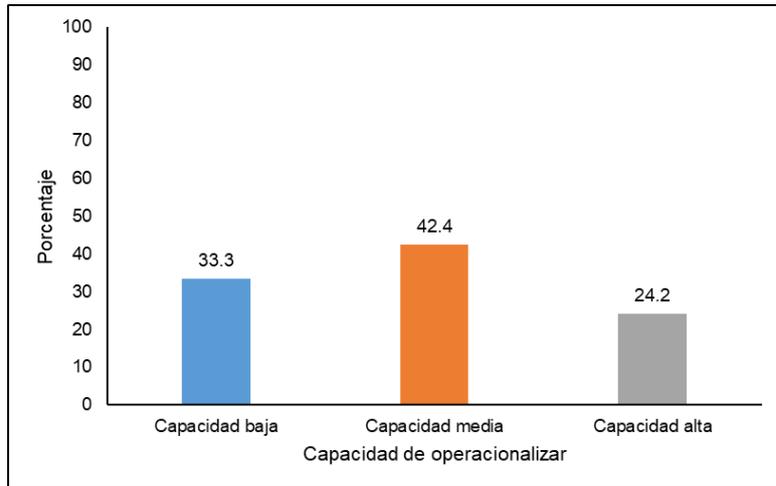


Fuente: Elaboración: Propia

De los 132 pacientes, 36 (27,3%) tenían un bajo componente de poder; 61 (46,2%) componente de poder medio y 35 (26,5%) componente de poder alto.

Figura 13

Capacidad de operacionalizar

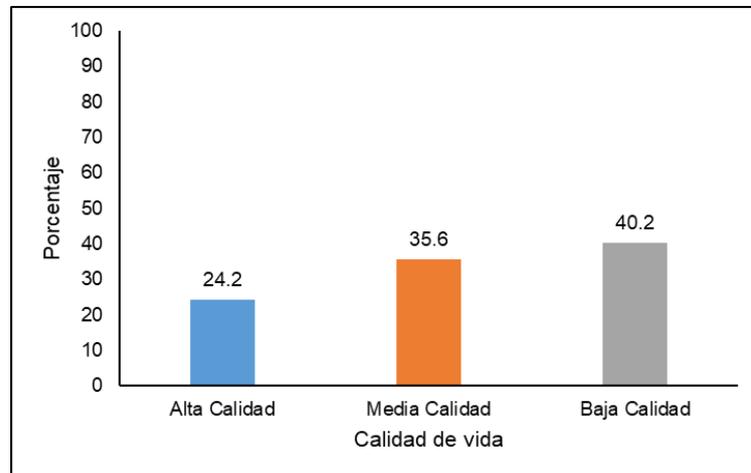


Fuente: Elaboración: Propia

De los 132 pacientes, 44 (33,3%) tenían una capacidad baja de operacionalizar; 56 (42,4%) capacidad media y 32 (24,2%) capacidad alta.

Figura 14

Calidad de vida



Fuente: Elaboración: Propia

De los 132 pacientes, 32 (24,2%) tenían una alta calidad de vida, 47 (35,6%) media calidad de vida y 53 (40,2%) una baja calidad de vida.

5.2. Contrastación de la hipótesis

5.2.1 Prueba de la normalidad

En la Tabla 14 se muestran los resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov (más de 30 datos) donde se aprecia que el valor de p es menor de 0,05; por lo que se puede concluir que los datos no presentan distribución normal, por lo que para el análisis de correlación se realizó la prueba de Spearman, tomando en cuenta para el análisis lo presentado en la Tabla 15.

Tabla 2

Prueba de la normalidad de Kolmogorov-Smirnov

Variable	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Autocuidado	0,114	132	0,000
Capacidades fundamentales y disposición del autocuidado	0,207	132	0,000
Componente de poder	0,237	132	0,000
Capacidad de operacionalizar	0,202	132	0,000
Calidad de vida	0,141	132	0,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

5.2.2 Asociación entre el autocuidado y la calidad de vida

Hipótesis general: Existe relación entre el autocuidado en la salud y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Sisol Camaná, Lima 2022.

Para poner a prueba la hipótesis general, se llevó a cabo la prueba de correlación de Spearman, cuyos resultados en la Tabla 16 indican una correlación negativa considerable de -0,507. Esto sugiere una relación ($p < 0,01$) entre el autocuidado y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión arterial en el área de Cardiología del Hospital Sisol Camaná, Lima, en el año 2020.

Tabla 3

Prueba de hipótesis general

		Calidad de vida
Autocuidado	Coefficiente de correlación	-0,507**
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	132

Fuente: Elaboración: Propia

Hipótesis específica 1: Existe relación entre las capacidades fundamentales y disposición del autocuidado con la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial del Hospital Sisol, Lima 2022.

Para examinar la hipótesis específica 1, se aplicó la prueba de correlación de Spearman, cuyo resultado en la Tabla 17 indica una correlación negativa media de -0,402. Esto conduce a la conclusión de una asociación ($p < 0,01$) entre el autocuidado en la salud, específicamente en la dimensión de capacidades fundamentales y disposición del autocuidado, y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Sisol, Lima, en el año 2022.

Tabla 4
Prueba de hipótesis específica 1

		Calidad de vida
Capacidades fundamentales y disposición del autocuidado	Coeficiente de correlación	-0,402**
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	132

Fuente: Elaboración: Propia

Hipótesis específica 2: Existe relación entre el componente de poder y la calidad de vida en los pacientes con hipertensión arterial del Hospital Sisol, Lima 2022.

La prueba de correlación de Spearman, realizada para evaluar la hipótesis específica 2 y cuyos resultados se reflejan en la Tabla 18, muestra una correlación negativa considerable de -0,601. Esto lleva a la conclusión de una relación ($p < 0,01$) entre el autocuidado en la dimensión componente de poder y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Sisol, Lima, en el año 2022.

Tabla 5
Prueba de hipótesis específica 2

		Calidad de vida
Componente de poder	Coeficiente de correlación	de -0,601**
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	132

Fuente: Elaboración: Propia

Hipótesis específica 3: Existe relación entre la capacidad de operacionalizar con la calidad de vida en los pacientes con hipertensión arterial del Hospital Sisol, Lima 2022.

La prueba de correlación de Spearman, aplicada para probar la hipótesis específica 2 y cuyos resultados se presentan en la Tabla 19, revela una correlación negativa considerable de -0,518. Por consiguiente, se puede concluir que existe relación ($p < 0,01$) entre el autocuidado en la salud según la dimensión capacidad de operacionalizar y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Sisol, Lima, en el año 2022.

Tabla 6
Prueba de hipótesis específica 3

		Calidad de vida
Capacidad de operacionalizar	Coeficiente de correlación	de -0,518**
	Sig. (bilateral)	0,000
	N	132

Fuente: Elaboración: Propia

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En relación al análisis de los datos recabados, se observa, a nivel descriptivo, que de los 132 pacientes atendidos en el Hospital Sisol Camaná de Lima con hipertensión arterial, el 33.3% (44) eran hombres y el 66.7% (88) eran mujeres. En lo que respecta al análisis descriptivo de la variable capacidad de autocuidado, se destaca que el 64.4% (85) de los pacientes presenta un nivel medio en sus capacidades de autocuidado, el 28.8% (38) se encuentra en un nivel bajo, mientras que el 6.8% (9) se sitúa en un nivel alto en términos de autocuidado. Estos resultados concuerdan con la investigación de Justo. B. y Quispe. H. realizada en 2016, donde el 84.6% de los pacientes se ubicaron en un nivel medio de autocuidado

En cuanto a la capacidad de autocuidado, se descubre que en la dimensión de capacidades fundamentales y disposición del autocuidado, el 61.4% (91 pacientes) se sitúa en un nivel medio, el 22.7% (30 pacientes) en un nivel bajo, mientras que el 15.9% (21 pacientes) se ubican en un nivel alto en lo que respecta a sus capacidades fundamentales. Esto implica que más de la mitad de los pacientes se sienten capaces de cuidarse gracias a un buen estado de ánimo, duermen más de 8 horas e invierten tiempo en su propio cuidado. Estos resultados coinciden con los hallazgos de Porras. A. en 2018, quien encontró que solo el 17.3% presentaba niveles óptimos en cuanto a sus prácticas de autocuidado.

En cuanto a la dimensión componente de poder, que mide las habilidades que generan en el paciente la acción del autocuidado, el 46.2% se ubica en un nivel medio, el 27.3% en un nivel bajo, mientras que el 26.5% se ubica en un nivel alto en cuanto a los componentes de poder. Por último, en cuanto a la dimensión capacidad de operacionalizar, que evalúa las habilidades que posee el paciente hipertenso para buscar o tener información sobre aquellas condiciones o situaciones que propician el adecuado autocuidado, se encontró que el 42% (56 pacientes) se ubican en un nivel medio, el 33.3% (44 pacientes) en un nivel

bajo, mientras que el 24.2% (32 pacientes) se ubican en un nivel alto. Estos resultados sobre la capacidad que tienen los pacientes hipertensos de conocer aquellas situaciones que contribuyen con un buen autocuidado coinciden con lo encontrado por Cevallos. M. en 2021, quien en su investigación encontró niveles insuficientes en cuanto a las prácticas de autocuidado por parte de los pacientes hipertensos, quienes en su mayoría no conocían los niveles de su presión, no se medían la presión con regularidad, no conocían los riesgos de la presión y no tenían conocimiento sobre adecuados hábitos alimenticios.

En relación a la variable calidad de vida, se ha encontrado que de los 132 pacientes hipertensos atendidos en el hospital Sisol Camaná, el 40% se ubica en un nivel bajo de calidad de vida, el 35.6% en un nivel medio, mientras que el 24.2% se ubica en un nivel alto de calidad de vida. Estos resultados guardan relación con lo encontrado por Ochoa. M. y Ponce. J. en 2018, quienes, en su investigación sobre el autocuidado y la calidad de vida en pacientes hipertensos, encontraron que tan solo el 24.3% de los pacientes evaluados presenta una adecuada calidad de vida.

En cuanto al objetivo general de la presente investigación, que fue determinar la relación existente entre el autocuidado en la salud y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Sisol, Lima 2022, al realizar la contrastación de las hipótesis y comprobar la relación entre las variables de estudio, utilizando el estadígrafo de correlación rho de Spearman, se obtuvo un coeficiente de correlación de -0.507. Esto indica que existe una correlación negativa de nivel moderado, y una significancia menor a 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna. Por lo tanto, existe una relación entre el autocuidado en la salud y la calidad de vida, y se debe considerar que a mayores niveles de autocuidado, menor es el puntaje alcanzado sobre aquellos indicadores que se relacionan con una mala calidad de vida. Estos resultados coinciden con lo encontrado por Orcón. I, y Soto. E. en 2018, quienes en su investigación sobre cómo se relaciona el

autocuidado en la calidad de vida de pacientes geriátricos con hipertensión encontraron una relación significativa entre las variables, concluyendo que el autocuidado influye en la calidad de vida de los pacientes hipertensos.

El primer objetivo específico buscó, determinar la relación existente entre las capacidades fundamentales y disposición del autocuidado y la calidad de vida. Al comprobar la primera hipótesis específica, se obtuvo un coeficiente de correlación de .0.402, lo cual indica que existe una correlación de tipo negativa moderada entre la dimensión capacidades fundamentales y la calidad de vida. Asimismo, se encontró una significancia (0.000) menor que 0.01, por lo que se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis de investigación. Por lo tanto, se concluye que existe relación entre el autocuidado en la salud según la dimensión capacidades fundamentales y la calidad de vida. Estos resultados están en línea con las propuestas teóricas de Dorotea Orem, quien sostiene que el autocuidado tiene como base el autocuidado universal, el cual incluye aquellas capacidades fundamentales con las que deben contar las personas para poder mantener la salud o ayudar a recuperarla.

En relación al segundo objetivo específico, que fue determinar la relación existente entre el componente de poder y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Sisol, Lima 2022. Se encontró, en base al análisis con el estadígrafo Rho de Spearman, una correlación de -0.601 , lo cual indica una correlación negativa y moderada. Además, la significancia encontrada fue menor a 0.01, aceptando la hipótesis nula. Concluyendo que existe relación entre la dimensión componente de poder y la calidad de vida en los pacientes hipertensos. Considerando que el componente de poder involucra aquellas acciones o conductas que llevan al paciente a cuidarse a sí mismo, estos resultados guardan relación con los resultados encontrados por Flores. D. y Guzmán. F. en 2018, quienes, en su investigación sobre el autocuidado en pacientes hipertensos, encontraron que

aquellos con niveles bajos de autocuidado solían descuidar aspectos como el consumo de sal, el consumo de frutas o verduras.

Por último, en relación al tercer objetivo específico, que fue determinar la relación existente entre la capacidad de operacionalizar y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Sisol, Lima 2022. Al hacer el análisis, se encontró una correlación de -0.518, que indica una correlación moderada de tipo negativa. A su vez, la significancia (0.000) fue menor que 0.01, por lo que se rechazó la hipótesis nula y se aceptó la hipótesis alterna. Por lo tanto, se concluye que existe relación significativa entre la dimensión capacidad de operacionalizar y la calidad de vida en los pacientes hipertensos.

CONCLUSIONES

1. Se concluye que existe una relación significativa de tipo negativa, entre el autocuidado en la salud y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Sisol, Lima 2022. Por lo que, a mayor nivel de autocuidado, menores serán los indicadores de una inadecuada calidad de vida.
2. Se demuestra la existencia de una relación significativa de tipo negativa y moderada entre la dimensión capacidades fundamentales y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Sisol, Lima 2022.
3. Se encontró una relación negativa moderada entre la dimensión componente de poder y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Sisol, Lima 2022.
4. Se evidencia una relación negativa moderada entre la dimensión capacidad de operacionalizar y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Sisol, Lima 2022.
5. A nivel descriptivo el 64.4% de los pacientes se ubica en un nivel medio de autocuidado en la salud, mientras que según la variable calidad de vida el 40.2% se ubica en un nivel bajo.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al área de Cardiología del Hospital SISOL, reforzar a través de capacitaciones o charlas los beneficios del autocuidado en la salud a los pacientes con hipertensión que llevan tratamiento en su servicio, con el fin de poder prevenir futuras complicaciones en la calidad de vida de los pacientes,
2. Se recomienda complementar el tratamiento de los pacientes hipertensos, con el uso de herramientas psicoeducativas a fin que se puedan detectar y prevenir aquellos factores de tipo emocional o psicológico que puedan estar afectando la calidad de vida de los pacientes hipertensos.
3. Considera realizar investigaciones adicionales sobre la relación entre el autocuidado en la salud y la calidad de vida en los pacientes de otras especialidades del Hospital SISOL, con el fin de poder conocer cómo se comporta la variable con otras enfermedades crónicas, y así poder implementar políticas o procedimientos en torno a mejorar esta problemática.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión [Internet]. 2021 agos 25 [Consultado 2021 nov 15]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
2. Organización Mundial de la Salud. Las 10 principales causas de defunción [Internet]. 2020 dic 9 [Consultado 2021 nov 15]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
3. Organización Mundial de la Salud. Más de 700 millones de personas con hipertensión sin tratar [Internet]. 2021 agos 25 [Consultado 2021 nov 16]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/25-08-2021-more-than-700-million-people-with-untreated-hypertension>
4. Organización Panamericana de la Salud. Hipertensión [Internet]. 2021 nov 16 [Consultado 2021 nov 16]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>
5. Piña-Pozas M, Araujo-Pulido G y Castillo-Castillo. Hipertensión arterial un problema de salud pública en México [Internet]. 2020 jul 21 [Consultado 2021 nov 17] Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/5398-hipertension-arterial-problema-salud-publica.html>
6. Sociedad Argentina de Cardiología. Preocupa la presión arterial elevada en Latinoamérica [Internet]. 2021 nov 17 [Consultado 2021 nov 17] Disponible en: http://www.wikicardio.org.ar/wiki/Preocupa_la_presi%C3%B3n_arterial_elevada_en_Latinoam%C3%A9rica
7. Ministerio de Salud. En el Perú cuatro millones de personas tienen hipertensión arterial. [Internet] 2019 may 17 [Consultado 2021 nov 18] Disponible en:

- <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/28476-en-el-peru-cuatro-millones-de-personas-tienen-hipertension-arterial>
8. Romero M., Avendaño-Olivares J., Vargas-Fernandez R y Runzer-Colmenares R. Diferencias según sexo en los factores asociados a hipertensión arterial en el Perú: Análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017. An Fac med [Internet]. 2019 [Consultado 2021 nov 18]; 81(1):33-9. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v81n1/1025-5583-afm-81-01-00033.pdf>
 9. Centro Nacional de Planeamiento Estratégico. Informe Nacional: Perú a mayo 2020 La Protección de la Vida en la Emergencia y Después. Perú: CEPLAN; 2020. [Consultado 2021 nov 20]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1206497/Informe_Nacional_Peru_a_mayo_2020_-_II_INV_Peru_-_Ceplan_20200805.pdf
 10. Organización Mundial de la Salud. Intervenciones de autoasistencia para la salud. [Internet]. 2021 nov 20. [Consultado 2021 nov 20] Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/self-care#tab=tab_1
 11. Castro-Serralde E. Consejería personalizada de enfermería para la mejora del cumplimiento terapéutico, calidad de vida y cifras tensionales en el paciente hipertenso. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. [Internet]. 2018. [Consultado 2021 nov 22]; 26(1):4-15. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim181b.pdf>
 12. Arce P, y Ballón J. Intervención en enfermería según el modelo de Dorothea Orem en la calidad de vida de usuarios del centro de hemodiálisis Sermedial SAC. Arequipa 2019. [Pregrado]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2019. Disponible en:

- <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/10407/ENarxop%26bariyr.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
13. Ochoa M, y Ponce J. Autocuidado y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con hipertensión arterial del policlínico Metropolitano Essalud, Huancayo, 2018. [Pregrado]. Universidad Peruana los Andes; 2019. Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1098/TESIS%20FINAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 14. Orcón I, y Soto E. Autocuidado y calidad de vida en pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia del hospital regional clínico quirúrgico Daniel Alcides Carrión, Huancayo – 2017. [Pregrado]. Universidad Nacional del Callao; 2018. Disponible en: http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/3099/Orcon%20y%20Soto_TESIS2DA_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 15. Justo B, y Quispe H. Autocuidado y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial. Microred edificadores Misti-Minsa Arequipa, 2016. [Pregrado]. Universidad Nacional San Agustín de Arequipa; 2016. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/1799/ENjucab.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 16. Mayta Y. Relación entre el conocimiento de hipertensión y el autocuidado en pacientes hipertensos del Centro de Salud Hunter. Arequipa 2017. [Pregrado]. Universidad Alas Peruanas; 2018. Disponible en: https://repositorio.uap.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12990/3723/Tesis_Pacientes_Hipertensi%20c3%b3n.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 17. Porras A. Conocimiento y práctica de autocuidado domiciliario en pacientes adultos con hipertensión arterial, atendidos en el Centro Médico Comunidad Saludable.

- diciembre 2017-abril 2018. [Pregrado]. Universidad San Pedro; 2018. Disponible en:
http://repositorio.usanpedro.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/11806/Tesis_60690.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Cevallos M. Prácticas de autocuidado en pacientes hipertensos ciudadela Bellavista Jipijapa. [Pregrado]. Universidad Estatal del Sur de Manabí; 2021. Disponible en:
<http://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/3323/1/CEVALLOS%20PEREZ%20MARIA%20JOSE.pdf>
19. Flores D, y Guzmán F. Factores condicionantes básicos en el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial del Hospital Santa Barbara. Revista Ciencia, Tecnología e Innovación [Internet]. 2018. [Consultado 2021 dic 01]; 16(17) 991-1000. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/rcti/v16n17/v16n17_a04.pdf
20. Alvarado-Guzmán M, y Amaya J. Autocuidado relacionado con la calidad de vida en pacientes con cardiopatía isquémica. Revista de enfermería neurológica [Internet]. 2019. [Consultado 2021 dic 02]; 19(1) 3-14. Disponible en: <https://www.revenferneurolenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/280/317>
21. Coro V, y Procel J. Dimensión de autocuidado para la atención paliativa al adulto hipertenso Pungala – Puruhuay, 2017. [Pregrado]. Universidad Nacional de Chimborazo; 2017. Disponible en:
<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/4191/1/UNACH-EC-FCS-ENF-2017-0013.pdf>
22. Molano D. Relación agencia de autocuidado y calidad de vida en personas con insuficiencia cardíaca. [Pregrado]. Universidad Nacional de Colombia; 2019. Disponible en:

- <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/69845/DianaMolano.2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Polo V, Martínez F, Vega M, Vargas Y, Laverde L, y Tafurt Y. Factores de Riesgo asociados a la Hipertensión Arterial en adultos. *Revista Navarra Médica*. [Internet]. 2018. [Consultado 2021 dic 03]; 4 (1) 32-39. Disponible en: <https://journals.uninavarra.edu.co/index.php/navarramedica/article/view/a4-v4-n1-2018/17>
24. Rosas A. *Hipertensión Arterial Esencial*. Mexico: Asecom; 2017.
25. Tagle R. Diagnóstico de hipertensión arterial. *Rev. Med. Clin. Condes*. [Internet]. 2018. [Consultado 2021 dic 05]; 29 (1) 12-20. Disponible en: <http://residenciamflapaz.com/Articulos%20Residencia%2017/138%20HAS%202018.pdf>
26. Mancia G, Spiering W, Agabiti E, Azizi M, Bunier M, Clement D, et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev Esp Cardio*. [Internet]. 2019. [Consultado 2021 dic 06]; 72 (2) 160-178. Disponible en: <http://samin.es/wp-content/uploads/2019/03/Gui%CC%81as-Europeas-HTA-2018.pdf>
27. Gijón-Conde T, Gorostidi M, Camafort M, Abad-Cardiel M, Martín-Rioboo, Morales-Olivas F, et al. Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial. *Hipertensión y riesgo*. [Internet]. 2018. [Consultado 2021 dic 07]; 35 (3) 119-129. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.hipert.2018.04.001>

28. Berenguer J. Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. *Medisan*. [Internet]. 2016. [Consultado 2021 dic 08]; 20(11) 24-34. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v20n11/san152011.pdf>
29. Espinoza S, y Flores P. Nivel de conocimiento sobre el autocuidado en el paciente con enfermedad hipertensiva del consultorio externo de cardiología de un hospital nivel III- Minsa. [Pregrado]. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2016. Disponible en: <https://cutt.ly/JUNzRqR>
30. Soto E, Martínez-Meco G, y Abellán G. Factores de riesgo cardiovascular: Hipertensión Arterial y Dislipemias. *Tratado de geriatría para residentes*. [Internet]. 2017. [Consultado 2021 dic 09]; 297-311.
31. Naranjo-Hernández Y. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem. *Rev. Arch Med Camagüey*. [Internet]. 2019. [Consultado 2021 dic 10]; 23 (6) 814 – 825. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/6525/3459>
32. Dandicourt-thomas C. Modelos de enfermería relacionados con el cuidado preventivo orientado a la comunidad y la familia. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. 2019 [citado 6 Ene 2022]; 34 (4) Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2318>
33. Organización Panamericana de la Salud. Séptimo Informe del Comité Nacional Conjunto de los Estados Unidos de América sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. [Internet]. 2021 dic 15. [Consultado 2021 dic 05]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/JNC7_interactivo.pdf
34. Prado L, Gonzales M, Paz N, y Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev. Med. Electron*.

- [Internet]. 2014. [Consultado 2021 dic 10]; 36 (6) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1684-18242014000600004
35. Rodriguez-Diaz J, Galvan-Lopez G, Pacheco-Lombeida M, y Parcon-Bitanga M. Rev. Arch Med Camagüey. [Internet]. 2019. [Consultado 2021 dic 17]; 23 (1). Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/6009/3267>
36. Vega O, y Gonzales D. Teoría del déficit de autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. Ciencia y cuidado. [Internet]. 2007. [Consultado 2021 dic 18]; 4 (4). Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/919/867>
37. Naranjo Y, Concepción J, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana. [Internet]. 2017. [Consultado 2021 dic 19]; 19 (3). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/espirituana/gme-2017/gme173i.pdf>
38. Enfermería Actual. Dominios y Clases. [Internet]. 2021 dic 22. [Consultado 2021 dic 22]. Disponible en: <https://enfermeriaactual.com/dominios-y-clases/>
39. Caceres-Manrique F, Parra-Prada L, y Pico-Espinosa O. Calidad de vida relacionada con la salud en población general de Bucaramanga, Colombia. Rev. Salud Pública. [Internet]. 2018. [Consultado 2021 dic 22]; 20(2) 147-154. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2018.v20n2/147-154/es>
40. Monleon M. El autocuidado analgésico. Revista de la Sociedad Española del Dolor. [Internet]. 2018. [Consultado 2021 dic 22]; 21 (1). Disponible en: https://www.resed.es/Ficheros/542/3/13_CD_Monelon.pdf
41. Salcedo-Álvarez R, González-Caamaño B, Jiménez A, Nava V, Cortes D, Eugenio M. Autocuidado para el control de la hipertensión arterial en adultos mayores ambulatorios: una aproximación a la taxonomía. Enfermería Universitaria. [Internet].

2012. [Consultado 2021 dic 22]; 9(3) 25-43. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358733501004>
42. Garcilazo M. Capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. En un centro de salud de san juan de Miraflores 2014. [Pregrado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4131/G%20arcilazo_sm.pdf?sequence=1
43. Reyes-Soto D, Delgado-Floody P, Martinez-Salazar C, García-Pinillos F. Calidad de vida relacionada con la salud, variables psicosociales y rendimiento académico en mujeres de edad escolar practicantes de danza. Un estudio comparativo. *Nutr Hosp.* [Internet]. 2019.[Consultado 2021 dic 22]; 36 (6) 1368-1374. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v36n6/1699-5198-nh-36-6-1368.pdf>
44. Lemus N, Parrado R, y Quintana G. Calidad de vida en el sistema de salud. *Revista Colombiana de Reumatología.* [Internet]. 2014. [Consultado 2021 dic 23]; 21 (1) 1-3. Disponible en: DOI: 10.1016/S0121-8123(14)70140-9
45. Sanchez C. Metodología y Diseños en la Investigación Científica. Business Support Aneth.Lima.5ta.ed 2017.
46. Hernandez R, Fernandez C, y Baptista P. Metodología de la Investigación. 6t. ed. México: Mc Graws Hill Education; 2014
47. Sánchez H, Reyes C, y Mejía K. Manual de términos de investigación científica, tecnológica y humanística. 1 era. Ed. Perú: Universidad Ricardo Palma. 2018
48. Vara A. 7 pasos para elaborar una tesis. 1era. Ed. Lima: Editorial Macro; 2015.
49. Tinoco C. Self-care agency in older adults with arterial hypertension at the Collique III Zone Health Center. Comas, 2018.. [Pregrado] Universidad Cesar Vallejo; 2018.

- Disponible en:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/18053/Tinoco_VCB.pdf?sequence=1&isAllowed=y
50. Astonitas L. Quality of life in elderly individuals with arterial hypertension treated at the elderly care office of the Proceres Polyclinic, Santiago Surco, Lima. – 2019. [Pregrado]. Universidad Norbert Wiener; 2020. Disponible en: http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3752/TESIS_ASTONITAS%20QUINTANA_LEYLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
51. Tinoco C. Capacidad de agencia de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de salud Collique III Zona. Comas, 2018. Tesis de pregrado. Universidad César Vallejo; 2018.
52. Achury D, Sepulveda G, Rodriguez S. Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. [Internet]. 2009 [Consultado 2021 dic 22]; 11 (2) 9-25. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145220480002.pdf>
53. Universidad Peruana Los Andes. Reglamento General de Investigación. [Internet]. 2021 dic 22. [Consultado el 2021 dic 22].

ANEXOS

Anexo 01: Matriz de consistencia

AUTOCUIDADO EN LA SALUD RELACIONADO A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL HOSPITAL SISOL, LIMA 2022.

Problemas	Objetivos	Hipótesis	Metodología
<p>Problema General ¿Cuál es la relación que existe entre el autocuidado en la salud y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Sisol, Lima 2022?</p> <p>Problemas Específicos ¿Cuál es la relación que existe entre el autocuidado en la salud referente a la dimensión capacidades fundamentales y disposición del autocuidado, componente de poder, capacidad de operacionalizar y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Sisol, Lima 2022?</p>	<p>Objetivo General: Determinar la relación existente entre el autocuidado en la salud y la calidad de vida en pacientes con Hipertensión Arterial en el Hospital Sisol, Lima 2022.</p> <p>Objetivos Específicos: Establecer la relación que existe entre el autocuidado en la salud referente a la dimensión capacidades fundamentales y disposición del autocuidado, componente de poder, capacidad de operacionalizar y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Sisol, Lima 2022.</p>	<p>Hipótesis General Existe relación entre el autocuidado en la salud y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Sisol Camaná, Lima 2022.</p> <p>Hipótesis Específicas Existe relación entre el autocuidado en la salud referente a la dimensión capacidades fundamentales y disposición del autocuidado, componente de poder, capacidad de operacionalizar y la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Sisol, Lima 2022</p>	<p>Método general: Método científico</p> <p>Métodos específicos: Inductivo, de enfoque cuantitativo, estadístico - inferencial</p> <p>Tipo de investigación: Básica</p> <p>Nivel de investigación: Relacional</p> <p>Diseño de investigación: Correlacional</p> <p>Población: Fueron 200 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial</p> <p>Muestra: 132 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial</p> <p>Técnica: Encuesta para ambas variables</p> <p>Instrumento: Cuestionarios</p>

Anexo 02

Matriz de operacionalización de la variable

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Escala de medición
Autocuidado	<p>El autocuidado se caracteriza por ser una conducta consciente centrada en el yo, una actividad que sigue un patrón y una secuencia. Al realizarse efectivamente, contribuye de manera específica al bienestar integral, al desarrollo y al manejo del ser humano.</p>	<p>Capacidades fundamentales: Evalúa las destrezas fundamentales de un individuo, tales como la percepción, orientación y memoria.</p> <p>Componentes de poder: Evalúa las habilidades que motivan al individuo a tomar medidas para cuidarse a sí mismo.</p> <p>Capacidad para operacionalizar: Evalúa las habilidades del individuo para investigar y comprender tanto las condiciones personales como del entorno, las cuales son relevantes para su autocuidado.</p>	<p>Capacidades fundamentales y disposición del autocuidado</p>	<p>Nunca = 1 Casi Nunca = 2 A veces = 3 Casi Siempre = 4 Siempre = 5</p>
			<p>Componente de poder</p>	
			<p>Capacidad de operacionalizar</p>	

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Escala de medición
<p>Calidad de vida</p>	<p>Se refiere al nivel subjetivo de bienestar que está vinculado con la falta de síntomas, el estado psicológico y las acciones que se planea llevar a cabo.</p>	<p>Se trata de la valoración de la salud que experimenta una persona, considerando tanto datos objetivos como subjetivos, específicamente en pacientes con hipertensión arterial en el área de cardiología del Hospital Sisol, Camaná. Esta evaluación se reflejará en el estado de ánimo y las manifestaciones somáticas, y se medirá a través del cuestionario Minichal.</p>	<p>Estado de Ánimo</p>	<p>De ninguna manera SÍ, en pequeña medida SÍ, en gran medida SÍ, considerablemente</p>
			<p>Manifestaciones somáticas</p>	

Anexo 03
Operacionalización del instrumento

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición
Autocuidado	Capacidades fundamentales y disposición del autocuidado	Habilidades básicas que tiene la persona, como la percepción, orientación o memoria	1,2,3	POSIBLES VALORES <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nunca = 1 ▪ Casi Nunca = 2 ▪ A veces = 3 ▪ Casi Siempre = 4 ▪ Siempre = 5 BAREMO <ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacidad de autocuidado alta: 71 - 80 ▪ Capacidad de autocuidado media: 61 - 70 ▪ Capacidad de autocuidado baja: 51 - 60
	Componente de poder	Habilidades que impulsan en la persona la acción de cuidarse a sí mismo.	4,5,6,7	
	Capacidad de operacionalizar	Habilidades que tiene la persona para investigar sobre condiciones propias como del medio ambiente, las cuales son significativas para su autocuidado.	,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17	

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Valores
Calidad de vida	Estado de ánimo	<ul style="list-style-type: none"> • Sensación de malestar. • Falta de capacidad para disfrutar de las actividades cotidianas. • Fatiga y debilidad. • Percepción de una lucha constante. • Sensación de agobio y tensión. • Dificultad para la toma de decisiones. • Sentimiento de inutilidad en la vida. • Problemas para entenderse con los demás. • Dificultades en las relaciones sociales. • Trastornos del sueño. • Adormecimiento en el cuerpo. • Dolor en el pecho. • Sequedad en la boca. • Aumento de la frecuencia urinaria. • Edema en los tobillos. • Dificultad para respirar y sensación de falta de aire. 	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No, absolutamente (0) ▪ Si, poco (1) ▪ Si, bastante (2) ▪ Si, mucho (3)
	Manifestaciones Somáticas		,11,12,13,14,15,16	

Anexo 04

Instrumentos de recolección de datos

Cuestionario de Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial

Instrucciones: a continuación, se presenta una relación de afirmaciones sobre diversas vivencias personales, marcar la opción de repuestas que más se aproxima a su realidad personal según la escala que se presenta a continuación:

Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1	2	3	4	5

No existen respuestas correctas o incorrectas; la encuesta es anónima.

AFIRMACIONES	Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
CAPACIDADES FUNDAMENTALES	1	2	3	4	5
1. Siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual.		X			
2. Cuando duermo 6-8 horas diarias, me siento descansado.			X		
3. Invierto tiempo en mi propio cuidado.			X		
COMPONENTES DE PODER					
4. Considero importante realizar ejercicio			X		
5. Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad			X		
6. Considero que conozco cómo actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial.			X		
7. Cuando inicio un nuevo medicamento solicito al profesional de enfermería me proporcione información necesaria sobre la correcta administración.			X		
CAPACIDAD PARA OPERACIONALIZAR					
8. Considero que la cantidad máxima de sal que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son 2 cucharaditas de sal.			X		
9. Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas.		X			
10. Considero que el profesional de enfermería me escucha y aclara mis inquietudes.			X		
11. Conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad.				X	

12. Camino diariamente como mínimo 30 minutos			X		
13. Realizo cambios según las necesidades, para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad			X		
14. Realizo cambios en mi dieta para mantener un adecuado peso.			X		
15. Evalúo si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar y el de mi familia.		X			
16. Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas.			X		
17. Siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual.			X		

Cuestionario de calidad de vida en la hipertensión arterial, en su versión reducida (Mini-CHAL),

Instrucciones: a continuación, se presenta una relación de afirmaciones sobre diversas vivencias personales, marcar la opción de repuestas que más se aproxima a su realidad personal según la escala que se presenta a continuación:

No, absolutamente	Sí, poco	Sí, bastante	Sí, mucho
0	1	2	3

No existen respuestas correctas o incorrectas; la encuesta es anónima.

CUESTIONARIO MINICHAL

INTRUCCIONES

Marque con una X la opción que mejor corresponda a cada pregunta. No marcar más de 2 repuestas en cada pregunta.

	No en lo absoluto	Si algo	Si bastante	Si mucho
1. ¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño?		X		
2. ¿Ha tenido dificultades para continuar con sus relaciones sociales habituales?	X			
3. ¿Le ha resultado difícil entenderse con la gente?	X			
4. ¿Siente que no está jugando un papel útil en la vida?		X		
5. ¿Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas?	X			
6. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?		X		
7. ¿Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua?		X		
8. ¿Se siente incapaz de disfrutar sus actividades habituales de cada día?	X			
9. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas?		X		
10. ¿ha tenido la sensación de que estaba enfermo?		X		
11. ¿Ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente?	X			
12. ¿Se han hinchado los pies?	X			
13. ¿Ha notado que orina mas a menudo?	X			
14. ¿Ha notado sequedad en la boca?	X			
15. ¿Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo?	X			
16. ¿Ha notado una sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo?		X		

Anexo 05

Validez del instrumento

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO: AUTOCUIDADO EN LA SALUD RELACIONADO A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL HOSPITAL SISOL, LIMA 2022

Nº	PREGUNTA	JURADO		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	El instrumento responde al planteamiento del problema	X		
2	El instrumento persigue los fines los fines de los objetivos generales	X		
3	El instrumento persigue los fines los fines de los objetivos específicos	X		
4	Las dimensiones que se han tomado en cuenta son adecuadas para la realización del instrumento	X		
5	El instrumento responde a la operacionalización de las variables	X		
6	La escala utilizada es correcta	X		
7	Los reactivos siguen un orden lógico	X		
8	Los ítems están redactados en forma clara y precisa	X		
9	El número de ítems que cubre cada dimensión es el correcto	X		
10	Se deben considerar otros ítems		X	

Sugerencias: _____

Datos del validador: Eva Luisa Núñez Palacios

Título o grado académico: Magister



DNI: 20722233
CEP: 36551

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO: AUTOCUIDADO EN LA SALUD RELACIONADO A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL HOSPITAL SISOL, LIMA 2022

Nº	PREGUNTA	JURADO		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	El instrumento responde al planteamiento del problema	X		
2	El instrumento persigue los fines los fines de los objetivos generales	X		
3	El instrumento persigue los fines los fines de los objetivos específicos	X		
4	Las dimensiones que se han tomado en cuenta son adecuadas para la realización del instrumento	X		
5	El instrumento responde a la operacionalización de las variables	X		
6	La escala utilizada es correcta	X		
7	Los reactivos siguen un orden lógico	X		
8	Los ítems están redactados en forma clara y precisa	X		
9	El número de ítems que cubre cada dimensión es el correcto	X		
10	Se deben considerar otros ítems		X	

Sugerencias: _____

Datos del validador: Margoth Marleny Aguilar Cuevas

Título o grado académico: Doctora en Educación



DNI: 19930095

FORMATO DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS SEGÚN JUICIO DE EXPERTOS

TÍTULO: AUTOCUIDADO EN LA SALUD RELACIONADO A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL HOSPITAL SISOL, LIMA 2022

Nº	PREGUNTA	JURADO		OBSERVACIONES
		SI	NO	
1	El instrumento responde al planteamiento del problema	X		
2	El instrumento persigue los fines los fines de los objetivos generales	X		
3	El instrumento persigue los fines los fines de los objetivos específicos	X		
4	Las dimensiones que se han tomado en cuenta son adecuadas para la realización del instrumento	X		
5	El instrumento responde a la operacionalización de las variables	X		
6	La escala utilizada es correcta	X		
7	Los reactivos siguen un orden lógico	X		
8	Los ítems están redactados en forma clara y precisa	X		
9	El número de ítems que cubre cada dimensión es el correcto	X		
10	Se deben considerar otros ítems		X	

Sugerencias: _____

Datos del validador: Nelly Ninfa Canchari Zambrano

Título o grado académico: Maestro en Gestión Empresarial



DNI: 20063091

CEP: 2743

Anexo 06

Análisis de Confiabilidad del instrumento

Confiabilidad de los instrumentos.

Instrumento/dimensión	Alfa de Cronbach
Instrumento 1. Encuesta Capacidad de Agencia de Autocuidado en el Paciente Hipertenso.	0,93
Instrumento 2: MINICHAL (Calidad de Vida)	0,95

Anexo 07

Carta de aceptación para la realización de la investigación

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

MC = M.C WILLY DIAZ ALVA
DIRECTOR SISOL CAMANA

DE : Sta. Ba rrientos Olivera Peggy Maisy
Bachiller en Enfermería

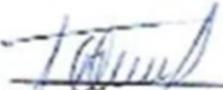
FECHA : Lima 25 de Julio 2022

Presente:

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para saludarlos cordialmente a la vez presentarme soy la Srta Peggy Maisy Barrientos Olivera, identificada con DNI N° 47512672, quien solicita ejecutar la recolección de datos para mi proyecto de investigación titulado: "AUTOCUIDADO EN LA SALUD RELACIONADO A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL HOSPITAL SISOL, LIMA 2022" para obtener el grado de Lic. Enfermería.

A su vez adjunto proyecto de investigación para que pueda ser evaluada por usted, agradezco la atención prestada esperando una pronta respuesta.


Sta Barrientos Olivera Peggy Maisy
DNI: 47512672



Lima, 25 de Julio 2022.

CARTA N° 004-2021-SC-GSS-SISOL/MML

Srita: Barrientos Olivera Peggy Maisy

Presente.-

ASUNTO: Autocuidado en la Salud Relacionada a la Calidad de Vida en Pacientes con Hipertensión Arterial en el Hospital SISOL, Lima 2022.

REFERENCIA: Carta S/N 25 de Julio 2022

De nuestra especial consideración:

Por medio del presente, lo saludamos cordialmente y en atención a la solicitud de la referencia, se autoriza al investigador principal ejecutar la recolección de datos para su proyecto **Autocuidado en la Salud Relacionada a la Calidad de Vida en Pacientes con Hipertensión Arterial en el Hospital SISOL, Lima 2022**, en el SISOL Salud Camaná.

Sin otro particular quedamos de usted.

Atentamente,



MUNICIPALIDAD METROPOLITANA DE LIMA
Sistema de Coordinación de Salud - SISOL
M.C. WILLY DIAZ ALVA
DIRECTOR

Anexo 8
Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente trabajo de investigación lleva como título: Autocuidado en la salud relacionado a la calidad de vida en pacientes con Hipertensión Arterial en el Hospital Sisol, Lima 2022", desarrollado por los egresados de enfermería de la Universidad Peruana Los Andes de la Facultad de Ciencias de la Salud.

La participación para este estudio es completamente voluntaria y confidencial. La información que usted nos pueda brindar, será manejada confidencialmente, pues solo los investigadores tendrán acceso a esta información, por tanto, estará protegida. La aplicación del instrumento tiene una duración aproximada de 20 minutos y consiste en dos cuestionarios, cuyo objetivo es: Determinar la asociación entre la calidad de vida en pacientes con hipertensión. Esta información será analizada por la bachiller de Enfermería de la Universidad Peruana Los Andes. Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre este trabajo de investigación, por favor comuníquese con Peggy Maisy Barrientos Olivera. (Maisy_b.o@live.com).

DECLARACIÓN: Declaro mediante este documento que he sido informado plenamente sobre el trabajo de investigación, así mismo se me informó del objetivo del estudio y sus beneficios, se me ha descrito el procedimiento y me fueron aclaradas todas mis dudas, proporcionándome el tiempo suficiente para ello. En consecuencia, doy mi consentimiento para la participación en este estudio.

Wendoly Elizabeth Pascini de Lopez C.E 003946966
.....
NOMBRE Y APELLIDO DEL PARTICIPANTE DNI

[Firma]
.....
FIRMA

Lima 12 de Junio del 2021

FIRMA DE INVESTIGADOR

[Firma]
.....
Barrientos Olivera Peggy Maisy
N° DNI: 47512672

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente trabajo de investigación lleva como título: Autocuidado en la salud relacionado a la calidad de vida en pacientes con Hipertensión Arterial en el Hospital Sisol, Lima 2022", desarrollado por los egresados de enfermería de la Universidad Peruana Los Andes de la Facultad de Ciencias de la Salud.

La participación para este estudio es completamente voluntaria y confidencial. La información que usted nos pueda brindar, será manejada confidencialmente, pues solo los investigadores tendrán acceso a esta información, por tanto, estará protegida. La aplicación del instrumento tiene una duración aproximada de 20 minutos y consiste en dos cuestionarios, cuyo objetivo es: Determinar la asociación entre la calidad de vida en pacientes con hipertensión. Esta información será analizada por la bachiller de Enfermería de la Universidad Peruana Los Andes. Si tiene alguna pregunta o desea más información sobre este trabajo de investigación, por favor comuníquese con Peggy Maisy Barrientos Olivera. (Maisy_b.o@live.com).

DECLARACIÓN: Declaro mediante este documento que he sido informado plenamente sobre el trabajo de investigación, así mismo se me informó del objetivo del estudio y sus beneficios, se me ha descrito el procedimiento y me fueron aclaradas todas mis dudas, proporcionándome el tiempo suficiente para ello. En consecuencia, doy mi consentimiento para la participación en este estudio.

NOMBRE Y APELLIDO DEL PARTICIPANTE

47097038

DNI

FIRMA

Lima, 12 de Junio del 2022

FIRMA DE INVESTIGADOR

Barrientos Olivera Peggy Maisy
N° DNI: 47512672

Anexo 9
Declaración de confidencialidad

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, ~~Pegy~~ ~~Maisy~~ Barrientos Olivera identificado (a) con DNI N° 47512672 estudiante/docente/egresado la escuela profesional de Enfermería, vengo implementando el proyecto de investigación titulado: "AUTOCUIDADO EN LA SALUD RELACIONADO A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL HOSPITAL SISOL, LIMA 2022", en ese contexto declaro bajo juramento que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la identidad de los participantes serán preservados y serán usados únicamente con fines de investigación de acuerdo a lo especificado en los artículos 27 y 28 del Reglamento General de Investigación y en los artículos 4 y 5 del Código de Ética para la investigación Científica de la Universidad Peruana Los Andes , salvo con autorización expresa y documentada de alguno de ellos.

Huancayo, 10 de mayo 2023




Barrientos Olivera Pegy Maisy
N° DNI: 47512672

Apellidos y nombres: Barrientos Olivera Pegy Maisy
Responsable de investigación

Anexo 10
Compromiso de autoría

COMPROMISO DE AUTORÍA

En la fecha, 05 de junio yo Peggy Maisy Barrientos Olivera, identificado con DNI N° 47512672, domiciliado en San Miguel. de Mangomarca Mz b Lot 18 San Juan de Lurigancho - Lima, estudiante de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Los Andes, me COMPROMETO a asumir las consecuencias administrativas y/o penales que hubiera lugar si en la elaboración de mi investigación titulada: "AUTOCUIDADO EN LA SALUD RELACIONADO A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL HOSPITAL SISOL, LIMA 2022", se haya considerado datos falsos, falsificación, plagio, auto plagio, etc. y declaro bajo juramento que el trabajo de investigación es de mi autoría y los datos presentados son reales y he respetado las normas internacionales de citas y referencias de las fuentes consultadas.

Huancayo, 05 de junio 2023


Barrientos Olivera Peggy Maisy
N° DNI: 47512672

Peggy Maisy Barrientos Olivera

DNI N°: 47512672

Anexo 11 Base de datos

	EDAD	SEXO	NIVEL DE INSTRUCCIÓN	ESTADO CIVIL	CONDICION DE OCUPACION	CUIDADOR	AC1	AC2	AC3	AC4	AC5	AC6	AC7	AC8	AC9	AC10	AC11	AC12	AC13	AC14	AC15	AC16	AC17	CV1	CV2	CV3	CV4	CV5	CV6	CV7	CV8	CV9	CV10	CV11	CV12	CV13	CV14	CV15	CV16				
1	18-35	masculino	Superior Universitario	conviviente	eventual	conyuque	3	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
2	60 a mas	masculino	Secundaria	casado	sin ocupacion	conyuque	1	2	3	3	1	2	4	3	2	3	2	2	3	3	3	3	3	2	2	0	1	1	2	3	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1			
3	60 a mas	masculino	sin nivel	casado	sin ocupacion	otro familiar	3	3	3	2	1	1	4	1	4	3	3	3	1	2	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
4	60 a mas	masculino	Secundaria	separado	eventual	otro familiar	1	2	2	3	1	2	4	3	4	4	2	3	3	3	4	3	3	3	3	3	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1		
5	60 a mas	masculino	sin nivel	conviviente	trabajador eventual	conyuque	4	3	3	4	1	3	4	4	4	4	3	3	4	4	4	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1		
6	35-55	masculino	Superior Universitario	conviviente	trabajador eventual	conyuque	4	1	1	1	4	1	4	4	4	3	3	3	1	1	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
7	35-55	masculino	Superior Universitario	separado	trabajador eventual	conyuque	1	1	1	1	1	1	4	1	4	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	0	0	0	1	2	3	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1		
8	35-55	masculino	Superior Universitario	separado	trabajador eventual	conyuque	5	2	1	1	1	1	4	1	4	3	3	3	1	1	3	3	3	1	1	1	0	0	1	0	1	0	1	2	1	2	0	1	1	1	1		
9	18-35	femenino	Superior no Universitario	soltera	trabajador eventual	conyuque	1	2	1	1	1	1	1	2	3	3	1	1	1	3	3	1	1	3	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1		
10	18-35	femenino	Superior no Universitario	soltera	trabajador eventual	conyuque	1	2	2	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	3	3	2	3	2	2	0	0	1	0	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1			
11	18-35	femenino	Superior no Universitario	conviviente	trabajador eventual	conyuque	5	4	3	5	5	3	3	4	3	4	3	5	4	3	4	2	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1		
12	60 a mas	femenino	sin nivel	conviviente	sin ocupacion	conyuque	4	4	3	4	1	3	4	4	4	2	3	1	1	3	2	3	2	2	1	0	0	1	0	0	1	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1		
13	60 a mas	femenino	Primaria	conviviente	trabajador eventual	conyuque	4	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	3	3	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1		
14	60 a mas	masculino	Primaria	casado	trabajador eventual	conyuque	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1		
15	60 a mas	masculino	Primaria	casado	sin ocupacion	conyuque	4	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	1	2	2	3	1	2	2	2	0	1	1	1	1	0	2	2	2	0	1	1	1	1	1	1		
16	60 a mas	femenino	sin nivel	casado	sin ocupacion	hijos	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	1	3	3	3	1	2	2	1	0	0	0	1	0	0	1	1	2	0	0	1	1	1	1	1		
17	60 a mas	masculino	Secundaria	casado	eventual	hijos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
18	60 a mas	femenino	Secundaria	casado	eventual	hijos	1	1	1	1	2	2	2	1	2	3	1	1	1	2	3	2	2	2	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	2	0	1	1	1	1	1		
19	18-35	femenino	Superior Universitario	conviviente	trabajador eventual	otro familiar	4	1	3	4	1	3	1	2	3	3	4	3	1	4	4	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	0	1	0	1	0	1	0	
20	18-35	femenino	Superior no Universitario	conviviente	eventual	conyuque	1	1	3	1	1	1	1	2	3	3	3	3	1	4	4	2	2	3	3	3	3	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	
21	18-35	masculino	Superior no Universitario	soltera	trabajador eventual	conyuque	1	1	3	1	1	1	1	2	2	3	3	3	1	2	3	1	1	3	3	0	3	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	
22	18-35	masculino	Superior no Universitario	soltera	trabajador eventual	otro familiar	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	0	3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	
23	18-35	masculino	Superior no Universitario	soltera	eventual	conyuque	1	1	1	1	1	1	2	2	3	3	3	4	1	4	4	3	4	3	3	0	3	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	
24	18-35	femenino	Secundaria	conviviente	eventual	otro familiar	1	1	3	1	1	1	1	1	3	3	3	4	1	3	3	1	1	3	3	0	3	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	
25	18-35	femenino	Primaria	soltera	eventual	otro familiar	1	1	2	1	1	2	1	1	2	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	0	3	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	
26	18-35	masculino	Superior Universitario	soltera	sin ocupacion	otro familiar	1	1	2	1	1	1	1	1	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	0	3	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	
27	60 a mas	masculino	Primaria	casado	eventual	conyuque	3	3	3	5	1	5	5	5	5	1	2	3	1	3	3	3	3	3	3	3	0	3	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
28	60 a mas	masculino	Secundaria	casado	eventual	conyuque	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	0	3	3	3	3	3	3	3	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0		
29	60 a mas	masculino	Secundaria	casado	sin ocupacion	conyuque	3	3	3	4	4	4	3	3	4	4	2	3	1	3	4	4	3	0	1	0	2	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
30	60 a mas	masculino	Primaria	casado	sin ocupacion	conyuque	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	0	2	1	1	1	1	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
31	60 a mas	femenino	Primaria	casado	sin ocupacion	conyuque	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	1	1	0	2	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	
32	35-55	femenino	Superior no Universitario	conviviente	eventual	conyuque	3	3	3	3	4	3	3	3	4	2	4	4	1	3	3	3	3	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
33	35-55	femenino	Superior no Universitario	soltera	trabajador eventual	conyuque	1	1	1	1	1	1	2	2	2	3	3	3	1	2	3	3	3	2	1	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	2	2	0	2	2		
34	35-55	femenino	Superior no Universitario	soltera	eventual	conyuque	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	3	3	1	2	3	3	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
35	35-55	masculino	Superior Universitario	soltera	eventual	conyuque	1	1	1	1	1	3	2	1	2	3	3	4	1	3	3	3	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
36	35-55	masculino	Superior no Universitario	conviviente	trabajador eventual	conyuque	1	1	2	1	1	3	2	1	2	3	3	3	1	3	3	3	3	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
37	35-55	masculino	Superior Universitario	conviviente	eventual	conyuque	1	1	3	1	1	3	2	1	2	3	3	3	1	3	3	3	3	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
38	35-55	masculino	Superior no Universitario	soltera	trabajador eventual	otro familiar	1	1	2	1	1	1	1	2	2	3	5	3	1	3	3	3	1	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
39	35-55	masculino	Superior Universitario	conviviente	trabajador eventual	conyuque	1	1	2	1	1	1	1	1	2	3	3	4	1	3	3	3	1	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
40	60 a mas	femenino	Primaria	conviviente	sin ocupacion	conyuque	1	1	2	1	1	1	1	2	2	3	3	3	1	3	3	1	1	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
41	60 a mas	masculino	Primaria	conviviente	sin ocupacion	conyuque	1	1	2	1	1	1	1	2	2	3	3	3	1	3	3	3	3	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
42	60 a mas	masculino	Primaria	casado	sin ocupacion	conyuque	1	1	2	1	1	1	1	2	2	3	3	3	1	2	3	3	3	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
43	60 a mas	masculino	Secundaria	casado	sin ocupacion	conyuque	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	4	3	1	3	3	1	1	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
44	60 a mas	masculino	Secundaria	casado	sin ocupacion	conyuque	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	3	3	1	3	3	1																					

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF	AG	AH	AI	AJ	AK	AL	AM	AN	AO	AP	AQ	AR	AS	AT	AU	AV			
97	35-55	Femenino	Superior no Universitario	casado	eventual	hijos	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	5	3	3	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			
98	35-55	Femenino	Superior no Universitario	casado	eventual	hijos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
99	35-55	Femenino	Superior no Universitario	casado	eventual	hijos	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	3	3	3	1	0	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
100	35-55	Femenino	Superior no Universitario	casado	eventual	hijos	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	1	3	4	3	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
101	35-55	Femenino	Superior no Universitario	casado	eventual	hijos	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	2	1	2	3	3	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
102	35-55	Femenino	Superior no Universitario	casado	eventual	hijos	1	1	1	1	2	2	1	1	3	3	3	1	1	1	3	5	2	1	0	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
103	35-55	Femenino	Superior Universitario	casado	eventual	hijos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
104	35-55	Femenino	Superior Universitario	casado	eventual	hijos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	5	3	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
105	35-55	masculino	Superior Universitario	casado	eventual	hijos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	2	0	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
106	35-55	masculino	Superior Universitario	casado	eventual	convuque	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	3	3	3	1	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
107	35-55	masculino	Superior Universitario	casado	eventual	convuque	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	1	2	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
108	35-55	masculino	Superior Universitario	casado	eventual	convuque	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	3	3	2	3	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
109	60 a mas	masculino	Superior Universitario	casado	eventual	hijos	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	1	1	3	3	3	3	0	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
110	35-55	masculino	Superior Universitario	casado	eventual	convuque	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	2	3	3	3	3	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
111	35-55	Femenino	Superior Universitario	casado	eventual	convuque	1	1	2	1	1	2	1	1	1	3	3	3	1	1	3	4	3	2	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
112	35-55	Femenino	Superior Universitario	casado	eventual	convuque	1	1	2	1	1	1	1	1	3	1	3	3	1	1	3	3	3	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
113	35-55	masculino	Superior Universitario	casado	eventual	convuque	1	1	2	1	1	1	1	1	3	3	1	1	1	5	3	3	1	0	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
114	18-35	masculino	Superior Universitario	soltero	eventual	otro familiar	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3	3	3	1	2	3	3	3	1	0	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
115	18-35	masculino	Superior Universitario	soltero	trabajador eventual	otro familiar	1	1	1	1	1	1	1	3	1	3	1	1	3	3	1	1	3	3	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
116	18-35	masculino	Superior Universitario	soltero	trabajador eventual	otro familiar	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
117	18-35	masculino	Superior Universitario	soltero	trabajador eventual	otro familiar	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	2	3	3	1	0	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
118	18-35	masculino	Superior Universitario	soltero	trabajador eventual	otro familiar	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	1	1	3	5	3	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
119	18-35	masculino	Superior Universitario	soltero	trabajador eventual	otro familiar	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
120	18-35	masculino	Superior Universitario	soltero	trabajador eventual	otro familiar	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	5	3	3	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
121	18-35	Femenino	Superior Universitario	soltero	trabajador eventual	otro familiar	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	3	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
122	60 a mas	Femenino	sin nivel	divorciado	trabajador eventual	otro familiar	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	1	2	3	4	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
123	60 a mas	Femenino	sin nivel	divorciado	sin ocupacion	convuque	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	1	2	3	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
124	60 a mas	Femenino	sin nivel	divorciado	sin ocupacion	otro familiar	3	3	3	3	4	3	4	3	4	3	3	1	3	4	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
125	60 a mas	Femenino	sin nivel	divorciado	sin ocupacion	otro familiar	1	1	3	1	1	3	1	1	1	3	3	1	1	3	4	3	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
126	60 a mas	masculino	sin nivel	divorciado	sin ocupacion	otro familiar	1	1	3	1	1	3	1	1	1	4	3	1	1	5	3	5	1	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
127	60 a mas	masculino	sin nivel	divorciado	sin ocupacion	otro familiar	1	1	2	1	1	2	1	1	1	3	3	1	2	3	4	4	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2		
128	60 a mas	masculino	sin nivel	casado	sin ocupacion	otro familiar	1	1	2	1	1	2	1	1	1	4	3	1	1	3	3	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
129	60 a mas	masculino	sin nivel	casado	sin ocupacion	otro familiar	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	3																																	

50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100		
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	1	1	
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	1	1	
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	1	1	
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	1	1	
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	1	1	
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	1	1	
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	3	1	3	1	1		
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	1	1
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1
1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	1	1	1	3	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	

Anexo 12
Galería de fotos



