



**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y  
SU INFLUENCIA EN LAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO EN  
PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL ÁREA DE  
EMERGENCIAS EN EL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI  
MARTINS, FEBRERO - JULIO 2014**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD  
PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**

**AUTORES:**

**EYDA NADIA ALAYO RODRÍGUEZ**

**JOSÉ ANTONIO ARISIS VICE**

**MARCO ANTONIO LA ROSA MARQUINA**

Callao, 2016

PERÚ



## **HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO**

### **MIEMBROS DEL JURADO:**

- DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO      PRESIDENTA
- DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN      SECRETARIA
- DRA. MARÍA DOLORES RAMOS FIESTAS      VOCAL

**ASESOR: MG. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPÉN.**

**N° de Libro: 01**

**N° de Acta: 009**

**Fecha de Aprobación de tesis: 27 de Junio del 2016**

**Resolución de Decanato N° 256-2016-D/FCS de fecha 14 de Junio del 2016, donde se propone Jurado Examinador para optar el título de segunda especialidad profesional.**



## **DEDICATORIA**

A Dios, por habernos dado la vida y permitirnos el haber llegado hasta este momento tan importante de nuestra formación profesional. A nuestras madres, por ser el pilar más importante y por demostrarnos siempre su cariño y apoyo incondicional sin importar nuestras diferencias de opiniones. A nuestros padres, quien con sus consejos nos ha sabido guiar por el sendero de la vida.

## **AGRADECIMIENTO**

Al finalizar un trabajo tan arduo y lleno de dificultades como el desarrollo de una tesis, es inevitable el sentimiento del mérito en el aporte que se hecho. Sin embargo, el alcance de este objetivo hubiese sido imposible sin la participación de personas e instituciones que han facilitado las cosas para su feliz término. Por ello, es para nosotros un verdadero placer utilizar este espacio para ser justo y consecuente con ellas, expresándoles nuestros agradecimientos.

Debemos agradecer de manera especial y jefa del servicio de Enfermería del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, por aceptar realizar esta tesis. Su apoyo y confianza en nuestro trabajo y su capacidad para guiar nuestras ideas ha sido un aporte invaluable. Le agradecemos también el habernos facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de esta tesis.

Queremos expresar también nuestro más sincero agradecimiento a la Lic. Laura del Carmen Matamoros Sampén, por su importante aporte y participación activa en el desarrollo de esta tesis. Debo destacar, por encima de todo, su disponibilidad y paciencia. No cabe duda que su participación ha enriquecido el trabajo realizado.

Y, por supuesto, el agradecimiento más profundo y sentido va para los pacientes que fueron partícipes de esta investigación. Sin su apoyo, colaboración e inspiración habría sido imposible llevar a cabo esta ardua investigación.

Finalmente, a nuestros padres, por su ejemplo de lucha y honestidad. Por ellos y para ellos.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b> .....	05
<b>ABSTRACT</b> .....	06
<b>I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	07
1.1 Identificación del Problema.....	07
1.2 Formulación del problema.....	10
1.3 Objetivos de la investigación.....	10
1.4 Justificación.....	11
<b>II. MARCO TEÓRICO</b> .....	13
2.1 Antecedentes del estudio .....	13
2.1.1 Antecedentes Internacionales. ....	13
2.1.2 Antecedentes Nacionales .....	14
2.2 Bases Teóricas Científicas .....	15
2.2.1 Mecanismos de la Presión Arterial .....	16
2.2.2 Hipertensión Asistólica Aislada .....	21
2.2.3 Hipertensión Diastólica Aislada .....	21
2.2.4 Intervención de Enfermería.....	21
2.2.5 Acción del paciente.....	31
2.2.6 conocimientos.....	26
2.2.7 Practicas de Autocuidado .....	28
<b>2.3 Definición de Términos</b> .....	29
2.3.1 Capacidad de Autocuidado (CAC) en personas con HTA .....	29
2.3.2 Percepción de calidad de vida relacionada con la salud (cvrs)...	29

<b>III. VARIABLES E HIPÓTESIS</b> .....	30
3.1 Definición de variables.....	30
3.1.1 Variable Independiente .....	30
3.1.2 Variable dependiente .....	30
3.2 Operacionalización de variables.....	31
<b>IV. METODOLÓGICA</b> .....	33
4.1 Tipo de investigación.....	33
4.2. Diseño de la investigación .....	33
4.3. Población y muestra.....	35
4.4. Técnicas e instrumentos de recolección.....	37
4.5. Procedimientos de recolección de datos.....	41
4.6. Procedimiento estadístico y análisis de datos.....	42
<b>V. RESULTADOS</b> .....	43
<b>VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS</b> .....	63
<b>VII. CONCLUSIONES</b> .....	65
<b>VIII. RECOMENDACIONES</b> .....	66
<b>IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	67
<b>ANEXOS</b> .....	75

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA 1:</b> Clasificación de la hipertensión arterial.....	19
<b>TABLA 2:</b> Clasificación de la hipertensión arterial.....	26
<b>TABLA 3.2:</b> Operacionalización de variable Independiente.....	38
<b>TABLA 3.2:</b> Operacionalización de variable dependiente.....	39
<b>TABLA 3:</b> Valores de C.A.C.....	47
<b>TABLA 5.1</b> Relación de variables independientes y dependientes...	43
<b>TABLA 5.2</b> Resultados del estudio, según CVRS Vs CAC.....	45
<b>TABLA 5.3:</b> Resultados del estudio, según función física.....	47
<b>TABLA 5.:4</b> Resultados del estudio, según rol física.....	48
<b>TABLA 5.5:</b> Resultados del estudio, según dolor corporal Vs. CAC.....	49
<b>TABLA 5.6:</b> Resultados del estudio, según Vitalidad Vs. CAC.....	50
<b>TABLA 5.7:</b> Resultados del estudio, según Salud general Vs. CAC.....	51
<b>TABLA 5.8:</b> Resultados del estudio, según Rol Emocional Vs. CAC.....	52
<b>TABLA 5.9:</b> Resultados del estudio, según Salud mental Vs. CAC.....	53
<b>TABLA 5.10:</b> Resultados del estudio, según Función social Vs. CAC.....	54
<b>TABLA 5.11:</b> Resultados del estudio, según Transición de la salud Vs. CAC.....	55
<b>TABLA 5.12:</b> Indicadores de los resultado, según sexo.....	56
<b>TABLA 5.13:</b> Calidad de Vida relacionada con la Salud.....	57

## ÍNDICES DE GRÁFICOS

<b>GRAFICO: 1</b> Relación de variables independientes y dependientes.....	34
<b>GRÁFICO 5.2:</b> Resultados del estudio, según CVRS y CAC.....	46
<b>GRAFICO 5.3:</b> Resultados del estudio, según función física.....	47
<b>GRAFICO 5.4:</b> Resultados del estudio, según rol física.....	48
<b>GRAFICO 5.5:</b> Resultados del estudio, según dolor corporal Vs. CAC....	49
<b>GRAFICO 5.6:</b> Resultados del estudio, según Vitalidad Vs. CAC.....	50
<b>GRAFICO 5.7:</b> Resultados del estudio, según Salud general Vs. CAC...	51
<b>GRAFICO 5.8:</b> Resultados del estudio, según Rol Emocional Vs. CAC...	52
<b>GRAFICO 5.9:</b> Resultados del estudio, según Salud mental Vs. CAC.....	53
<b>GRAFICO 5.10:</b> Resultados del estudio, según Función social Vs. CAC...	54
<b>GRAFICO 5.11:</b> Resultados del estudio, según Transición de la salud Vs. CAC.....	55
<b>GRAFICO 5.12:</b> Sexo Según % paciente Encuestado sf- 36.....	56
<b>GRAFICO 5.13:</b> Calidad de Vida relacionada con la Salud.....	57
<b>GRAFICO 5.14:</b> Resultados generales.....	58
<b>GRAFICO 5.15:</b> Según resultados sexo (Hombres):.....	59
<b>GRAFICO 5.16:</b> Según resultados sexo (Mujeres):.....	60
<b>GRAFICO 5.17:</b> Resultados de capacidad de autocuidado.....	61
<b>GRAFICO 5.18:</b> Capacidad de auto cuidado.....	62

## RESUMEN

La calidad de vida relacionada con la salud es tal vez una de las formas más objetivas de medir la salud. El propósito del estudio fue determinar la influencia de la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud en las capacidades de autocuidado en personas con hipertensión arterial que acuden al área de emergencia del HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS de Lima, 2014. Se realizó un muestreo a totalidad, participando 146 sujetos, se les aplicó dos instrumentos: El primero, fue un cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud SF-36 Health Survey. El segundo fue un instrumento de las Capacidades para el autocuidado. Resultados: Se encontró una población con predominio del sexo femenino, con una edad media de 63 años. Respecto a los resultados del SF-36 se puede observar que las dimensiones Rol Físico (74,1%), Rol Emocional (71,7%), y Función física (69.5%) obtuvieron las puntuaciones más altas, y Salud General (51,5%), Transición de la Salud (51,6%), y Salud Mental (53,4%) obtuvieron las puntuaciones más bajas. En el estudio se encontró que el 39% de los pacientes presentó una capacidad de agencia de autocuidado buena; y el 31% de los pacientes presentó una capacidad de agencia de autocuidado Muy buenas, el restante capacidad de agencia de autocuidado Baja y Muy Bajas con 19% y 11% respectivamente. Conclusiones: La percepción del paciente de su estado de salud es fundamental para el desarrollo de las capacidades de autocuidado; por eso es fundamental que los profesionales de la salud, intervenga de acuerdo con las capacidades del individuo, para autocuidarse promoviendo apoyo educativo que le permita al paciente modificar su comportamiento, adquirir conocimiento y habilidad.

**Palabras claves:** calidad de vida, autocuidado de capacidad, salud.

## **ABSTRACT**

Quality of life related to health is perhaps one of the most objective ways of measuring health. The purpose of the study was to determine the influence of the perception of quality of life related to health in self-care capacities in people with hypertension attending the area of emergency of HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS the Lima, 2014. A sampling was conducted entirely 146 participating patients and were administered two instruments: the first was a questionnaire about quality of life related to health SF -36 Health Survey. The second was an instrument of self-management capabilities. The results: a population with female predominance was found, with a mean age of 63 years. Regarding the results of the SF -36 can be seen that the dimensions The Physical role (74,1%), Emotional role (71,7%), and the physical function (69,5 %) had the highest scores, and General Health (51,5%), health transition (51,6%), and mental health (53,4 %) had the lowest scores. The study found that 39 % of patients had a capacity of Good self-care agency, and 31% patients had a capacity of self-care agency Very good, and the other ones had Low and Very Low capacities of self-care, with 19% and 11%, respectively. Conclusions: The patient's perception of their health status is critical to the development of self-management capabilities, so it is essential that health professionals, to intervene in accordance with the capabilities of the individual, promoting self-care educational support that allows the patient modify their behavior, acquire knowledge and skill.

**Keywords:** quality of life, self-care ability, health.



# I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

## 1.1. Identificación del Problema.

Las enfermedades crónicas son una situación en la vida de muchas personas, las cuales ocurren sin importar el sexo, nivel socioeconómico, ni el grupo étnico, cultural y racial. La enfermedad crónica hace referencia a la presencia, acumulación y latencia irreversible de estados de enfermedad o impedimentos que incluyen todo el ambiente humano en busca de un cuidado de apoyo y autocuidado, un mantenimiento de la función y la prevención de una mayor incapacidad.<sup>1</sup>

Las personas con enfermedad crónica deben asumir la responsabilidad del tratamiento cotidiano de la enfermedad, tomar decisiones acerca de su estilo de vida y el cuidado de su salud, adquirir habilidades en el manejo y control de la misma. Por tanto el apoyo y la red social se convierten en fuente primordial de suministro de ayuda, afecto, expresiones de amor, afirmación de sus acciones de cuidado y seguridad al individuo, condiciones que generan en el paciente deseos y motivaciones para realizar o no los ajustes impuestos por la hipertensión arterial y finalmente lograr adaptarse a vivir en situación de enfermedad crónica.<sup>1</sup>

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en occidente y la mayor parte de sus causas son conocidas y modificables. La hipertensión arterial (HTA) es el factor de riesgo cardiovascular modificable más frecuente y se estima que causa un 6% de muertes en el ámbito mundial. La reducción de las cifras de presión arterial por debajo de los valores recomendados (< 140/90 mmHg) podría reducir un 50% la aparición de eventos cardiovasculares.<sup>2, 8,</sup>

Desde hace mucho tiempo se conoce que la práctica de los deportes, ejercicios aeróbicos e incluso, la actividad física no vigorosa por 30 minutos diarios o durante casi todos los días de la semana, proporciona beneficios importantes para la salud, aunque los estilos de vida sedentarios son los que predominan en casi todas las zonas urbanas en el mundo entero.<sup>26, 27, 28</sup>

Evitar el contacto con el tabaco, se le atribuye cuatro millones de muertes innecesarias por año, que representan actualmente 11 mil muertes cada día. Para el año 2020 se estiman 10 millones de muertes anuales, si se mantuviera el mismo patrón de exposición. Casi mil millones de varones fuman en el mundo, aproximadamente 35% de los hombres de los países desarrollados y 50% de los no desarrollados. Se calcula que en Perú, son fumadores entre el 40 y 49% de varones, y entre el 10 y 19% de mujeres.<sup>8, 15.</sup>

El peso corporal ideal, la nutrición deficiente y los hábitos alimenticios no sanos, está asociado a la diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer. La obesidad se considera una condición compleja, con dimensiones sociales y psicológicas, además de las físicas, que afectan a las personas de todas las edades y de todos los grupos sociales.

El alto consumo de alimentos con alto contenido de energía y los nutritivamente pobres de alto contenido de azúcares y grasas saturadas, combinado con actividad física escasa, ha hecho que el número y porcentaje de obesos haya aumentado considerablemente. Actualmente, la obesidad es considerada una pandemia; siendo, un nuevo reto para la salud pública.<sup>8, 15</sup>

También se puede incluir el sueño necesario. Según indicaron investigadores italianos en el *American Journal of Hypertension*, la presión arterial sube significativamente cuando se duerme menos de siete 7 horas.<sup>16</sup>

La efectividad del tratamiento no farmacológico, como la reducción de la ingesta alimentaria de sal, la reducción de peso, la moderación de la ingesta de alcohol y la mayor actividad física para disminuir la presión arterial.<sup>15, 17</sup>

En la actualidad, la mayoría de los problemas relacionados con la adherencia al tratamiento no farmacológico, son similares a los relacionados con la adherencia a la farmacoterapia antihipertensora.<sup>17</sup>

Varios meta análisis han establecido que existe asociación entre el consumo de alcohol y un amplio rango de problemas físicos, mentales y sociales. En Perú, el consumo de alcohol es bastante alto, tanto en cuanto a prevalencia de vida (86%), como de uso actual (38%).<sup>18, 23</sup>

En la actualidad, existe abundante información sobre las formas de prevenir enfermedades crónicas, sin embargo; las personas tienen dificultades para modificar las conductas que son nocivas para su salud. El sólo conocimiento no parece ser suficiente para modificar estilos de vida.

Es aquí cuando cobra significancia el concepto de capacidades de autocuidado de Orem, quien sostiene que las personas requieren desarrollar habilidades especializadas que le permitan cuidar su salud. En este proceso, la percepción que las personas tengan sobre su propio estado de salud juega un papel muy importante.<sup>18,24</sup>

## **I.2. Formulación del problema**

¿Cuál es la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud y su influencia en las capacidades de autocuidado en personas con hipertensión arterial del área de emergencia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Febrero – Julio 2014?

## **I.3. Objetivos de la investigación :**

### **Objetivo General:**

Determinar la influencia de la percepción de la calidad de vida, relacionada con la salud en las capacidades de autocuidado en personas con hipertensión arterial que acuden al área de emergencias del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Febrero – Julio 2014.

### **Objetivos Específicos:**

- Identificar la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud en personas con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencias del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Febrero – Julio 2014.
- Identificar las capacidades de autocuidado en personas con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Febrero – Julio 2014.
- Relacionar las capacidades de autocuidado, en personas con HTA, y la influencia de la percepción de calidad de vida, de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital

Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Febrero – Julio 2014.

#### **I.4. Justificación**

La calidad de vida según la Organización Mundial de la Salud (OMS) esta orientad al logro de resultados con el mismo riesgo de efectos, y la máxima satisfacción del paciente, esto implica reconocer que en lugar de un problema teórico, uno se enfrenta con el paradigma de distinguir que la calidad de vida es parte del compromiso del personal de salud, debido al proceso de globalización que vive el mundo y constantes acontecimientos que se suscitan en las entidades salud.

La calidad en los servicios de enfermería es esencial, ya que es el personal de enfermería quien brinda la atención directa y está en contacto constante con el paciente; brindan atención de calidad, el cual se lograra la satisfacción del usuario.

Los casos de enfermedades crónicas tienden a incrementarse en los últimos años y dentro de ellas la hipertensión arterial, por lo que se ha convertido en un problema de salud pública afectando a nuestra población y su calidad de vida. Orem afirma, que el estado de salud, limita lo que una persona puede hacer por sí misma.

La hipertensión arterial afecta a millones de personas con marcada diferencia según el origen étnico. Por ejemplo, en los Estados Unidos en donde afecta a más de 50 millones de personas, el 38% de los adultos negros sufre de hipertensión arterial, en comparación con el 29% de raza blanca. Ante un nivel determinado de presión arterial, las consecuencias de la hipertensión son más graves en las personas de raza negra.

En el Perú, se ha reportado un incremento del sobrepeso (24.9 a 32.6% y la obesidad (9 a 14.2%) en los últimos años. Asimismo se ha demostrado que las prevalencias de las hiperglucemias, dislipidemias y la hipertensión arterial son mayores en los obesos que en las personas que tienen sobrepeso, lo que es determinado por una asociación lineal referencia: Las enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú y su relación con la altitud Autor JAIME ÁJUEL-Ramírez, José Sánchez Abanto y Hugo Albañil- Huamán.

La Hipertensión Arterial (HTA) es una enfermedad silenciosa y frecuente, pero que hoy en día puede controlarse. Dieta, ejercicio y cumplir con la toma de la medicación indicada son las claves para vigilarla. La hipertensión es uno de los problemas médicos-sanitarios más importantes de la medicina contemporánea.

Por otro lado, la morbilidad y la mortalidad en el hipertenso está condicionada por las numerosas conexiones patogénicas comunes entre la HTA y los factores de riesgo coronario como son la dislipidemia, la obesidad o la diabetes, lo que explica la alta prevalencia de estas afecciones en el paciente hipertenso que determina un incremento potencial de su riesgo cardiovascular.

En el presente estudio sobre la persecución de la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial, permitirá realizar un análisis basada en resultados tomando en cuenta que será una herramienta muy útil para mejorar la calidad de vida de personas con hipertensión arterial, que contribuirá significativamente en mejorar el auto cuidado del paciente.

También se desprende la importancia de identificar a los pacientes hipertensos que están en mayor riesgo de presentar complicaciones según su nivel de conocimiento la aplicación de medidas de autocuidado.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes del Estudio.

#### 2.1.1 Antecedentes Internacionales.

Acosta González et al. (2003) Cuba investigaron sobre conocimiento, creencias y prácticas en pacientes hipertensos, relacionados con la adherencia terapéutica. El estudio fue de diseño descriptivo de corte transversal el objetivo identificar conocimiento, creencias y prácticas sobre adherencias terapéuticas en pacientes hipertensos en un policlínico. Sus resultados muestran que la prevalencia de hipertensión estaba entre 28-32% considerando la cifra de presión arterial definitiva de 140/90 mmHg, estimándose que aproximadamente 1 de cada 3 cubanos era hipertenso. Más de la mitad de los pacientes hipertensos (55,2%) no conocían los factores que propician la hipertensión arterial, lo cual repercute negativamente en sus prácticas; por otro lado, aproximadamente la mitad de los pacientes acudían a sus consultas y cumplían su tratamiento refirieron haber recibido suficiente información.<sup>35</sup>

Enciso y Quiroz (2006), Colombia en su estudio titulado "Factores Bio-socioculturales y su relación con la calidad de autocuidado del paciente hipertenso en el Hospital del Sur de esa ciudad, con una muestra de 122 pacientes hipertensos. Llegaron a las siguientes conclusiones. El 54.92 % presentaron buena calidad de autocuidado, el 44.22% regular calidad de autocuidado y el 86 % realizaron malas prácticas de autocuidado; el sexo, grado de instrucción, antecedentes familiares y tiempo de permanencia en el programa no tienen relación con la calidad de práctica de autocuidado.<sup>36</sup>

Israel E. et al (2010) Holguín, realizó un estudio titulado "Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad" el objetivo del estudio fue evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad, el universo constituido por 354 pacientes y la muestra 195 personas de 60 años a más seleccionados en forma aleatoria teniendo como resultado total que existe un nivel de autocuidado inadecuado en 57 en hombres y 64 en mujeres.<sup>37</sup>

### **2.1.2 Antecedentes Nacionales**

Saldarriaga (2007). Tumbes, realizó una investigación sobre la valoración del conocimiento de la hipertensión arterial y los factores de riesgo cardiovascular en el Centro de Salud Corrales. Estudio de diseño descriptivo de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 48 personas adultas entre 35 a 65 años de edad. Sus resultados muestran que el 45% de la población estudiada desconoce los factores de riesgo cardiovasculares, 35% tenía conocimiento que la obesidad es un factor de riesgo cardiovascular, 62,8% era de sexo masculino predominando las edades de 60-65 años; entre los hábitos nocivos el 25% consumía cigarrillo y 29% alcohol, siendo que los fumadores tienen el doble de riesgo que los no fumadores y son causa más comunes en las enfermedades cardíacas y con ellos la presencia de enfermedades como la hipertensión arterial.<sup>38</sup>

Castro y Otros (2005), Lima, Cercado en su investigación titulada "Factores que arriesgan las necesidades de autocuidado universal en los adultos mayores con hipertensión arterial" programa de ayuda intrafamiliar del hogar para ancianos de. Las principales necesidades de autocuidado que resultaron en riesgo



para su satisfacción son la alimentación, líquido, reposo y sueño, interacción social y la prevención de peligros para la vida y el bienestar. Ninguno de los adultos mayores del estudio tenía sus necesidades de autocuidado universal satisfechas.<sup>39</sup>

Gladis Leguía, Aurora Pacheco y Ruth Valdivia.(2006) en su estudio nivel de conocimientos y practica de autocuidado del paciente hipertenso en el policlínico Juan Rodríguez Lazo, Policlínico Villa María y servicios de trasplante asistido de emergencia ,Lima, el diseño descriptivo – comparativo, participaron 60 pacientes que ingresaron por emergencia con cuadro de crisis hipertensiva, la media de la nota de autocuidado resulto regular 14.6 ,sin embargo , por niveles el 16.7 califico como expelente , el 31.7%bueno, 35% regular, y el 16.7% deficiente pero por niveles solo el 15% califico como excelente, el 21.7% bueno, el 25%regular y 38.3% deficiente.<sup>39</sup>

## **2.2 Bases Teóricas Científicas**

La hipertensión arterial es definida por Sierra, como la presencia continua de cifras de presión arterial sistólicas igual o superior a 140 mmHg y presión arterial diastólica de 90 mmHg superior o ambas; no obstante cifras inferiores a dichos límites no indican que haya riesgo<sup>39</sup>

La hipertensión arterial ha sido reconocida como la enfermedad crónica más frecuente en todos los países desarrollados y su mayor incidencia en la población adulta, se calcula que entre 15 y 20%, de las enfermedades la hipertensión es la que demanda más consultas en los servicios de salud y un porcentaje muy elevado requieren de los especialistas en cardiología.<sup>40</sup>

La organización mundial de la salud (OMS) ha decretado el 14 de mayo como día de la hipertensión arterial para dar a conocer a la población en general lo que significa correr el riesgo de padecer esta patología; así como el daño a la salud que causan los alimentos con alto contenido de grasa, sodio, y el sedentarismo.<sup>41</sup>

La hipertensión arterial como importante factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares y derrames cerebrales, afecta a millones de personas en el mundo; la mayoría de ellas viven en países en vías de desarrollo, En el 2009 la tasa la incidencia de esta enfermedad fue de 850.32 por 100,000 habitantes siendo mayor en el sexo femenino que masculino con 582.89 por 100, 000 habitantes.<sup>42</sup>

### **2.2.1. Mecanismo de la presión arterial.**

La elevación de la presión arterial puede deberse a varios mecanismos, uno de ellos es que el corazón puede bombear el flujo sanguíneo con más fuerza y aumenta el volumen de sangre que expulsa con cada latido, la otra posibilidad es que las grandes arterias pierden su flexibilidad normal y se vuelvan rígidas de modo que no pueda expandirse cuando el corazón bombea sangre a través de ella, por esta razón la sangre proveniente de cada latido se ve forzada a pasar por un espacio menor al normal y por tal motivo la presión aumenta, esto muchas veces sucede con los ancianos cuyas paredes arteriales se han vuelto gruesa debido a la arterioesclerosis.<sup>43</sup>

De acuerdo a su etiología, la hipertensión se puede dividir en primaria o esencial y secundaria. La primaria, esencial o idiopática se presenta habitualmente entre los 30 y 50 años de edad, es lentamente progresiva, no presenta síntomas. Se presentan valores superiores a 140/80 mmHg sin causa aparente, puede ser de causa neurológica, genética, humoral y autoregulatoria; es importante determinar la hipertensión esencial y que la produce, para evitar las complicaciones cardiovasculares que pueden poner en riesgo la salud.<sup>44</sup>

En la etiopatogénea de la hipertensión esencial, muestran tres elementos independientes, pero que se interrelacionan: predisposición genética, factores ambientales; la adaptación estructural temprana del corazón y los vasos sanguíneos; con el diagnóstico precoz se logra un mejor tratamiento y se reduce el riesgo cardiovascular, mejorando la calidad de vida; de lo contrario se presentan complicaciones que condicionan daños significativos en algunos de los órganos nobles después de 10 a 20 años de evolución; se desconoce el origen específico, pero se ha documentado que puede existir predisposición genética con una incidencia aproximada del doble en quienes tienen un pariente cercano con hipertensión arterial.

Con el tratamiento temprano se pretende lograr que el paciente no llegue a la morbimortalidad asociada a la enfermedad, así como mantener la presión sistólica por debajo de 140 mmHg y la diastólica por debajo de 90 mmHg, destacando que es importante individualizar el tratamiento de acuerdo a cada tipo de paciente, considerando sexo, edad, riesgo, patologías asociadas, calidad de vida y estado económico.<sup>45</sup>

Respecto a la hipertensión arterial secundaria, ésta se relaciona con la sobreproducción de hormonas en el cuerpo, pero se conoce que cuando existe presión arterial alta en la mayoría de los casos se debe a la existencia de una hipertensión secundaria. En dichos casos el paciente presenta enfermedades que hacen posible el desarrollo de hipertensión arterial, como los trastornos de las glándulas suprarrenales, enfermedades del riñón, fármacos como los corticosteroides, apnea del sueño, la coartación de la aorta, el cual es un defecto congénito, la preclampsia, problemas de tiroides y paratiroides.<sup>46</sup>

Es importante considerar que la gran mayoría de hipertensos son de grado leve, de tal manera que con lograr un pequeño descenso de la presión arterial será suficiente para conseguir cifras aceptables de control o manejo; asimismo, muchos de los tratamientos son efectivos si se acompañan con la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares como la obesidad, resistencia a la insulina e hiperlipidemias.

El tratamiento de la hipertensión arterial secundaria y el diagnóstico de la hipertensión arterial primaria debe iniciarse con la medicación no farmacológica, el cual incluye una serie de controles dirigidos a mejorar el sobrepeso, la obesidad, sedentarismo, la ingesta de alimentos con baja concentración de sal y grasas no saturadas, hábitos de fumar, el consumo de algunos tipos de drogas, ingesta de bebidas alcohólicas.

Es necesario modificar el estilo de vida para mejorar los factores asociados a la hipertensión arterial.<sup>47</sup>

Para poder llevar un mejor régimen se debe agotar las medidas higiénicas dietéticas antes de iniciar el tratamiento farmacológico. Se destaca que la hipertensión no puede curarse en la mayoría de los casos, pero puede controlarse en general, la persona hipertensa debe llevar a cabo un tratamiento regular de por vida.

A continuación mostramos un cuadro donde se describen los valores de la presión arterial según la Organización Mundial de la Salud.<sup>55</sup>

<b>Tabla 1: Clasificación de la Hipertensión arterial</b>			
<b>Asociación Norteamericana del Corazón: JNC 7</b>			
<b>Nivel de Presión Arterial (mmHg)</b>			
<b>Categoría</b>	<b>Sistólica</b>		<b>Diastólica</b>
Normal	< 120	y	< 80
Prehipertensión	120-139	o	80-89
<b>Hipertensión Arterial</b>			
Hipertensión Estadio 1	140-159	o	90-99
Hipertensión Estadio 2	≥ 160	o	≥ 100

<b>Tabla 2: Clasificación de la Hipertensión arterial</b>			
<b>Sociedad Europea de Hipertensión y Sociedad Europea de Cardiología</b>			
<b>Nivel de Presión Arterial (mmHg)</b>			
<b>Categoría</b>	<b>Sistólica</b>		<b>Diastólica</b>
Óptima	< 120	y	< 80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal Alta	130-139	y/o	85-89
<b>Hipertensión Arterial</b>			
Hipertensión Grado 1	140-159	y/o	90-99
Hipertensión Grado 2	160-179	y/o	100-109
Hipertensión Grado 3	≥ 180	y/o	≥ 110
Hipertensión sistólica aislada	≥ 140	y	< 90

La Sociedad Europea de Hipertensión y Sociedad Europea de Cardiología han mantenido la definición de hipertensión comenzando a partir de 140/90 mm Hg para adultos de 18 años o mayores.

La clasificación del JNC7 está basada en el promedio de  $\geq 2$  medidas de la presión arterial en posición sentado, correctamente realizadas con equipos bien mantenidos, en cada una de  $\geq 2$  visitas médicas. De acuerdo a esto han dividido a la Hipertensión en estadios 1 y 2, como se muestra en la tabla 1. El JNC7 ha definido la presión sanguínea NORMAL como  $< 120$  y  $< 80$  mmHg. Los niveles intermedios, 120 a 139 y 80 a 89 mm Hg, están definidos ahora como prehipertensión, un grupo que ha venido incrementando los riesgos de la salud y desde el cual definitivamente se progresa al de hipertensión arterial su vez, la Organización Mundial de la Salud, la Sociedad Internacional de Hipertensión y la Sociedad Europea de Hipertensión / Sociedad Europea de Cardiología, en su publicación del 2007 consideran similarmente que la hipertensión arterial se diagnostica a partir de 140/90 mmHg (inclusive), aunque a diferencia del JNC, consideran 3 categorías en los niveles menores a 140/90 mm Hg, con un nivel óptimo similar a lo que considera el JNC como normal y 2 categorías: normal y normal alta entre 120/80 y 139/89 mmHg. Estas asociaciones también dividen el estadio 2 de la clasificación del JNC7, con un estadio 3 que comienza en  $\geq 180$  y  $\geq 110$  mm Hg.

### **2.2.2 Hipertensión Sistólica Aislada**

A medida que se envejece, la presión sistólica tiende a aumentar y la diastólica tiende a disminuir. Cuando el promedio de presión sistólica es  $\geq 140$  mmHg y la presión diastólica es  $< 90$  mmHg, el paciente es clasificado en el grupo de hipertensión sistólica aislada. La incrementada presión del pulso (sistólica- diastólica) y la presión sistólica predicen riesgo y determinan tratamiento.

### **2.2.3 Hipertensión Diastólica Aislada**

Más comúnmente visto en algunos adultos jóvenes, la hipertensión diastólica aislada se define con una presión sistólica  $< 140$  mmHg y una diastólica  $\geq 90$ . Aunque la presión diastólica se piensa es la mejor predictora del riesgo en pacientes menores de 50a, algunos estudios prospectivos de hipertensión diastólica aislada han indicado que el pronóstico puede ser benigno. Este tópico permanece como controversial.

### **2.2.4 Intervención de la enfermera**

La enfermera por la naturaleza de su trabajo provee atención no solo asistencial sino también de carácter educativo, situación que es de vital importancia en los pacientes con hipertensión arterial. El cuidado enfermera se da al ser humano, que es el resultado de la integración biológica, espiritual, socio-cultural psíquica y moral. El cuidado integral, es el que garantiza la intervención y el bienestar del usuario. Las principales acciones son.<sup>48</sup>

- Valoración integral: Interacción enfermera paciente: en la que se demuestra empatía, confianza.

- Evaluación del aspecto emocional y anímico (comunicación verbal y no verbal se puede conocer cómo se encuentra el paciente, que problemas e inquietudes tiene).

- Interesarse por sus estilos de vida, para conocer sus hábitos Saludables (alimentación, actividades que realizan, descanso y sueño) y hábitos no saludables (consumo de bebidas alcohólicas, fumar cigarrillo, consumo de drogas)

- Realizar el examen físico: control de peso, talla, control de los Signos vitales, valoración de la presión arterial

- Valoración integral de los cuidados que los pacientes realizan en su hogar según las respuestas que den durante la entrevista. Como la educación es un recurso que utiliza la enfermera para facilitar el aprendizaje; debe tener presente el modelo androgógico que se basa en los siguientes postulados.<sup>49</sup>

**A.** Los adultos necesitan conocer la razón por la cual deben aprender algo antes de intentar hacer; en tal sentido la primera tarea del facilitador es ayudar a que la persona tomen conciencia de la necesidad de conocer y aprender.

**B.** Los adultos se perciben a sí mismo y desean ser percibidos como personas capaces de tomar sus propias decisiones y de responsabilizarse por ellas y por sus vidas de ahí la importancia que adquiere su participación en el diseño de los planes de acciones que los afecta y en la toma de decisiones sobre su salud ningún adulto aprenderá bajo condiciones que no sean congruentes con su auto concepto.



**C.** A medida que se tiene más edad aumenta la experiencia individual de vida que se convierte en fuente de aprendizaje relevante, aun cuando en ocasiones puede funcionar como barrera, en tal caso la persona que facilita el aprendizaje deberá utilizar estrategias especiales para minimizar la situación.

**D.** Los adultos se sienten dispuestos a aprender lo que necesitan saber y hacer a fin de enfrentar efectivamente su situación real de vida; es decir que se sienten dispuesto a aprender lo que les resulte de utilidad práctica

**E.** Los adultos se sienten motivados a aprender lo que perciben que les ayudara a realizar tareas o a manejar mejor sus problemas de manera que adquieren nuevos conocimiento valores y destrezas en forma efectiva, cuando el material de aprendizaje se presenta dentro del contexto de aplicación a su vida real.

La enfermera que facilita el aprendizaje debe tomar en consideración todos los aspectos mencionados, con el propósito de diseñar e instrumentar con la persona que desea aprender, un plan de acción que incluya el establecimiento de un clima que favorezca el aprendizaje, la creación de un mecanismo de planificación conjunta, el diagnóstico de las necesidades de aprendizaje, la formulación de los objetivos contenidos y estrategias apropiadas para satisfacer esa necesidades.<sup>49</sup>

La intervención de la enfermera se sustenta en la teoría de Dorotea Orem del déficit de autocuidado y de Sor Callista Roy que propone el modelo de la Adaptación. Orem consideró que las

personas que necesitan ayuda pueden recibirla de la enfermera. Ella identifica 5 premisas básicas.<sup>50</sup>

**a.** Los seres humanos necesitan estímulos continuos deliberados que actúen: sobre ellos y sobre su entorno para seguir vivos y proceder de acuerdo a la naturaleza.

**b.** La actividad del hombre, la capacidad de actuar de forma deliberada, se ejerce a través de los cuidados que se presentan a uno mismo o a los demás, para identificar las necesidades y crear los estímulos precisos.

**c.** Las personas maduras experimentan privaciones en forma de limitaciones de acción a la hora de cuidar de sí mismas o de los demás, mediante aportaciones que permiten el mantenimiento de la vida y la regulación de las funciones vitales.

**d.** La actividad humana se ejerce mediante el descubrimiento, desarrollo y transmisión a los demás de forma o métodos que ayuden a identificar las necesidades y a conseguir estímulos para uno mismo y para los demás.

**e.** Los grupos de seres humanos con relaciones estructuradas agrupan las tareas y asignan responsabilidades para prestar ayuda a los miembros del grupo que padecen privaciones y aportar los estímulos necesarios para uno mismo y para los demás.

El modelo androgógico demuestra que cuando las capacidades de una persona son inadecuadas o insuficientes para satisfacer las necesidades de autocuidado terapéutico, la enfermera debe

diseñar y aplicar un sistema de enfermería que compense las limitaciones como déficit de autocuidado o de cuidados dependientes.

Los sistemas de enfermería pueden estar preparados para personas individuales, a personas dentro de la unidad de cuidados dependientes o a grupos cuyos parientes tienen demandas de autocuidado terapéutico.

La Acción de la enfermera en los Sistemas totalmente compensador.

- Realiza el cuidado terapéutico del paciente
- Compensa la incapacidad del paciente de conseguir el autocuidado
- Apoya y protege al paciente.

Acción de la enfermera en el Sistema parcialmente compensador:

La enfermera;

- Realiza alguna de las medidas de autocuidado por el paciente
- Compensa las limitaciones de autocuidado del paciente
- Asiste al paciente en lo que éste necesite

#### **2.2.5 Acción del paciente:**

- Realiza algunas medidas de autocuidado
- Regula la acción del autocuidado
- Acepta el cuidado y la asistencia.

Calixta Roy considera que la enfermería debe prestar un servicio esencial a las personas, es decir, de favorecer su capacidad de influir de manera positiva en su estado de salud. La enfermería actúa para mejorar las relaciones entre la persona y el entorno, para promover la adaptación.

El objetivo de la enfermera según Roy consiste en ayudar a las personas a adaptarse a los cambios que se producen en sus necesidades fisiológicas, su autoconcepto, el desempeño de roles y en sus relaciones de interdependencia durante la salud y la enfermedad. La enfermería desempeña un papel único como facilitadora de la adaptación.<sup>51</sup>

De allí la importancia de que los pacientes conozcan sobre la hipertensión y las actividades de autocuidado que le permitan mejorar su condición de vida. Y la forma en que pueden adaptarse.

### **2.2.6 Conocimiento**

Es el conjunto de hechos adquiridos por una persona mediante la experiencia o la educación, es la comprensión de la teoría o la práctica de un asunto u objeto de la realidad. Se dice que el conocimiento es una relación entre el sujeto y el objeto en donde el sujeto es el individuo conocedor y el objeto es aquello a lo que se dirige la conciencia, es decir lo que percibe e imagina, concibe o piensa. El proceso del conocimiento involucra cuatro elementos sujeto, objeto, operación y representación interna y lo obtenemos cuando nos ponemos en contacto con el mundo exterior.<sup>52</sup>

Uno de los primeros conocimientos que se desarrolla es el denominado conocimiento vulgar o genuino o directo, el cual se desarrolla durante la interacción del hombre con su entorno en la vida cotidiana; constituye una forma de conocimiento práctico que se transmite directamente de una persona a otra y que se manifiesta en la cultura popular, es el modo de conocer de forma superficial o aparente y no trata de buscar relación con los hechos; a su vez es también subjetivo porque la descripción y aplicación de los hechos dependen del capricho y arbitrariedad de quien los observa; no es acumulativo porque la aplicación de los hechos es siempre arbitraria cada cual emite su opinión, sin considerar otras ideas ya formulada los que se aprenden de manera informal.

Por otro lado está el conocimiento científico, definido como la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultados de la experiencias y aprendizaje del sujeto, se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continua hasta la muerte, lo cual origina cambios en el proceso del pensamiento; las acciones de quien aprenden dichos cambios puede observarse en la conducta del individuo y en sus actividades frente a la vida diaria, que irán cambiando a medida que aumentan los conocimientos sumado a la importancia que se le da a lo aprendido de manera formal. Los pacientes con enfermedades agudas y crónicas deben tener conocimientos sobre el cuidado de su salud.

Dentro del cuidado de la salud, el conocimiento comprende el campo de la cognición en el que se almacena información de experiencias de habilidades y creencias que posee el adulto de manera individual. En el cual existen una serie de característica

que se refieren al cambio de conducta del sujeto; dichos cambios pueden entenderse como la aparición o desaparición de las ciertas conductas, pudiendo éstos ser relativamente estables, es decir, que se incorporan en la conducta durante un periodo de tiempo. De la calidad del conocimiento que adquieran los pacientes con hipertensión arterial dependerá la calidad de las prácticas de su autocuidado.

### **2.2.7 Prácticas de autocuidado**

Las prácticas de autocuidado son actividades que realizan las personas según su potencial de desarrollo o conocimiento adquirido sobre su enfermedad, los que ejercerán mejor control sobre la propia salud y entorno. Enriqueciendo su vida con mejor bienestar.<sup>53</sup>

Se considera que el autocuidado es una necesidad humana, para el mantenimiento de la vida y la salud o la recuperación de la enfermedad. El fomento del autocuidado y el seguimiento del cumplimiento del tratamiento en el hogar son funciones de la enfermera.

El paciente adulto pasa por una serie de etapas en su vida, en las que ocurren cambios físicos y psicosociales. Según Coll, la edad adulta ha de verse como una realidad no estática o inmóvil, ya que dentro de esta se producen cambios y también crisis, a menudo dependientes de acontecimientos externos o ajenos.

## **2.3 Definición De Términos.**

### **2.3.1 Capacidad de autocuidado (CAC) en personas con HTA:**

Habilidades especializadas que les permitan cuidar de su salud. Estas capacidades o habilidades se adquieren de forma intencional y tienen un profundo significado cultural, mismos que pueden ser utilizados para potencializar dichas capacidades y llevar a cabo planes de autocuidado que coadyuven en la prevención de padecimientos crónico degenerativos como la hipertensión arterial.

### **2.3.2 Percepción de calidad de vida relacionada con la salud: (CVRS)**

El propósito fundamental de la utilización y medición de la CVRS consiste en proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo, y una valoración más precisa de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la atención médica.

### **III. VARIABLES E HIPÓTESIS**

#### **3.1. Definición de variables**

##### **3.1.1 Variable Independiente: Percepción de calidad de vida relacionada con la salud: (CVRS) <sup>20,22</sup>**

El propósito fundamental de la utilización y medición de la calidad de vida relacionada con la salud consiste en proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo, y una valoración más precisa de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la atención médica.

##### **3.1.2 Variable Dependiente: Capacidad de autocuidado (CAC) en personas con HTA: <sup>5,21</sup>**

Habilidades especializadas que les permitan cuidar de su salud. Estas capacidades o habilidades se adquieren de forma intencional y tienen un profundo significado cultural, mismos que pueden ser utilizados para potencializar dichas capacidades y llevar a cabo planes de autocuidado que coadyuven en la prevención de padecimientos crónico degenerativos como la hipertensión arterial.



### 3.2. Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicadores	Escala de Medición
<b>Variable Independiente:</b> Percepción de calidad de vida relacionada con la salud: (CVRS)	El propósito fundamental de la utilización y medición de la CVRS consiste en proporcionar una evaluación más comprensiva, integral y válida del estado de salud de un individuo o grupo, y una valoración más precisa de los posibles beneficios y riesgos que pueden derivarse de la atención médica <sup>33</sup>	<b>Función física</b>	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas incluido bañarse o ducharse debido a la salud	<b>Cuestionario autodirigida SF-36.</b> <b>donde</b> <b>Excelente:</b> 71-100 pts. <b>Bueno:</b> 51-70 pts. <b>Regular:</b> 0-50 pts.
		<b>Rol físico</b>	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a su salud física	
		<b>Dolor corporal</b>	Dolor muy intenso y extremadamente limitable	
		<b>Salud general</b>	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que la empeore	
		<b>Vitalidad</b>	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	
		<b>Función Social</b>	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales debido a problemas físicos o emocionales	
		<b>Rol emocional</b>	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	
		<b>Salud mental</b>	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	
<b>Transición de la salud</b>	¿Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año?			

Variable	Definición Conceptual	Dimensión	Indicadores	Escala de Medición
<p><b>Variable Dependiente</b> : Capacidad de autocuidado (CAC) en personas con HTA:</p>	<p>Habilidades especializadas que les permitan cuidar de su salud. Estas capacidades o habilidades se adquieren de forma intencional y tienen un profundo significado cultural, mismos que pueden ser utilizados para potencializar dichas capacidades y llevar a cabo planes de autocuidado que coadyuven en la prevención de padecimientos crónico degenerativos como la hipertensión arterial.</p>	<p>1.- <b>componente físico</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Función física (bañarse y ducharse)</li> <li>• Rol físico (problemas con el trabajo y otras actividades diarias)</li> <li>• Dolor corporal (dolor muy intenso, extremadamente limitable)</li> <li>• Vitalidad (cansancio y se siente exhausto todo el tiempo)</li> </ul>	<p><b>(CAC)</b> se medirá con la escala de <b>LIKERT</b> (versión Española). Para cada dimensión Muy bajas = 0-25%, Bajas = 26-50%, Buenas = 51-75%, Muy Buenas = 76-100</p>
		<p>2.- <b>Relaciones Interpersonales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Salud general (dificultades para darse cuenta sobre su propia salud)</li> <li>• Rol emocional (problemas en el trabajo y otras actividades)</li> <li>• Salud mental (angustia y depresión)</li> </ul>	
		<p>3.- <b>Relaciones Sociales</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Función social (interferencia extreme y frecuentes en actividades sociales, debido a problemas físicos y emocionales)</li> <li>• Transición de salud (cree que su salud está empeorando)</li> </ul>	

## IV. METODOLOGÍA

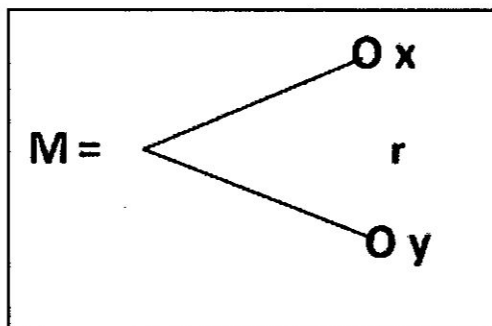
### 4.1 Tipo de Investigación:

De acuerdo al Problema y Objetivos, el estudio corresponde a una investigación de enfoque Cuantitativo, método descriptivo de corte transversal, por que busca describir y relacionar el hecho tal y como se dio en la realidad,

### 4.2 Diseño de la Investigación:

El diseño es correlacional porque asocia las variables mediante un patrón predecible para un grupo o población. De corte transversal, las variables se estudiaron simultáneamente en un determinado momento, haciendo un corte en el tiempo. El diseño se presenta en el siguiente diagrama:

Dónde:



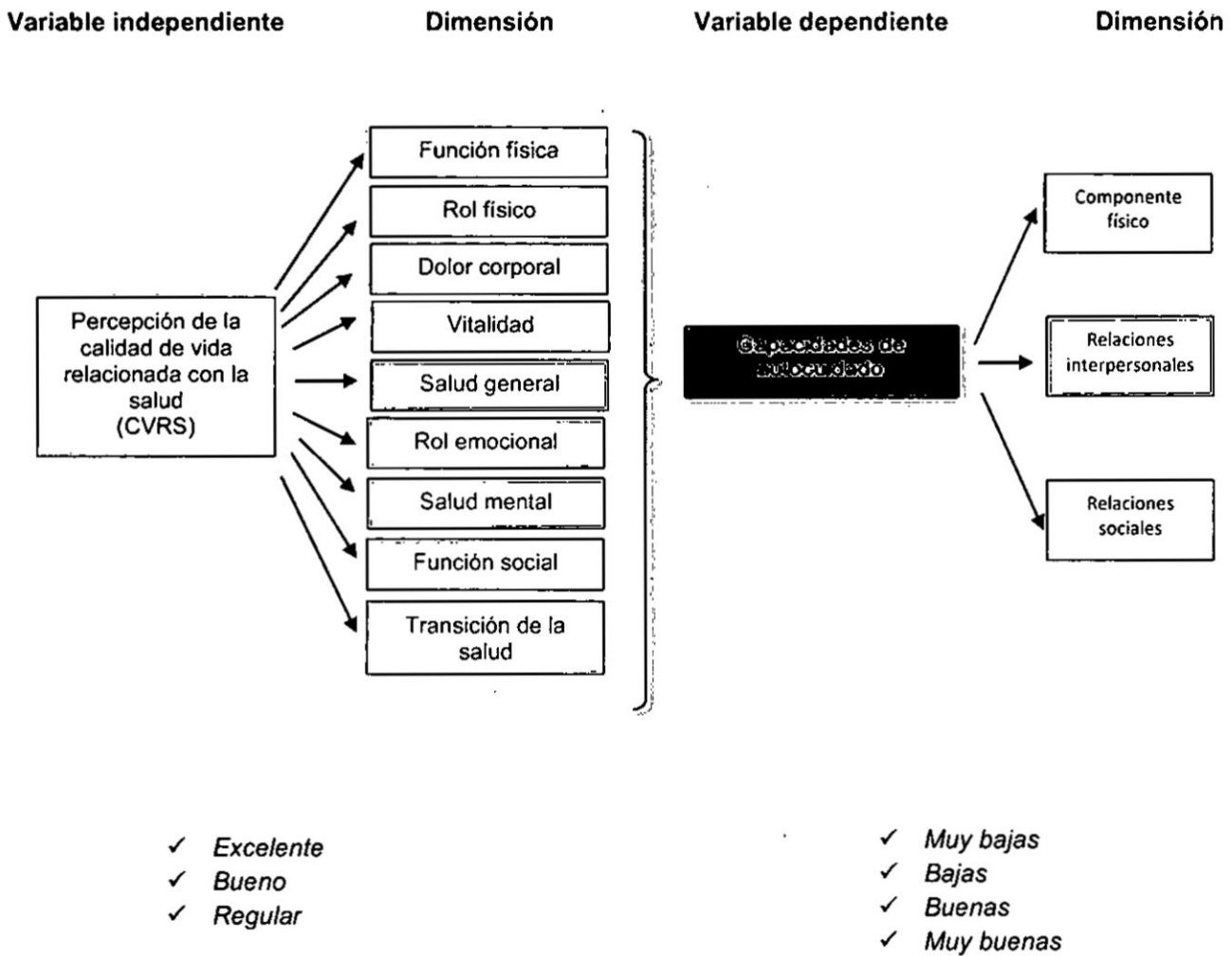
M = Unidades de análisis: pacientes con hipertensión arterial.

Ox = Percepción de la calidad de vida relacionada a la salud.

Oy = capacidades de autocuidado.

r = Correlación.

La relación entre las variables independientes y las variables dependientes se presenta en el siguiente gráfico:



### 4.3 Población y muestra.

#### Determinación del tamaño muestra:

La población adulta con diagnóstico de hipertensión arterial residentes en el área de Emergencias del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, es de seis mil pacientes. Para este estudio se trabajó con una muestra de 146 personas donde para calcular la muestra, se utilizó la fórmula de Población finita. Las unidades de análisis que integraron la muestra fueron seleccionadas en forma probabilística de tipo azar simple. Se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha)}^2 \times N \times pq}{e^2(N-1) + Z_{(1-\alpha)}^2 \times pq}$$

Donde:

**N:** es el tamaño de la población o universo (número total de posibles encuestados)

**Z<sup>2</sup>:** es una constante que depende del nivel de confianza.

**e:** es el error muestral esperado.

**p:** proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio. Este dato es generalmente desconocido y se suele suponer que p=q=0.5 que es la opción más segura. Probabilidad que ocurra un evento.

**q:** proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir Probabilidad que no ocurra un evento, es (1-p).

**n:** tamaño de la muestra (número de encuestas que vamos a hacer).

Población adulta con diagnóstico de hipertensión arterial, residentes en Lima, pertenecientes al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Se encuestaron a 146 personas con diagnóstico de hipertensión arterial, que acudieron al a emergencias del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

**Reemplazando:**

$$n = \frac{1.96^2 \times 6000 \times 0.5(0.5)}{8\%^2(6000 - 1) + 1.96^2 \times 0.5 (0.5)}$$

**Entonces:**

**N= 6000**

**Z<sub>95%</sub> = 1.96**

**p= 0.5**

**q= 0.5**

**e = 5%= 0.05**

**n = 146**

**Los criterios de inclusión**

- sepan leer y escribir.
- Pacientes acudan al servicio de emergencia con hipertensión arterial.

- con tiempo de residencia mayor o igual a 6 meses en el Lima metropolitana
- tengan edades entre los 30 y 80 años, de ambos sexos.
- Que aceptaron participar voluntariamente del estudio.
- Tiempo de enfermedad 1 año (de diagnóstico).

**Los criterios de Exclusión:**

- Usuarios que no acepten participar del proyecto.
- Paciente no esté en pleno uso de sus facultades.
- que no tengan comorbilidades.
- que acudan regularmente a la estrategia sanitaria de hipertensión arterial.
- Pacientes con problemas en la audición y visión

**4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos:**

La técnica utilizada por la entrevista autodirigida, que se realizó luego de solicitar a las personas sujetos de investigación su autorización para la participación en la investigación, mediante el consentimiento informado (Anexo), para luego hacerles entrega de los instrumentos de recolección de datos; es decir, los cuestionarios, informándoles el tiempo en que deben de resolverlos. Finalmente, se almacenaran las respuestas de cada uno en el programa Microsoft Excel 2010, y realizar la tabulación de los resultados.

- **La calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)** se medirá con un instrumento genérico, el cuestionario autodirigida SF- 36. (Anexo 2)

Para cada dimensión los ítems se codifican, agregan y transforman en una escala que tiene un rango de 0 a 100, donde 0 es el peor resultado y 100 el mejor.

**Función física:** Consta de 10 ítems con tres alternativas de respuesta, (mucho=1; poco=2; nada=3), con un rango de 10 a 30 puntos.

**Rol físico:** Tiene cuatro ítems con dos alternativas de respuesta (si=1; no=2), en un rango de 4 a 8 puntos.

**Dolor corporal:** Tiene 2 ítems con 5 alternativas de respuesta, (mucho=1; bastante=2; regular=3; un poco= 4; nada=5), con un rango de 2 a 10 puntos.

**Salud general:** Tiene 5 ítems y con 5 alternativas de respuesta, (todo verdadero=1; bastante cierto= 2; no lo sé= 3; bastante falsa= 4; totalmente falso= 5), en un rango de 5 a 25 puntos.

**Vitalidad:** Tiene 4 ítems con 5 alternativas de respuesta (en extremo=5; mucho=4, normal=3; algo=2; nada=1), en un rango de 4 a 20 puntos.

**Función Social:** Tiene 2 ítems con 5 alternativas de respuesta (siempre =1; casi siempre=2; algunas veces=3; sólo algunas vez=4; nunca=5), en un rango de 2 a 10 puntos.

**Rol Emocional:** Tiene 3 ítems con 2 alternativas de respuesta, (si=1; no=2), en un rango de 3 a 6 puntos.



**Salud Mental:** Tiene 5 ítems con cinco alternativas de respuesta, (siempre=1; casi siempre=2; algunas veces=3; sólo algunas vez=4; nunca=5), en un rango de 5 a 25 puntos.

**Transición de salud:** Tiene 1 ítem con cinco alternativas de respuesta, (Mucho peor =1; Algo peor =2; Más o menos igual =3; Algo mejor =4; Mucho mejor =5), en un rango de 1 a 5 puntos.

**Puntaje:**

Excelente:	71-100 puntos
Bueno:	51-70 puntos
Regular:	0-50 punto

La adición de los puntajes entregados por los sujetos a cada uno de los ítems determina el valor que se obtiene en cada dimensión. La calidad de vida operacionalmente hablando es la sumatoria global de los puntajes que los sujetos otorgan a cada uno de los 36 ítems que componen la escala.

Mediante la combinación de las puntuaciones de cada dimensión el cuestionario permite el cálculo de 2 componentes sintéticos:

El físico (CSF) y el mental (MCS).

Las 8 escalas definen adecuadamente los 2 componentes principales de salud: el CSF y CSM. Los pasos principales de los algoritmos de cálculo de las puntuaciones de las 2 medidas son:

- a) Estandarización de las 8 escalas del SF-36, con la media y desviación estándar de la población general.
- b) Ponderación de las escalas aplicando los pesos factoriales obtenidos en el análisis de componentes principales.
- c) Agregación de las escalas y transformación, para obtener una media de 50 y una desviación estándar de 10 en la población general.

- **Capacidad de autocuidado (CAC) en personas con HTA:** <sup>4,7</sup>

Las CAC se medirán por medio de la Escala Estimativa de Likert Capacidades de Autocuidado (Versión en Español). (Anexo 3)

Consta de 24 ítems para valorar la percepción de los participantes sobre sus propias habilidades para cuidar de sí mismo, de acuerdo a elementos que derivan de los componentes de poder y de estructura conceptual de las capacidades de autocuidado de Orem.

Previa lectura y comprensión de cada ítem, cada persona responderá en la representación de la escala del instrumento.

Calificación	Puntaje escala	Significado	Porcentaje	Capacidades de agencia de autocuidado
1	1-24	Totalmente en desacuerdo	0-25%	Muy bajas
2	25-48	En desacuerdo	26-50%	Bajas
3	49-72	De acuerdo	51-75%	Buenas
4	73-96	Totalmente de acuerdo	76-100%	Muy buenas

**Tabla 03 1VALORES CAC**

### **Aspectos éticos:**

En el presente estudio se recabó información a través de una encuesta autodirigida, se le informó al sujeto que las repuestas no serán utilizadas en su contra. Los sujetos investigados decidieron por voluntad propia participar en el presente estudio, previo conocimiento estricto de la información. Se explicó en forma sencilla, clara y precisa la naturaleza de la investigación, objetivos y procedimientos que se utilizaron para obtener la información, y los derechos que gozan, constado en el Consentimiento Informado.

### **4.5 Procedimiento de recolección de datos**

Para proceder a la ejecución de la investigación se coordinó con la Jefatura de Enfermería del servicio de Emergencias del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins EsSalud, con el objetivo de contar con su aprobación para la ejecución del proyecto. Para luego con su autorización hacerles entrega de los instrumentos de recolección de datos; es decir, los cuestionarios.

#### **4.6 Procedimientos estadístico y análisis de datos**

Para el análisis de la información de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se usó el instrumento genérico, cuestionario autodirigido SF- 36, para las CAC por medio de la Escala Estimativa de Likert Capacidades de Autocuidado (Versión en Español). Finalmente, se almacenaron las respuestas de cada uno en el programa Microsoft Excel 2010, y se realizó la tabulación de los resultados, agrupándolos en gráficos y tablas.

## V. RESULTADOS

TABLA N° 5.1

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y SU INFLUENCIA EN LAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS , FEBRERO - JULIO 2014.

En la siguiente tabla se presenta la relación de resultados de puntuación, para la relación de las variables independientes y dependientes: Percepción de la calidad de vida (CVRS) y Capacidad de Autocuidado (CAC).

Tabla 5.1: Correlación de variables independientes y dependientes:

CVRS	CAC			
	Muy baja	Baja	Buena	Muy buena
Función física (10-30)				
Excelente				26 - 30
Buena		16 - 20	21 - 25	
Regular	10 - 15			
Rol físico (4-8)				
Excelente			7	8
Buena		5 - 6		
Regular	4			
Dolor corporal (2-10)				
Excelente				8-10
Buena		4-5	6-7	
Regular	2-3			
Vitalidad (4-20)				
Excelente				17-20
Buena		8-11	12-16	
Regular	4-7			
Salud general (5-25)				
Excelente				21-25
Buena		10-14	15-20	
Regular	5-9			
Rol emocional (3-6)				
Excelente				6

CVRS	CAC			
	Muy baja	Baja	Buena	Muy buena
Bueno		4	5	
Regular	3			
Salud mental (5-25)				
Excelente				21-25
Bueno		10-14	15-20	
Regular	5-9			
Función social (2-10)				
Excelente			7-8	9-10
Bueno		5-6		
Regular	2-4			
Transición de la salud (1-5)				
Excelente				5
Bueno		2	3-4	
Regular	1			

Fuente: Cuestionario SF35 y escala de Likert

En la tabla anterior, cada una de las variables independientes de CVRS se relaciona con su respectiva puntuación, respecto a su variable dependiente de CAC, de acuerdo a la descripción presentada en la tabla en la sección 3.2.

De acuerdo a las encuestas realizadas, se obtuvieron los siguientes resultados, relacionando las variables de CVRS y CAC.

**TABLA N° 5.2**  
**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y**  
**SU INFLUENCIA EN LAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO EN**  
**PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL AREA DE EMERGENCIA**  
**DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, FEBRERO -**  
**JULIO 2014.**

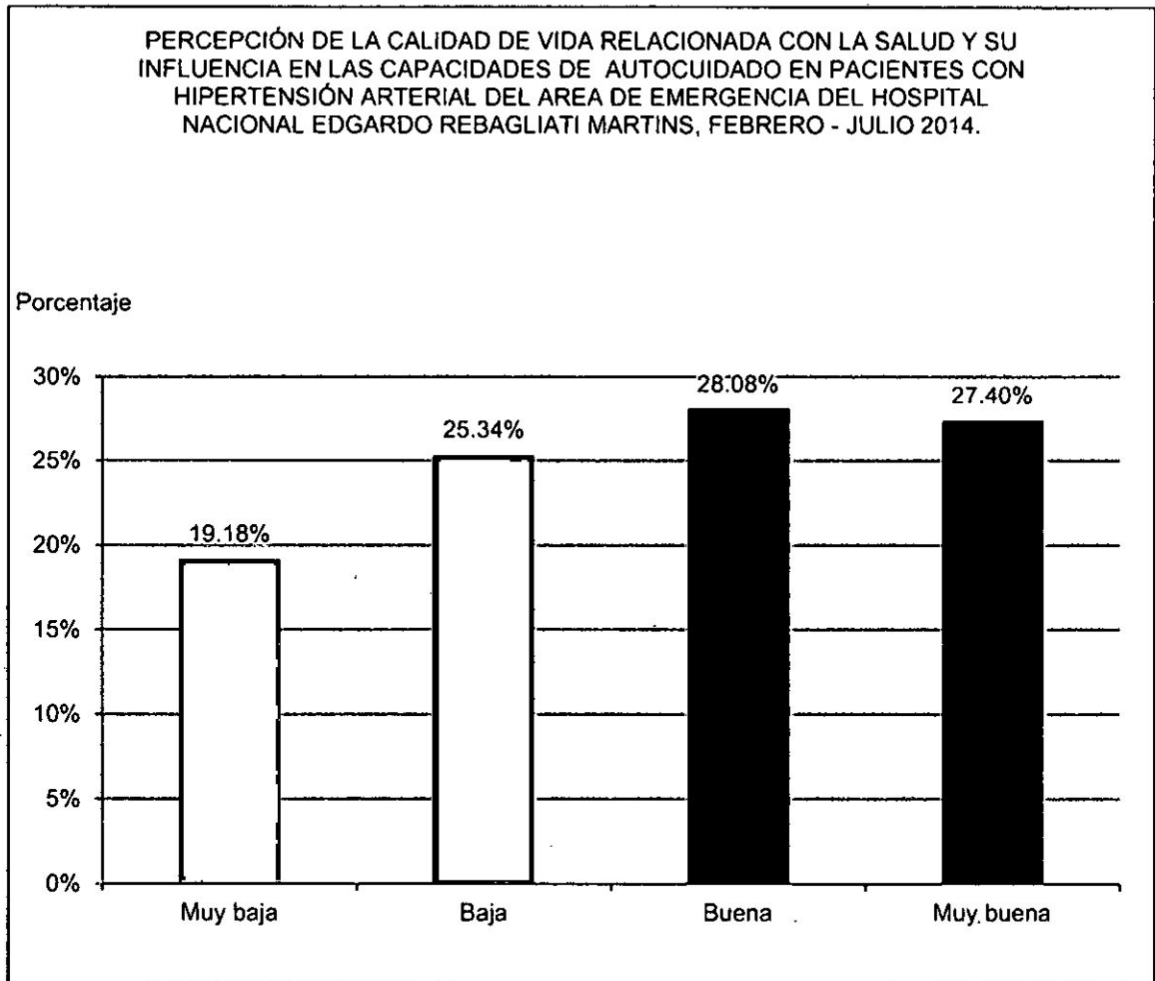
**Tabla 5.2: Resultados del estudio, según CVRS Vs. CAC**

CVRS	CAC			
	Muy Baja	Baja	Buena	Muy Buena
Función física	37	19	23	67
Rol físico	17	44	37	48
Dolor corporal	29	20	46	51
Vitalidad	7	17	94	28
Salud general	33	57	37	19
Rol emocional	45	44	25	32
Salud mental	29	54	41	22
Función social	25	32	35	54
Transición de la salud	30	46	37	33
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>37</b>	<b>41</b>	<b>40</b>
<b>Porcentaje</b>	<b>19.2%</b>	<b>25.3%</b>	<b>28.1%</b>	<b>27.4%</b>

Fuente: Cuestionario SF35 y escala de Likert

Los resultados de la tabla anterior, se presentan en los siguientes gráficos:

**Gráfico 5.2: Resultados del estudio, según Calidad de Vida Relacionad con la Salud y Capacidad de Auto Cuidado**



Fuente: Cuestionario SF35 y escala de Likert.

De acuerdo a los resultados mostrados en el gráfico, el 55.5% de las personas manifestaron tener una capacidad de autocuidado (CAC), respecto a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), de "Buena" y "Muy Buena" (28.08% y 27.4%, respectivamente). El 25.34% manifestó tener una CAC, respecto a la CVRS, "Baja". Finalmente solo el 19.18% manifestó tener una CAC, respecto a la CVRS, "Muy Baja"



**TABLA N°5.3**

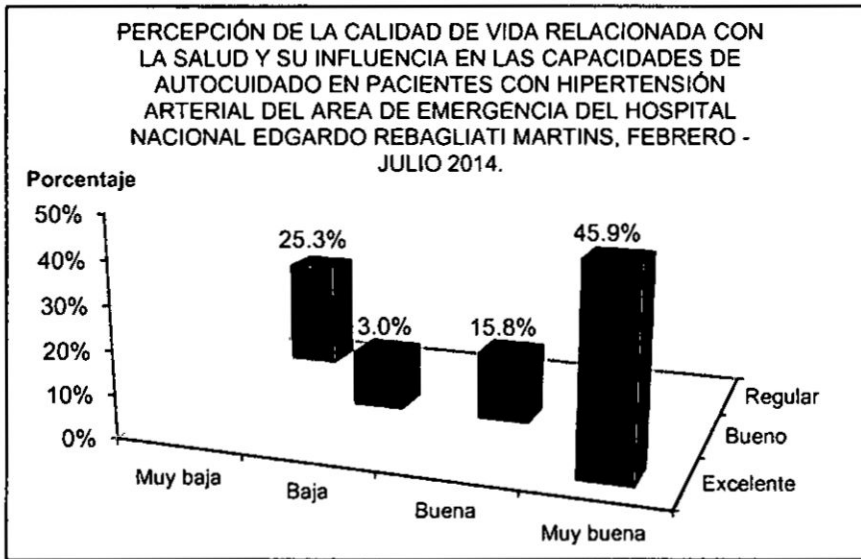
**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y SU INFLUENCIA EN LAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS , FEBRERO - JULIO 2014.**

CVRS	CAC			
	Muy baja	Baja	Buena	Muy buena
Función física				
Excelente				45.9%
Buena		13.0%	15.8%	
Regular	25.3%			

Fuente: Cuestionario SF35 y escala de Likert

Los resultados de la tabla anterior, se presentan en los siguientes gráficos:

**Gráfico 5.3: Resultados del estudio, según Función física y CAC**



De acuerdo a los resultados mostrados en el gráfico, el 45.9% de las personas manifestaron tener una calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de "Excelente" en su **función física**, lo que repercute en una "Muy buena" capacidad de autocuidado (CAC). Otro dato importante es que el 25.3% de las personas manifestaron tener una calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de "Regular" en su **función física**, lo que repercute en una "Muy baja" capacidad de autocuidado (CAC).

**TABLA N° 5.4**

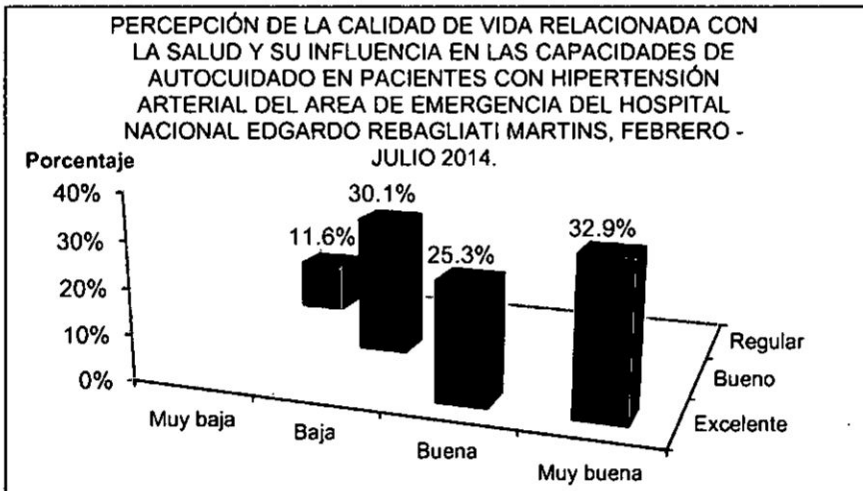
**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y SU INFLUENCIA EN LAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, FEBRERO - JULIO 2014.**

CVRS	CAC			
	Muy baja	Baja	Buena	Muy buena
Rol físico				
Excelente			25.3%	32.9%
Bueno		30.1%		
Regular	11.6%			

Fuente: Cuestionario SF35 y escala de Likert

Los resultados de la tabla anterior, se presentan en los siguientes gráficos:

**Gráfico 5.4: Resultados del estudio, según Rol físico y CAC**



De acuerdo a los resultados mostrados en el gráfico, el 32.9% de las personas manifestaron tener una calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de "Excelente" en su rol físico, lo que repercute en una "Muy buena" capacidad de autocuidado (CAC). Además el 25.3% de las personas manifestaron tener una calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de "Buena" en su rol físico, lo que repercute en una "Buena" capacidad de autocuidado (CAC). Otro dato importante es que el 30.1% de las personas manifestaron tener una calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de "Regular" en su rol físico, lo que repercute en una "Baja" capacidad de autocuidado (CAC).

**TABLA N° 5.5**

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y SU INFLUENCIA EN LAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, FEBRERO - JULIO 2014.**

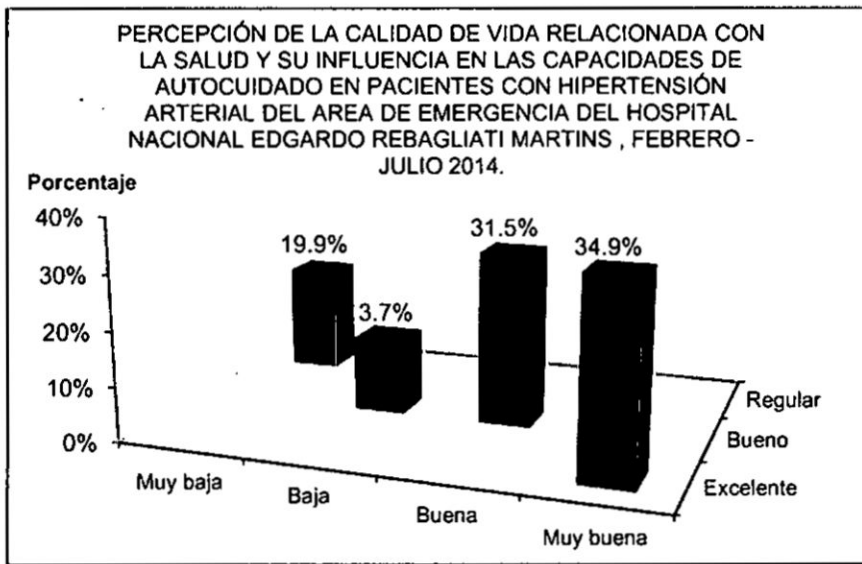
Tabla 5.5: Resultados del estudio, según Dolor Corporal Vs. CAC

CVRS	CAC			
	Muy baja	Baja	Buena	Muy buena
Dolor corporal				
Excelente				34.9%
Bueno		13.7%	31.5%	
Regular	19.9%			

Fuente: Cuestionario SF35 y escala de Likert

Los resultados de la tabla anterior, se presentan en los siguientes gráficos:

**Gráfico 5.5: Resultados del estudio, según Dolor Corporal y CAC**



De acuerdo a los resultados mostrados en el gráfico, el 34.9% de las personas manifestaron tener una calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de "Excelente" en su **dolor corporal**, lo que repercute en una "Muy buena" capacidad de autocuidado (CAC). Otros datos importantes son: el 45.2% de las personas manifestaron tener una calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de "Buena" en su **dolor corporal**, lo que repercute en una "Buena" y "Baja" capacidad de autocuidado (CAC), 31.5% y 13.7%, respectivamente.

**TABLA N° 5.6**

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y SU INFLUENCIA EN LAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, FEBRERO - JULIO 2014.**

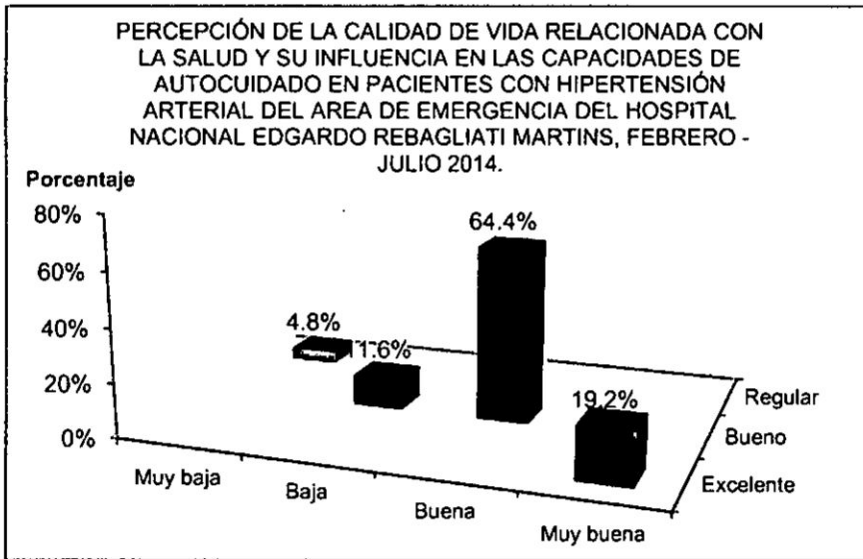
Tabla 5.6: Resultados del estudio, según Vitalidad Vs. CAC

CVRS	CAC			
	Muy baja	Baja	Buena	Muy Buena
Vitalidad				
Excelente				19.2%
Bueno		11.6%	64.4%	
Regular	4.8%			

Fuente: Cuestionario SF35 y escala de Likert

Los resultados de la tabla anterior, se presentan en los siguientes gráficos:

**Gráfico 5.6: Resultados del estudio, según Vitalidad y CAC**



De acuerdo a los resultados mostrados en el gráfico, el 19.2% de las personas manifestaron tener una calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de "Excelente" en su **vitalidad**, lo que repercute en una "Muy buena" capacidad de autocuidado (CAC). El dato importante es que el 76.0% de las personas manifestaron tener una calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de "Bueno" en su **vitalidad**, lo que repercute en una "Buena" o "Baja" capacidad de autocuidado (CAC), con 64.4% y 11.6%, respectivamente.

**TABLA N° 5.7**  
**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y SU INFLUENCIA EN LAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, FEBRERO - JULIO 2014.**

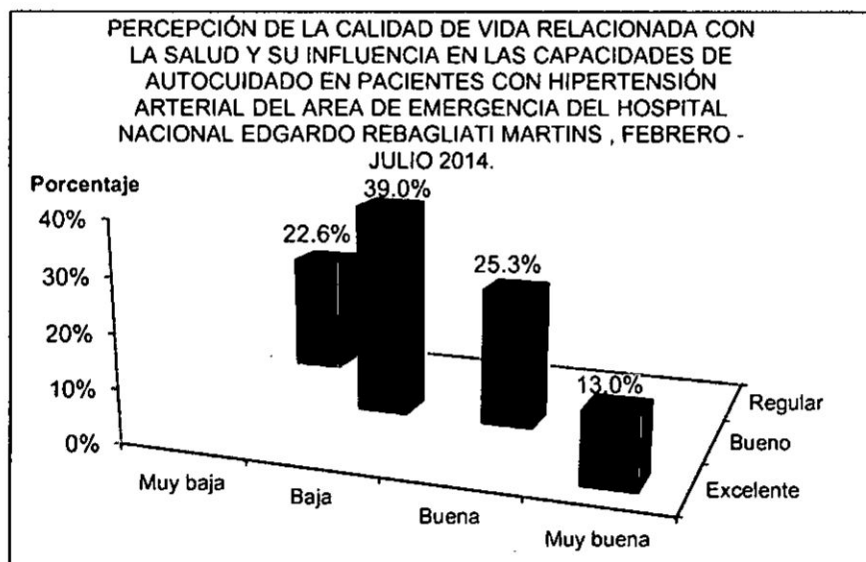
Tabla 5.7: Resultados del estudio, según Salud general Vs. CAC

CVRS	CAC			
	Muy baja	Baja	Buena	Muy buena
Salud general				
Excelente				13.0%
Buena		39.0%	25.3%	
Regular	22.6%			

Fuente: Cuestionario SF35 y escala de Likert

Los resultados de la tabla anterior, se presentan en los siguientes gráficos:

**Gráfico 5.7: Resultados del estudio, según Salud general y CAC**



De acuerdo a los resultados mostrados en el gráfico, el 13.0% de las personas manifestaron tener una calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de "Excelente" en su **salud general**, lo que repercute en una "Muy buena" capacidad de autocuidado (CAC). El dato con mayor puntuación es que el 64.3% de las personas manifestaron tener una calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de "Buena" en su **salud general**, lo que repercute en una "Buena" o "Baja" capacidad de autocuidado (CAC), con 25.3% y 39.0%, respectivamente.

**TABLA N° 5.8**  
**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y SU INFLUENCIA EN LAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, FEBRERO - JULIO 2014.**

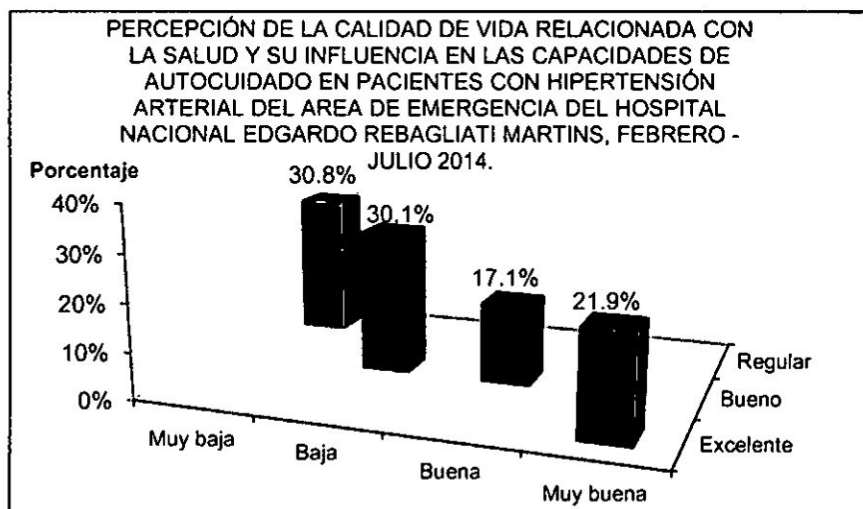
Tabla 5.8: Resultados del estudio, según Rol Emocional Vs. CAC

CVRS	CAC			
	Muy baja	Baja	Buena	Muy buena
Rol emocional				
Excelente				21.9%
Bueno		30.1%	17.1%	
Regular	30.8%			

Fuente: Cuestionario SF35 y escala de Likert

Los resultados de la tabla anterior, se presentan en los siguientes gráficos:

**Gráfico 5.8: Resultados del estudio, según Rol emocional y CAC**



De acuerdo a los resultados mostrados en el gráfico, el 21.9% de las personas manifestaron tener una calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de "Excelente" en su **rol emocional**, lo que repercute en una "Muy buena" capacidad de autocuidado (CAC). El dato con mayor puntuación es que el 47.2% de las personas manifestaron tener una calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de "Bueno" en su **rol emocional**, lo que repercute en una "Buena" o "Baja" capacidad de autocuidado (CAC), con 17.1% y 30.1%, respectivamente.

**TABLA N° 5.9**

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y SU INFLUENCIA EN LAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, FEBRERO - JULIO 2014.**

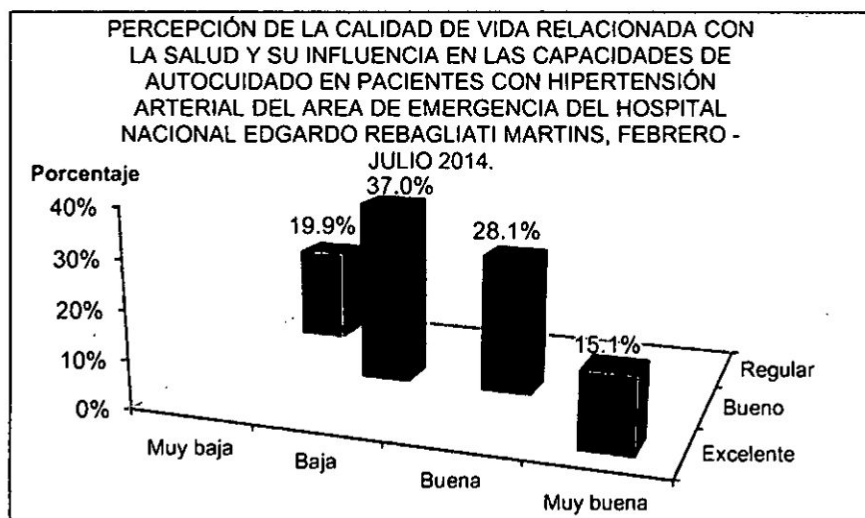
Tabla 5.9: Resultados del estudio, según Salud mental Vs. CAC

CVRS	CAC			
	Muy baja	Baja	Buena	Muy buena
Salud mental				
Excelente				15.1%
Bueno		37.0%	28.1%	
Regular	19.9%			

Fuente: Cuestionario SF35 y escala de Likert

Los resultados de la tabla anterior, se presentan en los siguientes gráficos:

**Gráfico 5.9: Resultados del estudio, según Salud mental y CAC**



De acuerdo a los resultados mostrados en el gráfico, el 15.1% de las personas manifestaron tener una calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de "Excelente" en su **salud mental**, lo que repercute en una "Muy buena" capacidad de autocuidado (CAC). El dato con mayor puntuación es que el 65.1% de las personas manifestaron tener una calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de "Bueno" en su **salud mental**, lo que repercute en una "Buena" o "Baja" capacidad de autocuidado (CAC), con 28.1% y 37.0%, respectivamente.

**TABLA N° 5.10**  
**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y SU**  
**INFLUENCIA EN LAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON**  
**HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL**  
**NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, FEBRERO - JULIO 2014.**

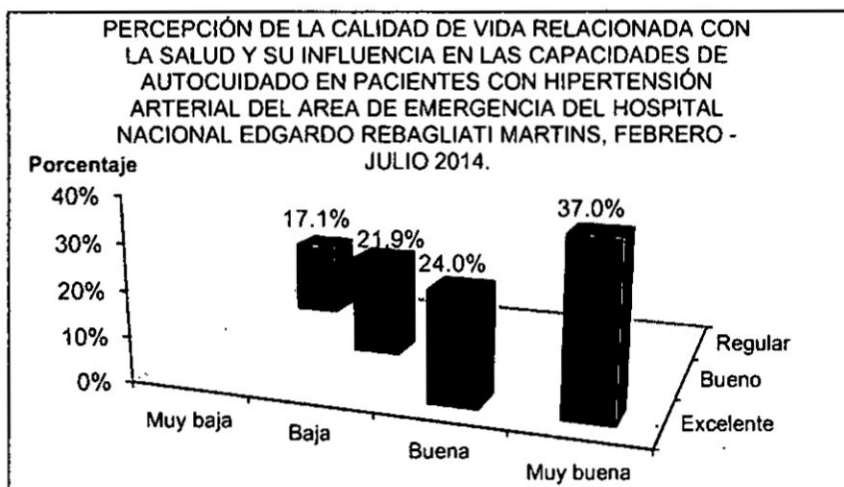
Tabla 5.10: Resultados del estudio, según Función social Vs. CAC

CVRS	CAC			
	Muy baja	Baja	Buena	Muy buena
Función social				
Excelente				37.0%
Bueno		21.9%	24.0%	
Regular	17.1%			

Fuente: Cuestionario SF35 y escala de Likert

Los resultados de la tabla anterior, se presentan en los siguientes gráficos:

**Gráfico 5.10: Resultados del estudio, según Función social y CAC**



De acuerdo a los resultados mostrados en el gráfico, el 61.0% de las personas manifestaron tener una calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de "Excelente" en su **función social**, lo que repercute en una "Muy buena" y "Buena" capacidad de autocuidado (CAC), 37% y 24%, respectivamente. El dato con mayor puntuación es que el 21.9% de las personas manifestaron tener una calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de "Bueno" en su **función social**, lo que repercute en una "Baja" capacidad de autocuidado (CAC).



**TABLA N° 5.11**

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y SU INFLUENCIA EN LAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, FEBRERO - JULIO 2014.**

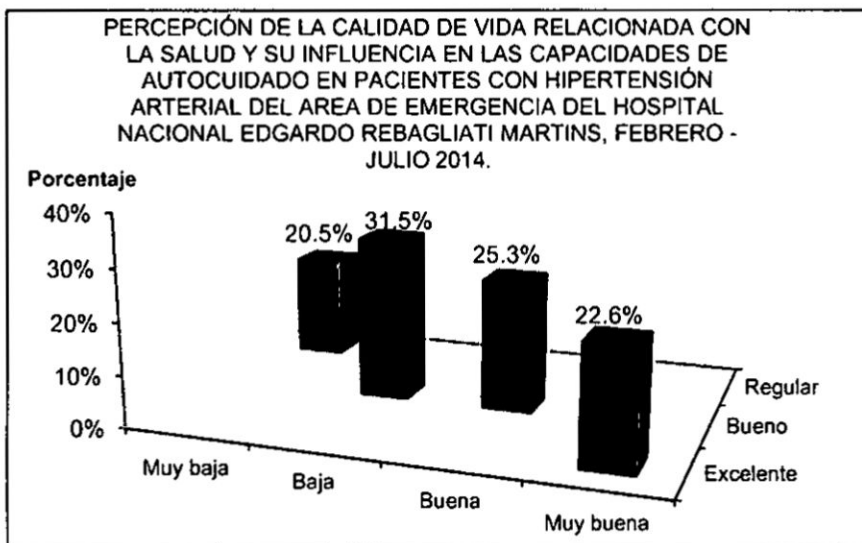
Tabla 5.11: Resultados del estudio, según Transición de la salud Vs. CAC

CVRS	CAC			
	Muy baja	Baja	Buena	Muy buena
Transición de la salud				
Excelente				22.6%
Buena		31.5%	25.3%	
Regular	20.5%			

Fuente: Cuestionario SF35 y escala de Likert

Los resultados de la tabla anterior, se presentan en los siguientes gráficos:

**Gráfico 5.11: Resultados del estudio, según Transición de la salud y CAC**



De acuerdo a los resultados mostrados en el gráfico, el 22.6% de las personas manifestaron tener una calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de "Excelente" en su **transición de la salud**, lo que repercute en una "Muy buena" capacidad de autocuidado (CAC). El dato con mayor puntuación es que el 56.8% de las personas manifestaron tener una calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de "Buena" en su **transición de la salud**, lo que repercute en una "Buena" o "Baja" capacidad de autocuidado (CAC), con 25.3% y 31.5%, respectivamente.

**TABLA N° 5.12**  
**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y SU**  
**INFLUENCIA EN LAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON**  
**HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL**  
**NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, FEBRERO - JULIO 2014.**

Tabla 5.12: Indicadores de los resultados, según sexo:

Sexo	N° PACIENTES	Promedio edad	Desviación E.	Coficiente de variación
Hombre	62	62.24	9.86	0.16
Mujer	84	63.43	12.68	0.20
Total	146	62/63	11.5	0.18

Fuente: Cuestionario autodirigido SF- 36, para las CAC por medio de la Escala Estimativa de Capacidades de Autocuidado (Versión en Español).

**Gráfico 5.12: Sexo Según %pacientes Encuestados sf-36**



Fuente: Cuestionario autodirigido SF- 36, para las CAC por medio de la Escala Estimativa de Capacidades de Autocuidado (Versión en Español).

En la tabla se observa que del total de 146 usuarios que acuden al servicio de emergencia con hipertensión arterial del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de lima corresponde al 100%, el 58 % (84) se observa que el sexo femenino acudieron con mayor frecuencia a ser atendidas y el 42%(62) fueron Varones.

<sup>1</sup> Calcula la desviación estándar, según una muestra.

**TABLA N°5.13**  
**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y SU INFLUENCIA EN LAS**  
**CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN**  
**ARTERIAL DEL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO**  
**REBAGLIATI MARTINS, FEBRERO - JULIO 2014.**

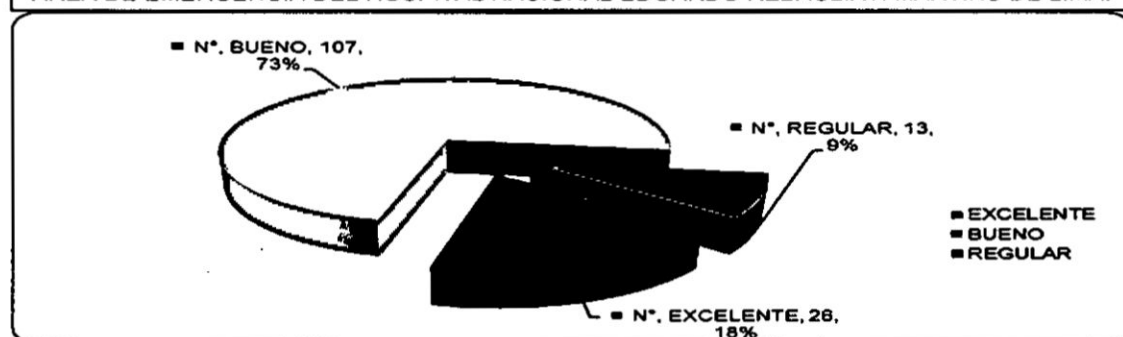
Tabla 5.13: Calidad de Vida relacionada con la Salud

PUNTAJE:	N°	Porcentaje
EXCELENTE	26	18%
BUENO	107	73%
REGULAR	13	9%
Total	146	100

Fuente: Cuestionario autodirigido SF- 36, para las CAC por medio de la Escala Estimativa de Capacidades de Autocuidado (Versión en Español).

**Grafico 5.13: Percepción de la calidad de vida, relacionada con la**

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y SU INFLUENCIA EN LAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS DE LIMA.**

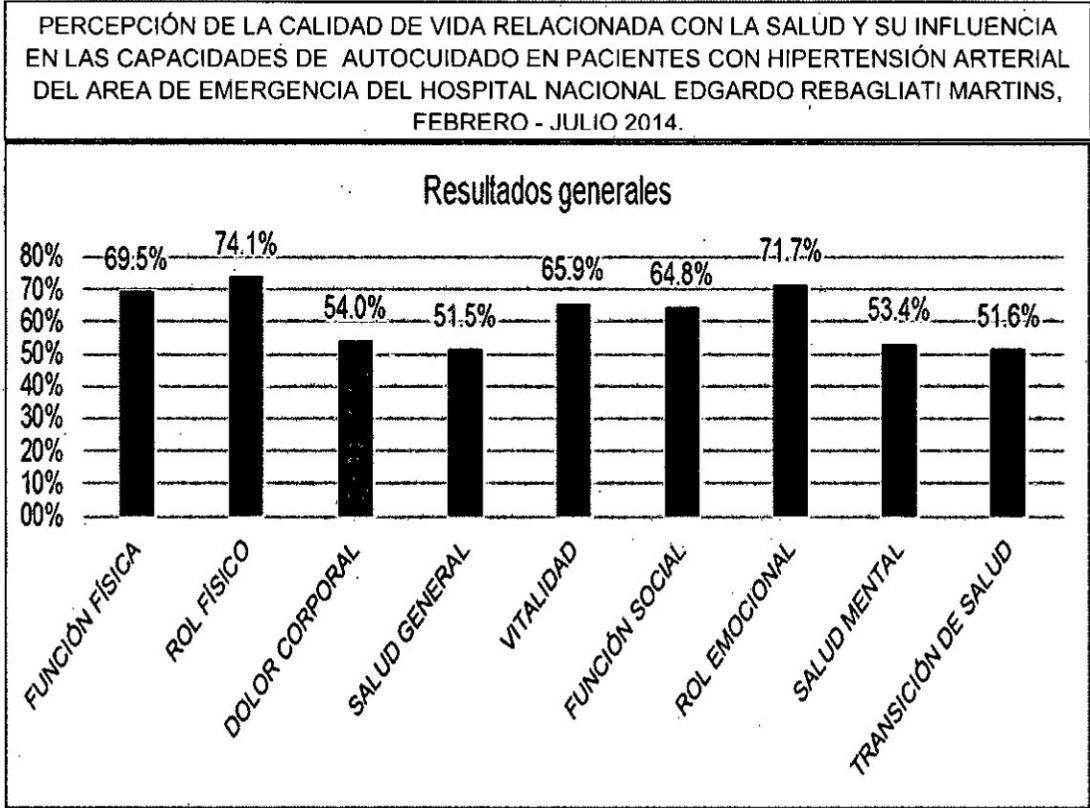


Fuente: Cuestionario auto dirigido SF- 36, para las CAC por medio de la Escala Estimativa de Capacidades de Autocuidado (Versión en Español).

De acuerdo a la tabla anterior, la edad promedio para varones es de 62 años y para mujeres es de 63 años. **El promedio** de la sumatoria global de los puntajes que los sujetos otorgaron a cada uno de los 36 ítems que componen la escala, fue 85; siendo el máximo puntaje 100. La desviación estándar es de 11,5. Por lo tanto, las personas investigadas tienen una percepción de la calidad de vida relacionada con la salud, en 18% de Excelente, 73% Bueno y 9% Regular, tal como se muestra en la tabla

### Grafico N° 5.14

**Grafico 5.14: Resultados Generales:**

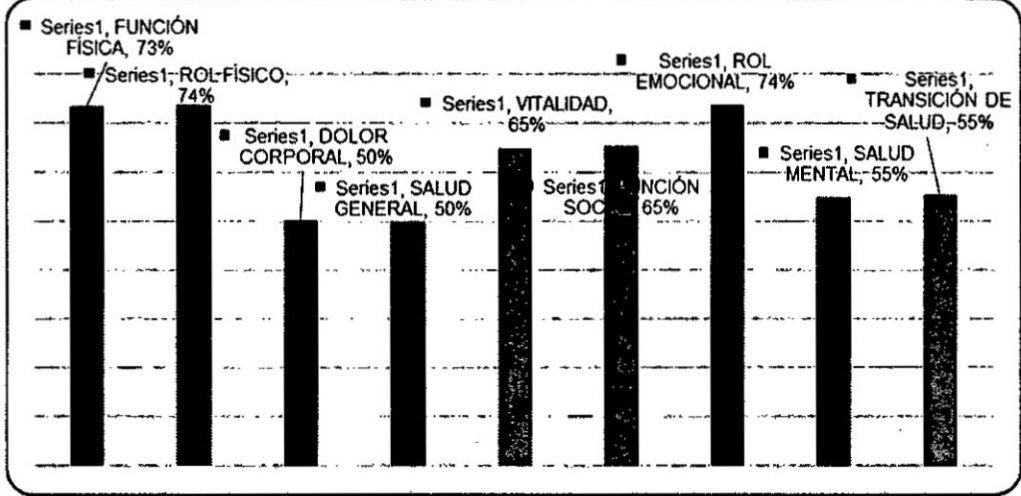


Fuente: Cuestionario autodirigido SF- 36, para las CAC por medio de la Escala Estimativa de Capacidades de Autocuidado (Versión en Español).

Examinando cada una de las dimensiones que componen la escala, se pudo observar que la calidad de vida en la población estudiada es prioritariamente "Buena". El Rol Físico (74,1%), Rol Emocional (71,7%), y la Función Física (69,5%) obtuvieron las puntuaciones más altas; y Salud General (51,5%), Transición de la Salud (51,6%), y Salud mental (53,4%), obtuvieron las puntuaciones más bajas.

**Grafico 5.15: Según Resultados Sexo ( Hombres):**

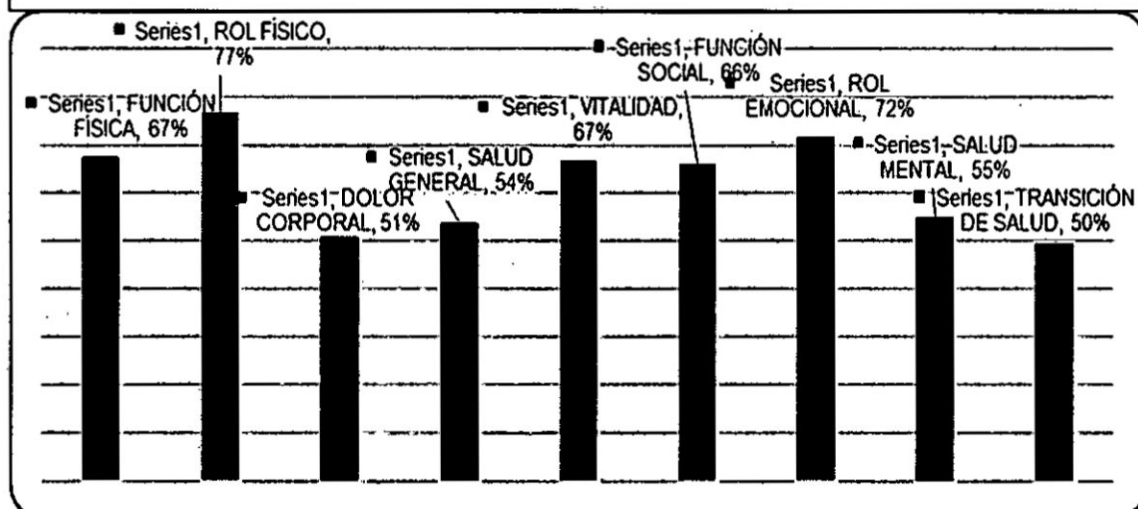
PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y SU INFLUENCIA EN LAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS , FEBRERO - JULIO 2014.



Fuente: Cuestionario autodirigido SF- 36, para las CAC por medio de la Escala Estimativa de Capacidades de Autocuidado (Versión en Español).

**Grafico 5.16: Según Resultados Sexo (Mujeres):**

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y SU INFLUENCIA EN LAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS , FEBRERO - JULIO 2014.



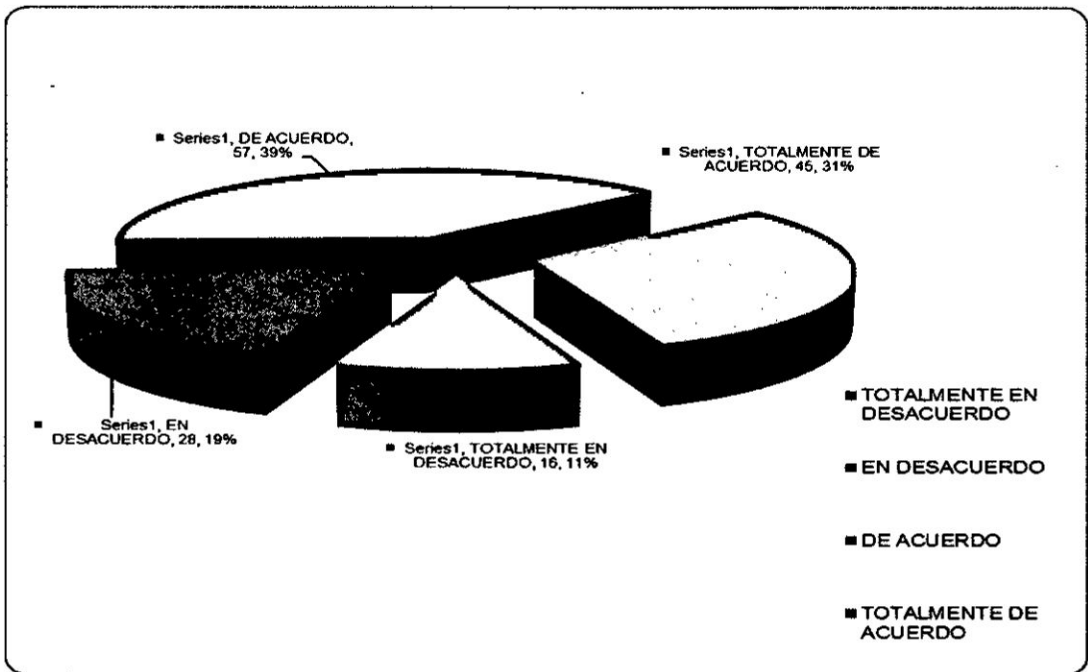
Fuente: Cuestionario autodirigido SF- 36, para las CAC por medio de la Escala Estimativa de Capacidades de Autocuidado (Versión en Español).

Los promedios de las escalas "Rol emocional", "Rol físico" y "Función física", fueron los más altos en los hombres y en las mujeres fueron: "Rol físico", "Rol emocional" y "Función física". Aunque con ligeras variaciones, estas tres dimensiones ocuparon los puntajes más altos en ambos sexos. Por otro lado, en varones, los puntajes más bajos fueron "Salud General" y "Dolor corporal". Estas mismas dimensiones fueron las más bajas en las mujeres.

**Grafico N° 5.17**

**CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS, FEBRERO - JULIO 2014.**

**Grafico 5.17: Resultados de Capacidad de Autocuidado:**



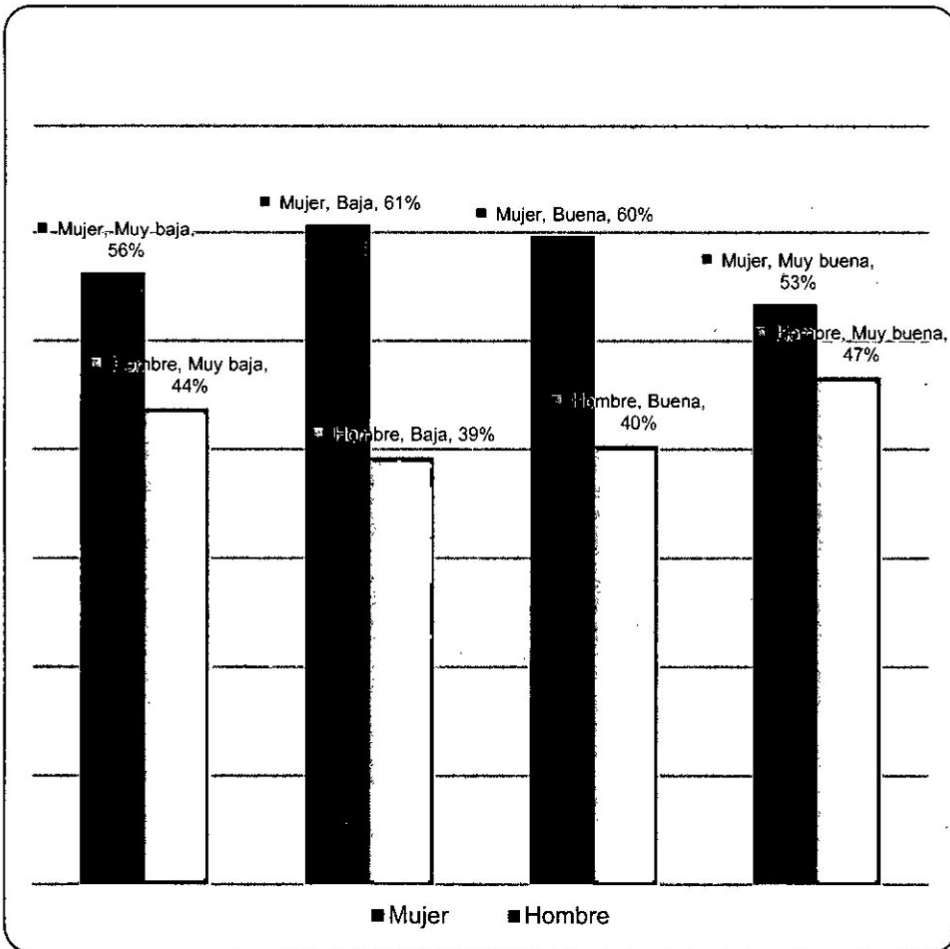
Fuente: Escala Estimativa de Capacidades de Autocuidado EECAC

A continuación se presentan los resultados obtenidos utilizando estadística descriptiva. Para este análisis se tuvieron en cuenta los rangos ponderales de la capacidad de agencia de autocuidado establecidos en el instrumento. En el estudio se encontró que el 30.8% (n = 45) de los pacientes presentó una capacidad de agencia de autocuidado “Muy buena”; el 11 % (n = 16) de los pacientes tuvo una capacidad de agencia de auto-cuidado “Muy baja”, y el restante se reportó como “Baja” y “Buena”, con 19.2% y 39%, respectivamente.

Grafico N° 5.18

CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS DE LIMA, FEBRERO - JULIO 2014.

Grafico 5.18: capacidad de Autocuidado:



Fuente: Escala Estimativa de Capacidades de Autocuidado EECAC.

De acuerdo al sexo, las capacidades de agencia de autocuidado son mayores en las mujeres, tal como se muestra en el siguiente gráfico



## VI. DISCUSIÓN DE RESULTADO

El SF-36 es el único instrumento de calidad de vida relacionado con la salud y escala d Likert es el instrumento calidad de auto cuidado más utilizada en el mundo, mostrando que está acorde con lo recomendado por los autores del instrumento, gracias a su consistencia interna y fiabilidad <sup>23</sup>

Los pacientes incluidos en el estudio corresponden en su mayoría al sexo femenino, con una edad promedio de 63 años. Estas variables se correlacionan con estudios realizado por Rivera en el 2006 titulado Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá, Colombia, diseño descriptivo, con abordaje cuantitativo que permitió evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en 90 personas hospitalizadas con diagnóstico de hipertensión arterial donde se encontró que el 60 % de los participantes eran del género femenino con una edad mínima de 31 años y una edad máxima de 77 años. Los resultados muestran que el 53 % de las personas hospitalizadas con hipertensión arterial tuvieron deficiente capacidad de agencia para el autocuidado en tanto que el 47 % presentaron suficiente capacidad de agencia para el autocuidado. En cuanto a los ítems del instrumento apreciación de la capacidad de agencia de autocuidado (ASA) que obtuvieron los más altos puntajes, se encontró que los participantes presentaron capacidades para: Máxima atención y vigilancia, motivación o metas orientadas hacia el autocuidado, razonamiento dentro de un marco de referencia de autocuidado, habilidades (cognitivas, de percepción, de comunicación e interpersonales) para el autocuidado e integración de las operaciones de autocuidado con otros,<sup>31</sup>

La OPS (1996) refiere que en la mayoría de países en el mundo y en Latinoamérica la población femenina es superior a la masculina debido a la mejor supervivencia de las mujeres, quienes tienen una esperanza de vida de 5 a 8 años más que los varones. Este fenómeno es universal y más acentuado en países desarrollados<sup>32</sup>

En el promedio de la escala de salud, Rol Físico fue la más alta en este estudio (74,1%), lo que indica un buen perfil físico de la población estudiada, la cual realiza actividades sociales normales sin interferencias debido a problemas físicos.

La escala con más bajo promedio fue Salud General, con un 51,5% y Transición de las Salud, con 51,6%.

El 55.5% de las personas manifestaron tener una capacidad de autocuidado (CAC), respecto a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), de "Buena" y "Muy Buena" (28.08% y 27.4%, respectivamente). El 25.34% manifestó tener una CAC, respecto a la CVRS, "Baja". Finalmente solo el 19.18% manifestó tener una CAC, respecto a la CVRS, "Muy Baja".

## VII. CONCLUSIONES

1. La variable género, ha mostrado una influencia importante en el desarrollo de una mayor capacidad de agencia de autocuidado de cada individuo y por ende percibe mejor su calidad de vida en relación a la salud.
2. Se encuentra una mejor capacidad de autocuidado en el sexo femenino.
3. Las características epidemiológicas de los individuos en estudio son: predominio de sexo femenino, edad media de 63 años y desviación estándar de 11.12.

## VII. RECOMENDACIONES

Los profesionales de salud deben centrar su atención en el desarrollo de intervenciones que promuevan el autocuidado, a partir de la identificación de los ítems de menor puntaje, como los efectos adversos del tratamiento farmacológico y el manejo de su enfermedad, así como del nivel global de capacidad de agencia de autocuidado.

Las investigaciones que demuestren cuáles son los factores que determinan las dificultades en el acceso a las consultas, los controles y la adquisición de medicamentos son necesarias, ya que esto se considera un factor decisivo en la completa adherencia del paciente al tratamiento de la enfermedad y de manera directamente proporcional sobre la capacidad de agencia de autocuidado.

El equipo interdisciplinario, debe promover la motivación en los pacientes hipertensos mediante diferentes intervenciones (educativas o de acompañamiento) que favorezcan de forma global la adherencia del paciente al tratamiento y a su autocuidado.

Se debe continuar fortaleciendo los aspectos en los cuales el paciente demuestra suficiente autocuidado, como dormir de seis a ocho horas diarias, el consumo de dietas balanceadas, la dedicación de tiempo al autocuidado y la evaluación de las medidas tomadas en relación con el bienestar propio y el de la familia, de manera que se mantenga o mejore la capacidad de agencia de autocuidado de los pacientes hipertensos.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fuentes N., A. Ojeda. Soporte y red social en el adulto maduro con Hipertensión Arterial y/o Diabetes Mellitus tipo II en riesgo de insuficiencia renal. Biblioteca Lascasas, 2007; 3(3). Disponible en 0. Acceso el 05 de agosto 2013.
2. Herrera J., Trabajo de Investigación el bienestar subjetivo y la calidad de vida en la población. Universidad de La Laguna. 2008. <http://juanherrera.files.wordpress.com/2008/09/trabajo-definitivo-2008.pdf>[http://www.inr.gob.pe/relaciones\\_publicas/Boletines\\_informativos/docencia/Bol N 18 -2009 - II.pdf](http://www.inr.gob.pe/relaciones_publicas/Boletines_informativos/docencia/Bol_N_18_-2009_-II.pdf). Acceso el 05 de Enero 2013.
3. Ramírez J., H. Anaya., J. Villamar. Modelo de intervención en salud innovador en enfermería para el tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en el adulto. 2007. Bucaramanga. UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA. <http://bucaramanga.ucc.edu.co/Biblioteca/archivos/ENFERMERIA/ENF%20077.pdf>[http://www.inr.gob.pe/relaciones\\_publicas/Boletines\\_informativos/docencia/Bol N 18 -2009 - II.pdf](http://www.inr.gob.pe/relaciones_publicas/Boletines_informativos/docencia/Bol_N_18_-2009_-II.pdf). Acceso el 05 de Enero 2013.
4. Gisbert G. Las enfermedades del “estilo de vida” en el trabajo: entre la vigilancia y las prácticas del cuidado de sí. Athenea Digital - núm. 11: 287-291 (primavera 2007) -TESISTECA- ISSN: 1578-8946. Universitat Autònoma de Barcelona. <http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/60124/70279>[http://www.inr.gob.pe/relaciones\\_publicas/Boletines\\_informativos/docencia/Bol N 18 -2009 - II.pdf](http://www.inr.gob.pe/relaciones_publicas/Boletines_informativos/docencia/Bol_N_18_-2009_-II.pdf). Acceso el 05 de Enero 2013.
5. Landeros E. Estimación de las capacidades de autocuidado para hipertensión arterial en una comunidad rural. Rev Enferm IMSS 2004; 12 (2): 71-74.

- [http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/FFAA2B6D-9297-4131-99EF-0CC8B7A99EC4/0/2\\_7174.pdf](http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/FFAA2B6D-9297-4131-99EF-0CC8B7A99EC4/0/2_7174.pdf). Acceso el 15 de diciembre 2013.
6. Soriano M. Percepción del estado de salud y su influencia en las capacidades de autocuidado en personas con síndrome coronario. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. Vol. 13, Núms. 1-2 Enero-Agosto 2005.pp 25-30.  
[http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2005/en051\\_2f.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2005/en051_2f.pdf). Acceso el 12 de agosto 2013.
  7. Peñaloza M. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial de la fundación médico preventiva San José de Cúcuta. Colombia. 2006.  
[http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/XXIV2\\_8.pdf](http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/XXIV2_8.pdf). Acceso el 05 de Enero 2014.
  8. Goldbaum M. Estilos de vida y modernidad.  
[http://www.idrc.ca/es/ev-23071-201-1-DO\\_TOPIC.html](http://www.idrc.ca/es/ev-23071-201-1-DO_TOPIC.html). Acceso el 14 Diciembre 2013.
  9. UADY. Plan de desarrollo institucional 2010-2020.  
<http://www.pdi.uady.mx/docs/evid03/Accion2/Campus%20Salud/Acci%C3%B3n%201.pdf>. Acceso el 05 de Febrero 2013.
  10. Sellen J. Hipertensión arterial: diagnóstico, tratamiento y control. Ciudad de La Habana, 2007.  
<http://tesis.repo.sld.cu/54/1/9789591609236.pdf>. Acceso el 05 de Enero 2013.
  11. Divisón J., A. Puras., M. Aguilera., C. Sanchis., L .Artigao., L. Carrión., E. Martínez., F.García., J. Carbayo. Automedidas domiciliarias de presión arterial y su relación con el diagnóstico de la hipertensión arterial y con la afección orgánica: estudio comparativo con monitorización ambulatoria. Publicado en *Med Clin (Barc)*. 2000;115:730-5. - vol.115 núm 19.  
<http://www.elsevier.es/es/revistas/medicina-clinica-2/automedidas->

domiciliarias-presion-arterial-su-relacion-diagnostico-12933-originales-2000. Acceso el 24 de Enero 2013.

12. Bertomeu V., J. Quiles. La hipertensión en atención primaria: ¿conocemos la magnitud del problema y actuamos en consecuencia? Publicado en Rev. Esp. Cardiol. 2005; 58:338-40. - vol.58 núm 04. <http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-esp%C3%B1ola-cardiologia-25/la-hipertension-atencion-primaria-conocemos-magnitud-problema-13073889-editoriales-2005>.
13. Acta Médica Peruana. Régulo, A. Epidemiología de la Hipertensión Arterial en el Perú. Acta méd. peruana v.23 n.2 Lima mayo/agos. 2006.
14. Sociedad Andaluza de Medicina de Familia. Manual De Hipertensión Arterial En La Práctica Clínica De Atención Primaria. Junio 2006.
15. Rocabado F. Determinantes sociales de la salud en Perú. Cuadernos de promoción de la salud nº 17. MINSA. Lima, 2005.
16. Vives A. Estilo de vida saludable: puntos de vista para una opción actual y necesaria. Policlínico Docente Mártires de Calabazar. La Habana Cuba. Publicado el 19 de noviembre de 2007 <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-307-estilo-de-vida-saludable-puntos-de-vista-para-una-opcion-actual-y-necesaria.pdf>[http://www.inr.gob.pe/relaciones\\_publicas/Boletines\\_informativos/docencia/Bol N 18 -2009 - II.pdf](http://www.inr.gob.pe/relaciones_publicas/Boletines_informativos/docencia/Bol_N_18_-2009_-_II.pdf). Acceso el 05 de Enero 2013.
17. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción. 2004. <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/nc-adherencia.pdf>. Acceso el 05 de Febrero 2013.
18. Jiménez C., G. López., C. Pichardo. Autocuidado en Hipertensión Arterial. Revista Mexicana de enfermería cardiológica 2003; 11 (1): 11-17. <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2003/en031c.pdf>. Acceso el 12 de Enero 2013.

19. Sapag J., I. Lange., S. Campos., J. Piette. Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. *Rev Panam Salud Pública*. 2010; 27(1):1-9.  
<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v27n1/01.pdf>[http://www.inr.gob.pe/relaciones\\_publicas/Boletines\\_informativos/docencia/Bol N 18 -2009 - II.pdf](http://www.inr.gob.pe/relaciones_publicas/Boletines_informativos/docencia/Bol_N_18_-2009_-II.pdf). Acceso el 05 de Enero 2013.
20. Irazola V. Guía para la lectura crítica de artículos acerca de calidad de vida relacionada con salud. *Evidencia Aten. Primaria*. 2002; 5(1):28-30.  
<http://www.inr.gob.pe/relaciones%20publicas/Boletines%20informativos/docencia/Bol%20N%2018%20-2009%20-%20II.pdf>. Acceso el 05 de Enero 2013.
21. Tenahua I., E. Landeros., G. Linares., I. Grajales. Capacidades y acciones de autocuidado en personas con factores de riesgo cardiovascular. *Enfermería en cardiología*. 2007. año XIV (41): 19-24.
22. Vilagurt G. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos.  
<http://www.unizar.es/mabueno/wp-content/uploads/2008/05/Cuestionario%20Salud%20SF-36%20Espa%C3%B1ol.pdf>. Acceso el 13 de Junio del 2013.
23. Cuestionario de salud sf-36. versión española 1.4 (junio de 1999).  
<http://www.chime.ucla.edu/measurement/SF-36%20Spain.pdf>. Acceso el 22 de Enero 2013.
24. Landeros E., J. García., N. Flores., A. García., D. Vidal., A. Vásquez. Capacidades de autocuidado para hipertensión arterial. *Rev Enferm IMSS* 2004; 12 (2): 71-74.  
[http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/FFAA2B6D-9297-4131-99EF-0CC8B7A99EC4/0/2\\_7174.pdf](http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/FFAA2B6D-9297-4131-99EF-0CC8B7A99EC4/0/2_7174.pdf). Acceso el 05 de agosto 2013..



25. Coronado J. Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. *Acta Med Per* 26(4) 2009.}   
<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v26n4/a08v26n4.pdf>. Acceso el 05 de Diciembre 2013.
26. Landeros E. Capacidades de autocuidado y percepción del estado de salud en adultos con y sin obesidad. Universidad autónoma de Nuevo León. México. Agosto - 2004.   
<http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080124318.pdf>. Acceso el 10 de Febrero del 2013.
27. Grupo De Trabajo Sobre Estilos De Vida Sustentables.   
[http://www.unep.fr/scp/marrakech/taskforces/downloads/home/spanish/UNEP%20SLT%20Brochure\\_ES.pdf](http://www.unep.fr/scp/marrakech/taskforces/downloads/home/spanish/UNEP%20SLT%20Brochure_ES.pdf)  
[http://www.inr.gob.pe/relaciones\\_publicas/Boletines\\_informativos/docencia/Bol N 18 -2009 -II.pdf](http://www.inr.gob.pe/relaciones_publicas/Boletines_informativos/docencia/Bol_N_18_-2009_-II.pdf). Acceso el 05 de Enero 2013.
28. Valverde A. [http://www.tdr.cesca.es/TESIS\\_UM/AVAILABLE/TDR-0623108-121939//ValverdePujante2de9.pdf](http://www.tdr.cesca.es/TESIS_UM/AVAILABLE/TDR-0623108-121939//ValverdePujante2de9.pdf). Acceso el 20 de Octubre 2011,
29. Erazo H., N. Narváez. Programa de estilo de vida para pacientes adultos diagnosticados de hipertensión arterial esencial en la unidad de atención ambulatoria del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social El Angel. 16-jun-2011. Disponible en: <http://hdl.handle.net/123456789/36>. Acceso el 05 de Enero 2013.
30. Inga J., A. Vera. Calidad y Satisfacción de Vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú-Estudio Piloto y análisis Psicométrico. Asociación por la Defensa de las Minorías; 2001.Disponible en URL: <http://www.geocities.com/Heartland/Cabin/5900/adulto.htm>
31. Rivera L. Capacidad de agencia de auto-cuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2006; 8(3):235-47.

32. Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud (2006). Salud de las personas de edad. 25 Conferencia Sanitaria Panamericana. CSP25/12. Washington: 7-50.
33. Juan C., D. Cristian., A. Moisés., M. Luis., A. Juan. Percepción de la calidad de vida relacionada con la salud del adulto mayor residente en la ciudad de Chiclayo. 2009; <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v26n4/a08v26n4.pdf>. Acceso 26 de Enero 2014.
34. Yensen G. Cuestionario de Salud SF-36. The Short-From-36 Health Survey. División de promoción para la salud. Escuela Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.1998.
35. Castro y otros, Factores que arriesgan las necesidades de autocuidado en los adultos mayores con hipertensión arterial, Lima, Cercado 2005.  
Disponible en:[http://scholar.google.es/scholar?q=castro+factores+que+arriesgan+las+necesidades+de+autocuidado+universal+en+el+adulto+mayores++con+hipertension+arterial+en+lima+cercado&btnG=&hl=es&as\\_sdt=0%2C5&as\\_vis=1](http://scholar.google.es/scholar?q=castro+factores+que+arriesgan+las+necesidades+de+autocuidado+universal+en+el+adulto+mayores++con+hipertension+arterial+en+lima+cercado&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5&as_vis=1) Acceso 25 de enero 2014
36. Sierra:hipertensión arterial disponible:<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1889183705715336?via=sd> Acceso septiembre 2013.
37. Gladis Leguía, Aurora Pacheco y Ruth Valdivia.(2006) en su estudio nivel de conocimientos y practica de autocuidado del paciente hipertenso en el policlínico Juan Rodríguez Lazo, Policlínico Villa María y servicios de trasplante asistido de emergencia disponible  
[ens://www.google.com.pe/#q=GLADYS+Gladys+Legu%C3%ADa,+Aurora+Pacheco+y+Ruth+Valdivia.\(2006\)+en&spell=1](https://www.google.com.pe/#q=GLADYS+Gladys+Legu%C3%ADa,+Aurora+Pacheco+y+Ruth+Valdivia.(2006)+en&spell=1)
38. Organización mundial de la salud 2013 disponible en:  
<https://www.google.com.pe/#=que+dice+la+ops+la+hipertensi%C3/+arterial>

39. Ramiro A Sánchez, al .et guías Latinoamericana de hipertensión arterial, rev.chilCardiol aceptado el 2 de mayo 2010, pag29, 117,144. Disponible en:  
<http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v29n1/art.12.pc>
40. Profesionales de la salud 2012 o.25 hipertensión arterial control de la presión arterial disponible en:[http://www.google.com.pe/#mecanismo + de + la+ hipertension arterial](http://www.google.com.pe/#mecanismo+de+la+hipertension+arterial)
41. Cor. Salud: Sociedad Cúb. Disponible:[http://scholar.google.com / scholar ?q=epidemiologia+de+la+hipertensi%C3%B3n+arterial+en+cuba&btnG=&hl=es&as\\_sdt=0](http://scholar.google.com/scholar?q=epidemiologia+de+la+hipertensi%C3%B3n+arterial+en+cuba&btnG=&hl=es&as_sdt=0)
42. Etiopatogenesis de la hipertensión arterial disponible en <https://www.google.com.pe/#q=fisiopatologia+de+la+hipertension+arterial>
43. Castillo Herrera José A., Villafranca Hernández Orlando. La hipertensión arterial primaria en edades tempranas de la vida, un reto a los servicios de salud. Rev Cubana InvestBioméd [revista en la Internet]. 2009 Sep [citado 2012 Feb 22] ; 28(3): 147-157. Disponible: en:[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script= sci \\_arttext&pid=S0864-03002009000300012&ln](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002009000300012&ln)
44. Hipertensión arterial secundaria disponible en:[http://scholar.google.com.pe/scholar?q=hipertension+arterial+secundaria&btnG=&hl=es &as\\_sdt=0%2C5&as\\_vis=1](http://scholar.google.com.pe/scholar?q=hipertension+arterial+secundaria&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5&as_vis=1)
45. Hipertensión Arterial: Clasificación y Subtipos en Temas de Salud
46. Medicina Preventiva Santa ultima actualización 30 noviembre 2013 [http://www.medicinapreventiva.com.ve/articulos/clasificacion\\_hipertension \\_arterial.htm](http://www.medicinapreventiva.com.ve/articulos/clasificacion_hipertension_arterial.htm)
47. Jac Villalobos et.al Guía de Tratamiento Farmacológico para el Control de la Hipertensión Arterial 2009. Disponible.
48. [http://scholar.google.com/scholar?start=100&q=tratamiento+farmacologico+actual+de+los+pacientes+con+hipertension&hl=es&as\\_sdt=0](http://scholar.google.com/scholar?start=100&q=tratamiento+farmacologico+actual+de+los+pacientes+con+hipertension&hl=es&as_sdt=0)

49. Dieta 2009 Crouch s escote strump s, krummd Nutricion dietoterapia de Krause d, Editorial Masson Barcelona España
50. Alcare de Henares 2010 ,El papel de la enfermera en la promoción de la salud de la persona con hipertensión arterial, dept de medicina disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos24/profesional-enfermería/profesional-enfermeria.shtml>
51. Dorothea Orem: disponible: <http://meriauns.blogspot.co/2012/06/dorothea-orem.html>
52. Callista Roy, Modelo de adaptación, disponible en: <http://www.slideshare.net/karlaipanaquemontalvo/modelo-de-adaptación-callista-Roy>
53. Vargas-Mendoza, J. E. Teoría del conocimiento. México: Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C. (2006). Disponible en: <http://www.conductitlan.net/conocimiento.ppt>
54. Principio de déficit de autocuidado Rev. y ciencia 2007. Disponible en: [http://scholar.google.com/scholar?lr=lang\\_es&q=dorotea+orem&hl=es&as dt 0](http://scholar.google.com/scholar?lr=lang_es&q=dorotea+orem&hl=es&as dt 0)
55. Principios Éticos salud. Disponible en: [www.anesm.net/descargas/profesion\\_principioseticos.htm](http://www.anesm.net/descargas/profesion_principioseticos.htm) En caché?

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

### UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO ESCUELA DE POSTGRADO



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha:    /    /

Yo, \_\_\_\_\_  
acepto participar en un estudio con fines de investigación sobre la percepción del estado de salud y su influencia en las capacidades de autocuidado en personas con hipertensión arterial, realizado por los estudiantes de especialidad de Emergencias y Desastres de la Universidad Nacional del Callao, el cual consiste en dos cuestionarios que me serán aplicados.

Entiendo que con mi participación en este estudio no corro ningún peligro, mi participación es voluntaria y puedo renunciar a la investigación en cualquier momento, sin ningún compromiso si así lo deseo y sin que eso afecte mis intereses personales.

También estoy consciente que se respetará mi privacidad, mis derechos y que la información proporcionada será confidencial.

\_\_\_\_\_  
Firma del (la) entrevistado(a).

\_\_\_\_\_  
Firma del investigador



**ANEXO 2**  
**PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA**  
**CON LA SALUD (CVRS)**<sup>16, 20, 22, 25.</sup>

**INSTRUCCIONES:**

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

**MARQUE UNA SOLA RESPUESTA**

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1) Excelente
- 2) Muy buena
- 3) Buena
- 4) Regular
- 5) Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1) Mucho mejor ahora que hace un año
- 2) Algo mejor ahora que hace un año
- 3) Más o menos igual que hace un año
- 4) Algo peor ahora que hace un año
- 5) Mucho peor ahora que hace un año

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.**

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos intensos**, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1) Sí, me limita mucho
- 2) Sí, me limita un poco
- 3) No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer **esfuerzos moderados**, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1) Sí, me limita mucho
- 2) Sí, me limita un poco
- 3) No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para **coger o llevar la bolsa de la compra**?

- 1) Sí, me limita mucho
- 2) Sí, me limita un poco
- 3) No, no me limita nada

6. Su salud actual, ¿le limita para **subir varios pisos** por la escalera?

- 1) Sí, me limita mucho
- 2) Sí, me limita un poco
- 3) No, no me limita nada

7. Su salud actual, ¿le limita para **subir un solo piso** por la escalera?

- 1) Sí, me limita mucho
- 2) Sí, me limita un poco
- 3) No, no me limita nada



8. Su salud actual, ¿le limita para **agacharse o arrodillarse**?
- 1) Sí, me limita mucho
  - 2) Sí, me limita un poco
  - 3) No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar **un kilómetro o más**?
- 1) Sí, me limita mucho
  - 2) Sí, me limita un poco
  - 3) No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar **varias manzanas** (varios centenares de metros)?
- 1) Sí, me limita mucho
  - 2) Sí, me limita un poco
  - 3) No, no me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar **una sola manzana** (unos 100 metros)?
- 1) Sí, me limita mucho
  - 2) Sí, me limita un poco
  - 3) No, no me limita nada
12. Su salud actual, ¿le limita para **bañarse o vestirse por sí mismo**?
- 1) Sí, me limita mucho
  - 2) Sí, me limita un poco
  - 3) No, no me limita nada

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.**

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1) Sí
- 2) No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1) Sí
- 2) No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **dejar de hacer algunas tareas** en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1) Sí
- 2) No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo **dificultad** para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

- 1) Sí
- 2) No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que **reducir el tiempo** dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1) Sí
- 2) No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿**hizo menos** de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1) Sí
- 2) No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan **cuidadosamente** como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

- 1) Sí
- 2) No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- 1) Nada
- 2) Un poco
- 3) Regular
- 4) Bastante
- 5) Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- 1) No, ninguno
- 2) Sí, muy poco
- 3) Sí, un poco
- 4) Sí, moderado
- 5) Sí, mucho
- 6) Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- 1) Nada
- 2) Un poco
- 3) Regular
- 4) Bastante
- 5) Mucho

**LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.**

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Sólo alguna vez
- 6) Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Sólo alguna vez
- 6) Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Sólo alguna vez
- 6) Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Sólo alguna vez
- 6) Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Sólo alguna vez
- 6) Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces

- 4) Algunas veces
- 5) Sólo alguna vez
- 6) Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Sólo alguna vez
- 6) Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Sólo alguna vez
- 6) Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

- 1) Siempre
- 2) Casi siempre
- 3) Muchas veces
- 4) Algunas veces
- 5) Sólo alguna vez
- 6) Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

- 1) Siempre

- 2) Casi siempre
- 3) Algunas veces
- 4) Sólo alguna vez
- 5) Nunca

**POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES:**

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

- 1) Totalmente cierta
- 2) Bastante cierta
- 3) No lo sé
- 4) Bastante falsa
- 5) Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1) Totalmente cierta
- 2) Bastante cierta
- 3) No lo sé
- 4) Bastante falsa
- 5) Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

- 1) Totalmente cierta
- 2) Bastante cierta
- 3) No lo sé
- 4) Bastante falsa
- 5) Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

- 1) Totalmente cierta
- 2) Bastante cierta
- 3) No lo sé
- 4) Bastante falsa
- 5) Totalmente falsa

¡Gracias por su colaboración!





### ANEXO 3

#### ESCALA PARA ESTIMAR LAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO EECAC <sup>24</sup>.

**INSTRUCCIONES:** Los enunciados que se listan a continuación son utilizados por algunas personas para describirse a sí mismas en su forma habitual de ser. Por favor, lea cada uno de ellos, circule el número que corresponda al grado que mejor lo describe a Usted. No hay respuestas correctas e incorrectas sólo asegúrese de que selecciona lo que mejor corresponda a sus capacidades o habilidades

N°	Sentencia	TOTAL DESACUERDO	DESACUERDO	ACUERDO	TOTAL ACUERDO
1.	A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.	1	2	3	4
2.	Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.	1	2	3	4
3.	Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.	1	2	3	4
4.	Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.	1	2	3	4
5.	Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.	1	2	3	4
6.	Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme	1	2	3	4

Nº	Sentencia	TOTAL DESACUERDO	DESACUERDO	ACUERDO	TOTAL ACUERDO
	como debo.				
7.	Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.	1	2	3	4
8.	Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.	1	2	3	4
9.	Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.	1	2	3	4
10.	Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.	1	2	3	4
11.	Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego hacerlo.	1	2	3	4
12.	Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.	1	2	3	4
13.	Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.	1	2	3	4
14.	Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.	1	2	3	4
15.	Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.	1	2	3	4
16.	He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.	1	2	3	4

17.	Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.	1	2	3	4
18.	Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.	1	2	3	4
19.	Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.	1	2	3	4
20.	Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.	1	2	3	4
21.	Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.	1	2	3	4
22.	Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda	1	2	3	4
23.	Puedo sacar tiempo para mí.	1	2	3	4
24.	A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.	1	2	3	4

¡Gracias por su colaboración!

**OPERACIONALIZACION DE VARIABLE**

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD Y SU INFLUENCIA EN LAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL AREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL EDGARDO REBAGLIATI MARTINS DE LIMA, FEBRERO - JULIO 2014.**

Problema	Objetivo	VARIABLES	DIMENCIONES	indicadores	metodologia
<p>¿Cuál es la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud y su influencia en las capacidades de autocuidado en personas con hipertensión arterial del área de emergencia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Febrero – Julio 2014?</p>	<p><b>GENERAL:</b> Determinar la influencia de la percepción de la calidad de vida, relacionada con la salud en las capacidades de autocuidado en personas con hipertensión arterial que acuden al área de emergencias del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de Lima, Febrero – Julio 2014.</p>	<p>Variable Independiente: Percepción de calidad de vida relacionada con la salud: (CVRS)</p>	<p>1.-Función física 2.-Rol físico 3.-Dolor corporal 4.-Salud general 5.-Vitalidad 6.-Función Social 7.-Rol emocional 8.-Salud mental 9.-Transición de la salud</p>	<p>1.-Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas incluido bañarse o ducharse debido a la salud 2.- Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a su salud física 3.-Dolor muy intenso y extremadamente limitable 4.-Evaluúa como mala la propia salud y cree posible que la empeore 5.-Se siente cansado y exhausto todo el tiempo 6.-interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales debido a problemas físicos o emocionales 7.-Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales 8.-Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo 9.-¿Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año?</p>	<p>Cuantitativo, método descriptivo de corte transversal</p>
	<p><b>ESPECIFICO:</b> • Identificar la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud en personas con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencias del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins</p>				
	<p>• Identificar las capacidades de autocuidado en personas con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p>				
<p>• Relacionar las capacidades de autocuidado, en personas con HTA, y la influencia de la percepción de calidad de vida, de los pacientes que acuden al servicio de emergencia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.</p>		<p>2.- Relaciones Interpersonales</p>	<p>• Salud general (dificultades para darse cuenta sobre su propia salud) • Rol emocional (problemas en el trabajo y otras actividades) • Salud mental (angustia y depresión)</p>		
		<p>3.- Relaciones Sociales</p>	<p>• Función social (interferencia extrema y frecuentes en actividades sociales, debido a problemas físicos y emocionales) • Transición de salud (cree que su salud está empeorando)</p>		



