

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**AUTO CUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES GERIÁTRICOS
CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ACUDEN AL SERVICIO DE
EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL CLÍNICO QUIRÚRGICO
DANIEL ALCIDES CARRIÓN, HUANCAYO - 2017**

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

AUTORES:

**ISABEL ORCÓN VILCHEZ
EDELVINA GIOVANNA SOTO GARCÍA**

**CALLAO – 2018
PERÚ**



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

ACTA N° 047 -2018
ACTA DE SUSTENTACIÓN DEL XXXII CICLO DE TALLER DE TESIS PARA OBTENER EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Siendo las 10:30 hrs del día Viernes 14 del mes de Septiembre del dos mil dieciocho, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud, se reunió el Jurado Evaluador del XXXII Ciclo Taller de Tesis para Obtener Título de Segunda Especialidad Profesional, conformado por los siguientes Miembros:

- | | |
|-------------------------------------|------------|
| • Dra. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO | PRESIDENTE |
| • Mg. MERY JUANA ABASTOS ABARCA | SECRETARIA |
| • Mg. HAYDEE BLANCA ROMAN ARAMBURU | VOCAL |

Con la finalidad de evaluar la sustentación de la Tesis Titulada:

"AUTO CUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL CLÍNICO QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN, HUANCAYO -2017 "

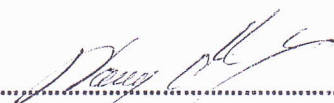
Presentado por: Don (ña) ORCÓN VILCHEZ Isabel, y
Don (ña) SOTO GARCIA Edelvina Giovanna


Con el quorum establecido según el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional del Callao, aprobado por Resolución de Consejo Universitario N° 309-2017-CU del 24 de Octubre de 2017.


Luego de la Sustentación, los Miembros del Jurado Evaluador, formularon las respectivas preguntas, las mismas que fueron absueltas.

En consecuencia, el Jurado Evaluador acordó **APROBAR** con la escala de calificación cualitativa de...*Excelente*....., y calificación cuantitativa de *Dieciocho (18)* la Tesis para optar el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS Y DESASTRES**, conforme el artículo 27° del Reglamento mencionado, con lo que se dio por terminado el acto, siendo las 11:00 del mismo día.

Bellavista, 14 de Septiembre del 2018.


DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO
Presidenta


MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA
Secretaria


MG. HAYDEE BLANCA ROMAN ARAMBURU
Vocal

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|-------------------------------------|------------|
| ➤ Dra. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO | PRESIDENTE |
| ➤ Mg. MERY JUANA ABASTOS ABARCA | SECRETARIA |
| ➤ Mg. HAYDEE BLANCA ROMAN ARAMBURU | VOCAL |

ASESORA: DRA. ROSARIO MIRAVAL CONTRERAS

Nº de Libro: 002

Nº de Acta de Sustentación: 047

Fecha de Aprobación de la Tesis: 14/09/2018

Resolución de Consejo de Facultad N° 1268-2018-CF/FCS de fecha 11 de Setiembre del 2018 de designación de Jurado Evaluador de la Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

A Dios, Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

Isabel.

A mi madre, Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

Giovana.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional del Callao, y de manera muy especial a los docentes que nos impartieron sus conocimientos, en nuestra formación como especialistas.

A nuestra asesora, por su colaboración y valiosos aportes para la tesis.

Al personal del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo, por hacer posible la ejecución de la tesis.

ÍNDICE

RESUMEN	05
ABSTRACT	06
I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	07
1.1. Determinación del problema	07
1.2. Formulación de Problemas	10
1.3. Objetivos de la investigación	11
1.4. Justificación	11
II. MARCO TEÓRICO	14
2.1. Antecedentes del estudio.	14
2.3. Bases teóricas	24
2.4. Definición de términos básicos.	56
III. VARIABLES E HIPÓTESIS	58
3.1. Definición de Variables	58
3.2. Operacionalización de Variables	59
3.3. Hipótesis general y específica	62
IV. METODOLOGÍA	63
4.1. Tipo de investigación.	63
4.2. Diseño y esquema de la investigación.	63
4.3. Población y Muestra.	64
4.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.	64
4.5. Procedimiento de recolección de datos	65

V.	RESULTADOS	66
5.1.	Autocuidado	66
5.2.	Calidad de Vida	68
VI.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	70
6.1.	Contrastación de hipótesis con los resultados	70
6.2.	Contrastación de resultados con otros estudios similares	71
	CONCLUSIONES	76
	RECOMENDACIONES	77
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
	ANEXOS	83

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.	
Gráfico 5.1	Nivel de autocuidado en pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2017	66
Gráfico 5.2	Nivel de calidad de vida en pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2017	67
Gráfico 5.3	Nivel de calidad de vida según nivel de autocuidado en pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2017	68

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 5.1 Nivel de autocuidado en pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2017	66
Tabla 5.2 Nivel de calidad de vida en pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2017	67
Tabla 5.3 Nivel de calidad de vida según nivel de autocuidado en pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2017	68

RESUMEN

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo de Establecer la relación del autocuidado con la calidad de vida de pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2017, la hipótesis de investigación fue: Existe relación del autocuidado con la calidad de vida de pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2017. La investigación es una investigación cuantitativa de nivel correlacional, observacional, prospectiva, transversal; el diseño fue descriptivo correlacional. La población de estudio estuvo conformada por 50 pacientes geriátricos con hipertensión arterial atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión. Para recolectar los datos se utilizó la técnica de la Encuesta, y los instrumentos empelados son: el Cuestionario de calidad de vida de la hipertensión arterial, y el Cuestionario sobre la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso, ambos validados previamente en estudios. Los resultados obtenidos fueron: El 62% paciente geriátrico con hipertensión arterial que acude al servicio de emergencia presenta bajo nivel de autocuidado, el 54% paciente geriátrico con hipertensión arterial que acude al servicio de emergencia presenta bajo nivel de calidad de vida. Llegando a la conclusión: Existe influencia del autocuidado en la calidad de vida de pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2017 ($p= 0,001$).

Palabras Claves: autocuidado, calidad de vida, hipertensión arterial.

ABSTRACT

The objective of this research was to: establish the relation of self-care on the quality of life of geriatric patients with arterial hypertension who attend the emergency service of the Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2017, the research hypothesis was: of self-care in the quality of life of geriatric patients with arterial hypertension who come to the emergency service of the Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2017. The research is a quantitative investigation of correlational, observational, prospective, transversal level; the design was descriptive correlational. The study population consisted of 50 geriatric patients with arterial hypertension treated in the emergency service of the Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2017. The survey technique was used to collect the data, and the instruments used were: the quality of life questionnaire for hypertension, and the questionnaire on the capacity of self-care agency in the hypertensive patient, both previously validated in studies. The results obtained were: 62% geriatric patient with arterial hypertension that goes to the emergency service presents low level of self-care, 54% geriatric patient with arterial hypertension that goes to the emergency service presents low level of quality of life. Conclusion: There is an influence of biopsychosocial self-care on the quality of life of geriatric patients with hypertension who attend the emergency service of the Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2017 ($p = 0.001$).

Keywords: self-care, quality of life, high blood pressure.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación del problema

La hipertensión arterial es un problema de salud pública de primer orden en todo el mundo, ya que constituye un importante factor de riesgo cardiovascular y está asociada a una mayor probabilidad de complicaciones. Según diversos estudios de vigilancia epidemiológica realizados en Estados Unidos y distintas naciones europeas, hasta una cuarta parte de la población adulta sufre de hipertensión arterial, y a pesar de las distintas opciones terapéuticas disponibles en la actualidad, de comprobada eficacia y seguridad, es preocupante que menos del 55% de los individuos hipertensos no reciba tratamiento alguno y que el porcentaje de pacientes con cifras tensionales controladas mediante el tratamiento no supere el 45% (1).

Según los datos de mortalidad del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) en el 2004, murieron 54.275 personas por enfermedades cardiovasculares (2,3). Estos datos son alarmantes si se tiene en cuenta la pérdida de años de vida saludable y años productivos, a los cuales se añaden la incapacidad física, los costos para el individuo y las instituciones de salud. Por ello es necesario controlar la hipertensión arterial, pues

este proceso _ complejo y multidimensional - debe tener como objetivos la prevención, la detección temprana y un tratamiento oportuno y adecuado para evitar complicaciones. Ahí es donde el autocuidado se convierte en el pilar fundamental en el manejo de la hipertensión arterial (4).

El autocuidado, según Dorotea Orem, es un fenómeno activo, que requiere que las personas sean capaces de usar tanto la razón para comprender su estado de salud como sus habilidades en la toma de decisiones, a fin de elegir un curso apropiado. Existen unas necesidades de autocuidado que se deben satisfacer y se encuentran clasificadas en tres categorías: requisitos universales, para el desarrollo y desviación de la salud. Este último requisito es una necesidad sentida propia de los pacientes con enfermedades como la hipertensión arterial, que intenta promover en el paciente: la búsqueda de ayuda médica oportuna y adecuada, el reconocimiento de signos y síntomas, la adhesión al tratamiento, el cambio del autoconcepto y la autoimagen como aceptación del propio estado de salud, la identificación de necesidades del cuidado y el aprender a vivir con los efectos de la condición patológica (5).

De este modo, los requisitos de autocuidado se conceptualizan como acciones sistemáticas que deben realizarse para el agente y

por este, con el objetivo de controlar factores humanos y ambientales que afecten el funcionamiento y desarrollo humano.

El interés actual sobre la medición de la calidad de vida (CVRS) en medicina tiene su origen tanto en la preocupación por el proceso de atención sanitaria como en la voluntad de controlar los resultados de la atención y las intervenciones realizadas. Este interés no sólo se ha centrado en disciplinas donde la supervivencia de los pacientes era y es el factor más importante, como por ejemplo la oncología, sino también en el seguimiento de enfermedades crónicas y factores de riesgo como la hipertensión arterial (HTA).

La reducción de la morbimortalidad asociada a este factor de riesgo ha sido, y es, el objetivo principal de la intervención terapéutica. La minimización de los efectos secundarios asociados al tratamiento y la mejora global de la calidad de vida del paciente hipertenso se han convertido en la actualidad en uno de los resultados principales en la evaluación de estos pacientes (1, 2). Una prueba del creciente interés en el tema de la CV es el notable incremento de las publicaciones que hacen referencia a esta temática (3).

Para poder evaluar la CVRS de forma rigurosa se necesitan instrumentos de medida de la salud y de la CVRS relacionada con la salud. Los cuestionarios son los instrumentos habitualmente utilizados para la medición de la CVRS (4).

En España, se cuenta con instrumentos genéricos que han mostrado tener unas buenas propiedades de medición. Sin embargo, para evaluar la CVRS en el paciente hipertenso, es necesaria la utilización de instrumentos específicos para la HTA, y cuyas propiedades de medición (validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio) sean robustas.

En el Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo, se observa que los pacientes que acuden al servicio de emergencias, presentan ciertas complicaciones como: crisis hipertensivas, problemas renales; los cuales generalmente son productos del mal cuidado que debe tener el paciente hipertenso. El cuidado que necesita el paciente es importante para prevenir las complicaciones, ya que un buen cuidado las evitará y un mal cuidado las predispondrá, pero como sabemos el cuidado no solo depende de otras personas, más bien el autocuidado es esencial, en las enfermedades crónicas.

1.2. Formulación de Problemas

Problema general:

¿Cuál es la relación de autocuidado con la calidad de vida de pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico - Quirúrgico "Daniel Alcides Carrión" de Huancayo – 2017?

Problemas específicos:

¿Cuál es el nivel de autocuidado en pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia?

¿Cuál es el nivel de la calidad de vida en pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia?

1.3. Objetivos de la investigación

Objetivo general:

Determinar la relación del autocuidado con la calidad de vida de pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo – 2017.

Objetivos específicos:

Identificar el nivel de autocuidado en pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia.

Identificar el nivel de la calidad de vida en pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia.

1.4. Justificación

Justificación Legal

Cuando la presión arterial se mantiene alta por mucho tiempo, puede causar daños al cuerpo y provocar complicaciones, como: Aneurismas, enfermedad renal crónica, cambios cognitivos,

lesiones en los ojos, ataque al corazón, insuficiencia cardíaca, enfermedad arterial periférica accidente cerebrovascular.

Hoy en día, los adultos mayores quieren vivir más y mejor y eso exige responsabilidad para con la propia vida y tener conocimientos suficientes sobre qué estrategias llevar a cabo para ser y estar sano (autocuidado). Por otro lado, los estilos de vida inadecuada y el envejecimiento de la población hacen que cada día aumente exponencialmente la proporción de pacientes geriátricos.

Justificación teórica

Como profesional de enfermería se siente un gran interés por resolver esta problemática porque denota que aunque el trabajo de enfermería es bueno, va contribuir a ampliar conocimientos en intervenciones de enfermería para una mejor atención a los adultos mayores, que requieren que el personal continuamente les brinde los cuidados necesarios sobre todo aquellos que se encuentren postrados en cama, brindando seguridad, confianza y un trato digno que permita al paciente geriátrico sentir la necesidad de inclusión en la sociedad.

El presente trabajo es de importancia porque permite el conocimiento acerca de la calidad de vida de los pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico - Quirúrgico

“Daniel Alcides Carrión” de Huancayo, con el fin de establecer estrategias que ayuden a mejorar las intervenciones de enfermería para una atención de calidad.

Justificación Económica

El trabajo también será de beneficio para los pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo, porque les permitirá mejorar su calidad de vida, lo que repercute en menor gasto social y familiar”.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio.

MILLÁN, I. en Cuba en el 2010, en su estudio titulado “Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad”, realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. El universo estuvo constituido por 354 pacientes y la muestra fue de 195 personas de 60 años y más seleccionada de forma aleatoria, a los cuales se le aplicó un Instrumento diseñado al efecto para medir su nivel de autocuidado. Los resultados arrojaron que el 50,5% de los hombres y el 43,3% de las mujeres no se cuida adecuadamente, existe un déficit de autocuidado cognoscitivo-perceptivo en el 46,7%, un 9,8% tienen déficit parcial y 5,6% déficit total. De los 121 pacientes cuyo nivel de autocuidado es inadecuado el 75,2% son independientes y el 63,6% perciben su estado de salud aparentemente sano, concluyéndose que no obstante la gran mayoría de los adultos mayores estudiados ser independientes para realizar las actividades de la vida diaria, estos no desarrollan adecuadamente sus capacidades de autocuidado, por lo que el grado funcional independiente es una condición necesaria pero no suficiente para un buen autocuidado, los adultos mayores que perciben algún

riesgo para su salud se cuidan más que los que se perciben sanos. El instrumento aplicado define la actividad de autocuidado en las personas mayores, recomendándose su introducción en la evaluación gerontológica en la Atención Primaria de Salud. Concluyéndose que, no obstante, la gran mayoría de los adultos mayores estudiados son independientes para realizar las actividades de la vida diaria, estos no desarrollan adecuadamente sus capacidades de autocuidado, por lo que el grado funcional independiente es una condición necesaria pero no suficiente para un buen autocuidado”. (10)

LEYVA, R. VENEGAS, O. y MEDEL, A. en México en el 2011, en su estudio titulado “La capacidad de autocuidado en el control del paciente hipertenso”, cuyo objetivo fue evaluar la asociación entre la capacidad de autocuidado y el control de la presión arterial. Lugar y tiempo: Unidad de Medicina Familiar núm. 53 de la Delegación Guanajuato del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en el periodo comprendido entre mayo y junio 2009. Se realizó una intervención a pacientes hipertensos controlados (presión arterial < 140/90 mmHg) y descontrolados (presión arterial \geq 140/90 mmHg), cada grupo con 79 pacientes mediante la escala de medición de los factores condicionantes básicos y capacidad de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial.

Los resultados mostraron una capacidad de autocuidado buena en 73.4% de los hipertensos controlados y en 3.8% de los descontrolados ($p < 0.05$); el 91.2% de los controlados y 67.9% de los descontrolados presentaron un sistema familiar positivo ($p < 0.05$). Los factores socioculturales fueron buenos en 64.6% de los controlados y en 16.7% de los descontrolados ($p < 0.05$). Los factores ambientales fueron buenos en 50.6% de los controlados y en 2.6% de los descontrolados ($p < 0.05$), concluyendo que existe asociación entre las capacidades de autocuidado y el control de la hipertensión arterial. (21)

Antecedentes nacionales

ROJAS, L. en Chimbote en el 2015, en su estudio de tipo Descriptivo, Corte Transversal y Correlacional, titulado “Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y su relación con las prácticas de autocuidado en pacientes hipertensos. Centro médico Ponce. Chimbote – 2014.” Tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre Hipertensión arterial y su relación con las prácticas de autocuidado en los pacientes hipertensos. Centro Médico Ponce. Chimbote Perú - 2014. La muestra estuvo constituida por 66 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, quienes fueron seleccionados al azar. Se utilizó dos cuestionarios validados por juicio de expertos. Para el proceso de

análisis e interpretación de datos, se usó el programa estadístico Excel y el programa estadístico SPSS versión. 18.0. Los resultados encontrados fueron: el 16,7% presentó un nivel alto de conocimiento, el 54,5% un nivel medio y el 28,8% presentó un nivel bajo. El 69,7% presentó prácticas inadecuadas de autocuidado, y solo el 30,3% presentó prácticas adecuadas de autocuidado. Conclusión: No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre Hipertensión arterial y las prácticas de autocuidado en pacientes hipertensos. Centro Médico Ponce. Chimbote - 2014. (4)

ZELA, L. MAMANI,W. en su estudio titulado “Hipertensión arterial y estilo de vida en adultos mayores de la Micro Red de Salud Revolución San Román, Juliaca – 2015”, el Objetivo fue determinar la relación entre Hipertensión Arterial y Estilo de vida en adultos mayores. Metodología: el diseño de la investigación es de tipo no experimental, corte transversal y correlacional. La población estuvo conformada por 103 adultos mayores de 60 a 90 años de edad a quienes se aplicó el cuestionario de perfil de estilo de vida (PEPS_I) Nola Pender, adaptada, que consta de 6 dimensiones: responsabilidad en salud, ejercicio, nutrición, manejo de estrés, no consumo de tabaco y no consumo de alcohol. Para el procesamiento de datos se empleó el programa estadístico SPSS versión 22. Resultados: El 41.7% de adultos

mayores presentan un nivel de presión arterial normal, 40.8% presentan pre hipertensión, y 17.5 % presentan hipertensión estadio I. Los resultados de estilo de vida muestran que el 50.5% presenta un estilo de vida saludable, el 25.2% estilo de vida Muy saludable, y el 24.3% estilo de vida poco saludable. Referente a resultados por dimensiones, en su dimensión responsabilidad en salud el 47.6% saludable, el 31.1% poco saludable, y el 21,4% muy saludable. En su dimensión de ejercicio el 67.0% saludable, el 19.4% poco saludable y el 13.6% muy saludable. En su dimensión de nutrición el 57,3% saludable, 27.2% poco saludable y el 15.5% muy saludable. En su dimensión de manejo de estrés el 62.1% saludable, 27.2% poco saludable y el 10.7% muy saludable. En su dimensión de no consumo de tabaco el 45.6 % saludable, 37.9% poco saludable y el 16.5% muy saludable. En su dimensión de no consumo de alcohol el 47.6% saludable, 38.8% poco saludable y el 13.6 % muy saludable. Conclusión: Aplicando la prueba de análisis de correlación de Rho de Spearman entre hipertensión arterial y estilo de vida en adultos mayores, se determina la existencia de una moderada correlación indirecta ($Rho = -.408$) y significativa ($sig. = .000$) es decir, a mejor estilo de vida menor grado de Hipertensión Arterial. (9)

OLAZO, F. en su estudio titulado “Capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida en salud del paciente que acude al servicio de consulta externa de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, 2015”. tuvo el objetivo de determinar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en salud del paciente que acude al Servicio de Consulta Externa de Geriatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. El estudio fue descriptivo, transversal, de diseño correlacional, participaron 175 personas con edades comprendidas entre 60 y 85 años, los datos fueron obtenidos a través de la escala ASA y el cuestionario SF-12 v2. Los resultados indican que existe una relación directa y significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en salud ($\rho=0.284$, $p=0.000$), así como entre la capacidad de agencia de autocuidado y las dimensiones de vitalidad ($\rho=0.430$, $p=0.000$), la salud general ($\rho=0.249$, $p=0.001$), función física ($\rho=0.364$, $p=0.000$) y la salud mental ($\rho=0.250$, $p=0.001$) ; no se encontró relación significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y las dimensiones rol físico ($\rho=0.084$, $p=0.268$), rol emocional ($\rho=0.101$, $p=0.185$), dolor corporal ($\rho=0.092$, $p=0.225$) y funcionamiento social ($\rho=0.129$, $p=0.088$). Se concluye que la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en salud son variables que

están relacionadas; el 90.9% de pacientes adultos mayores que acuden al Servicio de Consulta Externa de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, presenta capacidad de agencia de autocuidado media, un mínimo porcentaje presenta capacidad de agencia de autocuidado alta y ninguno presenta capacidad de agencia de autocuidado baja. (18)

GARCILAZO, M. en Lima en el 2014, en su estudio titulado “Capacidad de Autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. en un centro de salud de San Juan de Miraflores 2014”, tuvo como objetivo general determinar la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. Con la finalidad de implementar actividades dirigidas a que el adulto mayor sea autosuficiente, logrando así un envejecimiento activo y saludable La investigación fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo simple y de corte transversal, para recolectar datos se utilizó un cuestionario de Lawton y Brody y la escala de Pfeiffer que se aplicaron a 74 adultos mayores, usuarios del Centro de salud “Ollantay”. Analizándose los datos y concluyendo que la capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria prevalece la

dependencia, que influye desfavorablemente en su calidad de vida. (19)

Justo B, Quispe H, en Arequipa en el 2016, en su estudio titulado “Autocuidado y Calidad de vida en adultos mayores con Hipertensión Arterial. Micro red edificadores Misti – Minsa Arequipa 2016”. Tuvo como objetivo: “Determinar la relación del autocuidado y calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial en la Microred Edificadores Misti - MINSA, Arequipa-2016”, en efecto fue de tipo descriptivo, de corte transversal, con un diseño de correlación. Cuya población de estudio estuvo conformada por 91 adultos mayores con hipertensión arterial. Para la recolección de datos, como técnica la entrevista y como instrumentos: Para medir la variable autocuidado se utilizó el instrumento “Nivel de Autocuidado” que se realizó en los pacientes hipertensos que asistían al programa del adulto mayor de hospital ESSALUD de Chíncha en el año 2011 validada por Martínez M., para la variable calidad de vida se utilizó cuestionario QLQ C-30 de la EORTC. Se concluyó en lo que respecta al autocuidado, que el 84.6% de los adultos mayores con hipertensión tienen un autocuidado regular en la dimensión alimentación, un 61.5% presentan un autocuidado regular en la dimensión actividad física y descanso, un 86.8% presentaron un autocuidado bueno en la dimensión hábitos nocivos, un 41.8% presentaron un autocuidado. En cuanto a la

dimensión global con un 50.5% presentaron un autocuidado regular. En lo que respecta a la calidad de vida, muestra; Área de estado global de salud: el 65.9% tienen una calidad de vida baja en la calidad de vida global; Área de funcionamiento: muestra que el 52.7% de los adultos mayores con hipertensión arterial tienen una calidad de vida alta en la función física, el 72.5% tiene una calidad de vida alta en actividades cotidianas, el 44% tiene una calidad de vida baja relacionada con el rol emocional, el 54.9% tiene una calidad de vida alta en la función cognitiva, el 72.5% tienen una calidad de vida alta en la función social; Área de síntomas: el 70.3% tiene una calidad de vida alta en cuanto al síntoma disnea, el 68.1% tiene una calidad de vida alta en cuanto al insomnio, 62.6% tiene una calidad de vida alta en cuanto a la fatiga, el 75.8% tiene una calidad de vida alta en cuanto a la anorexia, el 85.7% tiene una calidad de vida alta en cuanto a náuseas y vómitos, el 63.7% tienen una calidad de vida alta en relación al estreñimiento, el 74.7% tiene una calidad de vida alta en relación a la diarrea, el 61.5% tiene una calidad de vida alta en relación al dolor, el 67% presentó una calidad de vida baja en lo económico. Con referencia a la relación entre autocuidado y calidad de vida presentó relación estadística significativa de $P < 0,0001$ ($P < 0,05$) por lo que se prueba la hipótesis que señala la relación entre el autocuidado con calidad

de vida de los adultos mayores con hipertensión arterial. Asimismo, el 32% de adultos mayores con un mal autocuidado presentó una baja calidad de vida, y el 14% adulto con buen autocuidado presento una alta calidad de vida. La relación entre Autocuidado con la calidad de vida Según la prueba de Chi cuadrado de Pearson, presento relación estadística significativa de $P < 0,0001 (P < 0,05)$, por lo que afirmamos que a buen autocuidado la calidad de vida será alta. Con respecto a la característica socio demográficas de nuestra población de estudio la mayoría fueron mujeres de 75 a 80 años, viudas y su ocupación la casa, además la mayoría presento un autocuidado regular con una alta calidad de vida. Los adultos mayores con hipertensión tienen un autocuidado regular en las dimensiones: alimentación, actividad física /descanso y adherencia al tratamiento; presentan un autocuidado bueno en la dimensión hábitos nocivos. En cuanto a la dimensión global la mitad presentan un auto cuidado regular. En cuanto a la calidad de vida global la mayoría tienen una baja calidad de vida; en el área de funcionamiento: Función física, actividades cotidianas, función cognitiva, función social, la calidad de vida es alta a excepción del rol emocional que tienen una baja calidad de vida; en el área de síntomas: Fatiga, dolor, náuseas y vómitos, disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento, diarrea, en esas aéreas su calidad de vida

es alta, estos síntomas no son significativos, en cuanto al impacto económico su calidad de vida es baja. (2

2.2. Marco teórico

2.2.1. Teorías que sustentan la investigación

2.2.1.1. La Teoría del Autocuidado de Dorotea Orem

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

Teoría del déficit de autocuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

Teoría de los sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera sule al individuo.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actua ayudando a los individuos para que sean capaces de

realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

Por otro lado supone trabajar con aspectos relacionados con la motivación y cambio de comportamiento, teniendo en cuenta aspectos novedosos a la hora de atender a los individuos (percepción del problema, capacidad de autocuidado, barreras o factores que lo dificultan, recursos para el autocuidado, etc.) y hacer de la educación para la salud la herramienta principal de trabajo.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.
- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como, por ejemplo, las medidas de higiene en las escuelas.
- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

Concepto de persona: Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además, es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido

de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

Concepto de Salud: La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos.

El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

Concepto de Enfermería:

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. (11, 23)

2.2.1.2. Teoría del envejecimiento

GILBERTO PARDO, ANDREU. (Habana- 2003), estas teorías van desde la teoría simple de desgaste o deterioro hasta la teoría, en gran parte discutida, error catástrofe. Por la naturaleza multicausal del envejecimiento, resulta improbable que una teoría única pueda explicar todos sus mecanismos. Hay que tener en cuenta 2 puntos importantes:

- El envejecimiento compromete un número de genes diferentes, se han llegado a señalar hasta 100 genes implicados en la evolución de la longevidad. También hay mutaciones múltiples que afectan a todos los procesos del envejecimiento.
- El envejecimiento ocurre a todos los niveles: Al nivel molecular, nivel celular y nivel de órgano.

a. Las teorías estocásticas

Son un conjunto de teorías que consideran al genoma como principal protagonista del fenómeno y al conjunto de fenómenos ambientalistas. Las teorías que constituyen esta categoría son las siguientes:

b. Teorías genéticas

Se dividen en tres teorías que son las siguientes:

- **Teoría de la regulación génica:** se establece que cada especie posee un conjunto de genes esto nos asegurara el desarrollo y la reproducción esta teoría nos dice que la duración de la fase de reproducción depende de la capacidad de defensa del organismo ante determinados factores adversos esta teoría considera que el envejecimiento es el desequilibrio de los factores que permiten la fase de la reproducción
- **Teoría de la diferenciación terminal:** esta teoría nos dice que el envejecimiento celular se debe a una serie de modificaciones de la expresión genética
- **Teoría de la inestabilidad del genoma:** esta teoría nos dice que se pone como principal causa la inestabilidad del genoma como causa de envejecimiento

c. Teoría de la mutación somática

Esta teoría considera al envejecimiento como un resultado de la acumulación de mutaciones en el ADN, la causa fundamental del envejecimiento celular es una inestabilidad del genoma mitocondrial, las células privadas de la capacidad de regenerar sus poblaciones mitocondriales, sufrirán una disminución irreversible en su capacidad para sintetizar ATP al no poder realizar este proceso la célula muere y es cuando se genera el envejecimiento

d. Teoría de los radicales libres

El envejecimiento es causado por los radicales libres las reacciones perjudiciales de los radicales libres se producen en los lípidos también las reacciones de los radicales libres contribuyen al desarrollo de desórdenes estocásticos estos son los causantes o están implicados en las siguientes enfermedades degenerativas como arteriosclerosis, amiloidosis, demencia senil tipo Alzheimer, enfermedades autoinmunes.

e. Teoría error – catástrofe

Esta teoría nos dice que con la edad surgen los errores en los mecanismos de síntesis de proteínas esto hace que las proteínas no se reproduzcan normalmente y cuando hay proteínas anormales se produce un problema llamado pérdida "catastrófica" del homeostasis celular que conduce a la muerte celular

f. Teoría de las uniones cruzadas de estructuras celulares

Esta teoría nos dice que la formación de enlaces moleculares entre proteínas o cadenas de ácidos nucleicos, aumenta con la edad también que las complicaciones crónicas de la diabetes provienen de los entrecruzamientos de polímeros y cadenas proteicas, con carácter irreversible.

g. Teoría de la acumulación de productos de desecho

Esta teoría nos dice que el envejecimiento celular es la acumulación de la ruptura de productos citoplásmicos. Esta teoría está basada en tres puntos:

Las células producen un producto de desecho que es perjudicial para la reproducción

El producto de desecho no puede destruirse o transportarse

Su concentración puede reducirse por la "dilución" en la división celular. (22)

h. Teoría inmunológica

Esta teoría nos propone que el genoma nuclear es el responsable de programar los cambios que se irán presentando en el desarrollo de un organismo a lo largo de su vida también dice que el envejecimiento retarda la senescencia inmune. (22)

A. Teorías deterministas

son un conjunto de teorías que sugieren que el Envejecimiento es una serie de procesos que ya está programado dentro del genoma de cada uno de los organismos. Son las siguientes:

a. Teoría de la capacidad replicativa finita de las células

La esperanza de vida proliferativa finita que muestran las células humanas in vitro. Esta teoría tiene dos observaciones: (22)

Martin y otros, en 1970,³² demostraron que la capacidad de las células para duplicarse desciende progresivamente con la edad del

donante, también encontraron una relación inversa entre la edad del donante y la división potencial de las células in vitro

El telómero determina la pérdida de la capacidad proliferativa de las células.

b. Teorías evolutivas

La senescencia es perjudicial para el individuo

Hay 3 teorías evolutivas que explican por qué ocurre el envejecimiento: (22)

La primera teoría nos dice que la senescencia es una adaptación necesaria

La segunda teoría nos dice que las mutaciones perjudiciales que se activan tarde son las responsables del envejecimiento

La tercera teoría nos dice que la senescencia es el resultado de un desajuste entre la supervivencia tardía y la fecundidad temprana también dice que es un equilibrio óptimo entre supervivencia y reproducción. (22)

2.2.2 Autocuidado del paciente geriátrico hipertenso

A través de la historia, la forma de cuidado, de entender su significado, de practicarlo y de asumir la responsabilidad frente a éste, ha sido una construcción cultural materializada en un patrimonio de prácticas, ritos, creencias, actitudes, representaciones y conocimientos que una cultura tiene alrededor

del cuidado, en la que la historia, la ciencia y la misma cultura han cumplido un papel muy importante en su evolución, pues han contribuido a la construcción de este patrimonio y han dado dirección al cuidado de la vida y la salud.

Partiendo de la cultura griega, el auge de corrientes filosóficas, como el estoicismo, generaron desarrollos importantes en torno al autocuidado con la práctica, llamada por ellos, del cultivo de sí, la cual hace énfasis y valoriza la importancia de las relaciones del individuo consigo mismo. El cultivo de sí se basaba en el siguiente principio: hay que cuidarse y respetarse a sí mismo, en tanto al intensificar la relación con uno mismo, se constituye sujeto de sus actos. Para los griegos este principio dominaba el arte de la existencia hasta el punto de ser la diferencia fundamental con otros seres vivos, como lo dice Epicteto, uno de los principales representantes de los estoicos, el ser humano ha sido confiado a la inquietud de sí y es ahí donde reside su diferencia fundamental con otros seres vivos. Para él la inquietud de sí era un privilegio-deber, un don-obligación que nos asegura la libertad, obligándonos a tomarnos a nosotros mismos como objeto de toda aplicación.

Es así como los griegos manejaron una visión integral de lo que debía ser el cuidado de sí, pues enfatizaban la necesidad de cuidar no sólo el cuerpo sino también el alma. Para ellos, el cuidado de sí incluía los cuidados del cuerpo, los regímenes de salud, los

ejercicios físicos sin excesos y la satisfacción medida de las necesidades. Además, incluía las meditaciones, las lecturas, las notas que se tomaban de los libros o de las conversaciones escuchadas y la reflexión de las verdades que se sabían pero que había que apropiarse de ellas aún mejor. Para los griegos el cuidado del cuerpo se realizaba mediante el temor al exceso, la economía del régimen, la escucha de las perturbaciones, la atención detallada al disfuncionamiento y el tener en cuenta elementos como la estación, el clima, la alimentación y el modo de vida, en tanto estos podían perturbar al cuerpo y, a través de éste, el alma. Como puede observarse esta cultura comienza a dar importancia al autocontrol como una forma de autocuidado.

Siguiendo el hilo de la historia, con la influencia de la tradición judeo-cristiana en las prácticas de cuidado, específicamente con el fomento de la práctica de la castidad, la forma integral de autocuidado practicada por los griegos cambió el simbolismo y significado del contacto con el cuerpo propio y del otro, y transformó profunda y progresivamente el concepto y significado de los cuidados, al pasar de una preocupación centrada en el cuerpo hacia unos cuidados centrados en el espíritu con demérito de los corporales.

Por otro lado, los avances científicos y tecnológicos, especialmente los relacionados con la medicina, también influyeron en el concepto

y formas de promocionar el cuidado. Para comprender mejor esta influencia es necesario introducir los conceptos que la lengua inglesa desarrolló con relación a la noción de cuidado. Ésta conceptualizó dos tipos de cuidado de naturaleza diferente: denominaron cuidados de costumbre –care– a aquellos relacionados con las funciones de conservación y de continuidad de la vida y cuidados de curación –cure– a los relacionados con la necesidad de curar todo aquello que obstaculizaba la vida. Los cuidados de costumbre representan los cuidados permanentes y cotidianos de tipo biopsicosocial necesarios para mantener la vida. Estos cuidados son proporcionados y aprendidos en el proceso de socialización y deben ser asumidos por cada persona a medida que adquiera mayores niveles de autonomía frente a la vida. Los cuidados de curación son los utilizados para el tratamiento de la enfermedad además de los cuidados habituales. Entran aquí todos los cuidados de tipo terapéutico.

Entrando al campo de la medicina, entre las razones que influyeron en el concepto y prácticas de cuidado y autocuidado se pueden mencionar las siguientes:

La medicina diseñó un sistema de salud para curar la enfermedad y no para promover la salud.

Con la parcelación que hace el modelo biomédico del cuerpo y sus funciones y la separación entre cuerpo y espíritu, se comenzó a

confundir lo que pertenecía a la categoría de los cuidados con lo que pertenecía a la categoría de los tratamientos, hasta el punto de utilizar los términos cuidar y tratar como sinónimos. Es así como hasta el momento, el término cuidar cubre todo aquello inherente a la enfermedad (como los exámenes médicos y la aplicación y supervisión de tratamientos para obtener la curación) relegándose a un segundo plano todos los cuidados habituales fundamentales para promover la vida y prevenir la enfermedad.

Dentro de esta mirada, el sistema y los agentes de salud han confundido los conceptos de prevención y promoción utilizándolos indistintamente. Por ejemplo, se promueve la salud basándose en recomendaciones surgidas de las evidencias clínicas y epidemiológicas dirigidas a la prevención de procesos crónicos y degenerativos relacionados con factores de riesgo susceptibles de incidir. Surge así el concepto de cuidado anticipado, el cual implica el desarrollo de actividades dirigidas a prevenir la aparición de determinadas enfermedades actuando sobre factores de riesgo y detectando los que están en fase presintomática. Por tanto, mediante la educación para la salud se ha pretendido conseguir modificaciones en el estilo de vida de las personas. Sin embargo, esta estrategia se ha basado en mensajes de prohibición, de imposición, de uso del miedo y de la advertencia hasta llegar al regaño.

Además, se han diseñado y desarrollado programas según problemas crónicos como el grupo de hipertensos, el de diabéticos o de sida; o según factores de riesgo como la prevención de cáncer cervico uterino o de mama. Sin desconocer la importancia de estos programas, la forma como se ha dirigido el cuidado no sólo ha desdibujado el concepto de persona como un ser integral, al identificarlo como una enfermedad o un factor de riesgo, sino que ha mantenido a la práctica sanitaria en el predominio del saber hacer con respecto a la enfermedad sobre lo que se considera importante para seguir construyendo la vida y realizándose en su expresión. Según Colliere M, cuando en el sistema de salud existe este predominio, no se debe hablar de cuidados sino de tratamientos.

Antes de seguir adelante es importante hacer un paréntesis para diferenciar los conceptos de promoción y prevención. Esta diferencia guía las opciones que cada persona asume frente al cuidado, ahí su importancia. En primer lugar, ambos persiguen como meta la salud, pero la prevención lo hace situando su punto de referencia desde la enfermedad, la cual tiene como límite la muerte, sea, el objetivo de la prevención es la ausencia de enfermedad. En contraposición, la promoción hace énfasis en la optimización del estado de bienestar, entendiendo la salud como

un camino sin principio ni final. Además, la promoción formula e implanta políticas saludables y cambios en el entorno de vida del individuo. En este sentido la promoción hace énfasis en el desarrollo de habilidades personales, en el fortalecimiento de la acción comunitaria y destaca la responsabilidad del individuo en la solución de problemas que afectan su salud.

El énfasis que ha hecho el sistema en los cuidados de curación, ha propiciado desconocimiento acerca de la importancia de los cuidados que den respuestas favorables a sus necesidades cotidianas como el interés por un desarrollo integral del cuerpo y la mente. Además, como dice Colliere M, al promover los cuidados de curación sobre los de mantenimiento, se aniquilan las fuerzas vivas de la persona, o sea, todo aquello que le hace querer y reaccionar ya que se agotan las fuentes de energía vital sean éstas de naturaleza física, afectiva o social. Esto hace que el ser humano entre en un adormecimiento frente a la motivación y responsabilidad por el cuidado para la vida. Por tanto, todas las capacidades vitales piden y exigen ser movilizadas constantemente para que las energías vitales prevalezcan sobre los obstáculos de la vida, incluso en el umbral de la muerte.

Autocuidado

El Autocuidado etimológicamente se presenta conformado de dos palabras: Auto del griego “αὐτο” que significa "propio" o "por uno

mismo", y cuidado del latín "cogitātus" que significa "pensamiento". Tenemos entonces el cuidado propio, cuidado por uno mismo literalmente.

El autocuidado es la capacidad de las personas de asumir en forma voluntaria el cuidado y el mantenimiento de su salud, así como prevenir enfermedades mediante el conocimiento y prácticas que les permitan vivir activos y saludables.

Además, el autocuidado:

Es una conducta que se aprende en sociedad.

Es fundamental la autoestima en el autocuidado, el valorarse positivamente.

Es importante para mantener una buena salud, prevenirla y reconocer tempranamente la enfermedad, participar activamente de su recuperación integral de la salud.

El autocuidado requiere que las personas asuman la responsabilidad en el cuidado de su salud y por las consecuencias de las acciones que realizan.

Reconocer que una conducta, es directamente responsable de la enfermedad.

La incorporación del concepto de autocuidado enfatiza:

Autocuidado que promueve la salud; esta categoría promueve prácticas que conllevan el bienestar físico, mental y espiritual.

Autocuidado orientado a prevenir enfermedades y riesgos a la salud.

Detección temprana de signos y síntomas de enfermedades.

Autocuidado en el manejo de enfermedades y cumplimiento del tratamiento, incluyendo el reconocimiento de los efectos farmacológicos indeseables.

El autocuidado se considera como parte del estilo de vida de la persona, entendido como patrones de conducta que reflejan la forma de interactuar de las personas con su medio social.

Las Prácticas de Autocuidado y su Relación con la Cultura

El papel que tiene la cultura en el comportamiento humano es un hecho importante en la forma de adoptar el autocuidado por parte de las personas. En la relación autocuidado-cultura, se pueden distinguir tres premisas importantes:

Los comportamientos están arraigados en creencias y tradiciones culturales.

La existencia de las paradojas comportamentales.

La socialización estereotipada del cuidado de acuerdo con el sexo.

Los comportamientos están fuertemente arraigados en un sistema de creencias y tradiciones culturales, razón por la cual las personas no reemplazan fácilmente creencias ancestrales por nuevos

conocimientos. Esto se debe a que las estructuras que guían los comportamientos suelen ser muy complejas. Es así como los comportamientos en salud están manejados por los conocimientos acumulados y por las representaciones sociales, de las cuales hacen parte las supersticiones y los mitos construidos alrededor del cuidado de la salud. A su vez, el mundo simbólico, comprende estructuras de pensamiento y marcos de referencia desde los cuales se interpretan los fenómenos de la vida, la muerte, la salud y la enfermedad, y desde donde se justifican los eventos que ocurren en la vida cotidiana. En las representaciones sociales, los mitos ocupan un lugar preponderante como instrumento explicativo de hechos y fenómenos que ocurren en ausencia de explicaciones de base científica. Según Malinowski B, los mitos manifiestan, resaltan y codifican las creencias y salvaguardan las claves morales con reglas prácticas para guiar el comportamiento humano. Además, estos se articulan con componentes científicos y configuran un sistema de pensamiento lógico, desde donde se interpretan los fenómenos naturales y sociales, así estos no correspondan siempre con las verdades científicas.

Las paradojas comportamentales descritas por De Roux G es otro aspecto importante para comprender el comportamiento de las personas frente a las prácticas de cuidado. Las paradojas comportamentales se definen como los comportamientos nocivos

que tienen las personas con conocimientos saludables. Estas paradojas evidencian rupturas existentes entre los comportamientos saludables esperados por el sistema de salud y la prioridad en salud que tienen las personas, y entre el conocimiento de la gente sobre riesgos específicos y su conducta concreta. Cuando las personas son interrogadas acerca de la importancia que para ellas tiene la salud, manifiestan un interés general que se aleja en el momento de actuar. La vida cotidiana muestra mayor motivación de la gente hacia la enfermedad que hacia la salud, al considerar que tienen problemas sólo cuando se sienten enfermas. Ante peligros evidentes como una epidemia, la gente actúa y se protege rápidamente, mas no ocurre lo mismo cuando el fenómeno no es reconocido como nocivo por estar culturalmente adaptado a él, tal es el caso de las parasitosis. Si las personas siempre han estado parasitadas no tendrán referentes para considerarla como anormal.

La división sexual en el trabajo, y la ubicación social dada por la cultura a hombres y mujeres, hizo surgir asignaciones y formas diversas de cuidar a lo largo del ciclo vital humano. Es así como los cuidados que tuvieron que ver con el mantenimiento del orden público o la aplicación de la fuerza física (reducción de fracturas, dominio de personas en estado de locura, así como la caza, la pesca y la guerra) fueron asignados a los hombres; alrededor de

todo lo que da vida, es fecundable y que da a luz, se construyeron los cuidados que revierten en las mujeres: los cuidados de la vida diaria principalmente los relacionados con los alimentos, el cuidado del cuerpo y todos aquellos necesarios para proteger y mantener el cuerpo en un entorno sano. De aquí surge el rol de cuidadora de la mujer, como figura simbólica del eterno femenino, en tanto se cree que garantizar estos cuidados por parte de ella es algo que surge de la naturaleza femenina.

Esta socialización estereotipada del cuidado de acuerdo con el sexo, marca profundamente a hombres y mujeres en su futura actitud respecto a cuidar su cuerpo y su salud, en tanto se forman patrones y hábitos que generan determinados comportamientos. Por ejemplo, en el hombre se ha impedido la expresión de afectos, lo cual genera en ellos manifestaciones violentas, conductas dominantes y autocráticas. En la mujer, el rol de cuidadora de otros labró el modelo femenino de ser para otros versus ser para sí; el cual ha generado en la mujer bajos niveles de auto concepto, autonomía y autoestima, influyendo significativamente en la forma de asumir el autocuidado de su vida, su cuerpo y su salud.

2.2.3 Calidad vida del paciente geriátrico hipertenso

Históricamente se pueden observar dos significados con enfoques diferentes de lo que es la Calidad de Vida, estos dos términos conforman las bases para la construcción del concepto tal y como

lo entendemos hoy en día; el primer enfoque es el de un término que enfoque todo, es decir, que hable de la Calidad de Vida como algo unitario; y el segundo se refiere más a determinar y diferenciar dentro del concepto las diferentes partes que lo forman.

A la Calidad de vida se le ha definido durante periodos como las condiciones de vida de una persona, a esta definición se le han añadido múltiples más como la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales, la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, Calidad de Vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta y la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

El término calidad de vida es reciente, aparece hacia 1975, y tiene su gran expansión hacia los años ochenta. Su origen proviene principalmente de la medicina para expandirse rápidamente a la sociología y a la psicología desplazando otros términos más difíciles de operativizar como felicidad y bienestar. Aunque el término es reciente, bajo la forma de preocupación individual y social por las condiciones de la mejora de vida, existen desde comienzos de la historia de la humanidad. Como señala Ríos Riaño (1991) no existe referencias bibliográficas del concepto calidad de

vida en sí, de ahí que SE tenga que recurrir a sus términos afines (salud, bienestar, felicidad) para hacer un poco de historia.

Su desarrollo tiene dos fases claramente delimitadas: la primera surge en las primeras civilizaciones y se expande hacia el siglo XVIII y se preocupa básicamente por la salud privada y la salud pública, la segunda aparece en el desarrollo de la concepción moderna del estado, y la instauración de una serie de leyes que garanticen los derechos y el bienestar social del ciudadano, proceso extremadamente reciente que converge con la aparición de “estado de bienestar”.

Definición de Calidad de Vida

Las palabras Calidad de vida derivan etimológicamente de: Calidad, cuya raíz es claramente latina, significa "clase" o "tipo, y Vida, del latín “vita” que significa fuerza interna sustancial mediante la cual obra el ser que la posee.

La calidad de vida se define en términos generales como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo.

Según la OMS, la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Calidad de Vida y Salud

Actualmente el concepto de salud y calidad de vida están íntimamente relacionados y sus índices permiten evaluar aspectos técnico-medico relacionados con la atención y cuidados de las personas. Por tanto, el estudio de la calidad de vida se ha convertido en un terreno multidimensional en donde diversas ciencias aportan conocimiento con el fin de proporcionar un nivel de funcionalidad de las personas.

En sus inicios, la calidad de vida se refería al cuidado de la salud personal, posteriormente se centró en una preocupación por la salud e higiene pública y después hizo alusión a los derechos humanos tanto laborales como ciudadanos. Conforme se consolidaba el concepto se fueron incluyendo el acceso a bienes

económicos, hasta que finalmente se tomó en consideración la percepción de cada sujeto sobre su propio estado de salud, vida social y actividad cotidiana.

Actualmente no existe una sola definición clara sobre el concepto de calidad de vida. Sin embargo, lo que sí está claro es que la calidad de vida se considera como una combinación de elementos objetivos y subjetivos, en donde la evaluación individual juega un papel muy importante. Debido a las diferencias culturales, es preciso entender también que la definición de calidad de vida variará en función del contexto, la época y el grupo social al que nos estemos refiriendo.

Diversos estudios demuestran que existe una relación bidireccional entre la calidad de vida y las enfermedades tanto físicas como mentales. Ejemplo de ello son los hallazgos de la relación entre calidad de vida y los trastornos de ansiedad y depresión, en donde a menor calidad de vida existen niveles elevados de ansiedad y/o depresión y viceversa. Esto debido a la presencia de variables psicológicas como niveles elevados de estrés, bajo control sobre la propia vida, bajo apoyo social y desempeño personal, generando un nivel bajo de satisfacción y éxito en la vida, pobre regulación emocional, lo que finalmente afecta la calidad de vida.

De igual forma existe evidencia en diversos estudios de morbilidad y mortalidad de enfermedades crónicas como el cáncer y

enfermedades cardíacas, en donde se ha observado que este tipo de padecimientos no solamente se deben a una carga genética, sino también a diversos factores de riesgo, como los hábitos de salud y estilos de vida inadecuado, tales como consumo de tabaco, alcohol y dietas poco saludables. Es por ello que para mejorar la salud y calidad de vida se ha hecho mucho énfasis en la modificación de conductas tanto para prevención como para el tratamiento de dichas enfermedades.

Algunos de los hábitos de salud o comportamientos que un psicólogo cognitivo-conductual puede ayudar a modificar o aprender y mejorar la calidad de vida, serían los siguientes:

Hacer ejercicio físico.

Llevar a cabo una dieta saludable.

Dejar de fumar.

Reducir el consumo de bebidas alcohólicas.

Mejorar la calidad de sueño.

Mejorar el rendimiento laboral.

Disminuir el estrés.

Mejorar las relaciones interpersonales.

Aprender a regular las emociones.

Incrementar la seguridad en sí mismo, así como incrementar la autoeficacia.

Aprender a expresar las emociones de manera adecuada.

Como se puede observar, tener una buena calidad de vida no depende únicamente de los servicios de salud, sino de las conductas que cada uno de nosotros llevamos a cabo y es bueno considerar que no solo la salud física es importante, sino que también lo es la salud mental.

Calidad de Vida y Felicidad

Los términos "calidad de vida" y "felicidad" se equiparán con frecuencia. Esta conexión entre conceptos viene más o menos implícita en el uso de ambas palabras. La frase "calidad de vida" sugiere que la vida es buena en todos los aspectos, de modo que una vida buena debería ser una vida feliz.

Ambos términos deben gran parte de su popularidad a su proposición de inclusión. Se pusieron de moda como lema en distintas discusiones. La "Calidad" de vida se contrastaba con la "cantidad" de vida (prolongación de la vida a toda costa). Se comparaba la "felicidad" con la vida "exitosa" (hacerse rico). En el acaloramiento de estos debates no se requería precisión; y ahora que está hecho el trabajo fundamental surge la necesidad de hallar una mayor precisión. Al intentar promover la "calidad de vida" y la

"felicidad", nos preguntamos "qué" es exactamente cada término y "cómo" se relacionan entre sí. Para poder contestar a estas preguntas lo primero que hemos de hacer es aclarar estos conceptos; a falta de un significado claro en el lenguaje corriente, se pueden dar distintos significados.

El término "calidad de vida" tiene distintos significados. Se pueden distinguir los tres siguientes:

Calidad del entorno

El término "calidad de vida" se refiere frecuentemente a la calidad del entorno en el cual uno vive. Los ecologistas emplean estas palabras en su lucha contra la degradación del medio ambiente. Por ejemplo: la construcción de carreteras nuevas y aeropuertos se considera una agresión contra la calidad de vida. En un sentido parecido, los sociólogos hablan de "calidad de vida" cuando reivindican mejoras sociales; los índices sociológicos de la Calidad de Vida incluyen puntos relacionados con la riqueza y la igualdad social. En este sentido, las condiciones externas para una buena vida se equiparán realmente con la buena vida en sí. Un término más apropiado sería "vida llevadera".

Calidad del resultado

Las dos acepciones anteriores describen las condiciones previas para lograr una buena vida, más que la buena vida en sí. Por lo tanto, una tercera acepción se centra en la última connotación y diferencia la "calidad de vida" según sus resultados, que se describen como "productos" de la vida y como "disfrute" de esta última. Cuando concebimos la "calidad de vida" según los "productos", nos referimos a lo que la vida va dejando detrás. Desde una perspectiva biológica cuyo fin es la procreación, la vida que no continúa ha fracasado en su misión evolutiva. Desde una perspectiva sociocultural la calidad de una vida es su contribución a la herencia humana. En este contexto, de hecho, resulta más apropiado hablar de la "utilidad" de la vida en lugar la "calidad de vida". Cuando concebimos la "calidad de vida" en cuanto al "disfrute", el punto culminante se encuentra en la experiencia personal. Por lo tanto, la buena vida es la vida que a uno le gusta. Aunque los significados anteriores del término "calidad de vida" señalan aspectos que cualquier observador imparcial podría confirmar, este último significado se refiere a una calidad que sólo puede apreciar uno mismo; por ello, se le suele llamar "calidad de vida subjetiva".

Durante siglos, el término "felicidad" se ha utilizado como muletilla para todos los significados de "calidad de vida" anteriormente

mencionados. En filosofía, prevalecieron los dos primeros significados: en la filosofía social el significado de "buenas condiciones de vida" (felicidad como buena sociedad) y en la filosofía moral, el significado de buena acción (felicidad como virtud). En la ciencia social actual prevalece el tercer sentido; la palabra "felicidad" se usa frecuentemente para indicar el disfrute subjetivo de la vida. El disfrute subjetivo de la vida no es un asunto unidimensional. Se puede disfrutar de las emociones de la vida, pero al mismo tiempo sufrir sus tensiones. Igual que a uno le puede gustar un aspecto determinado de la vida, como por ejemplo el matrimonio, al tiempo que no le gusta algún otro aspecto, como por ejemplo el trabajo. En la literatura existente sobre la "calidad de vida" subjetiva, estas apreciaciones se refieren respectivamente a las "satisfacciones de aspecto" y a las "satisfacciones de cada campo". Estas apreciaciones parciales de la vida se distinguen de la apreciación subjetiva de la "vida en conjunto".

2.2.4 Hipertensión

La hipertensión arterial, se define por la presencia de valores de presión arterial superiores a la normalidad: presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg y presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg.

Sin embargo, en el adulto mayor, algunos autores sugieren cifras de PAS \geq 160 mmHg y PAD \geq 90 mmHg para hipertensión sistodiastólica.

Hipertensión Primaria (Esencial) Y Secundaria

En la mayoría de los pacientes con presión arterial alta, no se puede identificar ninguna causa, esta situación se denomina hipertensión primaria, se calcula que el 95% aproximadamente de los pacientes con hipertensión tienen hipertensión primaria. El término hipertensión secundaria se utiliza cuando la hipertensión está producida por un mecanismo subyacente, detectable. Existen numerosos estados fisiopatológicos como estenosis de la arteria renal, feocromocitoma y coartación aórtica, que pueden producir hipertensión arterial. En alguno de estos casos, la elevación de la presión arterial es reversible cuando la enfermedad subyacente se trata con éxito.

En el 95% de los pacientes con hipertensión no existe una causa orgánica, la presión arterial está causada por disposiciones hereditarias y factores de riesgo externos como obesidad, estrés y consumo excesivo de alcohol y sal. Las enfermedades orgánicas o los trastornos hormonales son responsables de la hipertensión sólo en el 5% de los casos. Edad. Existe el criterio de que las cifras de presión diastólica y sobre todo la sistólica, aumentan con la edad de manera progresiva, es siempre mayor para la sistólica, que

pueden aumentar hasta los 80 años, que para la diastólica. Sexo. De modo general, se acepta que la prevalencia de HTA es mayor en el hombre que en la mujer, la relación sexo-HTA puede ser modificada por la edad, así las mujeres después de 60 años exhiben niveles tensionales similares a los de hombres. Raza. Existen evidencias de que hay mayor prevalencia en la raza negra y un pronóstico menos afortunado, dada la repercusión sobre los órganos diana en este grupo. Herencia. La aparición de hipertensión arterial es más frecuente si los padres son hipertensos. Múltiples observaciones clínicas corroboran la importancia del factor genético en el origen de la HTA. Se conoce que esta tiende a surgir en familias y que los hijos de progenitores hipertensos tienen un riesgo mucho mayor que el promedio para padecerla. Obesidad. Se calcula que la prevalencia de hipertensión arterial es el 50% mayor entre personas obesas que entre las que están en su peso normal.

El hipertenso obeso tiene un mayor gasto cardíaco y menor resistencia periférica total, por tanto, este hipertenso tiene un estado circulatorio hiperkinético con un aumento progresivo de las cifras tensionales. Dietas ricas en sodio. El concepto de "sensibilidad a la sal" tiene su origen y fundamentos en estudios que demuestran que la prevalencia de hipertensión arterial aumenta a

medida que se hace más importante el consumo de sal en la población.

2.3. Definición de términos básicos.

Autocuidado:

El autocuidado es la capacidad de las personas de asumir en forma voluntaria el cuidado y el mantenimiento de su salud, así como prevenir enfermedades mediante el conocimiento y prácticas que les permitan vivir activos y saludables.

Capacidades fundamentales

Considerados las habilidades básicas del individuo (cuidado y descanso)

Componentes de poder

Son habilidades que impulsan el individuo a la acción de autocuidarse (motivación, adquisición de conocimientos, habilidad para ordenar acciones de autocuidado y capacidad de integración del autocuidado en su vida familiar y comunitaria).

Capacidad para operacionalizar

Corresponde a las habilidades que le permiten al individuo investigar sobre condiciones de sí mismo y del medio ambiente, que son significativos para su autocuidado, así como la toma de

decisiones y construcción de las acciones para lograr el manejo de su enfermedad.

Calidad de vida:

Es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.

Geriatría:

Es la rama de la Medicina dedicada al anciano que se ocupa, no sólo del diagnóstico y tratamiento de las enfermedades agudas y crónicas, sino también de su recuperación funcional y su reinserción en la comunidad.

CAPITULO III

VARIABLES E HIPÓTESIS

3.1. Variables de la investigación

Variable 1: Autocuidado

El autocuidado es la capacidad de las personas de asumir en forma voluntaria el cuidado y el mantenimiento de su salud, así como prevenir enfermedades mediante el conocimiento y prácticas que les permitan vivir activos y saludables.

Variable 2: Calidad de vida

La calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.

3.2. Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
VARIABLE 1: AUTOCUIDADO	Acciones que realiza el individuo y le permiten mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida y la salud, curar las enfermedades o heridas y hacer frente a sus efectos	Capacidades fundamentales	Cuidado Descanso	Bajo 0 – 28 Regular 29 - 57 Alto 57 - 85
		Componentes de poder	Motivación Adquisición de conocimientos Habilidad para ordenar acciones de autocuidado Capacidad de integración del autocuidado en su vida familiar y comunitaria	

		Capacidad para operacionalizar	Toma de decisiones Construcción de las acciones para lograr el manejo de su enfermedad.	
--	--	--------------------------------	--	--

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL
Variable 2: CALIDAD DE VIDA	Grado de bienestar físico, emocional, económico, social y desarrollo que le confiere a la persona la capacidad para afrontar con éxitos los retos que plantea la vida cotidiana, independientemente de ser enfermos o sanos	Estado de animo	Movilidad Actividades Malestar general	Baja 0 – 16 Regular 17 – 32 Alta 33– 48
		Manifestaciones somáticas	Actividades Dolor Malestar general Ansiedad Depresión Relaciones Sueño	

3.3. Hipótesis general e hipótesis específicas

Hipótesis General

Existe relación entre el autocuidado y la calidad de vida de pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo – 2017.

Hipótesis Específicas

Existe bajo nivel de autocuidado en pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia.

Existe bajo nivel de la calidad de vida en pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia.

CAPITULO IV

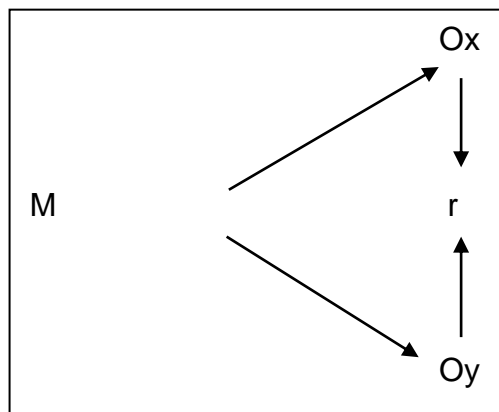
METODOLOGÍA

4.1. Tipo de investigación.

La investigación es de enfoque cuantitativo, de tipo aplicada, ya que los conocimientos que se quieren generar tienen alcance práctico, proyecta que el autocuidado mejore la calidad de vida de los adultos mayores con hipertensión. (13)

4.2. Diseño de la investigación.

El diseño de investigación es Descriptivo Correlacional. El nivel es correlacional, ya que este trabajo “no son estudios de causa y efecto; solo demuestra dependencia probabilística entre eventos”, según Supo. (14)



Donde:

Ox = autocuidado

Oy = calidad de vida

M = muestra

r = relación

4.3. Población y Muestra.

Población.

La población de estudio estuvo conformada por el total de pacientes geriátricos con hipertensión arterial atendidos durante 6 meses en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico - Quirúrgico "Daniel Alcides Carrión" de Huancayo - 2017

N = 50

Delimitación

La población estuvo conformada por pacientes geriátricos que presentan hipertensión arterial los cuales fueron atendidos en el segundo semestre del 2017 en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico - Quirúrgico "Daniel Alcides Carrión" de Huancayo - 2017.

Tamaño de Muestra.

La muestra fue censal se trabajó con el total de la población.

4.4. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.

Para recolectar los datos se utilizó la técnica de la Encuesta, y los instrumentos empelados fueron: el Cuestionario de calidad de vida de la hipertensión arterial, y el Cuestionario sobre la capacidad de

agencia de autocuidado en el paciente hipertenso, ambos validados previamente en estudios.

El Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL), fue validado por Liliana Ayala y Kelyz Condeso, en su tesis Impacto del seguimiento farmacológico en la calidad de vida de pacientes con hipertensión arterial.

El Cuestionario sobre la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso, fue validado por Marcela Achury D., Sepúlveda G. y Rodríguez S.

4.5. Plan de análisis estadísticos de datos

Los datos fueron procesados utilizando la estadística descriptiva para presentar los datos en tablas de frecuencia y gráficos, utilizando el programa Microsoft Excel 2013; y para la prueba de hipótesis se hizo uso de la estadística inferencial, la prueba de Tau b de Kendall haciendo uso del programa estadístico SPSS Versión 23.

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1. Autocuidado

Tabla 5.1. Nivel de autocuidado en pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2017.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Nivel alto	9	18.00
Nivel medio	10	20.00
Nivel bajo	31	62.00
Total	50	100

Fuente: Instrumentos aplicados a los pacientes hipertensos.

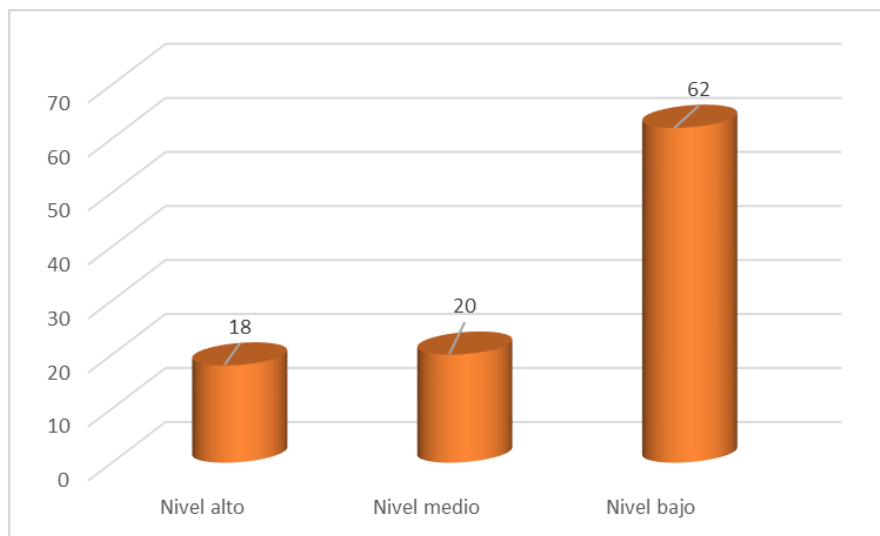


Gráfico 5.1. Nivel de autocuidado en pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2017.

La tabla respecto al Nivel de autocuidado en pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia, muestra que el 62% tiene nivel bajo, el 20% nivel regular y el 18% tiene nivel alto de autocuidado.

5.2. Calidad de Vida

Tabla 5.2. Nivel de calidad de vida en pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2017.

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Nivel alto	7	14.00
Nivel medio	16	32.00
Nivel bajo	27	54.00
Total	50	100

Fuente: Instrumentos aplicados a los pacientes hipertensos.

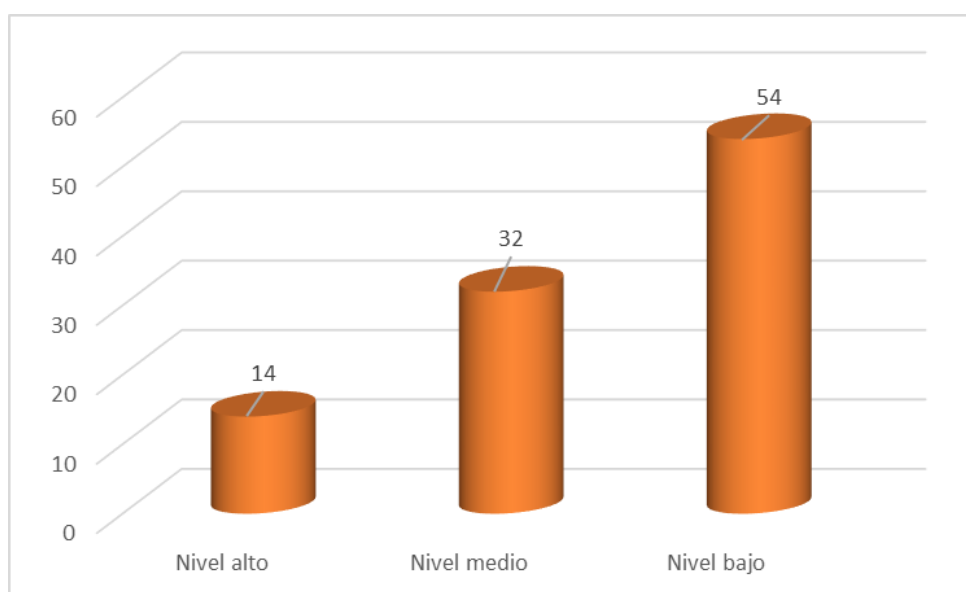


Gráfico 5.2. Nivel de calidad de vida en pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2017.

La tabla respecto al Nivel de calidad de vida en pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia, muestra que el 54% tiene nivel bajo de calidad de vida, el 32% nivel regular de calidad de vida y el 14% tiene nivel alto de calidad de vida.

5.2. Calidad de Vida según autocuidado

Tabla 5.3. Nivel de calidad de vida según nivel de autocuidado en pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2017.

		Calidad de vida			Total
		Alto	Regular	Bajo	
Autocuidado	Alto	4 8.00%	2 4.00%	3 6.00%	9 18.00%
	Medio	2 4.00%	4 8.00%	4 8.00%	10 20.00%
	Bajo	1 2.00%	10 20.00%	20 40.00%	31 62.00%
Total		7 14.00%	16 32.00%	27 54.00%	50 100.00%

Fuente: Instrumentos aplicados a los pacientes hipertensos.

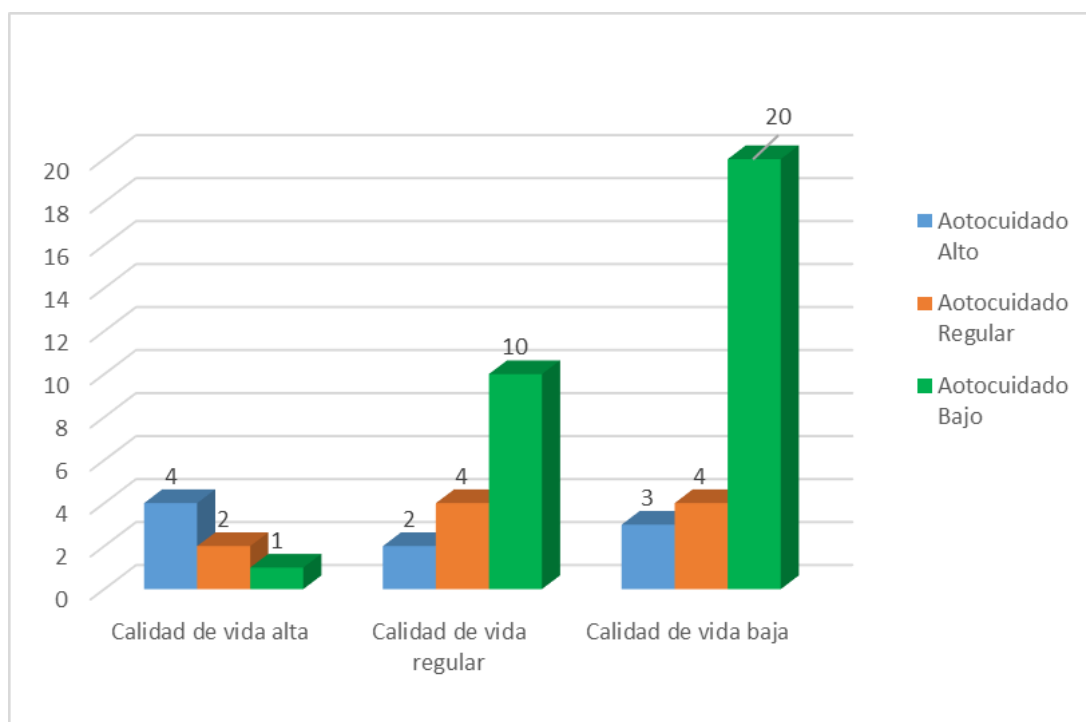


Gráfico 5.3. Nivel de calidad de vida según nivel de autocuidado en pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2017.

La tabla respecto al Nivel de calidad de vida según nivel de autocuidado en pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2017, muestra que a mayor nivel de autocuidado mayor es la calidad de vida.

VI DISCUSIÓN DE RESULTADOS

6.1. Contrastación de hipótesis con los resultados

Haciendo la prueba de hipótesis de la siguiente tabla:

		Calidad de vida			Total
		Alto	Regular	Bajo	
Autocuidado	Alto	4 8.00%	2 4.00%	3 6.00%	9 18.00%
	Medio	2 4.00%	4 8.00%	4 8.00%	10 20.00%
	Bajo	1 2.00%	10 20.00%	20 40.00%	31 62.00%
Total		7 14.00%	16 32.00%	27 54.00%	50 100.00%

a. Planteamiento de la hipótesis:

Ho: No existe del autocuidado en la calidad de vida de pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2017.

H₁: Existe influencia del autocuidado en la calidad de vida de pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2017

b. Establecimiento del nivel de significación

= 0.05

c. Establecer la prueba estadística

Se usa la prueba de hipótesis Tau b de Kendall por ser ambas variables ordinales.

d. Valor de Tau b de Kendall calculado

Tau b de Kendall = 0.67

Valor de $p = 0,001$.

e. Decisión:

La decisión es rechazar la H_0 debido a que el valor de $p = 0,001 < 0,05$.

f. Conclusión en términos de la investigación

De la prueba de hipótesis se concluye que: Existe influencia del autocuidado en la calidad de vida de pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2017.

6.2. Contrastación de resultados con otros estudios similares

En la investigación se obtuvo como resultados los siguientes:

Con respecto al autocuidado en pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia, la

mayoría de pacientes presentan un nivel bajo (62%), el 20% de pacientes presente nivel regular y el 18% de pacientes tiene nivel alto de autocuidado. Corroborando lo encontrado por Millán I., en Cuba en el 2010, en su investigación Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad, estudio realizado en adultos mayores en la comunidad, y obtuvo que el 50,5% de los hombres y el 43,3% de las mujeres no se cuida adecuadamente, así mismo existe un déficit de autocuidado cognoscitivo-perceptivo en el 46,7%, un 9,8% tienen déficit parcial y 5,6% déficit total, concluyendo que no obstante la gran mayoría de los adultos mayores estudiados ser independientes para realizar las actividades de la vida diaria, estos no desarrollan adecuadamente sus capacidades de autocuidado. Por otro lado, Leyva R., en su trabajo evaluación de la asociación entre la capacidad de autocuidado y el control de la presión arterial, en México, halló que la mayoría de pacientes hipertensos, tiene capacidad de autocuidado buena en 73.4% en los pacientes controlados, y en 3.8% de los descontrolados.

Así mismo, en relación al autocuidado, Rojas L, en Chimbote en el 2015, en su estudio titulado “Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y su relación con las prácticas de autocuidado en pacientes hipertensos. Centro médico Ponce. Chimbote – 2014, incluyó las prácticas de autocuidado en pacientes

hipertensos, en Chimbote; obteniendo como resultado que el 69,7% presentó prácticas inadecuadas de autocuidado, y solo el 30,3% presentó prácticas adecuadas de autocuidado. También, Olazo O., en su estudio Capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida en salud del paciente que acude al servicio de consulta externa de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, 2015, obtuvo como resultado que el 90.9% de pacientes adultos mayores presenta capacidad de agencia de autocuidado media, un mínimo porcentaje presenta capacidad de agencia de autocuidado alta y ninguno presenta capacidad de agencia de autocuidado baja.

En relación a la calidad de vida en pacientes geriátricos con hipertensión arterial, se obtuvo que, la mayoría de pacientes (54%) tiene nivel bajo de calidad de vida, el 32% nivel regular de calidad de vida regular y el 14% tiene nivel alto de calidad de vida, cuyos resultados son similares a los encontrados por, Justo C., en Arequipa en el 2016, en su estudio Autocuidado y Calidad de vida en adultos mayores con Hipertensión Arterial. Micro red edificadores Misti – Minsa Arequipa, quien obtuvo que, en el área de estado global de salud el 65.9% tienen una calidad de vida baja, en el área de funcionamiento, el 52.7% de los adultos mayores con hipertensión arterial tienen una calidad de vida alta en la función

física, el 72.5% tiene una calidad de vida alta en actividades cotidianas, el 44% tiene una calidad de vida baja relacionada con el rol emocional, el 54.9% tiene una calidad de vida alta en la función cognitiva, el 72.5% tienen una calidad de vida alta en la función social; en el área de síntomas: el 70.3% tiene una calidad de vida alta en cuanto al síntoma disnea, el 68.1% tiene una calidad de vida alta en cuanto al insomnio, 62.6% tiene una calidad de vida alta en cuanto a la fatiga, el 75.8% tiene una calidad de vida alta en cuanto a la anorexia, el 85.7% tiene una calidad de vida alta en cuanto a náuseas y vómitos, el 63.7% tienen una calidad de vida alta en relación al estreñimiento, el 74.7% tiene una calidad de vida alta en relación a la diarrea, el 61.5% tiene una calidad de vida alta en relación al dolor, el 67% presentó una calidad de vida baja en lo económico.

Respecto a la calidad de vida según nivel de autocuidado en pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2017, muestra que a mayor nivel de autocuidado mayor es la calidad de vida., dichos resultados cuyos resultados de igual son similares a los encontrados por, Justo C., en Arequipa en el 2016, quien encontró que el 32% de adultos mayores con un mal autocuidado presentó una baja calidad de vida, y el 14% adulto con

buen autocuidado presento una alta calidad de vida, la relación entre Autocuidado con la calidad de vida según la prueba de Chi cuadrado de Pearson, presento relación estadística significativa de $P < 0,0001 (P < 0,05)$, por lo que afirma que a buen autocuidado la calidad de vida será alta.

Finalmente se concluye que, existe influencia del autocuidado en la calidad de vida de pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2017.

CAPITULO VII

CONCLUSIONES

a.- Existe relación entre el autocuidado y la calidad de vida de pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2017 ($p= 0,001$)

b.-El mayor porcentaje de los pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acude al servicio de emergencia presenta bajo nivel de autocuidado en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2017.

c.-El mayor porcentaje de paciente geriátrico con hipertensión arterial que acude al servicio de emergencia presenta bajo nivel de calidad de vida en el Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo – 2017.

CAPITULO VIII

RECOMENDACIONES

a.-A los médicos especialistas, médicos generales, enfermeras, y otros profesionales de salud, cuidar adecuadamente a los pacientes geriátricos con hipertensión, ya que es una enfermedad que trae consigo cambios importantes en la salud de las personas, y daña severamente la salud.

b.-A los profesionales de enfermería de emergencia del hospital, brindar mayor educación a los pacientes geriátricos con hipertensión arterial para así mejorar su autocuidado, a través de técnicas que garanticen el aprendizaje como: sesiones educativas demostrativas, sesiones de motivación, terapia laboral, actividades de manualidades, terapia de grupo.

c.-A los profesionales de enfermería, valorar constantemente la calidad de vida de los pacientes hipertensos, para tomar medidas correctivas oportunamente y así no descuidar la salud de los pacientes geriátricos y evitar el deterioro de la salud de este grupo vulnerable.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALBA, ROSA FERNÁNDEZ; FRED GUSTAVO MANRIQUE. Agencia de Autocuidado y Factores Básicos Condicionantes en Adultos Mayores. Open Journal Systems (Revista en internet). Agosto 2010 (Citado 19/06/2014). Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35846/37059>
2. ARANEDA PAGLIOTTI, GLORIA; ISLA LUND XIMENA; JIMÉNEZ ORELLANA. Capacidad de autocuidado del adulto mayor hospitalizado en los servicios de medicina y cirugía del Hospital Herminda Martín Chillan – Chile – 2000
3. BOGGIO JUAREZ, MANUEL. Las prácticas de autocuidado y actividades de la vida diaria en el adulto mayor. Venezuela 2010. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/2296/3/Las-practicas-de-autocuidado-y-actividades-de-la-vida-diaria-en-el-adulto-mayor>.
4. ROJAS EUSTAQUIO, LUZ. “Nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y su relación con las prácticas de autocuidado en pacientes hipertensos. Centro médico Ponce. Chimbote – 2014”. Tesis para optar el grado de maestra en ciencias de enfermería. Perú. Universidad Nacional del Santa. 2015.

5. Guía Clínica de Valoración Geronto-Geriátrica Integral en el Adulto Mayor Publicado por el Gobierno Federal Estados Unidos Mexicanos -2011. Disponible en la página web: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/491_GPC_valoracixn_geronto-geriatrica/IMSS-491-11-GRR_Valoracixn_geronto_geriatrica.pdf.
6. LARA JAQUE, ROXANA; MARDONES HERNÁNDEZ, MARÍA. Perfil Sociodemográfico de salud y funcionalidad en Adultos Mayores de la comuna de Chillán. 2009; Vol. 18 (2): 81 – 89.
7. Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores Publicado por el Ministerio de Salud (MINSA). 2006.
8. LUCERO KAMEYAMA, FERNÁNDEZ. Valoración geriátrica integral. Rev. El residente. Vol. V Numero 2-2010: 55-65
9. ZELA ARI L. y MAMANI CHAMBI W. “Hipertensión Arterial y Estilo de Vida en Adultos Mayores de la Micro Red de Salud Revolución San Román, Juliaca – 2015”. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Juliaca. Universidad Peruana Unión. 2015.
10. MILLÁN MÉNDEZ, ISRAEL. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Revista Cubana de Enfermería .26 (4): 222-234. Recuperado de

<http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864->

[03192010000400007&script=sci_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192010000400007&script=sci_arttext). Habana. oct./dic. 2010.

11. RIVERO MARTÍNEZ N., GONZÁLEZ ACOSTA M., GONZÁLEZ BARRERO M., NÚÑEZ HERRERA M., HORNEDO JEREZ I., ROJAS IZQUIERDO M. Valoración ética del modelo de Dorotea Orem. Revista Habanera de Ciencias Médicas.6(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000300012. Habana. jul./sep. 2007.
12. ROMERO QUIQUIA, KAREN STEPHANIE. Relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud, San Juan de Miraflores. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. UNMSM – Lima- Perú 2011.
13. TOBÓN CORREA, OFELIA; GARCÍA OSPINA, CONSUELO. Fundamentos teóricos y metodológicos para el trabajo comunitario en salud. Edit. Universidad de Caldas. Colombia – 2004.
14. VARELA PINEDO, LUIS; CHÁVEZ JIMENO, HELVER. Funcionalidad en el adulto mayor previo a su hospitalización a nivel nacional. Perú – 2006.
15. Envejecimiento y ciclo de la vida- Artículo publicado por Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2013 – Derechos Reservados. [citado 2014 mayo 10] Disponible en <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>

16. Programa Nacional de Salud de las Personas Adultas Mayores. Publicado por Minsal – 2014 – Chile. Disponible en [citado 2014 mayo 10]
http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/Borrador%20documento%20Programa%20Nacional%20de%20Personas%20Adultas%20Mayores-%2004-03_14.pdf
17. Situación de la Niñez y del Adulto Mayor. Publicado por el Instituto Nacional de estadísticas e Informática (INEI). Marzo 2013. Disponible en [citado 2014 Mayo 18](<http://www.inei.gob.pe/web/Biblioinei/BoletinFlotante.asp?file=16034.pdf>)
18. OLAZO OBANDO, FRESSIA ANGÉLICA. “Capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida en salud del paciente que acude al servicio de consulta externa de geriatría del Hospital Nacional Guillermo almenara Irigoyen, lima, 2015”. Tesis presentada para obtener el Grado Académico de Magíster en Enfermería con mención en Cuidados para la Salud del Adulto. Lima. Universidad Peruana Unión. 2015.
19. GARCILAZO SALAZAR, MAYURI ESMIRNA. “Capacidad de Autocuidado del adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. en un centro de salud de san juan de Miraflores 2014”. Tesis para optar el título profesional de

Licenciada en Enfermería. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2015.

20. JUSTO CALLACONDO, Betzabe y QUISPE QUISPE, Hardy Eduardo. "Autocuidado y Calidad de vida en adultos mayores con Hipertensión Arterial. Micro red edificadores Misti – Minsa Arequipa 2016". Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. Arequipa. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa.2016.
21. LEYVA JIMENEZ R., VENEGAS ESCOBEDO O., MEDEL DELGADO A. La capacidad de autocuidado en el control del paciente hipertenso. Revista de investigación Clínica. 63(4): 376-381. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2011/nn114g.pdf>. México.2011.
22. GILBERTO PARDO, ANDREU. Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas. 22(1). Habana. Ene/Mar. 2003.
23. PRADO SOLAR L., GONZÁLEZ REGUERA M., PAZ GÓMEZ N., ROMERO BORGES K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Revista Médica Electrónica.36(6). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004. Cuba. Nov/dic.2014.

ANEXOS

ANEXO 01

Matriz de Consistencia

“AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES GERIÁTRICOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL QUE ACUDEN AL SERVICIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE CLÍNICO - QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE HUANCAYO – 2017”

Problema de investigación	Objetivos de investigación	Hipótesis	Variables	Metodología
<p>Problema general: ¿Cuál es la relación del autocuidado con la calidad de vida de pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo - 2017?</p> <p>Problemas específicos: ¿Cuál es el nivel de autocuidado en pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia? ¿Cuál es el nivel de la calidad de vida en pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia?</p>	<p>Objetivo general: Determinar la relación del autocuidado con la calidad de vida de pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico - Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo - 2017.</p> <p>Objetivos específicos: -Identificar el nivel de autocuidado en pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia. -Identificar el nivel de la calidad de vida en pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia.</p>	<p>Hipótesis General Existe relación entre el autocuidado y la calidad de vida de pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo - 2017.</p> <p>Hipótesis Específicas Existe bajo nivel de autocuidado en pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia. Existe bajo nivel de la calidad de vida en pacientes geriátricos con hipertensión arterial que acuden al servicio de emergencia.</p>	<p>Variable 1: Autocuidado</p> <p>DIMENSIONES: -Capacidades fundamentales - Componentes de poder - Capacidad para operacionalizar</p> <p>Variable 2: Calidad de vida</p> <p>DIMENSIONES: - Estado de animo - Manifestaciones somáticas</p>	<p>Diseño de investigación: Descriptivo Correlacional</p> <p>Población y muestra Población: Estará conformada por el total de pacientes geriátricos con hipertensión arterial atendidos en el servicio de emergencia del Hospital Regional Docente Clínico Quirúrgico “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo - 2017 N = 50 Muestra: Será censal se trabajará con el total de la población.</p> <p>Técnicas e instrumentos de recolección de datos: Técnica: encuesta. Los instrumentos son: el Cuestionario de calidad de vida de la hipertensión arterial, y el Cuestionario sobre la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso.</p>

ANEXO N 02
INSTRUMENTOS

**CUESTIONARIO SOBRE LA CAPACIDAD DE AGENCIA DE
AUTOCUIDADO EN EL PACIENTE HIPERTENSO**

Este cuestionario va orientado a evaluar e identificar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial.

Datos personales del paciente:

Edad: Género: Femenino () Masculino ()
 Estado civil Casado () Soltero () Unión Libre () Viudo ()
 Ocupación Empleado () Desempleado () Independiente ()
 Escolaridad Ninguna () Primaria () Secundaria () Superior ()
 Vive con civil Solo () Pareja () Padre/madre () Hijo(a) ()
 Cuidador Conyugue () Hija(a) () Padre/madre () Otro ()

N	AFIRMACIONES	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1	Siento que mi estado de ánimo me permite cuidarme					
2	Invierto tiempo en mi propio cuidado					
3	Cuando duermo 6-8 horas diarias, me siento descansado					
4	Considero importante realizar ejercicio para mantener mi salud					
5	Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad					
6	Considero que conozco como actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial					
7	Cuando inicio un nuevo medicamento solicito al profesional de enfermería me proporcione información necesaria de la					

	correcta administración					
8	Considero que la cantidad máxima de sal que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son 2 cucharaditas					
9	Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas					
10	Considero que el profesional de enfermería me escucha y aclara mis inquietudes					
11	Conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad					
12	Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas					
13	Camino diariamente como mínimo 30 minutos					
14	Evalúo si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar y el de mi Familia					
15	Realizo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado					
16	Realizo cambios según las necesidades para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad					
17	Siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual					

**CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA DE LA HIPERTENSIÓN
ARTERIAL**

AFIRMACIONES	NO, EN ABSOLUTO	SI, ALGO	SI, BASTANTE	SI, MUCHO
1. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas?				
2. ¿Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas?				
3. ¿Siente que no está jugando un papel útil en la vida?				
4. ¿Se siente incapaz de disfrutar de sus actividades habituales de cada día?				
5. ¿Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua?				
6. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?				
7. ¿Ha tenido dificultades en llevar a cabo sus actividades habituales (trabajar, tareas domésticas, estudiar)?				
8. ¿Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo?				
9. ¿Ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente?				
10. ¿Nota que ha tenido que orinar más a menudo?				
11. ¿Ha notado sequedad de boca?				
12. ¿Se le han hinchado los tobillos?				
13. ¿Ha notado sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo?				
14. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?				
15. ¿Le ha resultado difícil entenderse con la gente?				
16. ¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño?				