



UNIVERSIDAD NACIONAL  
"TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA"  
DE AMAZONAS



## **FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DEL  
PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS. HOSPITAL  
REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA - CHACHAPOYAS - 2014.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**AUTOR:**

**Br. LENIN VALERIN CHUQUIZUTA**

**ASESORA:**

**Lic. Enf. FANNY MARGOLITH GÓMEZ GUEVARA**

**CHACHAPOYAS - AMAZONAS - PERÚ**

**2014**



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA  
DE AMAZONAS**



## **FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DEL  
PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS. HOSPITAL  
REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA - CHACHAPOYAS - 2014.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

**AUTOR :**

**Br. LENIN VALERIN CHUQUIZUTA**

**ASESORA:**

**Lic. Enf. FANNY MARGOLITH GÓMEZ GUEVARA**

**CHACHAPOYAS - AMAZONAS – PERÚ**

**2014**

## **DEDICATORIA**

A Dios, por su guiarme con su presencia en la vida universitaria

A mis padres y a toda mi familia, quienes permitieron que alcance este logro con su apoyo emocional y material

A mis compañeros y amigos de la universidad por los buenos momentos que pasamos en las aulas universitarias

## **AGRADECIMIENTO**

A la Facultad de Enfermería, especialmente a los docentes y administrativos, por su apoyo y sus enseñanzas en la formación profesional.

A la Lic. Fanny Margolith Gómez Guevara, asesora de esta tesis, por sus sugerencias y su tiempo valioso que dedicó para la conclusión de la misma.

A los profesionales que directa o indirectamente apoyaron para la realización de la presente investigación.

A las enfermeras del Programa de Adultos Mayores Hipertensos del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas por permitirme realizar la tesis en dicho programa.

A los adultos mayores que acuden programa de adultos mayores hipertensos, por su apoyo en el proceso de recolección de datos y también por su paciencia en la aplicación de las entrevistas

## AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Ph.D. Dr. Vicente Marino Castañeda Chávez

**RECTOR**

Dr. Roberto José Nervi Chacón

**Vicerrector Académico (e)**

Dr. Ever Salomé Lázaro Bazán

**Vicerrector Administrativo (e)**

Mg. Enf. Gladys Bernardita León Montoya

**Decana(e) de la Facultad de Enfermería**

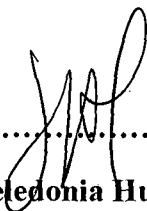
**HOJA DE JURADO**

(RESOLUCIÓN DECANATURAL N° 031-2014-UNTRM-VRAC/F.E)

.....

**Mg. Enf. Zoila Roxana Pineda Castillo**

**Presidenta**



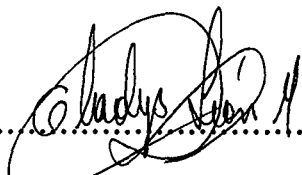
.....  
**Lic. Enf. Sonia Celedonia Huyhua Gutierrez**

**Secretaria**

.....

**Lic. Enf. Maribel Meléndez Guadalupe**

**Vocal**



.....  
**Mg. Enf. Gladys Bernardita León Montoya**

**Accesitaria**

**VISTO BUENO DE LA ASESORA**

Yo, FANNY MARGOLITH GÓMEZ GUEVARA, con DNI N°: 41467650, domiciliada en: Jr. La Merced # 1083, docente contratada a tiempo completo en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, doy visto bueno al informe de tesis titulado: **AUTOCAUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS DEL PROGRAMA DE ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS. HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA - CHACHAPOYAS - 2014.** Elaborado por el bachiller de enfermería **LENIN VALERIN CHUQUIZUTA**

Para lo cual firmo en conformidad.

Chachapoyas, Octubre del 2014

---

Lic. Enf. Fanny Margolith Gómez Guevara  
DNI: 41467650

## ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
AUTORIDADES	iii
HOJA DE JURADO	iv
VISTO BUENO DE LA ASESORA	v
ÍNDICE	vi
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
I.    INTRODUCCIÓN	01
II.   BASE TEÓRICA	04
III.  MATERIAL Y MÉTODO	22
3.1. Tipo y diseño de la investigación	22
3.2. Población y muestra	22
3.3. Método, técnica e instrumento de recolección de datos	23
3.4. Análisis de datos	26
IV.  RESULTADOS	27
V.   DISCUSIÓN	32
VI.  CONCLUSIONES	40
VII. RECOMENDACIONES	41
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS	



## ÍNDICE DE TABLAS

	Pág
<b>Tabla 01:</b> Autocuidado en adultos mayores hipertensos del Programa de Adultos mayores hipertensos. Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas - 2014.	27
<b>Tabla 02:</b> Autocuidado según las dimensiones de alimentación, actividad física, control del estrés, consumo de sustancias nocivas y manejo y control de la hipertensión arterial en adultos mayores hipertensos del Programa de Adultos mayores hipertensos Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas - 2014.	29

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág
<b>Gráfico 01:</b> Autocuidado en adultos mayores hipertensos del Programa de Adultos mayores hipertensos. Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas - 2014.	28
<b>Gráfico 02:</b> Autocuidado según las dimensiones de alimentación, actividad física, control del estrés, consumo de sustancias nocivas y manejo y control de la hipertensión arterial en adultos mayores hipertensos del Programa de Adultos mayores hipertensos Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas - 2014.	30

## ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág
<b>Anexo 01:</b> Instrumentos de recolección de datos cuestionario sobre autocuidado	47
<b>Anexo 02:</b> Proceso de validación del instrumento de investigación	50
<b>Anexo 03:</b> Proceso de confiabilidad del instrumento de investigación	56
<b>Anexo 04:</b> Consumo de sustancias nocivas según sexo en los adultos mayores hipertensos. Programa de Adultos Mayores Hipertensos Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas- 2014.	58

## RESUMEN

El presente estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal, prospectivo con enfoque cuantitativo. Se realizó con el objetivo de determinar el autocuidado de los adultos mayores hipertensos del Programa de adultos mayores hipertensos. Hospital Regional Virgen de Fátima - Chachapoyas -2014. La muestra estuvo conformada por 47 adultos mayores hipertensos teniendo en cuenta criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos se utilizó el método la encuesta, técnica el cuestionario y como instrumento un cuestionario sobre autocuidado de los adultos mayores hipertensos (Validez:  $VC=8.47 > VT=1.64$  y confiabilidad 0.76 por Spearman Brown). Los datos se procesaron en el programa SPSS versión 20 y Microsoft Excel 2010. Los resultados evidencian que del 100% (47) de los adultos mayores hipertensos que acuden al programa de control de hipertensión Hospital Regional Virgen de Fátima, el 57.5% (27) tienen un autocuidado adecuado, 12.7% (6) tienen autocuidado muy adecuado y el 29.8% (14) un autocuidado regularmente adecuado. En cuanto a las dimensiones: en alimentación el 83% (39) presenta autocuidado regularmente adecuado; en actividad física el 91.5% (43) autocuidado regularmente adecuado; en control del estrés el 66% (31) autocuidado regularmente adecuado; en consumo de sustancias nocivas el 95.8% (45) tienen autocuidado adecuado y por último el 83% (39) tienen autocuidado adecuado en cuanto al manejo y control de la hipertensión arterial, finalmente se concluye que la mayoría de adultos mayores hipertensos del Programa de Control de Hipertensión Arterial del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas presentan un autocuidado adecuado.

**Palabras claves:** autocuidado, adulto mayor, hipertensión

## ABSTRACT

The following non-experimental descriptive and transversal research, and prospective with quantitative approach. It aimed to determine the self-care on old adult from the old hypertensive adults Program. It took place at *Virgen de Fatima* regional hospital, Chachapoyas – 2014. The group sample was formed by 40 old hypertensive adults, taking in account inclusion and exclusion criteria. Data collection we used the survey method, the questionnaire technique and a questionnaire on self-care as instrument (validity:  $VC = 8.67 > VT = 1.64$ ; reliability: 6.76 by Spearman Brown). Data was processed with the program SPSS version 20 and Microsoft Excel 2010. The results evidence the following: from 100% (47) of old hypertensive adults assisting the control hypertension program at *Virgen de Fatima* regional hospital, 57.5% (27) have an accurate self-care, 12.7% (6) have a very accurate self-care, and the 29.8% (14) a regular accurate self-care. Regarding the dimensions: in terms of food 83% (39) have regular accurate self-care; in terms of physical activity 91.5% (43) have a regular accurate self-care; in terms of stress control 66% (31) have a regular accurate self-care; in terms of intoxicants intake 95.8% (45) have an accurate self-care; finally, 83% (39) have an accurate self-care. Regarding the control and management of arterial hypertension, at the end we conclude that most of old hypertensive adults from the group sample have an accurate self-care.

**Keywords:** self-care, old adult, hypertension.

## I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, uno de cada tres adultos mayores padece de hipertensión arterial, condición responsable de la mitad de las muertes por infartos y enfermedades del corazón, por lo que a la hipertensión se la denomina “La plaga silenciosa del siglo XXI”; así lo afirma un informe lanzado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), que por primera vez incluye estadísticas sobre esas dolencias procedentes de 194 países. El 20-25% de los adultos presentan cifras tensionales consideradas por definición como hipertensión arterial, y de ellos el 70% viven en países de desarrollo. (Sosa, J. Talledo, R y Jefferson, L. 2001)

La incidencia de hipertensión arterial está relacionada con el autocuidado de la población como estrés, alimentación deficiente y prácticamente nula actividad física; conocer los casos nuevos de hipertensión es útil para dar seguimiento a esta enfermedad y promover acciones no sólo desde el tratamiento farmacológico sino también, de autocuidado que fomenten el consumo de dietas adecuadas (reducir el uso de la sal), monitoreo de la presión, control de peso y evitar la vida sedentaria (Orduñez, P y Hospedales. 2010)

Los adultos mayores con hipertensión arterial, presentan una baja agencia de autocuidado y una serie de requisitos de autocuidado de desviación de la salud, debido posiblemente a la falta de conocimiento sobre la enfermedad y aparentemente, por cursar con estilos de vida poco saludables, que han sido evidenciados por algunos factores modificables influyentes en esta patología, una alimentación rica en grasas y sal; inactividad física; manejo inadecuado de medicamentos; falta de control de peso, de la presión arterial y del estrés. (Guevara. 2003 y Ortega. 2008. Citado por Fernández, A y Manrique, F. 2010)

La hipertensión arterial se constituye como la cuarta causa de muerte en personas mayores de 65 años con predominio en mujeres; el manejo y control de esta enfermedad se encuentra con prioridad en los objetivos sanitarios de la OMS; por este motivo el autocuidado se convierte en el principal elemento terapéutico de adecuado control de la enfermedad; sin embargo alrededor del 53% de la población hipertensa tiene un importante déficit de autocuidado; convirtiéndose en la principal

causa de reingreso hospitalario y alteración de la calidad de vida en el paciente. (ENDES. 2010)

El autocuidado de los adultos mayores debe ser integral; es decir, no solo debe responder a sus necesidades básicas, sino que también debe incluir sus necesidades psicológicas, sociales, de recreación y espirituales; solo así el autocuidado será el medio por el cual los adultos mayores podrán desarrollar al máximo sus potencialidades, indispensables para controlar y prevenir las complicaciones de la hipertensión arterial. (Gutiérrez, A. 2012)

En el Perú, en el año 2013 se contó con 30 millones 475 mil habitantes, donde las personas adultas mayores representan el 9,2% de la población total del país, es decir 2 millones 807 mil 354 personas que sobrepasan el umbral de los 60 a más años; en la composición por sexo se observan diferencias, constatándose una mayoría femenina de 53,3%, frente a 46,7% de población masculina, por lo que 7 de cada 10 adultos mayores accede a algún seguro médico, el 29,7% de esta población adulta mayor padecen de la hipertensión arterial, de las cuales el 70,8% reciben tratamiento y el 29,9% no reciben ningún tratamiento, el mayor porcentaje con presión alta se presentó en las mujeres(33,3%) que en los hombres(25,4%), sin embargo el 72,1% de las mujeres y el 67,0% de los hombres reciben tratamiento. (INEI. 2013)

La epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú disminuye la calidad de vida y la supervivencia de la población y el cuidado propio inadecuado, por lo que es un reto importante para la salud pública, para poder enfatizar los cuidados que requieren los adultos mayores, según el porcentaje de las personas mayores de 60 años tenemos que en la costa es de 19%, en la sierra es el 14% y en la selva el 11.3%.(Sosa, J. 2001)

La Región Amazonas cuenta con 419 404 habitantes de las cuales 20 241 son personas mayores de 65 años de edad, en su capital Chachapoyas cuenta con una población total de 28 618 habitantes y el Hospital Regional Virgen de Fátima en el programa de los adultos mayores con hipertensión arterial cuentan con 108 adultos mayores con hipertensión arterial. (Relación nominal de adultos mayores con hipertensión arterial del HRVF - Chachapoyas - 2014). (INEI, 2013)

En el Hospital Regional Virgen de Fátima; gran parte de los adultos mayores refieren algunos problemas respecto a su autocuidado, muchos de ellos no realizan ejercicio físico, consumo de alimentos ricos en grasas y sal, están sometidos a estados de preocupación intensa, algunos consumen tabaco, alcohol, y descuidan la toma de sus medicamentos. Teniendo en cuenta esta realidad problemática existente tanto a nivel mundial, nacional y local sobre el autocuidado en adultos mayores hipertensos, se planteó el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es el autocuidado que tienen los adultos mayores hipertensos del Programa de adultos mayores hipertensos. Hospital Regional Virgen de Fátima - Chachapoyas -2014?, considerando que investigar el autocuidado en adultos mayores es de suma importancia. Un deficiente autocuidado puede acarrear complicaciones sobre todo renales y cardiovasculares, que comprometen la salud del adulto mayor.

La investigación tuvo como objetivo general determinar el autocuidado de los adultos mayores hipertensos del Programa de adultos mayores hipertensos. Hospital Regional Virgen de Fátima - Chachapoyas -2014 y como objetivo específico: identificar el autocuidado según dimensiones: alimentación, actividad física, control del estrés, consumo de sustancias nocivas y actividades para el manejo y control de la hipertensión arterial de los adultos mayores hipertensos del Programa de adultos mayores hipertensos. Hospital Regional Virgen de Fátima - Chachapoyas - 2014.

En los siguientes capítulos de la tesis se presentan la base teórica utilizada para la investigación, los materiales y métodos, los resultados y discusión así como las conclusiones y recomendaciones.



## II. BASE TEÓRICA

### A. AUTOCUIDADO

#### A.1. Definición

El autocuidado es como “Una actividad del individuo, aprendida por éste y orientada hacia un objetivo; es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y de actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar”. (Marriner. 2006)

El cuidado de enfermería basado en la teoría de Orem, está orientado a modificar los estilos de vida de las personas a través del autocuidado, especialmente en personas adultas mayores con enfermedades crónicas. (Ferreira, A y Ferreiro, M. 2002).

Hay factores en el autocuidado que favorecen al aumento de las cifras de presión arterial y todo paciente hipertenso debe adoptar medidas que supriman estos factores mediante las capacidades del autocuidado, el conocimiento sobre autocuidado; por parte del paciente está destinado a capacitarse para enfrentar con éxito diferentes situaciones de la vida diaria manteniendo su calidad de vida en un estándar adecuado, es por ello el concepto de autocuidado ha cobrado gran importancia en estos últimos años y exige una atención personalizada que identifique falencias, fortalezas del sujeto para asistirlo, apoyarlo o asesorarlo de acuerdo a la situación que presente; experiencias en muchos de ellos favorecen una atención integral, que atienda sus necesidades fisiológicas, emocionales, sociales, culturales y sanitarias; debido a que son un grupo socialmente vulnerables. (Rodríguez, M. 2011)

#### A.2. La incorporación del concepto de autocuidado enfatiza:

- Autocuidado que promueve la salud; esta categoría promueve prácticas que conllevan el bienestar físico, mental y espiritual. Ejm. realizar ejercicios.
- Autocuidado orientado a prevenir enfermedades y riesgos a la salud. Ejm. vacunación, seleccionar alimentos bajos en grasa para prevenir problemas cardiovasculares.

- Detección temprana de signos y síntomas de enfermedades. Ejm. Baja de peso involuntaria, autoexamen de mamas.
- Autocuidado en el manejo de enfermedades y cumplimiento del tratamiento, incluyendo el reconocimiento de los efectos farmacológicos indeseables.
- El autocuidado puede expresarse de tres formas dentro de los estilos de vida:
  - a) Conductas que conscientemente buscan mantener la salud. Ejm: Realizar actividad física.
  - b) Conductas que responden a los síntomas de la enfermedad. Ejm: Seguir el régimen alimentario de acuerdo a su enfermedad.
  - c) Hábitos nocivos que afectan la salud Ejm. Consumo de tabaco, de bebidas alcohólicas y sedentarismo. (MINSAs. 2009)

### **A.3. Beneficios del autocuidado**

- Promover la mejora de calidad de vida de la persona adulta mayor.
- Adoptar cambios de vida saludable para prevenir la aparición de enfermedades y promover estilos de vida saludables.
- Independencia y funcionalidad de la persona adulta mayor.
- Defender el derecho y protección de la salud.
- Entender que el envejecimiento es un proceso natural, que la persona se debe mantener activa y saludable. (MINSAs. 2009)

### **A.4. Dimensiones del autocuidado en el adulto mayor.**

#### **a) Alimentación.**

Una de las mejores maneras de darle al cuerpo la nutrición que necesita es comiendo a diario una variedad de alimentos y bebidas con un adecuado contenido de nutrientes. Una buena nutrición promueve y mantiene la salud, retrasando algunos cambios del envejecimiento, disminuyendo la frecuencia de algunas enfermedades. (MINSAs. 2009)

Autocuidado de la alimentación en el adulto mayor:

- ✓ Conocer y acceder a los alimentos saludables.
- ✓ Tener una alimentación balanceada.
- ✓ Consumir frutas, verduras, menestras.
- ✓ Consumir pescado fresco, aves.

- ✓ Comer despacio y en bocados pequeños para evitar atragantarse y/o aspirar alimentos.
- ✓ Consumir comida variada, con sabor, olor y buena presentación a la vista.
- ✓ Evitar frituras, grasas, embutidos, quesos mantecosos, y alimentos enlatados.
- ✓ Evitar el exceso de sal en las comidas y carnes rojas.
- ✓ Consuma alimentos de temporada, frescos, integrales, sin conservantes y/o preservantes.
- ✓ Evite los cambios bruscos y las temperaturas extremas en los alimentos (muy caliente o muy fría).

**b) Actividad física.**

La actividad física son los ejercicios físicos planificado para cada persona de forma progresiva, diario o interdiario para mantener la fortaleza de los músculos y los huesos, es buena a cualquier edad. “muy viejo” y “muy débil” no son razones suficientes para prohibir la actividad física. Su médico puede hablarle e indicarle si está en condiciones de realizar ejercicios, y sobre la importancia de la actividad física en su vida. (MINSA. 2009)

Importancia de la actividad física:

- ✓ Fortalece los huesos y músculos.
- ✓ Permite una sensación de bienestar y disminuye la tristeza, el estrés y la ansiedad.
- ✓ Disminuye la grasa (colesterol) y el azúcar en la sangre.
- ✓ Ayuda a dormir mejor y relajado.
- ✓ Mejora la capacidad de memoria, la atención y concentración.
- ✓ Mejora el funcionamiento del corazón y la circulación de la sangre.

Como promover el ejercicio en el adulto mayor:

- ✓ Primero. Realizar ejercicios de forma progresiva, aproximadamente 20 minutos de preferencia diaria o interdiaria aumentando poco a poco la cantidad del ejercicio.

- ✓ Segundo. Se realiza en base a un plan: elección del horario, tipo de ejercicio a realizar, elección de vestimenta adecuada, elección del espacio físico, de equipos o aparatos.
- ✓ Tercero. La actividad física puede ser ejercicios simples como: caminar, bailar, correr, trotar; lo importante es que sea agradable y de fácil ejecución.

Precauciones:

- ✓ Antes de iniciar toda actividad física es conveniente realizar la calistenia (calentamiento).
- ✓ Evitar ejercicios bruscos y en exceso.
- ✓ Reconocer los signos de alarma. Ej: dolor, mareos.
- ✓ Realizar la actividad física de preferencia acompañado.
- ✓ Si tiene alguna enfermedad clínica, consulte a su médico.
- ✓ Lleve medicamentos, bebidas.

**c) Control del estrés.**

Se ha demostrado que el origen de problemas y enfermedades modernas son provocadas por un factor llamado estrés, como "Una respuesta no identificada del cuerpo frente a un agresión; es algo muy personal subjetivo", dependiendo de la personalidad del individuo este puede reaccionar de forma diferente a la de otro; cuando el estrés se vuelve intenso o implacablemente persistente se vuelve perjudicial para el bienestar físico y psíquico.

El estrés es un factor de riesgo mayor para la presión arterial elevada, asociado al estrés se encuentra al patrón de comportamiento (competitividad, hostilidad, impaciencia, verbalización y movimientos rápidos); en consecuencia aquellos individuos con dificultad de manejar el estrés presentan algunas manifestaciones: ritmo cardíaco más acelerado que el resto de las personas ya que la descarga de adrenalina que provoca este factor tiene un efecto directo sobre el músculo cardíaco, sobre la arterias, las grasas liberadas en exceso forman placas de ateroma que obstruyen la circulación; desordenes digestivos; jaquecas; depresión nerviosa y enfermedades de la piel (Soriasis y vitíligo, etc.); para ello encontramos

algunas medidas de relajación así como salir de paseo, caminar por lo menos 20 min por día, correr, bailar, escuchar música, ver televisión, visitar a alguien en especial, etc. (Trujillo, M y Acacio, W. 2008)

**d) Consumo de sustancias nocivas.**

**d.1 Consumo de alcohol.**

Evitar el consumo de bebidas alcohólicas causan problemas en el organismo y en el comportamiento, además originan: Caídas, alteración de la memoria, confusión, malnutrición, ansiedad, cansancio e incapacidad para cuidar de sí mismo, agresividad, abandono personal, depresión, trastornos del sueño, equilibrio inestable, produce problemas de salud cuando se combina alcohol y medicinas. (MINSA. 2009)

**Comportamientos que pueden indicar problemas con el alcohol:**

- ✓ Beber para calmar los nervios.
- ✓ Para olvidar preocupaciones o reducir la depresión.
- ✓ Mentir sobre los hábitos de beber.
- ✓ Beber solo, incrementando la frecuencia y lastimarse a sí mismo cuando lo hace.
- ✓ Durante los periodos en que las personas no beben frecuentemente se vuelven irritables, resentidas, agresivos, necias, etc.
- ✓ El consumo prolongado de alcohol puede causar derrames cerebrales, arritmia cardiaca, cirrosis hepática y deterioro intelectual.
- ✓ El bebedor adulto mayor corre el riesgo de tener problemas de salud por las reacciones que se presentan cuando se combinan alcohol y medicinas. Estas reacciones incluyen efectos peligrosos sobre el juicio o discernimiento, lentitud en las reacciones y alerta; además falta de coordinación.

**d.2 Consumo de tabaco**

- ✓ El tabaquismo es una enfermedad. Es una forma de dependencia.
- ✓ La nicotina es la responsable de la adicción.
- ✓ El cáncer lo causan adicionalmente las sustancias que surgen de la combustión. Ejm. cánceres de pulmón, laringe, vejiga y otros.

El fumador pasivo que convive con fumadores activos, también está en riesgo de padecer estas enfermedades, dejar de fumar puede tener beneficios insospechados en poco tiempo. Mucha gente lo ha hecho, las evidencias muestran que “nunca es tarde para dejar de fumar”. (MINSA. 2009)

**e) Actividades para el manejo y control de la hipertensión arterial**

Toma los medicamentos en lo posible a horas indicadas, aunque algunos días olvida tomarlos y va cada mes al control de hipertensos en donde le controlan la tensión arterial. (Suarez, F. 2008)

**A.5. Categorías del autocuidado**

- ✓ **Autocuidado adecuado.** Es cuando aquellas personas realizan siempre la mayoría de las acciones de autocuidado.
- ✓ **Regularmente adecuado.** Es cuando aquella persona realizan a veces o no lo realizan las acciones de autocuidado
- ✓ **Autocuidado inadecuado.** Es cuando aquella persona no realizan la mayoría de las acciones de autocuidado. (Rodríguez, M. 2011)

**A.6. Factores determinantes del autocuidado**

La toma de decisiones respecto al estilo de vida está determinada por los conocimientos, la voluntad y las condiciones requeridas para vivir. Los conocimientos y la voluntad son factores internos a la persona y las condiciones para lograr calidad de vida, corresponden al medio externo a ella. Cuando los factores internos y externos interactúan de manera favorable, se logra una buena calidad de vida; ellos son: (De Roux, G. Citado por Uribe, J y Tulia, M. 1999)

✓ **Factores internos o personales**

Los aspectos internos dependen directamente de la persona y determinan, de una manera personal, el autocuidado; corresponden a:

- **Los conocimientos:** Determinan en gran medida la adopción de

prácticas saludables, pues permiten a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo, frente al cuidado de su salud; sin embargo, estas determinaciones no dependen exclusivamente de la educación y la información, en vista de que hay variados factores internos y externos que intervienen.

- **La voluntad:** Es importante entender que cada persona tiene una historia de vida con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes, de aquí que cada una tenga una “clave para la acción” diferente, con respecto a los demás y a cada uno de sus hábitos; en las teorías psicológicas sobre la conducta, se denomina “clave para la acción”, a aquel suceso que moviliza en la persona estructuras mentales y emocionales, que lo llevan a replantearse un hábito, una costumbre o una creencia; estos cambios pueden darse por acontecimientos muy diversos, por ejemplo, una opinión, un comercial, una catástrofe, una enfermedad, o la muerte de alguien, pueden disparar un cambio, lo cual indica por qué no todas las personas reaccionan igual a la educación masiva.

Entre la gente se presentan normalmente conflictos frente a sus prácticas de autocuidado, lo cual se ve claramente cuando las personas, a pesar de tener conocimientos “saludables”, desarrollan comportamientos de riesgo, movidos por los múltiples determinantes de la conducta; a estos conflictos, el Dr. Gustavo de Roux los denomina “paradojas comportamentales”, que se dan entre los comportamientos esperados por el sistema de salud y la prioridad en salud que tiene la gente, y entre los conocimientos de las personas sobre los riesgos y la conducta adoptada frente a ellos; un ejemplo podrían ser las situaciones relacionadas con el ejercicio, frente al cual la gente en general está bien informada, sin embargo, son muchas las personas sedentarias o las que realizan ejercicio solamente el fin de semana.

## B. ADULTO MAYOR

Este es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etáreo que comprende personas que tienen más de 60 años de edad; por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzado este rango de edad, son lo que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 años se les denomina grandes viejas o grandes longevos, a todo individuo mayor de 60 años se les llamará de forma indistinta persona de tercera edad. (OMS. 2012)

- **La vejez.** Es una etapa de la vida, la última; está relacionada con la edad, es decir, el tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento actual, y cómo se ha vivido durante ese tiempo, por lo que el envejecimiento no es una enfermedad, es un proceso fisiológico natural, que se produce desde que nacemos, y se mantiene a lo largo del ciclo de la vida, durante este proceso el organismo va cambiando, cada persona envejece a su propio ritmo, y en este proceso influyen tanto los factores genéticos y ambientales, como también el entorno rural en el cual viven, quienes viven más, deberían hacerlo con buena salud, para ello es necesario:

- ✓ Controlar su salud periódicamente.
- ✓ Practicar hábitos saludables.
- ✓ Fortalecer su autoestima.

Para lograrlo, tienen que autocuidarse, es decir, la persona adulta mayor debe asumir la responsabilidad del cuidado de su propia salud. (MIMDES. 2010) La vejez tiene significados diferentes para diferentes grupos. Para definirla, hay que tomar en cuenta la edad: Cronológica, física, psicológica y social. (IAAM. 2010)

- **La edad cronológica.** La ONU establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor; si bien la edad cronológica es uno de los indicadores más utilizados para considerar a alguien viejo o no, ésta por sí misma no nos dice mucho de la situación en la que se encuentra una persona, de sus sentimientos, deseos, necesidades y relaciones. (IAAM. 2010)



- **La edad física.** Los cambios físicos y biológicos normales durante la vejez se dan a distintos ritmos, según la persona, el lugar en donde vive, su economía, su cultura, su nutrición, su actividad y sus emociones, un aspecto importante en esta etapa de la vida es el logro de la funcionalidad y la autonomía, a pesar de la edad o de los padecimientos que se tengan; se recomienda mantener un cuidado del cuerpo acudiendo a revisión médica de manera preventiva y permanecer activos durante el mayor tiempo posible. (IAAM. 2010)
- **La edad psicológica.** El significado que para cada grupo y persona tiene la vejez, puede ocasionar cambios en sus emociones, sentimientos y pensamientos según va transcurriendo el tiempo, es muy importante tener en cuenta que ningún cambio repentino en la forma de ser de una persona adulta mayor es normal; a veces se piensa que la vejez trae consigo tristeza, enojo o apatía, pero ninguno de estos sentimientos son causados por la edad, en ello pueden intervenir otros factores como la pérdida de seres queridos, del trabajo, la modificación del papel que desempeñaba en la familia, en cuanto a procesos psicológicos, como la memoria o el aprendizaje, normalmente se dan modificaciones de manera gradual, para retardar las modificaciones, es recomendable mantenerse activo, relacionarse, hablar con otras personas, realizar actividades placenteras, comentar noticias y acontecimientos recientes. (IAAM. 2010)
- **La edad social.** La vejez tiene significados diferentes para cada grupo humano, según su historia, su cultura, su organización social, es a partir de estos significados que las personas y los grupos actúan con respecto a la vejez y a las personas adultas mayores, la vejez es considerada una categoría social, es decir, se agrupa a las personas por los valores y características que la sociedad considera que son adecuadas, las cuales en muchas ocasiones pueden ser equivocadas y hasta injustas, por el contrario, es un grupo social que necesita de los demás, pero que contribuye de manera muy importante tanto en la familia como en la sociedad; “Las personas adultas mayores forman parte de una sociedad que necesita de ellas, por lo que su participación, opiniones y decisiones son fundamentales para el desarrollo de la misma”, para concluir, es importante mencionar que hay disciplinas dedicadas al estudio de esta etapa de

la vida y que tenemos que ir incorporando a nuestro conocimiento. (IAAM. 2010)

## **C. HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

### **C.1 Definición**

La hipertensión, o presión arterial alta, aparece cuando la fuerza que ejerce la sangre contra los vasos arteriales supera los 140/90mmHg. Se entiende por hipertensión una presión arterial media mantenida superior a 100mmHg en condiciones de reposo, es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de las cifras de presión sanguínea en las arterias. (Harrison. 2006)

### **C.5 Complicaciones de la Presión arterial elevada**

La presión arterial elevada es una enfermedad sistémica, porque afecta a varios órganos del cuerpo, fundamentalmente se afectan el corazón, el riñón, las arterias, los ojos y el cerebro. (Ríos, A. 2002. citado por Trujillo, M y Acacio, W. 2008).

- ✓ El corazón aumenta de tamaño (hipertrofia ventricular izquierda) porque tiene que bombear la sangre con mayor fuerza, también es más factible de sufrir angina (dolor en el corazón) e inclusive infarto del miocardio, además se vuelve insuficiente (insuficiencia cardiaca).
- ✓ En el cerebro se puede producir una hemorragia intracerebral por rotura de algún vaso sanguíneo cerebral, además pueden haber cuadros de isquemia cerebral (diversas zonas del cerebro se quedan sin irrigar y mueren). Estos cuadros comúnmente se traducen como parálisis o paresias de un lado del cuerpo (imposibilidad total o parcial para mover los miembros de un lado del cuerpo).
- ✓ En los riñones, puede ser causa de que se tornen insuficientes, cuando el riñón se daña el pronóstico del paciente se hace más desfavorable, es por eso que hoy en día se pide controles periódicos de pruebas para medir la función renal: micro albuminuria, depuración de creatinina.

- ✓ En los ojos, puede producirse una oftalmopatía hipertensiva, lesiones hemorrágicas a nivel de retina, a nivel de nervio óptico, que hacen que la visión se vuelva borrosa, e inclusive llegar a la ceguera.
- ✓ Las arterias, se dilatan porque hay más presión dentro de ellas y es fácil a que se formen aneurismas y su posterior rotura, también las placas de colesterol se impregnan más en las arterias (ateroesclerosis), corriendo el riesgo de que se rompan y se generen trombos.

### **C.6 Factores de riesgo de la presión arterial elevada.**

Son "aquellos que pueden hacer posible la aparición de alguna enfermedad". Los cuales se clasifican en modificables y no modificables, siendo los factores de riesgo los no modificables que posee el usuario por naturaleza propia como edad, sexo y antecedente familiares. Los factores de riesgo modificables son aquellos que pueden cambiar, controlar y eliminar realizando determinados cambios en el estímulo de vida. (Colmenares, R. Pantoja, M. y Pérez, M. 1999. Citado por Trujillo, M y Acacio, W. 2008).

#### **a) Factores de riesgo no modificables**

Forman parte de la persona y no es posible revertido ni modificarlo. Se clasifican de la siguiente forma:

- ✓ **Edad:** La enfermedad coronaria aumenta con la edad, lo que se refleja en que aproximadamente cuatro de cada cinco personas que fallecen a causa de enfermedad coronaria, son mayores de 65 años.
- ✓ **Sexo:** Los hombres tienen un mayor riesgo de desarrollar enfermedad coronaria. Las mujeres por lo general no se ven afectadas por esta enfermedad hasta después de la menopausia, lo que se atribuye a una disminución en los niveles de estrógenos y a un aumento de los lípidos en la sangre.
- ✓ **Historia familiar - genética:** Se ha demostrado que existe una tendencia familiar para el desarrollo de enfermedad coronaria. Esto se refleja en un aumento del riesgo de sufrir enfermedad coronaria cuando un familiar directo, hombre menor de 55 años o mujer menor de 65 años, ha fallecido por la causa o ha sufrido un infarto.
- ✓ **Diabetes:** El riesgo de desarrollar enfermedad coronaria es dos a cuatro veces mayor en las personas con diabetes, a pesar de que estas

mantengan niveles óptimos de glucosa sanguínea. Las personas que padecen diabetes deben necesariamente mantener la enfermedad bajo control estricto, al igual que su peso, colesterol y presión arterial, y deben necesariamente dejar de fumar si lo hacían previamente; como puede verse, los factores de riesgo no modificables son intrínsecos de la persona, por lo tanto deben ser tratados con medicamentos para que se pueda lograr el control de la hipertensión arterial cuando es inducida por estos factores. (Colmenares, R. Pantoja, M. y Pérez, M. 1999. Citado por Trujillo, M y Acacio, W. 2008).

#### **b) Factores de riesgo modificables**

Es la contingencia o proximidad de un daño a la salud de la persona con presión arterial elevada que se pueden prevenir a través de la adopción de estilos de vida saludables, tales como ingerir una alimentación balanceada, realizar ejercicios, controlar el estrés y evitar el uso de sustancias nocivas. (Colmenares, R. Pantoja, M. y Pérez, M. 1999. Citado por Trujillo, M y Acacio, W. 2008).

Cuando existe presión arterial elevada, el corazón se ve obligado a trabajar con más esfuerzo lo que en un periodo de tiempo suficientemente largo puede provocar un aumento de volumen del corazón y un deterioro de la función de bombeo (insuficiencia cardíaca). Por otra parte la presión arterial alta facilita la aterosclerosis o endurecimiento de las arterias, en relación a lo mencionado se deduce que la presión arterial elevada, es uno de los más relevantes factores de riesgo para el desarrollo de la aterosclerosis y en consecuencia es un factor de riesgo importante para todos los eventos cardiovasculares.

Tabaquismo, hoy en día no cabe la menor duda de que el hábito de fumar es la principal causa previsible de enfermedades cardiovasculares al parecer, los responsables son la nicotina y el monóxido de carbono. La nicotina es una de las sustancias de mayor adicción en el tabaco. Cuando la nicotina (poderoso estimulante) es inhalado, empieza actuar de forma casi instantánea forzando a las glándulas supra-renales a segregar adrenalina lo que provoca un aumento del ritmo cardíaco de la presión de la sangre. En estas condiciones

el corazón trabaja con más esfuerzos y se deteriora más rápidamente al mismo tiempo la cantidad de oxígeno disponible para el corazón se reduce, lo que trae consigo serias complicaciones. (Evans, R. 2000.Citado por Trujillo, M y Acacio, W. 2008)

Nutricionales, es el conjunto de procesos involuntarios mediante los cuales el organismo, una vez ingeridos los alimentos, absorbe y transforma sus nutrientes en sustancias químicas más sencillas que se utilizan para proporcionar materiales necesarios en la formación de las estructuras corporales, regular el metabolismo y para aportar la energía necesaria para el perfecto funcionamiento de esas estructuras, de esta forma, a través de la alimentación se incorporan al organismo diversas sustancias del mundo que nos rodea, el cuerpo humano así las hace propias asegurando su desarrollo y el mantenimiento de la salud. Elevado consumo de sodio presente en la sal y el bajo consumo de potasio se ha asociado a la hipertensión arterial.

El consumo de grasas, especialmente saturadas de origen animal, es un factor de riesgo en hipercolesterolemia debido al poder aterogénico que alimenta los niveles de colesterol, LDL. (Colmenares, R. Pantoja, M. y Pérez, M. 1999. Citado por Trujillo, M y Acacio, W. 2008).

Consumo de sal. Los estudios epidemiológicos sugieren que la ingesta dictaría de sal es un contribuyente para la elevación de la presión alta. Reducción del sodio de la dieta. La respuesta de la presión arterial a la ingesta de sal varía de unas personas a otras, las personas mayores y los diabéticos e hipertensos son más sensibles a la reducción del sodio en la dieta (sales sensibles).

Alimentación adecuada. Ningún alimento de forma específica favorece estatus circulatorios determinados. Sin embargo, está demostrado que seguirán a dieta equilibrada y evitar las grasas saturadas que dañan las paredes arteriales puede impedir la aparición de placas de ateroma que terminan obstruyendo la arterias. Así, la dieta mediterránea es una de las más aconsejables por su rica aportación de legumbres, hortalizas, frutas y otros

alimentos ricos en fibra que favorecen la absorción de grasas en el intestino, el consumo de grasas poli insaturadas como los aceites vegetales o el pescado azul también son muy recomendables para este tipo de trastornos circulatorios. Además, se debe ingerir un adecuado volumen de líquidos diario en forma de agua, infusiones o zumos y evitar el consumo excesivo de sal en las comidas, y cafeínas, sobre todo, por aquellas personas que son hipertensas. (Colmenares, R. Pantoja, M. y Pérez, M. 1999. Citado por Trujillo, M y Acacio, W. 2008).

Consumo de alcohol. Numerosos estudios han demostrado una relación entre el consumo de cantidades elevadas de alcohol con niveles altos de presión arterial. La restricción de la ingesta alcohólica ha demostrado en estudios experimentales disminuir la presión arterial en normotensos como hipertensos, es importante señalar que el consumo de hasta 30 gramos diarios, no produce elevación de la tensión arterial, aunque al hipertenso que no bebe no se le debe aconsejar que lo haga como si fuera una medicina, el consumo de una copa de alcohol aumenta la PAS en 1 mmHg, y la PAD en 0.5 mmHg. Se ha demostrado que el consumo de alcohol diariamente presenta niveles de PAS de 6.6 mmHg y PAD de 4.7 mmHg, más elevados que lo hacen una vez por semana, independiente del consumo semanal total. Moderar el consumo de alcohol, implica reducir la presión entre 2 a 4 mmHg. (Colmenares, R. Pantoja, M. y Pérez, M. 1999. Citado por Trujillo, M y Acacio, W. 2008).

El sedentarismo. Es considerado hoy en día como un hábito de vida en que predomina la inactividad física, el cual se ha constituido como uno de los factores más negativos de la salud de las personas y las comunidades de nuestro tiempo quizás por el desconocimiento de los beneficios que brindan la práctica de ejercicios. (Barrera, E; Cerón, N y Ariza, M 2000. Citado por Trujillo, M y Acacio, W. 2008).

Hay personas que solo en pensar en hacer algún tipo de deporte los espanta, tal vez por su falta de información al respecto de los beneficios de practicar algún ejercicio y los riesgos de no hacerlo, los aspectos negativos para el

sistema cardiovascular que conllevan una vida sedentaria son entre otros, aumento del riesgo de sufrir ataques cardíacos, elevación de la presión sanguínea y pérdida de flexibilidad de las arterias, para esto deben realizar actividades físicas como caminar, correr o nadar 30 a 45 minutos, entre 3 a veces por semana, es necesario para esto consultar con el médico si es factible hacerlo, la actividad física también se ha demostrado que baja la presión arterial. (Barrera, E; Cerón, N y Ariza, M 2000. Citado por Trujillo, M y Acacio, W. 2008).

**c) Factores de riesgo psicológicos.**

Se ha demostrado que el origen de problemas y enfermedades modernas son provocadas por un factor llamado estrés; como. "Una respuesta no identificada del cuerpo frente a un agresión. Es algo muy personal subjetivo". Dependiendo de la personalidad del individuo este puede reaccionar de forma diferente a la de otro; cuando el estrés se vuelve intenso o implacablemente persistente se vuelve perjudicial para el bienestar físico y psíquico, el estrés es un factor de riesgo mayor para la presión arterial elevada asociado al estrés se encuentra al patrón de comportamiento (competitividad, hostilidad, impaciencia, verbalización y movimientos rápido).

En consecuencia aquellos individuos con dificultad de manejar el estrés presentan algunas manifestaciones: ritmo cardiaco más acelerado más acelerado que el resto de las personas ya que la descarga de adrenalina que provoca este factor tiene un efecto directo sobre el músculo cardiaco, sobre la arterias, las grasas liberadas en exceso forman placas de ateroma que obstruyen la circulación; desordenes digestivos; jaquecas; depresión nerviosa y enfermedades de la piel (Soriasis y vitiligo, etc.), para ello encontramos algunas medidas de relajación así como salir de paseo, caminar, correr, bailar, escuchar música, ver televisión, visitar a alguien en especial, etc. (Colmenares, R. Pantoja, M. y Pérez, M. 1999. Citado por Trujillo, M y Acacio, W. 2008).

#### **d) Factores de riesgos biológicos**

- **Obesidad**, es definida como "el aumento del peso corporal en un 20% por encima del peso estándar previamente determinado", el usuario debe conocer que el exceso de grasas interpuestas entre los diferentes órganos termina por englobarlos y suprimirlos hasta el punto de que impide su funcionamiento normal. (Merck. 1997. Citado por Trujillo, M y Acacio, W. 2008).
  
- **Índice de masa corporal**. Es el patrón que establece los parámetros de sobrepeso y obesidad; no es más que la relación entre el peso (kg) dividido entre la estatura en metros cuadrados (kg/estatura). El exceso de peso, está asociado con riesgo seis veces mayor de padecer presión arterial elevada, al igual que un IMC de 27. Por cada 10 kg de aumento de peso la PAS aumenta de 2-3 mmHg y la PAD de 1-3 mmHg. La circunferencia abdominal de 85 cm. en mujeres y de 9.8 cm. en hombres, está asociada a mayor riesgo de presión arterial elevada y a dislipidemia, estudio de Framingham demostró que el aumento de los lípidos conduce a enfermedad coronaria e presión arterial elevada. (Arocha, I.1997. Citado por Trujillo, M y Acacio, W. 2008).

#### **C.7 Tratamiento de la presión arterial elevada**

En cuanto al tratamiento de la hipertensión arterial, este está clasificado en tratamiento farmacológico y no farmacológico. (DOF. 2010)

##### **a. Tratamiento farmacológico**

El objetivo del tratamiento farmacológico no debe limitarse sólo al control de las cifras tensionales con metas de 140/90, sino que debe enfocarse a lograr adecuada protección de órgano blanco. (OMS. 1993)

- ✓ La elección del tratamiento farmacológico debe ser individualizado y escalonado, se recomienda el uso de diuréticos y beta bloqueadores como fármacos de iniciación.
- ✓ En la terapia individualizada se cuenta con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonistas de receptores



bloqueadores de los canales de calcio, alfa bloqueadores, vasodilatadores y bloqueadores centrales ganglionares.

- ✓ El medicamento debe tener buen perfil hemodinámico, baja incidencia de efectos colaterales, proteger órgano blanco.
- ✓ Se debe iniciar con bajas dosis de medicamento, validado y sustentado mediante investigación de moléculas, con reconocida eficacia, tolerabilidad y la dosis se modifica según la respuesta. La dosis debe ser la menor efectiva, pero teniendo cuidado de no prescribir nunca una dosis sub-óptima.
- ✓ En caso de inadecuado control de cifras de tensión arterial después de uno o dos meses, con buena tolerabilidad al tratamiento iniciado, se procede a aumentar la dosis del medicamento.
- ✓ En caso de no obtener control adecuado con dosis máxima se debe considerar un segundo fármaco de grupo diferente, que preferiblemente podría ser un diurético.
- ✓ Si la persona no tolera la elección se puede cambiar por medicamento de grupo farmacológico diferente.
- ✓ Si no se controla con la anterior recomendación se debe enviar al médico internista y este lo remitirá al especialista (cardiólogo, nefrólogo, neurólogo y oftalmólogo) según el compromiso de la lesión de órgano blanco.
- ✓ La persona que ha iniciado Farmacoterapia deben tener controles individualizados con médico general entrenado hasta lograr adherencia al tratamiento y una vez se estabilice puede iniciar controles de enfermería cada dos meses.

**b. Tratamiento no farmacológico**

El tratamiento no farmacológico está orientado a dar educación en estilos de vida y comportamientos saludables e intervenir los factores de riesgo causantes de la hipertensión arterial. (OMS. 1993)

## **D. TEORÍAS Y/O MODELOS.**

### **a. Teoría de autocuidado de Dorothea Orem**

En esta teoría se expone el concepto de autocuidado, como una extensión del término poder de realización. La teoría del autocuidado que ha sido expuesta por Dorothea Orem, presenta tres requisitos necesarios para conservar el autocuidado, estos son; requisitos universales, requisitos de desarrollo y los de alteraciones o desviaciones de la salud; los requisitos de autocuidado universales para hombres, mujeres y niños, mediante el mantenimiento de un aporte suficiente de aire, alimentos, agua, equilibrio entre la actividad y el descanso, un equilibrio entre la interacción social y la soledad, la provisión de cuidado asociado en los procesos de eliminación, la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar y promoción del funcionamiento humano. (Orem. D, 1971)

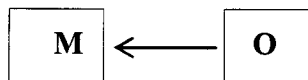
Dorothea Orem, proponen que para que el paciente logre el autocuidado debe desarrollar una habilidad humana llamada "capacidad de agencia de autocuidado", definida como el desarrollo de la compleja capacidad que permite a los adultos y adolescentes discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, y así decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y, finalmente, para realizar las actividades de cuidado determinadas a fin de cumplir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo, la agencia de autocuidado se formalizó como una estructura surgida de la combinación de tres partes: las capacidades para realizar operaciones de autocuidado estimativas, transicionales y productivas, los diez componentes de poder que capacitan para la realización de operaciones de autocuidado y las capacidades fundamentales y disposiciones que se articulan con los componentes de poder en su relación con las capacidades operativas. (Fernández. R y Manrique. G. 2010)

### III. MATERIAL Y MÉTODOS

#### 3.1 Diseño de contrastación de la hipótesis

El presente estudio fue de enfoque cuantitativo; de nivel descriptivo, según la intervención del investigador fue observacional; según la planificación de la toma de datos, prospectivo y según el número de ocasiones en que se midió la variable de estudio fue transversal. (Supo, J. 2012)

El esquema fue el siguiente:



Dónde:

**M=** Muestra (Adultos mayores hipertensos del programa de adultos mayores hipertensos del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas – 2014)

**O=** Variable (Autocuidado)

#### 3.2 Población y muestra

**Población:** Lo conformaron 108 adultos mayores hipertensos del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas. (Fuente: Padrón nominal del programa de adultos mayores hipertensos del Hospital Regional Virgen de Fátima - Chachapoyas - 2014)

**Muestra:** La muestra estuvo constituido por 47 adultos mayores hipertensos, el tamaño muestral se calculó con la siguiente fórmula para poblaciones finitas. (Tresierra, A. 2000).

$$N = \frac{Z^2 P Q N}{E^2 (N - 1) + Z^2 P Q}$$

$$N = 108; \quad Z = 95 \% = 1.96; \quad p = 0.5 \quad q = 0.5; \quad E = 0.05$$

Reemplazando se tiene:

$$N = \frac{(1.96)^2 * 0.5 * 0.5 * 108}{0.05^2 (108 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5} \quad N = 84.4 = 84$$

**$n_a$  = Muestra reajustada**

$$n_a = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}} \quad n_a = \frac{84}{1 + \frac{84}{108}} \quad n_a = 47$$

**Criterio de inclusión:**

- ✓ Todos los adultos mayores de 60 años de edad, hipertensos, que hayan deseado participar en la realización de la investigación.
- ✓ Todos los adultos mayores de 60 años de edad, hipertensos lucidos, orientados en tiempo, espacio y persona.

**Criterio de exclusión:**

- ✓ Aquellos adultos mayores de 60 años de edad, hipertensos que presentaron: enfermedad renal crónica, diabetes mellitus, artrosis y problemas mentales degenerativos, en la audición y el lenguaje.

**Muestreo:**

Para seleccionar a los adultos mayores de 60 años de edad, hipertensos que fueron parte de la muestra se utilizó el muestreo probabilístico, de tipo sistemático de la cual se obtuvo la razón:  $R = P/m$  (población sobre muestra), completando de esta manera la unidad muestral ya que este tipo de muestreo ofrece una alta precisión. (Hernández, R; Fernández, C y Baptista, M. 2010)

**Para hallar las unidades muestrales:** se utilizó el método de la rifa, en el cual se enumeraron a cada miembro de la población para que en seguida este se coloque en una bolsa de esta manera sacar la primera unidad muestral; para luego se haga uso de la razón hasta completar todas las unidades muestrales.

**3.3 Método, técnica e instrumento de recolección de datos.**

**a. Método:** La encuesta. (Hernández, R; Fernández, C y Baptista, M. 2010)

**b. Técnicas:** El cuestionario. (Hernández, R; Fernández, C y Baptista, M. 2010)

**c. Instrumento de recolección de datos:** Se hizo uso del cuestionario sobre autocuidado de los adultos mayores hipertensos, elaborado por el

investigador. Para los ítems se utilizó la escala de medición ordinal: nunca (1pto), a veces (2pts) y siempre (3pts).

El instrumento contó con un total de 26 ítems con un puntaje total de (78pts), con las siguientes categorías:

- Autocuidado muy adecuado :de 67-78 puntos
- Autocuidado adecuado : de 57-66 puntos
- Autocuidado regularmente adecuado : de 47-56 puntos
- Autocuidado inadecuado : de 37-46 puntos
- Autocuidado muy inadecuado : de 26-36 puntos.

Las puntuaciones se realizaron considerando para cada dimensión de la siguiente manera:

1) Alimentación con 13 ítems (39pts)

- Autocuidado adecuado : de 33-39 puntos
- Autocuidado regularmente adecuado : de 23-32 puntos
- Autocuidado inadecuado : de 13-22 puntos

2) Actividad física con 4 ítems (12pts)

- Autocuidado adecuado : de 11-12 puntos
- Autocuidado regularmente adecuado : de 7-10 puntos
- Autocuidado inadecuado : de 4-6 puntos

3) Control de estrés con 5 ítems (15pts).

- Autocuidado adecuado : de 13-15puntos
- Autocuidado regularmente adecuado : de 9-12 puntos
- Autocuidado inadecuado: de 5-8 puntos

4) Consumo de sustancias nocivas con de 2 ítems (6pts)

- Autocuidado adecuado : de 6 puntos
- Autocuidado regularmente : de 4-5 puntos
- Autocuidado inadecuado : de 2-3 puntos

5) Actividades para el manejo y control de la hipertensión arterial consta de 2 ítems (6 pts)

- Autocuidado adecuado : de 6 puntos
- Autocuidado regularmente adecuado : de 4-5 puntos
- Autocuidado inadecuado : de 2-3 puntos

### **Validez y confiabilidad del instrumento:**

La validez del instrumento se realizó con el apoyo de 7 jueces expertos, entre profesionales de la salud, cuyos resultados fueron procesados y analizados con la prueba binomial, obteniéndose un valor de  $8.470329 > VT$ , que indica que el instrumento de investigación es adecuado. (Ver en anexo N°2)

En cuanto a la confiabilidad se realizó aplicando el instrumento al 10% de la muestra que equivale a 5 adultos mayores hipertensos, esta información fue procesada por la técnica estadística Splith Halves, obteniéndose un resultado de 0.62 y con la fórmula de Spearman Brown un valor de 0.76, lo que indica que el instrumento posee una fuerte confiabilidad. (Ver en anexo N°3)

### **d. Procedimiento de recolección de datos**

- ✓ Se realizó una solicitud a la decanatura de la Facultad de Enfermería para solicitar mediante su despacho autorización para la ejecución de proyecto de investigación a la dirección del Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas.
- ✓ De la Decanatura de la Facultad de Enfermería, se envió un documento solicitando autorización para la ejecución de la investigación al Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas.
- ✓ Se realizó seguimiento al Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas.
- ✓ Una vez obtenida la autorización de la dirección del Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas, se conversó con la responsable del programa de los adultos mayores hipertensos con el objetivo de la aplicación del instrumento.
- ✓ Se coordinó con los adultos mayores para el día y la fecha de la aplicación del instrumento.
- ✓ Previa explicación de los objetivos de la investigación a los adultos mayores hipertensos; se procedió a seleccionar las unidades muestrales, colocando unas balotas ya previamente enumeradas en una bolsa, lo cual se sometió a una rifa, luego haciéndolos coger las balotas y clasificar los que salen con la balota ya enumerada.

- ✓ Con ayuda de la coordinadora del programa, se aplicó el instrumento a los adultos mayores, en los ambientes del programa, lo cual tuvo una duración de 10 minutos aproximadamente cada uno.

### **3.4 Análisis de datos**

La información final fue procesada en el software SPSS versión 20 y la hoja de cálculo Excel 2010. El análisis de datos se realizó haciendo uso de la estadística descriptiva de frecuencias, considerando distribución de frecuencias absolutas y porcentuales. La presentación de resultados se realizó mediante tablas simples y gráficas de barras.

#### IV. RESULTADOS

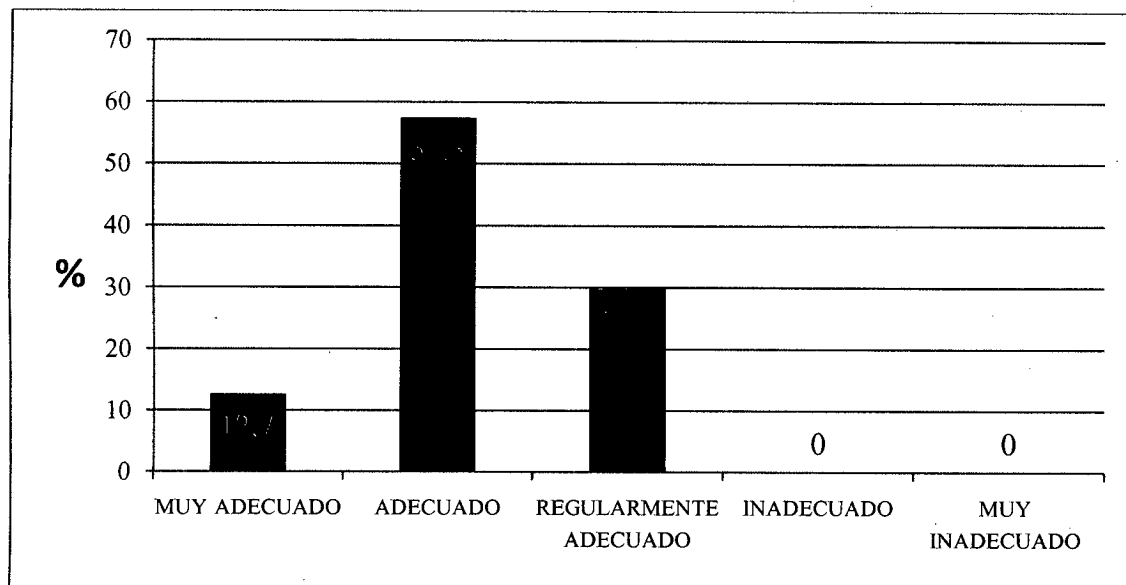
**TABLA 01: Autocuidado en adultos mayores hipertensos del Programa de Adultos mayores hipertensos. Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas - 2014.**

<b>Autocuidado</b>	<b>fi</b>	<b>%</b>
muy adecuado	6	12.7
adecuado	27	57.5
regularmente adecuado	14	29.8
inadecuado	0	0
muy inadecuado	0	0
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Formulario de cuestionario



**GRÁFICO 01: Autocuidado en adultos mayores hipertensos del Programa de Adultos mayores hipertensos. Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas - 2014.**



Fuente: Tabla 01

### Interpretación

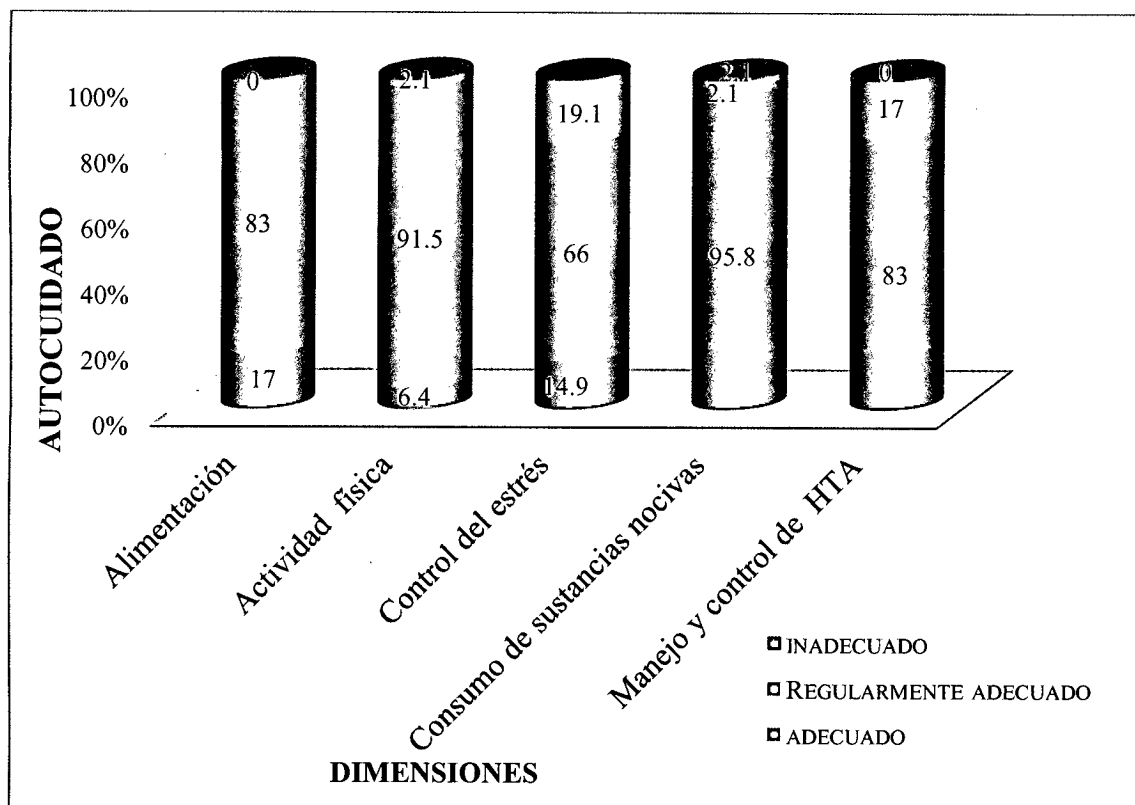
En la tabla y gráfico 01, se observa que del 100% (47) de los adultos mayores hipertensos que acuden al programa de control de hipertensión arterial. Hospital Regional Virgen de Fátima, el 57.5% (27) tienen autocuidado adecuado, el 29.8% (14) tienen un autocuidado regularmente adecuado y el 12.7% (6) tienen autocuidado muy adecuado.

**TABLA 02: Autocuidado según dimensiones: alimentación, actividad física, manejo del estrés, consumo de sustancias nocivas, manejo y control de la hipertensión arterial en adultos mayores hipertensos del Programa de Adultos mayores hipertensos. Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas - 2014.**

AUTOCUIDADO	Alimentación		Actividad física		Control del estrés		Consumo de sustancias nocivas		Manejo y control de la HTA	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Adecuado	8	17	3	6.4	7	14.9	45	95.8	39	83
Regularmente adecuado	39	83	43	91.5	31	66	1	2.1	8	17
Inadecuado	0	0	1	2.1	9	19.1	1	2.1	0	0
<b>TOTAL</b>	47	100	47	100	47	100	47	100	47	100

**Fuente:** Formulario de cuestionario

**GRÁFICO 02: Autocuidado según dimensiones: alimentación, actividad física, manejo del estrés, consumo de sustancias nocivas, manejo y control de la hipertensión arterial en adultos mayores hipertensos del Programa de Adultos mayores hipertensos. Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas - 2014**



Fuente: Tabla 02

### Interpretación

En la tabla y gráfico 02, se observa que del 100% (47) de los adultos mayores hipertensos que acuden al programa de control de hipertensión arterial. Hospital Regional Virgen de Fátima, según la dimensión alimentación, el 83% (39) presenta autocuidado regularmente adecuado, el 17% (8) tienen autocuidado adecuado y ninguno (0%) de los adultos mayores presenta autocuidado inadecuado; según la dimensión actividad física, el 91.5% (43) presentan autocuidado regularmente adecuado, el 6.4% (3) tienen autocuidado adecuado y un 2.1% (1) presenta un autocuidado inadecuado; según la dimensión control del estrés, el 66% (31) presenta un autocuidado regularmente adecuado, el 19.1% (9) tienen un autocuidado inadecuado y un 14.9% (7) presenta un autocuidado adecuado; según la dimensión consumo de sustancias nocivas, el 95.8% (45) tienen un autocuidado adecuado, el 2.1% (1) autocuidado regularmente

adecuado y un 2.1% (1) presenta un autocuidado inadecuado y según la dimensión manejo y control de la hipertensión arterial, el 83% (39) tienen autocuidado adecuado, el 17% (8) presenta un autocuidado regularmente adecuado y ninguno de los adultos mayores (0%) presenta un autocuidado inadecuado.

## V. DISCUSIÓN

En la tabla y gráfico 01, se puede observar que del 100% (47) de los adultos mayores hipertensos en estudio el 57.5% (27) presenta un autocuidado adecuado y el 29.8% (14) autocuidado regularmente adecuado. Ninguno (0%) de los adultos mayores en estudio presenta autocuidado inadecuado y muy inadecuado. Se puede indicar entonces que los adultos mayores en estudio tienen un autocuidado en general de regularmente adecuado a adecuado.

Al respecto Linares, I. (2006) en su investigación sobre autocuidado en el adulto mayor hipertenso realizada en el Hospital Es Salud I del Cono Sur Nuevo Chimbote, encontró que el 100% de los adultos tienen un buen nivel de autocuidado y el 60.87% tienen un estilo de vida favorable concluyendo que los adultos mayores con hipertensión arterial de esa institución privada de salud realizan un buen autocuidado; asimismo Fernández y Manrique (2010) en un estudio realizado en Colombia con el objetivo de determinar la agencia de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial, encontró que el 99.6% presentó baja agencia de autocuidado, es decir deficiente autocuidado.

Contrastado los resultados obtenidos en el presente estudio con los estudios mencionados anteriormente, se puede apreciar que guarda similitud con la investigación de Linares (2006) y es diferente con la investigación de Fernández y Manrique (2010), en el primer caso el estudio fue realizado en pacientes adultos mayores atendidos en el marco de un programa, lo que estaría favoreciendo su autocuidado; en el segundo de los casos el estudio de Colombia muestra un deficiente autocuidado en los adultos mayores casi en su totalidad, esto se podría deber a que no se realizó dicho estudio dentro de un programa de control de la hipertensión arterial.

Según Marriner (2006) el autocuidado es como “Una actividad del individuo, aprendida por este y orientada hacia un objetivo; es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y de actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar”, por otra parte se debe indicar según De Roux (1999) que dentro de los factores externos que determinan el autocuidado de los

pacientes se encuentran los aspectos relacionados a los servicios de salud y la implementación de programas que favorezcan el autocuidado, considerando que es necesario, tanto el respaldo político a las acciones gubernamentales y ciudadanas, como el establecimiento de políticas públicas saludables, con el fin de garantizar a personas y comunidades un marco legal que apoye los esfuerzos en producto del desarrollo y, por ende, del cuidado de su salud y más aún en los grupos vulnerables como son los adultos mayores.

En la tabla y gráfico 02, se observa según las dimensiones, que del 100% (47) de los adultos mayores hipertensos que acuden al programa de control de hipertensión arterial. Hospital Regional Virgen de Fátima, según la dimensión de alimentación, el 17% (8) tienen autocuidado adecuado y el 83% (39) presenta autocuidado regularmente adecuado. Ninguno (0%) de los adultos mayores en estudio presenta autocuidado inadecuado en esta dimensión.

Al respecto Trujillo y Acacio (2008) en su estudio realizado en Venezuela con el objetivo de determinar las medidas de autocuidado practicadas por las personas con presión arterial elevada que asisten a la consulta de Medicina Interna del Hospital “Dr. Eugenio P. D. Bellard”. Los resultados arrojaron que el 49% de los pacientes siempre consumen alimentos ricos en sal, grasos y procesados, lo que indica que tienen un autocuidado inadecuado, estos resultados defieren con los resultados hallados en el presente estudio, donde se encontró que ningún adulto mayor presenta autocuidado inadecuado en cuanto a su alimentación, sin embargo el autocuidado tampoco es adecuado, puesto que la mayoría presenta un autocuidado regular.

El Ministerio de Salud (2006) considera que el autocuidado que el adulto mayor debe tener, en cuanto a su alimentación implica conocer y acceder a los alimentos saludables, tener una alimentación balanceada, consumir frutas, verduras, menestras; consumir pescado fresco, aves; comer despacio y en bocados pequeños para evitar atragantarse y/o aspirar alimento; consumir comida variada, con sabor, olor y buena presentación a la vista; evitar frituras, grasas, embutidos, quesos mantecosos y alimentos enlatados; evitar el exceso de sal en las comidas y carnes rojas, consuma alimentos de temporada, frescos, integrales, sin conservantes y/o preservantes; evitar

los cambios bruscos y las temperaturas extremas en los alimentos (muy caliente o muy fría).

Como se puede apreciar en los resultados de esta investigación los adultos mayores en estudio presentan un autocuidado regularmente adecuado en cuanto a su alimentación, teniendo en cuenta que consumen frutas, verduras, menestras, carnes de pescado fresco y aves; alimentos bajo en sal y harinas, poca fritura, alimentos bajos en grasas saturadas de origen animal, y alimentos enlatados. El hecho de que ningún adulto mayor presente autocuidado inadecuado con respecto a la alimentación podría deberse a la influencia del programa, donde se les informa y educa sobre los alimentos que deben consumir. Una parte importante de los casos de hipertensión arterial se debe a malos hábitos alimenticios que tienen como consecuencia la obesidad, y/o el exceso de colesterol.

En la dimensión sobre actividad física se observa que del 100% (47) de los adultos mayores hipertensos que acuden al programa de control de hipertensión arterial. Hospital Regional Virgen de Fátima, el 6.4% (3) tienen autocuidado adecuado, el 91.5% (43) tienen un autocuidado regularmente adecuado y un 2.1% (1) presenta un autocuidado inadecuado.

En esta dimensión se puede apreciar que casi la totalidad de adultos mayores tienen un autocuidado regular en la realización de actividad física, lo que indica que hacen actividades como caminatas, ejercicios físicos de manera parcial, así mismo se observa también en esta dimensión un porcentaje de 2.5% de adultos mayores que tienen un autocuidado inadecuado, es decir no realizan caminatas, ni ejercicios como medida complementaria para el control de la hipertensión. Con respecto a estos resultados Trujillo y Acacio (2008) en un estudio realizado en Venezuela señalan que el 56% de los pacientes hipertensos en la etapa de la adultez mayor nunca practican ningún deporte, ni realizan caminatas debido a múltiples factores y las limitaciones propias de la edad, lo que podría complicar el problema de hipertensión.

Los adultos mayores hipertensos que participaron en un programa de ejercicio físico pudieron demostrar que su nivel de presión arterial logró controlarse y hasta mejoró. En una investigación sobre la presión arterial en reposo de personas mayores con

presión arterial normal, los resultados mostraron que los dos grupos de ejercicios, uno de intensidad moderada y el otro de alta intensidad aumentaron su consumo máximo de oxígeno trabajando en los tres primeros meses del programa y bajaron su presión arterial sistólica a los seis meses. Trujillo, M y Acacio, W. (2008)

La actividad física son los ejercicios físicos planificado para cada persona de forma progresiva, diario o interdiario para mantener la fortaleza de los músculos y los huesos, es buena a cualquier edad. “muy viejo” y “muy débil” no son razones suficientes para prohibir la actividad física. En el adulto mayor la actividad física se puede promover de la siguiente manera: en primer lugar: la realización de ejercicios de forma progresiva, aproximadamente 20 minutos de preferencia diaria o interdiaria aumentando poco a poco la cantidad del ejercicio; en segundo lugar: se puede realizar en base a un plan: elección del horario, tipo de ejercicio a realizar, elección de vestimenta adecuada, elección del espacio físico, de equipos o aparatos y en tercer lugar: la actividad física pueden ser ejercicios simples como: caminar, bailar, correr, trotar; lo importante es que sea agradable y de fácil ejecución. (MINSA. 2009)

Tanto esta investigación como los antecedentes y la base teórica nos demuestran que existen ciertas deficiencias en el autocuidado en cuanto a la actividad física en los adultos mayores con hipertensión, pese a la recomendación y los conocimientos de los beneficios de la actividad física los adultos mayores del programa de hipertensión arterial del Hospital Regional Virgen de Fátima tienen un autocuidado regularmente adecuado y algunos inadecuado, esto podría deberse a algunas limitaciones que tienen los adultos mayores tanto en lo personal y familiar para realizar caminatas y ejercicio físico.

En la dimensión de control del estrés, se observa que del 100% (47) de los adultos mayores hipertensos que acuden al programa de control de hipertensión arterial. Hospital Regional Virgen de Fátima, el 14.9% (7) tienen autocuidado adecuado, el 66% (31) autocuidado regularmente adecuado y un 19.1% (9) presenta un autocuidado inadecuado. En estos resultados se resalta el porcentaje considerable de 19.1% de adultos mayores que presentan autocuidado inadecuado en cuanto al control del estrés, asimismo más de la mitad de adultos mayores presentan autocuidado regularmente adecuado y solamente algunos presentan autocuidado



adecuado. De estos datos se puede indicar que las personas en estudio no realizan actividad para controlar el estrés como salir de paseo, bailar, escuchar música, ver televisión o visitar a familiares y amigos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha reconocido la importancia que puede representar el estrés en esta alteración cardiovascular y también ha subrayado la dificultad de cuantificar esa influencia en el desarrollo de esta enfermedad. Aunque no se dispone de una evidencia que permita atribuir al estrés pero es un papel determinante en la etiología de la hipertensión, sí se reconoce en mayor o menor medida cierto grado de responsabilidad en la patogenia de esta enfermedad. Al respecto, Gutiérrez (2001) plantea que el estrés puede ser un factor de riesgo cardiovascular y su manejo podría ser beneficioso para el paciente hipertenso. Así, en la literatura psicológica se recogen acontecimientos y situaciones estresantes de distinta naturaleza que provocan elevaciones de la presión arterial. El estrés puede favorecer elevaciones agudas de la presión arterial. Algunos estudios han demostrado diversos grados de efectos positivos en el control de la HTA. Se precisan algunos de ellos: Meditación trascendental, ejercicios yoga, musicoterapia, el ejercicio físico sistemático ayuda a la relajación.

Se ha demostrado que el origen de problemas y enfermedades modernas son provocadas por un factor llamado estrés, como. "Una respuesta no identificada del cuerpo frente a un agresión; es algo muy personal subjetivo", dependiendo de la personalidad del individuo este puede reaccionar de forma diferente a la de otro; cuando el estrés se vuelve intenso o implacablemente persistente se vuelve perjudicial para el bienestar físico y psíquico, el estrés es un factor de riesgo mayor para la presión arterial elevada, en consecuencia aquellos individuos con dificultad de manejar el estrés presentan algunas manifestaciones: ritmo cardiaco más acelerado, que el resto de las personas ya que la descarga de adrenalina que provoca este factor tiene un efecto directo sobre el músculo cardiaco, sobre la arterias, las grasas liberadas en exceso forman placas de ateroma que obstruyen la circulación que puedan afectar a la presión arterial.

Resulta alarmante el hecho de que los adultos mayores sujetos de este estudio presenten autocuidado regularmente adecuado a autocuidado inadecuado en cuanto al

control del estrés, el programa de control de hipertensión del Hospital Regional Virgen de Fátima debería incidir mejor en identificar los factores asociados al estrés en los adultos mayores y apoyarlos en la implementación de mecanismos para su control, indudablemente el estrés en el adulto mayor no es un problema simple implica muchos aspectos que tienen que ver con su estabilidad mental, su problemas familiares y socioculturales.

En la dimensión consumo de sustancias nocivas, se observa que del 100% (47) de los adultos mayores hipertensos que acuden al programa de control de hipertensión arterial. Hospital Regional Virgen de Fátima, el 95.8% (45) tienen autocuidado adecuado, el 2.1% (1) autocuidado regularmente adecuado y un 2.1% (1) presenta un autocuidado inadecuado, en la que predomina el sexo masculino en el consumo de alcohol a diferencia del sexo femenino en su gran mayoría no consumen sustancias nocivas (anexo 04)

En los resultados se puede resaltar el hecho de que casi la totalidad de adultos mayores no consumen sustancias nocivas como medida de autocuidado, sin embargo hay un porcentaje mínimo que si lo hace, estos consumen bebidas alcohólicas y cigarrillos, al respecto Trujillo y Acacio (2008) señala en su estudio resultados un tanto diferentes, estos autores encontraron que el 56% de pacientes adultos mayores hipertensos siempre hacen consumo de cigarrillo y alcohol, esta diferencia en los resultados podría deberse a que este estudio fue realizado con adultos mayores de sexo masculino en su mayoría a diferencia de la presente investigación donde la mayoría de los adultos mayores que participaron fueron de sexo femenino (anexo 04)

Según el Ministerio de Salud, en el Perú los hombres tienen cuatro veces más problemas con el alcohol que las mujeres, especialistas explican que hay mayor liberación de dopamina, se produce en el cuerpo estriado, una zona del cerebro asociada a la sensación de placer; cuando el consumo de alcohol se repite con mayor frecuencia, esta zona del cerebro comienza a liberar cada vez menos dopamina, esto conlleva a que otras zonas del cerebro aumenten su actividad, en específico, la vía glutamatérgica, la cual estimula al organismo para volver a consumir alcohol, dando origen a la adicción. (Santis .R, 2010)

El alcoholismo y tabaquismo son reconocidos e importantes factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares; su asociación a la hipertensión arterial ha sido demostrada como uno de los factores, por lo que el personal de salud debe realizar todos los esfuerzos para eliminar en su población estos hábitos, así como incorporar conocimientos sobre técnicas educativas contra el consumo de alcohol y tabaco y favorecer la aplicación de acciones en servicios especializados destinados a este propósito.

Numerosos estudios han demostrado una relación entre el consumo de cantidades elevadas de alcohol con niveles altos de presión arterial. La restricción de la ingesta alcohólica ha demostrado en estudios experimentales disminuir la presión arterial en normotensos como hipertensos, el consumo de una copa de alcohol aumenta la Presión Arterial Sistólica (PAS) en 1 mmHg, y la Presión Arterial Diastólica (PAD) en 0.5 mmHg. Se ha demostrado que el consumo de alcohol diariamente presenta niveles de PAS de 6.6 mmHg y PAD de 4.7 mmHg, más elevados que lo hacen una vez por semana, independiente del consumo semanal total. Moderar el consumo de alcohol, implica reducir la presión entre 2 a 4 mmHg. (Colmenares, R. Pantoja, M. y Pérez, M. 1999. Citado por Trujillo, M y Acacio, W. 2008)

De los análisis realizados en los resultados de esta dimensión, se puede considerar como un aspecto considerable el hecho de que haya adultos mayores que, estando en un programa de control de hipertensión arterial, continúen consumiendo sustancias nocivas que podrían complicar su cuadro hipertensivo, a pesar que tienen actividades demostrativos sobre la limitación del consumo de sustancias nocivas, por tanto se debe identificar cuáles son los factores que estarían condicionando el consumo de sustancias nocivas en los adultos mayores.

En la dimensión manejo y control de la hipertensión arterial, se observa que del 100% (47) de los adultos mayores hipertensos que acuden al programa de control de hipertensión arterial. Hospital Regional Virgen de Fátima, el 83% (39) tienen autocuidado adecuado y el 17% (8) autocuidado regularmente adecuado. Ninguno de los adultos mayores (0%) presenta un autocuidado inadecuado en esta dimensión.

De estos resultados se puede identificar que la mayoría de adultos mayores estarían teniendo un autocuidado adecuado y solo un pequeño porcentaje (17%) autocuidado

regularmente adecuado, ninguno de los adultos mayores autocuidado inadecuado. Estos datos indican que los adultos mayores toman los medicamentos en las dosis indicadas según prescripción, y acuden a su control y evaluación de la presión arterial cada mes o según las citas que le son programadas. Trujillo y Acacio (2008) señalan en su investigación que el 81% de adultos mayores hipertensos se administran sus medicamentos en sus horarios indicados así como también el 93% asisten a sus controles de la presión arterial. Estos datos son similares al presente estudio, lo que indicaría que los adultos mayores pese a descuidarse en otros aspectos de autocuidado cuidan la toma de su medicación y acuden a sus controles en citas programadas tanto en el ámbito del estudio como en otros ámbitos.

El objetivo del tratamiento farmacológico no debe limitarse sólo al control de las cifras tensionales con metas de 140/90, sino que debe enfocarse a lograr adecuada protección de órgano blanco. La elección del tratamiento farmacológico debe ser individualizada y escalonada, se recomienda el uso de diuréticos y beta bloqueadores como fármacos de iniciación. En la terapia individualizada se cuenta con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonistas de receptores bloqueadores de los canales de calcio, alfa bloqueadores, vasodilatadores, bloqueadores centrales ganglionares. La persona que ha iniciado farmacoterapia deben tener controles individualizados con médico general entrenado hasta lograr adherencia al tratamiento y una vez se estabilice puede iniciar controles de enfermería cada dos meses. (OMS. 1993)

Es positivo el hecho de que los adultos mayores presenten autocuidado adecuado con respecto al manejo y control de la hipertensión arterial, previniendo de esta manera las posibles complicaciones cardiovasculares.

## **VI. CONCLUSIONES**

1. La mayoría de adultos mayores hipertensos del Programa de adultos mayores hipertensos. Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas presentan un autocuidado adecuado.
2. La mayoría de adultos mayores hipertensos del Programa de adultos mayores hipertensos. Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas presentan un autocuidado regularmente adecuado en cuanto a las dimensiones de alimentación, actividad física y control del estrés; sin embargo en las dimensiones consumo de sustancias nocivas, manejo y control de la hipertensión arterial la mayoría de los adultos mayores hipertensos presentan un autocuidado adecuado.

## **VII. RECOMENDACIONES**

### **A la Dirección Regional de Salud Amazonas**

- Fomentar la investigación sobre los factores que influyen en el autocuidado del adulto mayor con respecto a la hipertensión, sobre todo en los aspectos de la actividad física, control del estrés y consumo de sustancias nocivas, ya que en esta investigación se evidencia que los adultos mayores tienen autocuidado inadecuado.
- Brindar apoyo y asesoría técnica al Hospital Regional Virgen de Fátima, para la implementación adecuada del Programa de adultos mayores a fin de mejorar la intervención y el logro de objetivos del programa.

### **Al Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas**

- Realizar investigación sobre los factores que estarían influyendo en el autocuidado de los adultos mayores hipertensos que acuden al programa, con la finalidad de proponer alternativas de intervención.
- Mejorar la implementación del programa con la participación organizada de las familias de los adultos mayores hipertensos.

### **A la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas**

- Fomentar la investigación conjunta con la Dirección Regional de Salud Amazonas y el Hospital Regional Virgen de Fátima sobre el autocuidado en adultos mayores hipertensos y los factores que influyen en este autocuidado
- Proponer alternativas de solución basadas en la investigación a fin de promover el autocuidado en los adultos mayores.
- Crear una organización de estudiantes voluntarios encaminada a mejorar las prácticas de autocuidado en los adultos mayores.

### **A los adultos mayores hipertensos**

- Tomar conciencia de la importancia del autocuidado en el control del problema de hipertensión, buscar apoyo en el personal de salud a fin de implementar las medidas dirigidas a mejorar su autocuidado.

## VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### DE LIBROS:

- Hernández, R; Fernández, C & Baptista, M. 2010. Metodología de la investigación. Quinta edición. México. Mc Grau Hill. Interamericana editores, S. A. Pág. 364 - 370.
- Marriner, A. 2006. Modelo y Teoría en Enfermería. Tercera edición. Editorial Mosby. Doyma Libros. Madrid- España. Pág. 42.
- Suárez, F. 2008. Convivir con la hipertensión. Primera edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires Argentina. Pág. 118.
- Tresierra, A. 2000. Metodología de la investigación científica. Editorial Biociencia. Lima - Perú. Pág.76.

### DE TESIS Y MONOGRAFÍAS:

- Arocha, I. 1997. Citado por Trujillo, M & Acacio, W. 2008. Medidas de autocuidado practicadas por las personas que asisten a la consulta de medicina interna del Hospital General Guatire Guarenas. Venezuela. Tesis para optar el título de licenciadas en enfermería. Universidad central de Venezuela.
- Barrera, E; Cerón, N & Ariza, M. 2000. Citado por Trujillo, M & Acacio, W. 2008. Medidas de autocuidado practicadas por las personas que asisten a la consulta de medicina interna del Hospital General Guatire Guarenas. Venezuela. Tesis para optar el título de licenciadas en enfermería. Universidad central de Venezuela.
- Colmenares, R; Pantoja, M. & Pérez, M. 1999. Citado por Trujillo, M & Acacio, W. 2008. Medidas de autocuidado practicadas por las personas que asisten a la consulta de medicina interna del Hospital General Guatire Guarenas. Venezuela. Tesis para optar el título de licenciadas en enfermería. Universidad central de Venezuela.
- Fernández, R & Manrique, G. 2010. Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores con hipertensión arterial. Boyacá Colombia Sur américa. Tesis para optar el título de licenciada en enfermería. Universidad Veracruzana.
- Linares, I. 2006. Estilo de vida y autocuidado en el adulto mayor hipertenso - Hospital I Cono Sur Chimbote ES SALUD. Chimbote - Perú. Tesis para

- optar el título de licenciado en enfermería. Universidad de Chimbote.
- Merck. 1997. Citado por Trujillo, M & Acacio, W. 2008. Medidas de autocuidado practicadas por las personas que asisten a la consulta de medicina interna del Hospital General Guatire Guarenas. Venezuela. Tesis para optar el título de licenciadas en enfermería. Universidad central de Venezuela.
  - Rodríguez, M. 2011. Relación que existe entre el nivel de autocuidado y estilo de vida del adulto con hipertensión arterial del consultorio de enfermería del Policlínico el Porvenir del Porvenir. Trujillo. Trabajo para serums equivalente. Universidad de Trujillo.
  - Ríos, A. 2002. Citado por Trujillo, M & Acacio, W. 2008. Medidas de autocuidado practicadas por las personas que asisten a la consulta de medicina interna del Hospital General Guatire Guarenas. Venezuela. Tesis para optar el título de licenciadas en enfermería. Universidad central de Venezuela.
  - Trujillo M. & Acacio W. 2008. Medidas de autocuidado practicadas por las personas que asisten a la consulta de medicina interna del Hospital General Guatire Guarenas. Venezuela. Tesis para optar el título de licenciadas en enfermería. Universidad central de Venezuela.

#### **ARTÍCULOS DE REVISTAS:**

- Evans, M; Muños, A; Alvarado. G & Levy. M. J. 1994. *Terapéutica Médica*. 7ª Edición. México. Ediciones Salvat. Pág. 216-219.
- Ferreiro, M. & Ferreira, A. 2002. Estilos de vida e hipertensión. Madrid - España. *Rev. Española*. Pág. 12-17.
- Orduñez G, P., Pérez F. E., & Hospedales J. 2010. Más allá del ámbito clínico en el cuidado de la hipertensión arterial. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Pág. 311-318.
- Sosa, J; Talledo, R; Portugal, R & Jefferson L. 2001. Estilos de vidas y prevalencia de hipertensión arterial en tres comunidades peruanas. *Rev. Peruana*. Pág. 7-13-25



## SITIOS EN RED:

- De Roux, G. Citado por Uribe, J. Tulia M. 1999. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Revista de investigación y Educación enfermería. Vol. 07. Disponible en: <http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/autocuidado//htm//ISNN01205307>. Acceso el 21-08-13.
- Diario Oficial de la Federación (DOF). 2010. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA21999. Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5144642](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5144642). Acceso el 31-05-10.
- Dorothea Orem. Autocuidado, tipos y filosofía del autocuidado. Disponible en: <http://www.autocuidadoDorotheaOrem>. Acceso en 13-06-13.
- Erickson, E. El ciclo vital completado. Disponible en: <http://escuela.med.poc.c//publ/manualgeriatria/pdf/cuidadosenfermeria.pdf>. Acceso el 05-03-14.
- Encuesta demográfica y de salud (ENDES). Autocuidado de la salud para personas adultas mayores de zona rural. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/.../2010.htm>. Acceso el 07-03-14.
- Encuesta demográfica y de salud (ENDES). Pro familia, Ministerio de la protección social. Disponible en: <http://www.Aquichau.un.sabana.edu>. Acceso el 09-03-14.
- Guevara & Ortega citado por Fernández A, Manrique F. Modificación de la agencia de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial. Disponible en: <http://www.histosaluduptc.org/ojs-2.2.2/index.php?journal=shs>. Acceso el 03-03-14.
- Gutiérrez, A. Calidad de vida en la vejez. Herramientas para vivir más y mejor. Disponible en: <http://www.adultomayor.uc.cl>. Acceso el 03-03-14.
- Harrison. Principios de Medicina Interna 16a edición Capítulo 230. Vasculopatía hipertensiva. Disponible en: <http://www.edu.co.Harrisononline> en español. McGraw-Hill. Acceso el 13-05-13.
- Henderson, V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/virginia\\_Hemderson](http://es.wikipedia.org/wiki/virginia_Hemderson). Acceso el 06-03-14
- INEI - Perú: Estimaciones y proyecciones de población por sexo, según Departamento, Provincia y Distrito. Disponible en: <http://www.inei>.

- Encuesta nacional de hogares/2013/PERÚ. Acceso el 17-02-14.
- Santis, R. definición de consumo de alcohol en varones. Disponible en: [http://www.web.consultas.com.consumo de alcohol/-3049](http://www.web.consultas.com.consumo%20de%20alcohol/-3049). Acceso el 18-01-14
  - Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal Venustiano Carranza no. 49, entre Bolívar e Isabel la Católica. disponible en: [www.ingerchile.cl/vistas/conceptos.html](http://www.ingerchile.cl/vistas/conceptos.html). [www.iaam.df.gob.mx/documentos/quienes.html](http://www.iaam.df.gob.mx/documentos/quienes.html), version On-line ISSN 0717-7518. Acceso el 17-02-14.
  - Ministerio de la salud (MINSA). Cuidado y autocuidado de la salud de las personas adultas mayores. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/prevencion.htm> (DAIS - Etapa de Vida Adulto Mayor). Acceso el 04-03-14
  - Organización Mundial de la Salud (OMS). Día Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/world-health-day/es>. Acceso 18-02-14.
  - Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuantificación de algunos riesgos importantes para la salud. En Informe Sobre la Salud en el Mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana. disponible en: <http://www.who.int/whr/2002/es>. Acceso el 29-09-13.
  - Organización Mundial de la Salud (OMS). Es la hipertensión un problema frecuente. Disponible en: [http://new.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=190:historia-del-dia-mundial-de-la-salud&catid=794&Itemid=500](http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=190:historia-del-dia-mundial-de-la-salud&catid=794&Itemid=500). Acceso 18-02-14.
  - Supo, J. Seminario de investigación científica, sinopsis del libro 2012. Disponible en: [http:// Seminario de investigación/sinopsis](http://Seminario%20de%20investigaci3n/sinopsis). Acceso: 28-02-14.
  - Virginia Henderson. Enfermeras teóricas. Disponible en: <http://www.teleline.terra.es/>. Acceso el 04-03-14.

- Diario Oficial de la Federación (DOF). 2010. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA21999. Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. Disponible en: [http://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5144642](http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5144642). Acceso el 31-05-10.
- Dorothea Orem. Autocuidado, tipos y filosofía del autocuidado. Disponible en: <http://www.autocuidadoDorotheaOrem>. Acceso en 13-06-13.
- Erickson, E. El ciclo vital completado. Disponible en: <http://escuela.med.poc.c//publ/manualgeriatria/pdf/cuidadosenfermeria.pdf>. Acceso el 05-03-14.
- Encuesta demográfica y de salud (ENDES). Autocuidado de la salud para personas adultas mayores de zona rural. Disponible en. <http://www.unfpa.org.pe/.../2010.htm>. Acceso el 07-03-14.
- Encuesta demográfica y de salud (ENDES). Pro familia, Ministerio de la protección social. Disponible en: <http://www.Aquichau.un.sabana.edu>. Acceso el 09-03-14.
- Guevara & Ortega citado por Fernández A, Manrique F. Modificación de la agencia de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial. Disponible en: <http://www.histosaluduptc.org/ojs-2.2.2/index.php?journal=shs>. Acceso el 03-03-14.
- Gutiérrez, A. Calidad de vida en la vejez. Herramientas para vivir más y mejor. Disponible en: <http://www.adultomayor.uc.cl>. Acceso el 03-03-14.
- Harrison. Principios de Medicina Interna 16a edición Capítulo 230. Vasculopatía hipertensiva. Disponible en: <http://www.edu.co.Harrisononline> en español. McGraw-Hill. Acceso el 13-05-13.
- Henderson, V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Disponible en: [http://es.wikipedia.org/wiki/virginia\\_Hemderson](http://es.wikipedia.org/wiki/virginia_Hemderson). Acceso el 06-03-14
- INEI - Perú: Estimaciones y proyecciones de población por sexo, según Departamento, Provincia y Distrito. Disponible en: <http://www.INEI>. Encuesta nacional de hogares/2013/PERÚ. Acceso el 17-02-14.
- Santis, R. definición de consumo de alcohol en varones. Disponible en: [http://www.web.consultas.com.consumo de alcohol/-3049](http://www.web.consultas.com.consumo%20de%20alcohol/-3049). Acceso el 18-01-14
- Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal Venustiano Carranza no. 49, entre Bolívar e Isabel la Católica. disponible en:

[www.ingerchile.cl/vistas/conceptos.html](http://www.ingerchile.cl/vistas/conceptos.html). [www.iaam.df.gob.mx/documentos/quienes.html](http://www.iaam.df.gob.mx/documentos/quienes.html), version On-line ISSN 0717-7518. Acceso el 17-02-14.

- Ministerio de la salud (MINSA). Cuidado y autocuidado de la salud de las personas adultas mayores. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/prevencion.htm> (DAIS - Etapa de Vida Adulto Mayor). Acceso el 04-03-14
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Día Mundial de la Salud. Disponible en: <http://www.who.int/world-health-day/es>. Acceso 18-02-14.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuantificación de algunos riesgos importantes para la salud. En Informe Sobre la Salud en el Mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana. disponible en: <http://www.who.int/whr/2002/es>. Acceso el 29-09-13.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Es la hipertensión un problema frecuente. Disponible en: [http://new.paho.org/col/index.php?option=com\\_content&view=article&id=190:historia-del-dia-mundial-de-la-salud&catid=794&Itemid=500](http://new.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=190:historia-del-dia-mundial-de-la-salud&catid=794&Itemid=500). Acceso 18-02-14.
- Supo, J. Seminario de investigación científica, sinopsis del libro 2012. Disponible en: [http:// Seminario de investigación/sinopsis](http://Seminario%20de%20investigacion/sinopsis). Acceso: 28-02-14.
- Virginia Henderson. Enfermeras teóricas. Disponible en: <http://www.teleline.terra.es/>. Acceso el 04-03-14.

# **ANEXOS**



ANEXO 01  
CUESTIONARIO

**AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS.**

**I. INTRODUCCIÓN:**

Estimado Sr. (a). Soy el interno de enfermería del X ciclo de la facultad de enfermería de la UNTRM. Solicito su participación en la presente investigación cuyo objetivo es **“Determinar el autocuidado de los adultos mayores hipertensos. Programa de adultos mayores hipertensos del Hospital Regional Virgen de Fátima- Chachapoyas-2014”**. Para la cual se le aplicará este instrumento, a fin de conocer el cuidado propio que Ud. adopta sobre la hipertensión arterial, el mismo que será de carácter anónimo.

**II. DATOS GENERALES:**

Edad: .....Años                      Sexo: (M) (F)  
Peso :.....                              Talla:.....  
IMC :.....

**III. INSTRUCCIONES:**

A Continuación se presentan una serie de preguntas relacionados con el tema, los que Ud. debe marcar con un aspa (x) solo una de las respuestas con las que usted esté de acuerdo, de la siguiente manera:

- **De los ítems 1-15; 17-25: Siempre:** 3-4 veces por semana consume esos alimentos y realiza las actividades. **A Veces:** 1-2 veces por semana consume esos alimentos y realiza las actividades. **y nunca:** Cuando ninguna vez por semana consume esos alimentos y realiza las esas actividades.
- **De los ítems 16; 25 y 26: siempre:** cuando realiza siempre esas actividades; **a veces:** cuando realiza en pocas veces esas actividades **y nunca:** cuando no realiza esa actividad.

ÍTEMS	NUNCA	A VECES	SIEMPRE
<b>Alimentación</b>			
1) ¿con qué frecuencia consume frutas?			
2) ¿con qué frecuencia consume verduras?			
3) ¿con qué frecuencia consume menestras?			
4) ¿con qué frecuencia consume pescado fresco?			
5) ¿con qué frecuencia consume carnes de aves?			
6) ¿consume sus alimentos bajos en sal?			
7) ¿consume alimentos fritos?			
8) ¿consume alimentos enlatados?			
9) ¿consume grasas de origen animal?			
10) ¿con qué frecuencia consume arroz?			
11) ¿con qué frecuencia consume fideos?			
12) ¿con qué frecuencia consume papas?			
13) ¿con qué frecuencia consume yucas?			
<b>Actividad física</b>			
14) ¿camina por lo menos 20 minutos por día?			
15) ¿realiza ejercicios físicos así como correr?			
16) ¿realiza ejercicios físicos bruscos y en exceso?			
17) ¿para realizar ejercicios físicos, consulta con el médico?			
<b>Control del estrés</b>			
18) ¿sale de paseo para relajarse?			
19) ¿realiza actividades como el baile para relajarse?			
20) ¿escucha música para relajarse?			
21) ¿ve programas de televisión para relajarse?			
22) ¿visita a alguien en especial para relajarse?			
<b>Consumo de sustancias nocivas</b>			

23) ¿con qué frecuencia fuma cigarrillos?			
24) ¿con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?			
<b>Actividades para el manejo y control de la hipertensión arterial</b>			
25) ¿toma sus medicamentos antihipertensivos las dosis indicadas según prescripción médica?			
26) ¿acude a su control de presión arterial mensualmente?			

**Muchas gracias**



## ANEXO 02

### VALIDEZ DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

Para determinar la validez estadística de los instrumentos de medición, se realizó mediante el juicio de expertos, a través de expertos y a través de las pruebas estadísticas: Binomial para cada ítem (10) de la escala dicotómica y de la Z Gauss para la aceptación total del instrumento ( $n = 70$ ), al 5% de significancia estadística.

Para determinar la validez estadística de los instrumentos de medición, se realiza a través de:

1. **Juicio de expertos.**
2. **Pruebas estadísticas:**
  - ✓ Prueba Binomial para cada ítem (10) de la escala dicotómica.
  - ✓ La Z Gauss para la aceptación total del instrumento ( $n = 70$ ), al 5% de significancia estadística.

#### A. PRUEBA BINOMIAL.

##### 1. HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS.

**H<sub>0</sub>:**  $P = 50\%$  versus **H<sub>a</sub>:**  $P > 50\%$

**Dónde:**

**P** = Es el porcentaje de respuestas de los jueces que consideran el ítem de la escala dicotómica como adecuado.

La Hipótesis alternativa (**H<sub>a</sub>**) indica que si el ítem de la escala es adecuado (se acepta).

Entonces la opinión favorable de la mayoría de los expertos debe ser superior al 50%, ya que la calidad del ítem se categoriza como “**adecuado**” o “**inadecuado**”.

##### 2. NIVEL DE SIGNIFICANCIA ( $\alpha$ ) Y NIVEL DE CONFIANZA ( $\gamma$ )

$\alpha = 0.05$ (5%);	$(1 - \alpha) = \gamma = 0.95$ (95%)
-----------------------	--------------------------------------

##### 3. FUNCIÓN DE PRUEBA

Si la hipótesis nula es verdadera, la variable X tiene distribución binomial con  $n = 7$  y  $P = 0.50$  (50%)

#### 4. REGLA DE DECISIÓN.

Se rechazará la hipótesis nula a favor de la hipótesis alterna si el valor:

$$P = P [X \geq x \text{ cuando } P = 0.05]$$

#### 5. VALOR CALCULADO (VC).

$$P = P [X \geq x \text{ cuando } P = 0.05] 8.470329 (0.5)^5 (0.5)^{5-k}$$

El cálculo de ésta probabilidad acumulada hacia la derecha se obtiene a partir de la tabla de distribución binomial.

#### 6. DECISIÓN ESTADÍSTICA

Para hacer la decisión estadística de cada ítem, se compara el valor P con el valor de  $\alpha = 0.05$ , de acuerdo a la regla de decisión (fila 7), asimismo la significación estadística de la decisión se tiene en la fila 7 de la tabla.

ÍTEMS. EVAL.	JUECES EXPERTOS				P VALOR $\leq \alpha$	SIGNIFIC. ESTAD.
	ADECUADO		INADECUADO			
	Nº	%	Nº	%		
1	7	100	0	0	0.0078125	**
2	7	100	0	0	0.0078125	**
3	7	100	0	0	0.0078125	**
4	7	100	0	0	0.0078125	**
5	7	100	0	0	0.0078125	**
6	7	100	0	0	0.0078125	**
7	7	100	0	0	0.0078125	**
8	7	100	0	0	0.0078125	**

9	7	100	0	0	0.0078125	**
10	7	100	0	0	0.0078125	**
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8.470329</b>	

**Fuente: Apreciación de los expertos**

\* : Significativa ( $P < 0.05$ )

\*\* : Altamente significativa ( $P < 0.01$ )

## B. PRUEBA DE LA Z GAUSS PARA PROPORCIONES

### 1. Hipótesis estadísticas

**H<sub>0</sub>:**  $P = 50\%$  versus **H<sub>a</sub>:**  $P > 50\%$

**Dónde:**

P es el porcentaje de respuestas de los jueces que consideran los ítems del instrumento de medición como adecuados.

La Hipótesis alternativa (**H<sub>a</sub>**) indica que el instrumento de medición es válido.

Entonces se espera que el porcentaje de respuestas de los jueces que califican a los ítems como adecuados deba ser mayor que el 50%.

Ya que la calidad del ítem se establece como “**adecuado: Sí**” o “**inadecuado: No**”.

### 2. NIVEL DE SIGNIFICANCIA ( $\alpha$ ) Y NIVEL DE CONFIANZA ( $\gamma$ )

$\alpha = 0.05$ (5%);	$(1 - \alpha) = \gamma = 0.95$ (95%)
-----------------------	--------------------------------------

### 3. FUNCIÓN DE PRUEBA.

En vista que la variable a evaluar “validez del instrumento de medición” es nominal (cuantitativa), cuyas categorías posibles son “válido” y “no válido” y únicamente se puede calcular porcentajes o proporciones para cada categoría.

Y como la muestra (respuestas) es 70, la estadística para probar la hipótesis nula es la función normal o Z de Gauss para porcentajes:

#### 4. REGLA DE DECISIÓN.

Para 95% de confianza estadística y una prueba unilateral de cola a la derecha, se tiene el valor teórico de la distribución normal  $VT = 1.6449$

Con estos indicadores, la región de rechazo (**RR/Ho**) y aceptación (**RA/Ho**) de la hipótesis nula es:

Al 5%:                    **RR/Ho:  $VC > 1.6449$ ;            RA/Ho:  $VC < 1.6449$**

#### 5. VALOR CALCULADO (VC).

El valor calculado de la función Z se obtiene reemplazando los valores de:

**$N = 70$ ,  $P = 50\%$  y  $p = 100\%$ .**

De donde resulta que:

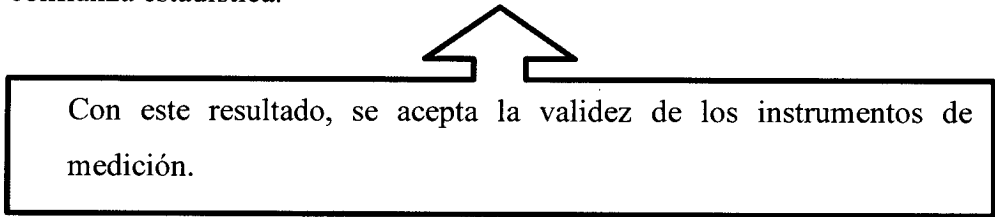
**$VC = 8.470329$**

#### 6. DECISIÓN ESTADÍSTICA.

Comparando el:

Valor calculado ( **$VC = 8.470329$** ) con el Valor teórico ( **$VT = 1.6449$** )

En base a la regla de decisión, se acepta la hipótesis alternativa al 95% de confianza estadística.



Con este resultado, se acepta la validez de los instrumentos de medición.

**Matriz de respuestas de los profesionales consultados sobre los instrumentos de medición (juicio de expertos)**

ÍTEMS.	EXPERTOS*							TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	
01	1	1	1	1	1	1	1	7
02	1	1	1	1	1	1	1	7
03	1	1	1	1	1	1	1	7
04	1	1	1	1	1	1	1	7
05	1	1	1	1	1	1	1	7
06	1	1	1	1	1	1	1	7
07	1	1	1	1	1	1	1	7
08	1	1	1	1	1	1	1	7
09	1	1	1	1	1	1	1	7
10	1	1	1	1	1	1	1	7

\* Respuesta de los profesionales: 1 = Si, 0 = No

**PROFESIONALES CONSULTADOS**

1. Lic. Enf. Wilfredo Amaro Cáceres. Docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas.
2. Lic. Enf. Evelia C. Altamirano Mego. Especialista en geriatría y jefa del programa de adultos mayores con enfermedades no transmisibles del HRVF-Chachapoyas.
3. Lic. Enf. Julissa Vilcarromero Valle. Coordinadora del programa presupuestal de enfermedades no transmisibles del HRVF-Chachapoyas.
4. Méd. Agustín Huaroto García. Cardiólogo del HRVF-Chachapoyas
5. Méd. Williams Castañeda Ocampo. Cirujano del HRVF-Chachapoyas. Trabajador del Hospital Regional Virgen de Fátima – Chachapoyas.
6. Psicóloga. Carmen Amador Yauri. Jefa del programa adulto mayor del centro de salud 9 de enero- Chachapoyas.
7. Ing. Jhon Aguilar Castillo. Docente Estadístico de la UNTRM-Amazonas

**Decisión estadística sobre matriz de respuestas de los profesionales de consultados  
sobre los instrumentos de medición (juicio de expertos)**

ÍTEMS. EVAL.	JUECES EXPERTOS				P VALOR $\leq \alpha$	SIGNIFIC. ESTAD.
	ADECUADO		INADECUADO			
	Nº	%	Nº	%		
1	7	100	0	0	0.0078125	**
2	7	100	0	0	0.0078125	**
3	7	100	0	0	0.0078125	**
4	7	100	0	0	0.0078125	**
5	7	100	0	0	0.0078125	**
6	7	100	0	0	0.0078125	**
7	7	100	0	0	0.0078125	**
8	7	100	0	0	0.0078125	**
9	7	100	0	0	0.0078125	**
10	7	100	0	0	0.0078125	**
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8.470329</b>	

**Fuente: Apreciación de los expertos.**

En el siguiente cuadro se muestra que de los 6 expertos para la validez del instrumento en su contenido y criterio los puntajes dados por los expertos fueron sometidos a la prueba binomial donde en valor obtenido fue de **8.470329** siendo mayor al valor teórico (**1.6449**). Lo que indica que el instrumento es adecuado.



- Fuerte : 0.76 – 0.89
- Alta : 0.89 - 1

En el proceso de confiabilidad máxima se obtiene como resultado **0.76** este valor nos indica que la confiabilidad es fuerte según referencia.

### EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

- Primero se realiza el vaciado de respuestas para aplicar la FORMULA: **SPLITH – HALVES.**

$$rip = \frac{n \sum ip - \sum i(\sum p)}{\sqrt{[n\sum i^2 - (\sum i)^2][n\sum p^2 - (\sum p)^2]}}$$

- ✓ Donde “n” es el número de casos
- ✓ rip = relación de los ítems impares con los pares
- Una vez aplicada la formula SPLITH – HALVES se procede a aplicar la fórmula de **SPEARMAN BROW** para tener la máxima confiabilidad.

$$Rip = \frac{2(rip)}{1 + rip}$$



#### ANEXO 04

**TABLA N°: 03: Frecuencia de consumo de sustancias nocivas según sexo en Adultos mayores hipertensos. Programa de adultos mayores hipertensos del Hospital Regional Virgen de Fátima- Chachapoyas-2014.**

Frecuencia	Sexo		Total
	F	M	
Nunca	41	4	45
A veces	1		
Siempre		1	5
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>5</b>	<b>47</b>

**Fuente:** Formulario de cuestionario