



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Trabajo Académico

“Autocuidado y adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva en el servicio de emergencias de un Hospital Público Barranca, 2023”

Para optar el Título de
Especialista en Cuidado Enfermero en Emergencias y Desastres

Presentado por:

Autora: Obregon Espinoza, Maria Del Carmen

Código Orcid: 0000-0002-4847-7233

Asesora: Mg. Pretell Aguilar, Rosa María


Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9286-4225>

Línea de Investigación

Salud y Bienestar

Lima – Perú

2023

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo, ... **OBREGON ESPINOZA MARIA DEL CARMEN** egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Escuela Académica Profesional de ... Enfermería / Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico "AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON CRISIS HIPERTENSIVA EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DE UN HOSPITAL PÚBLICO - BARRANCA 2023" Asesorado por el docente: Mg. Rosa Maria Pretell Aguilar

DNI ... **18150131** ORCID... <https://orcid.org/0000-0001-9286-4225> tiene un índice de similitud de (20) (veinte) % con código __oid:__ oid:14912:302610418 _____ verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
Firma de autor 1

OBREGON ESPINOZA MARIA DEL CARMEN Nombres y apellidos del Egresado

DNI:40085321

.....
Firma de autor 2

DNI:



Firma

Mg. Rosa Maria Pretell Aguilar

DNI: 18150131

Lima, Lima, 09 de enero de 2024

DEDICATORIA

A mi familia por su apoyo incondicional, por el tiempo que deje de estar con ellos.

A mis hijos Nicole y Andre por su apoyo y motivarme para seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

A Dios ante todas las cosas.

A mi asesora por su compromiso en el desarrollo del presente estudio.

A las jefas coordinadoras por el apoyo incondicional en las prácticas en el Hospital Guillermo Almenara.

ASESORA:

Mg. PRETELL AGUILAR, ROSA MARÍA

ÍNDICE

Resumen	iv
1. CAPITULO: EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del Problema	4
1.2.2. Problemas General	4
1.2.3. Problemas Especificos	4
1.3. Objetivos de la investigación	¡Error! Marcador no definido.
1.3.1. Obejtivo General	5
1.3.2. Objetivos Específicos	5
1.4. Justificación de la investigación	6
1.4.1. Teórica	6
1.4.2. Metodológica	6
1.4.3. Práctica	6
1.5. Delimitaciones de la investigación	7
1.5.1. Temporal	7
1.5.2. Espacial	7
1.5.3. Población	7
2. MARCO TEÓRICO	8
2.1. Antecedentes	8

2.1.1. Internacionales	9
2.1.2. Nacionales	9
2.2. Bases teóricas	11
2.3. Formulación de hipótesis	19
2.3.2. Hipótesis específicas	20
3.METODOLOGÍA	21
3.1. Método de la investigación	21
3.2. Enfoque de la investigación	21
3.3. Tipo de investigación	21
3.4. Diseño de la investigación	22
3.6. Variables y operacionalización	224
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	27
<u>3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos</u>	30
3.9. Aspectos éticos	31
4.ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	32
4.1. Cronograma de actividades	32
4.2. Presupuesto	33
5.REFERENCIAS	34
6.ANEXOS	43

RESÚMEN

Objetivos: Determinar la relación que existe entre el autocuidado y la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva en el servicio de Emergencias de un hospital público Barranca, 2023. Metodología: se trata de un estudio de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, correlacional, descriptivo, en una muestra de 86 pacientes con crisis hipertensiva que ingresaron al servicio de emergencia durante el periodo de estudio estimado, el método de recolección de datos será la encuesta, los Instrumentos serán: El Cuestionario de agencia de autocuidado de Achury et al. En el año 2009 y está conformado por 17 items , y el cuestionario de Adherencia al tratamiento desarrollado por Bonilla y De reales en 2006, instrumentos que han sido aplicado en diferentes estudios, el procesamiento de datos se desarrollará previa codificación en el SPSS-V25, el análisis será descriptivo usando las medidas de tendencia central y el análisis inferencial será en dos momentos, primero la prueba de normalidad usando la prueba de Kolmogórov-Smirnov, calculo que permite establecer si los datos siguen una distribución normal, el segundo momento será al momento de la prueba de hipótesis, siguiendo los patrones de normalidad.

Palabras clave: “Autocuidado”, “adherencia al tratamiento” “crisis hipertensiva” “servicio de emergencia”

ABSTRACT

Objectives: Determine the relationship between treatment adherence and self-care in patients with hypertensive crisis in the emergency service of public Hospital Barranca ,2023. Methodology: ti is a study with a quantitative approach, non-experimental design, descriptive correlational, in a sample. of 86 patinetes with hypertensive crisis who were admitted to the emergency service during the estimated study period, the data collection method will be the survey, and the instruments will be: the Achury Self-Care Agency Questionnaire, and the treatment adherence questionnaire. developed by Bonilla and De reales, instruments that have been applied in different studies, the data processing will be developed after coding in SPSS-V25, the analysis will be descriptive using measures of central tendency and the inferential analysis will be in two moments, First, the normality test using the Kolmogorov-Smirnov test, a calculation that allows us to establish whether the data follow a normal distribution, the second moment will be at the time of the hypothesis test, following the normality patterns.

Keywords: “Self-care”, “adherence to treatment” “hypertensive crisis” “emergency service”

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

Es un problema de salud pública A nivel mundial, cuatro de cada cinco personas con hipertensión arterial no reciben un tratamiento adecuado, si los países logran ampliar la cobertura podrían evitarse 76 millones de muertes entre 2023 y 2050. Así como el incremento de las patologías crónicas, tales como enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares crónicas, entre otras, está determinado por los estilos de vida, la capacidad que tiene el individuo para comprometerse con su propio cuidado, y la adherencia a los tratamientos, tanto farmacológicos como no farmacológicos (1).

Los trastornos cardiovasculares son síntomas (marcas) propios de la actual sociedad (“moderna- postmoderna”), cuyos índices de morbi mortalidad van cada día en incremento, y son reconocidas como entidades crónicas y de lento desarrollo, éstas son producidas cuando confluye un número suficiente de factores desencadenantes o “factores de riesgo”. Por lo tanto, cobra importancia la capacidad que tiene el individuo de ser agente de su propio cuidado, como forma de promoción y prevención tanto de los factores de riesgo como de las enfermedades cardiovasculares (2).

La hipertensión arterial siempre ha sido un problema de salud mundial, con elevados costos en la población, constituyéndose el principal factor de riesgo para mortalidad por enfermedades cardiovasculares y enfermedades nefrológicas en todo el mundo, se estima que en el mundo hay 1280 millones de adultos de 30 a 79 años con hipertensión y que la mayoría de ellos (cerca de dos tercios) vive en países de ingresos bajos y medianos, según los cálculos,

el 46% de los adultos hipertensos desconocen que padecen esta afección, la hipertensión se diagnostica y trata a menos de la mitad de los adultos que la presentan (solo al 42%), apenas uno de cada cinco adultos hipertensos (el 21%) tiene controlado el problema (3).

Los pacientes con hipertensión arterial presentan dificultades para adherirse al tratamiento, debido a sus carencias económicas para cubrir los gastos en medicamentos; además, presentan dificultades para cambiar sus costumbres alimentarias y practica de ejercicios (4).

Información de hipertensión arterial en la provincia solo se refiere a población adulta mayor según el POI, 2018 del hospital de Barranca. De acuerdo al INEI 2019, la prevalencia de hipertensión en la Región Lima fue de 20,0-24,4% en personas de 35 años a más; y para el 2021, la hipertensión arterial fue la décima causa de muerte en adultos mayores (ASIS; 2021) (5).

En pacientes con trastorno hipertensivo, el autocuidado se relaciona, especialmente, con lo que Dorothea Orem categoriza como aquellos comportamientos que se ponen en práctica cuando ocurre una desviación de la salud, estos contemplan la búsqueda de ayuda médica, el reconocimiento de signos y síntomas, la adhesión al tratamiento, la aceptación del propio estado de salud, y el aprendizaje que requiere convivir con una patología crónica (6).

A pesar de la “gran difusión de información y recomendaciones que se entregan en los servicios de salud, y a través de los medios de comunicación masivos, aún persiste una baja adherencia a estilos de vida saludables en la población. Las enfermedades crónicas que

dependen de los estilos de vida siguen constituyendo el principal problema de salud pública en las Américas (7)

Estudios de metaanálisis revelan que el nivel de autocuidado de la HTA es deficiente, aunque ha mejorado en los últimos años, esto es mejor en las poblaciones urbanas y en general, peor que en otras ciudades latinoamericanas, de igual forma, aunque el control de la HTA ha mejorado, es insuficiente y por debajo de otros países latinoamericanos, finalmente, es posible que la adherencia al tratamiento sea peor en provincias (8).

Esta falta de adherencia terapéutica debe ser considerada como un grave problema de salud pública dada su alta prevalencia, su relación directamente proporcional con una peor evolución de la enfermedad y el incremento del riesgo de morbimortalidad (9).

Todo ello repercute en la disminución de la calidad de vida del paciente y en el impacto económico que ello conlleva para el sistema sanitario. Estos costos sanitarios asociados a los pacientes con poca adherencia son considerablemente mayores por el aumento de las visitas a centros de salud, urgencias y hospitalizaciones (10).

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la relación que existe entre el autocuidado y la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva en el servicio de emergencias de un Hospital público Barranca, 2023?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es la relación que existe entre el autocuidado según su dimensión alimentación y la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva?
- ¿Cuál es la relación que existe entre el autocuidado según su dimensión actividad física y la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva?
- ¿Cuál es la relación que existe entre el autocuidado según su dimensión adherencia al tratamiento y la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva?
- ¿Cuál es la relación que existe entre el autocuidado según su dimensión situaciones estresantes y la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva?
- ¿Cuál es la relación que existe entre el autocuidado según su dimensión hábitos dañinos y la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva?
- ¿Cuál es la relación que existe entre el autocuidado según su dimensión control de la presión arterial y la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva?

1.3. Objetivos de la Investigación

1.3.1. Objetivo General

Determinar la relación que existe entre el autocuidado y la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar la relación que existe entre el autocuidado según su dimensión alimentación y la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva.
- Identificar la relación que existe entre el autocuidado según su dimensión actividad física y la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva.
- Identificar la relación que existe entre el autocuidado según su dimensión adherencia al tratamiento y la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva.
- Identificar la relación que existe entre el autocuidado según su dimensión situaciones estresantes y la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva.
- Identificar la relación que existe entre el autocuidado según su dimensión hábitos dañinos y la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva.
- Identificar la relación que existe entre el autocuidado según su dimensión control de presión arterial y la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Justificación Teórica

El estudio persigue el descubrimiento de nuevos conocimientos que contribuyan al estudio y análisis más profundo de autocuidado en pacientes con enfermedades crónicas desde la mirada **de Orem**, y tomando en consideración su relación con la adherencia al tratamiento como una conducta de cumplimiento terapéutico, además se tendrá en cuenta los postulados del modelo de la promoción de la salud de Nola Pender.

En consecuencia, los resultados del estudio tributarán hacia el fortalecimiento y el desarrollo del conocimiento sobre el autocuidado y la adherencia en pacientes con problemas hipertensivos, así mismo los resultados de la investigación aportarán con el desarrollo de la literatura científica y el fortalecimiento de las líneas de investigación de nuestra universidad.

1.4.2. Justificación Metodológica

Los resultados del estudio servirán de referencia a futuras investigaciones, así mismo tributará en el fortalecimiento de la línea de investigación de nuestra universidad, además los instrumentos de recolección de datos servirán para el desarrollo de estudios de similar naturaleza en otros escenarios.

1.4.3. Justificación Práctica

La justificación práctica del estudio permite evidenciar que la investigación tendrá una utilidad real en el ámbito de la salud, se sustenta en el impacto y la posibilidad de cambio que trae consigo los resultados, bajo esa mirada los resultados permitirán identificar necesidades

específicas de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial para perfilar mejor la oferta de servicios en los diferentes hospitales del Perú.

La relevancia del estudio se sustenta en el impacto que genera el estudio del autocuidado en pacientes con crisis hipertensiva debido a que se identificarán limitaciones en el autocuidado y la adherencia, datos que serán relevantes para sentar las bases de los programas de autocuidado en población hipertensa.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

La circunscripción del estudio se desarrollará en un tiempo determinado, por tratarse de un estudio prospectivo, la recolección de datos se efectuará en los meses de enero a marzo del 2024.

1.5.2. Espacial

El estudio se desarrollará en el área de emergencia de un Hospital público de Barranca, ubicado en el distrito y provincia de Barranca, departamento de Lima.

1.5.3. Población u unidad de análisis

Está conformado por pacientes con crisis hipertensiva.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

INTERNACIONALES

Alvarado (11), en 2022 en México desarrolló un estudio con el objetivo de “determinar la relación entre la adherencia terapéutica y el autocuidado con la calidad de vida del paciente con cardiopatía”. Metodología: estudio correlacional, prospectivo y transversal, con una muestra de 101 pacientes, usó como instrumento el cuestionario SF-36; Self-Care Agency Scale y Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8). Resultados: el 93% tiene una percepción de mejor CVRS, el 65% mostró baja AT y el 35% media adherencia, en el aspecto de autocuidado 69% mostró buena agencia de autocuidado y 30% regular. Conclusión: El autocuidado se correlaciona con CVRS ($r=0.447$, $p=0.000$).

Becerra (12) en el 2021 en México, publicó un estudio con el objetivo de “conocer la adherencia terapéutica del paciente y el autocuidado del paciente con hipertensión arterial sistémica en la unidad de medicina familiar”. Metodología estudio cuantitativo observacional, descriptivo, transversal, con una muestra de 336 pacientes, sus resultados muestran la adherencia al tratamiento obtuvo una media de 76.4 puntos \pm 8.6, el 89.6% mostró una alta adherencia al tratamiento y el 10.42% una adherencia moderada. Conclusión: se establece una relación significativa y directa entre la adherencia terapéutica del paciente y el autocuidado del paciente con hipertensión arterial.

Hernández (13) en el 2021, en Cuba, desarrolló un estudio con el objetivo de “determinar el nivel de adherencia terapéutica y autocuidado en pacientes con

hipertensión arterial en un establecimiento de salud privado”. Metodología: estudio descriptivo transversal, con una muestra de 22 pacientes, como instrumento usaron en test de test de Morisky-Green-Levine y como técnica la encuesta, sus resultados indican: la adherencia al tratamiento fue de 47,50 %, la mayor adherencia se situó en el grupo etáreo de 65 años y más, del sexo femenino con un 31,3 % y el nivel preuniversitario en el 17,5 %, el 39,40 % de adherencia estuvo representada por el esquema terapéutico de monoterapia, el olvido y el sentirse mejor fueron los motivos más frecuentes de no adherencia en un 41,0 y 27,0 %, respectivamente. Conclusión: el nivel de adherencia terapéutica y autocuidado en pacientes con hipertensión arterial tienen relación directa estadísticamente significativa.

NACIONALES

Guerrero (14) en el 2022 en Piura desarrolló un estudio con el objetivo: determinar la relación entre los estilos de vida y el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público, siguiendo una metodología de un estudio cuantitativo no experimental, descriptivo correlacional de corte transversal, con una población de 100 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, los resultados indican: el 61% presentaron un autocuidado medio, el 17% alto y el 14% bajo. Concluyendo que existe relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida y el autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial.

Chagua (15) en el 2021 en Lima, publicó una investigación con el objetivo de “determinar la relación del autocuidado y tratamiento regular en pacientes adultos con hipertensión arterial y su cumplimiento terapéutico” Metodología: estudio de enfoque

cuantitativo correlacional, diseño no experimental y de corte transversal, en una población de 50 pacientes con HTA, sus resultados indican: el 40% de los adultos evidencian un autocuidado poco saludable; según dimensiones, el porcentaje más alto en alimentación es el 44% saludable. Conclusión: se ha establecido relación positiva entre el autocuidado en pacientes adultos con hipertensión arterial y su cumplimiento terapéutico.

Valdiviezo (16) en el 2020 en Lambayeque desarrolló un estudio con el objetivo de “determinar la asociación del autocuidado y el tratamiento farmacológico en pacientes adultos con hipertensión arterial”. Metodología: fue un estudio descriptivo, con enfoque cuantitativo, diseño no experimental y de corte transversal, cuya muestra estuvo integrado por 50 adultos con HTA, sus resultados indican que el nivel de la capacidad de agencia de autocuidado de los adultos hipertensos encuestados, fue alta (58.4%); así mismo, se identificó que las dimensiones con un alto nivel fueron, los componentes de poder, con un 78.8%, seguido de las capacidades fundamentales (64.2%), mientras que el 64.2% obtuvo un nivel medio con respecto a dimensión capacidad para operacionalizar el autocuidado. conclusión: se ha procedido a determinar la asociación del autocuidado y el tratamiento farmacológico en pacientes adultos con hipertensión

Mayta (17) el año 2018 en Arequipa desarrolló un estudio con el objetivo de “Determinar la relación entre el conocimiento de hipertensión arterial y el autocuidado en pacientes hipertensos del club de adulto mayor del centro de salud Hunter Arequipa 2017”. Metodología: Fue un estudio de tipo cuantitativo de nivel descriptivo correlacional y de corte transversal con una muestra de 70 adultos mayores con HTA, a quienes se les aplicó una encuesta empleando dos cuestionarios para medir cada una de las variables, sus resultados indican que el 57% de pacientes tenían un nivel de autocuidado medio, y el 14% autocuidado en nivel alto. Conclusiones: existe relación significativa, entre el conocimiento de hipertensión arterial y el autocuidado.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. AUTOCUIDADO

2.2.1.1 Definición

Autocuidado se define como “aquellas actividades que realizan los individuos, las familias o las comunidades, con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad, limitarla cuando existe o restablecerla cuando sea necesario” (18).

Para Shegall es la asistencia sanitaria, el autocuidado o cuidado personal es cualquier acción reguladora del funcionamiento del ser humano que se encuentra bajo el control del propio individuo, realizada de forma deliberada y por iniciativa propia (19).

El autocuidado considerado todas las acciones o actividades que realizan las personas en forma voluntaria para mantener la salud y el bienestar en los diferentes roles que desempeña y especialmente cuando se enfrenta a una enfermedad crónica como la Hipertensión arterial. La hipertensión arterial es un problema en la salud de las personas la cual va generando pérdida de años de vida saludable y años productivos, generalmente produce incapacidad física, altos costos para el individuo y las instituciones de salud (20).

2.2.1.2 Teoría del autocuidado

Dorothea E. Orem presenta su teoría del déficit de autocuidado como una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas entre sí: Teoría de autocuidado, teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería (20).

Para Orem, “enfermería “debe identificar las capacidades potenciales de autocuidado del individuo para que ellos puedan satisfacer sus necesidades de autocuidado con el fin de mantener la vida y la salud, recuperarse de los daños y de la enfermedad y manejarse con sus

efectos. El foco de enfermería es identificar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado” de los pacientes. La meta es eliminar este, de tal forma que se cubran los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones” en la salud (21).

La enfermería desde sus inicios se ha considerado como un producto social vinculado al arte de cuidar, por lo que responde a la necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí misma o a las personas, que dependen de ellas la calidad y cantidad de cuidados para mantener la vida, identificando los problemas de salud y las necesidades reales y/o potenciales de la persona, familia y comunidad que demandan cuidados, generando autonomía o dependencia como consecuencia de las actividades que asuma el enfermero (22).

2.2.1.3. Evolución histórica

El autocuidado es un concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar (23).

2.2.1.4 Definición conceptual de teoría del autocuidado

Desde la “enfermería, el autocuidado tiene una fuerte influencia del trabajo realizado por Orem”, quien "justifica" la participación profesional de la enfermera en situaciones en que la persona no puede cuidar su salud por sí misma, o no está motivada para hacerlo. Para la

autora, el autocuidado es el repertorio más básico del cuidado de la salud y define el término como: “el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior” (24).

El autocuidado es un “concepto introducido por Dorothea E Orem en 1969, el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud” o bienestar (25).

2.2.2.5 Dimensiones de autocuidado

Alimentación: La alimentación juega un papel fundamental en la prevención y el control de la hipertensión, una alimentación equilibrada, combinada, adecuada a las características de cada persona, puede solucionar muchos problemas de hipertensión arterial. Alimentos ricos en potasio el potasio contrarresta al sodio, ayuda a eliminar el agua sobrante del organismo y reduce la presión arterial (26).

Actividad física: Las personas sedentarias tienen una mayor incidencia de enfermedad coronaria en comparación con quienes hacen ejercicio físico habitual moderado. Realizar ejercicios físicos como pasear correr moderadamente, nadar si fuera posible o ir de bicicleta durante 30-45 minutos como mínimo 3 veces por semana (27).

Adherencia al tratamiento: La “consecuencia de la falta de adherencia al tratamiento de forma correcta se debe a que no existe un control de la enfermedad dando lugar a complicaciones, incrementando el número de visitas al médico, mayor cantidad de hospitalizaciones, requiriendo exámenes complementarios, ocasionado un gasto adicional al sistema de salud público afectando la calidad y expectativa de vida” de los pacientes (28).

Situaciones estresantes: Es una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante o de demanda (29).

Hábitos dañinos: Los "cambios en los estilos de vida se refieren a prácticas cuyos procesos sociales son complejos, dinámicos, cambiantes" y móviles. Es importante señalar que dentro de las patologías cardiovasculares se encuentra la hipertensión arterial, la cual es una enfermedad prevenible adquirida; "siendo el control, el cambio de los hábitos de vida, al hablar de estilo de vida saludable, nos referimos a comportamientos que disminuyen los riesgos de enfermar, tales como: un adecuado control y tratamiento de las tensiones y emociones negativas, un buen régimen de ejercicios, sueño y distracción; así como el control sobre el consumo sustancias como la cafeína, nicotina" y alcohol (30).

Control de presión arterial y peso: Es la medición de la presión máxima y mínima que ejerce la sangre sobre la pared de las arterias, en el momento de la sístole y diástole respectivamente (31).

2.2.2 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

2.2.2.1 Definición

La adherencia terapéutica es parte del comportamiento implicado en la salud y la responsabilidad de los individuos con el cuidado y mantenimiento de la misma; por lo que se hace hincapié en diferenciar entre adherencia y cumplimiento al tratamiento, pues la primera requiere la aprobación y participación del paciente en el proceso de elaboración de las recomendaciones, proyectando al paciente como socio activo de los médicos en el proceso de atención (32).

En el año 2003 la OMS definió el término adherencia como «el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario», es decir define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo (33).

Esta definición se basa en la propuesta por Haynes et al del año 1976 para el término cumplimiento, aunque la principal diferencia es que la adherencia requiere el consentimiento del paciente con las recomendaciones recibidas, y expresa una colaboración activa entre el profesional sanitario y el paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud (34).

Por el contrario, el término cumplimiento implica una conducta de sumisión y obediencia a una orden, propia de una relación paternalista entre los profesionales de la salud y el paciente. Esta falta de participación del paciente en la definición podría justificar el desuso del término cumplimiento en favor del de adherencia, pero en la práctica ambos términos continúan utilizándose de manera indistinta (35).

La adherencia se “da teniendo en cuenta las barreras promotoras de la salud, las cuales se definen como “aquellas conductas iniciadas por una persona para mantener o aumentar el bienestar óptimo y la autorrealización en la satisfacción personal. Hace referencia al cumplimiento a una diversidad de conductas en la unión de ideas propias, por la fuerza de trabajo y la capacidad intelectual para apoyar y compartir el propósito perseguido, o una idea que puede ser voluntaria o compulsiva. También se refiere a la percepción que tienen los profesionales sobre los riesgos a los que están expuestos y de la susceptibilidad al desarrollo de enfermedades” infecciosas (36).

2.2.1.3 Modelo de promoción de la salud

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla y así tener un equilibrio, El Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Nola Pender, es ampliamente utilizado por los profesionales de enfermería, ya que permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables y evaluar la integración de las conductas destinadas a mejorar la adherencia, esta conducta permite crear comportamientos de autocuidado, ya que el individuo aprende a cuidarse (37).

Dimensiones de la adherencia al tratamiento

Cumplimiento terapéutico: es la ejecución por la persona de las indicaciones médicas prescritas, es el grado con que se cumplen las recomendaciones médicas, ya sea las dosis de los fármacos como las revisiones: Toma los medicamentos en el horario establecido, se toma todas las dosis indicadas, cumple las indicaciones relacionadas con la dieta, asiste a las consultas de seguimiento programadas (38).

Implicancia personal: Es la búsqueda por el paciente de estrategias para garantizar el cumplimiento de las prescripciones con la ejecución de los esfuerzos necesarios: Realiza los ejercicios físicos indicados, acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria, cumple el tratamiento sin supervisión de su familia o amigos, lleva a cabo el tratamiento sin realizar grandes esfuerzos, utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento (39).

Relación médico - paciente: Es la relación de colaboración establecida entre el paciente y su médico para instaurar el tratamiento y elaborar la estrategia a seguir que garantice su cumplimiento y aceptación por ambos: Usted y su médico deciden de manera conjunta, el tratamiento a seguir. (40).

2.2.2.2 Aspectos clínicos de la hipertensión arterial

Con respecto al diagnóstico, se mantiene el umbral de 140/90 mmHg como definitorio de hipertensión arterial, se destaca la necesidad de conocer los valores de presión arterial fuera de la consulta, bien mediante monitorización ambulatoria o automedida o ambas, y se establece como prioritaria la estratificación del riesgo cardiovascular del paciente con hipertensión arterial (41).

La presión arterial (PA) elevada desde niveles superiores a 120/80 mmHg es el principal factor de riesgo de enfermedad y muerte en el mundo¹. La PA es una variable que se distribuye de forma aproximadamente normal o gaussiana en la población, mientras que la relación entre la PA y el desarrollo de enfermedad cardiovascular (ECV) es continua y lineal a partir de cifras > 115/75 mmHg (42).

La HTA se define como una PA elevada de forma mantenida. Las guías norteamericanas, propuestas por el *American College of Cardiology*, la *American Heart Association* y una serie de sociedades e instituciones relacionadas (ACC/AHA 2017), han definido HTA como unas cifras de PA iguales o superiores a 130/80 mmHg^{11,12}. Sin embargo, en Europa las guías ESC/ESH 2018 han mantenido el umbral definitorio de HTA en 140/90 mmHg (43).

Tratamiento

Las bases terapéuticas de la HTA son las modificaciones del estilo de vida (tratamiento no farmacológico) y el tratamiento farmacológico. Las modificaciones en el estilo de vida constituyen la base del tratamiento de la HTA en particular, y de la prevención cardiovascular en general. Sin embargo, la mayoría de los pacientes necesitarán además tratamiento farmacológico (44).

La evidencia acerca de la eficacia del tratamiento farmacológico en reducir la morbimortalidad relacionada con la HTA está avalada por el mayor número de ensayos clínicos

aleatorizados de la medicina clínica. El tratamiento de la HTA se ha considerado como uno de los grandes avances de la medicina de las últimas décadas (45).

Los metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados que han incluido cientos de miles de pacientes han indicado que una reducción de 10 mmHg en la PA sistólica o de 5 mmHg en la PA diastólica conlleva una reducción en torno a un 10-15% en la mortalidad, un 20% en complicaciones cardiovasculares mayores, un 35% en ictus, el 40% en insuficiencia cardiaca y un 20% en eventos coronarios. Estas reducciones de riesgo se han observado de forma consistente e independiente en cualquier grado de HTA, en cualquier grado de riesgo cardiovascular (RCV), y en cualquier edad, sexo, raza o comorbilidad (46).

Las modificaciones del estilo de vida eficaces para controlar la HTA son la reducción del contenido de sal en la dieta, el control del exceso de peso, la práctica de ejercicio físico, el seguimiento de una dieta saludable, no fumar y eliminar o restringir el consumo de alcohol. Estos cambios en el estilo de vida no son solo eficaces como tratamiento antihipertensivo, sino que constituyen medidas de prevención cardiovascular y de enfermedad en general (47).

Tratamiento farmacológico

La mayoría de los pacientes con HTA requieren tratamiento farmacológico, además de las modificaciones del estilo de vida. Al igual que en recomendaciones precedentes, las guías europeas ESC/ESH 2018 continúan considerando como primera línea para el tratamiento antihipertensivo a cinco tipos de fármacos: Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA), Antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA II), Beta bloqueadores (BB), Calcio antagonistas (CA), y Diuréticos. (48).

Entre estos últimos se recomiendan de forma preferente los diuréticos tiazídicos y similares a tiazídicos como Clortalidona o Indapamida. La eficacia de estos cinco grupos de fármacos para reducir la PA y para reducir la morbimortalidad asociada a la HTA ha sido demostrada de forma indiscutible en múltiples ensayos clínicos y metaanálisis (49). El debate acerca de qué tipo

concreto de fármaco ha de constituir la primera elección ha ido perdiendo fuerza con base en dos hechos evidentes como son que el beneficio del tratamiento se basa en la reducción en sí de la PA y que una amplia mayoría de pacientes hipertensos necesitan una combinación de fármacos para conseguir el control adecuado (50).

Crisis hipertensiva.

Es aquella elevación aguda de la PA que motiva una consulta médica urgente, con cifras de PA diastólica superior a 120 mmHg y/o PA sistólica por encima de 210 mmHg. Este término, a su vez, engloba a otros dos (49)

Emergencia hipertensiva. En ella la elevación tensional se acompaña de alteraciones en los órganos diana (corazón, cerebro, riñón) de forma aguda, de modo que conlleva un compromiso vital inmediato y, por tanto, obliga a un descenso de las cifras tensionales en un plazo máximo de una hora mediante medicación parenteral (49).

Urgencia hipertensiva. Aquí la elevación tensional no se acompaña de lesiones que comprometen la vida de forma inmediata y, por tanto, permite que pueda corregirse de forma gradual en un período de 24-48 h con antihipertensivos administrados por vía oral. Incluimos aquí todas las elevaciones bruscas de la PA diastólica por encima de 120 mmHg que son asintomáticas o tienen una sintomatología leve e intrascendente, la hipertensión pre y postoperatoria y la de los pacientes trasplantados (49).

2.3. HIPÓTESIS

2.3.1. Hipótesis General

H1: Existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado y la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva en el servicio de emergencias de un Hospital público Barranca, 2023.

2.3.2. Hipótesis Específicas

- Existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado según su dimensión alimentación y la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva.
- Existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado según su dimensión actividad física y la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva.
- Existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado según su dimensión adherencia al tratamiento y la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva.
- Existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado según su dimensión situaciones estresante y la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva
- Existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado según su dimensión hábitos dañinos y la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva.
- Existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado según su dimensión control de la presión arterial y la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la Investigación

Para el desarrollo de la presente investigación se empleará el **método hipotético - deductivo**, dado que se describirá la realidad partiendo de la observación, y luego de va a explicar la realidad a partir de la lógica y concluir con las ideas en base a los datos observados (53).

3.2. Enfoque de la investigación

Se usara el **enfoque cuantitativo**; La investigación cuantitativa busca medir un fenómeno, cuantificar, expresar en cifras, los parámetros estudiados en una población, Estas cifras pueden ser resultados descriptivos o comparativos, o pueden ser objeto de análisis estadísticos para establecer si existen vínculos significativos entre determinados parámetros estudiados, además el procesamiento de los mismos será en los paquetes estadísticos accesibles y pertinentes, como es el SPSS-v24 y el Excel (54).

3.3. Tipo de investigación

La investigación es **aplicada** por que busca la generación de conocimiento con aplicación directa a los problemas de la sociedad o el sector productivo. Esta se basa fundamentalmente en los hallazgos tecnológicos de la investigación básica, ocupándose del proceso de enlace entre la teoría y el producto (56).

3.4. Diseño de la investigación

La investigación es de diseño observacional, descriptivo, correlacional, prospectivo y transversal.

Es de tipo **observacional**, porque la investigación se realizará sin manipular deliberadamente las variables, se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos (55).

Es **descriptiva** porque se centra en caracterizar un fenómeno (exposición a factores de riesgo); Correlacional: evalúa el grado de relación que existe entre dos o más conceptos o variables en un contexto particular (factores o determinantes de riesgos y la patología músculo-esquelética) (56) (57).

Es **correlacional** por que permitirá establecer la relación entre las variables de estudio (58).

3.5. Población, muestra y muestreo

Población. Estará integrada por los pacientes que ingresan al servicio de emergencia de un hospital de Barranca, por presentar cuadros de crisis hipertensiva en el periodo de enero – julio 2024, según los reportes del área de estadística e informática de un hospital público de Barranca durante el año 2023 en el mismo periodo ingresaron 87 pacientes de diferentes edades con crisis hipertensiva.

Muestra: Debido al porte muestral reducido, y considerando la amplitud de los resultados se tiene por considerado aplicar el muestro censal, es decir se considera al total de la población como muestra (57).

Criterios de inclusión:

- Paciente adulto que ingresa al servicio de emergencia con crisis hipertensiva.

- Paciente que haya permanecido como mínimo 3 horas en el servicio de emergencia en observación
- Paciente con diagnóstico de hipertensión arterial que lleva tratamiento mayor a meses.
- Pacientes que aceptan firmar el consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Pacientes que se nieguen a participar en el estudio.
- Pacientes con hipertensión arterial que nunca recibieron tratamiento.
- Pacientes que se niegan a firmar el consentimiento informado.

Muestreo: Se realizará el muestreo no probabilístico según conveniencia de criterios.

3.6. Variables y Operacionalización

Variable 1. *Autocuidado*

Operacionalización de variables

Variable 1: Autocuidado

Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	N° ítems	Escala de medición	Escala valorativa Rangos (Niveles o rangos)
Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su salud o bienestar (58).	Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o el entorno; sus dimensiones son alimentación, actividad física, adherencia al tratamiento, hábitos dañinos, Control de presión arterial dañinos, control de presión arterial (28).	Alimentación	Balanceda Horario Hidratación Baja en sal	1,2,3,4.	Ordinal	Capacidad de autocuidado:
		Actividad física	Camina Corre Natación	4,6,7		Baja 17-28
		Adherencia al tratamiento	Control de enfermedad Cumpliment o de horario Cumpliment o de indicación	8,9,10	Media 29 – 56	
		Situaciones estresantes	Recreación Pausa activa Tiempo de ocio	11,12,13.	Alta 57 – 85	
		Hábitos dañinos	Sueño Emociones negativas Consumo de psicoestimulantes	14. 15		
		Control de presión arterial	Evaluación a horario Equipo calibrado Reposo.	16,17.		

Variable 2. *Adherencia al tratamiento*

Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	N° ítems	Escala de medición	Escala valorativa Rangos
La OMS define como el grado en el que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas con el profesional sanitario (33)	Consentimiento del paciente con las recomendaciones recibidas, y expresa una colaboración activa entre el profesional sanitario y el paciente en la toma de decisiones que afectan a su propia salud. sus dimensiones son: cumplimiento, terapéutico, implicancia personal, relación médico paciente	Cumplimiento terapéutico	- Toma los medicamentos en el horario establecido.	1,2,3,4,5,6.	Ordinal	Saludables: 12- 24
			- Se toman todas las dosis indicadas.			
		Implicancia personal	- Cumple las indicaciones relacionadas con la dieta	13,14,15,16,17,18		
			- Asiste a las consultas de seguimiento o programadas			
			- Realiza los ejercicios físicos indicados			
			- Acomoda sus horarios de medicación, a las actividades de su vida diaria			
			- Cumple el tratamiento o sin supervisión de su familia o amigos			

- Lleva a cabo el tratamiento o sin realizar grandes esfuerzos
 - Utiliza recordatorios que faciliten la realización del tratamiento o
 - Usted y su médico, deciden de manera conjunta, el tratamiento o a seguir.
- Relación médico paciente 19,20,21, 22,23,24
-

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica:

Es la forma como se aplican los instrumentos para la recolección de los datos. La técnica a usarse será la **encuesta autoadministrada** (53)(54), en el área de estudio, en horas de 8.00 am – 11 am, en los ambientes de emergencia de un Hospital público de Barranca.

3.7.2. Descripción de instrumentos

Instrumentos: Para estudios prospectivos que toman como fuente de información al sujeto de estudio se usan instrumentos que permitan conocer el estado inmediato del comportamiento de las variables, en este caso usaremos dos cuestionarios tipo Likert (conocido también como escala de Likert) el mismo que han sido diseñado según las dimensiones de las variables para estudios previos y poseen valides y confiabilidad comprobados en reiterados estudios (55)(56).

Los instrumentos a emplearse serán dos cuestionarios *Gold estándar* en la práctica de enfermería.

Instrumento para la variable adherencia

El cuestionario de “Factores que miden la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular”, fue creado en Bogotá Colombia por Bonilla y de Reales en el 2006, con 72 ítems (57).

Posteriormente, el instrumento pasó por dos versiones que redujeron el número de ítems a 62 en el 2007 y 53 ítems en el 2008, este último fue modificado por Zambrano et al., en el 2012 quien redujo el instrumento a cuatro dimensiones, la cuarta versión, realizada por Ortiz en el 2010, compila el instrumento a 24 ítems, agrupados en tres dimensiones: Cumplimiento terapéutico, implicancia personal y relación médico – paciente (57).

Instrumento para la variable autocuidado

Cuestionario de agencia de autocuidado usado para evaluar la Capacidad de Agencia de Autocuidado en Pacientes con Hipertensión arterial, fue elaborado por Achury et al. en el 2009. Agrupados en seis dimensiones: Alimentación con 5 ítems (1 al 4), Actividad física, adherencia al tratamiento, situaciones estresantes, hábitos dañinos y control de la presión arterial. Puntuación: 1 es nunca, 2 es casi nunca, 3 es a veces. 4 es casi siempre,

5 es siempre. (58).

Está conformado por 17 ítems de tipo cerrada, con una escala sumativa tipo Likert que consta de cinco opciones de respuesta y los autores, determinaron mediante escala categórica la clasificación de autocuidado: capacidad de autocuidado baja de 17-28 puntos, media de 29 – 56 puntos, alta cuando alcanza de 57 – 85 puntos.

3.7.3. Validación

a. Validez: Es el grado en que un instrumento mide lo que debe medir (59)(60).

Cuestionado de “Adherencia al tratamiento farmacológico”: Validez facial y de contenido (revisión de ítems, Nunally): Como parte del primer estudio dedicado a la construcción del instrumento, se hizo la revisión de éste por parte de 5 expertos en cuidado de pacientes con factores de riesgo cardiovascular, fueron evaluados por enfermeras docentes del área y enfermeras de servicio con experiencia de varios años en este campo, a quienes se les se solicitó la revisión del instrumento en relación a la pertinencia y la relevancia de las dimensiones y los ítems en ellas ubicados. Para este fin, se estableció para la validez de contenido un valor de aceptación de los ítems igual o superior a 0.80 (57).

Cuestionario de agencia de autocuidado: El análisis psicométrico de este estudio mostró un índice de confiabilidad para el cuestionario total de 0,75, el cual se considera adecuado; a pesar de que el resultado del análisis factorial mostró que las dimensiones propuestas por los autores no se ajustan a los factores obtenidos por el método de extracción de componentes principales (56).

3.7.4 Confiabilidad: Grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes. Es decir, en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce resultados iguales (59)(60).

Cuestionado de “Adherencia al tratamiento farmacológico”: Para el cuestionario original fue de confiabilidad alta según Alfa de Crombach de

0.82 y el instrumento modificado de 24 ítems con una confiabilidad también alta según Alfa de Crombach de 0.84 (57).

Cuestionario de agencia de autocuidado: mostró un índice de confiabilidad para el cuestionario total de 0,75, esto indica que el cuestionario tiene una alta confiabilidad (58).

3.8. Plan de Procesamiento y análisis de datos

Procedimiento de recolección de datos

Se llevará a cabo previa autorización del comité de ética en investigación de la Universidad Norbert Wiener, y la facultad de enfermería.

Se solicitará el acceso a área de estudio, previa emisión de la carta de presentación de la Universidad Norbert Wiener.

La recolección de datos será en el horario de 8.00 am – 12.00 m, los días de lunes a viernes hasta completar la muestra requerida.

Procesamiento estadístico y análisis de datos

Los datos serán registrados mediante un procedimiento de codificación a un programa denominada SPSS-V25, donde se agruparan las variables, para su presentación en tabas y gráficos,

Los datos numéricos serán expresados en medias y desviación estándar, los datos de las variables cualitativas serán expresados en proporciones y porcentajes, para establecer la relación entre variables se empleará el test de Chi cuadrado, las asociaciones serán consideradas significativas cuando $p < 0.05$, estos

procedimientos serán efectuados en el programa SPSS- V25 y el programa Excel de Microsoft.

3.9. Aspectos éticos

Durante el desarrollo del proyecto, se ha considerado respetar irrestrictamente los principios bioéticos, los convenios y tratados internacionales de ética en la investigación, además del respeto a la integridad científica, la autora se comprometen a respetar la dignidad y la integridad humana (64).

Se tendrá en cuenta las siguientes pautas éticas considerando lo propuesto por el CIOMS para estudios de investigación (65).

En todo momento se tendrá en consideración como prioridad el bienestar del sujeto, por ello la información obtenida será usada exclusivamente para efectos del proyecto de investigación (63).

Por ningún motivo la información obtenida por medio de los instrumentos pondrá en riesgo el equilibrio psicoemocional del sujeto de estudio, ni la intimidad ni otros derechos conexos (62).

El procedimiento de recolección de datos tiene carácter anónimo, los resultados del análisis documental serán manejados bajo estrictas medidas de confidencialidad y reserva, de ninguna manera se revelarán datos personales, antecedentes patológicos, ni información familiar de carácter íntimo, a menos que exista una evidencia de la comisión de algún delito, o se ponga en peligro la salud colectiva (64).

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1 Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2023			2024						
	OCT	NOV.	DIC.	ENE.	FEB.	MAR.	AGO.	SET.	OCT.	NOV.
Identificación del problema	■									
Revisión bibliográfica	■									
Elaboración de la situación problemática. Formulación del problema.		■								
Elaboración de los objetivos (General y específicos)		■								
Elaboración de la justificación (Teórica, metodológica y práctica)		■								
Elaboración de la limitación de la investigación (Temporal, espacial y recursos)		■								
Elaboración del marco teórico (Antecedentes, bases teóricas de las variables)			■							
Elaboración de la hipótesis (General y específicos)			■							
Elaboración de la metodología (Método, enfoque, tipo y diseño de la investigación)				■						
Elaboración de la población, muestra y muestreo.				■						
Definición conceptual y operacional de las variables de estudio.				■						
Elaboración de las técnicas e instrumentos de recolección de datos (Validación y confiabilidad)					■					
Elaboración del plan de procesamiento y análisis de datos.					■					
Elaboración de los aspectos éticos.					■	■				
Elaboración de los aspectos administrativos (Cronograma y presupuesto)					■	■				
Elaboración de las referencias según normas Vancouver.						■				
Elaboración de los anexos.						■				
Revisión Final de proyecto.						■	■	■		
Aprobación del proyecto.									■	
Aplicación del trabajo de campo.										■
Redacción del informe.										■

LEYENDA:

Actividades Cumplidas



Actividades por cumplir



4.2. Presupuesto

Tabla Presupuesto Detallado

	Rubros	Unidad	Cantidad	Costo (S/.)	
				Unitario	Total
Servicios	Computación Tipeo	Hoja	500	1.50	750
	Internet	Horas	400	2.00	800
	Encuadernación	Unidad	06	40.00	240
	Viáticos	Unidad	60	7.00	420
	Movilidad	Unidad	180	3.00	540
	Otros				200
	Sub-total				2950
Material	Papel bond	Millar	02	40.00	80
	Lapiceros	Unidad	06	3.00	18
	Archivadores	Docena	06	25.00	150
	Memoria USB	1	01	45.00	45
	Otros				300
	Subtotal				593

Tabla Presupuesto Global

N°	ÍTEM	Costo (S/.)
1	Servicios	2950
2	Recursos materiales	593
	Total presupuesto	3,243

5. REFERENCIAS

1. OMS. Enfermedades cardiovasculares. Nota descriptiva. [web site][visitado 24-12-23] URL disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
2. OPS. La Carga de Enfermedades Cardiovasculares. Nota descriptiva. [web site][visitado 24-12-23] URL disponible en: <https://www.paho.org/es/enlace/carga-enfermedades-cardiovasculares>
3. OMS. Hipertensión. Centro de prensa, Nota descriptiva. [web site][visitado 24-12-23] URL disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/hypertension#:~:text=Datos%20y%20cifras&text=Se%20estima%20que%20en%20el,desconocen%20que%20padecen%20esta%20afecci%C3%B3n.>
4. Salcedo A. Grados de riesgo para la adherencia terapéutica en los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial. [monografía en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/09/1392679/5394742011.pdf>
5. DIRESA – LIMA. Análisis Situacional de Salud 2021.
6. Autocuidado para el control de la hipertensión arterial en adultos mayores ambulatorios: una aproximación a la taxonomía NANDA-NOC-NIC. [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000300004
7. Fernández T. Reconocimiento del autocuidado como deber y corresponsabilidad de las personas que contribuye a la sostenibilidad del sistema de salud. [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en: https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/4741/1053803934_2020.pdf?sequence=5&isAllowed=y#:~:text=HISTORIA%20DEL%20AUTOCUIDADO O,-El%20siguiente%20cap%C3%ADtulo&text=Cuidarse%2C%20cuidar%20y%20ser%20cuidado,las%20personas%20y%20a%20los%20grupos.

8. Autoconocimiento, adherencia al tratamiento y control de la hipertensión arterial en el Perú: una revisión narrativa [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000300017
9. Factores asociados a la no-adherencia al tratamiento farmacológico antihipertensivo en pacientes de un hospital del seguro social. [artículo en línea][visitado 24-12-22] URL disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2227-47312021000400011&script=sci_arttext#:~:text=La%20falta%20de%20adherencia%20a,no%20controlada%20en%20la%20poblaci%C3%B3n.
10. Pagès-Puigdemont N, Manges MA, Masip M, Gabriele G, Fernández-Maldonado L, Blancafort S, et al. Patients' Perspective of Medication Adherence in Chronic Conditions: A Qualitative Study. *Adv Ther.* 2016;33(10):1740-54. doi: 10.1007/s12325-016-0394-6
11. Alvarado M. Amaya J. Relación entre la adherencia terapéutica y el autocuidado con la calidad de vida en pacientes con cardiopatía isquémica. [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en: <http://www.ciberindex.com/index.php/rmec/article/view/e28302>
12. **Becerra E.** Adherencia terapéutica del paciente y el autocuidado del paciente con hipertensión arterial sistémica en primer nivel de atención [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=100348>
13. Hernández L. Adherencia terapéutica y autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. [revista en Internet]. 2021 [citado 2022 Dic 26]; 11(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/973/2021>
14. Guerrero C. Autocuidado y el tratamiento en pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público. Piura, 2022. [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/6651>
15. Chahua S. Autocuidado tratamiento regular en pacientes adultos con hipertensión arterial, Centro de salud Base San Martín de Porres, 2021. [artículo en línea][

- visitado 24-12-23] URL disponible en:
<https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3162810>
16. Valdiviezo. Asociación del autocuidado y el tratamiento farmacológico de personas adultas con hipertensión arterial del Hospital I Agustín Arbulú Neyra – Ferreñafe. 2019 [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en:
<https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2801084>
17. **Mayta Y.** Relación entre el conocimiento de hipertensión y el autocuidado en pacientes hipertensos del centro de salud hunter. Arequipa 2017, [tesis en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en:
https://repositorio.uap.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/20.500.12990/3723/Tesis_Pacientes_Hipertensi%20n.pdf?sequence=1&isAllowed=y
18. Oltra S. El autocuidado, una responsabilidad ética. (Rev GPU 2013; 9; 1: 85-90). [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en:
https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2013/09/SANDRA-OLTRA-El_autocuidado.pdf
19. Segall A, Goldstein J. Exploring the Correlates of Self Provided Health Care Behaviour En Coburn, David; D'Arcy, Alex; Torrance, George Murray, eds. Health and Canadian Society: Sociological
20. Prado L. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>
21. Sillas D. Autocuidado, Elemento Esencial en la Práctica de Enfermería. atención [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en: <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf>
22. Montalvo-Perdomo S, Izquierdo-Medina R, Abascal-Ramos M, Martínez-Isaac JA, Corrales-Lagomacino BL. Aplicación de la teoría de Dorothea Orem a un paciente Laringectomizado a través del PAE. Revista de Ciencias.com 2016 [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en:
<http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEVEFYuuVFUSGkGEse.php>
23. Orem DE. Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. España; Ed Masson-Salvat Enfermería. 1993.

24. Felipe M, Nieves M de las. Variables predictoras de las conductas de autocuidado en las personas con diabetes tipo 2. 2014 [citado 21 de junio de 2020]; Disponible en: [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/40754>
25. Naranjo Hernández Y, Concepción Pacheco JA, Rodríguez Larreynaga M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gaceta Médica Espirituana. diciembre de 2017;19(3):89-100.
26. Rivera-Álvarez LN. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. Rev. salud pública. 2016
27. Higuera E. Posturas de autocuidado, relaciones y significado de la hipertensión arterial. [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en: <https://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/667/249>
28. Garces J. Adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en adultos mayores. [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en: https://www.revhipertension.com/rlh_5_2020/4_adherencia_tratamiento_hipertension.pdf
29. Molerio O. El estrés como factor de riesgo de la hipertensión arterial esencial. [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032005000100007
30. Nevado A, Bajo J, Benítez M, Dalfó-Baqué A, Egocheaga MI, Martín E. Hipertensión arterial (HTA). Estilos de vida y tratamiento no farmacológico. [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en: <https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2016/07/HTA-Estilos-de-vida-y-tratamiento-no-farmacologico.pdf>
31. Santisteban N. Algunos factores de riesgo de la Hipertensión Arterial en CMF. Trabajo de Grado. Santiago de Cuba; 2006.
32. Cancio C. Autocuidado: una aproximación teórica al concepto. [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/200>

33. World Health Organization: Adherence to long term therapies: evidence for action. [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42682?locale-attribute=es&>
34. R.B. Haynes. A critical review of the “determinants” of patient compliance with therapeutic regimens. *Compliance with therapeutic regimens*, pp.
35. A. López San Román. Treatment adherence, treatment adherence or treatment compliance?. *Rev Clin Esp*, 206 (2006), pp. 414. [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16863639/>
36. Roja J. Adherencia al tratamiento en personas con alteraciones cardiovasculares: Enfoques teóricos de enfermería. [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en: <https://culturacuidados.ua.es/article/view/2020-n56-adherencia-al-tratamiento-en-personas-con-alteraciones-cardiovasculares-enfoques-teoricos-de-enfermeria>
37. Pinargote r. Intervención de Enfermería en Pacientes con Hipertensión Arterial Fundamentado en la Teoría Nola Pender. [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en: <http://repositorio.unesum.edu.ec/handle/53000/3903>
38. P.K. Whelton, R.M. Carey, W.S. Aronow, D.E. Casey Jr., K.J. Collins, C. Dennison Himmelfarb, *et al.* 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension.*, 71 (2018), pp. e13-e11. [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en: <http://dx.doi.org/10.1161/HYP.0000000000000065>
39. P Whelton, R.M. Carey, W.S. Aronow, D.E. Casey Jr., K.J. Collins, C. Dennison Himmelfarb, *et al.* 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol.*, 71 (2018), pp. e127-e248. [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jacc.2017.11.006>
40. Centro Andaluz de Información de Medicamentos. Tratamiento de la hipertensión arterial: nuevas guías [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en: https://www.comcordoba.com/wp-content/uploads/2021/02/CADIME_BTA_2020_35_04.pdf
41. B. Williams, G. Mancia, W. Spiering, E. Agabiti Rosei, M. Azizi, M. Burnier, *et al.* 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The

- Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *Eur Heart J.*, 39 (2018), pp. 3021-3104
42. M. Brunstrom, B. Carlberg. Association of blood pressure lowering with mortality and cardiovascular disease across blood pressure levels: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med.*, 178 (2018), pp. 28-36. [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en: <http://dx.doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.6015>
43. B. Williams, G. Mancia, W. Spiering, F.E. Agabiti Rosei, M. Azizi, M. Burnier, *et al.* Guía ESC/ESH 2018 para el manejo de la hipertensión arterial. [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30165516/>
44. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *J Hypertens.*, 36 (2018), pp. 1953-2041. [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/HJH.0000000000001940>
45. H.R. Warren, E. Evangelou, C.P. Cabrera, H. Gao, M. Ren, B. Mifsud, *et al.* Genome-wide association analysis identifies novel blood pressure loci and offers biological insights into cardiovascular risk. *Nat Genet.*, 49 (2017), pp. 403-415. [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/ng.3768>
46. C. Thomopoulos, G. Parati, A. Zanchetti. Effects of blood pressure-lowering on outcome incidence in hypertension: 5. Head-to-head comparisons of various classes of antihypertensive drugs - overview and meta-analyses. *J Hypertens.*, 33 (2015), pp. 1321-134. [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/HJH.0000000000000614>
47. P. Ponikowski, A.A. Voors, S.D. Anker, H. Bueno, J.G.F. Cleland, A.J.S. Coats, *et al.* 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). Developed

- with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. Eur Heart J., 37 (2016), pp. 2129-2200. [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/eurheartj/ehw128>
48. Chayan M. Urgencias y emergencias hipertensivas. [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en: https://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/09/17_3_Para_saber_de.pdf
49. Delgado A. Manejo de las crisis hipertensivas. [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-manejo-crisis-hipertensivas-13045397>
50. Ortega J. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032018000300226#:~:text=Seg%C3%BAAn%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de,relacionados%20con%20el%20equipo%20sanitario.
51. Martín L, Bayarre H, Grau J. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012
52. Maldonado F. Prevalencia de adherencia terapéutica en pacientes hipertensos con el uso del cuestionario Martín-Bayarre-Grau. [artículo en línea][visitado 24-12-23] URL disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2016/af162d.pdf>
53. Hernández-Sampieri R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación, editorial Mc Graw Hill, 6ta edición Ciudad de México- 2014
54. Grove S, Gray J, Burns N. Investigación en Enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia, 6ta edición, Editorial Elseiver, Madrid- España. 2016.

55. Manterola et al. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. Revista Médica Clínica Las Condes <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300057>
56. Guadalupe S, Castillo R, et al. Enfermería investigativa, Universidad técnica de Ambato, [libro virtual] [visitado 20-01-23] disponible en URL: <https://fcs.uta.edu.ec/v3.2/investigacion/libros%20enfermeria/LIBRO%20ENFERMERIA%20INVESTIGATIVA.pdf>
57. Bonilla C, Gutiérrez de Reales E. Desarrollo y características psicométricas del instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Av.Enferm. 2014;32:53-62, [visitado 08-02-23] disponible en URL: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v32n1.46035>
58. Achury D. Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. [visitado 08-02-23] disponible en URL: <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145220480002.pdf>
59. Martínez M, Briones R, Cortez J. Metodología de la investigación para el área de la salud [libro virtual] [visitado 20-01-23] disponible en URL: <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookID=2448>
60. Hernández-Sampieri R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación, editorial Mc Graw Hill, 6ta edición Ciudad de México- 2014
61. Grove S, Gray J, Burns N. Investigación en Enfermería: Desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia, 6ta edición, Editorial Elseiver, Madrid- España. 2016.

62. Manterola et al. Metodología de los tipos y diseños de estudio más frecuentemente utilizados en investigación clínica. Revista Médica Clínica Las Condes [visitado 08-02-23] disponible en URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019300057>
63. Ojeda J. La ética en la investigación, (visitado 30/12/2021) URL disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/993/99318750010.pdf>
64. Mora L. Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en enfermería. (visitado 30/01/2021).

ANEXOS

Anexo 01: Matriz de consistencia

Título: Autocuidado y adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva en el servicio de emergencias de un Hospital público Barranca, 2023.

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Diseño metodológico
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Cuál es la relación que existe entre el autocuidado y la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva en el servicio de emergencias de un Hospital público Barranca, 2023?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la relación que existe entre el autocuidado y la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL</p> <p>Existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado y la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva en el servicio de emergencias en un Hospital público de Barranca ,2023.</p> <p>Hipótesis nula</p> <p>No existe relación estadísticamente significativamente entre el autocuidado y la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva en el servicio de emergencia de un Hospital nacional de Barranca, 2023.</p>	<p>VI: Autocuidado</p> <p>DIMENSIONES</p> <p>D1:Alimentación D2:Actividad física D3:Adherencia al tratamiento D4:Situaciones estresantes D5:Hábitos dañinos D6:Control de presión arterial</p>	<p>Tipo: Aplicada Enfoque: Cuantitativo Método: deductivo, Observacional, descriptivo, correlacional, transversal Prospectivo.</p>
<p>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</p> <p>1¿Cuál es la relación que existe entre el autocuidado según su dimensión alimentación con la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva?</p> <p>2¿Cuál es la relación que existe entre el autocuidado según su dimensión actividad física con la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva?</p> <p>3¿Cuál es la relación que existe entre el autocuidado según su dimensión adherencia al tratamiento con la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva?</p> <p>4¿Cuál es la relación que existe entre el autocuidado según su dimensión situaciones</p>	<p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</p> <p>1 Identificar la relación que existe entre el autocuidado según su dimensión alimentación con la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva.</p> <p>2 Identificar la relación que existe entre el autocuidado según su dimensión según actividad física con la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva.</p> <p>3 Identificar la relación que existe entre el autocuidado según su dimensión adherencia al tratamiento con la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva.</p> <p>4 Identificar la relación que existe entre el</p>	<p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS</p> <p>1 Existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado según su dimensión alimentación con la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva.</p> <p>2 Existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado según su dimensión según actividad física con la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva.</p> <p>3 Existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado según su dimensión adherencia al tratamiento con la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva.</p> <p>4 Existe relación estadísticamente significativa entre el</p>	<p>VD: Adherencia al tratamiento</p>	<p>POBLACION Y MUESTRA : 87 pacientes</p> <p>Muestreo: censal.</p> <p>TÉCNICA : Encuestas</p> <p>Instrumentos:</p> <p>1. Cuestionario de autocuidado</p>

<p>estresantes con la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva?</p> <p>5¿Cuál es la relación que existe entre el autocuidado según su dimensión hábitos nocivos con la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva?</p> <p>6¿Cuál es la relación que existe entre el autocuidado según su dimensión control de la presión arterial con la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva?</p>	<p>autocuidado según su dimensión situaciones estresantes con la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva.</p> <p>5 Identificar la relación que existe entre el autocuidado según su dimensión hábitos nocivos con la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva.</p> <p>6 Identificar la relación que existe entre el autocuidado según su dimensión control de la presión arterial con la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva.</p>	<p>autocuidado según su dimensión situaciones estresantes con la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva.</p> <p>5 Existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado según su dimensión hábitos nocivos con la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva.</p> <p>6 Existe relación estadísticamente significativa entre el autocuidado según su dimensión control de la presión arterial con la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva.</p>	<p>DIMENSIONES</p> <p>D1:Cumplimiento terapéutico D2:Implicancia personal D3:Relación médico paciente</p>	<p>2. Cuestionario de adherencia al tratamiento.</p>
--	---	---	--	--

ANEXO 2: INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION

CUESTIONARIO DE CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO (57)

(Achury et al.)

Estimado (a) el presente es un cuestionario que permite evaluar su nivel de autocuidado, para ello le solicitamos indicar su respuesta para cada ítem, considerando la escala propuesta:

Datos generales:

Edad: _____ sexo _____ antecedentes de HTA ___ en tratamiento: _____

Donde:

1 es nunca, 2 es casi nunca, 3 es a veces, 4 es casi siempre y 5 es siempre

Ítems	1	2	3	4	5
Siento que mi estado de ánimo me permite cuidarme					
Cuando duermo 6-8 horas diarias, me siento descansado					
Invierto tiempo en mi propio cuidado					
Considero importante realizar ejercicio					
Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad					
Considero que conozco cómo actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial					
Cuando inicio un nuevo medicamento solicito al profesional de enfermería que me proporcione información necesaria sobre la correcta administración					
Considero que la cantidad máxima de sal que puedo utilizar para todo el día en la					

preparación y consumo de alimentos son dos cucharaditas					
Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas					
Considero que el profesional de enfermería me escucha y aclara mis inquietudes					
Conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad					
Camino diariamente, como mínimo, 30 minutos					
Realizo cambios según las necesidades para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad					
Realizo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado					
Evalúo si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar y el de mi familia					
Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas					
Siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual					

Fuente: Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial
<https://www.redalyc.org/pdf/1452/145220480002.pdf>

CUESTIONARIO DE ADHERENCIA

(Bonillas y De Reales)

A continuación encuentra usted una serie de ítems que expresan aspectos o experiencias que influyen en que usted cumpla con los tratamientos que le formula el médico para su condición de salud actual y en que usted siga las recomendaciones que el personal de salud le hace sobre cambios en sus prácticas de la vida diaria para evitar complicaciones.

Marque por favor para cada ítem con una sola X en la columna que corresponde a la frecuencia con que ocurre cada evento en su situación en particular.

Donde: 1 es Nunca, 2 es A veces, 3 es Siempre.

ITEMS	Nunca	A veces	Siempre
Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas (alimentación, salud, vivienda, educación).			
Puede costearse los medicamentos.			
Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta.			
Los cambios en la dieta se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados.			
Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad			
Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento.			
Las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento.			
Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace			
Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico.			
Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias			

En el caso que usted fallara en su tratamiento, su médico y enfermera entenderían sus motivos.			
El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienden.			
El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando.			
Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos.			
Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento.			
Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas.			
Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas.			
Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento.			
Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento.			
Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo.			
Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse.			
Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.			
Cree que usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud.			

Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/21382/22352>

ANEXO 3: FORMATO DE VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO

Título de la investigación: Autocuidado y adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensiva en el servicio de emergencias de un hospital público Barranca, 2023.

Nombre del instrumento a evaluar: Cuestionario de autocuidado y adherencia al tratamiento.

Doctor/a/ Magister/ Licenciado

/a: _____

Se presenta a Ud. el cuestionario que contiene la lista de cotejo con los criterios para el análisis del instrumento de recolección de datos.

II.-DATOS DE LA VALIDACIÓN

Nº	PREGUNTAS	SI	NO	OBS
1	¿El instrumento de recolección de datos está orientado al problema de investigación?			
2	¿En el instrumento de recolección de datos se aprecia la variable de investigación?			
3	¿El instrumento de recolección de datos se facilitará el logro de los objetivos de investigación?			
4	¿El instrumento de recolección de datos se relacionarán con la variable en estudio?			
5	¿El instrumento de recolección de datos presentará cantidad de ítems apropiados?			
6	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es coherente?			
7	¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilitará el análisis y procesamiento de los datos?			
8	¿Del instrumento de recolección de datos Ud. eliminaría algún ítem?			
9	¿En el instrumento de recolección de datos Ud. agregaría algún ítem?			
10	¿El diseño de instrumento de recolección de datos será accesible a la población sujeto de estudio?			
11	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?			

Otros comentarios y/o sugerencias:

Atentamente,

Fecha: _____

.....
Firma y post firma del validador(a)

**REPORTE DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE CAPACIDAD DE
AGENCIA DE AUTOCUIDADO (Achury et al.)**

Nº	CRITERIOS	JUEZ I	JUEZ II	JUEZ III	JUEZ IV	JUEZ V	JUEZ VI
1	¿El instrumento de recolección de datos está orientado al problema de investigación?	1	1	1	1	1	1
2	¿En el instrumento de recolección de datos se aprecia la variable de investigación?	1	1	1	1	1	1
3	¿El instrumento de recolección de datos se facilitará el logro de los objetivos de investigación?	1	1	1	1	1	1
4	¿El instrumento de recolección de datos se relacionarán con la variable en estudio?	1	1	1	1	1	1
5	¿El instrumento de recolección de datos presentara cantidad de ítems apropiados?	1	1	1	1	1	
6	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es coherente?	1	1	1	0	1	1
7	¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilitara el análisis y procesamiento de los datos?	1	1	1	1	1	1
8	¿Del instrumento de recolección de datos Ud. Eliminaría algún ítem?	1	0	0	0	0	0
9	¿En el instrumento de recolección de datos Ud. Agregaría algún ítem?	0	1	0	0	0	0
10	¿El diseño de instrumento de recolección de datos será accesible a la población sujeto de estudio?	1	1	1	1	1	1
11	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?	0	1	1	0	1	1

LEYENDA: SI = 1

NO = 0

Coeficiente de validez: 0.75

**REPORTE DE VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO DE ADHERENCIA
(Bonillas y De Reales)**

N°	CRITERIOS	JUEZ I	JUEZ II	JUEZ III	JUEZ IV	JUEZ V	JUEZ VI
1	¿El instrumento de recolección de datos está orientado al problema de investigación?	1	1	0	1	1	0
2	¿En el instrumento de recolección de datos se aprecia la variable de investigación?	1	1	1	1	1	1
3	¿El instrumento de recolección de datos se facilitará el logro de los objetivos de investigación?	1	1	1	1	1	1
4	¿El instrumento de recolección de datos se relacionarán con la variable en estudio?	1	1	1	1	1	1
5	¿El instrumento de recolección de datos presentara cantidad de ítems apropiados?	1	1	1	1	1	
6	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es coherente?	1	1	1	0	1	1
7	¿El diseño del instrumento de recolección de datos facilitara el análisis y procesamiento de los datos?	1	1	1	1	1	1
8	¿Del instrumento de recolección de datos Ud. Eliminaría algún ítem?	1	0	0	1	0	1
9	¿En el instrumento de recolección de datos Ud. Agregaría algún ítem?	0	1	0	0	0	1
10	¿El diseño de instrumento de recolección de datos será accesible a la población sujeto de estudio?	1	1	1	1	0	1
11	¿La redacción del instrumento de recolección de datos es clara, sencilla y precisa para la investigación?	0	1	1	0	1	1

LEYENDA: SI = 1

NO = 0

Coeficiente de validez: 0.80

ANEXO 4: FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación en salud. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados.

Instituciones: Universidad Privada Norbert Wiener

Título del proyecto: autocuidado y adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensivas.

Nombre de la investigadora: Lic.Enf. María del Carmen Obregon Espinoza.

Propósito del estudio: Determinar si existe relación entre el autocuidado y la adherencia al tratamiento en pacientes con crisis hipertensivas en un hospital público barranca 2023.

Beneficios por participar: Tiene la posibilidad de conocer los resultados de la investigación por los medios más adecuados (de manera individual o grupal) que le puede ser de mucha utilidad en su actividad profesional.

Inconvenientes y riesgos: Ninguno, solo se le pedirá responder el cuestionario.

Costo por participar: Usted no hará gasto alguno durante el estudio.

Confidencialidad: La información que usted proporcione estará protegido, solo los investigadores pueden conocer. Fuera de esta información confidencial, usted no será identificado cuando los resultados sean publicados.

Renuncia: Usted puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin sanción o pérdida de los beneficios a los que tiene derecho.

Consultas posteriores: Si usted tuviese preguntas adicionales durante el desarrollo de este estudio o acerca de la investigación, puede dirigirse a, coordinadora de equipo.

Contacto con el Comité de Ética: Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al, Presidente del Comité de Ética de la, ubicada en la 4, correo electrónico:

Participación voluntaria:

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Yo declaro haber leído y comprendido la información proporcionada, así mismo tengo conocimiento del propósito del proyecto de investigación, así como la confidencialidad de mi identidad. Por tal motivo doy mi consentimiento a la participación del presente proyecto de investigación, en merito a ello firmo mi participación:

Nombre y apellidos:.....

D.N.I:.....

Reporte de similitud TURNITIN

● 20% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 10% Base de datos de Internet
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de Crossref
- Base de datos de contenido publicado de Crossr
- 16% Base de datos de trabajos entregados

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	uwiener on 2023-10-08 Submitted works	1%
2	uwiener on 2023-11-09 Submitted works	1%
3	bdigital.unal.edu.co Internet	<1%
4	gabeents.com Internet	<1%
5	Submitted on 1686256538129 Submitted works	<1%
6	uwiener on 2023-10-08 Submitted works	<1%
7	uwiener on 2023-10-29 Submitted works	<1%
8	uwiener on 2023-10-12 Submitted works	<1%