



UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

Escuela de Posgrado

Tesis

ESTILOS DE VIDA Y AUTOCAUIDADO EN PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD
PÚBLICO. PIURA, 2022.

Para optar el grado académico de Maestro en Salud Pública

Autor: CLARISA ARACELI, GUERRERO ELERA
Código ORCID: 0000-0002-5778-4788

Asesor: ASESOR: DR. MANUEL LOAYZA ALARICO
Código ORCID: 0000-0001-5535-2634

Lima-Perú
2022

Estilos de vida y Autocuidado en pacientes con Hipertensión Arterial en
un Establecimiento de Salud Público. Piura, 2022.

Línea de Investigación:

Estilos de vida saludable

Asesor:

ASESOR: DR. MANUEL LOAYZA ALARICO

Código ORCID: 0000-0001-5535-2634

DEDICATORIA

A mis padres, quienes se esforzaron día a día por convertirme en profesional y que desde el cielo siguen guiando mis pasos por el camino del bien.

A mis hermanos, quienes constantemente me motivan y me apoyan en conseguir mis metas personales y profesionales.

A mis maestros por sus valiosas enseñanzas, en base a su experiencia y sabiduría han sabido canalizar sus conocimientos hacia mi persona.

AGRADECIMIENTO

A Dios por permitirme estar con vida y a mi familia por darme fuerza y ánimo para culminar con este proceso.

A mis profesores, amigos y en especial a mi asesor por sus aportes y conocimientos que han permitido orientar mi trabajo de investigación.

A mis compañeros de trabajo que me apoyaron e hicieron posible culminar con éxito este trabajo.

INDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
INDICE GENERAL.....	v
INDICE DE TABLAS.....	vi
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	x
CAPITULO I: EL PROBLEMA.....	1
1.1. Planteamiento del Problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	6
1.2.1. Problema general.....	6
1.2.2. Problemas específicos.....	6
1.3. Objetivos de la investigación.....	6
1.3.1. Objetivo General.....	6
1.3.2. Objetivos Específicos.....	7
1.4. Justificación de la investigación.....	7
1.4.1. Teórica.....	7
1.4.2. Metodológica.....	8
1.4.3. Práctica.....	8
1.5.2. Espacial.....	9
1.5.3. Recursos.....	9
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	10
2.1. Antecedentes.....	10
2.2. Bases teóricas.....	16
2.2.1. Estilos de vida.....	16
2.2.2. Autocuidado.....	22
2.2.3. Estilos de vida y autocuidado en pacientes con hipertensión arterial.....	24
2.3. Hipótesis:.....	26
2.3.1. Hipótesis general.....	26
2.3.2. Hipótesis específicas.....	26
CAPITULO III: METODOLOGIA.....	27
3.1. Método de la investigación.....	27

3.2. Enfoque de la investigación	27
3.3. Tipo de la investigación	27
3.4. Diseño de la investigación.....	27
3.5. Población, muestra y muestreo.....	28
3.5.1. Criterios de inclusión y exclusión	28
3.6. Variables y operacionalización	28
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	33
3.7.1. Técnica	33
3.7.2. Descripción de los instrumentos.....	33
3.7.3. Validación	35
3.7.4. Confiabilidad.....	36
3.8. Procesamiento y análisis de datos	36
3.9. Aspectos éticos.....	37
CAPITULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS.....	38
4.1. Resultados	38
4.1.1. Análisis descriptivo de los resultados	38
4.1.2. Prueba de hipótesis.....	43
4.1.3. Discusión de resultados.....	48
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	54
5.1. Conclusiones	54
5.2. Recomendaciones.....	54
REFERENCIAS	57
ANEXOS	63
Anexo 1: Matriz de Consistencia	64
Anexo 2: Instrumentos	67
Anexo 3: Aprobación del Comité de Etica.....	74
Anexo 4: Formato de consentimiento informado.....	75
Anexo 4: Carta de aprobación para la recolección de datos.....	77
Anexo 5: Informe del asesor de Turnitin.....	78

INDICE DE TABLAS

Tabla1.Matriz operacional de la variable 1	29
Tabla2.Matriz operacional de la variable 2	31
Tabla3.Datos sociodemográficos de los pacientes con hipertensión arterial en un Establecimiento de Salud Público de Piura - 2022.....	38
Tabla 4. Estilos de vida de los pacientes con hipertensión arterial en un Establecimiento de Salud Público de Piura - 2022.	39
Tabla5. Estilos de vida, según dimensiones de los pacientes con hipertensión arterial en un Establecimiento de Piura - 2022.....	40
Tabla 6. Autocuidado de los pacientes con Hipertensión Arterial en un Establecimiento de Salud Público de Piura - 2022.	41
Tabla 7. Autocuidado según dimensiones de los pacientes con hipertensión arterial en un Establecimiento de Salud Público de Piura -2022.....	42
Tabla 8. Relación entre los estilos de vida y el autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial en un Establecimiento de Salud Público de Piura-2022.....	43
Tabla 9. Relación entre los estilos de vida y la dimensión capacidades fundamentales del autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial en un Establecimiento de Salud Público de Piura - 2022.....	45
Tabla 10. Relación entre los estilos de vida y la dimensión componentes de poder del autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial en un Establecimiento de Salud Público de Piura - 2022.....	46
Tabla 11. Relación entre los estilos de vida y la dimensión capacidad para operacionalizar del autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial en un Establecimiento de Salud Público de Piura – 2022.....	47

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar la relación entre los estilos de vida y el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura en el año 2022. Se trata de un estudio cuantitativo no experimental, descriptivo correlacional de corte transversal. La población estuvo conformada por los pacientes con enfermedades no transmisibles inscritos en el padrón nominal del establecimiento de salud, participando 100 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, a quienes se les brindó control y tratamiento. Se aplicó dos instrumentos, para medir la variable de estilos de vida se utilizó la escala del estilo de vida de Walker, Sechrist, Pender, modificado por las investigadoras Delgado, R.; Reyna, E. y Díaz, R. y para la variable autocuidado se usó el cuestionario “Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial de Achury, Sepúlveda, Rodríguez”. Los datos recolectados se analizaron en los programas Excel 2016 y SPSS versión 25. Se aplicó la prueba de Chi-cuadrado (χ^2) para determinar la relación entre las variables. Los resultados señalaron que el 80% del total de pacientes encuestados presentaron un estilo de vida no saludable y el 20% un estilo de vida saludable, también 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 en un establecimiento de salud público I-4 de la Región Piura, 2022 ($p < 0.05$).

Palabras clave: Estilo de vida, autocuidado, hipertensión arterial

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the relationship between lifestyles and self-care in patients with hypertension in a public health facility in Piura in the year 2022. A quantitative, non-experimental, descriptive study was proposed correlational and cross-sectional. The population was made up of patients with non-communicable diseases registered in the nominal register of the health establishment, with the participation of 100 patients diagnosed with arterial hypertension, who were given control and treatment. Two instruments were applied, to measure the lifestyle variable, the Walker, Sechrist, Pender lifestyle scale was used, modified by the researchers Delgado, R.; Reyna, E. and Díaz, R. and for the self-care variable, the questionnaire “Self-care agency capacity in patients with arterial hypertension by Achury, Sepúlveda, Rodríguez” was used. The data collected was analyzed in the Excel 2016 and SPSS version 25 programs. The Chi-square test (χ^2) was applied to determine the relationship between the variables. The results indicated that 80% of the total number of patients surveyed presented an unhealthy lifestyle and 20% a healthy lifestyle, also 61% presented a medium level of self-care, 17% high and 14% low. Concluding that there is a statistically significant relationship between lifestyles and self-care in patients with arterial hypertension in a public health facility I-4 in the Piura Region, 2022 ($p < 0.05$).

Keywords: Lifestyle, self-care, arterial hypertension

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial es una de las principales causas de mortalidad en las personas mayores de 60 años y morbimortalidad general, afectando a distintos órganos y sistemas del cuerpo humano, por lo que el autocuidado, la adherencia al tratamiento, el control sistemático y la mantención de estilos de vida saludable constituyen los pilares en los que se sustentaría la prevención y control de este daño.

La presente investigación tuvo por finalidad determinar la relación entre los estilos de vida y el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura, exponiendo su justificación en relación a la problemática y magnitud existente y por considerarse dentro de la salud pública a la hipertensión arterial como un problema serio, siendo crucial su prevención y control a través del autocuidado y estilos de vida.

Se presenta este estudio de investigación, estructurado en cinco capítulos:

En el capítulo I, se orienta a describir el planteamiento y formulación del problema, así como los objetivos del presente estudio: general y específicos, también se incluyen la justificación y limitaciones de esta investigación.

En el capítulo II, primeramente, se recogen los antecedentes bibliográficos de alcance internacional y nacional, así como el fundamento teórico que sustenta el estudio, permitiendo la formulación de hipótesis.

En el capítulo III, se expone la metodología aplicada, señalando el tipo y diseño del estudio, población y muestra, técnica e instrumentos para el recojo de datos, validez y confiabilidad, análisis del procedimiento estadístico que se dispuso y aspectos éticos.

En el capítulo IV, se presentan estadísticos descriptivos e inferenciales y la respectiva discusión de resultados encontrados.

En el capítulo V, se expone las conclusiones y recomendaciones del presente estudio.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades no transmisibles (ENT) son la principal causa de muerte en el mundo entero, habiendo provocado 38 millones de muertes (68%) de los 56 millones de defunciones registradas en el 2012 y más del 40% fueron muertes prematuras ocurridas previo a los 70 años de edad. Casi las tres cuartas partes de todas las defunciones por ENT (28 millones) y la mayoría de los fallecimientos prematuros (82%) se produjeron en los países de bajos y medianos ingresos. Esta situación causa pérdida de productividad debido a las muertes prematuras, de esta forma además los costos individuales y nacionales de la lucha contra estas enfermedades representan relevantes obstáculos para la reducción de la pobreza y el desarrollo sostenible¹.

Según las previsiones de la OMS, si todo sigue igual, la cifra anual de muertes por enfermedades no transmisibles aumentará a 55 millones en 2030; por lo que la carga mundial de enfermedades no transmisibles constituye un importante problema de salud pública que socava el desarrollo social y económico en todo el mundo ².

Dentro de las ENT, tenemos a las enfermedades cardiovasculares las que, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, son las responsables de 17.5 millones de muertes por año aproximadamente, lo que equivale al (31%) de todas las muertes en el mundo³, además constituye una de las principales causas de mortalidad en el mundo y dentro de los factores de riesgo para sufrir este tipo de patología se encuentran la hipertensión arterial, que cada

vez es diagnosticada con mayor frecuencia ⁴.

La hipertensión arterial es el principal factor de riesgo de muerte y enfermedad en todo el mundo, en particular, es causa de accidentes cerebrovasculares, infartos de miocardio, insuficiencia renal, ceguera, vasculopatía periférica e insuficiencia cardíaca, tal es así que de las 7.4 millones de muertes que ocurren en el mundo por enfermedad isquémica, son atribuibles a un control de la presión arterial subóptimo el 49%; y de las 6.7 millones de muertes que ocurren por enfermedad cerebrovascular, son consecuencias de un mal manejo de las cifras tensionales de la presión arterial el 62%; por consiguiente se ha establecido que las complicaciones de la hipertensión arterial, muchas de ellas prevenibles, causan anualmente en el mundo alrededor de 9,4 millones de muertes, presentando una prevalencia en la mayoría de los países entre un 15 a 30%. En el caso de la Región del África existe la mayor prevalencia con un 46% en comparación con la región de las Américas que es la más baja con un 35%. En Latinoamérica, donde las enfermedades infecciosas están siendo controladas y las enfermedades crónicas no transmisibles están generando la mayor mortalidad, la prevalencia ajustada para la edad, de la hipertensión en la población adulta varía entre 23 a 35%⁴. En la Región de las Américas, la prevalencia de la hipertensión arterial se estimó en 17,6% en adultos (20,3% en hombres y 14,8% en mujeres). Este porcentaje varía desde un máximo de 27,1% en Santa Lucía a un mínimo de 12,9% en los Estados Unidos de América⁵.

Por lo que resulta importante tener en cuenta que las enfermedades no transmisibles son de larga duración y evolución lenta, cuyas complicaciones muchas veces se caracterizan por la falta de autocuidado de las personas, lo que conduce al deterioro de la calidad de vida, tanto

del paciente, su familia e incluso de su misma comunidad en la cual se desarrolla como individuo⁶.

En el Perú, la hipertensión arterial constituye un serio problema de salud pública, considerando el reporte del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y de acuerdo con la encuesta ENDES (2019) sobre la prevalencia de hipertensión arterial en la población de 15 años a más años de edad, se habría incrementado desde el año 2014 que se encontró en un 14,8% a 19.7 % para el año 2019, siendo los hombres los más afectados (21,7%) que las mujeres (17,8%). Así también se encontró una mayor prevalencia en el Callao (24.4%), seguido por Lima (22,3%), Loreto y Tumbes (22% cada una). Entre los porcentajes más bajos se encuentran Ucayali (10,9%), Junín (13,7%), Pasco (14,1%), Huancavelica (14,3%), Cajamarca (15,3%) y Apurímac (15,9%). La mayor proporción fueron residentes de Lima Metropolitana con 22,5%, el resto fueron de la Costa con 19,4%, seguido de la Selva y Sierra con 17,9% y 16,6%, respectivamente. De igual manera, en los últimos 12 meses, el 68,1% de personas diagnosticadas con hipertensión arterial, recibieron y/o compraron medicamentos con receta médica⁷.

En nuestro país, la importancia de las enfermedades no transmisibles empieza a evidenciarse a partir de la década de los 80. El incremento en la magnitud de las enfermedades crónicas no transmisibles está relacionado con el envejecimiento de la población y el cambio de estilos de vida, así también el proceso de urbanización de la población ha traído consigo la reducción de la actividad física y la adopción de una dieta poco saludable, partiendo del conocimiento que estas enfermedades no trasmisibles comparten factores de riesgo ligados principalmente con los estilos de vida, por lo que conocer la magnitud de estos puede ayudar

a definir las estrategias de intervención sobre las mismas y de esta manera monitorear su impacto⁸.

A nivel regional, según ENDES (2018), el departamento de Piura presenta una prevalencia de hipertensión arterial de (22%), se ubica dentro de los departamentos con mayor prevalencia a nivel nacional. Así también según ENDES (2019), de acuerdo a la medición realizada, los departamentos con mayor proporción de personas de 15 y más años de edad que presentaron presión arterial alta, por encima del promedio nacional, se encuentra Piura (16,6%), después del Callao (17,5%)⁷.

Este problema cobra mayor relevancia aún teniendo en cuenta las complicaciones, considerando dentro de ello la falta de conciencia de la población sobre los niveles elevados de presión arterial y aún más la falta de tratamiento. Por lo que la Organización Mundial de la Salud a través de la estrategia de cuidados integrales de las enfermedades no transmisibles hace un llamado a los países miembros a abordar los determinantes de la salud relacionados a las enfermedades no transmisibles como el abordaje de los factores de riesgo y dentro de estos los estilos de vida no saludables⁹.

El abordaje de la hipertensión arterial plantea roles diferentes por parte del personal de salud profesional ;puesto que requieren una atención de salud de larga duración por lo que la persona afectada debe ser el protagonista de su cuidado, teniendo en cuenta indicadores importantes como la pérdida de años de vida saludable ,años productivos e incapacidad física, así como también incremento de los costos para los pacientes y el sistema de salud por lo que se hace necesaria la prevención mediante el abordaje de los estilos de vida que determinan un buen o mal autocuidado², pues investigadores peruanos como Carbajal y

Salas encontraron que los adultos mayores hipertensos no ponen en práctica el autocuidado¹⁰.

En el establecimiento de salud público I-4 de la región Piura, jurisdicción de la Dirección Regional de Salud Piura, lugar donde se desarrolló la investigación se ha implementado la estrategia de control de enfermedades no transmisibles pero no se cuenta con un equipo multidisciplinario para la atención y seguimiento de los pacientes ya que solamente se le asigna funciones al Médico; por lo que se presume que el autocuidado de los pacientes es inadecuado como resultado del escaso seguimiento de los mismos, además no se han realizado estudios sobre los estilos de vida en pacientes que presenten estas patologías lo cual estaría impactando en su calidad de vida por las complicaciones que presentan cuando acuden al servicio de emergencia.

Por ello es necesario un estudio sobre los estilos de vida que se relacionan con el autocuidado de pacientes con hipertensión arterial. Con los resultados de este estudio se pretende mejorar la actitud y comportamiento de los pacientes hipertensos, así como potenciar las habilidades en el equipo de salud y sus competencias lo que permitirá brindar una mejor atención a los pacientes reduciendo la prevalencia de factores de riesgo y la morbimortalidad por esta enfermedad con acciones enfocadas principalmente en la promoción de la salud, la reorientación de los servicios de salud y la vigilancia epidemiológica.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál será la relación entre los estilos de vida y el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura ,2022?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son los estilos de vida de los pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura, 2022?
- ¿Cuál es el autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura, 2022?
- ¿Cuál es la relación entre los estilos de vida y la dimensión capacidades fundamentales y disposición de autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura, 2022?
- ¿Cuál es la relación entre los estilos de vida y la dimensión componentes de poder de los pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura, 2022?
- ¿Cuál es la relación entre los estilos de vida y la dimensión capacidad para operacionalizar de los pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura, 2022?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo General

Determinar la relación entre los estilos de vida y el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura, 2022.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Identificar los estilos de vida de los pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura, 2022.
- Conocer el autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura, 2022.
- Determinar la relación entre los estilos de vida y la dimensión capacidades fundamentales y disposición de autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura, 2022.
- Determinar la relación entre los estilos de vida y la dimensión componentes de poder de autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura, 2022.
- Determinar la relación entre los estilos de vida y la dimensión capacidad para operacionalizar de autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura, 2022.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

Esta investigación se realizó en virtud a que esta patología, la hipertensión arterial representa un mayor riesgo cardiovascular para la población dada su alta prevalencia y sus complicaciones que se generan; por lo que constituye un problema de salud pública y es por ello que representa una prioridad dentro de las políticas sanitarias⁵. Por ser una enfermedad de lenta evolución y duración requieren que las personas que las padecen asuman un papel decisor sobre su salud que tienen que ver con los estilos de vida que adopten a fin de fomentar el autocuidado de su salud. Por ello, el autocuidado es de gran

relevancia ya que se encarga de maximizar la calidad de vida de las personas, evitando así complicaciones y mayores costos.

1.4.2. Metodológica

Desde una perspectiva metodológica, el estudio ha empleado instrumentos encontrados según la revisión bibliográfica que están estructurados y se han validado para su confiabilidad por lo que ha permitido medir las variables sujetas a la investigación y con los resultados obtenidos se permitirá ampliar la investigación en estos temas, así también permitirá servir de base para nuevas investigaciones que contribuyan en abordar esta problemática desde una perspectiva más real.

1.4.3. Práctica

Esta investigación cobra relevancia pues va a aportar conocimientos que permitan sustentar las prácticas de los profesionales de la salud respecto al manejo de los pacientes teniendo como base los estilos de vida que tienen y como estos influyen en su autocuidado por lo que pretende generar aportes teóricos basados en la realidad de la atención de salud en el primer nivel y debido a las insuficientes investigaciones realizadas respecto al tema en el Perú. Los hallazgos resultarán novedosos en la medida que existen muy pocos estudios en relación a los estilos de vida que se relacionen con el autocuidado sobre todo a nivel local y regional; por lo que pretende llenar un vacío en el conocimiento actual.

El manejo de pacientes con enfermedades crónicas tiene como objetivo potenciar las habilidades básicas de autocuidado, de ahí la importancia de este estudio ya que además de aportar evidencia científica válida para sustentar la toma de decisiones, también tiene el potencial de convertirse en una política pública que impulse programas que promuevan un autocuidado óptimo a partir de las prácticas de estilos de vida saludable. Asimismo, esta

investigación es pertinente debido al incremento de pacientes diagnosticados con hipertensión arterial por lo que amerita llevar a cabo intervenciones de prevención y control de complicaciones a la brevedad posible a fin de disminuir costos al sistema sanitario peruano y al gasto de bolsillo del paciente y su familia.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

El desarrollo de esta investigación se llevó a cabo en los meses de Febrero y Marzo del año 2022 teniendo en cuenta las disposiciones dictadas por el gobierno a fin de evitar la propagación del Covid-19.

1.5.2. Espacial

Esta investigación se desarrolló en un establecimiento de salud público I-4 de la jurisdicción de la Subregión de Salud Morropón Huancabamba-Región Piura.

1.5.3. Recursos

La investigación se realizó con los pacientes diagnosticados con hipertensión arterial que se atienden en un establecimiento de salud público de Piura.

Como instrumentos para medir las variables se utilizaron “la escala del estilo de vida de Walker, Sechrist, Pender, modificado por Delgado, R; Reyna, E y Díaz, R.” y el nivel de autocuidado se midió con el cuestionario “Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial de las autoras Achury, Sepúlveda, Rodríguez”.

La investigación ha sido solventada con recursos propios del investigador.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes

Internacionales

Herazo y Caballero. (2019). En su investigación tuvieron como objetivo “Evaluar el índice de autocuidado en personas adultas con hipertensión arterial inscritas en el Programa de control en una Empresa Social del Estado de Montería-Córdoba”. Realizaron un estudio descriptivo transversal, mediante la técnica de la encuesta estudiaron una muestra probabilística de 368 adultos con diagnóstico de hipertensión arterial. Aplicaron como instrumento en su versión español el Self-Care of Hypertension Inventory. Encontrándose como resultados una puntuación media del índice de autocuidado baja para el mantenimiento del autocuidado. También presentaron baja puntuación del mantenimiento del autocuidado el ejercicio y la dieta, mientras que en la gestión del autocuidado fue el reconocimiento de los síntomas. Concluyendo que la mayoría de los adultos mayores tuvieron un índice por debajo de la puntuación media tanto en mantenimiento como en gestión del autocuidado¹¹.

Flórez. et al., (2018) en su investigación tuvieron como objetivo “Identificar los factores condicionantes básicos asociados al autocuidado de pacientes con hipertensión arterial que acuden al seguro universitario”. Realizaron un estudio descriptivo transversal y mediante la técnica de la encuesta estudiaron a 142 personas por medio de una muestra probabilística. Encontrándose como resultados que el nivel de autocuidado es medio (77.5%); y según lo que plantea la Teoría de Orem referente a los diez factores básicos que serían

condicionantes tales como el estado de desarrollo, el sistema familiar, el estado de salud que incluye a la presión arterial, la edad, así como los factores del ambiente y la educación que debe brindar el profesional de enfermería, mostraron una asociación significativa con la capacidad de autocuidado. Así también se encontró que el (40.8 %) de los participantes presentó hipertensión arterial grado I, siendo un factor desfavorable para el autocuidado. Concluyendo que el autocuidado en la muestra estudiada se encuentra disminuido y que los factores condicionantes básicos son factores importantes para el cumplimiento del autocuidado¹².

Solano, (2015) en su investigación tuvo como objetivo “Evaluar el autocuidado en las personas con enfermedades atendidas en el dispensario de salud del Aeropuerto Cnel. Carlos Concha Torres de la Parroquia Tachina de la Provincia de Esmeraldas”, Realizó un estudio descriptivo con enfoque cuantitativo y cualitativo, mediante el uso de la técnica de la entrevista y encuesta , se estudió una muestra no probabilística de 32 personas con enfermedades crónicas degenerativas como Diabetes e Hipertensión Arterial , como instrumento se utilizó un test o encuesta que consistió en 10 preguntas de selección múltiple. El (81%) son del sexo masculino y (19%) son femeninos. Como resultados encontró una prevalencia en personas de 46 a 55 años de edad en un (53%) y de 36 a 45 en el (22%), concluyendo que las personas se preocupan por su actividad física y sobre todo toman conciencia acerca de los riesgos que producen estas enfermedades¹³.

Jimenez, (2015) en su investigación tuvo como objetivo “Evaluar el autocuidado y su asociación al control de las cifras tensionales en pacientes hipertensos de la UMF”, realizó un estudio transversal analítico, la técnica empleada fue la encuesta y se estudió una muestra

probabilística de 360 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. Se aplicó como instrumento una cédula de evaluación. Se obtuvo como resultados: (40.8%) presentó un descontrol de sus cifras tensionales. Se encontró que en la población estudiada y que corresponde al sexo femenino, solo el (0.3%) practica el autocuidado. Así mismo el (40.8%) presentó una tensión arterial media óptima, de los pacientes con descontrol el (62,4%) presentan sobrepeso y obesidad. También se evaluaron 6 esferas del autocuidado, encontrando lo siguiente: conocimiento de la hipertensión arterial (100%), estilos de vida (71%), adherencia terapéutica (66.6%), depresión (66.6%), intervención educativa (70.5%); y redes sociales (50%). Concluyendo que el alto porcentaje de pacientes con descontrol hipertensivo se debe a que esta población no practica el autocuidado¹⁴.

Gordon y Gualotuña. (2015). En su investigación tuvo como objetivo “Determinar la relación de estilos de vida con la hipertensión arterial de los pacientes que acudieron al centro de salud de Pujilí”. Realizaron un estudio descriptivo transversal, mediante la revisión de historias clínicas a una muestra no probabilística de 50 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. Encontrándose como resultados respecto a los estilos de vida, el (50 %) de manera ocasional realizan actividad, en cuanto a su dieta el (46%) ingiere alimentos ricos en grasa, el (44%) experimentó carga de estrés moderada debido a su vida diaria, el (30%) tiene el hábito de consumo de tabaco, el (64%) consume alcohol y el (72%) presentó insomnio como factor determinante para desarrollar hipertensión arterial y el (40%) presenta hipertensión estadio 1. Por lo tanto, concluyeron que los estilos de vida están asociados con la hipertensión arterial, enfatizando la necesidad de medidas de promoción y prevención de la salud¹⁵.

Nacionales

Díaz, (2019) en su investigación tuvo como objetivo “Determinar la relación que existe entre los estilos de vida y los cuidados preventivos en la hipertensión arterial del adulto mayor, Centro de Salud Carlos Protzel”. Realizó un estudio descriptivo correlacional, a través de la técnica de la encuesta estudió una muestra probabilística de 125 adultos mayores. Como instrumento utilizó un cuestionario, validado por juicio de expertos, obteniendo una confiabilidad del Alfa de Crombach de 0,878 y 0.86. Encontrándose los siguientes resultados: el (28%) tienen buen estilo de vida, el (48%) tienen regular y el (24%) tienen mal estilo de vida. Además, el (26.4%) tuvieron buenos cuidados preventivos de la hipertensión arterial, (el 48.8%) fueron regulares y el (24.8%) fueron malos. Concluyendo que existe una relación significativa entre el estilo de vida y el cuidado preventivo en la hipertensión arterial¹⁶.

Chávez, (2019) en su investigación tuvo como objetivo “determinar el nivel de autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes adultos mayores que acuden al servicio de consultorios externos de cardiología, del hospital nacional Hipólito Unanue”. Realizó un estudio descriptivo de corte transversal, mediante la técnica de la encuesta estudió una muestra probabilística de 168 personas adultas mayores con diagnóstico de hipertensión arterial. Aplicó un cuestionario, el cual constó de 21 ítems validado por 6 jueces. Encontrándose que las personas adultas mayores respecto a la dieta tienen un nivel de autocuidado alto de (18.3 %), medio de (28.9%); y bajo de (52.8%). Respecto a ejercicios físicos presentaron un autocuidado alto (8.9%), medio (85.8%) y bajo (5.3%). Consumo de sustancias nocivas presentaron un autocuidado alto de (20.7%), medio de (17.8%) y bajo de (61.5%). En terapéutica presentaron un autocuidado alto de (74.6%), medio (23.0%) y

bajo (2.4%). Los pacientes presentaron un nivel de autocuidado medio sobre hipertensión arterial que corresponde al (34.9%), seguido del (65.1%) que presentó un nivel de autocuidado alto. Concluyendo que la gran parte de los adultos mayores estudiados presentó un autocuidado medio¹⁷.

Puican, (2019) en su investigación tuvo como objetivo “Determinar los estilos de vida en pacientes ancianos con hipertensión en el Centro de Salud de Surco”. Realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo, mediante la técnica de la encuesta estudió a una muestra probabilística de 120 personas ancianas con hipertensión arterial. Aplicó como instrumento el Cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPSI-I) de Nola Pender. Encontrándose un estilo de vida no saludable en el (60.8%) y un estilo de vida saludable en el (39.2 %). Respecto a las dimensiones, se encontró en la dimensión nutricional un estilo de vida no saludable en el (59.2 %) y estilo de vida saludable en el (40.8%), en la dimensión ejercicio se tuvo para estilos de vida no saludable (94.2 %) y para estilo de vida saludable el (5.8%), en la dimensión responsabilidad en salud se obtuvo para estilos de vida no saludable el (70%) y estilo de vida saludable el (30%), en la dimensión manejo del estrés se obtuvo para estilos de vida no saludable el (90%) y para no saludable el (10%), en la dimensión de apoyo interpersonal encontró para estilo de vida saludable un (54.2%) y para no saludable el (45.8%) y en la dimensión de autorrealización , obtuvo como estilos de vida saludable el (60%) y el (40%) no saludable .Concluyendo de esta manera que el mayor porcentaje de estilos de vida no saludable corresponde a las dimensiones de nutrición, ejercicio , responsabilidad en salud y manejo del estrés¹⁸.

Tinoco, (2018) en su investigación tuvo como objetivo “Determinar la capacidad de Agencia de Autocuidado en Adultos Mayores con Hipertensión Arterial del Centro de salud Collique III Zona. Comas”. Realizó un estudio descriptivo de corte transversal, mediante la técnica de la encuesta estudió una muestra no probabilística de 65 pacientes adultos mayores con hipertensión arterial. Utilizó como instrumento el cuestionario de capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial de D. Achury, G. Sepúlveda y S. Rodríguez. Encontrándose como resultados que el (80.60%) presentan una capacidad de agencia de autocuidado media, el (13.43%) alta y el (5.9%) baja, concluyendo que la mayoría de adultos con hipertensión arterial presentan una capacidad de agencia de autocuidado media¹⁹.

Morales, (2017) en su investigación tuvo como objetivo “Determinar la relación entre los Estilos de Vida y Autocuidado en adultos mayores con Hipertensión Arterial. Hospital Essalud II. Huaraz”. Realizó un estudio correlacional transversal, en el cual mediante la técnica de la encuesta se estudió una muestra probabilística de 70 adultos mayores. Como instrumentos utilizó el cuestionario de Perfil de estilo de vida (PEPSI-I) de Nola Pender y el cuestionario de capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial de D. Achury, G. Sepúlveda y S. Rodríguez. Encontrándose como resultados: el (57%) de la población bajo estudio tuvieron un estilo de vida saludable y el (80%) un adecuado autocuidado. Los resultados mostraron la existencia de una relación estadísticamente significativa entre los estilos de vida y el autocuidado ($\text{sig.}=0.040 < 0.05$). Por lo tanto, el estudio concluye que, si el paciente tiene un estilo de vida saludable o muy saludable, éste va a presentar un autocuidado adecuado y cuanto mejor sea el estilo de vida mejor será el autocuidado²⁰.

Vásquez, (2016) en su investigación tuvo como objetivo “Comparar el autocuidado según la teoría de Dorotea Orem y el estilo de vida de adultos mayores del Centro del Adulto Mayor (CAM) y el programa de Hipertensión Arterial (HTA) del Hospital II- Essalud Huaraz”. Realizó un estudio descriptivo transversal, mediante la técnica de la encuesta estudió una muestra no probabilística conformada por 80 adultos mayores del CAM y 100 del Programa HTA. Como instrumentos utilizó la escala de requisitos del autocuidado y la escala de estilos de vida. Para establecer la relación de las variables aplicó la prueba de independencia de criterios de Chi cuadrado con 95% de confiabilidad y una significancia $p < 0,05$. Encontró como resultados que no existe una relación estadísticamente significativa entre autocuidado y estilos de vida en los adultos mayores del CAM, pero si existe relación significativa entre el autocuidado y estilos de vida en los adultos mayores del Programa HTA, así también obtuvo que no existe diferencia de autocuidado en proporción de adultos mayores del Programa HTA y del CAM. Concluyendo de esta manera que la mayoría de los adultos mayores del CAM y más de la mitad de los adultos mayores del Programa de HTA presentan estilos de vida saludables, así como más de la mitad de los adultos mayores del CAM y Programa HTA tienen un adecuado cumplimiento de los requisitos de autocuidado²¹.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Estilos de vida

En la década de los 80, los estilos de vida cobran mayor importancia y es abordado desde hace tiempo por disciplinas como la sociología y el psicoanálisis y relativamente menos tiempo por la antropología, la medicina y la psicología de la salud. En general, desde todas

estas orientaciones se entiende que el estilo de vida es la forma de vida de los individuos o de los grupos²².

Según la Organización Mundial de la Salud en el año 1998 mencionó que el estilo de vida, “es una forma de vida que se basa en patrones de comportamientos identificables, determinados por la interacción entre las características individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales”²³. Los estilos de vida son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o factores protectores para el bienestar por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social²⁴.

Tenemos otros autores que sostienen como estilo de vida, lo siguiente:

Gómez y Jurado en el año 2005, informaron que es la forma de vida tanto de las personas como de los grupos, acompañada de patrones de conducta que practican de manera consistente en su vida cotidiana y que pueden conllevarlos a conservar su salud o predisponerlos al riesgo de adquirir alguna enfermedad²⁵.

De manera similar tenemos a Álvarez, L., sostiene que es la forma como cada individuo vive su vida diaria influenciado por su entorno sociocultural a través de una gama de comportamientos dados por conjunto de personas que encajan en su modo de vivir, teniendo en cuenta sus valores, actitudes, hábitos, tendencias, etc²⁶.

También Wong., precisa que los estilos de vida vienen a ser procesos sociales, las características personales y conductuales, así como los hábitos y comportamientos que adopta una persona y que están dados por factores protectores para su bienestar como también por factores de riesgo para enfermar²⁷.

Por lo descrito el estilo de vida no es un concepto impreciso que pueda modificarse de

manera deliberada, “está estrechamente ligado con las condiciones de vida”, como se infiere del documento de la OMS, “Practica Saludables para todos”. El estilo de vida no es simplemente una elección que puede tomarse de manera individual, sino que existen límites en estas alternativas que se encuentran abiertas al individuo, esta decisión se ve influenciada por el medio social, económico y cultural²⁸.

Se pueden distinguir “estilos de vida saludable y no saludable”:

- Estilos de vida saludable “aquel conjunto de procesos sociales, hábitos, conductas y comportamientos en el individuo o la población que conlleve a la satisfacción de las necesidades humanas para que alcance el bienestar biopsicosocial que se necesita para generar calidad de vida y desarrollo personal”²⁴. El estilo de vida saludable modelo o ideal que se espera alcanzar es el que incluye una dieta equilibrada, ejercicio, recreación, relajación, y trabajo moderado, así como como promoción de la salud y prevención de las enfermedades a través de un mayor autocuidado contrarrestando los factores nocivos²⁹.
- Estilos de vida no saludable, son los hábitos y comportamientos que adoptan los individuos los que juegan en contra de su salud y por ende van en contra de la mejora de su calidad de vida. Por otro lado, los estilos de vida no saludables en una persona la predisponen a desarrollar enfermedades crónicas como “las enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensión, obesidad, dislipidemia”, entre otras. Estos estilos se transforman en factores de riesgo para el desarrollo de esas enfermedades llamadas por la Organización Mundial de Salud “enfermedades de los estilos de vida”²³.

Por lo que podemos afirmar que el estilo de vida, viene a ser una forma de vivir de cada

persona que se ve influenciada por creencias, costumbres, hábitos y comportamientos repetitivos y sostenidos que se reflejan en su estado de salud y como se relacionan con su entorno.

También tenemos a N. Pender³⁰, con su teoría “Modelo de Promoción de la Salud”, inspirada en las teorías de aprendizaje social de Albert Bandura y de la valoración de expectativas de la motivación humana de Feather, en el que destaca que el estilo de vida es un patrón multidimensional de actitudes y acciones que el individuo realiza a lo largo de su vida y esto se refleja en su estado de salud. También sostiene que el individuo posee factores cognitivo perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales que están relacionadas con las experiencias y conocimientos del individuo para ser partícipe o no en los comportamientos en bien de su salud. Por lo que esta teoría se basa en educar a las personas respecto sobre como cuidarse y establecer una vida saludable. Esta teoría se basa en los siguientes metaparadigmas:

- Salud: El más importante y está referido al estado altamente positivo.
- Persona: Es el centro de la teoría y es la forma única de patrón cognitivo perceptual y sus factores variables.
- Entorno: Referido a la generación de las conductas promotoras de salud a partir de las interacciones entre los factores modificantes y los factores cognitivo perceptuales

2.2.1.1. Dimensiones de los estilos de vida consideradas en el presente estudio.

Los estilos de vida, de acuerdo a la teoría de N. Pender son las formas de comportamiento que las personas adecúan en la práctica de su vida cotidiana de manera reiterativa y sostenida que influye en la preservación de su salud o que los coloca en riesgo para

enfermarse. Dentro de su teoría considera como dimensiones a las siguientes: “alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud”³¹.

Dimensión de alimentación

Esta dimensión se refiere a la selección, conocimiento y consumo de alimentos necesarios para la supervivencia, la salud y el bienestar. Elegir una dieta saludable que incluya la elección de una dieta diaria saludable que cumpla con las directrices de la Guía Pirámide de Alimentos³¹.

Dimensión de actividad y ejercicio

Comprende afirmaciones que guardan relación con el hábito de realizar actividad y el ejercicio físico teniendo en cuenta su duración, repetición a lo largo del tiempo y su intensidad.

Implica que se debería participar regularmente en actividades que pueden ser ligeras, moderadas y/o vigorosas. Puede ocurrir como parte de un programa planificado y controlado en beneficio de la aptitud y la salud o también de forma no intencionada como parte de la vida diaria o actividades recreativas³¹.

Dimensión de manejo de estrés

Se refiere al uso de las diferentes técnicas de relajación, así como también a la “identificación y movilización de los recursos psicológicos y físicos” que utiliza la persona para controlar eficazmente o reducir la tensión³¹.

Dimensión del apoyo interpersonal

Esta dimensión está relacionada con el uso de la comunicación para poder establecer una proximidad en las relaciones que son significativas con el resto de personas, así como establecer una sensación de intimidad y tiene que ver implícitamente con el hecho de

compartir y manifestar sentimientos, ideas a través de la comunicación no verbal y verbal³¹.

Dimensión de autorealización

Esta dimensión está básicamente centrada en desarrollar recursos internos que permitan armonizar con el universo y consigo mismo y que esto es posible a través del hecho de trascender, así como conexión y desarrollo, ya que trascendiendo nos pone en nuestros seres equilibrados, esto genera paz interior y abre la posibilidad de crear nuevas opciones para llegar a ser algo más de quien y qué somos. La conexión está referida a la sensación de plenitud, armonía y en sí a la conexión con el universo. El desarrollo tiene que ver con la capacidad de maximizar el potencial humano para el bienestar a través de la búsqueda de un sentido de propósito y trabajar hacia cumplir las metas de la vida³¹.

Dimensión de responsabilidad de la salud

Implica un sentido activo de responsabilidad por el propio bienestar. Esto incluye prestar atención a su propia salud, la educación de uno mismo acerca de la salud y el ejercicio de informarse y buscar ayuda profesional.

Las anteriores dimensiones pueden ser valoradas según una escala ordinal considerando los siguientes niveles : estilos saludables que vienen a ser comportamientos que las personas ejecutan en forma sostenida y consistente en su vida cotidiana para el mantenimiento y conservación de su salud , luego tenemos a los estilos en déficits, referido a las formas de comportamiento que las personas ejecutan de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana y es pertinente para su salud y el otro último nivel corresponde a estilos de vida no saludables que vienen a ser formas de comportamiento inadecuadas de manera consistente y mantenida durante su vida cotidiana y que los ubica en una situación de riesgo de enfermar³¹.

2.2.2. Autocuidado

El término autocuidado despertó el interés a partir del año 1948 en el congreso de constitución de la Organización Mundial de la Salud, al concebir la salud más allá de la ausencia de enfermedad o condición físico-biológica, reconociendo el papel de lo psicológico y lo social, y la interacción que se produce entre estos factores, donde juegan un importante papel los comportamientos de riesgo en salud ³².

El origen del Autocuidado se encuadra en el espacio de la salud pública, específicamente en el campo de la enfermería, se destaca la autora clásica en el tema, Dorothea Elizabeth Orem³². Dicha autora elaboró un marco conceptual del cuidar que toma como constructo central el término autocuidado. Orem formuló la Teoría del Déficit del Autocuidado, de la que se derivan tres subteorías relacionadas entre sí, dígase: la Teoría del Autocuidado, la Teoría del Déficit de Autocuidado y la Teoría de los Sistemas de Enfermería.

El concepto básico del autocuidado, desarrollado por Orem (1983), se define como: “Una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno, para regular los factores que afecten a su propio desarrollo y funcionamiento en función de su vida, salud y bienestar.”

Para otros autores como Pontífice y Silva “el autocuidado es un concepto que ha evolucionado a lo largo de los tiempos y está asociado a la autonomía, independencia y responsabilidad personal y puede ser conceptualizado como un proceso de salud y bienestar de los individuos”.

Por otro lado, Lluch et al. plantean distintas categorías relacionadas con el autocuidado como son autocuidado y estilos de vida: elementos más comunes del autocuidado configuran componentes básicos de los estilos de vida saludables. Los indicadores

principales del estilo de vida son fundamentalmente, hábitos alimentarios, actividad física, patrones de sueño/reposo, consumo de tóxicos y nivel de estrés. Partiendo del supuesto de que gran parte de los comportamientos de salud son aprendidos, estos pueden ser modificados y cambiados.

Para Dorotea Orem, el autocuidado representa un fenómeno activo que exige que las personas hagan uso de la razón para que conciban su estado de salud, así como de sus habilidades para la tomar decisiones, a fin de elegir un curso apropiado para su vida. Según esta autora existen necesidades de autocuidado que deben ser satisfechas y se encuentran clasificadas en tres categorías, así tenemos: requisitos universales, para el desarrollo y desviación de la salud requisitos universales, para el desarrollo y desviación de la salud. Siendo la desviación de la salud una necesidad particular en los pacientes con patologías como la hipertensión arterial por lo que se intenta promover en el paciente el reconocimiento temprano de signos y síntomas con la consiguiente búsqueda de atención oportuna y más adecuada posible , así como la adherencia al tratamiento, el cambio del concepto de sí mismo, así como de su propia imagen , aceptación del propio estado de salud, identificación de las necesidades de cuidado y el hecho de aprender a vivir con los efectos derivados de la condición patológica³³.

2.2.2.1. Las dimensiones de autocuidado consideradas en el presente estudio.

Esta referido a la capacidad de agencia de autocuidado, es decir habilidades que deberían desarrollar las personas hipertensas lo que resulta fundamental, puesto que permite prevenir complicaciones derivadas por un inadecuado manejo de la misma enfermedad. Para desarrollar estas habilidades las personas deben contar con tres elementos³⁴:

Dimensión de capacidades fundamentales y disposición del autocuidado: Considera a las habilidades básicas del individuo como la percepción, memoria y orientación.

Dimensión de componente de poder:

Comprende las habilidades que estimulan a la persona al hecho de autocuidarse, tiene que ver con “la motivación, adquisición de conocimientos, habilidad para ordenar acciones de autocuidado y la capacidad de integración del autocuidado en su vida familiar y comunitaria”³⁴.

Dimensión de capacidad de operacionalizar el autocuidado:

Corresponde a las habilidades que le permiten al individuo indagar sobre condiciones de sí mismo y del medio ambiente que resultan significativos para su autocuidado, así como la toma de decisiones y construcción de las acciones para lograr manejar su enfermedad³⁴.

2.2.3. Estilos de vida y autocuidado en pacientes con hipertensión arterial

Según la OMS, la hipertensión (o tensión arterial alta), es la elevación de la presión arterial por encima de los límites considerados como “normales”, para ser tomada debe tenerse en cuenta el reposo de no menos de 10 minutos, período en el cual las presiones tanto sistólicas como diastólicas podrían estar elevadas, ambas o sólo una de ellas. Además, constituye un trastorno grave que incrementa de manera significativa el riesgo de sufrir cardiopatías, encefalopatías, nefropatías y otras enfermedades.

La presencia de hipertensión arterial junto a factores de riesgo tales como los hábitos alimentarios inadecuados (ingesta de alimentos ricos en grasa y baja ingesta de frutas y vegetales), tabaquismo, vida sedentaria, consumo de sustancias nocivas (drogas y alcohol), sumado al envejecimiento aumenta de manera considerable la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles. Es por ello que la promoción de la salud debe considerarse como

la principal estrategia para modificar estilos de vida no saludable en la población, enfatizando la importancia de la práctica cotidiana de la alimentación saludable, la actividad física y evitar el consumo de sustancias dañinas para la salud.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han determinado que “una de las causas principales de la hipertensión arterial son los estilos de vida poco saludables que se adquieren a lo largo de la vida”.

Los cambios en los estilos de vida tienen que ver con las prácticas donde existen procesos sociales complejos que a la vez son cambiantes y móviles. Es importante señalar que dentro de las enfermedades cardiovasculares se encuentra la hipertensión arterial, enfermedad no transmisible adquirida que puede ser prevenible a través del cambio de los hábitos de vida. Cuando hablamos de estilo de vida saludable, nos referimos a comportamientos que disminuyen los riesgos de enfermar y morir; refiriéndonos también al adecuado control de las emociones negativas y tratamiento de las tensiones, así como un buen régimen de ejercicios, conservación del sueño y distracción; también a prevenir y controlar el consumo de sustancias como la cafeína, nicotina y alcohol ³⁵.

Es necesario señalar que la falta de conocimiento acerca de las prácticas adecuadas del cuidado de sí mismo resulta ser la causa principal de complicaciones en pacientes con hipertensión arterial, puesto que la mayoría de estos no han desarrollado conciencia de su enfermedad y por lo tanto le restan importancia al autocuidado de su salud. Considerando que la adopción de estilos de vida saludable y el autocuidado serán de vital importancia para el control de la enfermedad y la prevención de complicaciones futuras.

La estrategia fundamental de tratamiento para la presión arterial alta son los cambios en el

estilo de vida, ya que se consideran los pilares para prevenir la hipertensión; aunque nunca deben posponer la instauración del tratamiento farmacológico en pacientes de alto riesgo. Los ensayos clínicos han demostrado que el impacto de los cambios del estilo de vida en la reducción de la presión arterial puede ser comparable al tratamiento farmacológico³⁶.

2.3. Hipótesis:

2.3.1. Hipótesis general

Hi: Si existe relación entre los estilos de vida y el autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial.

Ho: No existe relación entre los estilos de vida y el autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial.

2.3.2. Hipótesis específicas

- Los estilos de vida de los pacientes con hipertensión arterial no son saludables.
- El autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial es bajo.
- Existe relación entre los estilos de vida y la dimensión de capacidades fundamentales y disposición del autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial.
- Existe relación entre los estilos de vida y la dimensión componentes de poder del autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial.
- Existe relación entre los estilos de vida y la dimensión capacidad para operacionalizar del autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial.

CAPITULO III: METODOLOGIA

3.1. Método de la investigación

El método aplicado en el presente estudio es el hipotético deductivo ya que se da a partir de la observación del problema para luego generar hipótesis, deduciendo de ellas conclusiones que deben confrontarse con los hechos; lo que obliga al investigador a combinar la reflexión racional con la observación de la realidad; además implica medir el nivel de la relación que pueda darse entre dos variables dentro de un contexto utilizando el pensamiento crítico ³⁷.

3.2. Enfoque de la investigación

El enfoque es cuantitativo ya que sus variables están sujetas a medición y se hace uso de la estadística para la presentación de los resultados.

3.3. Tipo de la investigación

Según el propósito es aplicativo.

Alcance: descriptivo correlacional, puesto que el estudio tuvo como finalidad constatar la relación que existen entre las variables de estudio de manera objetiva y aplicada porque se caracteriza por su interés en aplicar conocimientos teóricos a determinadas situaciones concretas y aquellos resultados prácticos que resulten de ella ³⁸.

3.4. Diseño de la investigación

El diseño de la presente investigación corresponde a un estudio no experimental debido a que el investigador no realizó ningún tipo de manipulación sobre las variables del estudio y de corte transversal, debido a que los instrumentos del estudio fueron aplicados por única vez en un período y espacio determinado³⁹.

3.5. Población, muestra y muestreo

Población: estuvo conformada por los 100 pacientes registrados en el padrón nominal de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que acudieron a su control periódico en un Establecimiento de Salud I-4 de la Región Piura durante el período de Febrero y Marzo del año 2022 y que cumplieron con los criterios de investigación.

Número de muestra final (n):

Se consideró al total de la nómina del padrón nominal de pacientes con hipertensión arterial registrado en el establecimiento de acuerdo a los criterios de selección.

3.5.1. Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial de ambos sexos, mayores de edad que asistieron a su control en el período señalado.

Pacientes que dieron su consentimiento informado.

Exclusión:

Pacientes que no hablen castellano

Pacientes con discapacidad auditiva y visual

Pacientes con discapacidad mental

3.6. Variables y operacionalización

Variable 1: Estilos de vida

Definición Operacional: Es el conjunto de patrones conductuales que los pacientes con hipertensión arterial ejercen sobre su vida cotidiana y de ello depende el mantenimiento de su salud en las dimensiones de: alimentación, actividad y ejercicio, manejo de estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad, serán medidos a través de un instrumento de seis categorías. Siguiendo el criterio de calificación de 4,3,2,1 que corresponde a las escalas de Siempre, Frecuentemente, A veces y Nunca, respectivamente. Los valores finales que adoptará la variable son: saludable y no saludable (Walker, Sechrist, Pender,1996).

Tabla1.Matriz operacional de la variable1.

Dimensión	Indicadores	Item	Escala de medición	Niveles y Rangos (Valor final)
Alimentación	1.Rutina de alimentación 2.Tipo de alimentación 3. Consumo de agua 4. Ingesta de frutas Ingredientes artificiales 5.Etiquetas	1. Alimentación: 6 ítems (1,2,3,4,5, y 6).	Ordinal	Estilos de vida Saludable= 75 – 100 puntos. Estilo de vida No Saludable = 25-74 puntos.
Actividad y ejercicio	1.Rutina de ejercicio 2. Movimiento corporal	2.Actividad y ejercicio: 2 ítems (7 y 8).		
Manejo de Estrés	1.Identificación de problemas 2.Manejo emocional 3. Actividades saludables	3. Manejo del Estrés: 4 ítems (9,10,11 y 12).		

Apoyo interpersonal	<ul style="list-style-type: none"> 1.Socialización 2.Expresa sus sentimientos 3.Apoyo emocional 	4. Apoyo interpersonal :4 ítems (13,14,15 y 16).		
Autorrealización	<ul style="list-style-type: none"> 1.Satisfacción personal 2.Desarrollo personal 	5.Autorrealización :3 ítems (17,18 y 19).		
Responsabilidad en salud	<ul style="list-style-type: none"> 1.Conservación de la salud 2. Actividades saludables 3. Hábitos nocivos 	6.Responsabilidad en salud: 6 ítems (20,21,22,23,24 y 25).		

Variable 2: Autocuidado

Definición Operacional: Son las acciones que los pacientes con hipertensión arterial adoptan para el fomento y conservación de su salud a través de la combinación de experiencias cognoscitivas y sociales en las dimensiones de capacidades fundamentales y disposición de autocuidado, componentes de poder y capacidad para operacionalizar mediante un instrumento de tres categorías. Siguiendo el criterio de calificación de 5,4,3,2,1 que corresponde a las escalas de Siempre, Casi Siempre, A veces, Casi Nunca y Nunca, respectivamente. Los valores finales que adoptará la variable son: Bajo, medio y alto (Dorothea Orem, 2012).

Tabla2.Matriz operacional de la variable 2.

Dimensión	Indicadores	Item	Escala de medición	Niveles y Rangos (Valor final)
Capacidades fundamentales y disposición de autocuidado	1.Percepción 2.Memoria 3.Orientación	1.Capacidades fundamentales: 3 ítems (1,2,3).	Ordinal	Capacidad de agencia de autocuidado: Bajo =17 a 28 Medio=29 a 56 Alto =57 a 85
Componentes de poder	1.Motivación 2.Adquisición de conocimientos 3.Habilidad para ordenar acciones de autocuidado 4.Capacidad de integración del autocuidado en su vida familiar y comunitaria.	2.Componentes de poder) 4 ítems (4,5,6,7).		

Capacidad para operacionalizar	1.Toma de decisiones 2.Construcción de las acciones para lograr el manejo de su enfermedad.	3.Capacidad para operacionalizar :10 ítems (8,9,10,11,12,13,14,15,16,17).		
--------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	--	--

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

La técnica que se utilizó fue la encuesta y se emplearon dos instrumentos para la recolección de datos, para medir la variable estilos de vida se utilizó “la escala del estilo de vida de Walker, Sechrist, Pender, modificado por las investigadoras de línea de carrera de la Universidad Los Ángeles de Chimbote ; Delgado,R.;Reyna,E.y Díaz,R.⁴⁰ y para la variable autocuidado se empleó el cuestionario “Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial de Achury, Sepúlveda, Rodríguez”³⁴.

3.7.2. Descripción de los instrumentos

Cuestionario de estilos de vida de Nola Pender, modificado por Delgado, R.; Reyna E.y Díaz R.⁴⁰

Este instrumento fue diseñado por Nola Pender, el cual permite identificar la realización de conductas saludables y estilos de vida que se requiere intervenir. En el año 2003, Walker y colaboradores validan este instrumento al español en una muestra de 541 hispanos residentes en los Estados Unidos ,114 fueron de origen mexicano, cuyas edades estuvieron comprendidas entre 18 y 81 años, fue aplicado por profesionales bilingües quienes utilizaron como método la traducción y traducción a la inversa. En cuanto a su validez y confiabilidad mostró propiedades que permiten medir “conductas promotoras de salud” que componen un estilo de vida saludable, obteniendo un índice de consistencia interna de alfa de Cronbach de 0.94 para la escala completa. En el 2008 este instrumento fue modificado por las investigadoras de línea de carrera de la Universidad Los Ángeles de Chimbote (Perú); Delgado, R.; Reyna, E.y Díaz, R. Para obtener la validez interna del instrumento, se aplicó la fórmula r de Pearson en cada ítem, obteniendo un $r > 0.20$, lo que indica que es válido el instrumento, también s

e obtuvo un índice de confiabilidad de Alfa de Cronbach de 0.794, lo cual demuestra que dicha escala si es confiable para medir la variable “estilo de vida”.

Este instrumento incluye 25 ítems, en seis dimensiones: “alimentación, actividad física y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud”.

A la dimensión de “alimentación” les corresponde a los ítems: 1,2,3,4,5,6. La dimensión “actividad y ejercicio”, la integran los ítems 7 y 8. En la dimensión “manejo del estrés”, se valora a través de los ítems 9,10,11,12, luego la dimensión “apoyo interpersonal” se mide con los ítems 13,14,15,16. La dimensión “autorrealización”, se valora a través de los ítems 17,18,19 y por último la dimensión de “responsabilidad de la salud” que se mide con los ítems 20,21,22,23,24 y 25.

Para el llenado de este instrumento se tiene instrucciones a través de las cuales se le pide al participante que señale la frecuencia con la que ejecuta las situaciones planteadas, eligiendo entre las opciones “nunca” =1, “a veces” =2, “frecuentemente” =3, “siempre” =4.

Se evalúa mediante una escala ordinal de acuerdo con los siguientes niveles: estilos de vida saludables que corresponde a 75 a 100 puntos y estilos de vida no saludable que corresponde a 25 –74 puntos.

Cuestionario sobre la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso de Achury, Sepúlveda, Rodríguez.2009 ³⁴.

Este instrumento mide “la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial”, fue diseñado por las enfermeras colombianas: Achury, Sepúlveda y Rodríguez. Para la validación del instrumento se aplicó a 159 pacientes, con edades de 18 años a más, diagnosticados con hipertensión arterial en dos instituciones de salud, quienes estuvieron hospitalizados y asistieron en Bogotá, Colombia. El análisis psicométrico de este estudio mostró una validez facial adecuada, así también la validez de contenido mostró un índice de 0.93 con

un alfa de Cronbach de 0.75. El tiempo para su aplicación corresponde a 30 minutos. El cuestionario está conformado por 17 ítems de pregunta cerrada que se incluyen a tres dimensiones basados en el modelo de Dorotea Orem: Capacidades fundamentales (1,2,3): que son habilidades básicas como percepción, memoria y orientación , luego tenemos a la dimensión Componentes de poder (4,5,6,7) en la cual se encuentran las habilidades que le estimulan a la persona a autocuidarse como son “la motivación , la adquisición de conocimientos , la habilidad para ordenar acciones de autocuidado y la capacidad de integración del autocuidado” tanto en su vida familiar y comunitaria y como tercera dimensión tenemos a la Capacidad para operacionalizar (8,9,10,11,12,13,14,15,16,17) que incluye a las habilidades que le permiten al individuo indagar sobre sí mismo y de su medio ambiente, así como “la toma de decisiones y construcción de las acciones para lograr el manejo de su enfermedad”. Este instrumento consta de una escala tipo Likert con cinco opciones: 1= “nunca”, 2=” casi nunca”, 3=” a veces”, 4=” casi siempre” y 5=” siempre”. Excepto los ítems 8,16 y 17 cuya opción de respuesta está invertida, en la cual “nunca” = 5, “casi nunca” =4, “a veces” =3, “casi siempre” =2 y “siempre” =1. Se evalúa mediante una escala ordinal en los siguientes niveles: Baja capacidad que va de 17 a 28 puntos, Media capacidad que va de 29 a 56 puntos y Alta capacidad de 57 a 85 puntos.

3.7.3. Validación

Los instrumentos a utilizar han sido empleados en diversos estudios nacionales e internacionales que validan su uso y confiabilidad.

El instrumento Escala de vida fue modificado por investigadoras peruanas: Delgado, R.; Reyna, E. y Díaz, R., mostró una validez interna, obteniendo un $r > 0.20$, un índice de confiabilidad un Alfa de Cronbach de 0.794, lo cual demuestra que es confiable para medir el estilo de vida, también fue validado por Elcorrobarrutia M. aplicado a una población adulta mayor en la ciudad

de Chimbote, con un alfa de Cronbach de 0,794, también por Luna M, en población de estudiantes de una universidad particular, obteniendo un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.875 y también por Romero S.

El instrumento que mide “la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial” fue validado en Bogotá-Colombia por las enfermeras Achury, Sepúlveda y Rodríguez, así también en varios países, con una validez interna de cada estudio entre 0,77 y 0,92., mostrando un alfa de Cronbach de 0.75. En Perú también fue validado por Valdiviezo S. aplicado a personas adultas con hipertensión arterial en la ciudad de Chiclayo, obteniéndose un Alfa de Cronbrach 0.79.

3.7.4. Confiabilidad

Para asegurar la representatividad de los instrumentos en el presente grupo poblacional se calculó el alfa de Cronbach, se aplicó al 10% de la población del estudio la prueba piloto, cuyos valores fueron de 0.795. para estilo de vida y 0.838 para autocuidado, lo cual nos indica que los instrumentos son confiables.

3.8. Procesamiento y análisis de datos

Se redactó el proyecto y demás documentos haciendo uso del programa Word.

Se elaboró una base de datos, así como tablas estadísticas de frecuencia simple y porcentuales para la presentación de los datos para lo cual se utilizó el programa Excel 2016 y respecto al análisis estadístico tanto descriptivo como inferencial se usó el programa estadístico SPSS versión 25 considerando un valor alfa de 0.05. Para establecer la correlación entre las variables de estudio se empleó la prueba de Chi cuadrado.

3.9. Aspectos éticos

En este estudio de investigación se tomaron en cuenta las normas nacionales e internacionales de acuerdo a las investigaciones que se realizan en humanos, teniendo en cuenta las disposiciones vigentes de bioseguridad. El proyecto de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Norbert Wiener.

Se envió la solicitud al Jefe del Establecimiento de Salud para la autorización del recojo y uso de datos. Así también se siguió con el procedimiento metodológico, haciendo uso de un instrumento validado y confiable para de recolección de datos a fin de lograr los objetivos planteados. En todo momento se mantuvo el anonimato de los participantes de la investigación, reservando sus datos personales de acuerdo con la “Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos Personales”. Previa aplicación de los cuestionarios se entregó a los participantes del estudio el consentimiento informado como constancia de su participación voluntaria, así también en este documento se señalaron tanto los objetivos de la investigación y los procedimientos de la misma.

CAPITULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

4.1. Resultados

4.1.1. Análisis descriptivo de los resultados

Tabla 3. Datos sociodemográficos de los pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura-2022.

Variables	Frecuencia	%
Sexo		
Femenino	72	72.0
Masculino	28	28.0
Estado civil		
Casado	46	46.0
Conviviente	21	21.0
Viuda/a	17	17.0
Soltero	9	9.0
Separado/a	7	7.0
Ocupación		
Ama de casa	63	63.0
Comerciante	9	9.0
Agricultor	8	8.0
Profesor	6	6.0
Mototaxista	5	5.0
Albañil	4	4.0
Carpintero	2	2.0
Asistente administrativo	1	1.0
Chofer	1	1.0
Costurera	1	1.0
Grado de instrucción		
Analfabeto/a	6	6.0
Primaria	56	56.0
Secundaria	29	29.0
Superior Técnico	8	8.0
Superior Universitaria	1	1.0
Tipo de seguro		
SIS	91	91.0
Essalud	9	9.0

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: En la tabla 3, en lo que corresponde a los datos sociodemográficos, se observa que el 72% del total de pacientes con hipertensión arterial, fueron de sexo femenino y 28% masculino. En cuanto a su estado civil, el 46 % fueron casados (as), el 21% convivientes y el 17% viudos (as). El 63% del total de pacientes bajo estudio fueron amas de casa, el 9% comerciantes y el 8% agricultores, así también el 56% del total de pacientes bajo estudio tuvieron como grado de instrucción: primaria, el 29% secundaria y el 6% fueron analfabetos (as) y el 91% tuvieron como tipo de seguro el SIS y 9% Essalud.

El promedio de edad de los pacientes bajo estudio fue de 67 (DS: 13.07) años, con edad mínima de 34 años y edad máxima de 95 años.

El tiempo de diagnóstico de la enfermedad promedio es de 7 (DS: 5.2) años.

Tabla 4. Estilos de vida de los pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura - 2022.

Estilo de vida	Frecuencia	%
No saludable	80	80.0
Saludable	20	20.0
Total	100	100.0

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: En la tabla 2, se observa que el 80% del total de pacientes bajo estudio presentaron un estilo de vida no saludable y el 20% un estilo de vida saludable.

Tabla 5. Estilos de vida, según dimensiones de los pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura - 2022.

Dimensiones de estilo de vida		Frecuencia	%
Alimentación	No saludable	87	87.0
	Saludable	13	13.0
Actividad y ejercicio	No saludable	79	79.0
	Saludable	21	21.0
Manejo del estrés	No saludable	86	86.0
	Saludable	14	14.0
Apoyo interpersonal	No saludable	87	87.0
	Saludable	13	13.0
Autoresponsabilidad	No saludable	68	68.0
	Saludable	32	32.0
Responsabilidad en salud	No saludable	78	78.0
	Saludable	22	22.0
Total		100	100.0

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: En la tabla 5, se puede observar que del total de pacientes con hipertensión arterial, en la dimensión alimentación y apoyo interpersonal el 87% presentaron un estilo de vida no saludable, frente al 13% que tuvieron un estilo de vida saludable, seguido de cerca por la dimensión manejo del estrés donde el 86% presentaron un estilo de vida no saludable y el 14% tuvieron un estilo de vida saludable, luego tenemos en la dimensión actividad y ejercicio el

79% presentaron estilos de vida no saludable frente al 21% que tuvieron un estilo de vida saludable, seguido muy de cerca por la dimensión responsabilidad en salud que alcanzó el 78% con un estilo de vida no saludable y 22% no saludable y finalmente en la dimensión manejo del estrés el 68% presentaron un estilo de vida no saludable y el 32% tuvieron un estilo de vida no saludable.

Tabla 6. Autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura - 2022.

Autocuidado	Frecuencia	%
Alto	17	17.0
Medio	69	69.0
Bajo	14	14.0
Total	100	100.0

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: En la tabla 4, se puede apreciar que el 69% del total de pacientes bajo estudio presentaron un autocuidado medio, el 17% alto y el 14% bajo.

Tabla 7. Autocuidado según las dimensiones de los pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura -2022.

Dimensiones del Autocuidado		Frecuencia	%
Capacidades Fundamentales y	Alto	24	24.0
Disposición de autocuidado	Medio	70	70.0
	Bajo	6	6.0
Componentes de poder	Alto	23	23.0
	Medio	69	69.0
	Bajo	8	8.0
Capacidad para operacionalizar	Alto	22	22.0
	Medio	73	73.0
	Bajo	5	5.0
Total		100	100.0

Fuente: Elaboración propia

Interpretación: En la tabla 7, se puede apreciar que, del total de pacientes con hipertensión, el 70% presentaron un autocuidado medio en la dimensión capacidades fundamentales, el 24% alta y el 6% baja, mientras que el 69% tuvieron un autocuidado medio en la dimensión componentes de poder, el 23% alta y el 8% baja, en tanto el 73% en la dimensión capacidad para operacionalizar presentaron un autocuidado medio, 22% alto y 5% bajo.

4.1.2. Prueba de hipótesis

Hipótesis General

Hi: Si existe relación entre estilos de vida y autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial.

Ho: No existe relación entre estilos de vida y el autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial.

- Se tendrá presente el nivel de significancia $\alpha=0.05=5\%$ de máximo margen de error
- Teniendo como regla de decisión donde: $p \geq \alpha$, acepta la hipótesis nula H_0

$p < \alpha$, rechaza la hipótesis nula H_0

Estadístico de prueba: Chi- cuadrado.

Tabla 8. Relación entre estilos de vida y autocuidado de pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura-2022.

Estilo de vida	Autocuidado							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No saludable	11	78.6	59	85.5	10	58.8	80	80
Saludable	3	21.4	10	14.5	7	41.2	20	20
Total	14	100	69	100	17	100	100	100

Chi-cuadrado: 6.091, $p=0.048$

Fuente: Elaboración propia.

Conclusión: En la tabla 8, se muestra que la prueba estadística indica el valor $p=0.048 (< 0.05)$; por lo tanto, se concluye que existe relación entre el estilo de vida y el autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial, de esta manera se rechaza la hipótesis nula y se acepta la

alterna.

Hipótesis específica 1

H0: Los estilos de vida de los pacientes con hipertensión arterial no son saludables.

Conclusión: Se comprobó la hipótesis planteada, en la que se señala que los estilos de vida de los pacientes con hipertensión arterial no son saludables.

Hipótesis específica 2

H1: El nivel de autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial es baja.

Conclusión: No se comprobó la hipótesis planteada, en la que se señala que el autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial es bajo, puesto que presentaron en mayor porcentaje un autocuidado medio.

Hipótesis específica 3

Hi: Existe relación entre los estilos de vida y la dimensión capacidades fundamentales de los pacientes con hipertensión arterial.

Ho: No existe relación entre los estilos de vida y la dimensión capacidades fundamentales de los pacientes con hipertensión arterial.

- Se tendrá presente el nivel de significancia $\alpha=0.05=5\%$ de máximo margen de error
- Teniendo como regla de decisión donde: $p \geq \alpha$, acepta la hipótesis nula H0

$p < \alpha$, rechaza la hipótesis nula H0

Tabla 9. Relación entre los estilos de vida y la dimensión capacidades fundamentales y disposición del autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura - 2022.

Estilo de vida	Capacidades fundamentales y disposición del autocuidado							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No saludable	5	83.3	62	88.6	13	54.2	80	80
Saludable	1	16.7	8	11.4	11	45.8	20	20
Total	6	100	70	100	24	100	100	100

Chi-cuadrado: 13,266, p=0.001

Fuente: Elaboración propia

Conclusión: En la tabla 9, se muestra que existe relación entre los estilos de vida y la dimensión capacidades fundamentales y disposición del autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial, puesto que la prueba estadística indica el valor $p=0.001 (< 0.05)$; por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna.

Hipótesis específica 4

Hi: Existe relación entre los estilos de vida y la dimensión componentes de poder de los pacientes con hipertensión arterial.

Ho: No existe relación entre los estilos de vida y la dimensión componentes de poder de los pacientes con hipertensión arterial.

- Se tendrá presente el nivel de significancia $\alpha=0.05=5\%$ de máximo margen de error
- Teniendo como regla de decisión donde: $p \geq \alpha$, acepta la hipótesis nula H_0

$p < \alpha$, rechaza la hipótesis nula H_0

Tabla 10. Relación entre los estilos de vida y la dimensión componentes de poder del autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura - 2022.

Estilo de vida	Componentes de poder							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No saludable	5	62.5	61	88.4	14	60.9	80	80
Saludable	3	37.5	8	11.6	9	39.1	20	20
Total	8	100	69	100	23	100	100	100

Chi-cuadrado: 9.839, p=0.007

Fuente: elaboración propia

Conclusión: En la tabla 10, se muestra que existe relación entre los estilos de vida y la dimensión componentes de poder de los pacientes con hipertensión arterial, puesto que la prueba estadística indica el valor $p=0.007 (< 0.05)$; por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna.

Hipótesis específica 5

Hi: Existe relación entre los estilos de vida y la dimensión componentes de poder de los pacientes con hipertensión arterial.

Ho: No existe relación entre los estilos de vida y la dimensión componentes de poder de los pacientes con hipertensión arterial.

- Se tendrá presente el nivel de significancia $\alpha=0.05=5\%$ de máximo margen de error
- Teniendo como regla de decisión donde: $p \geq \alpha$, acepta la hipótesis nula H_0

$p < \alpha$, rechaza la hipótesis nula H_0

Tabla 11. Relación entre los estilos de vida y la dimensión capacidad para operacionalizar el autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura – 2022.

Capacidad para operacionalizar

Estilo de vida	Bajo		Medio		Alto		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No saludable	3	60.0	63	86.3	14	63.6	80	80
Saludable	2	40.0	10	13.7	8	36.4	20	20
Total	5	100	73	100	22	100	100	100

Chi-cuadrado: 6.743, p=0.034

Fuente: Elaboración propia.

Conclusión: En la tabla 11, muestra que existe relación entre el estilo de vida y la dimensión capacidad para operacionalizar de los pacientes con hipertensión arterial, puesto que la prueba estadística indica el valor $p=0.034$ (< 0.005); por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna.

4.1.3. Discusión de resultados

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha precisado que la hipertensión arterial continúa siendo un problema de salud pública en los países desarrollados y va en ascenso en los países que se encuentran en vías de desarrollo y es causada principalmente por la práctica de estilos poco saludables²³, los mismos que son adquiridos a lo largo de la vida y también está determinada por el cuidado que tiene la persona de sí mismo, además sino es tratada y controlada a tiempo puede llegar a presentar graves y letales complicaciones.

En relación al objetivo general sobre determinar la relación entre los estilos de vida y el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura, se obtuvo una relación significativa entre estos dos constructos, cuyo valor p es 0.048 por lo tanto al presentar estilos de vida no saludables también se presentará un autocuidado medio a bajo, donde se evidencia que a partir de la práctica de estilos de vida saludables se refleja también el autocuidado con enfoque preventivo, ocurriendo lo contrario en caso existieran estilos de vida no saludables como lo encontrado en el presente estudio. También se han encontrado hallazgos sobre la relación de estas dos variables, tal es así, Morales (20), en su estudio con pacientes adultos mayores del Hospital II Huaraz de Essalud con diagnóstico de hipertensión arterial, los resultados mostraron la existencia de una relación significativa entre los estilos de vida y autocuidado ($\text{sig.} = 0.040 < 0.05$) concluyendo que si el paciente presenta un estilo de vida saludable o muy saludable va a presentar un autocuidado adecuado, es decir mientras mejor sea el estilo de vida, éste tendrá un mejor autocuidado. Asimismo, Vásquez (21) también encontró una relación significativa entre autocuidado y estilos de vida en adultos mayores del programa HTA del Hospital Huaraz de Essalud en el año 2014; pero sin embargo

en ese mismo estudio también encontró la no existencia de una relación significativa entre estas dos variables en la población de adultos mayores del CAM ($\text{sig.}=0.586>0.05$). Estas dos investigaciones quizás difieran del presente estudio, puesto que fueron llevadas a cabo en un establecimiento de Essalud y de nivel II, donde el tipo de respuestas puedan haber estado influenciadas por las características de la población estudiada.

En relación al objetivo específico 1 sobre identificar los estilos de vida de los pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud de Piura, se encontró que el 80% del total de pacientes bajo estudio presentaron un estilo de vida no saludable frente al 20% que mostraron un estilo de vida saludable. Por lo que se evidencia que la mayoría de pacientes encuestados presentaron estilos de vida no saludables lo cual no favorece el adecuado control de la presión arterial alta y prevención de complicaciones, este resultado coincide con Puican (18), encontrándose estilos de vida no saludables en el 60.8% y estilos de vida saludables en el 39.2%, lo que difiere con lo encontrado por Díaz (16), donde el 28% presentaron buenos estilos de vida, el 48% regulares y el 24% malos al igual que Morales (20), quien encontró que el 57% de los encuestados tuvieron estilos de vida saludables, seguido de un 30% que tuvieron estilos de vida muy saludable y solo el 13% poco saludables. Las dimensiones que presentaron el mayor porcentaje de estilos de vida no saludables fueron la dimensión de alimentación y apoyo interpersonal con 87% frente al 13% que tuvieron estilos de vida saludable, seguido de cerca con la dimensión manejo del estrés con 86% que presentaron un estilo de vida no saludable frente a un 14% que tuvieron un estilo de vida saludable, lo que también se asemeja a lo encontrado por Puican (18), en la dimensión de nutrición el 59.2% tuvieron un estilo de vida no saludable y el 40.8% un estilo de vida saludable, en la dimensión manejo del estrés se obtuvo para estilos de vida saludable el 90% y para no saludable el 10%, en la dimensión de apoyo

interpersonal se encontró para estilos de vida saludable un 54.2% y para no saludable el 45.8%, lo que difiere de los hallazgos encontrados por Morales (20), respecto a la dimensión de nutrición, el 31% fue muy saludable, el 50% saludable, el 17% poco saludable y el 1% no saludable; en cuanto a la dimensión del manejo del estrés, el 17% tiene un estilo de vida muy saludable, el 57% saludable, el 24% poco saludable y el 11% no saludable; en la dimensión soporte interpersonal, el 27% fue muy saludable, el 54% saludable, el 17% poco saludable y el 1% no saludable, presentando mayores porcentajes en estilos de vida muy saludables y saludables.

En relación al objetivo 2, respecto a identificar el autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura, se observa que el 69% presentaron un autocuidado medio, el 17% alto y el 14% bajo. Por lo que se evidencia que la mayoría de pacientes encuestados tienen un autocuidado medio, este resultado coincide con la investigación señalada por Chávez (17), quien concluyó que la mayor parte de su población estudiada presentó un autocuidado medio, al igual que Florez et al., (12), quien también encontró que el nivel de autocuidado fue medio con 77.5%. La variable autocuidado está referida a la capacidad de agencia de autocuidado que tiene que ver con las habilidades, conocimientos y motivación que muestra la persona para entender y emprender acciones adecuadas que favorezcan tanto su bienestar físico como emocional.

Respecto a las dimensiones del autocuidado, del total de pacientes con hipertensión arterial en la dimensión de capacidades fundamentales y disposición del autocuidado, el 70% presentaron un autocuidado medio, el 24% alto y el 6% bajo, mientras que en la dimensión componentes de poder el 69% fue medio, el 23% alto y el 8% bajo, en tanto el 73% presentaron un autocuidado

medio de la dimensión capacidad para operacionalizar , el 22 % alto y el 5% bajo, cuyos resultados son similares a lo encontrado por Tinoco (19) en la dimensión capacidades fundamentales y disposición del autocuidado donde el 62.69 % poseen un autocuidado medio, mientras que el 32.84% un autocuidado alto y el 4,48% bajo , respecto a la dimensión componentes de poder, el 73.13 % posee un autocuidado medio, el 16.42 % un autocuidado bajo y tan solo el 10.45% presenta un autocuidado alto y en la dimensión capacidad para operacionalizar, el 83,58% presentan un autocuidado medio mientras que el alto y bajo está representado por el 11, 94% y 4.48% respectivamente; lo que difiere de Morales (20) donde el 73% presenta un adecuado autocuidado en la dimensión capacidades fundamentales y disposición del autocuidado, igualmente el 73% presenta un autocuidado adecuado en la dimensión componentes de poder y en cuanto a la dimensión capacidad para operacionalizar el 69% tiene un autocuidado adecuado.

En relación al objetivo 3 que corresponde a determinar la relación entre los estilos de vida y la dimensión capacidades fundamentales y disposición del autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura, existe relación significativa, cuyo valor $p=0.001 (< 0.05)$, contrastando con el modelo promotor de salud de N.Pender (41) que hace referencia al cuidado de sí mismo a partir de la práctica de estilos de vida saludable , es decir si una persona percibe a la salud como una fuente de valor , esta adoptará comportamientos positivos como por ejemplo una alimentación saludable , cumplimiento del tratamiento, manejo del estrés, etc , lo que permitirá prácticas de autocuidado adecuadas; coincide con lo encontrado por Morales (20), cuyos resultados permitieron establecer la existencia de una relación significativa entre los estilos de vida y autocuidado y en cuanto a la dimensión capacidades fundamentales encontró un autocuidado adecuado al igual que los estilos

de vida saludable. Según D. Orem (42) las personas tienen la necesidad de desarrollar habilidades especializadas que abarcan aspectos cognoscitivos, emocionales y conductuales que les permita llevar a cabo el cuidado de su salud y según Gast et al. (43) son habilidades fundamentales que permiten el desarrollo de las capacidades fundamentales y la disposición del autocuidado que agrupa a habilidades básicas como “percepción, memoria, sensación y orientación”.

En relación al objetivo específico 4, referente a determinar la relación entre los estilos de vida y la dimensión componentes de poder de autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura, existe una relación significativa, cuyo valor $p=0.007 (< 0.05)$, por lo que según D. Orem (42) es importante la elaboración de componentes de poder los que van a ayudar al compromiso del individuo con su propio cuidado, manteniendo la motivación consigo mismos y de su familia así tenemos que también Morales (20) encontró una relación significativa entre estas variables y en la dimensión componentes de poder también encontró un autocuidado adecuado al igual que los estilos de vida en el mismo porcentaje que la anterior dimensión. Según Potter (44) el autocuidado se aprende de acuerdo a la madurez de la persona con acciones conscientes para mantener o recuperar la salud que se ve influenciado por los estilos de vida.

En relación al objetivo 5 respecto a determinar la relación entre los estilos de vida y la dimensión capacidad para operacionalizar de autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura, existe una relación significativa, cuyo valor $p=0.034 (< 0.05)$; haciendo referencia a Lluch et al. (45) quien sostiene que elementos básicos del autocuidado configuran componentes de los estilos de vida saludables , partiendo de que las

conductas de salud son aprendidas por lo que pueden ser modificadas o cambiadas de acuerdo al estado de salud y las necesidades de cuidado , también al hecho de aprender a vivir con los efectos de una enfermedad y que también facilite continuar con el desarrollo personal.

Los resultados demuestran la relación entre las variables de interés en el presente estudio, reafirmando también las relaciones significativas en las dimensiones que las componen.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Se determinó que existe relación significativa entre los estilos de vida y el autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial de un establecimiento de salud de Piura.
- Los estilos de vida de los pacientes con hipertensión arterial de un establecimiento de salud público de la región Piura no son saludables, es decir tienen hábitos y comportamientos que van en contra de su enfermedad y el mejoramiento de su calidad de vida.
- El autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial de un establecimiento de salud público de Piura es medio; por lo que se pone en evidencia que aún padeciendo una enfermedad crónica como la hipertensión arterial ponen parcialmente en práctica acciones en beneficio de su bienestar y calidad de vida, puesto que su estado de salud depende de los cuidados que se brindan así mismo, incrementando de esta manera el riesgo a presentar complicaciones.
- Se determinó la relación estadística entre estilos de vida y la dimensión capacidades fundamentales del autocuidado y disposición del autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial de un establecimiento de salud público de Piura que tiene que ver con la práctica de sus habilidades básicas y que se ven comprometidas en el cuidado y proceso de su enfermedad.
- Existe significancia estadística entre estilos de vida y la dimensión componentes de poder del autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial de un establecimiento de salud público de Piura que está relacionado con la motivación para adquirir conocimientos en beneficio de su autocuidado.

- Existe significancia estadística entre estilos de vida y la dimensión capacidad para operacionalizar el autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial de un establecimiento de salud público de Piura, está relacionado con las habilidades y motivación que tienen las personas para informarse sobre su enfermedad y en base a ello tomar decisiones que les permita un mejor manejo de su enfermedad.

5.2. Recomendaciones

- A nivel de Microred de Salud fortalecer la estrategia sanitaria de prevención y control de daños no transmisibles y dentro de ello el control integral de la hipertensión arterial, implementando espacios dirigidos por un equipo multidisciplinario, con una distribución de tareas de los miembros del equipo de salud abocados a cambiar o mejorar los estilos de vida y autocuidado de las personas como alimentación saludable, control del peso, incremento de la actividad física, reducir ingesta de sal, no consumo de alcohol y tabaco, alimentación saludable , reducción del estrés, etc.
- Promover en los establecimientos de salud la consulta personalizada, así como también programas educativos de autocuidado, reuniones y sesiones grupales dirigidos a personas con hipertensión arterial a fin de mejorar sus estilos de vida, con el propósito de controlar las cifras tensionales y prevenir complicaciones.
- Fortalecer competencias en el personal de salud en la atención integral a la persona con hipertensión arterial, motivando a las personas a tomar la decisión de cuidarse, favoreciendo la autoestima, así como también en la promoción de estilos de vida saludables en personas con hipertensión arterial teniendo en cuenta el enfoque a la familia y comunidad.

- Fortalecer la participación comunitaria convocando a las organizaciones de base, actores sociales, agentes comunitarios de salud, instituciones educativas para establecer redes de apoyo comunitario y participación activa en la ejecución de programas educativos y difusión de medidas preventivas de la hipertensión arterial en niños adolescentes, adultos y adultos mayores a fin de reducir los factores de riesgo tales como el sedentarismo , alimentación no saludable , consumo de tabaco y alcohol, etc.
- Continuar investigando en este tema de tal manera que permita acercarnos a la realidad a fin de mejorar las prácticas de autocuidado y estilos de vida de la población y personal de salud en general.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles .2014. Disponible en: <https://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/es/>
2. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020.
3. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Día Mundial de la Salud 2013. Disponible en: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/es/
4. Araya, M. Hipertensión arterial y diabetes mellitus. Rev Costarric Cien Med. 2004.25 (3-4), 65-71. [internet] Revisado el 07/12/2020 Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-294820000007
5. Organización Panamericana de la Salud. Las ENT de un vistazo. Washington, D.C.: OPS; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51752>
6. García, D. Historia de la hipertensión. 2010 [en línea] < <http://files.sld.cu/hta/files/2010/07/historia-de-la-hipertension-arterial.pdf> > [citado el 21 de diciembre de 2020]
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. ENDES. Perú: Enfermedades no transmisibles y transmisibles 2019. Disponible en https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2019/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2019.pdf
8. Revilla Luis, López Tania, Sánchez Sixto, Yasuda Myriam, Sanjinés Giovanna. Prevalencia de hipertensión arterial y diabetes en habitantes de Lima y Callao, Perú. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2014 Jul [citado 2020 Dic 22]; 31(3): 437-444.

Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342014000300005&lng=es.

9. Revilla L. La hipertensión arterial en el Perú, a propósito del Día Mundial de la Hipertensión. Boletín Epidemiológico del Perú. 2019; 28 (19): 459

10. Carbajal y Salas. Nivel de Conocimiento y práctica de autocuidado del adulto mayor hipertenso del Hospital Nacional Sergio E. Bernales de Collique Comas [Tesis de licenciatura en enfermería]. Perú: Universidad Peruana Los Andes. 2018.

11. Maylen Mishell, C, Herazo Cogollo, J Autocuidado en personas adultas con hipertensión arterial montería, 2019. [Internet]. Montevideo, Uruguay: Universidad de la República; 2020-01-27. [citado: 2020, diciembre]

12. Florez D, Gutiérrez m, Guevara M, Gallegos E. Autocuidado en pacientes con hipertensión arterial de Potosí, Bolivia [en línea]. Coloquioenfermeria2018.sld.cu. 2018. <<http://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/viewPaper/1251> > [citado 21 Dic 2019].

13. Solano, F. El autocuidado en personas con enfermedades crónicas degenerativas atendidas en el dispensario de salud del aeropuerto Cnel. Carlos Concha Torres de la parroquia tachina provincia de Esmeraldas de enero- marzo del 2015. Disponible en: <https://repositorio.pucese.edu.ec/bitstream/123456789/407/1/SOLANO%20CAICEDO%20FABIOLA.pdf>

14. Jimenez, V. “Autocuidado asociado al control de las cifras tensionales en pacientes hipertensos de la UMF 9” 2015. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.buap.mx/bitstream/handle/20.500.12371/6065/069715T.pdf?sequence=1>

15. Gordon, M., Gualotuña M. Hipertensión arterial relacionada con el estilo de vida en los pacientes que acuden al centro de salud tipo a Pujilí en el periodo julio - diciembre 2014. Disponible en:

<http://www.dspace.uce.edu.ec:8080/bitstream/25000/5133/1/T-UCE-0006-010.pdf>

16. Díaz, A. Estilos de vida y cuidados preventivos en la hipertensión arterial del adulto mayor, Centro de Salud Carlos Protzel, 2018. Disponible en:

http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/4956/tesis%20_diaz%20del%20olmo%20ilizarbe.pdf?sequence=1&isallowed=y

17. Chávez, E. Nivel de autocuidado sobre hipertensión arterial en el adulto mayor que acude al servicio de consulta externa de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2018. Disponible en:

http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3274/UNFV_CH%c3%81VEZ_MEL%c3%89NDEZ_EDUARDES_GESY_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=

18. Puican M. Estilos de vida en pacientes ancianos con hipertensión arterial atendidos en el centro de salud de surco, 2019. disponible en:

<http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3175/TESIS%20Puican%20Maria.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

19. Tinoco, C. Capacidad de agencia de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Salud Collique III Zona. Comas .2018.

20. Morales, B. Estilos de vida y autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial [en línea]. repositorio universidad de san pedro. 2019. <

<http://repositorio.usanpedro.edu.pe/handle/USANPEDRO/5940> > [citado 15 diciembre 2019].

21. Vásquez, R. “teoría de Dorotea Orem en autocuidado y estilos de vida del adulto mayor en el centro del adulto mayor y programa de hipertensión arterial del hospital II Essalud-Huaraz, 2014”. disponible en:

http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/2559/T033_09704319_D.pdf?sequence=1&isAllowed=y

22. Pastor, Y. Un estudio de la influencia del auto concepto multidimensional sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia media. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Valencia. España.1999.

23. Organización Mundial de la Salud (1998). Glosario de Promoción de Salud, WHO/HPR/HEP/98.1, 1998.

24. Maya L. (2006) “Los Estilos de Vida Saludables: Componentes de la Calidad de Vida”. Colombia. Recuperado el 21 de Diciembre de 2020 de: http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/promocion_salud/recursos/diplomado/m3/t4/Los_estilos_de_vida_saludables.pdf

25. Gómez, J., Jurado, M., Viana, B., Da, M., y Hernández, A. (2005). Estilos y calidad de vida. Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd90/estilos.htm>.

26. Álvarez, L. (2012). Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. Scielo. Recuperado en <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v30n1/v30n1a11.pdf>

27. Wong, C. (2012). Estilos de vida. Universidad de San Carlos. Área de salud pública. Guatemala. Recuperado en <https://saludpublica1.files.wordpress.com/2012/08/estilos-de->

vida2012.pdf

28. Limón, R. (2004), en Perea Quesada, Rogelia. (Copm.). Factores que determinan el nivel de salud-enfermedad en el mundo actual, en Educación para la salud, reto de nuestro tiempo. Editorial Díaz de Santos. Madrid, 2004.

29. Acuña, Y. & Cortes, R.; (2012). Promoción de estilos de vida saludable área de salud de esparza. Costa Rica. Obtenido de, http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESIS/2012/acuna_castro_y_essika_sa_2012.pdf los estilos de vida saludables: componente para la calidad de vida”, Luz Helena Maya, 1997).

30. Pender, N.J. (1997). Un modelo propuesto para la conducta promotora de Salud. Promoción de la salud en la práctica de Enfermería USA: Century Appleton.

31. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of the Health-Promoting Lifestyle Profile II. 1996 [citado 10-02-2012]. Disponible en: http://www.unmc.edu/nursing/docs/HPLPII_Abstract_Dimensions.pdf

32. Cancio-Bello Ayes, C., Lorenzo Ruiz, A., & Alarcó Estévez, G. (2020). Autocuidado: una aproximación teórica al concepto. *Informes psicológicos*, 20(2), 119–138. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v20n2a9>

33. Orem, D. Teoría general del autocuidado. [Mensaje en un blog]. Recuperado de <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/dorothea-orem.html>

34. Achury D, Sepúlveda G, Rodríguez S. Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2009; 11 (2): 9-25. Fecha de acceso: 03 de enero de 2021. en <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145220480002.pdf>

36. Santisteban N. Algunos factores de riesgo de la Hipertensión Arterial en CMF. Trabajo de Grado. Santiago de Cuba; 2006.

37. Abbott S, & Gunnell C. Older people's experiences of diabetes care. *J Diabet Nurs* 2004; 8: 182-84.
38. Bernal, C.A. Metodología de la investigación. Tercera edición. Pearson Educación, Colombia; 2010.
39. Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. Metodología de la Investigación. México: McGraw – Hill/ Interamericana; 2006.
40. Díaz R, Marquez E, Delgado R. Encuesta de la escala del estilo de vida. [Internet]. calameo.com. [citado el 11 de junio de 2022]. Disponible en: <https://es.calameo.com/books/000083014a3c0c587ed82>
41. Pender, N. J. (1982). Health promotion in nursing practice. Norwalk, CT: Appleton-Century-Crofts.
42. Orem, D. E. (1995). Nursing: Concepts of practice. St Louis, Estados Unidos: Mosby.
43. Gast, H., Denyes, M., Campbell, J., Hartweg, D., Schott-Baer, D. & Isenberg, M. (1989). Self-care agency: conceptualizations and operacionalizations. *Ady Nurs Sci*, XII (1), 26-38. doi:10.1097/00012272-198910000-00006
44. Potter, P (1996). Fundamentos de Enfermería, teoría y práctica. 3º Edición. Editorial Mosby. Pág. 1041-1042.
45. Lluch, M.T., Sabater, M.P., Boix, M. & Corrienero, J. La enseñanza del autocuidado de la salud (física y mental) desde la perspectiva psicosocial. En CiberEduca.com Psicólogos y pedagogos al servicio de la educación. Ponencia presentada a II Congreso Internacional Virtual de Educación.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de Consistencia

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>Problema General ¿Cuál es la relación entre los estilos de vida y el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura 2022?</p>	<p>Objetivo General Determinar la relación entre los estilos de vida y el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial.</p>	<p>Hipótesis General Hi: Si existe relación entre los estilos de vida y el autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial. Ho: No existe relación entre los estilos de vida y el autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial.</p>	<p>Variable 1 Estilos de vida</p> <p>Dimensiones: Alimentación Actividad y ejercicio Manejo de Estrés Apoyo interpersonal Autorrealización Responsabilidad en Salud</p>	<p>Tipo de Investigación Cuantitativa Aplicativa</p> <p>Método y diseño de la investigación No experimental, descriptivo correlacional de corte transversal.</p> <p>Población/ Muestra 100 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.</p>
<p>Problemas Específicos ¿Cuáles son los estilos de vida de los pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud de Piura, 2022?</p>	<p>Objetivos Específicos Identificar los estilos de vida de los pacientes con hipertensión arterial.</p>	<p>Hipótesis Específica Los estilos de vida de los pacientes con hipertensión arterial no son saludables.</p>	<p>Variable 2 Autocuidado</p> <p>Dimensiones: Capacidades fundamentales Componentes de poder Capacidad para operacionalizar.</p>	
<p>¿Cuáles son los estilos de vida según las dimensiones: nutrición, actividad física, manejo de estrés, relaciones interpersonales, crecimiento espiritual,</p>	<p>Identificar los estilos de vida según la dimensión nutrición, actividad física, manejo de estrés, relaciones interpersonales, crecimiento espiritual,</p>	<p>Los estilos de vida según la dimensión nutrición, actividad física, manejo de estrés, relaciones interpersonales, crecimiento espiritual, responsabilidad en salud</p>		

responsabilidad en salud en los pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura, 2022?	responsabilidad en salud en los pacientes con hipertensión arterial.	en los pacientes con Hipertensión Arterial no son saludables.		
¿Cuál es el autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura, 2022?	Identificar el autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial.	El autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial es bajo.		
¿Cuál es el autocuidado según las dimensiones: Capacidades fundamentales y disposición de autocuidado, Componentes de poder, Capacidad para operacionalizar de los pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura, 2022?	Identificar el autocuidado según las dimensiones: Capacidades fundamentales y disposición autocuidado, Componentes de poder, Capacidad para operacionalizar en los pacientes con hipertensión arterial.	El autocuidado según las dimensiones: Capacidades fundamentales y disposición de autocuidado, Componentes de poder, Capacidad para operacionalizar en los pacientes con hipertensión arterial es bajo.		
¿Cuál es la relación entre los estilos de vida y la dimensión capacidades	Establecer la relación entre los estilos de vida y la dimensión	Existe relación entre los estilos de vida y la dimensión capacidades		

<p>fundamentales de los pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura, 2022?</p> <p>¿Cuál es la relación entre los estilos de vida y la dimensión componentes de poder de los pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura, 2022?</p> <p>¿Cuál es la relación entre los estilos de vida y la dimensión capacidad para operacionalizar de los pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura, 2022?</p>	<p>capacidades fundamentales de los pacientes con hipertensión arterial.</p> <p>Establecer la relación entre los estilos de vida y la dimensión componentes de poder de los pacientes con hipertensión arterial.</p> <p>Establecer la relación entre los estilos de vida y la dimensión capacidad para operacionalizar de los pacientes con hipertensión arterial.</p>	<p>fundamentales de los pacientes con hipertensión arterial.</p> <p>Existe relación entre los estilos de vida y la dimensión componentes de poder de los pacientes con hipertensión arterial.</p> <p>Existe relación entre los estilos de vida y la dimensión capacidad para operacionalizar de los pacientes con hipertensión arterial.</p>		
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

Anexo 2: Instrumentos

“ESTILOS DE VIDA Y AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD PÚBLICO DE PIURA. 2022.”

Estimado paciente:

Le entregamos un cuestionario cuyo objetivo es “Determinar la relación entre los estilos de vida y el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial”.

Es aplicado por la Lic. Clarisa Araceli Guerrero Elera, egresada de la Escuela de Posgrado de la Universidad Norbert Wiener, para la obtención del grado de Maestro en Salud Pública.

Es de suma importancia contar con sus respuestas ya que eso permitirá mejorar el manejo de pacientes con enfermedades crónicas como la hipertensión arterial mejorando sus estilos de vida y autocuidado a fin de evitar complicaciones a la brevedad posible y disminuir costos al sistema sanitario peruano y al gasto de bolsillo del paciente y su familia.

Para participar usted ha sido seleccionado por azar para garantizar una representación de todas las personas que son objetivo del estudio, por ello, son muy importantes sus respuestas. Completarla le llevará alrededor de 30 minutos. Además, se le está alcanzando otro documento (**CONSENTIMIENTO INFORMADO** en el cual usted debe plasmar su aceptación de participar en el estudio.

Esta encuesta es completamente **VOLUNTARIA** y **CONFIDENCIAL**. Sus datos se colocarán en un registro **ANÓNIMO**. Toda la información que usted manifieste en el cuestionario se encuentra protegida por la Ley N° 29733 (“Ley de Protección de Datos Personales”).

Agradezco anticipadamente su participación.

Ante cualquier consulta, puede comunicarse con: Clarisa Araceli Guerrero Elera, Celular: 968902695

Correo: arage25@hotmail.com

**UNIVERSIDAD NORBERT WIENER
E.P.G**

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL CUESTIONARIO

Este consta de preguntas sobre sus datos básicos (nombre, edad, etc.) preguntas sobre el estudio en sí. Por favor, lea con paciencia cada una de ellas y tómesese el tiempo para contestarlas todas (**ES IMPORTANTE QUE CONTESTE TODAS; si no desea contestar alguna, por favor escriba al lado el motivo**).

Lea cuidadosamente cada pregunta y marque con una X el casillero que mejor representa su respuesta.

Ante una duda, puede consultarla con el encuestador (la persona quien le entregó el cuestionario).

RECUERDE: NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS.

Ficha: _____

Fecha: _____

**“ESTILOS DE VIDA Y AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD PÚBLICO DE PIURA.
2022.”**

Datos sociodemográficos

1. Edad: -----años

2. Sexo: F () M ()

3. Ocupación:

4. Estado Civil:

Soltera/o ()

Casada/o ()

Divorciada/o ()

Viuda/o ()

Conviviente ()

Separada/o ()

5. Grado de Instrucción:

Analfabeto ()

Primaria ()

Secundaria ()

Superior Técnico ()

Superior Universitario ()

6. Tipo de seguro: SIS () ESSALUD () Privado () Sin seguro () Otros ()

6. Tiempo de diagnóstico de la enfermedad: -----

INSTRUMENTO PROPIAMENTE DICHO 1 (V. independiente)
Escala de ESTILO DE VIDA SEGÚN PENDER
Autor: Walker, Sechrist, Pender
Modificado por: Díaz, E; Reyna, E; Delgado, R (2008)

INSTRUCCIONES: Marque el casillero (x), con el cual usted se identifique más, teniendo en cuenta que: este cuestionario contiene oraciones acerca de su estilo de vida al presente. Por favor, responda a cada oración lo más exacto posible y trate de no pasar por alto ninguna oración teniendo en cuenta que:

N	V	F	S
NUNCA	A VECES	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE

AFIRMACIONES		N	V	F	S
		1	2	3	4
ALIMENTACION					
1	Come Ud. tres veces al día: desayuno, almuerzo y comida	N	V	F	S
2	Todos los días, Ud. consume alimentos balanceados que incluyan tanto vegetales, frutas, carne, legumbres, cereales y granos.	N	V	F	S
3	Consume de 4 a 8 vasos de agua al día	N	V	F	S
4	Incluye entre comidas el consumo de frutas	N	V	F	S
5	Escoge comidas que no contengan ingredientes artificiales o químicos para conservar la comida.	N	V	F	S
6	Lee Ud. las etiquetas de las comidas empaquetadas, enlatadas o conservas para identificar los ingredientes.	N	V	F	S
ACTIVIDAD Y EJERCICIO					
7	Hace Ud. ejercicio por 20 a 30 minutos al menos tres veces a la semana.	N	V	F	S
8	Diariamente Ud. realiza actividades que incluyan el movimiento de todo su cuerpo.	N	V	F	S
MANEJO DEL ESTRES					
9	Usted identifica las situaciones que le causan tensión o preocupación en su vida.	N	V	F	S
10	Expresa sus sentimientos de tensión o preocupación	N	V	F	S
11	Ud. plantea alternativas de solución frente a la tensión o preocupación.	N	V	F	S
12	Realiza alguna de las siguientes actividades de relajación tales como: tomar siesta, pensar en cosas agradables, pasear, ejercicios de respiración.	N	V	F	S
APOYO INTERPERSONAL					
13	Se relaciona con los demás	N	V	F	S
14	Mantiene buenas relaciones interpersonales con los demás	N	V	F	S
15	Comenta sus deseos e inquietudes con las demás personas	N	V	F	S
16	Cuando enfrenta situaciones difíciles recibe apoyo de los demás.	N	V	F	S
AUTORREALIZACION					
17	Se encuentra satisfecho con lo que ha realizado durante su vida.	N	V	F	S

18	Se encuentra satisfecho con las actividades que fomenta su desarrollo personal.	N	V	F	S
19	Realiza actividades que fomenten su desarrollo personal	N	V	F	S
RESPONSABILIDAD DE LA SALUD					
20	Acude por lo menos una vez al año a un establecimiento de salud para una revisión médica.	N	V	F	S
21	Cuando presenta una molestia acude al establecimiento de salud.	N	V	F	S
22	Toma medicamentos solo prescritos por el médico	N	V	F	S
23	Toma en cuenta las recomendaciones que le brinda el personal de salud.	N	V	F	S
24	Participa en actividades que fomentan su salud: sesiones educativas, campañas de salud, lectura de libros de salud.	N	V	F	S
25	Consume sustancias nocivas: cigarro, alcohol y/o drogas.	N	V	F	S

FICHA TECNICA DEL INSTRUMENTO

Nombre del Instrumento	Escala de Estilo de Vida según Pender
Autor y Año	Walker, Sechrist y Pender (2003)
Procedencia	Estados Unidos
Adaptación	Delgado, R; Reyna, E y Díaz, R (2008)
Idioma	Español
Propósito	Identificar la realización de conductas saludables y estilos de vida que se requiere intervenir.
Validación	Validez interna $r > 0.20$ Alfa de Crombach de 0.794
Duración de encuesta	20 minutos
Medición	El instrumento consta de 25 ítems de opinión que miden el estilo de vida en seis dimensiones: alimentación, actividad y ejercicio, manejo del estrés, apoyo interpersonal, autorrealización y responsabilidad en salud.

INSTRUMENTO PROPIAMENTE DICHO 2 (V. dependiente)
Cuestionario sobre la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso

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

Afirmaciones		Nunca	Casi Nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
		1	2	3	4	5
1	Siento que mi estado de ánimo me permite cuidarme					
2	Cuando duermo 6-8 horas diarias, me siento descansado					
3	Invierto tiempo en mi propio cuidado					
4	Considero importante realizar ejercicio					
5	Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad					
6	Considero que conozco como actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial					
7	Cuando inicio un nuevo medicamento solicito al profesional de enfermería me proporcione información necesaria de la correcta administración					
8	Considero que la cantidad máxima de sal que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son 2 cucharaditas					
9	Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas					
10	Considero que el profesional de enfermería me escucha y aclara mis inquietudes					
11	Conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad					
12	Camino diariamente como mínimo 30 minutos					
13	Realizo cambios según las necesidades para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad					
14	Realizo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado					
15	Evalúo si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar y el de mi familia					
16	Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas					

17	Siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual					
	Total					

FICHA TECNICA DEL INSTRUMENTO

Nombre del Instrumento	Cuestionario sobre la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso
Autor y Año	Diana Marcela Achury, Gloria Judith Sepúlveda y Sandra Mónica Rodríguez, Bogotá - 2009.
Procedencia	Bogotá-Colombia
Adaptación	-
Idioma	Español
Propósito	Medir la capacidad de agencia de autocuidado que deben desarrollar los individuos hipertensos.
Validación	Validez interna entre 0,77 y 0,92 (Juicio de expertos enfermeros investigadores) Alfa de Crombach de 0.75
Duración de encuesta	30 minutos
Medición	El instrumento está conformado por 17 ítems de pregunta cerrada que mide las tres dimensiones del autocuidado: capacidades fundamentales, componentes de poder y capacidad para operacionalizar basados en el modelo de Dorotea Orem.

Anexo 3: Aprobación del Comité de Ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN

Lima, 01 de febrero de 2022

Investigador(a):
GUERRERO ELERA, CLARISA ARACELI
Exp. N° 1470-2022

Cordiales saludos, en conformidad con el proyecto presentado al Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener, titulado: **“ESTILOS DE VIDA Y AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD PÚBLICO I-4 DE LA REGIÓN PIURA. 2021”**, el cual tiene como investigador principal a **GUERRERO ELERA, CLARISA ARACELI**.

Al respecto se informa lo siguiente:

El Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener, en sesión virtual ha acordado la **APROBACIÓN DEL PROYECTO** de investigación, para lo cual se indica lo siguiente:

1. La vigencia de esta aprobación es de un año a partir de la emisión de este documento.
2. Toda enmienda o adenda que requiera el Protocolo debe ser presentado al CIEI y no podrá implementarla sin la debida aprobación.
3. Debe presentar 01 informe de avance cumplidos los 6 meses y el informe final debe ser presentado al año de aprobación.
4. Los trámites para su renovación deberán iniciarse 30 días antes de su vencimiento juntamente con el informe de avance correspondiente.

Sin otro particular, quedo de Ud.,

Atentamente



Yenny Marisol Bellido Fuentes
Presidenta del CIEI- UPNW

Anexo 4: Formato de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Este documento de consentimiento informado tiene información que lo ayudará a decidir si desea participar en este estudio de investigación en salud para la maestría de: “Salud Pública”. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados, tómese el tiempo necesario y lea con detenimiento la información proporcionada líneas abajo, si a pesar de ello persisten sus dudas, comuníquese con el(la) investigador(a) al teléfono celular o correo electrónico que figuran en el documento. No debe dar su consentimiento hasta que entienda la información y todas sus dudas hubiesen sido resueltas.

Título del proyecto: “Estilos de vida y Autocuidado en pacientes con hipertensión arterial en un establecimiento de salud público de Piura. 2022.”

Nombre del investigador principal: Clarisa Araceli Guerrero Elera

Propósito del estudio: Mejorar la atención de los pacientes con hipertensión arterial.

Participación voluntaria: Nadie está obligado a participar si no desea.

Beneficios por participar: Usted no deberá pagar nada por la participación.

Inconvenientes y riesgos: Su participación en el estudio, no conlleva ningún riesgo, ya que solo se le aplicará una encuesta diseñada para responder de manera sencilla y la información generada se mantendrá con debida confidencialidad y anonimato.

Costo por participar: Usted no deberá pagar nada por la participación.

Remuneración por participar: no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad: Se asegura la confidencialidad de los datos recogidos. No se mostrará ninguna información que permita la identificación de Usted.

Renuncia: Puede renunciar a la participación en cualquier momento.

Consultas posteriores: Al correo arage25@hotmail.com y teléfono 968902695

Contacto con el Comité de Ética: 073374150

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido la información proporcionada, se me ofreció la oportunidad de hacer preguntas y responderlas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente el hecho de responder la encuesta expresa mi aceptación a participar voluntariamente en el estudio. En mérito a ello proporciono la información siguiente:

Documento Nacional de Identidad:

Apellidos y nombres:(agregado)

Edad: agregado)

Correo electrónico personalo institucional:

Firma

Anexo 4: Carta de aprobación para la recolección de datos




DIRECCION REGIONAL DE SALUD PIURA
SUB REGION DE SALUD MORROPÓN- HUANCABAMBA
MICRORED SALUD HUANCABAMBA

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

Huancabamba, 17 de febrero del 2022

SEÑORITA :
LIC. ENF. CLARISA ARACELI GUERRERO ELERA
EE.SS I-4 HUANCABAMBA

ASUNTO : AUTORIZA RECOLECCION DE DATOS PARA COMPLEMENTO DE TESIS

REFERENCIA : DOCUMENTO DE FECHA 29/01/2022

Mediante el presente me dirijo a usted para hacerle llegar mi cordial saludo y al mismo tiempo hacer de su conocimiento que habiendo tomado conocimiento de la aprobación del proyecto **"Estilos de Vida y Autocuidado en pacientes con Hipertensión Arterial en un Establecimiento de Salud Público I-4 de la Región Piura 2021"** por la **Universidad Norbert Wiener**; esta Jefatura le **AUTORIZA** la recolección de datos para la complementación de la tesis respectiva.

Es todo lo que informo a usted para su conocimiento y los fines que el caso requiera, ocasión propicia para reiterar a usted las muestras de mi especial y más alta consideración.

Atentamente,



Anexo 5: Informe del asesor de Turnitin

tesis final

INFORME DE ORIGINALIDAD

15%	15%	2%	4%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	4%
2	repositorio.unh.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	repositorio.usanpedro.edu.pe Fuente de Internet	2%
4	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	2%
5	repositorio.uladech.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.uigv.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
8	repositorio.unid.edu.pe Fuente de Internet	1%
9	www.fihu.org.pe Fuente de Internet	1%
