



**Universidad
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**NIVEL DE AUTOMANEJO DEL ADULTO MAYOR
HIPERTENSO SEGÚN SEXO, QUE ACUDE A LA CASA
DEL “ADULTO MAYOR DEL DISTRITO DE MAGDALENA
DEL MAR”, 2017**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

CÁMARA CARRASCO, ROSA ELVIRA.

HUAMAN RODRIGUEZ, SUSAN LINDA.

LIMA – PERU

2018

DEDICATORIA

A nuestra familia, por que procuran nuestro bienestar, que siempre nos apoyan y nos da fuerzas para seguir adelante.

AGRADECIMIENTO

Primero dar gracias a dios, por estar con nosotros en cada paso que damos.

Agradecer a nuestro asesor de tesis Mg. Erik Chávez, por el apoyo y colaboración brindada en el proceso de la realización de la tesis.

ASESOR DE TESIS

Mg. Chávez Flores, Erik Mario

JURADO:

Presidenta: Mg. Anika Remuzgo.

Secretaria: Mg. Graciela Guevara.

Vocal : Mg. Wilmer Calsin.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ASESOR(A) DE TESIS.	v
JURADO.	vi
ÍNDICE.	vii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE GRAFICOS	x
INDICE DE ANEXO	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	14
1.1. Planteamiento del problema	14
1.2. Formulación del problema.	20
1.3. Justificación.	20
1.4. Objetivos.	21
1.4.1. Objetivos Generales.	21
1.4.2. Objetivos Específicos.	21
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	22
2.1. Antecedentes.	22
2.1.1 Antecedentes internacionales	22
2.1.2 Antecedentes nacionales	25
2.2. Base teórica.	31
2.3. Terminología básica.	40
2.4. Variable.	40
2.4.1 Operacionalizacion de variable	41
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	42
3.1. Tipo de Investigación.	42
3.2. Población y muestra.	42
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	44
3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico.	44
	vii

3.5. Aspectos éticos.	45
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	46
4.1. Resultados.	46
4.2. Discusión.	50
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	55
5.1 Conclusiones.	55
5.2 Recomendaciones.	56
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	57
ANEXO	64

ÍNDICE DE TABLA

	Pag.
Tabla N° 1. Niveles de automanejo de los adultos mayores hipertensos, según sexo de la “Casa del Adulto Mayor del Distrito de Magdalena del Mar”, 2017.	49

ÍNDICE DE GRÁFICOS

		Pág.
Gráfico N° 1	Niveles de automanejo del adulto mayor hipertenso, que acude a la Casa del Adulto Mayor del Distrito de Magdalena del Mar, 2017.	47
Gráfico N° 2.	Automanejo de los adultos mayores hipertensos, según dimensiones, que acuden a la Casa del Adulto Mayor del Distrito de Magdalena del Mar, 2017.	48

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pag.
ANEXO A. Instrumentos	64
ANEXO B. Consentimiento informado	67
ANEXO C. Datos sociodemográficos del adulto mayor hipertenso, que acude a la Casa del Adulto Mayor del Distrito de Magdalena del Mar 2017.	68
ANEXO D. Distribución porcentual de pacientes hipertensos, según sexo de la Casa del Adulto Mayor del Distrito de Magdalena del Mar, 2017.	69

RESUMEN

En la presente investigación el **objetivo** es determinar el nivel de automanejo del adulto mayor hipertenso según sexo que acude a la Casa del Adulto Mayor del Distrito de Magdalena del Mar. **Metodología:** De enfoque cuantitativo descriptivo de corte transversal, la población fue de 420 adultos mayores hipertensos con una muestra de 200 adulto mayores hipertensos diagnosticados, el instrumento que se utilizó fue validado por Peñarrieta en el año 2014, cuyo nombre es “Partners in HealthScale”. **Resultados:** Los datos sociodemográficos, muestran que el 52% son hombres y el 48% mujeres, el 85% con seguro social y el 12% seguro popular, el 57% presentan enfermedad diagnostica menor a 5 años. Con referencia al Automanejo del adulto mayor Hipertenso; presento que el 38% tiene un automanejo moderado, el 35% bajo y el 27% alto. Según dimensiones; en adherencia al tratamiento el 34% tiene un automanejo bajo, el 33% moderado y 33 % alto, manejo de signos y síntomas, el 42% tiene un bajo automanejo, el 38% moderado y el 20% alto en conocimiento de la enfermedad el 48% bajo, el 39% moderado y el 13% alto. Con respecto a las diferencias del automanejo del adulto mayor hipertenso según sexo el 35.4% de los adultos mayores son del sexo femenino, tienen un nivel alto de automanejo. El 45.2% predomino el sexo masculino presentando un moderado automanejo. **Conclusiones:** El automanejo del adulto mayor hipertenso predomino el nivel de automanejo moderado.

Palabras clave: “Adulto Mayor”, “Automanejo”, “Sexo”.

ABSTRACT

In the present investigation the **objective** is to determine the level in the self-management of the hypertension of the older adult, who goes to the house of the older adult of the district of Magdalena del Mar. **Methodology:** From a descriptive quantitative approach, the population is 420 hypertensive older adults with a sample of 200 diagnosed elderly hypertensive adults, Peñarrieta validated the instrument at 2014 whose name is "Partners in healthscale". **Results:** sociodemographic data show that 52% are men and 48% women, 85% with social insurance and 12% are popular insurance, 57% have diagnosed disease less than 5 years. With reference to the Automanejo of the senior adult Hypertensive; the present that 38% have a moderate self-management, 35% low and 27% high. According to dimensions; in adherence to treatment 34% have a low self-management, 33% moderate and 33% high, Management of signs and symptoms, 42% have a low self-management, 38% moderate and 20% high in knowledge of the disease. 48% low, 39% moderate and 13% high. With regard to the differences of the self-management of the hypertensive older adult according to sex, 34% of the elderly are female; they have a low level of self-management. The 45.2% predominated the masculine sex presenting a moderate self-management. **Conclusions:** the self-management of the hypertensive older adult predominated the level of moderate self-management.

Keywords: "Senior Adult", "Automanejo", "Sex".

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Define la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades crónicas constituyen una verdadera epidemia mundial, pues son responsables de 35 millones de muertes al año, por lo que entre estas enfermedades crónicas destacan la hipertensión arterial con prevalencias de 40% en adultos mayores de 25 años y 9% en mayores de 18 años respectivamente (1). Así mismo la Organización de las Naciones Unidas; expresa que la prevalencia de las enfermedades crónicas como la Hipertensión Arterial no solo es un problema casi exclusivo de las naciones del primer mundo, pues hoy en día también se aprecia un incremento en países vías de desarrollo, atribuida a creciente masa poblacional a su envejecimiento y a comportamiento (2).

En España un estudio de riesgo cardiovascular muestra que el 33,3% de la población de estudio tiene Hipertensión Arterial, con un nivel de conocimiento alto (65%) y con tratamiento terapéutico establecido; pero su control es bajo (menos del 40%) (3). El mismo estudio muestra que en los establecimientos de atención primaria 2010 el nivel de control de la Presión Arterial se incrementa del 41.4% al 46.3% (3).

El estudio multicéntrico, transversal y observacional CARDIOTENS 2009, con pacientes hipertensos que asisten a los consultorios de cardiología y atención primaria, reportan que el 55% de los individuos con Hipertensión Arterial

estaban controlados, al margen de la presencia de enfermedades cardiovasculares y de la alimentación, estilos de vida, tabaquismo y subida de peso, es decir constituyen eventos o variables independientes a la falta de control de la Presión Arterial (3).

En América Latina, la situación respecto a la Hipertensión Arterial no es nada distinta; en países como Nicaragua se han reportado prevalencias del 25% de la Hipertensión Arterial, respectivamente y se prevé empeorará a medida que van cambiando las rutinas de vida y la vejez de la población (4).

Estudios realizados en Venezuela; dieron como resultado la prevalencia de la Presión Arterial elevada es de un 27.5 % en el sexo masculino y un 22.9 % en el sexo femenino; también demostraron que la frecuencia de la presión arterial elevada se incrementa con la edad, es así que pasado los 50 años casi el 50% de la población adolecen de Presión Arterial Alta, mientras que en México la Hipertensión Arterial prevalece en un 30.05 % (5) (6).

Por ello una de las causas primordiales que interfiere que las personas puedan vivir más años son las enfermedades crónicas que no son transmisibles tal es la Hipertensión Arterial, el cual por motivos clínicos o económicos es elevado y se incrementa con el tiempo constituyendo de esta manera un aspecto importante para la salud pública (7).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática; refiere que en el Perú; el 34% de la población mayores de 60 años, han sido diagnosticados con Hipertensión Arterial, de los cuales el 21% no cuenta con tratamiento para estas enfermedades, por ello se buscan diferentes roles en los expertos del cuidado como son los profesionales de enfermería, donde el usuario o paciente obedece las indicaciones médicas dadas y es el protagonista de su automanejo sobre la enfermedad a diferencia de las intervenciones a los usuarios con enfermedades agudas, donde el usuario o paciente sigue al pie de la letra las indicaciones médicas dado que el tiempo de su enfermedad es más corta. En el caso de los cuidados crónicos, es importante afrontar día a

día estos cuidados, siendo entonces el rol del proveedor el de educar, informar e incrementar el automanejo de su enfermedad (8).

Hoy en día las personas se han acostumbrado a vivir con una o varias enfermedades crónicas no transmisibles. Estas enfermedades se instalan en el organismo y su desarrollo es lento, tal es el caso como la Hipertensión Arterial mundialmente conocida como una de las causas de enfermedades coronarias de alto índice en accidente cerebro vascular, que constituye el principal motivo de no llegar a tener una larga vida (7).

La Hipertensión Arterial está relacionada a varias causas como puede ser la genética, la edad, y las rutinas de vida es por esta razón que pudiese ser prevenida, tratada, monitorizada y controlada. Sin embargo, a pesar que el sector salud hace grandes esfuerzos no ha logrado que las poblaciones tanto jóvenes como adultas tomen conciencia del adecuado estilo de vida y autocuidado para prevenir y controlar la enfermedad (9)

Existen varios factores que intervienen en los adultos para que no analicen las complicaciones de la Hipertensión Arterial (la educación, la alimentación y el desconocimiento de las consecuencias que se podría tener en los sistemas y órganos del individuo) (9).

Es difícil contar con un sistema de salud eficiente al 100% cuando el panorama es de un país con súper población y de bajos recursos económicos, pues esto hace que las entidades responsables de salud no se den abasto para poder llegar a todos los ciudadanos de dicho país, a través de programas preventivos, educativos; para así poder concientizar a los individuos la necesidad de su prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la Hipertensión Arterial y promover el autocuidado (9).

A pesar de los avances logrados, el inadecuado automanejo persiste constituyéndose en un problema difícil de abordar, enfatizando aquí la importancia sobre conocimiento, adherencia al tratamiento y manejo emocional por el propio paciente, reto que pudiera ser realizado si existiese un trabajo en conjunto, de los protagonistas tales como usuarios, familiares y

los proveedores del cuidado de la salud, enfocado a educar, acompañar y supervisar el proceso salud - enfermedad donde exista adherencia y compromiso del paciente. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud refiere que las enfermedades crónicas no transmisibles los familiares y los pacientes son piezas elementales y deben ser bien informados sobre su enfermedad e incentivados para que haya un buen automanejo de la Hipertensión Arterial, cumpliendo así con el tratamiento evitando futuras complicaciones (10).

Recientemente los investigadores han extendido las descripciones sobre el desarrollo del automanejo en base a cómo los usuarios conviven con una enfermedad crónica. Para que sea eficaz el automanejo no puede estar separado del usuario que padece la enfermedad crónica el prestador del servicio de salud (enfermeras), familiares, vecinos y comunidad (11).

Peñarrieta al efectuar estudios de automanejo en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles encuentra diferencias según sexo, sin embargo, refiere que son escasos los estudios respecto al automanejo de pacientes hipertensos, según sexo (12).

Diversas investigaciones sobre la hipertensión arterial diferencia la manera de actuar del automanejo y la adherencia al tratamiento por sexo, verificando la variedad de los resultados. Algunos estudios indican que las mujeres hipertensas tienen mayor déficit que los varones, por ejemplo, el realizar actividad física, el asistir a la toma de presión arterial y el conocimiento de dicha enfermedad. Otros investigadores reportan que el resultado del control de la toma de presión arterial en hipertensos es igual entre varones y mujeres y un tercer grupo refiere que los hábitos de vida en los varones son deficientes (13).

El automanejo de los pacientes con Hipertensión Arterial está relacionado con la teoría de Dorotea Orem. Las conductas a realizar consideran la búsqueda de ayuda especializada (apoyo de la enfermera) para el manejo de síntomas y signos, adherencia al tratamiento, aceptación al estado actual en que se encuentra y conocimiento de la enfermedad (13).

Dorothea Orem; refiere al autocuidado como un suceso, un acto premeditado, que se ha determinado por el conocimiento y destreza del individuo. El paciente puede carecer de la capacidad de autocuidado y lo adquiere a lo largo de la vida, dependerá de sus creencias, estilos y prácticas que tiene el grupo social al que pertenece. Las acciones de autocuidado se correlacionan con algunos requisitos, que tienen como finalidad estimular a las capacidades elementales para la vida y maduración, y así evitar complicaciones. Orem diferencia requisitos universales (comportamientos generales básicos para el desarrollo de la vida), requisitos de desarrollo (garantizan el crecimiento y desarrollo en situaciones específicas de cada etapa de vida) y los requisitos que derivan de la descompensación de la salud (agrupa los comportamientos necesarios para personas enfermas, lesionadas, o discapacitadas) (13).

Por otro lado Orem plantea dos conceptos importantes: el primero la agencia de autocuidado, definido como “la facultad de un individuo dirigidas a actividades específicas y elaboración primordiales para su autocuidado”; Para desempeñar esta agencia el paciente requiere la habilidad de desempeñarse en el autocuidado; por esto nace el segundo concepto, la capacidad de agencia de autocuidado, definido como la capacidad para desarrollar actividades que le permitan a los adultos y adolescentes elegir las situaciones que ameriten controlarse o tratarse con el propósito de buscar solución según a su propia capacidad y decidir las actividades específicas para su autocuidado (14).

Investigaciones recientes en Lima; describen el aumento de enfermedades crónica no transmisible. La Hipertensión Arterial representa del 11% a 15% y el 30% en las áreas urbanas teniendo en cuenta a cuatro enfermedades crónicas no transmisibles prioritarias, que son, Hipertensión Arterial, Diabetes, Cáncer y Obesidad, esto también se hizo notar en las personas que migran a la capital y diferencias según sexo, el Ministerio de Salud, enfatiza que es de interés de salud pública (12).

El Sector de la Salud enfatiza en hacer programas educativos para educar al usuario en identificar su problema y técnica para buscar solución y tomar

conciencia de su auto cuidado, se realiza en base a un plan de automanejo por un periodo de 1 o 2 semanas a corto plazo, para que así el paciente sienta confianza y seguridad de que lo puede cumplir, esto se da en forma de acuerdo a las dos partes personal de salud y paciente (12).

Por tal razón los autores son conscientes de que la población que migra a la capital son de todas las edades ,existe un número de personas adultos mayores que sumados a los que ya residen suman un número elevado con características de las enfermedades no transmisibles en especial de Hipertensión Arterial donde es preciso un programa de educación para obtener el conocimiento de la enfermedad causa, factores de riesgo, complicaciones como prevenir , como manejar los signos y síntomas, adherencia al tratamiento como participa su entorno y esa preocupación también es del Sector de Salud que la difusión de los programas existentes no llega muchas veces a la población destinada (12).

Por ello diversos autores; sostienen que la Hipertensión Arterial es el inicio a desencadenar en cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, lo cual se atribuye la razón principal de muerte repentina y discapacidad, se cree que dicho padecimiento genera cada año aproximadamente 9,4 millones de muertes por enfermedades cardiacas en el 90% al 95% de los casos y el origen es desconocido es de 5% al 10% de los casos; por ello el origen directamente señala a la Hipertensión Arterial como un mal silencioso que afecta a la salud y a los años de vida de la población si no se lleva tratamiento indicado (17).

En el Perú hay pocas investigaciones con respecto a sexo en automanejo de la hipertensión arterial por eso la importancia de realizar esta investigación. La investigación se realizó en el distrito de Magdalena del Mar, a los usuarios adultos mayores con hipertensión que asistieron a la casa del adulto mayor situado en la cuadra dos de Jirón Echenique los días lunes y viernes del mes de Setiembre a Diciembre del 2017.

En el distrito de Magdalena del Mar existe una población de 10,000 adultos mayores, aproximadamente según estadísticas de la municipalidad en el año 2016, de los cuales solo asisten un 10% a las diferentes actividades que realiza el municipio para mejorar la salud (campañas médicas y talleres de la casa del adulto mayor). Esta población de adultos mayores se ha ido incrementando en el distrito y es de preocupación si los adultos mayores van a poder llegar a mas años, pero no siendo carga para sus familiares y a su entorno por esta razón se decide hacer un estudio para saber si los adultos mayores realizan un adecuado automanejo y quien tiene mejor práctica de este.

De la situación descrita sugerimos algunos interrogantes, tales como:

- ¿Cómo es el automanejo según sexo de dicha población?
- ¿Existen diferencias según sexo en el automanejo de la hipertensión arterial?
- ¿Qué sexo tiene mejor automanejo?
- ¿Qué actividades realizan las personas de la tercera edad que acuden en la casa del adulto mayor del distrito de Magdalena del Mar?
- ¿Los adultos mayores se controlan la presión arterial?
- ¿Cómo se siente el adulto mayor con Hipertensión arterial?
- ¿Qué hace el adulto mayor hipertenso cuando se siente mal?
- ¿Qué sabe el adulto mayor hipertenso sobre su enfermedad?

Del análisis de la situación problemática señalada surge el problema de investigación que a continuación se presenta.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es el automanejo del adulto mayor hipertenso, según sexo, que acude a la” Casa del Adulto Mayor del distrito de Magdalena del Mar”?

1.3. JUSTIFICACIÓN

En la actualidad la Hipertensión Arterial es un inconveniente para la salud que influyen en el modo de vida del paciente ocasionando muchos cambios en la calidad vida presentando un riesgo de complicaciones

evitables con un adecuado automanejo de su enfermedad, siendo esto mayor en personas adultas mayores. Por esta razón es importante realizar esta investigación que permitió reconocer oportunamente del nivel de automanejo de una persona de la tercera edad con Hipertensión Arterial, este hallazgo encontrado se alcanzó a las autoridades y jefatura de enfermería de la municipalidad de Magdalena en la Casa del Adulto Mayor Jirón Echenique cuadra dos, se realizó la recolección de datos con la toma de presión arterial los días lunes y viernes en la mañana del mes de setiembre a diciembre del 2017. Que nos permitió identificar cuantos adultos mayores tiene hipertensión diferenciado por sexo. En resumen, se justifica el presente estudio ya que habiéndose encontrado pocas investigaciones que permitan evidenciar a cuánto asciende la población que cuenta con un adecuado automanejo, Pudiendo ser aplicado en programas preventivo promocionales, contribuyendo a la generación del conocimiento en el primer nivel de atención de salud y sirviendo de apoyo en investigaciones futuras.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo general

Determinar el nivel de automanejo de la hipertensión del adulto mayor según sexo que acude a la “Casa del Adulto Mayor del Distrito de Magdalena del Mar”.

1.4.2. Objetivo específico

- Determinar el nivel automanejo de los adultos mayores hipertensos, según sus dimensiones.
- Identificar el nivel automanejo de los adultos mayores hipertensos según sexo que acude a la “Casa del Adulto Mayor del Distrito de Magdalena del Mar”.

CAPÍTULO II. MARCO TEORICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. Antecedentes internacionales

Orellana Macancela María, Pucha Collaguazo Mercy, en Cuenca – Ecuador, en el año 2017, realizo un estudio titulado “El autocuidado en personas hipertensas del club “Primero mi salud” UNE - Totoracocha, Cuenca 2016”, el objetivo fue delimitar el grado de autocuidado en sujetos hipertensos que acuden al club “Primero Mi Salud” de UNE-Totoracocha. Cuenca 2016, el método de la presente investigación tiene enfoque cuantitativo-descriptivo, con una población finito de 134 sujetos hipertensos, desarrollando la técnica encuesta y el instrumento un cuestionario acoplado de un estudio de investigación “Autocuidado en los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial atendidos en el Club de Hipertensos del Subcentro de Salud N°2 en Sinincay-Cuenca 2013 de Mejía Tigre Rosa y Jaguay Asitimbay Narcisa los resultados fueron tabulados en el programa SPSS V23 y Microsoft Office Excel 2010, los resultados encontrados mostraron en el presente estudio que el 75% es del género femenino y el 25% del género masculino. En relación al autocuidado el 90% de los sujetos con HTA tenían un autocuidado alto y el 10% un autocuidado bajo. Los autores concluyeron que:

Se pudo observar que la mayoría de los pacientes con HTA del club realizan acciones para el autocuidado que ayudan a su bienestar y a su salud (15).

Herrera Liam Arleth, en Colombia Cartagena, en el año 2014 realizó un estudio titulado “Capacidad de agencia de autocuidado de los pacientes hipertensos de la consulta externa de dos instituciones de II y III nivel de atención de la ciudad de Cartagena”, con el objetivo detallar el nivel de autocuidado en los sujetos hipertensos del consultorio externo de dos entidades de salud de II y III nivel de la ciudad de Cartagena, el método utilizado en este estudio descriptivo transversal que midió la capacidad de agencia de autocuidado de 243 sujetos con la enfermedad crónica de la Hipertensión Arterial diagnosticada, con un muestreo aleatorio simple, se utilizó el cuestionario de capacidad de agencia de autocuidado de individuos con Hipertensión Arterial, elaborado por las licenciadas en enfermería Achury, Sepúlveda y Rodríguez y los resultados fueron de la siguiente manera con relación al género el 60% lo alcanza el sexo femenino y el 40% el masculino, por otro lado la capacidad de autocuidado el 93% de los individuos tiene una alta capacidad de autocuidado y el 7% una baja capacidad de autocuidado. Se concluyó que:

Existió una alta capacidad de agencia de autocuidado, casi la mitad de las personas que fueron encuestados modifican el estilo de vida para conservar su salud, tienen conocimiento de los efectos adversos de los fármacos que ingieren para su tratamiento también las complicaciones que pueden desencadenar su enfermedad (16).

Peñarrieta de Córdoba Isabel, Olivares Delfina, Gutiérrez Gomes Tranquilina, Flores Barrios Florabel, Piñones Martínez María, Quintero Valle Luz, en Tamaulipas México, en el año 2014, realizaron un estudio titulado “Automanejo en personas con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el primer nivel de atención el objetivo del estudio fue detallar la conducta de automanejo de los sujetos con enfermedades crónicas

como: Diabetes Mellitus e Hipertensión y señalar las desigualdades entre las dos agrupaciones, el método que realizaron es un estudio de tipo transversal comparativo, muestreo probalístico aleatorio por proporciones, multietápico, estratificado, el tamaño de la muestra es de 450 sujetos de cuatro entidades de salud de dieciséis centros de salud de la jurisdicción sanitaria 2 de Tampico Tamaulipas, el instrumento utilizado "Automanejo en padecimientos crónicos, los resultados encontrados en el ámbito de género de los sujetos con Hipertensión Arterial es el 69.6% y es del sexo femenino y el 34.4% al sexo masculino los resultados que se pudieron observar es un automanejo deficiente en sus tres dimensiones: conocimiento, adherencia y manejo de signos y síntomas, en los grupos de diabetes e Hipertensión Arterial no existe diferencia a nivel de grupos; pero si se encontró diferencias entre sexos. Finalmente se concluyó que:

El automanejo de los individuos con hipertensión y diabetes es aún bajo, pero hay diferencia entre ambos sexos (17).

Ofman Silvia, Pereyra Girardi Carolina, Cofreces Pedro, Stefani Dorina en Colombia, en el año 2014, se hizo una investigación titulada "Importancia de las diferencias por género en el afrontamiento a la enfermedad: el caso de la hipertensión arterial esencial", el objetivo fue determinar la importancia del género en el afrontamiento en pacientes con hipertensión arterial, el método realizado fue el diseño descriptivo-comparativo, de corte transversal. Intervinieron 200 usuarios hipertensos especialmente adultos/as, elegidos de las entidades de salud, ubicadas en Buenos Aires (Argentina). Fueron utilizados como instrumento los siguientes cuestionarios: Cuestionario sociodemográfico y clínico y Ways of Coping Questionnaire, los resultados; revelan que con respecto al sexo de los pacientes el 80% son de sexo masculino y el 20% del sexo femenino, la edad promedio de los/as pacientes fue de 56 años a 64 años, casi la totalidad de la muestra (91%) es de nacionalidad argentina, la mayoría (67%) está casado/a y tiene hijos (87%). Por otro lado, el nivel de escolaridad el 48% cuenta con estudios universitarios, mientras que el 41% cuenta con estudios secundarios. En cuanto la

religión el 77% es católica. En general 71% los/as pacientes trabajan. Se concluye:

La edad influye mucho en el afrontamiento en pacientes con hipertensión (13).

Achury Beltrán Luisa, Achury Saldaña Diana, Rodríguez Colmenara Sandra, Sepúlveda Gloria, Padilla Velasco Martha, Leuro Umaña Jenny, Martínez María, Soto Rodríguez Jenny, Almonacid Lever Yarissell, Sosa Ángela, Camargo Becerra Liliana, en Bogotá Colombia, en el año 2012 realizó un estudio titulado “Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel”, el objetivo fue determinar la capacidad de agencia de autocuidado en 245 individuos con Hipertensión Arterial que acuden a una entidad de salud del segundo nivel de atención en el 2010, el método que se realizó fue un estudio descriptivo de tipo transversal con la aplicación del instrumento evaluación de la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso. Se observó que el 81,22% (n = 199) y el 8,16% (n = 20) de los usuarios con hipertensión arterial tenían un autocuidado regular y deficiente en el mismo orden y que el 10,61% (n = 26) de los usuarios con Hipertensión Arterial presentaron una capacidad de agencia de autocuidado alta, en los resultados se observó que el 81% de las personas con Hipertensión Arterial presentó autocuidado regular; tan solo el 11% de los pacientes tuvo un autocuidado eficiente y el restante 8% pacientes presentó un autocuidado deficiente. Finalmente se concluye que:

La hipertensión arterial es el origen de mortalidad y morbilidad, se quiso que el paciente logre un alto dominio de agencia de autocuidado que inicie del conocimiento y que se realice de manera voluntaria las acciones que hagan posibles el conservar su salud (14).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Reyes Quiroz Giovanna, en Lima Perú, en el año 2017, realizó un estudio titulado “Factores y automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en centros de salud de la red Lima ciudad”,,

el objetivo fue determinar los factores relacionados con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en Centros de Salud de la Red Lima Ciudad, el método utilizado es de tipo prospectivo y transversal con diseño no experimental, correlacional-causal de enfoque cuantitativo en una muestra de 164 personas con diagnóstico de diabetes mellitus y 190 personas diagnosticados con HTA que asisten en los 4 centros de salud seleccionados. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y los instrumentos fueron 4 cuestionarios, los resultados: En cuanto a los factores y automanejo en pacientes con hipertensión arterial un 59% es femenino y un 41% masculino, según las dimensiones en conocimiento encontramos 62% alto y un 38% bajo; en las dimensiones de manejo de signos y síntomas el 68% alto y el 32% bajo por otro lado en la dimensión de adherencia al tratamiento el 68% alto y el 32% bajo. Se concluyó lo siguiente:

Presentaron que las variables sociodemográficas, como el sexo, el grado de escolaridad, el estado civil, demuestran una relación importante en el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus (18).

Leiva Espinoza Jhyna, en Puentepiedra Perú, en el año 2017, realizó un estudio titulado "Automanejo en adultos con hipertensión arterial en el consultorio externo del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz Puente Piedra", el objetivo es determinar el automanejo en adultos hipertensos del consultorio externo del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz Puente Piedra Lima Perú 2017, el método de estudio investigación con enfoque cuantitativo, diseño no experimental de corte transversal, con una muestra de 60 personas con Hipertensión Arterial se utilizó el instrumento de automanejo. Partners in health Scale, los resultados que se encontró un 63% de automanejo moderado, un 34% de bajo automanejo y un 3% de adecuado automanejo. Por otro lado, según las dimensiones de adherencia al tratamiento el 22% fue bajo y el 88% es alto. En la dimensión de manejo de signos y síntomas presentó el 90% alto y el 10% bajo y en la dimensión de conocimiento se encontró un 5% bajo. Los autores alcanzaron lo siguiente:

La mayoría de pacientes hipertensos presentó un nivel de automanejo regular (19).

Tafur Paredes Cinthia, Vásquez Suito Lucia, Nonaka Reyna Margarita, en Loreto Perú, en el año 2017, realizaron un estudio titulado “Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado del adulto mayor hipertenso, del centro de atención del adulto mayor del hospital regional de Loreto, Iquitos – 2017”, el objetivo fue identificar si existe una relación entre el nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado del adulto mayor hipertenso del Centro de Atención del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto, 2017, el método es cuantitativo y el diseño no experimental de tipo correlacional. La población fue de 89 adultos mayores de ambos sexos y la muestra de 52 adultos, aplicando dos instrumentos para la recolección de datos: Cuestionario sobre conocimiento con una validez de 89.32% y de confiabilidad de 87.3% y la Escala de actitud tipo Lickert sobre prácticas de autocuidado sobre hipertensión arterial con validez de 89.3% y confiabilidad de 88%. Los datos fueron analizados con el SPSS versión 22.0. La prueba estadística para Windows XP, con nivel de confianza de 95% y nivel de significancia de 0,05 ($p < 0,05$), en los resultados se encontró que el 65.9% tiene un autocuidado bajo y el 24.1% alto. Finalmente se concluye:

Los adultos mayores con hipertensión arterial del Centro de Atención del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto el 84.6% realizan prácticas de autocuidado inadecuado, mientras que sólo el 15.4% realizan las prácticas de autocuidado adecuado, referido a alimentación, actividad física, cumplimiento de tratamiento farmacológico, hábitos de vida diaria, conducta asumida ante el aumento de la presión arterial y su asistencia a la consulta de salud (20).

Agudo Fabiam Emma, Arias Guisado María, Sarmiento Almidon Gabriela, Danjoy León Delia, en Perú en el año 2014, realizaron un

estudio titulado “Asociación entre conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos, consultorio de cardiología, Hospital Nacional”, el objetivo fue identificar la asociación entre el nivel de conocimiento sobre hipertensión arterial y autocuidado en pacientes adultos con hipertensión arterial, el método del estudio es cuantitativo, tipo descriptivo, de corte transversal; se realizó en el consultorio de cardiología de un Hospital Nacional. La población de estudio fue 3949 y la muestra lo constituyeron 86 usuarios diagnosticados con Hipertensión Arterial. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, se empleó la técnica de la entrevista a través de un cuestionario sobre conocimiento de hipertensión arterial y para medir el autocuidado una Escala de Likert. Validez y confiabilidad de los instrumentos, en los resultados se encontró que un 44.2% del sexo femenino y el 55.8% masculino y en el autocuidado de la hipertensión arterial 40% alto, el 38% bajo y el 22% moderado. Se concluyó lo siguiente:

Presento que casi la mitad de los pacientes presentaron un nivel de conocimiento y autocuidado alto; menos de la mitad tenía un nivel de conocimiento y autocuidado bajo. Las diferencias resultaron estadísticamente significativas (9).

Lagos Mendez Helen, Flores Rodriguez Nestor, en Puentepiedra Perú, en el año 2014 , realizaron un estudio titulado “Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el hospital de Puente Piedra – Lima”, el objetivo fue identificar si existe relación entre la funcionalidad familiar y al automanejo de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial en usuarios de 30 -80 años, asistentes al consultorio de medicina interna en el hospital Carlos Lanfranco la Hoz de Puente Piedra – Lima, método realizado fue un estudio cuantitativo, diseño correlacional de corte transversal con una población de 100 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial se emplearon 2 instrumentos: Apgar familiar y automanejo en enfermedades crónicas, en resultados se encontraron que el 56% era moderado, el 35% alto y 8% bajo automanejo. Se concluyó lo siguiente:

Presentaron que la funcionalidad familiar y el automanejo son variables que se encuentran asociados de forma directa lo cual incluye en los patrones del comportamiento de las personas que viven con diabetes mellitus de tipo 2 y la hipertensión arterial (10).

García Acevedo Susana, Chanco Palacios Luz, en Huancayo- Perú, en el año 2015, realizaron un estudio titulado "Nivel de conocimientos y las prácticas de autocuidado en personas con hipertensión arterial cap. 11 - Chupaca - Es salud 2014", el objetivo es establecer la relación que exista entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado de las personas hipertensas mayores de 35 años del CAP 11 Essalud Chupaca 2014, el método de este estudio es de tipo correlacional, observacional, descriptivo y transversal, los resultados que obtuvieron correspondiente al género el 61% masculino, el 39% femenino. Asimismo, el nivel de conocimiento relacionado al sexo de las personas es inadecuado. El masculino 61% y femenino 39%. Los autores concluyeron que:

Sobre la relación entre el nivel de conocimientos y las acciones de autocuidado se observa que hay relación directa y significativa entre los puntajes obtenidos en el nivel de conocimientos y las prácticas de autocuidado en hipertensos del Centro de salud del primer nivel de atención de Chupaca en el 2014. Es posible también concluir que el nivel de conocimientos y las prácticas de autocuidado se determinó como adecuados (21).

Fanarraga Moran Juana, en Lima – Perú, en el año 2013, realizó un estudio titulado "Conocimiento y Práctica de Autocuidado Domiciliario en Pacientes Adultos con Hipertensión Arterial, en Consultorios Externos de Cardiología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen ESSALUD", el objetivo fue observar si existe relación entre el conocimiento y la práctica de autocuidado domiciliario que realizan los usuarios adultos diagnosticados con hipertensión arterial, el método de este tipo de

investigación es de enfoque cuantitativo, de diseño descriptivo del corte transversal. La investigación se realizó en el consultorio de cardiología de Hospital Guillermo Almenara Irigoyen-ESSALUD; la población fueron los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, se investigó una muestra de 130 pacientes de ambos sexos y residentes en la ciudad de Lima. Para recolectar los datos se utilizó la técnica de la encuesta y como instrumento un cuestionario con preguntas cerradas sobre conocimientos de hipertensión arterial en los pacientes adulto y prácticas de autocuidado en el domicilio, los resultados: se encontró que en el autocuidado el 30% es alto y el 31% bajo y un moderado 39%. Se concluyó que:

Se concluyó que menos de un tercio presento un alto autocuidado, y más de un tercio un moderado autocuidado (22).

Condori Huirse Miluzca, Flores Soria Yosimar, en el Perú, en el año 2013, realizaron un estudio titulado “Práctica de autocuidado de los usuarios del programa de hipertensión arterial de los centros asistenciales Urbanos Cusco - Es salud – 2012”, el objetivo fue determinar la práctica de autocuidado del usuario, el método es de tipo descriptivo con un corte transversal, la muestra se obtuvo por medio de la formula estadística probabilística para poblaciones finitas siendo un total de 56 usuarios. El instrumento de recolección de datos es una encuesta, validado por juicio de experto y la confiabilidad a través del coeficiente de alfa Crombach cuyo valor es 0.832, los resultados: Se encontró un 54% bajo, moderado 19% y un adecuado 27%. Finalmente se llegó a la siguiente conclusión:

Se concluyó, que más de la mitad presento un bajo autocuidado y menos de un tercio un adecuado autocuidado (23).

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. Definición de automanejo

La Organización Mundial de la Salud, refiere que se ha realizado varias investigaciones sobre el automanejo donde enfatiza el rol del usuario en el manejo de su enfermedad, sin restar ni desmerecer la de vida importancia de la salud conductual y la adherencias a las terapias para las enfermedades crónicas , a los pacientes no se les informa de lo primordial, ni cómo lograr habilidades para desempeñar un óptimo estado de salud y preguntarse cómo podrían las entidades de salud enfrentar este dilema, propone educar y apoyar a los usuarios para auto manejar su estado de salud crónico (24).

De tal manera que la Organización Mundial de la Salud se sensibiliza con el paciente y busca las formas de fomentar el automanejo en pacientes con enfermedades crónicas donde participen en forma activa y de forma eficaz por eso debe de trabajar en forma conjunta con las entidades de salud (24).

Así mismo la Organización Panamericana de la Salud, en el 2006 pública en el libro de Lange, en el cual sostiene: que los usuarios en mejora de su salud, realizan actividades sin vigilancia de algún personal sanitario. Así mismo se describe como la manera de los usuarios y familia promueven conductas en beneficio de la salud, previniendo enfermedades y manejando síntomas. De esta manera la OPS describe como en las Américas se practica el auto cuidado, tanto el individuo como su entorno busca modos de vida que lo beneficien para su salud como también en el manejo de síntomas, pero no es 100 % eficaz porque no existe supervisión médica sanitaria (24).

Por otro lado, autores como Peñarrieta Isabel, Vergel Odilia, Schmith Lucero, Lezama Sonia, Rivero Rosario, Taipe Jorge; define que el automanejo es el proceso y habilidad que las personas desarrollan con

el propósito de tener el manejo de su enfermedad y no que la enfermedad lo controle. El desarrollo del automanejo está conformado por la monitorización de la salud y la introducción de estrategias para adherencia de tratamiento, seguridad manejo de signos y síntomas y demás complicaciones de las enfermedades crónicas (25).

Automanejo, autocuidado o autocontrol enfermedades crónicas son vocablos referidos de forma parecida con diversos autores refieren desigualdades entre las definiciones. Como es el caso del automanejo en lo que respecta a la medicina y cuidado de la salud lo menciona por las intervenciones, entrenamiento y habilidades que realizan los pacientes con enfermedades crónicas que le generen invalidez o enfermedad que puedan cuidarse por sus propios medios así mismo de una manera eficaz y aprender a cómo realizarlo. Se elige a la definición de automanejo por ser una investigación que incorpora adicionalmente los cuidados vinculados con lo que se padece en los aspectos como manejo de las implicancias físicas, sociales y emocionales que derivan de las mismas, el acuerdo por parte del asistencial de la entidad de salud que lo asiste, y el reconocimiento de síntomas y signos de alarma. Es decir, se identifica el incremento eficaz del automanejo del paciente (17).

De esta manera el significado amplio del automanejo abarca un plan de acción en equipo interviniendo el usuario, el cuidador y personal de salud, con el propósito de tener el conocimiento de su enfermedad y las varias elecciones de tratamiento, realizar un plan de cuidado, participaciones en acciones de promoción de la salud, manejos de signos y síntomas, manejo de emociones y relaciones con el entorno y estilos de vida saludables con un adecuado automanejo en individuos con enfermedades crónicas se ha demostrado que esto lo adquieren no solo con el conocimiento de la enfermedad, por ello se sostiene que también es importante la oportuna y efectiva toma de decisiones en el manejo de signos y síntomas, adherencia al tratamiento, al manejo eficaz de los factores psicológicos y sociales que se podrían afectar al

padecer una enfermedad crónica. Además, las evaluaciones de programas de automanejo, han permitido ver resultados favorables en el comportamiento de los pacientes y han mejorado la comunicación con los médicos, demostrando un mejor uso de las entidades de salud (26).

Por esta razón, el eficiente automanejo favorece al paciente en su ritmo de vida y también a los servicios de salud porque son requeridos con menor frecuencia. Por ello diversos autores expresan que el automanejo es la base de los modelos de cuidado crónico colaborativo o Collaborative Chronic Care Model, los que demuestran ser específicamente eficaces en unir la atención, el tratamiento de desórdenes mentales y enfermedades crónicas en entidades de atención primaria. Estos modelos poseen impacto positivo en la calidad de vida física y mental, así mismo en la calidad de vida de las personas, en singular a los que cuentan con enfermedades crónicas. Existen diversos estudios realizados en diferentes países comprobando lo efectivo de realizar participaciones educativas del automanejo de la Hipertensión Arterial con pacientes que la adolecen. Está comprobado lo efectivo de realizar participaciones educativas del automanejo reduce a un 20% el problema que desarrollan los individuos con enfermedades crónicas; de esta manera se demuestra la importancia de reforzar las intervenciones en el primer nivel de atención (27).

Por tal motivo, se debe trabajar en forma conjunta los individuos que padecen enfermedades crónicas con los profesionales de la salud y ellos serán los que fortalecerán sus conocimientos sobre cómo manejar la enfermedad para que se pueda dar un eficaz automanejo (27).

Se sostiene que el automanejo se debe integrar a la educación tradicional. Es tener una educación específica con un plan a desarrollar en un pequeño plazo de 7 a 14 días y es allí donde los pacientes ganan seguridad y son capaces de cumplir el plan trazado. Así mismo es incrementar la seguridad y confianza en el paciente de que si va cumplir el plan trazado que será ejecutado en forma colaboradora con sus miembros que es paciente y profesional de la salud. Los resultados de

los programas de actividades de automanejo se han comprobado mejor comportamiento de los individuos, así mismo como la comunicación continua con los médicos, se observa un mejor estado de salud, disminución en los servicios de salud y menor complicación en la enfermedad. Por esta razón el automanejo en pacientes de enfermedades crónicas ha sido visto como una maniobra viable como un eslabón en medio de la capacidad del usuario y la entidad del personal asistencial para asistir las carencias de las personas con enfermedades crónicas (6).

2.2.2. Dimensiones de automanejo en pacientes con Hipertensión Arterial

A. Adherencia al tratamiento

Según Libertad Martin, Bayarre Hector y Grau Jorge; sostienen que existen muchos inconvenientes por la forma de cumplir con el tratamiento esos son los casos de los individuos con Hipertensión Arterial Elevada, varias investigaciones han encontrado que existe del 24 al 30% de pacientes que son hipertensos no continúan con el tratamiento farmacológico, en otros se ha visualizado que el 50% de las personas que son hipertensos que ha empezado con tratamiento farmacológico interrumpen la continuidad de la medicación sin llegar al año que en una proporción de pacientes hipertensos que siguen el tratamiento y disminuyen la cantidad de las tomas del medicamento para la presión ideal (28).

Así mismo la adherencia terapéutica se ha definido de manera distinta. Por ello la Organización Mundial de la Salud, dio un concepto de la adherencia al tratamiento de larga duración que añade conceptos de autores como Haynes y Rand, hacen una mención en la necesidad de consentimiento informado del usuario con relación a las recomendaciones y en la asertiva comunicación entre el usuario y el proveedor del cuidado de la salud como algo primordial para una ejecución terapéutica eficaz (28).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud; ve a la adherencia terapéutica como el grado de comportamiento de un individuo a la acción de la toma de medicamento, tener un régimen alimenticio y realizar cambios en la rutina de vida, acorde a las recomendaciones dadas por un proveedor de salud. Existen diversas definiciones de adherencia Terapéutica, en el cual la Organización Mundial de la Salud fusiona varias definiciones y la conceptualiza de la siguiente manera; que es necesario considerar la aprobación del usuario en relación a los consejos y eficacia en la comunicación existente de usuario del proveedor de la salud como un requisito para la actividad terapéutica eficiente (28).

Así mismo la Organización Mundial de la Salud; da a conocer que las diversas definiciones de adherencia al tratamiento para hacer un solo concepto donde prima los acuerdos de dos partes que es el paciente y el profesional de salud, siendo el segundo el que aconseja al paciente y este a su vez acepta las recomendaciones (29).

Los inconvenientes en la adherencia al tratamiento se dice no solo por la administración de fármacos si no que se refiere también a las dificultades para el inicio de las tomas prematuramente, toma incompleto de la medicación o error de omisión al explicar dosis, tiempo de propósito (error en la utilización del medicamento) o forma deficiente en las indicaciones dadas, así mismo está el no asistir a las consultas de continuidad e interconsultas, el cambio de manera y formas de vida requerida para el alivio de la enfermedad y el ejercicio del auto medicarse (29).

Por esta razón existen muchos problemas con la adherencia al tratamiento porque el paciente puede caer en la automedicación sin tomar en cuenta los efectos que esta le puedan conducir, por otro lado, la mala interpretación de las indicaciones hace que la adherencia al tratamiento sea deficiente y por ello no exista cambios positivos en la salud (29).

El no completar el tratamiento es la principal razón de que no se adquiera efectos que estos pudieran brindar, está es la causa de las complicaciones de la enfermedad, disminuye la calidad de vida, acrecienta la resistencia a los fármacos y desaprovecha recursos asistenciales entre el 24% y el 30% de los pacientes con hipertensión arterial dejan el tratamiento farmacológico, otro grupo de pacientes hipertensos que inicia un tratamiento el 50 % lo abandona antes del año de tratamiento y un porcentaje que está siguiendo con el tratamiento reduce la medicación a tal nivel que los beneficios de la medicación no se llega a dar en la reducción de la presión arterial. De esta manera el paciente hipertenso no alcanzaría a los estándares necesarios de la presión arterial para poder gozar de buena salud y no correr el riesgo de futuras complicación que comprometieran su salud y posibilidad de perder la vida (29).

B. Conocimiento de la enfermedad

Araujo Jesús (30) sostiene que, en la actualidad la hipertensión arterial tiene alta prevalencia y bajas tasas de control, considerándose una de las causas de riesgo reversibles y uno de los principales problemas de salud en el país de Brasil y de todo el mundo se enfatizó así la promoción de la salud y la prevención de complicaciones de la enfermedad una importante campaña para minorar los casos de morbilidad y mortalidad. Promover salud es motivar al ser humano por medio de la educación es mejorar sus conocimientos brindando autonomía personal, familiar y comunitaria. De esta manera, el proceso educativo es comprendido como una materia de acción sistemática, lógico, secuencial, planificado y con sustento científico que une dos partes esenciales al que educador y el aprendiz (30).

De esta manera se puede visualizar de la importancia de realizar campañas de promoción y prevención de la salud a través de la educación, que brindara una educación eficaz y efectiva (30).

Por otro lado, autores como Barraza, Sarmiento; expresan que actualmente se ha reconocido que el conocimiento de hipertensión arterial que padece la persona es un aspecto que se base en el control hipertensivo. La importancia y valor de esto radica en que a diferencia de varios aspectos socio demográfico, el conocimiento de hipertensión arterial del que lo padece es aspecto modificable a través de actividades educativas. Así mismo los hipertensos con conocimientos adquiridos en las intervenciones educativas le dan gran valor e importancia al control de su medida de presión (31).

C. Manejo de signo y síntomas

Con respecto a la dimensión de signos y síntomas, se incluyen las manifestaciones objetivas, clínicamente fiables y observadas en la exploración médica, por ello cabe decir el físico del paciente con Hipertension Arterial y los síntomas como elementos subjetivos o señales percibidas únicamente por el mismo paciente suelen presentarse cómo; cefalea, la debilidad y el mareo (32).

Por otro lado, los pacientes con Hipertension Arterial no diagnosticados no se percatan de los síntomas. La mayoría de los hipertensos detectan la hipertensión arterial cuando el paciente va al médico o realiza la medición de esta en cualquier otro lugar en caso no exista ningún síntoma los usuarios pueden estar sufriendo cardiopatías y problemas renales sin detectar que tiene la enfermedad, la presión arterial muy alta es una hipertensión maligna y peligrosa en la mayor parte del tiempo, en los cuales los síntomas abarcan: dolor de cabeza, náuseas y vómitos, confusión, cambios en la visión, sangrado nasal (32).

2.2.3. Hipertensión Arterial

Patel Pragna define que la hipertensión arterial es la principal causa de riesgo modificable de la enfermedad cerebro vascular, en todo el mundo, daña a más de mil millones de individuos y motivo de más de

diez millones de fallecimientos cada año, en muchas veces pueden ser evitables como parte de una salud adecuada de forma eficaz, la hipertensión arterial se logra diagnosticar y manejar de forma satisfactoria con fármacos de menor costo en esquemas terapéuticos que se toman una vez cada 24 horas, más de 47% de individuos hipertensos no tienen idea de que padecen dicha enfermedad, de las personas que si saben que la padecen, solo el 35% se encuentran con tratamiento farmacológico. A nivel mundial, de cada 7 pacientes hipertensos, solo uno tiene controlada la presión arterial considerando a la PA menor a 140/90 mmHg como adecuada. De esta manera se podrá considerar a la Hipertensión Arterial como una bomba de tiempo para las enfermedades Cerebro Vascular y de la importancia del control de la presión arterial para modificar los riesgos que causaría dicha enfermedad (33).

Así mismos autores como Weschenfelder Magrini, Gue Martini; expresan que la Hipertensión arterial, es una condición clínica multifactorial identificada por valores elevados de presión arterial, relacionada con frecuencia a variaciones en su función y estructura de algunos órganos vitales como el corazón, encéfalo, riñones y los vasos sanguíneos y las variaciones metabólicas, con consecuencias de riesgo a adquirir patologías cardiovasculares irreversibles o reversibles. Unos de los inicios de riesgo para la Hipertensión Arterial son el sobrepeso y el aumento de peso, se cree que el 60% de las personas que padecen hipertensión, el 20% tiene sobrepeso. Entre las personas, se visualiza que prevalece la hipertensión arterial elevada con vinculación a la ingesta de NaCl, así misma ingestión mínima de calcio y potasio es posible atribuir a ello como causal de la Hipertensión Arterial. Otros motivos también se les pueden atribuir a la hipertensión, como son los ambientales, tales como ingesta de alcohol, estrés psico-emocional, poca actividad física. Por esta razón son muchos los factores que pueden llevar a la elevación de los niveles de presión arterial y así crear a la hipertensión, algunos de los agentes son modificables como son los ambientales y en ello se debe trabajar para poder manejar los niveles de

presión arterial dentro de los estándares normales o permitidos que en ocasiones son un riesgo para la salud (34).

2.2.4. Complicaciones de la Hipertensión Arterial

Autores como Miguel Pedro, Teruel Yamile; sostienen que las complicaciones agudas, está presente la emergencia por Hipertensión Arterial, presentada por elevaciones bruscas de la presión arterial. Frecuentemente por arriba de 220/130 mmHg, Asociada a los órganos que sufren daños en forma secundaria a arterias periféricas. Aquellos pacientes son ingresados a sala de cuidados intensivos por el elevado riesgo de pérdida de vida que presenta, por motivo de encefalopatía hipertensiva, hemorragia cerebral, angina de pecho no estable, infarto agudo de miocardio, insuficiencia ventricular aguda con edema pulmonar y en mujeres embarazadas, eclampsia. Debe bajarse la presión arterial en 1 – 2 horas con medicamentos a través de la vena. Por esta razón, los pacientes con hipertensión diagnosticados deben tener adherencia al tratamiento y practicar estilos de vida saludables sugeridos por los especialistas, así mismo la toma de la presión arterial debe de ser diaria para así evitar complicaciones (35).

La Hipertensión Arterial puede dañar tarde o temprano casi todos los sistemas del organismo sus consecuencias sobre el corazón se hallan entre los más peligrosos. El deterioro de los riñones como resultado de la Hipertensión Arterial (nefropatía hipertensiva) es de origen frecuente de insuficiencia renal crónica terminal cuando los riñones no pueden eliminar las sustancias de desecho del metabolismo y estas se elevan en la sangre. La retinopatía hipertensiva es el origen de la disminución de la agudeza visual y ceguera en individuos adultos con Hipertensión Arterial. Se hace el descarte por medio de un examen llamado fondo de ojo, los médicos lo recomiendan una vez por año (36).

2.2.5. Sexo

Se refiere a las características biológicas que definen a los seres humanos como hombre o mujer. Si bien estos conjuntos de características biológicas no son mutuamente excluyentes, ya que hay individuos que poseen ambos, tienden a diferenciar a los humanos como hombres y mujeres (36).

2.3. TERMINOLOGÍA BÁSICA

- **Adulto Mayor:** sujeto de 65 años a más años.
- **Automanejo:** Son actividades de los sujetos que deciden voluntariamente efectuarlos a fin de lograr una buena salud y bienestar.
- **Sexo:** La totalidad de las características de las estructuras reproductivas y sus funciones, fenotipo y genotipo, que diferencian al organismo masculino del femenino.

2.4. VARIABLE

- **Variable 1:** Automanejo del adulto mayor hipertenso.

2.4.1 Operacional de variable: Automanejo

variable	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	N de ítems e ítems	Valor final	Criterios para asignar valores				
Automanejo del adulto mayor hipertenso diagnóstico	Según su naturaleza:	Son las prácticas de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar.	Son las respuestas emitidas por el adulto mayor con hipertensión arterial, sobre las características de adherencia, manejo de signos y síntomas y conocimientos de la enfermedad Partners in Health Scale	Conocimiento de la enfermedad	-Conocimiento sobre su enfermedad actual	(1,2)	Bajo	0 a 3 pts				
	Según su escala:				Ordinal				-Conocimiento sobre su tratamiento	(9,10 y 11)	Moderado	4 a 5 pts
									Manejo de signos y síntomas			
			Adherencia al tratamiento	-Cumplimiento del tratamiento de su enfermedad -Informa las decisiones tomadas de su estado de salud con salud. -Recibe los cuidados necesarios para su recuperación. -Respeto las citas programadas con el profesional de salud. -Conoce los signos y síntomas de su enfermedad -Reacción sobre cómo actuar en caso de empeorar su salud. -Estilo de vida saludable.	(3, 4,5,6,7, 8,12)							

CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El enfoque del presente estudio es cuantitativo, ya que la variable de estudio fue operacionalizada, para ser medida, es no experimental ya que no se manipulo la variable, es de tipo descriptivo, porque se describirá la variable tal y como se presenta en la realidad de corte transversal.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población es finita, está constituida por 420 adultos mayores hipertensos diagnosticados de la casa del adulto mayor del distrito de Magdalena del Mar. Se tomó como referencia el total de pacientes hipertensos diagnosticados desde el 1 de setiembre al 31 de diciembre del año 2017.

Se utilizó un muestreo probabilístico, para determinar el tamaño de la muestra (200 adultos mayores diagnosticados con hipertensión arterial), el tipo de muestra fue por conveniencia, cuyo cálculo se hará de la siguiente manera:

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

N = tamaño de la población (420)

Z = nivel de confianza (1.96)

p = probabilidad de éxito de la interacción enfermera paciente, o proporción esperada (0.5)

q = probabilidad de fracaso (0.5)

D = precisión (error máximo admisible en términos de proporción) (0.05)

$$n = \frac{420 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{0.05^2(420-1) + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{420 \times 3.84 \times 0.25}{0.0025 \times 419 + 3.84 \times 0.25}$$

$$n = \frac{403.2}{1.13 + 0.96}$$

$$n = \frac{403.2}{2.007}$$

$$n = 200$$

3.2.1. Criterios de inclusión

- Adultos mayores a partir de 65 años a más de cualquier sexo (masculino o femenino), que padezcan de Hipertensión Arterial diagnosticados.
- Adultos mayores con Hipertensión Arterial diagnosticados, que desean participar en el estudio, previo consentimiento informado.
- Adultos mayores con Hipertensión Arterial diagnosticados, que asisten a los talleres de la Casa del adulto mayor.

3.2.2. Criterios de exclusión:

- Adultos mayores hipertensos que no realicen su control de presión arterial (PA) mínimo dos veces por semana.
- Pacientes adultos mayores hipertensos que hayan sido diagnosticados menor a tres meses antes de iniciado el estudio.
- Pacientes adultos mayores hipertensos que asistan a la casa del adulto mayor menos de tres veces por semana.

- Pacientes adultos mayores hipertensos con enfermedades mentales que le imposibilite dar datos reales.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Con respecto a la variable Automanejo; se utilizó el instrumento "Partners in HealthScale" en población circunscrita a los centros de salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud, en personas con enfermedades crónicas (diabetes, cáncer o hipertensión). Este instrumento ha sido previamente validado en Australia, para ser utilizado como un instrumento de tamizaje por profesionales de salud en el primer nivel de atención. Se realizó la validación en una población conformada por personas mayores de 18 años con alguna enfermedad crónica (diabetes, hipertensión o cáncer), usuarios de los centros de salud de la Dirección de Salud Lima Norte del Ministerio de Salud, registrándose un total de 166 participantes. Los resultados muestran un Alpha de Cronbach de 0.89, con un análisis factorial que explica el 58% de varianza e identifica tres factores: adherencia, conocimientos y manejo de efectos secundarios, sin modificar el número y contenido de las preguntas originales. El instrumento es válido para ser aplicado en población circunscrita a los centros de salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud, en personas con enfermedades crónicas (diabetes, cáncer o hipertensión).

3.4 PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Los datos fueron recolectados previa coordinación con el jefe del área de sanidad de la municipalidad de Magdalena y de la Casa del Adulto Mayor, así a los pacientes se les aplicó el instrumento antes mencionado, en la sala de taller, el tiempo estimado para responder el cuestionario fue de 15 minutos por adulto mayor. Los datos que fueron recolectados de los adultos mayores. Fueron vaciados a la base de datos de SPSS versión 23, El procesamiento estadístico para responder el objetivo general; se utilizó los percentiles ya que se contaba con los valores estandarizados por los autores de dicho instrumento, los hallazgos fueron operacionalizadas en la discusión mediante los antecedentes y la base conceptual.

3.5 ASPECTOS ÉTICOS.

En el estudio se cauteló los principios de la Bioética tales como:

- **No maleficencia:** No se dañará a los pacientes adultos mayores hipertensos con la toma de presión arterial errada, ni con información inadecuada para el automanejo de su hipertensión.
- **Justicia:** Se les trató por igual sin distinción alguna a los 200 participantes se le controló la presión arterial, también se le realizó la entrevista a todos por igual.
- **Beneficencia:** El estudio beneficiará no sólo a los adultos mayores, sino también a la casa del adulto mayor del distrito de Magdalena del Mar.
- **Autonomía:** Se respetará la autonomía de los adultos mayores, por medio del consentimiento informado (**Anexo B**).

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

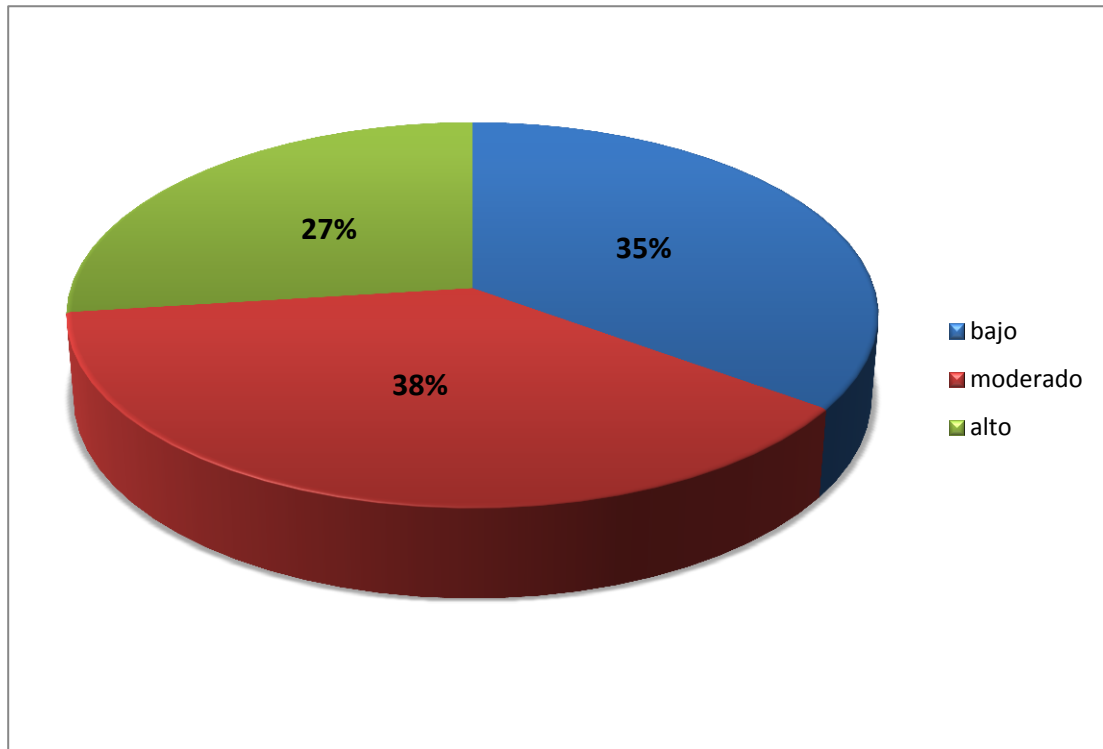
La presente investigación se realizó en la Casa del Adulto Mayor del distrito de Magdalena del Mar con una población de 420 usuarios con Hipertensión Arterial, con una muestra de 200 hipertensos, de los cuales, en su estado civil, el 42% eran casados o viudos, el 13 % divorciados y el 3% solteros. (Ver anexo C)

En el grado de instrucción el 48 % de usuarios habría culminado la primaria, el 31 % la secundaria, el 5 % la preparatoria o Centro Educativo Ocupacional (CEO) y el 16 % superior.

Por otro lado, los usuarios que contaban con seguro son el 12 % del Seguro Integral de Salud (SIS), el 85 % con Seguro Social (ESSALUD), el 1% Seguro Privado (S.P.) y el 2% de los usuarios no contaba con ningún seguro (**Anexo C**).

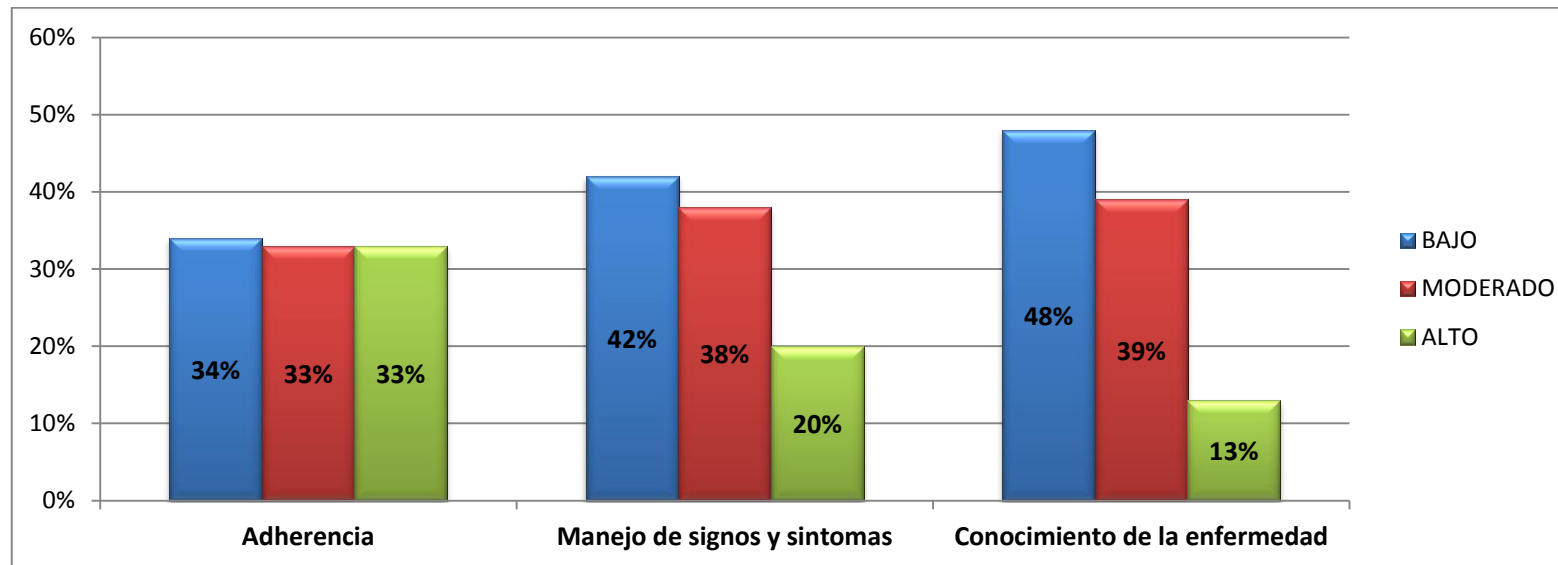
Se encontraron resultados que se puede visualizar en los siguientes gráficos y tabla.

Grafico N°1: Niveles de automanejo del adulto mayor hipertenso, que acude a la “casa del adulto mayor del distrito de Magdalena del Mar”, 2017.



En el Gráfico N° 1 se observa que el 38% de los adultos mayores hipertensos presentan un nivel moderado de automanejo, el 35% un bajo nivel de automanejo y el 27% un alto nivel.

Grafico N° 2: Nivel de automanejo de los adultos mayores hipertensos, según dimensiones (adherencia al tratamiento, manejo de signos y síntomas, conocimiento de la enfermedad), que acuden a la “casa del adulto mayor del distrito de Magdalena del Mar”, 2017.



En el Gráfico N°2 se evidencia que en todas las dimensiones de Automanejo de los adultos mayores predomina el nivel bajo oscilando entre 34% a 48%, en cuanto al nivel moderado entre 33% a 39% y el nivel alto de un 13% a 20%, apreciándose diferencias significativas entre los niveles bajo, moderado y alto.

Tabla N° 1: Nivel de automanejo de los adultos mayores hipertensos, según sexo, “Casa del adulto mayor del distrito de Magdalena del Mar”,2017.

AUTOMANEJO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
BAJO	33	34.4	36	34.6	69	34.5
MODERADO	29	30.2	47	45.2	76	38
ALTO	34	35.4	21	20.2	55	27.5
TOTAL	96	100.0	104	100.0	200	100.0

En la tabla N°1, se observa que el 35.4% de adultos mayores del sexo femenino presentan un nivel alto de autocuidado por otro lado 45.2% es del sexo masculino y presenta un moderado automanejo.

4.2. DISCUSIÓN

Peñarrieta y otros autores; define que el automanejo es el proceso y habilidad que las personas desarrollan con el propósito de tener el manejo de su enfermedad y no que la enfermedad lo controle. El desarrollo del automanejo está conformado por la monitorización de la salud y la introducción de estrategias para adherencia de tratamiento, seguridad manejo de signos y síntomas y demás complicaciones de las enfermedades crónicas (25).

Los Resultados de la presente investigación en relación a la variable Automanejo del adulto mayor hipertenso diagnosticado, según sexo; se encontró que el 52% correspondía al sexo masculino y el 48% al sexo femenino; en este sentido coinciden los resultados hallados por Reyes titulado “Factores y automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en centros de salud de la red Lima ciudad” encontró que el 59% es del sexo femenino y el 41% del sexo masculino (18). Así mismo Agudo en su investigación “Asociación entre conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos, consultorio de cardiología, Hospital Nacional”; presento que el 44.2% es de sexo femenino y el 55.8% es del sexo masculino (9). Por otro lado, García en el estudio “Nivel de conocimientos y las prácticas de autocuidado en personas con hipertensión arterial cap. 11 - Chupaca - Es salud 2014”; presentó que el 39% pertenece al sexo femenino y el 61% masculino (21).

De este modo; estos resultados difieren de los reportados por Orellana en su estudio titulado “Intervención educativa en relación a la presión arterial elevada y los factores de riesgo modificables”; presentó que el 75% pertenece al sexo femenino y el 25% al masculino (5). Así mismo Herrera en su investigación “Capacidad de agencia de autocuidado de los pacientes hipertensos de la consulta externa de dos instituciones de II y III nivel de atención de la ciudad de Cartagena”; presento que el 60% son de sexo femenino y el 40% del sexo masculino (16) y por ultimo con Peñarrieta en su estudio titulado “Automanejo en personas con diabetes mellitus e hipertensión

arterial en el primer nivel de atención”; que encontró que el 69.6% es del sexo femenino y el 30.4% masculino (17).

Así mismo Peñarrieta y otros investigadores; refiere que el automanejo se debe integrar a la educación tradicional. Es tener una educación específica con un plan a desarrollar de corto plazo de una o dos semanas, puesto que los pacientes ganan confianza y sienten que pueden cumplirlo (12).

Los resultados de la presente investigación en relación a la variable automanejo del adulto mayor hipertenso diagnosticado, que acuden a la casa del adulto mayor del distrito de Magdalena del Mar, 2017; se obtuvo que el 38% de los adultos mayores hipertensos presentan un nivel moderado de automanejo (30.2 % son del sexo femenino y el 45.2% masculino) las mujeres hipertensas presentan déficit en su automanejo debido a que no realizan mucha actividad física y control de la presión arterial (38) , el 35% un bajo nivel de automanejo (34.4% sexo femenino y 34.6% masculino) el 27% un alto nivel de automanejo (35.4% es del sexo femenino y el 20.2% masculino). En este sentido coinciden los resultados hallados por Fanarraga; en su estudio “Conocimiento y Práctica de Autocuidado Domiciliario en Pacientes Adultos con Hipertensión Arterial, en Consultorios Externos de Cardiología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen ESSALUD” encontró que un 69% presentó un adecuado automanejo y el 31% un inadecuado automanejo (22). Así mismo con Agudo en su investigación titulado “Asociación entre conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos, consultorio de cardiología, Hospital Nacional”; encontró que el 40% presenta un automanejo alto, el 38% bajo y 22% moderado (9), por otro lado, Tafur en su investigación “Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado del adulto mayor hipertenso del centro de atención del adulto mayor del Hospital Regional de Loreto” encontró que el 75.9% presenta un autocuidado inadecuado, el 24.1% adecuado (20) y Condori en su estudio “Práctica de autocuidado de los usuarios del programa de hipertensión arterial de los centros asistenciales Urbanos Cusco – ESSALUD”; presenta que el 54% tiene un autocuidado bajo, el 19% moderado y el 27% alto (23).

Por otro lado, Reyes y otros autores; expresan que el automanejo es la base de los modelos de cuidado crónico colaborativo o Collaborative Chronic Care Model (CCCM), los que demuestran ser específicamente eficaces en unir la atención, el tratamiento de desórdenes mentales y enfermedades crónicas en entidades de atención primaria. Estos modelos poseen impacto positivo en la calidad de vida física y mental, así mismo en la calidad de vida de las personas, en singular a los que cuentan con enfermedades crónicas (27). Estos resultados difieren de los reportados por Orellana titulado “autocuidado en personas hipertensas del club “Primero mi salud” UNE - Totoracocha, Cuenca 2016. Cuenca – Ecuador 2017” presentó que el 90% tiene un automanejo alto y el 10% bajo (15). Herrera en su investigación “Capacidad de agencia de autocuidado de los pacientes hipertensos de la consulta externa de dos instituciones de II y III Nivel de atención de la Ciudad de Cartagena”; presento que el 93% presenta un automanejo alto y un 7% bajo (16).

Por otro lado, Achury en su estudio “Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel”; el 81% presenta un autocuidado moderado, el 8% bajo y el 11% alto (14). Así mismo Leiva en el estudio titulado “Automanejo en adultos con hipertensión arterial en el consultorio externo del Hospital Carlos Lan Franco la Hoz Puente Piedra”; presento que el 63% tiene un automanejo regular, el 34% deficiente y el 3% adecuado (19) y por ultimo Lagos en su investigación “Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el Hospital de Puente Piedra – Lima”; presento que el 56% tiene un automanejo moderado, el 9% bajo y el 35% alto (10).

Peñarrieta y otros autores; en cuanto a las dimensiones del Automanejo; sostiene que también es importante la oportuna y efectiva toma de decisiones en el manejo de signos y síntomas, adherencia al tratamiento, al manejo eficaz de los factores psicológicos y sociales que se podrían afectar al padecer una enfermedad crónica. Además, las evaluaciones de programas de automanejo, han permitido ver resultados favorables en el comportamiento de los pacientes y han mejorado la comunicación con los médicos, demostrando un mejor uso de las entidades de salud (26).

Los resultados de la presente investigación en relación al automanejo de los adultos mayores hipertensos diagnosticados, según dimensiones (adherencia al tratamiento, manejo de signos y síntomas, conocimiento de la enfermedad), que acuden a la casa del adulto mayor del distrito de Magdalena del Mar ; se encontró que en todas las dimensiones de Automanejo de los adultos mayores predomina el nivel bajo oscilando entre 34% a 48%, en cuanto al nivel moderado entre 33% a 39% y el nivel alto de un 13% a 20%, apreciándose diferencias significativas entre los niveles bajo, moderado y alto. En este sentido coinciden los resultados hallados por Leiva en su estudio “Automanejo en adultos con hipertensión arterial en el consultorio externo del Hospital Carlos Lan Franco la Hoz Puente Piedra”; encontró que en la dimensión de adherencia al tratamiento el 22% presenta un automanejo bajo y un 78% un automanejo alto y en la dimensión manejo de signos y síntomas el 10% un automanejo bajo y el 90% un automanejo alto (19).

Así mismo Libertad A; Bayarre H; Grau J; sostiene que la adherencia terapéutica se ha conceptualizado de diferentes formas. La OMS en el año 2004, planteó una definición de la adherencia al tratamiento prolongado que fusiona definiciones de autores como Haynes y Rand, haciendo hincapié en la necesidad de considerar la conformidad del paciente respecto a las recomendaciones y en la buena comunicación entre pacientes y profesionales como requisito esencial para una práctica terapéutica eficiente (28). Estos resultados difieren de los reportados por Leiva donde presento en la dimensión conocimiento el 5% es automanejo bajo y el 95% es alto (19). Así mismo Lagos en su estudio “Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el Hospital de Puente Piedra – Lima”, encontró que en la dimensión conocimiento el 49% tiene un moderado automanejo y en la dimensión adherencia al tratamiento; presento un 60% de automanejo moderado y en la dimensión de manejo de signos y síntomas el 43% es un automanejo regular (10) y por ultimo Reyes; presento en la dimensión de conocimiento el 62% un automanejo alto y un 38% bajo y en la dimensión de manejo de signos y síntomas el 68% fue alto

su automanejo y el 32% bajo y por último en la dimensión de adherencia al tratamiento un automanejo alto y un 32% un automanejo bajo (18).

Se observa que el 35.4% de adultos mayores del sexo femenino presentan un nivel alto de autocuidado por otro lado 45.2% es del sexo masculino y presenta un moderado automanejo.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Se evidenció que el nivel del automanejo en los adultos mayores hipertensos según sexo en la “casa del adulto mayor del distrito de Magdalena del Mar”, en el periodo de setiembre a diciembre:

- Los niveles de automanejo de los adultos mayores hipertensos presentaron que más de un tercio tiene un nivel moderado de automanejo, más de un tercio presenta un nivel bajo de automanejo y más de un cuarto presento un nivel alto de automanejo.
- El automanejo de los adultos mayores hipertensos presentaron en la dimensión de adherencia, que más de un tercio tiene un nivel bajo de automanejo y un tercio tuvo un nivel moderado de automanejo y un nivel alto de automanejo, en la dimensión de manejo de signos y síntomas presentaron que menos de la mitad tienen un nivel bajo de automanejo, más de un tercio tiene nivel moderado de automanejo, menos de un cuarto tiene un alto nivel de automanejo y en la dimensión de conocimiento de la enfermedad presento menos de la mitad un nivel bajo de automanejo, más de un tercio tiene un nivel de conocimiento bajo de automanejo y menos de un cuarto tiene un alto nivel de automanejo.
- El automanejo de adultos mayores hipertensos según sexo; presentaron en el sexo femenino más de un tercio tiene un nivel alto de automanejo

y en el sexo masculino menos de la mitad tiene un nivel moderado de automanejo.

5.2. RECOMENDACIONES

- Fomentar la participación de los pacientes durante su estancia en la Casa del adulto mayor, para mejorar su auto aprendizaje y así lograr un óptimo desarrollo, por medio de sus nuevas habilidades que les van a ser útil para mantener un eficaz automanejo.
- Posicionar a la familia como elemento clave no solo para mejorar el automanejo del paciente hipertenso, si no tambien se recomienda su participacion e involucramiento durante el manejo del paciente hipertenso
- Se recomienda elaborar charlas educativas con información sobre la hipertensión arterial y así mismo realizar actividades de automanejo, que las personas deberían realizar durante su vida cotidiana.
- Motivar a las personas hipertensos adultos mayores que no pertenezcan a la Casa del Adulto Mayor, para asistan y tenga conocimiento sobre manejar su enfermedad.
- Coordinar con los gobiernos locales, sobre la importancia que tiene la casa del adulto mayor, para promocionar y promover el automanejo del adulto mayor hipertenso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Guía práctica para la promoción exitosa de la causa [Internet]. Ginebra: OMS; 2014 [actualizado 8 de enero; citado el 8 de enero del 2018]. Disponible desde: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf
2. Organización de las Naciones Unidas. Prevalecen altas tasas de hipertensión arterial y diabetes en el mundo [Internet]. España: ONU; 2012 [actualizado citado el 18 de enero del 2018]. Disponible desde: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2_spa.pdf
3. Zubeldia L, Quiles J, Mañes J, Redón J. Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial en la población de 16 a 90 años de la Comunitat Valenciana, 2010. Rev Esp Salud Pública [internet] 2016 [citado el 1 de marzo del 2018]; 90(1): 1-12 Disponible desde: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100425
4. Organización Panamericana de la Salud. Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas [Internet]. Washington DC: OPS; 2010 [citado el 9 de enero del 2018]. Disponible desde: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf
5. Arellano A, Contreras F, Patino P. Intervención educativa en relación a la presión arterial elevada y los factores de riesgo modificables. Rev. Latinoamericana de Hipertensión [internet] 2013 [citado el 11 de junio del 2017]; 7(3): 58-64 Disponible desde: http://www.revistahipertension.com.ve/rlh_7_3_2012/intervencion_educativa.pdf
6. Martínez J, Gutiérrez T, Peñarrieta I, Flores F, León R, Piñones M. La edad y sexo como factores condicionantes de control de enfermedad crónica en el primer nivel de atención. Cuida Salud [internet] 2015 [citado el 2 de julio del

2017]; 2(2): 213-219 Disponible desde:
http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/1061/TENF_03.pdf?sequence=1

7. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [internet]. EE. UU: OMS; 2017 [citado el 18 de enero del 2018]. Disponible desde: <http://www.who.int/media centre/factsheets/fs355/es/>.
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar Nacional y Departamental 2012 [internet]. Perú: INEI; 2016 [citado el 07 de enero del 2018]. Disponible desde: <http://www.andina.com.pe/agencia/noticia-el-34-adultos-mayores-Perú-sufre-hipertensión-arterial-según-inei-457067.aspx>
9. Agudo E, Arias M, Sarmiento G, Danjoy D. Asociación entre conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos, consultorio de cardiología, Hospital Nacional. Rev. Enferm Herediana [internet] 2014 [citado el 18 de febrero del 2018]; 7(2): 132-139 Disponible desde: www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/256
10. Lagos H, Flores N. Funcionalidad familiar y automanejo de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el Hospital de Puente Piedra – Lima. Rev. Cuidado y Salud [internet] 2014 [citado el 3 de febrero del 2018]; 1(2): 86-92 Disponible desde: <http://eeplt.edu.pe/revista/index.php/Salud/article/view/23/20>.
11. Grady P, Gough L. El automanejo de las enfermedades crónicas: Un método integral de atención. AmJ Public Health [internet] 2014 [citado el 28 de mayo del 2017]; 2(6): 25-31 Disponible desde: https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v37n3/v37n3a09.pdf.
12. Peñarrieta M, Vergel S, Lezama S, Rivero R, Taype J, Borda H. El automanejo de enfermedades crónicas: Población de una jurisdicción en Centros de Salud. Rev. Enferm Herediana [internet] 2013 [citado el 30 de

mayo del 2017]; 6(1): 42-49 Disponible desde:
www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RENH/article/view/2376

13. Ofman S, Pereyra C, Cofropes P, Stefani D. Autocuidado de pacientes hipertensos esenciales en tratamiento diferencia según género. Boletín de Psicología [internet] 2013 [citado el 30 de mayo del 2017]; 9(8): 91-106 Disponible desde: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5239774>
14. Achury L. et al. Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. Rev Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo [internet] 2012 [citado el 21 de mayo del 2017]; 14(2): 63-83 Disponible desde: <http://www.redalyc.org/pdf/1452/145226758005.pdf>
15. Orellana Macancela M, Pucha Collaguazo M. El autocuidado en personas hipertensas del club “Primero mi salud” UNE - Totoracocha, Cuenca 2016 [Tesis de Licenciatura de enfermería]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2017.
16. Herrera Liam A. Capacidad de agencia de autocuidado de los pacientes hipertensos de la consulta externa de dos instituciones de II y III Nivel de atención de la Ciudad de Cartagena [Tesis para licenciatura de enfermería]. Colombia: Universidad de Cartagena; 2014.
17. Peñarrieta De Córdova I, Olivares Delfina D, Gutiérrez Gómez T, Flores Barrios F, Piñones Martínez M, Quinteros Valles L. Automanejo en personas con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el primer nivel de atención [Tesis para doctorado]. México: Universidad Norbert Wiener; 2014.
18. Reyes Quiroz G. Factores y automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en Centros de Salud de la Red Lima Ciudad [Tesis para doctorado]. Perú: Universidad Norbert Wiener; 2017.
19. Leiva Espinoza J. Automanejo en adultos con hipertensión arterial en el consultorio externo del Hospital Carlos Lan Franco la Hoz Puente Piedra

[Tesis para licenciatura de enfermería]. Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2017.

20. Tafur Paredes C, Vásquez Suito L, Nonaka Reyna M. Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado del adulto mayor hipertenso del centro de atención del adulto mayor del Hospital Regional de Loreto [Tesis para licenciatura de enfermería]. Perú: Universidad Nacional de la Amazonia Peruana; 2017.
21. García Acevedo S, Chanco Palacios L. Nivel de conocimientos y las prácticas de autocuidado en personas con hipertensión arterial - Chupaca - Essalud 2014 [Tesis para licenciatura de enfermería]. Perú: Universidad Nacional del centro de Perú; 2015.
22. Fanarraga Moran J. Conocimiento y práctica de autocuidado domiciliario en pacientes adultos con hipertensión arterial, en consultorios externos de Cardiología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen Essalud [Tesis para licenciatura de enfermería]. Perú: Escuela de enfermería del Padre Luis Tezza; 2013.
23. Condori Huirse M, Flores Soria Y. Práctica de autocuidado de los usuarios del programa de hipertensión arterial de los centros asistenciales Urbanos Cusco - Essalud [Tesis para licenciatura de enfermería]. Perú: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco; 2013.
24. Bonal R, Cascaret X. Automanejo, autocuidado o autocontrol en enfermedades crónicas, acercamiento a su análisis e interpretación. Rev. Medisan [Internet] 2009 [citado el 2 de agosto del 2017]; 13(1): 1-21 Disponible desde: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v13n1/san18109.pdf>
25. Peñarrieta M, Vergel O, Schmith L, Lezama L, Rivero R, Taipe J. Validación de un instrumento para evaluar el automanejo en enfermedades crónicas en el primer nivel de atención en salud. Rev. Cient. de Enferm [Internet] 2012 [citado el 10 de abril del 2017]; 8(1): 64-73 Disponible desde: <http://reddeautomanejo.com/assets/articulo-publicado-validacion-peru.pdf>

26. Peñarrieta I, Gutiérrez T, Florabel B, Piñones M, Quintero L. Automanejo en personas con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el primer nivel de atención. Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener [Internet] 2014 [citado el 10 de abril del 2017]; 5(3): 54-62 Disponible desde: <http://reddeautomanejo.com/assets/automanejo-diferencias-hiper-y-diab-mexico.pdf>
27. Reyes G, krederdt S, Flores F, Reséndiz E, Chávez F. Automanejo en enfermedades crónicas: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y cáncer. Revista de investigación de la Universidad Norbert Wiener [internet] 2015 [citado el 15 de abril del 2017] Disponible desde: http://reddeautomanejo.com/assets/automanejo_en_enfermedades_cronicas.pdf
28. Libertad A, Bayarre H, Grau J. Validación del cuestionario MBG (Martín-Bayarre-Grau) para evaluar la adherencia terapéutica en hipertensión arterial. Rev. Cubana Salud Pública 2008 [Internet] 2008 [citado el 30 de setiembre del 2017]; 34(1): 1561-3127 Disponible desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000100012
29. Rodríguez E, Piovet I. Adherencia al tratamiento en hipertensos de difícil control en la atención primaria de salud. Rev. Identidad Boliviana [Internet] 2015 [citado el 13 de setiembre del 2017]; 1(2) Disponible desde: <chromeextension://oemmndcblldboiebfnladdacbfmadadm/http://identidadbolivariana.itb.edu.ec/index.php/revista/article/download/35/11>
30. Araujo A, Martins G, Gomes E, Arruda L, Aires C. La interacción en la enseñanza clínica de enfermería: Reflejos en el cuidado a la persona con hipertensión arterial. Rev. Salud pública de Bogotá [Internet] 2015 [citado el 15 de octubre del 2017]; 17(1) Disponible desde: <http://www.revistaciencia.uat.edu.mx/index.php/CienciaUAT/article/view/534>

31. Barraza L, Sarmiento C. Conocimiento de una enfermedad de una persona hipertensa Colombia, High blood pressure knowledge in a colombiana hypertensive population. Rev. Fac. Med. 2014 [Internet] 2014 [citado el 25 de octubre del 2017]; 62(3): 399-405 Disponible desde: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/43370/64377>
32. Nieves Rivera J, Rojas Sanchez R, Sánchez Ríos R. Hipertensión e hipotensión arterial. Educación continua módulo instruccional. Marzo 2016 – marzo 2017 [Tesis de Licenciatura de enfermería]. Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2017.
33. Patel P, Ordunez P, Dipette D, Escobar M, Hassell T, Wyss F, Hennis A, Asma S, Angell S. Mejor control de la presión arterial para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares: Proyecto de Prevención y Tratamiento Estandarizado de la Hipertensión Arterial. Rev Panam Salud Pública 41 [internet] 2017 [citado en 10 de diciembre 2017]; 18(12): 1284–1294 Disponible desde: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34004>
34. Weschenfelder D, Gue J. Hipertensión arterial: Principales factores de riesgo modificables en la estrategia salud de la familia. Enfermería Global [Internet] 2012 [citado el 20 de noviembre del 2017]; 11(26): 39-40 Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200022
35. Miguel S, Teruel Y. Hipertensión arterial un enemigo peligroso. Rev. Acimed [Internet] 2009 [citado el 28 de febrero del 2017]; 20(3): 9-42 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009000900007
36. Organización Mundial de la Salud. Género; 2015 [internet]. Ginebra: OMS; 2015 [citado el 10 de febrero 2018]. Disponible desde: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs403/es/

37. Ofman S, Pereyra C, Stefani D. Autocuidado en pacientes hipertensos esenciales en tratamiento Diferencias según género. Boletín de Psicología [Internet] 2014 [citado el 18 de marzo del 2018]; 10(4): 91-106 Disponible en: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N108-6.pdf>

Anexo A: Instrumentos

TÉCNICA: Entrevista **INSTRUMENTO:** Cuestionario.

I.- **OBJETIVO:** Determinar la relación entre el automanejo y el género del adulto mayor hipertenso diagnosticado, que acude a la casa del adulto mayor del distrito de Magdalena del Mar.

II.- **INTRODUCCION:**

Sr. o Srta.:

Buenos días, nuestros nombres son: Susan Huamán Rodríguez, Rosa Cámara Carrasco. Estamos realizando un estudio en la casa del adulto mayor del distrito de Magdalena del Mar y de acuerdo al objetivo antes señalado, le agradeceremos responder el instrumento que se le detallara a continuación. No necesitamos que se identifique solo requerimos su sinceridad y honestidad muchas gracias.

III.- **INSTRUCCIONES:** La primera parte del instrumentó consta de datos personales y a continuación la segunda parte consta de 12 preguntas, Marque con un (X) la alternativa que Ud. crea conveniente.

Donde muy poco es (0 a 3 puntos) Algo (4 a 6 puntos) y mucho (7 a 8 puntos) Muchas veces (4puntos) y Casi siempre (5puntos).

ASPECTOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

2. Edad _____

3. Sexo: Femenino () Masculino ()

4. Estado civil: Casado/Unión libre () viudo () divorciado () Soltero ()

5. Por favor marque el número que indique el año más alto de escuela que ha completado:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23+
(Primaria) (Secundaria) (Preparatoria) (Universidad)

6. ¿Qué tipo de seguro médico tiene? (Marque todas las que aplique)

Ninguno

Seguro popular

- Seguro Social
- Seguro privado (a través del empleador o por cuenta propia)
- Otro Especifique:

7. Por favor indique abajo cuáles son las enfermedades crónicas que usted tiene (marque todas las que aplique)

- Diabetes tipo 2/azúcar alta en la sangre
- Diabetes tipo 1/azúcar alta en la sangre
- Asma
- Bronquitis crónica, enfisema o enfermedad pulmonar
- Otras enfermedades del pulmón Especifique: _____
- Presión arterial alta
- Enfermedad del corazón Especifique: _____
- Artritis o enfermedades reumáticas Especifique: _____
- Cáncer Especifique: _____
- Depresión
- Ansiedad u otra enfermedad emocional o mental
- Otra enfermedad crónica Especifique: _____

8. Tiempo de haber sido diagnosticada la PRIMERA ENFERMEDAD (diabetes, hipertensión o cáncer: Señale la enfermedad y el tiempo)

9. Mencione si presenta antecedentes familiares: (marque todas las que aplique) Ninguna

- Diabetes tipo 2/azúcar alta en la sangre
- Diabetes tipo 1/azúcar alta en la sangre
- Asma
- Bronquitis crónica, enfisema o enfermedad pulmonar
- Otras enfermedades del pulmón Especifique: _____
- Presión arterial alta
- Enfermedad del corazón Especifique: _____
- Artritis o enfermedades reumáticas Especifique: _____
- Cáncer Especifique: _____
- Depresión
- Ansiedad u otra enfermedad emocional o mental
- Otra enfermedad crónica Especifique: _____

- | | | | | | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|-------------|---|---|---|--------------|
| 1. | En general, lo que conoce usted acerca de su estado de salud es: | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | Muy poco | | | | | Algo | | | | Mucho |
| 2. | En general, lo que conoce acerca de su tratamiento, incluyendo medicamentos y de su estado de salud es : | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | Muy poco | | | | | Algo | | | | Mucho |
| 3. | Toma las medicinas y/o medicamentos y lleva a cabo los cuidados indicados por su médico o trabajador de salud | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | Muy poco | | | | | Algo | | | | Mucho |
| 4. | Comparte las decisiones tomadas de su estado de salud con su médico o trabajador de salud | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | Muy poco | | | | | Algo | | | | Mucho |
| 5. | Es capaz de solicitarle al profesional de salud la atención para obtener los servicios que necesita. (acorde a su cultura, valores y creencias). | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | Muy poco | | | | | Algo | | | | Mucho |
| 6. | Asiste a las citas programadas por su médico o trabajador de salud | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | Muy poco | | | | | Algo | | | | Mucho |
| 7. | Se mantiene al tanto de sus síntomas y signos de alerta temprana (por ejemplo, los niveles de azúcar en la sangre, límite de presión arterial, peso, falta de aliento, dolor, problemas de sueño, estado de ánimo): | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | Muy poco | | | | | Algo | | | | Mucho |
| 8. | Toma medidas a las primeras señales de advertencia y cuando los síntomas empeoran | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | Muy poco | | | | | Algo | | | | Mucho |
| 9. | Puede manejar los efectos secundarios de su estado de salud con relación a la actividad física diaria (caminar, las tareas del hogar): | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | Muy poco | | | | | Algo | | | | Mucho |
| 10. | Puede mantener el equilibrio emocional y espiritual con respecto a su estado de salud. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | Muy poco | | | | | Algo | | | | Mucho |
| 11. | Puede interactuar con otras personas cotidianamente, a pesar de su estado de salud. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | Muy poco | | | | | Algo | | | | Mucho |
| 12. | En general, lleva un estilo de vida saludable: me las arreglo para vivir una vida sana (por ejemplo, no fumar, moderado de alcohol, la alimentación sana, actividad física regular, controlar el estrés): | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | Muy poco | | | | | Algo | | | | Mucho |

ANEXO B: Consentimiento informado

Institución: Universidad Privada Norbert Wiener

Investigadoras: Susan Huamán Rodríguez, Rosa Cámara Carrasco.

Título del estudio: Automanejo del adulto mayor hipertenso diagnosticado, que acude a la casa del adulto mayor del distrito de Magdalena del Mar según género.

Sr o Sr(a):

Buenos días, nuestros nombres son: Susan Huamán Rodríguez, Rosa Cámara Carrasco. Estamos realizando un estudio con el objetivo de determinar la relación entre el automanejo y el género del adulto mayor hipertenso diagnosticado en la casa del adulto mayor del distrito de Magdalena del Mar. Para lo cual solicitamos a Ud. su colaboración respondiendo el cuestionario y de antemano se agradece su participación.

CONSENTIMIENTO

Yo.....DNI..... acepto voluntariamente participar en este estudio por lo cual firmo mi consentimiento

Nombre:

Fecha

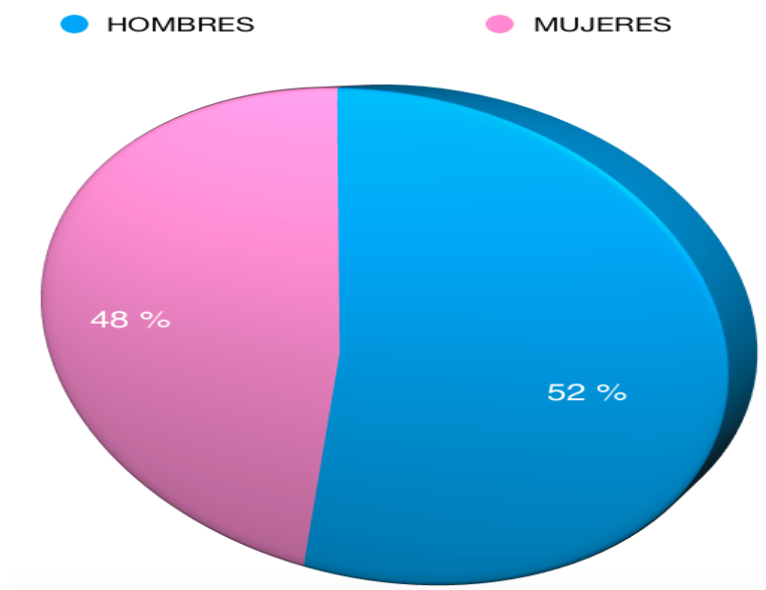
DNI:

ANEXO C: Datos Sociodemográficos Del Adulto Mayor Hipertenso, Que Acude A La Casa Del Adulto Mayor Del Distrito De Magdalena Del Mar 2018.

ESTADO CIVIL	%	N
CASADO	42%	84
VIUDO	42%	83
DIVORCIADO	13%	26
SOLTERO	3%	7
TOTAL	100%	200
GRADO DE INSTRUCCIÓN	%	N
PRIMARIA	48%	96
SECUNDARIA	31%	61
PREPARATORIA	5%	10
SUPERIOR	16%	33
TOTAL	100%	200
TIPO DE SEGURO	%	N
NINGUNO	2%	4
SEGURO POPULAR	12%	23
SEGURO SOCIAL	85%	170
SEGURO PRIVADO	1%	3
TOTAL	100%	200
TIEMPO DE ENFERMEDAD	%	N
1 - 5 AÑOS	57%	113
6-10 AÑOS	37%	73
11-15 AÑOS	5%	11
16-20 AÑOS	1%	3
TOTAL	100%	200

En cuanto al estado civil el 42% está casado, el 42% viudo, el 13% divorciado y el 3% soltero. Por otro lado, referente al grado de instrucción; el 48% estudio hasta primaria completa, el 31% secundaria, el 16% superior y el 5% preparatoria. El tipo de seguro el 85% cuenta con seguro social, el 12% seguro popular, el 2% no tiene seguro y el 1% tiene seguro privado. Así mismo correspondiente al tiempo de la enfermedad el 57% padece de 1 a 5 años la enfermedad, el 37% de 6 a 10 años, el 5% de 11 a 15 años y el 1% de 16 a 20 años.

**ANEXO D: Distribución porcentual de pacientes hipertensos, según sexo.
Casa del adulto mayor del distrito de Magdalena del Mar, 2017**



En el ANEXO D: se observa que, de la población constituida por 200 adultos mayores hipertensos, el 52% son del sexo masculino y 48% del sexo femenino.