

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BARRANCA

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Enfermería

TESIS

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE LA HIPERTENSIÓN
ARTERIAL EN POBLADORES MAYORES DE 60 AÑOS, DISTRITO
DE SUPE

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERIA

PRESENTADO POR:

Bach. AGUERO AYALA, NATALIA ELIZABETH

BARRANCA-PERÚ

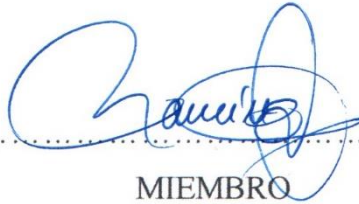
2025



.....

PRESIDENTE

Dra. Maria Marleny Rivera Gonzales



.....

MIEMBRO

Dra. Marialita Catalina Ramirez Preciado



.....

MIEMBRO

Mg. Herminda Consuelo Chambergo Valverde



.....

ASESOR

Dra. Carmen Rosa Alvarado Zúñiga



UNIVERSIDAD NACIONAL DE BARRANCA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Barranca, 16 de diciembre de 2025

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Los integrantes del Jurado Evaluador

Presidenta: Dra. MARIA MARLENY RIVERA GONZALES
Miembro: Dra. MARIALITA CATALINA RAMÍREZ PRECIADO
Miembro: Mg. HERMINDA CONSUELO CHAMBERGO VALVERDE
Asesora: Dra. CARMEN ROSA ALVARADO ZUÑIGA

Se reúnen para evaluar la sustentación de la tesis titulada:

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN POBLADORES MAYORES DE 60 AÑOS, DISTRITO DE SUPE

Presentado por las Bachilleres:

AGUERO AYALA, NATALIA ELIZABETH

Para optar el Título Profesional de: LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Luego de haber evaluado la sustentación de la tesis, concluye calificar a:

(Apellidos y Nombres) AGUERO AYALA, NATALIA ELIZABETH			Nota: 16	
Sobresaliente ()	Muy bueno (X)	Bueno ()	Regular ()	Desaprobado ()

Dra. MARIA MARLENY RIVERA GONZALES
Presidenta

Dra. MARIALITA CATALINA RAMÍREZ PRECIADO
Miembro

Mg. HERMINDA CONSUELO CHAMBERGO VALVERDE
Miembro

Dra. CARMEN ROSA ALVARADO ZUÑIGA
Asesora

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN POBLADORES MAYORES DE 60 AÑOS, DISTRITO DE SUPE

INFORME DE ORIGINALIDAD

16%

INDICE DE SIMILITUD

17%

FUENTES DE INTERNET

11%

PUBLICACIONES

11%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unab.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	3%
3	Submitted to Universidad Nacional de Barranca Trabajo del estudiante	1%
4	repositorio.uss.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	repositorio.upsjb.edu.pe Fuente de Internet	<1%
6	bdigital.unal.edu.co Fuente de Internet	<1%
7	www.repositorio.unab.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	<1%
9	repositorio.utn.edu.ec Fuente de Internet	<1%
10	repositorio.upsc.edu.pe Fuente de Internet	<1%
11	Submitted to Universidad Católica De Cuenca Trabajo del estudiante	<1%
12	repositorio.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	<1%
13	medisur.sld.cu Fuente de Internet	<1%
14	webcache.googleusercontent.com Fuente de Internet	<1%

Dra. Alvarado Zuñiga Carmen Rosa

DEDICATORIA

A mis padres, Maximina y Pedro por su amor y apoyo incondicional, por enseñarme el valor del esfuerzo y la perseverancia. Gracias por cada sacrificio, cada consejo y cada muestra de apoyo que han sido la base de mis logros.

A mis hermanos y, en especial, a mi hermana Delia y mi madrina Cecilia, mis compañeras de vida y de aventuras, por estar siempre a mi lado, por sus palabras de aliento y por hacerme reír incluso en los momentos más difíciles. Su apoyo ha sido mi refugio y mi motivación.

A Luis, por su constante apoyo, por su comprensión en cada dificultad, por alentarme a seguir adelante en los momentos difíciles, por su paciencia y confianza, y por acompañarme con cariño y creer en mí durante todo este proceso, siendo clave para alcanzar esta meta.

Y a mí misma, por no rendirme, por cada noche de desvelo, por cada obstáculo superado y por la determinación que me trajo hasta aquí.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad nacional de Barranca por brindarme la oportunidad de formarme académica y profesionalmente, ofreciéndome el conocimiento y las herramientas necesarias para crecer en esta hermosa vocación.

A mi carrera de Enfermería, más que una profesión, es un compromiso con el cuidado y la vida. A cada docente que con dedicación y sabiduría, contribuyó en mi formación, inculcándome valores.

A mi asesora Dra. Alvarado Zúñiga, Carmen Rosa, por su valiosa orientación, paciencia y apoyo incondicional a lo largo de este proceso. Gracias por su compromiso, por guiarme con sus conocimientos y por motivarme a mejorar constantemente este trabajo. Su enseñanza ha sido fundamental en mi crecimiento académico.

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo Natalia Elizabeth Agüero Ayala identificado con DNI N° 76823222; Bachiller en Enfermería de la Universidad Nacional de Barranca, autoras de la tesis titulada: **PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN POBLADORES MAYORES DE 60 AÑOS, DISTRITO DE SUPE**, Presentada para obtener el título profesional de Licenciado en Enfermería, declarando bajo juramento lo siguiente:

- La tesis presentada por mi autoría.
- Los datos e información presentados son veraces y auténticos.
- Además, los resultados presentados nos han sido copiados ni manipulados y por los tanto crearan aportes a distintas investigaciones relacionadas con temas de salud.

En caso de llegarse a encontrar contradicción a los declarado, datos plagio, información sin citar a sus autores o que el estudio haya sido presentado anteriormente. Somos consiente de las sanciones a las que estamos sometidas, según la normativa vigente de la directiva N°07-2019 de la Universidad Nacional de Barranca.

Barranca, 02 diciembre de 2025



Bach. Agüero Ayala Natalia Elizabeth
DNI: 76823222

INDICE DE TABLAS:

TABLA N° 01.....	56
TABLA N° 02.....	57
TABLA N° 03.....	58
TABLA N° 04.....	59

INDICE

CONTRA CARATULA.....	ii
ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS.....	iii
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO.....	vi
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD.....	vii
INDICE DE TABLAS:.....	viii
I. INFORMACIÓN GENERAL.....	1
1.1. Título del proyecto.....	1
1.2. Autor (es).....	1
1.3. Asesor.....	1
1.4. Tipo de investigación.....	1
1.5. Programa y línea de investigación.....	1
1.6. Duración del proyecto.....	1
1.7. Localización del proyecto.....	1
II. RESUMEN DEL PROYECTO.....	2
ABSTRACT.....	3
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
3.1. Situación problema.....	4
3.2. Formulación del problema.....	7
IV. JUSTIFICACIÓN.....	8
V. ANTECEDENTES Y/O ESTADO DEL ARTE.....	10
5.1. Antecedentes Internacionales.....	10
Antecedentes Nacionales.....	12
5.2. Bases Teóricas.....	13
5.2.1. Adulto Mayor.....	13
5.2.2. Cambios fisiológicos del envejecimiento.....	15
5.2.2.1. Envejecimiento Cardiovascular.....	15
5.2.3. Teoría del Envejecimiento.....	17
5.2.4. Modelo del Envejecimiento Saludable.....	19
5.2.5. Hipertensión Arterial.....	20
5.2.6. Etiología.....	20
5.2.7. Fisiología.....	21
5.2.8. Fisiopatología.....	23
5.2.9. Factores de riesgo asociados.....	24
A. Factores de riesgo modificables.....	24

B. Factores de riesgo no modificables	25
5.2.10. Signos y Síntomas de la HTA.....	27
5.2.11. Clasificación de los valores de la Hipertensión Arterial.....	28
5.2.12. Principales complicaciones de la HTA.....	28
5.2.13. Prevención secundaria de la Hipertensión Arterial.....	28
5.2.14. Prácticas de Autocuidado.....	30
5.2.15. Autocuidado.....	30
5.2.16. Capacidad de agencia de autocuidado.....	31
5.2.17. Factores condicionantes del autocuidado.....	33
5.2.18. Dimensiones de Capacidad de Agencia del Autocuidado.....	34
5.2.19. Teoría del déficit de Autocuidado de Dorothea Orem.....	41
5.2.20. Teoría de la promoción de la salud de Nola Pender.....	44
VI. HIPOTESIS Y VARIABLES DE ESTUDIO	46
6.1. Hipótesis.....	46
6.2. Variable de estudio.....	46
6.3. Operacionalización de variables.....	47
VII. OBJETIVOS	48
7.1. Objetivo general.....	48
7.2. Objetivo específico.....	48
VIII. METODOLOGÍA	49
8.1. Tipo, Enfoque, Diseño de investigación:.....	49
8.2. Población, muestra y unidad de análisis:.....	49
8.3. Muestra.....	50
8.4. Unidad de análisis.....	51
8.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	51
8.6. Procedimiento de recolección de datos.....	53
8.7. Análisis y procesamiento de datos.....	54
IX. CONSIDERACIONES ÉTICAS	55
X. RESULTADOS Y DISCUSION	56
10.1 Resultados:.....	56
XI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	68
11.1. CONCLUSIONES.....	68
11.2. RECOMENDACIONES.....	69
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
ANEXOS	84

I. INFORMACIÓN GENERAL

1.1. Título del proyecto

“Prácticas de autocuidado de la hipertensión arterial en pobladores mayores de 60 años, distrito de supe”

1.2. Autor (es)

Bach. Agüero Ayala, Natalia Elizabeth

1.3. Asesor

Dra. Alvarado Zúñiga Carmen Rosa

1.4. Tipo de investigación

De acuerdo al fin que persigue, investigación aplicada no experimental.

De acuerdo con la técnica de contrastación, investigación descriptiva.

1.5. Programa y línea de investigación

Programa: Enfermería.

Línea de investigación: Ciencias médicas, ciencias de la salud

1.6. Duración del proyecto

Fecha de inicio: Abril del 2025

Fecha de término: Septiembre del 2025

1.7. Localización del proyecto

Distrito de Supe

II. RESUMEN DEL PROYECTO

La hipertensión arterial (HTA) es conocida como una de las principales razones de morbimortalidad en el mundo. En Perú como una enfermedad crónica no transmisible. En la provincia de Barranca se estima que 1 de cada 3 adultos tienen HTA, según el Plan Operativo Institucional (POI) 2023 el distrito de Supe contiene el mayor número de casos de atención de HTA. Asimismo, el boletín epidemiológico mensual reporta que en mayo del 2023 se presentaron 39 casos. Se planteó como **objetivo general:** Determinar la práctica de autocuidado de la hipertensión arterial en pobladores mayores de 60 años, en el distrito de Supe, la **metodología** que se utilizó fue de tipo básica, con enfoque cuantitativo, de diseño descriptivo y corte transversal; la población conformada por 108 pacientes con hipertensión arterial y el tamaño muestral el mismo que la población. Se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento el cuestionario: Agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial; realizado por Achury el al.,⁶⁷ con confiabilidad de 0,75 y validez de 0,97. Los **resultados** muestran que el 53.7% tienen un nivel de práctica de autocuidado media, el 26.9% un nivel bajo y 19.4% un nivel alto.

Palabras claves: Autocuidado, Hipertensión Arterial, Adulto Mayor

ABSTRACT

High blood pressure (HTN) is known as one of the main causes of morbidity and mortality in the world. In Peru as a chronic non-communicable disease. In the province of Barranca, it is estimated that 1 in 3 adults have HTN, according to the Institutional Operational Plan (POI) 2023, the district of Supe contains the highest number of HTN care cases. Likewise, the monthly epidemiological bulletin reports that in May 2023 there were 39 cases. The general objective was proposed: To determine the practice of self-care of high blood pressure in hypertensive residents over 60 years of age, in the district of Supe, the methodology used was basic, with a quantitative approach, descriptive design and cross-sectional; The population consisted of 108 patients with arterial hypertension and the sample size was the same as the population. The interview was used as a technique and the questionnaire as an instrument: Self-care agency in patients with high blood pressure; carried out by Achury et al.,⁶⁷ with reliability of 0.75 and validity of 0.97. The results show that 53.7% have a medium level of self-care practice, 26.9% a low level and 19.4% a high level.

Keywords: Self-care, High Blood Pressure, Older Adults

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1. Situación problema

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ¹, la hipertensión arterial influye a uno de cada tres personas a nivel mundial. Además señala que cada cinco personas que tienen hipertensión arterial (HTA) no reciben un adecuado tratamiento para controlar la enfermedad.

Una revisión sistemática sobre la HTA identificó que en los últimos 30 años la cifra de personas con hipertensión se duplicó, de 648 millones a 1278 millones de personas aproximadamente, si bien el porcentaje de prevalencia a nivel mundial se mantiene casi en las mismas cifras con respecto al género, el crecimiento de la población mundial y el envejecimiento trajeron como consecuencia que las cifras varían desde 1990 – 2019 y en mayor proporción en las regiones de ingresos bajos y medianos, lo que la convirtió en un problema de salud mundial ².

Adicionalmente, un estudio realizado en Uzbekistán, obtuvo que existe una alta prevalencia de la HTA (20,2%) que aumenta con la edad. Asimismo, demostró que la HTA se da con más frecuencia en las mujeres (68.9%) que en hombres (31%) ³. Otro país afectado por la enfermedad fue China, donde estima que 226 millones de personas presentan hipertensión; de ellas, más del 50% pertenecen a las regiones del este, sudeste y sur de Asia ⁴.

En España la prevalencia de la HTA fue del 33% y los adultos mayores corresponden al 60% de la población, es decir, 10 millones de españoles padecen esta enfermedad ⁵. A su vez, Brasil muestra una prevalencia de la HTA en adultos mayores de 74.9%, con mayor prevalencia en los hombres (78.6%) ⁶.

Según la Organización Mundial de Salud (OMS) ⁷, en el 2021 se registraron 2.6 millones de decesos en la región de Las Américas. De este total, aproximadamente 662.000 fallecimientos involucraron a personas con edades comprendidas entre los 30 y 69 años, lo que se clasifica como muerte prematura. La HTA afecta al 20-40% de la población adulta en Las Américas, es decir, unas 250 millones de personas,

reconociendo a la HTA como una de las principales razones de morbilidad en el mundo ⁸.

En Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) ⁹, reconoce que la HTA causa daños progresivos en los diferentes órganos del cuerpo humano, pero específicamente al corazón; es una enfermedad crónica, no transmisible y evitable. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) 2020 y 2022 ^{10,11}, en el 2020 un 10.1% son diagnosticados con HTA y en el 2022 alcanzó la cifra de 10.8%. En el año 2020 la prevalencia de la HTA afectó en gran medida a las mujeres (12.0%) a diferencia de los hombres (8.2%), de igual manera en el 2022 las mujeres se vieron afectadas (12.6%) en comparación a los hombres (9.0%).

Con respecto a las regiones con mayor prevalencia de la HTA en el Perú, se obtuvo que en el 2020 la región costa obtuvo la mayor cifra de HTA con un 11.1%, la selva (9.0%) y la región sierra con un 8.4%. Asimismo, en el año 2022, la región costa se mantuvo como la zona con mayor prevalencia (11.4%), seguida de la región selva (10.3%) y la región sierra (9.7%) ^{10,11}. Se entiende que las personas que padecen de HTA requieren de un buen autocuidado, sobre todo los adultos mayores; debido al envejecimiento y deterioro natural fisiológico, la disminución de las funciones corporales y psicológicas ¹². De tal modo que, los sentidos y las habilidades intelectuales, dificultan que el adulto mayor pueda desarrollar e implementar en su vida diaria, buenas acciones y conductas para el control de la HTA ¹².

Distintos estudios sobre la práctica de autocuidado en personas mayores hipertensas muestran diversos resultados. Distintos estudios muestran que los adultos mayores tienen una práctica de autocuidado deficiente o baja ^{4,13,14}. A nivel nacional, la capacidad de autocuidado es moderada ¹⁵, por el contrario, en Barranca un estudio determinó que la capacidad de autocuidado es buena ¹⁶.

En la provincia de Barranca se ha observado un acrecentamiento de la población adulta mayor desde los años 2013 (17478) al 2018 (21015), debido al incremento sostenido de la esperanza de vida y consecuentemente, un incremento en la incidencia de enfermedades cardiovasculares y crónico-degenerativas, como la

HTA ¹⁷. Según el Análisis Situacional de Salud (ASIS)¹⁸ del Hospital de Supe, en el año 2023 se registraron 3494 personas mayores de 60 años, entre hombres y mujeres, lo que representa el 13% de la población total del distrito de Supe.

Según el Plan Operativo Institucional (POI) 2021 ¹⁹, se estima que en Barranca 1 de cada 3 adultos tienen HTA, donde solo la tercera parte de estos pacientes tienen conocimiento sobre su padecimiento. Del mismo modo, las personas que reciben tratamiento, uno de cada tres, no logran conseguir o mantener los niveles de PA por debajo de 140/90 mmHg. En el año 2018 se reportaron 278 casos, donde el grupo etario más afectado fueron los de 55 a 74 años (61.51%). De igual manera según el POI 2023 del Hospital Barranca Cajatambo y SBS ²⁰, en el 2019 con 366 casos, 2020 con 85 y en el 2021 con 33 casos.

Por otra parte, en el distrito de Supe Pueblo en el 2021 se notificaron 26 casos, así mismo se pudo observar un incremento en el 2022 con 98 casos ²⁰. El POI 2023 prioriza al distrito de Supe como un territorio vulnerable propenso a problemas sanitarios prevalentes, entre ellos la HTA ²⁰. Según el Boletín Epidemiológico Semana Epidemiológica (SE) 39 hasta la Semana Epidemiológica 44 del 2025, En el Hospital de Supe se reportaron un total de 81 casos, contabilizando desde la Semana Epidemiológica 01 hasta la Semana Epidemiológica 44²¹.

Considerando la magnitud de la HTA, su aumento constante a nivel mundial y su repercusión en la población de Supe Pueblo, conjuntamente con la escasa información existente en relación de esta condición entre los adultos mayores de 60 años, en lo que respecta a sus hábitos de autocuidado, y considerando las complicaciones que pueden surgir a largo plazo debido a un diagnóstico tardío, el objetivo de este estudio tiene como propósito describir el nivel de prácticas de autocuidado de las personas con hipertensión arterial. De modo que toda información obtenida en este estudio será de gran impacto para la población de Supe Pueblo e informaciones estadísticas a nivel nacional, lo que permitirá realizar un aporte significativo de la situación actual del país.

Por ello como investigadora de este proyecto y como futura profesional de enfermería, planteo a continuación la pregunta de investigación:

3.2. Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de práctica de autocuidado de la hipertensión arterial en pobladores adultos mayores de 60 años, en el distrito de Supe?

IV. JUSTIFICACIÓN

La HTA se reconoce como una de las principales razones de morbilidad y mortalidad en el mundo, lo que hace que su manejo sea crucial para evitar las complicaciones que surgen de esta patología. Por consiguiente, es de interés sanitario tener conocimiento de las cifras de personas hipertensas y si las acciones que realizan para su autocuidado son eficientes o eficaces para su mejoría y control ⁸.

La presente investigación se desarrolló con el propósito de aportar información sobre la situación actual de las personas hipertensas del distrito de Supe Pueblo, describir sus prácticas de autocuidado y proponer intervenciones dirigidas a reducir los factores riesgos de HTA. Constituye, además, un acervo teórico para futuras investigaciones orientadas al automanejo de la HTA, así como proponer estrategias que favorezcan al cumplimiento del tratamiento del paciente con esta enfermedad, la cual genera graves consecuencias para salud y que comprometen a los profesionales del primer nivel de atención.

En este contexto, el rol del profesional de enfermería resulta fundamental, al brindar cuidados integrales que contribuyen a la protección y manteniendo la salud del adulto mayor. Asimismo, este proyecto de investigación servirá como base para investigaciones posteriores que amplíen el conocimiento sobre el cumplimiento del tratamiento, atención integral del entorno familiar y social, así como la evaluación de las estrategias sanitarias del adulto mayor. Estos elementos son esenciales para potenciar las prácticas de autocuidado relacionadas con la HTA, facilitando la prevención de complicaciones, el manejo efectivo de la enfermedad y al optimización de la calidad de vida entre los adultos mayores.

La evidencia de las prácticas de autocuidado permitirá también a los gestores de la salud de la población, tomar decisiones que potencialicen las políticas sanitarias públicas con recursos humanos y materiales en respuesta al tercer objetivo de desarrollo sostenible: salud y bienestar que incluye las enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles, frente a las carencias de autocuidado.

Asimismo, proporcionará a los estudiantes de la carrera de enfermería conocimientos sobre la realidad local, tomar conciencia sobre la Hipertensión Arterial y cuáles son las actividades que conservan o mejoran la salud para poder plantear sugerencias específicas sobre la enfermedad. Por otro lado servirá de aporte para el desarrollo del curso de Adulto Mayor enfocándose más en los temas sobre la promoción y prevención de esta enfermedad, también aportará a la línea de investigación de la institución sobre las prácticas de autocuidado, el cual será un avance para la solución de problemas de esta enfermedad.

V. ANTECEDENTES Y/O ESTADO DEL ARTE

5.1. Antecedentes Internacionales

Kouchaki et al.,²² en el año 2023 realizaron un estudio en Irán con el objetivo de “investigar la asociación entre el miedo a caer y las conductas de autocuidado de las personas mayores con hipertensión”; de estudio transversal, con una muestra de 301 personas hipertensas. Entre sus resultados se obtuvo que el 89.7% tenía un comportamiento de autocuidado moderado y un 9.3% bajo.

Addisu et al.,²³ en el año 2023 realizaron un estudio en Etiopía con el objetivo de “evaluar el nivel de práctica de autocuidado y sus predictores entre pacientes hipertensos en el centros de salud de la subciudad de Bole, Addis Abeba, Etiopía”; de estudio transversal con una población de estudio de 370 pacientes hipertensos. Como resultado se obtuvo que el 53% tienen buenas prácticas de autocuidado.

Veliz et al.,¹² en el año 2023 realizaron un estudio en Ecuador con el objetivo de “determinar el autocuidado y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial que asisten al Centro de salud Jipijapa”; de tipo cuantitativa, con metodología descriptiva no experimental, de corte transversal”, con una población de estudio de 90 personas hipertensas. En sus resultados, las acciones de autocuidado fueron muy limitadas, especialmente en actividades que se relacionan con la alimentación.

Du et al.,⁴ en el año 2022 realizaron un estudio en China, con el objetivo de “explorar las asociaciones entre el estilo de vida que promueve la salud, la agencia de autocuidado y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes mayores con hipertensión de la etnia Bai, así como los factores relacionados con las capacidades de autocuidado de la hipertensión”; de estudio transversal y una muestra total de 472 pacientes ancianos con HTA. Dentro de sus resultados, el 59.7% tuvieron un nivel de capacidad de autocuidado medio, el 36.9% un nivel bajo de capacidad de autocuidado y el 3.4% un nivel alto.

Darvishpour et al.,²⁴ en el año 2022 realizaron un estudio en Irán, con el objetivo de “determinar la relación entre la alfabetización en salud, la autoeficacia y las conductas de autocuidado en adultos mayores con hipertensión”; de estudio transversal, con una muestra de 150 adultos mayores hipertensos. En sus resultados, el 94.7% tuvieron conductas de autocuidado relativamente saludables y el 5.3% conductas de autocuidado indeseables.

Inlago¹³ en el año 2022 realizó un estudio en Ibarra con el objetivo de “determinar el autocuidado en pacientes adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial, en medicina interna del Hospital Marco Vinicio Iza 2022”; con enfoque cuantitativo, observacional, descriptivo y transversal. Tuvo como muestra a 119 pacientes. En sus resultados, los adultos mayores de este estudio no poseen las capacidades y disposiciones necesarias de autocuidado, lo que evidencia así un desconocimiento sobre su cuidado.

Lozano-Zúñiga et al.,²⁵ en el año 2022 realizaron un estudio en México con el objetivo de “determinar el nivel de autocuidado en personas adultas mayores que radican en la ciudad de Morelia, Michoacán”; estudio descriptivo, con diseño transversal, observacional y enfoque cuantitativo, con una cantidad de 100 adultos mayores como muestra de estudio. En sus resultados, se obtuvo que el 42% de la muestra tuvieron una capacidad de autocuidado media, el 27% alta y el 4% muy baja.

Flores y Guzman²⁶ en el año 2018 realizaron un estudio en Bolivia con el objetivo de “identificar los factores condicionantes básicos que se asocian al autocuidado en pacientes internados con hipertensión arterial”; estudio descriptivo, con diseño transversal y 51 pacientes con HTA como muestra. En sus resultados, el 52.9% presentó una capacidad de autocuidado baja, 43.1% una capacidad de autocuidado media y el 3.9% un autocuidado alto.

Antecedentes Nacionales

Reyes²⁷ en el año 2024 realizó un estudio en Trujillo con el objetivo de “determinar la relación entre el nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado en los pacientes hipertensos del Puesto de Salud Buenos Aires Sur – 2024”; con enfoque cuantitativo, descriptivo-correlacional, de corte transversal con una muestra de 60 adultos con hipertensión arterial. Concluyó que el 60% de los adultos con hipertensión arterial tienen prácticas de autocuidado adecuadas.

Medina²⁸ en el año 2024 realizó un estudio en Barranca con el objetivo de “determinar la relación entre el autocuidado y el estilo de vida en pacientes con hipertensión arterial en el Hospital de Barranca”, tipo básico, enfoque cuantitativo, no experimental, correlacional, de corte transversal con una muestra de 108 participantes. Se obtuvo como resultado que el 48.1% tuvieron un nivel medio de autocuidado, 30.6% un nivel bajo y el 21.3% un nivel alto de autocuidado.

Vera²⁹ en el año 2023 realizó un estudio en Piura con el objetivo de “determinar la relación entre autocuidado y adherencia farmacológica en pacientes con hipertensión arterial de un centro de salud de Santa Lucía”; con enfoque cuantitativo y diseño transversal, correlacional con una población de estudio de 128 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial. Se obtuvo como resultado que el nivel de autocuidado medio fue de 90.63% y 9.38% de nivel de autocuidado alto.

Villacrez y Soria¹⁵ en el año 2023 realizaron un estudio en Lima con el objetivo “determinar el nivel de autocuidado en pacientes adultos mayores con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud La Ensenada de Lima, durante el año 2023”, con diseño observacional y transversal, de enfoque cuantitativo, descriptivo; con una muestra total de 63 pacientes con HTA. Dentro de sus resultados, el 44.44% tenían un nivel de autocuidado moderado, 28.57% alto y 26.98% bajo.

Chávez y Chumbes¹⁶ en el año 2023 realizaron un estudio en Barranca con el objetivo de “determinar la relación entre la capacidad de autocuidado y calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial en el Centro de Salud Lauriama,

Barranca”, de diseño no experimental, estudio de tipo prospectivo, transversal, analítico; con una población de estudio de 48 adultos mayores con hipertensión arterial. En sus resultados, el 56.3% tenía una capacidad de autocuidado buena, muy buena (22.9%), regular (18.8%) y mala (2.1%).

Segovia¹⁴ en el año 2022 realizó un estudio en Lima con el objetivo de “determinar la relación entre la capacidad de autocuidado y los estilos de vida saludable en los adultos mayores del AA.HH primero de mayo del distrito de Villa el Salvador, en Lima 2022”; de diseño no experimental, enfoque cuantitativo, con alcance descriptivo – correlacional, con una población de estudio conformada por 80 adultos mayores. En sus resultados, que el 93.8% de pacientes tenía una capacidad de autocuidado parcialmente adecuada.

Ochoa y Rimarachin³⁰ en el año 2021 realizaron un estudio en Lambayeque con el objetivo de “identificar el nivel de prácticas de autocuidado del adulto mayor con hipertensión arterial que acuden a un centro de salud del Ministerio de Salud en Lambayeque, 2020”; de diseño no experimental, de tipo descriptivo, con una población de estudio de 94 adultos mayores. En sus resultados, el 52% de adultos mayores tenía prácticas parcialmente adecuadas, 18% adecuadas y 30% inadecuadas.

5.2. Bases Teóricas

5.2.1. Adulto Mayor

El concepto de adulto mayor (AM) en diferentes países, específicamente en las de vía de desarrollo sostienen que la etapa en donde se considera a una persona como AM inicia a los 60 años ya que lo relacionan como una etapa donde existe una pérdida de productividad dentro de la sociedad a causa de la disminución de las capacidades funcionales lo que lo convierte así en una persona con menos autonomía y más dependientes a otra persona³¹.

Se debe dar más importancia y reconocimiento al AM viéndolo como una base fundamental dentro de la sociedad, relacionado con el Estado y en la familia. Así como en la formación educativa, bienestar del mismo, recreación y a nivel laboral, a fin de poder comprender que los cambios que tiene el AM son propios de una etapa natural el cual no puede ser algo evitable. Del mismo modo al AM se le debe asignar un rol dentro de la sociedad a fin de no sentirse excluido y en un espacio lleno de dolor, padecimiento, angustia y abandono, en espera de su fallecimiento ³².

El AM es una persona que, con el paso del tiempo, se encuentra en una fase de cambios a nivel físico y mental, por lo que dentro de la sociedad o comunidad en la que se encuentre, estos deben brindar apoyo y cuidado durante su proceso de envejecimiento ³².

Se considera como una población envejecida cuando el porcentaje conformado por el AM es igual o mayor al 7%³¹. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística e Informática³³, durante los años 50 la distribución de la población era conformada básicamente por niños y jóvenes, de tal forma que 42 personas de cada 100 individuos pertenecían a la categoría de niños y niñas menores de 15 años. En el año 2025, solo 24 de cada 100 personas era niño y niña menores de 15 años. La proporción de población AM aumentó desde 1950 con el 5.7% al 2025 con el 14.3%.

El INEI³³, asimismo, destacó que el 12.4% de AM no contaba con un nivel educativo o únicamente alcanzaba la educación básica (nivel inicial), mientras que el 34,8% había completado la educación primaria y el 30.9% había llegado al nivel secundario. Con respecto a las estadísticas de salud del AM, el 80,2% de la población AM padecía de algún problema de salud crónico. En relación al sexo, esos padecimientos afectaron al 85.6% al sexo femenino superando en 11.3 puntos al porcentaje del sexo masculino 74.3%. Por otro lado, según el área donde residen, pertenecen al área urbano (81.9%), seguido de Lima Metropolitana (78.9%) y en el área rural con (78.8%)³³.

En el 2023 la cantidad de adultos mayores en el Perú es de 4 millones 598 mil personas, que equivale al 13.6% de la población total del Perú. Así mismo el 52.4% (2 millones 412 mil) de la población AM pertenece al sexo femenino. Con respecto a los grupos de edad, las personas de 60 a 64 años pertenecen al 4% de todos los adultos mayores del Perú, seguido de un 3.2% los de 65 a 69 años. Por otro lado, el 80% de la población AM padecen de algún problema de salud crónico, los cuales 85.1% de la población femenina lo padecen y en la población masculina en un 74.2%³⁴.

5.2.2. Cambios fisiológicos del envejecimiento

La población adulta mayor con el pasar del tiempo va en incremento dentro de la pirámide de la población total del Perú. Es por eso que es de gran importancia poder conocer cuáles son los cambios fisiológicos que ocurren cuando la persona llega a la etapa AM, de manera que se pueda enfrentar las demandas de estos cambios³⁵.

Los cambios que se asocian al envejecimiento son múltiples, algunas de estas son las más relevantes y hacen posible una mayor prevalencia de padecimientos en los AM³⁵.

5.2.2.1. Envejecimiento Cardiovascular

5.2.2.1.1 Envejecimiento arterial:

Con el envejecimiento, la rigidez de las arterias aumenta debido a cambios estructurales de este y como consecuencia el inicio de la hipertensión arterial. Con el transcurso de los años la cifra de células musculares lisas que se encuentran en la pared arterial sufre el proceso de muerte celular, lo que implica así una remodelación en donde habrá un aumento de fibras colágenas y un acrecentamiento de la elastina. Asimismo, una microcalcificación de la túnica media de la pared de las arterias

de manera que el paso correcto de la sangre y distribución a todo el cuerpo se vea afectado ³⁵.

Otro cambio que se observa con el envejecimiento es la disfunción endotelial, el cual se caracteriza por descenso de la función de vasodilatación en el endotelio y el incremento de los procesos inflamatorios debido a un aumento de las citoquinas proinflamatorias ³⁵.

Con el envejecimiento también se puede observar que las arterias de resistencia tienden a aumentar su masa, es decir que habrá un engrosamiento de la pared de las arterias y ocasionará que el lumen se reduzca. El incremento en la rigidez de las arterias de conducción, junto con la resistencia de las arterias periféricas, provoca el aumento en las ondas de pulso, lo que, a su vez, resultará en el incremento de la presión arterial ³⁵.

5.2.2.1.2 Envejecimiento cardíaco

Estudios relacionados sobre células madre indican que hasta en un 40% los cardiomiocitos pueden ser reemplazados por otros cardiomiocitos. A pesar de ello la hipertrofia cardíaca en la etapa del envejecimiento dificulta este reemplazo de cardiomiocitos debido que hay una disminución total de estos. Además, el envejecimiento se relaciona al aumento del colágeno miocárdico y a los cambios en la matriz extracelular los cuales afectarían a la excitación y contracción del corazón e incremento del riesgo a arritmias. Asimismo, debido al envejecimiento los velos valvulares del corazón llegan a aumentar su rigidez y a calcificarse hasta en un 80% en los AM que resulta así una estenosis e insuficiencia aórtica ³⁵.

5.2.2.2. Envejecimiento muscular

Durante la segunda y cuarta década de vida se puede alcanzar una máxima expresión en lo referente a la fuerza y masa muscular, pasadas esas décadas se producirá un descenso de la masa muscular de forma progresiva. Esta reducción de la masa muscular es consecuencia de la disminución del flujo sanguíneo, así como el desarreglo de las miofibrillas que se encuentran en cada uno de los músculos. Cuando se presenta la pérdida de la masa muscular relacionada con la edad, se le conoce como sarcopenia, el cual se caracteriza por la pérdida general y gradual de la masa de todos los músculos ³⁵.

5.2.2.3. Envejecimiento del metabolismo de la glucosa

Las personas AM en el envejecimiento tienden a presentar el síndrome de la sarcopenia el cual es un factor que contribuye a aumentar la incidencia de resistencia a la insulina, que se debe a la relación estrecha entre la mínima cantidad masa muscular y la máxima disfunción mitocondrial de las fibras remanentes. La sarcopenia también contribuye a que haya un aumento progresivo del peso corporal de la persona, que estará compuesto por grasa denominada grasa visceral. Además, el tejido adiposo visceral será uno de los causantes de la producción de los mediadores inflamatorios los cuales participan a desarrollar la resistencia a la insulina ³⁵.

5.2.3. Teoría del Envejecimiento

Desde años atrás se trata de explicar la razón por la cual las personas envejecen, es por eso que en ese transcurso se desarrollaron tres teorías que fundamentan el envejecimiento, estas teorías son:

A. Teorías biológicas del envejecimiento

A.1. Teorías moleculares

- Mutación genética: esta teoría explica que, debido al deterioro de la capacidad del ADN para poder repararse, ocasiona una acumulación de mutaciones que llegan a afectar a todos los genes y producen proteínas alteradas ³⁶.
- Mutación somática: teoría realizada por Leo Szilard, en donde sostiene que el proceso del envejecimiento es el efecto de la acumulación de mutaciones ubicadas en el ADN nuclear de cada una de las células somáticas. Pero con posterioridad otros estudios especificaron que la alteración en el ADN se debe al material genético mitocondrial ^{36,37}.
- Del error catastrófico: teoría propuesta por Orgel, sostiene que el envejecimiento del ser humano se debe a una acumulación de fallas o errores en el momento de la síntesis de las proteínas. Estas proteínas son las encargadas de las funciones fisiológicas de todos los órganos, es por esto que si se produce un error ocasionará un mal funcionamiento y alteración de todos los órganos ³⁷.
- Radicales libres: propuesta por Harman, explica que los radicales libres son producto del metabolismo de las células, así mismo estos mismos radicales libres se acumulan alrededor de las células y causan daños a diversas moléculas alterando su metabolismo y su material genético. Los antioxidantes celulares que no puedan detoxificar todo el oxígeno podrán generar el envejecimiento celular y por ello un mal funcionamiento de los órganos que conlleva a enfermedades³⁸.

A.2. Teorías celulares

- Acortamiento de los Telómeros: se refiere a los telómeros que son los encargados de poder proteger a los cromosomas, así como la información genética del ADN, al momento de la división de las células y la mitosis los telómeros produciéndose un acortamiento. Una vez que dejan de existir los telómeros las células son eliminadas, pero existen enzimas que previenen y protegen la recuperación del largo del telómero ³⁷.

A.3. Teoría evolutiva

- Antagonismo pleiotrópico: sustentada por G Williams, explica que los genes que en un principio de la etapa de la niñez y juventud ocasionan efectos positivos en el cuerpo, con el pasar del tiempo estos mismos genes no cumplen su misma función como antes. Por el contrario, los efectos de estos mismos genes serán negativos cuando la persona tenga una edad más avanzada ³⁷.

5.2.4. Modelo del Envejecimiento Saludable

El modelo de envejecimiento saludable se refiere al proceso en el que existe un equilibrio entre las capacidades inherentes del AM como la salud tanto física como mental junto a su entorno, en donde participaran la familia, amigos y comunidad ³⁹.

Asimismo, ayudará al AM con sus capacidades físicas y psicológicas, a reincorporarse al entorno en el que este vive de modo que exista una interacción recíproca entre ambos. Es importante señalar que tener un envejecimiento saludable requiere de la adquisición de acciones y adopción de distintas medidas destinadas a la prevención, manejo de la enfermedad y promover la capacidad funcional del AM ⁴⁰.

Las agencias que pertenecen a la Organización de las Naciones Unidas (ONU) realizaron planes para mejorar el envejecimiento saludable de los AM. De manera que se pueda cumplir con el 3er Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS 3), en el cual no se encuentra explicita objetivos relacionados con los AM, brinda un claro mensaje acerca de garantizar a todas las personas de cualquier edad una vida sana así como promover su bienestar ³⁹.

5.2.5. Hipertensión Arterial

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ⁴¹, la HTA representa uno de los riesgos más significativos para las enfermedades cardiovasculares y la enfermedad renal crónica. La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad caracterizada por la elevación de la presión arterial (PA) por encima de los valores predeterminados, es un trastorno que afecta preferentemente a los adultos, debido al proceso del envejecimiento y desgaste vascular de los diferentes órganos del adulto más propenso a padecer de esta enfermedad, lo que resulta en la incremento de la incidencia de la HTA ^{8,42}

5.2.6. Etiología

A. Hipertensión arterial primaria o esencial

Este tipo de HTA es el más común ya que es el de mayor prevalencia en todos los casos que existen a nivel mundial de HTA (92-95%). No se logra reconocer la causa o etiología ya que existen muchos factores que llegaron a interacción y provocar la enfermedad ⁴³.

B. Hipertensión secundaria

Es producida a consecuencia de una enfermedad conocida. Algunos padecimientos que causaron la aparición de la HTA son:

- **Renales:** Enfermedades parenquimatosas, renovasculares, estenosis de la arterial renal, malformaciones, estrechamiento de la arteria renal y alteraciones que se producen en personas con diabetes ⁴³.

Con respecto a las enfermedades a nivel renal que ocasionan la HTA, ambas se encuentran muy relacionadas. Una de las funciones de los riñones es poder controlar la presión arterial por medio de la excreción y reabsorción de agua y sodio. Si se produce un desequilibrio del funcionamiento de este se propicia la aparición de la HTA ⁴⁴.

- **Cardiovasculares:** Malformaciones de la aorta como la coartación y la hipoplasia de aorta abdominal ⁴³.

- **Endocrinas:** Hiperaldosteronismo primario, Feocromocitoma y paraganglioma, síndrome de Cushing, hipertiroidismo, hipertiroidismo, hiperparatiroidismo primario y acromegalia ⁴⁵.

- **Fármacos:** AINEs, anticonceptivos, antirretrovirales, antidepresivos, ansiolíticos, inmunosupresores anticalcúricos, corticoides descongestionantes nasales y estimulantes de la eritropoyesis ⁴⁵.

- **Ambientales:** Dieta hiposódica y estrés ⁴³.

5.2.7. Fisiología

En la fisiología de la HTA intervienen diversos factores que se sitúan en el cuerpo humano a modo de poder controlar los niveles de presión arterial. Algunos sistemas que se encargan de poder mantener y controlar la HTA son:

A. Sistema renina-angiotensina-aldosterona (SRAA)

Este sistema cumple una función muy importante con respecto a la regulación de la presión arterial, así como poder regular las resistencias vasculares periféricas que están relacionadas de manera directa a los efectos de la angiotensina II (AII). El SRAA se encuentra confirmado por:

La renina: la cual es producida por los riñones ubicadas en la pared de arteriola eferente de las células yuxtaglomerulares, cuando hay un aumento de la secreción de la renina quiere decir que hay una descenso de la presión arterial renal, disminución de sodio, así como el aumento de la estimulación nerviosa renal ⁴⁶.

El sustrato de renina o angiotensinógeno, se produce en el hígado y su incremento es causado por los estrógenos y por estimulantes que pertenecen a las microsomas hepáticas. El aumento de este sustrato de renina contribuye a la aparición de la HTA ⁴⁶.

Enzima convertidora de angiotensina: se localiza en mayor cantidad en los pulmones y en menor cantidad en los vasos sanguíneos, se encarga de poder convertir la angiotensina I (AI) en angiotensina II ⁴⁶.

Quimasa: también convierte la AI en AII en el corazón y en las arterias⁴⁶.

B. Gasto Cardíaco y la Resistencia vascular periférica

El producto de estos dos es la Presión Arterial, pero cada uno de ellos dependerá de distintos factores como la volemia, frecuencia cardíaca, contractilidad miocárdica en el caso del gasto cardíaco y de la vasoconstricción de las arterias tanto de forma funcional como estructural en el caso de la resistencia vascular periférica ⁴⁶.

C. Actividad del sistema nervioso simpático (SNS)

Se encarga de realizar los cambios agudos de la PA y de la frecuencia cardiaca, asimismo contribuye al comienzo y mantenimiento de la HTA primaria y secundaria. Además, la actividad del SNS aumenta cuando existe la comorbilidad como la obesidad en la persona ⁴⁶.

5.2.8. Fisiopatología

Hiperactividad simpática

Cuando existe una alteración o incremento de la actividad simpática se puede producir la hipertensión arterial, específicamente en personas expuestas a estrés constantemente, el consumo excesivo de sodio y personas con obesidad ⁴³.

- Defecto genético en la excreción renal de sodio: debido a este defecto varios estudios sostienen que puede ser uno de los causantes de la HTA esencial. Además, la alteración de la expulsión de sodio se puede ver influenciada por la actividad de la SRAA o por el SNS ⁴³.
- Teoría metabólica: esta teoría explica que además de los factores externos, existen factores propios del factor genético que influye al metabolismo de los lípidos y carbohidratos, así como un proceso patológico relacionado a la resistencia a la insulina y como consecuencia la hiperinsulinemia, provocando un aumento en la actividad parasimpática el cual condiciona a la aparición de la hipertensión arterial ⁴³.
- Disfunción endotelial: el mal funcionamiento de la función endotelial trae como consecuencia que el tono vascular se vea afectado y haya un desbalance entre la producción de las sustancias vasodilatadoras y vasoconstrictoras y así a una resistencia vascular periférica, incrementado el riesgo de poder padecer HTA ⁴³.

5.2.9. Factores de riesgo asociados

A. Factores de riesgo modificables

Obesidad

Las personas con poca actividad física y mala alimentación corren el riesgo de padecer obesidad. Así mismo las personas obesas corren el riesgo de sufrir HTA, debido al estrés oxidativo y a la resistencia de la insulina. Además, la obesidad causa un incremento de la acción neurohormonal ampliada y humoral que traen como consecuencia una vasodilatación acelerada, disminución de la eliminación del sodio y una absorción de está, que fomenta así una elevada presión arterial⁴⁷.

Tanto la resistencia a la insulina como el estrés oxidativo provocarán una alteración del SRAA y circulación de la sangre en los riñones ocasionando una vasoconstricción de la arteria renal eferente lo que causará una presión arterial elevada ⁴⁷.

Consumo de tabaco

Uno de los principales ingredientes del tabaco es la nicotina, este alcaloide afecta al sistema cardiovascular. Cuando una persona consume tabaco se liberan catecolaminas adrenérgicas el cual produce en el sistema cardiaco una elevación de la frecuencia cardiaca, presión arterial, gasto cardiaco y constricción del corazón, que a lo largo de los años causará daño a la fisiología e integridad del corazón. Asimismo, el humo que genera el tabaco también causa un aumento de la presión arterial, debido a que este provoca la producción de tromboxano A2, un vasoconstrictor que conlleva a un incremento de la presión arterial ⁴⁸.

Alcohol

El consumo de alcohol de manera excesiva es considerada como una de las causas que aumentan los niveles de presión arterial en la persona ⁴⁹.

El alcohol en altas dosis de consumo tiene un efecto bifásico con respecto a la presión arterial, después de 12 horas de su consumo la presión arterial de la persona se verá afectada, con una disminución de esta, al cumplir las 13 horas después de haber consumido alcohol la presión arterial aumentará. Asimismo mientras más cantidad de alcohol consuma la persona aumentara los niveles de la frecuencia cardiaca ⁴⁹.

Actividad física

La falta de actividad física trae como consecuencia que la persona lleve una vida sedentaria, disminuyendo la elasticidad de cada una de las arterias que se encuentran en el cuerpo ⁵⁰.

Ingesta de sodio

El consumo excesivo de sodio da lugar a la manifestación de la Hipertensión Arterial en los individuos, debido al aumento del volumen sanguíneo que provoca una elevación del gasto cardiaco. Los países con altas tasas de consumo de sodio tienen niveles altos de HTA, dando como resultado la gran relación entre el consumo excesivo de sodio y la enfermedad ⁴⁶.

B. Factores de riesgo no modificables

Historia Familiar

Las personas que tienen un familiar con antecedentes de Hipertensión Arterial corren más riesgo de padecer de esta enfermedad. Mientras más sea el grado de relación entre la persona y el familiar con la enfermedad, mayor será la probabilidad de poder padecerla. Del mismo modo también influirá la presentación de la enfermedad, la edad en el que se diagnosticó o comenzó a tener una presión arterial elevada ⁴⁶.

Sexo

Con respecto al sexo, las cifras de prevalencia de la HTA se presentan más en los hombres que en las mujeres. En relación a la presentación de esta enfermedad, la presión arterial en los hombres va en aumento hasta los 70 años, a diferencia de las mujeres que comienza a aumentar sus cifras a partir de los 50 años hasta los 80 años⁴⁶. Rezende R et al.,⁵¹ mostraron que las personas con mayor prevalencia de HTA fueron del sexo masculino. Según la OMS ⁴⁴, sostiene que esta enfermedad afecta a uno de cada cuatro hombres y una de cada cinco mujeres. Por el contrario, Pincay refiere que el sexo con más prevalencia de la HTA son las mujeres con un 67% a diferencia de los hombres.

Edad

La presión arterial generalmente aumenta desde el nacimiento hasta la adultez, en donde la presión diastólica se incrementa en mayor medida que la presión sistólica, aunque se llega a estabilizar en la quinta década de vida ⁵².

La causa del incremento de la presión sistólica es por la rigidez de las arterias que aumenta con los años, así como la disminución de la elastina, la clasificación y alteración de las fibras que se encargan de la rigidez de estas paredes ⁵³.

Según Izarra⁵⁴ en Colombia la HTA fue de las principales causas de morbilidad en adultos mayores y la quinta causa con respecto a la mortalidad en el AM los cuales se asociaron con enfermedades cerebrovasculares. Asimismo, el gobierno de España sustenta que en el 2019 la prevalencia de la HTA fue del 16,5% de toda su población y que el 54,9% pertenecen a personas de 64 años, dando como resultado que a más edad se corre el riesgo de poder padecer de esta enfermedad ⁵⁵.

Raza

Las personas de raza negra tienen una actividad de renina plasmática menor, así como presentar riñones con menor tamaño o solo con una pequeña cantidad de nefronas. Además, se relaciona con la deficiencia de excreción de bradicininas en las personas de raza negra, cuando el sistema kalikreina-bradicinina disminuye puede provocar el padecimiento de la HTA. Por otro lado, existen algunas evidencias en donde las personas de raza blanca también podrían ser susceptibles a padecer HTA debido a la relación con la resistencia de la insulina que con otras razas con se halla ⁵².

Ataucusi et al.,⁵⁶ menciona que las personas de raza negra ocupan el primer lugar en incidencias de HTA, asimismo menciona que por lo general esta enfermedad es más frecuente en estos individuos, más aún si tienen un nivel socioeconómico bajo.

5.2.10. Signos y Síntomas de la HTA

La HTA es asintomática, sólo se puede identificar mediante exámenes clínicos o cuando la enfermedad presente complicaciones. Pueden existir algunos síntomas si existe un caso de crisis hipertensiva, estos síntomas son: mareos, palpitaciones, cefalea en región occipital, visión borrosa y fatiga ⁵⁷.

En algunos casos algunos pacientes pueden presentar síntomas esporádicos como ruidos de oídos, irritabilidad, polaquiuria y sensación de inestabilidad ⁵⁸.

Otros síntomas que se presentan, pero con menos frecuencia y en pocas personas son palpitaciones, vértigos y disfunción eréctil, hemorragias y papiledema ⁵⁷.

5.2.11. Clasificación de los valores de la Hipertensión Arterial

En la población de adultos mayores, a partir de la mayoría de edad (18 años), es posible categorizar los niveles de HTA, que sirve como guía para poder identificar a las personas con este padecimiento o no ⁵⁸.

Figura 1. Clasificación de la presión arterial por niveles

	SBP		DBP
BP Category			
Normal	<120 mm Hg	and	<80 mm Hg
Elevated	120 to 129 mm Hg	and	<80 mm Hg
Hypertension			
Stage 1	130 to 139 mm Hg	or	80 to 89 mm Hg
Stage 2	≥140 mm Hg	or	≥90 mm Hg

Fuente: Guía 2017 ACC/AHA para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial en adultos. Hypertension, 2018 ⁵⁹.

5.2.12. Principales complicaciones de la HTA

Algunas complicaciones que se pueden desarrollar a partir de esta enfermedad son⁵⁸:

- Infarto del miocardio,
- accidente cerebrovascular,
- aneurisma,
- enfermedad vascular periférica,
- insuficiencia cardíaca,
- hipertrofia del ventrículo izquierdo,
- angina de pecho,
- microalbuminuria,
- retinopatía,
- arteriopatía coronaria⁶⁰.

5.2.13. Prevención secundaria de la Hipertensión Arterial

Una de las maneras más efectivas de poder prevenir la HTA es a través de los cambios de estilos de vida; de igual manera, esta acción resulta esencial

para aquellos individuos que ya padecen de esta condición. Algunos cambios para la prevención de la HTA son:

A. Control del peso corporal, disminuyendo la obesidad

Para mantener o lograr tener una buena salud, se debe tener en cuenta un peso adecuado. La obesidad puede causar graves problemas a la salud, más aún en personas que ya son diagnosticadas con HTA. Una manera de poder evaluar el peso ideal de una persona es a través del Índice de Masa Corporal (IMC), en donde un puntaje entre los 18.5 a 24.9 de IMC significa que la persona tiene un peso adecuado. Sin embargo, un IMC entre los 25.0 a 29.9 equivale a que la persona tiene un sobrepeso y si el IMC es igual o superior a 30.0 quiere decir que la persona tiene obesidad, siendo así un factor de riesgo para poder contraer la HTA ⁶⁰.

B. Incremento de la actividad física

Realizar ejercicio físico ayudará al Sistema Endocrino a aumentar la sensibilidad de la insulina con el paso del tiempo y a disminuir el sobrepeso, también ayudara a mejorar la fisiología de los riñones y filtración de glomerular. En general el realizar ejercicios tanto de resistencia, estiramiento o flexibilidad e incorporarlos paulatinamente en la vida cotidiana ayudará a promover una buen estado de salud ⁶¹.

C. Eliminación o disminución de la ingestión de alcohol

Estudios relacionados al consumo de alcohol señalan que aumentan el riesgo de desarrollar la HTA. Asimismo, el alcohol es un factor de riesgo modificable, es decir, que la persona puede cambiar este hábito para poder prevenir la HTA y otras enfermedades cardiovasculares ⁶². Princewel et al.,⁶³ realizó un estudio en donde sostiene que de una prevalencia de 19.8% de HTA, el 63.4% consumen alcohol, demostrándose así la importancia de eliminar el consumo de alcohol

de manera que se pueda disminuir el riesgo de desarrollar la HTA que se pueda reducir en un futuro padecer de HTA.

D. Reducir la ingesta de sal:

El consumo de sodio se encuentra relacionado con la HTA, diversos estudios sostienen que la reducción del consumo de sal ayudará a la prevención y tratamiento de la HTA. Se tiene en cuenta que la reducción de la sal no solo se limita a la sal de mesa sino a alimentos que tengan un alto contenido de sodio como los son los alimentos procesados, embutidos, conservas entre otros ⁶⁴.

5.2.14. Prácticas de Autocuidado

Son actividades aprendidas por el individuo dirigido hacia sí mismas o su entorno para disminuir o regular acciones que afecten su salud y bienestar⁶⁵.

Consiste en establecer situaciones de autocuidado con interés y habilidades que fueron adquiridas mediante la enseñanza de un profesional de salud, así como acciones o costumbres que forman parte de su vida cotidiana, que favorecerán a la salud en general y brindar diversos beneficios ⁶⁶.

5.2.15. Autocuidado

El concepto de autocuidado comenzó a tomar interés por parte de la OMS en el año 1948, cuando se explicó que la salud abarca más que simplemente la ausencia de enfermedades, sino que forma parte la interacción de diversos factores los cuales influyen en la salud. El origen del autocuidado se encuentra en el área de la salud pública, particularmente en la profesión de enfermería con Dorothea Elizabeth Orem que se centró en brindar una visión más amplia sobre el concepto del autocuidado, logrando ser la principal referente sobre este tema ⁶⁵.

Para Levin et al.,⁶⁷ el autocuidado son actividades que realizan las personas para poder prevenir alguna enfermedad y poder restaurar su propia salud, así como poder limitar la enfermedad en caso la tuvieran. Estas actividades serán realizadas por medio de las experiencias aprendidas ya sea con ayuda de un profesional o no.

Según la OMS⁶⁸, el autocuidado es emplear los recursos distintos a lo que un profesional de enfermería utiliza, de modo que tanto el individuo, la familia y la comunidad puedan realizarlo a favor de la salud, la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Además, menciona que el autocuidado es un recurso importante para los sistemas de salud. Comprende que la persona pueda tomar decisiones correctas relacionadas a resultados positivos hacia su salud.

Es por eso que el estado de salud de cada persona depende en gran parte, de los cuidados que este realiza, de tal modo que el autocuidado al ser una estrategia no solo de promoción de las conductas saludables sino de prevención podrá contribuir a que la persona tanto normotensa como hipertensa pueda tener un cuidado integral, convirtiéndose en el agente principal de su propio cuidado, capaz de ser autónomo y tener mayor control de sí mismo⁶⁵.

En la actualidad con el aumento de la incidencia y prevalencia de las enfermedades no transmisibles, se debe poner más énfasis en la promoción e incorporación del autocuidado, de manera que la persona con el padecimiento se haga más responsable de su propio cuidado⁶⁵.

5.2.16. Capacidad de agencia de autocuidado.

Dentro del Modelo del Déficit del Autocuidado de Orem, sostiene que, para tener un autocuidado adecuado, no es solo tener conocimientos sobre lo que se debe realizar en beneficio de la salud y eliminación de los factores de riesgo susceptibles a la enfermedad. La teorista menciona que se necesita desarrollar capacidades no solo cognitivas sino emocionales y

conductuales. Es así que dentro de este modelo hace referencia de la importancia de la capacidad de agencia de autocuidado como la base del autocuidado ⁶⁵.

Es la cualidad o habilidad que tiene la persona para poder realizar las acciones de autocuidado y desarrollarlas en el transcurso de su vida por medio de la atención, entendimiento, adquisición de conocimientos y sobre todo la toma de decisión y el actuar ⁶⁹. La agencia de autocuidado está directamente relacionada con la práctica de autocuidado ya que, si hay una buena agencia de autocuidado, este ayudará a la persona a poder atender a las cosas de su alrededor y poder excluir aquellas cosas no beneficiosas, a poder comprender los problemas que se presenten y de percibir sus propias necesidades, cambiar o regular algunos comportamientos o acciones.

Así mismo contribuirá a poder adquirir conocimientos sobre su padecimiento, comprenderla y hacer algo al respecto para el beneficio de su salud. Quiere decir que, gracias a la agencia del autocuidado, la persona será capaz de poder satisfacer los distintos requerimientos relacionados al autocuidado. De lo contrario si existe una baja agencia de autocuidado, las prácticas que llegue a realizar la persona serán pobres y escasas, lo que conlleva a que no ocurra un buen desarrollo humano y bienestar ⁷⁰.

Así mismo Orem considera que la agencia de autocuidado se encuentra estructurada en dimensiones los cuales pertenecen a:

Capacidades fundamentales y disposición del autocuidado

Relacionado a las capacidades necesarias y esenciales que el individuo debe realizar para lograr el bienestar y desarrollo humano ⁷¹.

Componentes de poder:

Corresponde al compromiso del individuo con su propio cuidado ⁷¹.

Capacidad para operaciones de autocuidado:

Se refiere a la competencia de la persona para poder investigar y obtener información relacionado a su enfermedad, así como los factores de su entorno que pueden influir de manera significativa, no solo a su enfermedad sino a su propio autocuidado y a las decisiones que tome y acciones que realice para mantener y alcanzar un buen manejo de su enfermedad y autocuidado ⁷¹.

5.2.17. Factores condicionantes del autocuidado

Cultura

Según Contreras M et al.,⁷² la cultura se va a relacionar con el autocuidado debido a como la persona considera que está su salud, es decir, si considera que la persona goza de un estado de salud estable de acuerdo a su propia definición sobre este y como cuidarla. Estos serán muy decisivos para la toma de decisión sobre aplicar o no acciones para un buen autocuidado.

Edad y estado físico

Condicionan a la capacidad de autocuidado ya que depende del deterioro físico del AM, para ser capaz de poder realizar sus actividades cotidianas y valerse por sí mismo. Es por eso que será importante la realización de actividad física y regímenes o acciones de acuerdo al estado del AM ²⁶.

Sexo

Para Cancio-Bello⁶⁵, las mujeres realizan mayores prácticas de autocuidado que los hombres. Además, menciona que la razón por la que las mujeres tienen una mayor práctica de autocuidado es debido a que es la principal gestora de poder impartir el autocuidado a todo su hogar, es por esto que se ve con la necesidad de tener un mejor autocuidado. También se puede ver reflejado en sus creencias y cultura, que permiten adquirir acciones y modificaciones en su vida diaria a beneficio de su salud y control de su enfermedad.

Estado de Salud

Según Cancio-Bello⁶⁵, menciona que las personas que ya tienen un padecimiento tienen una capacidad de autocuidado más elevada que las personas que no tienen ninguna enfermedad.

Escolaridad:

La falta de conocimientos básicos o no haber tenido un grado de instrucción influye mucho en la capacidad y raciocinio del AM frente a las acciones de autocuidado²⁶. Flores-Danitza et al.,²⁶ realizaron un estudio en donde las personas con más dificultad de realizar las prácticas de autocuidado fueron las personas que tenían una instrucción de nivel primaria (54.8%) a diferencia de personas que tuvieron un nivel de estudio superior (1.9%).

Estado civil

El sistema familiar toma mucha importancia en relación a la red de apoyo que puede brindar al adulto mayor con HTA²⁶. Como evidencia se toma el estudio de Flores-Danitza et al.,²⁶ que realizaron un estudio donde el estado civil que más predominó para un mejor autocuidado fue el casado con un 43,1% a diferencia de las personas que eran divorciados (7,3%) y viudos (22%).

5.2.18. Dimensiones de Capacidad de Agencia del Autocuidado

A. Dimensión: Capacidades fundamentales y disposición de autocuidado:

Son las competencias esenciales que permite a la persona desarrollarse y cumplir con todas sus funciones a favor de su desarrollo y mantenimiento de un buen autocuidado^{65,71}.

Horas de sueño

El sueño es una condición de la actividad del cerebro donde existe un tiempo de pérdida de la conciencia que es reversible. Es una necesidad básica de todo ser humano que aporta bienestar y un descanso tanto físico como mental. Sin embargo, en el caso de los adultos mayores, se presentan dificultades relacionadas con este aspecto ⁷³.

Diversos estudios sostienen que los problemas de sueño se relacionan con trastornos del corazón o el uso de medicamentos. Así mismo existen ciertos estudios que sustentan que aproximadamente el 80% de las personas adultas de 70 años a más tienen al menos un padecimiento relacionado a enfermedades clínicas como: la Hipertensión Arterial, enfermedades cardiovasculares o respiratorias, que provocan una disminución del sueño profundo y del sueño eficaz⁷⁴. Según Carmona et al.,⁷⁴ en España existe una prevalencia del 17 al 45% de problemas para dormir o conciliar el sueño (Insomnio), es más frecuente en las mujeres. Del mismo modo con el Insomnio Severo la prevalencia es de un 25% para el grupo etario de 65 a 79 años.

Estado de ánimo

Estado psicológico que manifiesta situaciones y vivencias de tipos afectuosos y emocionales que dispone la persona. Estos estados varían y tienen un periodo prolongado que puede durar horas como también tener una duración de días ⁷⁵.

En las personas adultas mayores es importante conocer sus emociones y sentimientos ya que en la mayoría de los casos son marginados y excluidos por sus familias, comunidad y por la sociedad ⁷⁶.

Según Martínez et al.,⁷⁶ es de suma importancia el dominio de los sentimientos en la tercera etapa de vida para que en la etapa adulta

mayor no tenga complicación dado que los sentimientos negativos repercuten de manera perjudicial a la salud y bienestar psicológico.

Tiempo de autocuidado

Dedicar tiempo al autocuidado es importante en los adultos mayores debido a que ayudará a disminuir los factores de riesgo y a promover conductas y actividades de autocuidado para alcanzar una buena salud y bienestar ⁶⁵.

El autocuidado es una estrategia importante para los Adultos Mayores, las personas que realicen acciones de autocuidado podrán lograr ser capaces de cuidarse a sí mismo y ser conscientes de su estado de salud y que eso depende de la misma persona ⁷⁷.

B. Dimensión: Componentes de poder:

Como se mencionó anteriormente este componente se relaciona con el compromiso de la persona hacia su propio cuidado, es decir a las acciones y habilidades que promueven que la persona se cuide así mismo ⁶⁵.

Motivación

Es un impulso interno que hace que la persona tenga el ánimo o disposición para realizar alguna actividad o comportamiento destinado a una meta u objetivo. Llegar a tener motivos sobre algo consiste en poder satisfacer aquellas necesidades tanto primarias (sueño, hogar, alimentación) como secundarias (economía, logros) en la vida de la persona. Así mismo la motivación es una condición importante para la capacidad de autocuidado en la persona ⁷⁸.

El autocuidado al estar dirigido a poder cambiar o mejorar los comportamientos de las personas de forma positiva, se necesita de motivación para poder realizarlo, lograr una meta como lo es poder

prevenir futuras complicaciones si se padece alguna enfermedad, así como poder mejorar y desenvolverse en su entorno ⁷⁹.

Adquisición de conocimientos

La HTA al ser un problema de salud pública se requiere que todas las personas normotensas e hipertensas tengan conocimientos acerca de la enfermedad y la manera de cómo prevenirla. El adquirir conocimientos acerca de las enfermedades será de vital importancia para poder tener control sobre ellas, lograr una mejoría exitosa y poder modificar la capacidad de autocuidado de la persona, así como fortalecer las estrategias de promoción y prevención ⁸⁰. Según Hernández-Castro et al.,⁸⁰ el conocimiento se relaciona con el control de la enfermedad.

C. Dimensión: Capacidad para operaciones de autocuidado:

Es la capacidad de la persona para indagar sobre su enfermedad, sobre su condición y la de su entorno, relacionándose para su autocuidado. Además, influye en la toma de decisiones y en la realización de acciones a favor de su autocuidado ⁷¹.

Esta dimensión se divide en tres tipos: las estimadas, las cuales se relacionan a la capacidad de la persona para evaluar si los cambios que realiza a favor de su autocuidado son correctas; transicionales, se encuentran vinculadas a las decisiones que la persona toma frente a las acciones ya establecidas y comprobadas que traerán efectos positivos a la salud; y por último son las productivas, que es el compromiso del individuo hacia las acciones puestas en práctica para poder cumplir con los requisitos de autocuidado ⁶⁵.

Hábitos alimenticios

Son comportamientos reiterativos y conscientes, que dirigen a la persona a elegir y consumir alimentos saludables o no, a consecuencia de sus influencias sociales y culturales ⁸¹.

La alimentación no solo está condicionada por los hábitos y las costumbres adquiridas por el entorno familiar sino por el contexto social en el que se encuentran cada una de las personas. Con el paso del tiempo se llegan a presentar diferentes fenómenos que también influyen en los hábitos alimenticios como la sociocultural, económico y demográfico, que cambian de manera significativa el concepto de una buena alimentación relacionándose con el desarrollo de enfermedades crónicas ⁸².

Según Salazar-Barajas et al.,⁸³ los hábitos alimenticios inadecuados constituyen un factor de riesgo que contribuye al incremento de la prevalencia de las enfermedades no transmisibles, así como la mortalidad asociada a comorbilidades.

Así mismo según Lastre-Amell et al.,⁸¹ 691 millones de personas padecen de HTA debido a los malos hábitos alimenticios. Por lo tanto, es de suma importancia tener conocimiento que en la mayoría de los adultos mayores uno de los factores de riesgo para el desarrollo de la HTA es la mala ingesta de los alimentos.

A diferencia de los jóvenes, cambiar los malos hábitos alimentarios del adulto mayor será complicado debido a su edad avanzada, pero con ayuda de la familia y de la comunidad, se podrá modificar algunos hábitos ⁸³.

Actividad física:

Se entiende a todo movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que implica un gasto energético. Describe a la actividad física como movimientos de un lugar a otro desde un lugar en específico o como parte del ámbito laboral ^{84,85}.

La actividad física en el AM se reconoce como una conducta saludable y eficaz, capaz de poder prevenir y tratar las enfermedades, así como permitir al AM gozar de una buena salud y prevenir el proceso del envejecimiento, mantener un equilibrio psicológico, prevención de caídas, mejoramiento del sueño, prevención del aislamiento del AM a la sociedad y el incremento su estado funcional y articulaciones ⁸⁵.

Toma de decisiones

El ser humano toma decisiones constantemente pensando en el mediano y largo plazo, donde considera el pasado y anticipa lo que podría pasar en un futuro ⁸⁶.

Tomar buenas decisiones implica razonar y evaluar las consecuencias, así como tener información necesaria para tomar la decisión, tener presente los riesgos y los beneficios. Del mismo modo tener la capacidad y competencia psicológica y cognitiva para afrontar la responsabilidad ⁸⁷.

Terapia alternativa

Son un conjunto de técnicas, métodos y técnicas preventivas, de diagnósticos, terapéuticas y de rehabilitación que ayudarán a la persona con algún padecimiento. Es una opción para brindar un cuidado holístico, dar una atención a lo físico, conectar lo físico, mental y espiritual de modo que se pueda ofrecer una atención integral⁸⁸.

Cabe destacar que las terapias alternativas son técnicas que reforzarán el desarrollo de las alternativas farmacológicas, así como aumentar la eficacia, más usarlo como reemplazo o manera de anulación a la alternativa farmacológica ⁸⁹.

Atención del personal

El profesional de enfermería es el encargado de valorar e informar al paciente sobre los valores de la presión arterial, así como su correcta medición el cual permitirá identificar a las personas si están con Hipertensión Arterial. Es importante que la enfermera sepa los cuidados que se deben realizar para contribuir de manera efectiva y eficaz a la prevención y tratamiento de la HTA ⁹⁰.

Sexualidad

La influencia del envejecimiento acompañado de la HTA forma parte de los factores de riesgos en la vida sexual activa. Otros factores que impiden un desarrollo normal de la vida sexual en las personas adultas mayores son la falta de estímulos sexuales, y una vida sexual monótona ⁹¹. Según Benítez et al.,⁹¹ realizaron un estudio y comprobaron que según su estado civil el 55.5% de las personas adultas mayores tenían una vida sexual inactiva, y que de ese mismo porcentaje el 36.1% no tenían pareja.

La HTA provoca una disfunción eréctil, específicamente en la capa que se encarga de recibir el interior de todos los vasos sanguíneos, también produce la pérdida de la elasticidad. Además, la enfermedad de la HTA origina daños en el endotelio cavernoso del pene e impide su relajación del músculo liso y dificulta su erección. En la actualidad una disfunción eréctil se relaciona como un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, siendo reconocido como el principal síntoma de un padecimiento cardiovascular ⁹².

Los fármacos antihipertensivos también son una de las causas de la disfunción eréctil, puesto que el fármaco al provocar una disminución de la presión arterial, para prevenir accidentes cardíacos, el pene no recibe la circulación normal en el momento de realizar la actividad sexual. Inclusive debido a la alteración de los fármacos a las hormonas como la testosterona y prolactina se produce la falta del deseo sexual⁹².

En el caso de las mujeres, existe una disfunción sexual debido a que la HTA, disminuye la lubricación vaginal, así como dolor al momento de la penetración. Otros factores que producen la disfunción sexual son el temor a la aparición de la angina de pecho y disnea debido al esfuerzo realizado en el momento de la actividad sexual. La persona diagnosticada con una enfermedad crónica, aunque no sea el causante directo de la disfunción sexual, existe el temor y actitud negativa frente a los problemas de la misma edad los cuales limitan más a la actividad sexual tanto en hombres como en mujeres ⁹¹.

5.2.19. Teoría del déficit de Autocuidado de Dorothea Orem

La Teoría de Dorothea Orem se fundamenta en que el personal de enfermería brinda ayuda a las personas, familias y comunidad que no puede realizar o cumplir sus necesidades por sí solas en un momento de su vida, lo que impide su desarrollo y equilibrio que prevenga la aparición de enfermedades ⁹³.

Dentro de esta teoría Orem sustenta que la finalidad de enfermería es brindar apoyo al individuo a realizar por sí solo sus acciones para mantener su salud y ser capaz de enfrentar las consecuencias de la enfermedad. Asimismo, menciona que el profesional de enfermería puede aplicar cinco procedimientos para ayudar a la persona: actuar de manera que se pueda compensar el déficit, encaminar, educar, brindar apoyo y proveer a la persona un entorno o ambiente para su desarrollo saludable ⁹³.

Además, Dorothea Elizabeth Orem en su teoría incluye tres conceptos o modelos que se relacionan, pero que en este caso se considerará uno de ellos debido a una relación más significativa con el tema de investigación.

1.1. Teoría del Autocuidado

En esta teoría Orem busca explicar el por qué y cómo es que las personas se cuidan ⁹⁴. Este concepto se introdujo en el año 1969, en donde la teorista explica que el autocuidado está constituido por un conjunto de actividades aprendidas por los individuos, orientadas hacia un mismo propósito. El autocuidado es una conducta que se halla en situaciones específicas de la vida, que están orientadas para sí mismos o personas de su alrededor a fin de regular los factores que influyen a su propio desarrollo y funcionalidad a favor de su vida, salud o bienestar ⁹³.

Según Naranjo-Hernandez⁹³, la teoría del autocuidado, es una referencia para emplearlo en la práctica, educación y gestión de la enfermería.

La teoría de Dorothea Orem menciona la agencia de autocuidado, como la competencia de cada individuo para cuidar de sí mismo. Aquellas personas que son capaces de poder satisfacer sus necesidades de manera total, son individuos que tienen una capacidad de autocuidado desarrollada, a diferencia de otras personas que están en proceso de desarrollarlo, como es en el caso de los niños ⁹³.

El estudio realizado por Khademian et al., ⁹⁵ consistió en elaborar y desarrollar un programa educativo fundamentado en la Teoría de Dorothea Orem, orientado a satisfacer las necesidades de los pacientes hipertensos. Este programa consideró factores como: el ejercicio, descanso, interacción social, hábitos alimenticios, entre otros. Como resultado, se evidenció que

el programa de autocuidado tuvo un impacto positivo en la calidad de vida y bienestar de los pacientes.

A. Requisitos de autocuidado

Los requisitos relacionados al autocuidado son actividades que las personas deben realizar con el fin de cuidarse a sí mismos. Además, son un principal componente para que la enfermera pueda valorar al paciente y se asocia en relación a las necesidades originadas por cada individuo. Los requisitos se dividen en tres tipos:

1. Los requisitos de autocuidados universales

Se relacionan al proceso de la vida y al funcionamiento del ser humano. Aquí se incluyen las necesidades comunes como la conservación o mantenimiento del aire, mantenimiento hacia la contribución suficiente del agua, la eliminación, las actividades, conservación de un equilibrio del descanso, armonía e igualdad entre la interacción con la sociedad y la soledad; y la prevención de riesgos.

Estas necesidades cambian según su edad, sexo, la situación de la salud y su padecimiento ^{65,96,97}.

2. Requisito de autocuidado del desarrollo

Se asocian a las acciones que son determinadas por las diferentes etapas de vida, que garantizan el desarrollo y crecimiento de la persona. Durante este ciclo se presentan situaciones que van a afectar ese desarrollo, entre ellas se encuentran: la alteración de las condiciones de vida, dificultad para poder adaptarse a la sociedad. Asimismo, implican los cuidados que la persona realiza para el mantenimiento de los factores o condiciones que van a favorecer su proceso de desarrollo durante su etapa de vida, así como las

acciones o actividades que previenen las situaciones o problemas negativos^{65,96}.

3. Requisito de autocuidado en desviación de la salud

Son la principal razón por la que la persona realiza acciones de autocuidado ya que se vinculan a los estados de salud, es decir son los cuidados necesarios de la persona que se debe tener frente a un padecimiento o lesión, de tal modo que se pueda controlar o evitar que este padecimiento produzca otra enfermedad^{65,96}.

Algunas acciones que se pertenecientes a este requisito son: búsqueda de una atención médica, adherencia al tratamiento prescrito, así como adaptarse y familiarizarse con los problemas o síntomas que puede presentar la enfermedad o el tratamiento dado^{65,96}.

5.2.20. Teoría de la promoción de la salud de Nola Pender

Nola Pender señala que las actividades y medidas para mejorar el cuidado de la persona están encaminadas a promover hábitos de salud ideales, que pueden impedir desarrollar complicaciones de su enfermedad así como prevenirlas. La teoría explica también sobre la motivación del individuo para lograr el bienestar y desarrollo humano, esto se logra mediante la interacción de la persona con su entorno, enfatizando la conexión entre sus características personales, vivencias, creencias con los aspectos de su entorno que se vinculan con su comportamiento y conducta de salud que se pretende lograr.

Con respecto al profesional de enfermería, esta teoría guía para que pueda fomentar prácticas saludables vinculadas a conductas favorecedores de la salud e identificar problemas que existen en su entorno. De igual manera, poder desarrollar tácticas para el cambio de hábitos perjudiciales y contribuir con un cambio que la persona requiere⁹⁸.

La implementación de esta teoría facilita a los profesionales sanitarios entender de manera más efectiva el proceso salud-enfermedad y respaldar la labor de enfermería. De este modo, la teoría de Nola Pender está dirigida especialmente a la promoción de los hábitos saludables, impulsar acciones preventivas y optimizar el bienestar, lo que la convierte en el núcleo del cuidado de enfermería para evaluar las acciones e investigaciones llevadas a cabo en relación con el individuo⁹⁸.

El estudio realizado por Pinargote⁹⁹, sostiene que la teoría de Nola Pender resulta fundamental para modificar los factores que están directamente relacionados con el comportamiento de la persona hipertensa frente a su enfermedad. Esta teoría busca implementar estrategias educativas orientadas a promover conductas saludables y minimizar conductas que afectan de manera negativa a su salud. De igual manera, permite una intervención cercana del profesional de enfermería a través de la aplicación de prácticas de promoción de la salud junto con programas enfocados a las necesidades de cada paciente. De este modo, se promueve el autocuidado, la adherencia al tratamiento y la prevención de complicaciones, contribuyendo a preservar la calidad de vida de cada paciente hipertenso.

VI. HIPOTESIS Y VARIABLES DE ESTUDIO

6.1. Hipótesis

- En el presente trabajo de investigación la hipótesis se encuentra implícita.

6.2. Variable de estudio

- **Variable:** Practicas de autocuidado

6.3. Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Indicadores	Tipo de variable	Escala
Prácticas de autocuidado	Son actividades aprendidas por el individuo dirigido hacia sí mismas o su entorno para disminuir o regular acciones que afecten su salud y bienestar ⁶⁵ .	Capacidades fundamentales y disposición del autocuidado	Conjunto de habilidades que hacen posible que la persona hipertensa pueda lograr su bienestar.	-Horas de sueño -Estado de ánimo -Tiempo de autocuidado	Categoría- Politómica	Escala ordinal
		Componentes de poder	Capacidad de la persona para comprometerse a autocuidarse.	-Motivación -Adquisición de conocimiento		
		Capacidad de operar el autocuidado	Competencia de la persona para obtener información sobre su enfermedad y las decisiones que toma para un buen manejo de su enfermedad y autocuidado.	-Hábitos alimenticios -Actividad física -Toma de decisiones -Terapia alternativa -Atención del personal -Sexualidad		

VII. OBJETIVOS

7.1. Objetivo general

- Determinar el nivel de práctica de autocuidado de la hipertensión arterial en pobladores mayores de 60 años, en el distrito de Supe.

7.2. Objetivo específico

- Caracterizar las prácticas de autocuidado según las capacidades fundamentales y disposición del autocuidado en adultos mayores con Hipertensión Arterial del distrito de Supe.
- Caracterizar las prácticas de autocuidado según el componente de poder en adultos mayores con Hipertensión Arterial del distrito de Supe.
- Caracterizar las prácticas de autocuidado según la capacidad de operar el autocuidado en adultos mayores con Hipertensión Arterial del distrito de Supe.

VIII. METODOLOGÍA

8.1. Tipo, Enfoque, Diseño de investigación:

Esta investigación es de tipo básica, con enfoque cuantitativo, de diseño descriptivo y de corte transversal.

Se denomina de tipo básica ya que el estudio está dirigida a poder incrementar los conocimientos referentes al tema de investigación brindando información de manera teórica ¹⁰⁰, de enfoque cuantitativo, debido a que permitirá analizar de manera numérica los datos obtenidos para predecir y confirmar la hipótesis estadística planteada ¹⁰¹, diseño descriptivo debido a que se describe las características de la variable del estudio y el estado en el que se encuentran la unidad de análisis en la actualidad ¹⁰¹; y de corte transversal ya que el instrumento se realizará en una sola ocasión, por lo tanto no se hará ningún seguimiento durante los siguientes periodos ¹⁰².

8.2. Población, muestra y unidad de análisis:

La población de estudio estuvo constituida por 162 adultos mayores de 60 años con diagnóstico de hipertensión arterial residentes en el distrito de Supe, provincia de Barranca. La información necesaria para determinar el número total de personas que conformaron dicha población fue proporcionada por el área de Estadística del Hospital de Supe “Laura Esther Rodríguez Dulanto”.

8.2.1. Criterios de Inclusión

- Adulto mayor de 60 años con diagnóstico de HTA
- Adulto mayor de 60 años del sexo femenino o masculino que acepte formar parte del estudio.
- Adulto mayor enfocado en lugar, tiempo y persona

8.2.2. Criterios de Exclusión

- Adulto mayor con problemas cognitivos
- Adulto mayor menores de 60 años

8.3. Muestra

El tamaño muestral estuvo determinado por la fórmula de población finita que son utilizados para estudios descriptivos. Se consideró a la población utilizando la técnica de muestreo probabilístico aleatorio simple detallándose con la siguiente formula:

$$n = \frac{N Z_{\alpha}^2 p q}{Z_{\alpha}^2 p q + e^2(N - 1)}$$

Dónde:

n: tamaño de la muestra seleccionada

N: tamaño de la población, 162 personas con diagnósticos de hipertensión arterial

Nivel de confianza Z: 95%, entonces $Z_{\alpha}=1.96$

Probabilidad de éxito (p)=0.30 (30%)

Probabilidad de fracaso (q)=0.70 (70%)

Nivel de error (e) = 0.05 (5%)

$$n = \frac{162 * 1.96^2 * 0.3 * 0.7}{0.05^2 * (162 - 1) + 1.96^2 * 0.3 * 0.7}$$

Se obtuvo como resultado la muestra de 108 personas mayores de 60 años con Hipertensión Arterial.

8.4. Unidad de análisis

Estará compuesta por personas mayores de 60 años con diagnóstico de hipertensión arterial y que cumplan con los criterios de inclusión.

8.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

A. Instrumento para medir la variable: Practica de Autocuidado

Tipo de instrumento: Cuestionario

Técnica de recolección de datos: Encuesta

El instrumento a utilizar es el cuestionario “Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión” validado por Achury et al.,⁷¹ en el 2009 en Colombia; consta en la primera parte de datos sociodemográficos relacionados a: edad, genero, estado civil, ocupación, con quien vive, grado de instrucción y la segunda parte que contiene 17 preguntas con escala de Likert en donde 1 es nunca; 2 igual a nunca; 3 es a veces, 4 igual a casi siempre y 5 es siempre.

Este instrumento cuenta con ítems agrupados en 3 dimensiones:

- Capacidades fundamentales (3 ítems) de estado de ánimo, cansancio, tiempo de autocuidado
- Componentes operativas (4 ítems) de importancia del ejercicio, buscar información sobre la enfermedad, conocimiento sobre efectos de medicamentos, indaga sobre información medicamentos nuevos que le son recetados
- Capacidades de poder (10 ítems) de consumo de sal, reemplazo con terapias alternativas, atención del profesional de enfermería, conocimiento de complicaciones de la enfermedad, realizar ejercicio, cambios a favor de mantener la salud, dieta adecuada, autoevaluación sobre medidas que toma sobre su enfermedad, desarrollo sexual

Además de ser un cuestionario de tipo cerrado, el instrumento tiene rangos para evaluar la capacidad de autocuidado con puntajes obtenidos del instrumento. Los puntajes que se obtienen son:

Figura 2. Puntajes asignados del instrumento

Puntaje	Capacidad de agencia de autocuidado
17-28	Baja
29-56	Media
57-85	Alta

Fuente: Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. Aquichan [Imagen]. 2013¹⁰³.

La aplicación del instrumento es individual con una duración aproximadamente de 15 a 20 minutos, consta de 17 ítems.

Validez:

El instrumento presentó un índice de validez de contenido (IVC) de 0,97 determinado en una fase inicial del estudio. Posteriormente, las autoras realizaron un análisis psicométrico con el fin de evaluar la consistencia interna del instrumento y demostrar la validez de constructo mediante el método Varimax con Kaiser. Los resultados que se obtuvieron indican que el índice de la consistencia interna para el cuestionario global es satisfactorio con 0.75.

Confiabilidad:

La elaboración del Instrumento se fundamentó en la escala Ejercicio de la Agencia de Autocuidado (ESCA), que desarrollo un concepto operativo sobre la agencia del autocuidado, en donde se considera la actitud, responsabilidad, motivación para el cuidado y la valoración de prioridades de salud. También se basó en el Cuestionario de Percepción de la Agencia de Autocuidado (PSCA) que mide las habilidades cognitivas, su limitación y la motivación. Con el fin de poder crear una escala que pudiera determinar de forma integral la capacidad de autocuidado y dimensiones, así mismo tomó como referencia la escala Apreciación de la Agencia de

Autocuidado (ASA) que cuenta con las dimensiones de capacidades fundamentales, operativas y de poder. Sostuvo que esta última escala es una de las más completas y con resultados adecuados de validez.

La confiabilidad del instrumento fue evaluada mediante el análisis factorial, y la consistencia interna, por medio del test estadístico alfa de Cronbach. El análisis psicométrico realizado evidenció que el cuestionario, en su totalidad, alcanzó un índice de confiabilidad de 0,75.

Para la evaluación del instrumento, se llevó a cabo una prueba piloto a 10 pacientes con diagnósticos de Hipertensión Arterial en el Hospital de Barranca, durante diciembre del 2024. Los datos obtenidos se agregaron a una matriz de datos SPSS ver. 27 y se aplicó el Alpha de Cronbach, obteniéndose como resultado de 0.85, lo que indica que el instrumento tiene una excelente confiabilidad.

Asimismo, este instrumento fue aplicado en Pisco en el año 2017¹⁰⁴ y en Piura en 2022¹⁰⁵.

- Para evitar el sesgo observador se contó con la presencia de un familiar durante el proceso de recolección de la información, el cual se llevó a cabo siguiendo procedimientos previamente establecidos.
- Para evitar el sesgo de la capacidad diagnóstica, se seleccionó un instrumento previamente validado, con amplia trayectoria y uso demostrado en ámbitos internacionales, nacionales y locales.

8.6. Procedimiento de recolección de datos

Para comenzar el proceso de la recolección de datos se solicitará la unidad de análisis de muestro, es decir las manzanas en donde se encuentran los adultos mayores con posibles diagnósticos de hipertensión arterial pertenecientes a la muestra. La recolección se realizará entre el mes de abril-septiembre del 2025 en el distrito de Supe.

La recolección de información y el llenado de la encuesta se realizaron en la vivienda del AM y estuvieron a cargo de un equipo conformado por dos personas. Conforme la persona de estudio respondió, según el cronograma establecido, se tomó en cuenta una jornada de 4 horas diarias durante 5 días de la semana.

8.7. Análisis y procesamiento de datos

Los datos obtenidos y los resultados fueron procesadas mediante el análisis estadístico, el uso del programa Excel 2019 y el programa estadístico Statistical Package for Social Sciences-SPSS ver. 27, para el desarrollo de base de datos, luego se realizó el análisis descriptivo de los datos, lo que permitió su representación en tablas y gráficos.

Para el análisis y comprensión de los datos, estos fueron representados mediante gráficos, facilitando la interpretación de los resultados obtenidos.

IX. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente proyecto fue entregado al Comité de Ética e Investigación de la Universidad Nacional de Barranca para ser examinada y aprobada, posterior a su registro se procederá a la ejecución pertinente en la muestra del estudio.

Para la recolección de datos y ejecución del proyecto se tuvo en cuenta los principios bioéticos de autonomía, donde se respetó la libre decisión de formar parte de la investigación o no; luego el principio de no-maleficencia y beneficencia, ya que no se infringió ni realizó ningún acto que pueda dañar a la persona al momento de aplicar el instrumento de investigación. Seguidamente el principio de justicia, en donde se brindó el mismo trato a todos los participantes de la investigación, sin discriminación alguna. Y por último la confidencialidad, ya que no se reveló ninguna información y todo fue utilizada para fines científicos del estudio. La persona responsable de la investigación tuvo los cuidados necesarios en la manipulación de todos los datos obtenidos, así como salvaguardar la información registrada de cada participante ¹⁰⁶.

Con respecto a la participación de cada sujeto de estudio, se cumplió con el protocolo del consentimiento informado y se tomó en cuenta la declaración de Helsinki que se encarga de velar por los seres humanos al momento de formar parte de una investigación¹⁰⁷.

X. RESULTADOS Y DISCUSION

10.1 Resultados:

TABLA 01. Nivel de prácticas de autocuidado de la hipertensión arterial en pobladores mayores de 60 años, en el distrito de Supe.

Práctica de autocuidado de la HTA	Frecuencia	Porcentaje
Baja	29	26.9
Media	58	53.7
Alta	21	19.4
Total	108	100.0

En la tabla 01, con respecto al nivel de práctica de autocuidado en los adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial pertenecientes al distrito de Supe, señala que el 29.6% (29) de adultos presentan una práctica de autocuidado baja, el 53.7% (48) de adultos lleva a cabo una práctica de autocuidado media y el 19.4% (21) tienen una práctica de autocuidado alta.

TABLA 02. Caracterización de las prácticas de autocuidado según las capacidades fundamentales y disposición del autocuidado en adultos mayores con Hipertensión Arterial del distrito de Supe

Capacidades fundamentales	Frecuencia	Porcentaje
Baja	42	38.9
Media	53	49.1
Alta	13	12.0
Total	108	100.0

En la tabla 02, con respecto a las prácticas de autocuidado según las capacidades fundamentales y disposición del autocuidado, se obtiene que el 38.9% (42) de adultos presenta un nivel bajo de práctica de autocuidado, el 49.1% (53) muestra un nivel medio y solo el 12% (13) alcanza un nivel alto de práctica de autocuidado.

Tabla 03. Caracterización de las prácticas de autocuidado según el componente de poder en adultos mayores con Hipertensión Arterial del distrito de Supe.

Componentes de poder	Frecuencia	Porcentaje
Baja	57	52.8
Media	47	43.5
Alta	4	3.7
Total	108	100.0

En la **tabla 03** con respecto al análisis descriptivo de las prácticas de autocuidado según el componente de poder, realizadas por los adultos mayores con hipertensión arterial del distrito de Supe, se obtuvo que el 52.8% (57) presenta un nivel bajo de prácticas de autocuidado; el 43.5% (47) lleva a cabo un nivel medio; y únicamente el 3.7% (4) de adultos mayores realiza un nivel alto de práctica de autocuidado.

Tabla 04. Caracterización de las prácticas de autocuidado según la capacidad de operar el autocuidado en adultos mayores con Hipertensión Arterial del distrito de Supe.

Capacidad de operar el autocuidado	Frecuencia	Porcentaje
Baja	5	4.6
Media	87	80.6
Alta	16	14.8
Total	108	100.0

La **tabla 04**, con respecto a las prácticas de autocuidado según la capacidad de operar el autocuidado que realizan los adultos mayores del distrito de Supe. Los resultados evidencian que el 4.6% (5) presenta un nivel bajo de práctica de autocuidado, el 80.6% (87) lleva a cabo un nivel medio y el 14.8% (16) muestra un nivel alto de práctica de autocuidado..

10.2. DISCUSIÓN

A través los años, diversas investigaciones relacionadas sobre la Hipertensión Arterial (HTA) han evidenciado que su elevada prevalencia constituye un importante problema de salud pública, impactando principalmente a la población mayor de 60 años. El incremento de la presión arterial se asocia estrechamente vinculado con el envejecimiento, siendo este uno de los principales determinantes tanto del aumento de la prevalencia como de la incidencia de la enfermedad ¹⁰⁸.

La Hipertensión Arterial, reconocida como una enfermedad crónica de gran impacto epidemiológico que afecta a cerca de la mitad de la población adulta a nivel mundial, gran parte de la cual desconoce su condición. Además de la edad como factor de riesgo no modificable, la presencia de factores de riesgo modificables como el sedentarismo, la alimentación inadecuada y el consumo excesivo de sal desempeñan un rol crucial en el desarrollo y la progresión de la enfermedad¹. En este contexto, la adopción de cambios en los estilos de vida se convierte en un elemento fundamental de las estrategias de prevención y control.

Respecto a los adultos mayores, las decisiones relacionadas con el autocuidado adquieren una importancia considerable para lograr un control adecuado de la presión arterial. Aunque el tratamiento farmacológico es una medida fundamental, su efectividad está potenciada cuando se complementa con hábitos saludables, como disminuir la ingesta de sodio, realizar actividad física de forma regular, moderar el consumo de alcohol y mantener de un peso corporal adecuado ¹. Estas prácticas no solo contribuyen al control de la presión arterial, sino que también mejoran la calidad de vida y reducen la incidencia de complicaciones cardiovasculares.

En el presente estudio, los datos sociodemográficos, evidencian un grupo etario predominante, con un 38% (42), se encuentra entre los 69 y 75 años, un 31% (20) entre 60-68 años, el 26% (34) entre las edades de 76-83 años, lo cual concuerda con los cambios fisiológicos propios del envejecimiento. En cuanto al género, el femenino fue el más representativo, con un 60% (65) de la población estudiada y el 40% (43) fue del género masculino.

Respecto al estado civil, el 56% (60) de los participantes eran casados, el 20% (22) viudos, esta tendencia indica que una proporción importante de los adultos mayores con HTA mantienen una relación de pareja o vive en convivencia. En relación con el nivel educativo, el 74% de los adultos mayores tiene estudios de nivel primario, mientras que el 20% cursó educación secundaria. El bajo nivel de escolaridad puede dificultar la adquisición de información e influir en la comprensión de la enfermedad, reconocimiento de los signos de alarma y la adherencia de su tratamiento.

En lo referente a la ocupación, 45% son amas de casa y el 34% trabajaba de manera independiente. El hecho de que la mayoría de los adultos mayores conviva con familiares puede constituir un soporte fundamental para el control de la hipertensión arterial, siempre que exista comunicación y apoyo adecuado.

Respecto al nivel de prácticas de autocuidado de pacientes con Hipertensión Arterial **tabla 01**, donde se obtiene que el 53.7% (58) realiza una práctica media y el 26.9% (29) una baja practica de autocuidado de la hipertensión arterial. Estos hallazgos son comparables con los obtenidos por Achury et al.,¹⁰⁹ quienes reportaron que el 81.22% de práctica de autocuidado media y solo el 10.61% un nivel alto. Resultados similares fueron descritos por Celis¹¹⁰, quien reportó que el 53.3% presentaba un autocuidado medio, el 36.7% bajo y únicamente el 10% alto. De igual manera, Du et al.,⁴ evidenciaron que el 59.7% de los participantes presentaron un nivel medio de autocuidado, mientras que el 36.9% mostró un nivel bajo. Otro estudio similar es el de Vera²⁹, en donde obtuvo como resultado que el 90.63% tuvieron un nivel de autocuidado medio y el 9.38% un nivel de autocuidado bajo.

En contraste, Chávez y Chumbes¹⁶, hallaron que el 56.3% presentaba una buena práctica de autocuidado, mientras que solo el 2.1% mostraba un nivel deficiente. Asimismo, en el estudio realizado por Flores y Guzman²⁶, el 52.9% de los participantes presentaron una capacidad de autocuidado baja y el 43.1% una autocuidado medio. Estos hallazgos reflejan que el autocuidado es un proceso influenciado por diversos factores sociales, educativos y del sistema de salud, por lo cual requiere del apoyo tanto del personal de

salud como de la familia para realizar actividades de autocuidado en beneficio de la salud del paciente así mismo, como evitar complicaciones que acarrea la enfermedad.

En conjunto, los hallazgos de esta investigación facilitan la comprensión de que el predominio de un nivel medio de autocuidado obtenido de los pobladores mayores de 60 años con hipertensión evidencia que, si bien los adultos mayores llevan a cabo ciertas actividades de autocuidado, estas aun presentan deficiencias y no logran la consistencia necesaria para un manejo adecuado de su condición. Esta situación resalta la necesidad de implementar estrategias educativas continuas, donde el profesional de enfermería desempeñe un rol fundamental al orientar, fortalecer y fomentar conductas que permitan mejorar la adopción de prácticas saludables.

En relación a la **tabla 02**, referente a la Caracterización de las Capacidades fundamentales y disposición del autocuidado en los adultos mayores con Hipertensión Arterial del distrito de Supe, se observa que el 49.1% (53) presenta una práctica de autocuidado media, el 38.9% (42) autocuidado bajo y 12% (13) alta. Esta capacidad evalúa que el descanso, el estado de ánimo y el tiempo que invierten en el autocuidado no son suficientes, lo que limita su capacidad para mantener un cuidado adecuado de su salud e influye significativamente en sus capacidades fundamentales. Estos resultados se asemejan al estudio realizado por Guerrero¹⁰⁵, quien evidenció que el 70% presentaron un nivel medio de autocuidado, seguido de un 24% con nivel alto y un 6% con nivel bajo. De igual manera, Medina²⁸, encontró que el 50.9% de los participantes tenían un nivel medio de autocuidado, el 26.9% un nivel bajo y el 22.2% un nivel alto. Por el contrario, el estudio realizado por Alarcón¹¹¹, mostró resultados distintos, al señalar que el 73.3% de hipertensos alcanzaron un nivel alto de autocuidado, mientras que un 25% presentó un nivel medio y solo un 1.7% un nivel bajo.

Los cambios en el estilo de vida son una forma segura y eficaz de prevenir la hipertensión arterial (HTA) en pacientes no hipertensos, así como retrasar o evitar el tratamiento farmacológico en quienes ya presenta la enfermedad. Además, contribuyen a la reducción de la presión arterial (PA) en pacientes hipertensos bajo tratamiento, lo que posibilita la reducción del número y la dosificación de fármacos antihipertensivos; en consecuencia, constituyen un componente fundamental en el abordaje terapéutico del paciente con enfermedad hipertensiva¹¹².

Desde la perspectiva de la teoría del Dorothea Orem, cada persona posee la capacidad y responsabilidad de llevar a cabo acciones orientadas a mantener su salud, bienestar y calidad de vida. Sin embargo, estos hallazgos muestran que, aunque los adultos mayores reconocen la importancia del autocuidado, existen múltiples factores internos y externos que limitan de manera significativa su capacidad para llevarlo a cabo de forma efectiva. Entre ellos destacan el cansancio físico, el deterioro del estado emocional, la falta de motivación y el escaso tiempo que dedican a su propio bienestar, los cuales se convierten en barreras determinantes para mantener un adecuado control de la Hipertensión Arterial.

En la **tabla 03**, con respecto a la Caracterización de los Componentes de poder del autocuidado en los adultos mayores con Hipertensión Arterial en el distrito de Supe, se observa que el 52.8% (57) presenta un nivel de autocuidado bajo, el 43.5% (47) un nivel medio y el 3.7% (4) un nivel alto. Este componente evalúa la capacidad para ejercer control y toma de decisiones sobre su propia salud donde se evidencian un limitado autocuidado, lo cual podría estar relacionado con el escaso interés o desconocimiento respecto a la enfermedad que padecen, los posibles efectos secundarios de la medicación, y la limitada búsqueda de orientación o apoyo por parte del profesional de enfermería. Esta situación repercute en un bajo nivel de autocuidado en esta dimensión. Estos hallazgos es similar al estudio realizado por Alarcón¹¹¹, en el cual se evidenció que el 71.7% (43) de los participantes presentó un nivel bajo de autocuidado, el 10% mostró un nivel medio y 18.3% un nivel alto. Por el contrario, el estudio realizado por Guerrero¹⁰⁵, en donde tuvo como resultado que el 69% de los hipertensos tuvieron un nivel medio de autocuidado. De igual manera, el estudio realizado por Medina²⁸, demostró que el 52.8% tuvieron un nivel de autocuidado media, el 35.2% un nivel bajo y el 12.0% un nivel alto.

En la población de adultos mayores con diagnóstico de Hipertensión Arterial del distrito de Supe, los resultados evidenciaron que más de la mitad de los participantes presentaron niveles bajos en los componentes de poder del autocuidado. Esta problemática se relaciona directamente con los planteamientos de Dorothea Orem, quien sustenta que la falta de búsqueda de información sobre la enfermedad, la desmotivación para el autocuidado y el desconocimiento sobre los efectos del tratamiento o las medidas preventivas son manifestaciones claras de un déficit en los componentes de poder en el paciente adulto mayor.

La falta de búsqueda de información refleja una limitación cognitiva o actitudinal que impide al individuo adquirir el conocimiento necesario para comprender su enfermedad y actuar de manera adecuada frente a ella. Dorothea Orem, explica que este tipo de carencia compromete la capacidad de autocuidado porque la persona no identifica sus propias necesidades ni las acciones requeridas para mantener su bienestar.

Sin embargo, mediante la encuesta aplicada a los pacientes participantes, se evidenció que gran parte de ellos manifestó dificultades para cumplir con la toma de sus medicamentos en los horarios indicados. Esta situación se debía principalmente a la insuficiente disponibilidad de fármacos, dado que el hospital no les proporcionaba la cantidad necesaria para cubrir todo el mes de tratamiento. Asimismo, algunos pacientes refirieron que, al comunicarse con el establecimiento de salud, se les informaba que el medicamento no se encontraba disponible o que serían contactados en las siguientes semanas para la entrega, hecho que en muchos casos no llegaba a concretarse.

Esta problemática resulta preocupante, puesto que la falta de acceso oportuno y continuo a los medicamentos afecta significativamente la adherencia al tratamiento y, como consecuencia, el control adecuado de la presión arterial. Además, evidencia la necesidad de fortalecer la gestión del suministro farmacológico en los establecimientos de salud, a fin de garantizar la continuidad del tratamiento y promover el autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial.

El análisis de la **tabla 04**, sobre la Caracterización de la capacidad de operar el autocuidado en los adultos mayores con Hipertensión Arterial del distrito de Supe, muestra que el 80.6% (87) de los participantes presenta un nivel de autocuidado medio, el 14.8% (16) un nivel alto y el 4.6% (5) un nivel bajo. Este hallazgo evidencia que, si bien los adultos mayores tienen cierta disposición y conocimientos sobre cómo cuidarse, no logran aplicar plenamente las conductas de autocuidado relacionadas con la alimentación, la actividad física, la toma de decisiones, atención del personal de salud y la sexualidad. Desde la perspectiva de Orem, esto representa un déficit de autocuidado, es decir, una brecha entre lo que el individuo necesita realizar para mantenerse saludable y lo que realmente es capaz de llevar a cabo por sí mismo. Este resultado es semejante al estudio realizado por Alarcón ¹¹¹, donde el 50% de los participantes presentaron un nivel

de autocuidado medio, el 45% un autocuidado alto y un 5% bajo. Asimismo, es similar al estudio realizado por Guerrero¹⁰⁵, donde se evidenció que el 73% de los participantes tuvieron un nivel medio de autocuidado, 22% de nivel alto y solo el 5% un nivel bajo.

De acuerdo al Documento Técnico: Consulta Nutricional Para La Prevención Y Control De La Enfermedad Hipertensiva De La Persona Joven, Adulta Y Adulta Mayor ¹¹³, es fundamental brindar a cada paciente un plan de alimentación personalizado, variado y completo, orientado a mantener o disminuir la presión arterial dentro de valores adecuados. Asimismo, se recomienda realizar seguimientos periódicos que permitan monitorear el avance nutricional del paciente hipertenso, así como promover la práctica de actividades físicas acordes con la movilidad y estado físico de cada persona.

Según la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, toda persona posee una agencia de autocuidado, entendida como la capacidad para realizar acciones deliberadas destinadas a preservar la vida, la salud y el bienestar. Sin embargo, cuando esta capacidad se ve limitada por factores físicos, emocionales o sociales, se genera un déficit de autocuidado que impacta la autonomía del individuo.

En este contexto, los resultados obtenidos indican dificultades en el acceso a la atención médica, debido a la implementación del modelo de Redes Integradas de Salud (RIS), que destinó al Hospital de Supe principalmente a la atención de emergencias y casos referidos. Como resultado, los pacientes fueron derivados a centros de salud más alejados, enfrentando limitaciones económicas y de movilidad. Estas barreras pueden afectar negativamente la capacidad de autocuidado.

Desde la perspectiva teórica, los resultados de esta investigación se sustentan en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, el autocuidado es una conducta aprendida, que se ve influenciada por factores socioculturales, ambientales y personales, permitiendo así mantener su salud, prevenir enfermedades y promover el bienestar ⁶⁵. En el contexto del presente estudio, resulta especialmente relevante, dado que los adultos mayores con Hipertensión Arterial afrontan una enfermedad crónica que demanda la adopción constante de conductas de autocuidado. De acuerdo con Orem, el autocuidado implica

aquellas acciones voluntarias y aprendidas que las personas realizan con el propósito de regular los factores que influyen en su desarrollo y funcionamiento ⁶⁵.

Los resultados del estudio permiten identificar que el autocuidado entre adultos mayores hipertensos continúa siendo un desafío importante para la atención primaria en salud. Aunque la mayoría presenta niveles medio y bajo, esta situación no solo indica una práctica deficiente, sino que también expone las brechas estructurales y personales que dificultan la adopción de conductas saludables. Factores como el proceso de envejecimiento, la limitada comprensión de las indicaciones terapéuticas y el apoyo familiar fluctuante pueden interferir en la capacidad de mantener hábitos de autocuidado de manera sostenida. Asimismo, la interacción con el sistema de salud, en especial la educación brindada durante el seguimiento, se muestra como un componente clave que requiere ser fortalecido.

Estos hallazgos, más allá de describir un nivel de autocuidado, invitan a reflexionar sobre la necesidad de desarrollar intervenciones integrales, periódicas y adaptadas al contexto sociocultural de los adultos mayores. En este contexto, enfermería desempeña un papel esencial no solo en la transmisión de conocimientos, sino también en el acompañamiento, la motivación y la construcción de capacidades que permitan a esta población asumir un rol activo en el manejo de su hipertensión arterial. De esta manera, los resultados contribuyen a orientar futuras estrategias de cuidado que busquen generar un impacto sostenible en la salud y calidad de vida de los pacientes.

Limitaciones de la investigación:

Entre las limitaciones del estudio se identificaron registros incompletos o no actualizados de los pacientes. Por otro lado, se obtuvo un sesgo relacionado con el instrumento utilizado, ya que no contempla ciertos ítems relevantes; en donde destaca, la situación económica, el tiempo de diagnóstico de la enfermedad, presencia de comorbilidades y factores relacionados al estrés. Durante la ejecución del estudio se presentaron algunas limitaciones que condicionaron el desarrollo de la investigación. Entre ellas, la dificultad para ubicar a ciertos adultos mayores, debido a que algunos se encontraban ausentes en sus domicilios, lo que retrasó la recolección de datos.

Del mismo modo, el estudio se centró en una población específica del distrito de Supe Pueblo, lo que limita la posibilidad de generalizar los resultados a otros contextos geográficos. Además, la información recolectada fue de carácter autorreportado, por lo que pudo existir sesgo en las respuestas debido a la percepción subjetiva de los participantes. No obstante, a pesar de estas limitaciones, los resultados representan un aporte relevante al conocimiento de las prácticas de autocuidado en adultos mayores con Hipertensión Arterial y una base sólida para futuras investigaciones en el campo de la enfermería comunitaria.

XI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

11.1. CONCLUSIONES

Según a los objetivos de estudio se obtiene las siguientes conclusiones:

- El nivel de prácticas de autocuidado de la hipertensión arterial en los pobladores hipertensos mayores de 60 años del distrito de Supe, se identificó principalmente como medio, evidenciándose en un (53.7%).
- La caracterización de las capacidades fundamentales y la disposición para el autocuidado, muestra que la mayoría de los hipertensos presentó un nivel medio de autocuidado (49.1%).
- La caracterización de los componentes de poder del autocuidado, evidenció que la mayoría de los hipertensos presentó un nivel bajo de autocuidado (52.8).
- La caracterización de la capacidad de operar el autocuidado, demuestra que la mayoría de los hipertensos presentó un nivel medio de autocuidado (80.6%).

11.2. RECOMENDACIONES

- A las autoridades del Hospital de Supe, se sugiere implementar estrategias integrales para fortalecer el autocuidado en personas con hipertensión arterial como desarrollar programas educativos continuos, talleres participativos y acciones de seguimiento que promuevan el control de la presión arterial y la adherencia al tratamiento. Asimismo, se sugiere mejorar el acceso a los servicios de salud mediante horarios ampliados y mayor disponibilidad de citas, priorizando a los adultos mayores. Además, se plantea fortalecer la coordinación entre el hospital y los centros de salud para garantizar la continuidad del tratamiento y una atención oportuna.
- A los profesionales de salud que implementen estrategias que fortalezcan el autocuidado en adultos mayores con hipertensión, promoviendo su participación activa y el desarrollo de habilidades para controlar la enfermedad. El personal de enfermería debe fomentar estilos de vida saludables, mantener comunicación asertiva y brindar educación terapéutica.
- Según la Guía de Práctica Clínica para la Enfermedad Hipertensiva, el personal de salud debe asegurar una evaluación continua, promover hábitos saludables y reforzar la educación terapéutica para mejorar la adherencia al tratamiento.
- A los futuros profesionales de enfermería que asuman un rol activo en la promoción del autocuidado en adultos mayores con hipertensión, fortaleciendo sus competencias en educación sanitaria, acompañamiento continuo para mejorar hábitos saludables y la adherencia al tratamiento.
- A la Universidad Nacional de Barranca, en coordinación con los docentes y estudiantes de Enfermería, implemente actividades comunitarias para fortalecer el autocuidado en adultos mayores con hipertensión, incluyendo jornadas de promoción de la salud, asesorías y controles.
- Se sugiere continuar investigando en población adulta mayor con enfermedades crónicas, utilizando diversos enfoques metodológicos, especialmente cualitativos, para comprender mejor sus motivaciones y dificultades y diseñar intervenciones más efectivas y centradas en sus necesidades contribuyendo a mejorar la calidad de vida y el bienestar integral de la población vulnerable.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Who.int ; Available from: <https://www.who.int/es/news/item/19-09-2023-first-who-report-details-devastating-impact-of-hypertension-and-ways-to-stop-it>
2. Zhou B, Carrillo-Larco RM, Danaei G, Riley LM, Paciorek CJ, Stevens GA, et al. Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants. *Lancet* [Internet]. 2021;398(10304):957–80. Available from: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/piiS0140-6736\(21\)01330-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/piiS0140-6736(21)01330-1/fulltext)
3. Bekhruzbeq K. Prevalence and Condition of Treatment of Hypertension Disease by Data of Questionnaire. 2023;378–80. Available from: <https://sciencebox.uz/index.php/amaltibbiyot/article/view/7384/6796>
4. Du M, Kong H, Ran L, Ran Y, Bai L, Du Y, et al. Associations among health-promoting lifestyle, self-care agency and health-related quality of life in Bai older adults with hypertension in Yunnan China. *BMC Geriatr* [Internet]. 2022;22(1):942. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9730677/>
5. Banegas JR, Martínez MS, Conde TG, García EL, Graciani A, Castellón PG, et al. Cifras e impacto de la hipertensión arterial en España. *Rev Española Cardiol* [Internet]. 2024;(x). Available from: <https://www.revespcardiol.org/es-pdf-S0300893224001076>
6. Sousa ALL, Batista SR, Sousa AC, Pacheco JAS, Vitorino PV de O, Pagotto V. Hypertension Prevalence, Treatment and Control in Older Adults in a Brazilian Capital City. *Arq Bras Cardiol* [Internet]. 2019;112(3):271–8. Available from: <https://www.scielo.br/j/abc/a/cRNx9J6wRZk8jLMVGSNrSCq/?lang=en>
7. Hipertensión. Paho.org. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/hipertension>
8. Herrera A, Mendoza G, Machado P, Mera V. El autocuidado del adulto hipertenso desde la perspectiva intercultural de las acciones de enfermería. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip* [Internet]. 2022;6(2):1306–14. Available from:

<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/1954/2807>

9. Ministerio De Salud. La Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 “Perú, País Saludable” [Internet]. Available from: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1272348/Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1272348/Política_Nacional_Multisectorial_de_Salud_al_2030.pdf)
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2020. INEI [Internet]. 2021; Available from: [https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/SALUD/ENFERMEDADES ENDES 2020.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2020.pdf)
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles 2022. (september 2016):1–6. Available from: [https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2022/SALUD/ENFERMEDADES ENDES 2022.pdf](https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2022/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2022.pdf)
12. Veliz E. Autocuidado y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial en el centro de salud Jipijapa. [Internet]. UNESUM; 2023. Available from: <https://revistas.unesum.edu.ec/salud/index.php/revista/article/view/20/36>
13. Inlago D. Autocuidado en pacientes adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial, en medicina interna del Hospital General Marco Vinicio Iza – 2022 [Internet]. Universidad Técnica del Norte; 2022. Available from: [http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/13316/2/06 ENF 1355 TRABAJO DE GRADO.pdf](http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/13316/2/06_ENF_1355_TRABAJO_DE_GRADO.pdf)
14. Segovia E. Capacidad de autocuidado y estilos de vida saludable en los adultos mayores del asentamiento humano (aa.hh) primero de mayo, Lima – 2022. Repos Inst Wiener [Internet]. 2022; Available from: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/8145>
15. Villacrez A, Soria Y. Nivel de autocuidado de los adultos mayores con Hipertension Arterial atendidos en el centro de salud la enseñada, Lima 2023. 2023; Available from: [https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/2010/TESIS SORIA-VILLACREZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/2010/TESIS_SORIA-VILLACREZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
16. Chavez P, Chumbes T. Capacidad de autocuidado y calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial en el centro de salud Lauriama, Barranca. [Internet]. Universidad Nacional de Barranca. 2023. Available from:

<https://repositorio.unab.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/62504195-fe82-4155-8021-51e16782f5d2/content>

17. Oficina de Planeamiento Estratégico. Plan Operativo Institucional 2023 [Internet]. Barranca; 2022. Available from: <https://hospitalbarranca.gob.pe/wp-content/uploads/2023/05/POI-2023-ESTADISTICA.-1.pdf>
18. Análisis Situacional De Salud Del Hospital De Supe Laura Esther Rodríguez Jatudio Dulanto 2023 [Internet]. Available from: https://hospitalsupe.gob.pe/public/files/documentos/doc_15012025_cdad.pdf
19. Plan Opertaivo Institucional 2021.pdf [Internet]. Available from: https://www.hospitalbarranca.gob.pe/wp-content/uploads/2023/03/OFICIO_No_0016_2021.pdf
20. Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental. Análisis Situación de Salud del Hospital de Supe Laura Esther Rodríguez Dulanto [Internet]. Supe, Perú: Hospital de Supe Laura Esther Rodríguez Dulanto; 2022. Available from: https://hospitalsupe.gob.pe/public/files/documentos/doc_18072023_5351.pdf
21. Celso J, Espino G. Boletin Epidemiologico S.E 39 a la S.E 44 del 2025. 2025; Available from: https://hospitalsupe.gob.pe/public/files/documentos/doc_13112025_9708.pdf
22. Kouchaki L, Darvishpoor Kakhki A, Safavi Bayat Z, Khan HTA. Association between fear of falling and self-care behaviours of older people with hypertension. Nurs Open [Internet]. 2023;10(6):3954–61. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10170935/>
23. Addisu S, Hayat N. Level of self-care practices and associated factors among hypertensive patients in Addis Ababa, Ethiopia. BMC Cardiovasc Disord [Internet]. 2023;23(1):1–7. Available from: <https://bmccardiovascdisord.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12872-023-03062-9.pdf>
24. Darvishpour A, Mansour-ghanaei R, Mansouri F. The Relationship Between Health Literacy, Self-Efficacy, and Self-Care Behaviors in Older Adults With Hypertension in the North of Iran. Heal Lit Res Pract [Internet]. 2022 Oct;6(4):e262. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9640222/>
25. Lozano-Zúñiga MM, Arias Tapia ED, García Martínez I, Aguilar Méndez ED,

- González Villegas G, Ruiz Recéndiz M de J. Capacidad de autocuidado en adultos mayores que radican en Morelia, Michoacán. ACC CIETNA Rev la Esc Enfermería [Internet]. 2022;9(2):73–81. Available from: <https://revistas.usat.edu.pe/index.php/cietna/article/view/850/1565?download>
26. Flores D, Guzmán F. Factores condicionantes básicos en el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial del Hospital Santa Barbara. Rev Ciencia, Tecnol e Innovación [Internet]. 2018;16:991–1000. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2225-87872018000100004
 27. Reyes K. Nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado en pacientes con Hipertensión Arterial. 2024;57. Available from: <https://dspace.unitru.edu.pe/server/api/core/bitstreams/cef38e36-14b4-436e-9d60-e739508342a1/content>
 28. Medina Hidalgo SJ. Autocuidado Y Estilo De Vida En Pacientes Con Hipertensión Arterial En El Hospital De Barranca. Tesis [Internet]. 2024;74. Available from: <https://repositorio.unab.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/f5f46c7b-234c-4667-b1ad-ec533fd94a6f/content>
 29. Vera R. Autocuidado y adherencia farmacológica en pacientes con hipertensión arterial de un centro de salud de Santa Lucía, 2022 [Internet]. Universidad César Vallejo; 2023. Available from: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/106077/Vera_SRG-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 30. Ochoa C, Rimarachin Y. Prácticas de autocuidado del adulto mayor con hipertensión arterial Centro de Salud del Ministerio de Salud. Lambayeque 2020. [Internet]. 2021. Available from: <https://repositorio.unprg.edu.pe/handle/20.500.12893/9126>
 31. Abaunza C, Mendoza M, Bustos P, Paredes G, Enriquez K, Padilla A. Concepción del adulto mayor. In: Adultos mayores privados de la libertad en Colombia [Internet]. Editorial Universidad del Rosario; 2014. p. 60–98. Available from: <https://books.scielo.org/id/33k73/pdf/abaunza-9789587385328-07.pdf>
 32. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Situación de la Poblacion Adulta Mayor [Internet]. 2021. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_adulto_mayor_1.p

[df](#)

33. Ruiz Calderon R, Yong Garcia J, Palomares Cristobal R. Situación de la población Adulta Mayor 2025. 2025; Available from: https://m.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informetecnico_situacionpoblacionadultamayor_iit25.pdf
34. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Más de 4 millones 500 mil adultos mayores conmemoran su día este 26 de agosto. 2023; Available from: <https://m.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/noticias/nota-de-prensa-no-129-2023-inei.pdf>
35. Salech F, Jara R, Michea L. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. RevMedClinCondes [Internet]. 2012;23(1):19–29. Available from: <https://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2013/01/Cambios-fisiologicos-asociados-al-envejecimiento.-2012.pdf>
36. Carabalí S. Vejez y teorías del envejecimiento [Internet]. Salud, Vej. Colombia: Universidad Santiago de Cali; 2020. 25–50 p. Available from: <https://libros.usc.edu.co/index.php/usc/catalog/download/351/495/7049?inline=1>
37. Ponce J. Envejecimiento: Consideraciones generales sobre sus teorías biológicas. Cienc Lat Rev Científica Multidiscip [Internet]. 2021 Jan;5(1):140–64. Available from: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/download/213/285/>
38. Shankar P, Sievers D, Sharma R. Evaluating the impact of a school-based youth-led health education program for adolescent females in mumbai, India. Ann Glob Heal [Internet]. 2020 Aug;86(1):1–9. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7292104/#:~:text=Following the peer-led education sessions%2C participants demonstrated favorable health,both Champions and non-Champions \(](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7292104/#:~:text=Following the peer-led education sessions%2C participants demonstrated favorable health,both Champions and non-Champions ()
39. Keating N. A research framework for the United Nations Decade of Healthy Ageing (2021–2030). Eur J Ageing [Internet]. 2022;19(3):775–87. Available from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s10433-021-00679-7.pdf>
40. Tejada A, Gordón L. Revisión Sistemática del Concepto: Envejecimiento Saludable. Enfoque [Internet]. 2022;31(7):71–90. Available from: <https://revistas.up.ac.pa/index.php/enfoque/article/view/2944/2618>
41. OPS. Hipertension. Organ Panam la Salud [Internet]. 2021; Available from:

<https://www.paho.org/es/enlace/hipertension>

42. Cruz-Aranda JE. Management of hypertension in the elderly. *Med Interna Mex* [Internet]. 2019;35(4):515–24. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2019/mim194g.pdf>
43. Chéry P. Manual de farmacología básica y clínica Quinta [Internet]. 2010. Available from: <https://medibrainsite.files.wordpress.com/2017/06/farmacologia.pdf>
44. Aguilera-Méndez A, Nieto-Aguilar R, Serrato-Ochoa D, Manuel-Jacobo G. La hipertensión arterial y el riñón: El dúo fatídico de las enfermedades crónicas no transmisibles. *Investig y Cienc la Univ Autónoma Aguascalientes* [Internet]. 2020 Jan;(79):84–92. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/674/67462875009/html/>
45. Santamaría R, Gorostidib M. Hipertensión arterial secundaria. *Nefrol al día* [Internet]. 2021; Available from: <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-hipertension-arterial-secundaria-409>
46. Bellido C, Fernández E, López J. Etiología y fisiopatología de la hipertensión arterial esencial. *Monocardio* [Internet]. 2003;5:141–60. Available from: <https://www.enfermeriaaps.com/portal/download/HIPERTENSION-ARTERIAL/Hipertension-fisiopatologia-Servicio-de-Cardiologia-Hospital-Virgen-de-la-Salud-Toledo.2003.pdf>
47. Lilibeth J, Ramirez D, Arévalo Peláez CE, Lilibeth DJ, Ramírez D. Obesidad e hipertensión arterial y su relación con la pérdida de peso. *Rev Virtual la Soc Paraguaya Med Interna* [Internet]. 2023;10(1):87–97. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932023000100087
48. González F, Manuel E, Oliva F, Adrián D. Tabaquismo y su relación con las enfermedades cardiovasculares. *Rev Habanera Ciencias Médicas* [Internet]. 2018;17(2). Available from: <https://www.redalyc.org/journal/1804/180459978008/180459978008.pdf>
49. Tasnim S, Tang C, Musini VM, Wright JM. Effect of alcohol on blood pressure. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2020;2020(7). Available from: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012787.pub2/epdf/full>

50. Pérez R, León M, Rodríguez M, Toca E, Orellana F, Toca S, et al. Factores de riesgo de la hipertensión arterial esencial y el riesgo cardiovascular. Rev Latinoam Hipertens [Internet]. 2021;16(4):321–8. Available from: https://www.revhipertension.com/rlh_4_2021/9_factores_riesgo_hipertensio_arteria_l.pdf
51. Rezende R, De Assumpção D, Stolses P. Hipertensión arterial autorreferida en adultos mayores brasileños: uso de medicación y recomendaciones para el control. Rev Salud Pública [Internet]. 2021;23(4):1–8. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1377203>
52. Órgano oficial de la sociedad castellana de cardiología. Hipertensión arterial (I) [Internet]. Vol. 5. 2003. Available from: <https://castellanacardio.es/wp-content/uploads/2010/11/hipertension-arterial-I.pdf>
53. Salazar P, Rotta A, Otiniano F. Hipertensión arterial en el adulto. Rev Med Hered [Internet]. 2016;27:60–6. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v27n1/a10v27n1.pdf>
54. Izarra G. Cuidados de enfermería y capacidad de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial atendidos en el hospital provincial de Acobamba, Huancavelica - 2018 [Internet]. Universidad Nacional de Huancavelica; 2021. Available from: <https://apirepositorio.unh.edu.pe/server/api/core/bitstreams/103fcb9d-a9f2-4a1f-a81e-3c61e94f34c1/content>
55. Subdirección General de Información Sanitaria. Indicadores clínicos en atención primaria. 2019;0–59. Available from: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SI/AP/BDCAP_Indic_clinic_Cardiovasc_2016.pdf
56. Ataucusi S, Nieto J. Nivel de conocimiento sobre la hipertension arterial en la casa del adulto mayor asociacion corazones contentos, Lurin-2019 [Internet]. 2019. Available from: https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/bitstream/20.500.14441/606/3/ATAUCUSI_NAVARRO_SONIA_-_NIETO_ESTELA_JUAN_MANUEL.pdf
57. Hidalgo-Parra E. Factores de riesgo y manifestaciones clínicas de la hipertensión arterial. Rev Científica Arbitr en Investig la Salud GESTAR [Internet]. 2019 Jul;2(4):27–36. Available from:

<https://journalgestar.org/index.php/gestar/article/download/7/8/25%0A>

58. Casado S. Hipertensión arterial. EMC - Tratado Med [Internet]. 2002 Jan;6(1):1–9. Available from: https://www.fbbva.es/microsites/salud_cardio/mult/fbbva_libroCorazon_cap12.pdf
59. Johnson H, Shimbo D, Abdalla M, Altieri M, Bress A, Carter J, et al. 2025 Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee [Internet]. Vol. 152, Circulation. 2025. 114–218 p. Available from: <https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIR.0000000000001356>
60. Bauce G. Índice De Masa Corporal, Peso Ideal Y Porcentaje De Grasa Corporal En Personas De Diferentes Grupos Etarios. Rev Digit Postgrado [Internet]. 2021;11(1). Available from: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/101/1012349004/1012349004.pdf>
61. Montealegre L. Beneficios del ejercicio en el envejecimiento y patologías asociadas. Rev Cienc y Salud Integr Conoc [Internet]. 2020;4(6):87–93. Available from: <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/236/321>
62. Zelarayán M, Garré L. Consumo de alcohol y salud [Internet]. Vol. 1. 2019. 1–80 p. Available from: https://cardiosalud.org/wp-content/uploads/2020/02/Alcohol-y-salud_web-1.pdf
63. Princewel F, Cumber S, Kimbi J, Nkfusai C, Keka E, Viyoff V, et al. Prevalence and risk factors associated with hypertension among adults in a rural setting: The case of Ombe, Cameroon. Pan Afr Med J [Internet]. 2019;34:1–9. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7025826/pdf/PAMJ-34-147.pdf>
64. Perez M, Dueñas A, Guerra A, Vazquez A, Navarro D, Del Pozo J, et al. Hipertension arterial Guia para la prevencion, diagnostico y tratamiento [Internet]. Vol. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. 2008. 62 p. Available from: https://extranet.who.int/ncdccs/Data/CUB_D1_Guía HTA CUBA.pdf
65. Cancio C, Lorenzo A, Alarco G. Autocuidado: una aproximación teórica al concepto. Inf Psicológicos [Internet]. 2020;20(2):119–38. Available from: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/200/101>
66. FUNDASIL. Manual de Autocuidado. 2019;11(1):1–14. Available from:

<https://www.unicef.org/elsalvador/media/5036/file/Manual de Autocuidado.pdf>

67. Levin L, Idler E. Self-Care in Health. *Annu Rev Public Health* [Internet]. 2003;4:181–201. Available from: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.pu.04.050183.001145?journalCode=publhealth>
68. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar. 2022. Available from: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56571/9789275326275_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
69. Rodríguez M, Arredondo E, Salamanca Y. Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad de Medellín (Colombia). *Enfermería Glob* [Internet]. 2013;12(30):183–95. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n30/docencia4.pdf>
70. Guirao-Goris J. La agencia de autocuidados. Una perspectiva desde la complejidad. *Educare21* [Internet]. 2014;21(Nov):7. Available from: <https://www.uv.es/joguigo/materiales-dominio-profesional/agencia.pdf>
71. Achury D, Sepúlveda G, Rodríguez S. Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. 2009; Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145220480002.pdf>
72. Contreras M, Jordan M. Factores Condicionantes Básicos en la Capacidad de Autocuidado del Paciente con HTA. *Desarro Cientif Enfermería* [Internet]. 2011;19:20–4. Available from: <https://www.index-f.com/dce/19pdf/19-020.pdf>
73. Alves É, Pavarini S, Luchesi B, Ottaviani A, Cardoso J, Inouye K. Duration of night sleep and cognitive performance of community older adults. *Rev Lat Am Enfermagem* [Internet]. 2021;29. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/js8RQDyNF5pghv9cvC8Y8Gz/?format=pdf&lang=es>
74. Carmona I, Molés M. Problemas del sueño en los mayores. *Gerokomos* [Internet]. 2018;29(2):72–8. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000200072&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
75. Velastegui-Hernández D, Mayorga-Lascano M. Estados De Ánimo, Ansiedad Y Depresión En Estudiantes De Medicina Durante La Crisis Sanitaria Covid-19. *Psicol*

- Unemi [Internet]. 2021;5(9):10–20. Available from: <https://ojs.unemi.edu.ec/index.php/faso-unemi/article/view/1275/1299>
76. Martínez K, Suarez T, Vargas J. Estado emocional de los adultos mayores en institucionalización [Internet]. 2021. Available from: <https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/0a41ed41-8a52-495b-a963-794ba6c300a5/content>
77. Velasco J, Cajaque J, Cunalema J, Vargas G. Significado del autocuidado en el adulto mayor desde el modelo de promoción de salud. J Chem Inf Model [Internet]. 2022;33(3):145–9. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v33n3/1134-928X-geroko-33-03-145.pdf>
78. Bohórquez E, Pérez M, Caiche W, Benavides A. La motivación y el desempeño laboral: El capital humano como factor clave en una organización. Corp Gov [Internet]. 2020;12(3). Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rus/v12n3/2218-3620-rus-12-03-385.pdf>
79. Maidana-de Zarza A, Mareco F, Caballero L, Barrios E, Bareiro J. Autocuidado en profesional de enfermería con relación al uso del calzado. Hospital de Clínicas, San Lorenzo- Paraguay 2017. Memorias del Inst Investig en Ciencias la Salud [Internet]. 2020;18(3):24–33. Available from: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v18n3/1812-9528-iics-18-03-24.pdf>
80. Hernández-Castro E, Martínez-Gómez L, Cuevas-Téllez O, Carrillo-Flores G, Guerrero-Morales A. Conocimiento de la enfermedad y adherencia terapéutica en pacientes hipertensos en una unidad de medicina familiar. 2022;29(4):257–62. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2022/af224g.pdf>
81. Lastre-Amell G, Carrero C, Soto L, Orostegui M, Suarez-Villa M. Hábitos alimentarios en el adulto mayor con hipertensión arterial Food habits in the elderly adult with arterial hypertension. 2020;15(3):226–30. Available from: https://www.redalyc.org/journal/1702/170265475013/html/#redalyc_170265475013_ref1
82. Jiménez-Muñoz M, Rivera-Tijua J, Véliz-Castro T. Hemoglobina glicosilada, índice de masa corporal y hábitos alimenticios en adultos mayores. 2022;7(4):1287–303. Available from: <https://www.fipcaec.com/index.php/fipcaec/article/view/684/1208>
83. Salazar-Barajas M, Salazar-González B, Ávila-Alpírez H, Guerra J, Ruiz J, Durán-

- Badillo T. Hábitos alimentarios y actividad física en adultos mayores con enfermedad crónica. *Cienc y Enferm* [Internet]. 2020;26:1–14. Available from: <https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v26/0717-9553-cienf-26-23.pdf>
84. Aguilar A, Florez J, Saavedra Y. Capacidad aeróbica: Actividad física musicalizada, adulto mayor, promoción de la salud (Aerobic capacity: Musicalized physical activity, older adult, health promotion). *Retos* [Internet]. 2020;(39):953–60. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8029310>
85. Aldas- Vargas C, Guerrero- Pluas P, Chara-Plua N, Flores-Peña R. Actividad física en el adulto mayor. *Rev Científica Dominio Las Ciencias* [Internet]. 2021;7(5):64–77. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8383840>
86. Requena P, Requena C, Álvarez-Merino P, Plaza-Carmona M. Toma de decisiones y aspectos emocionales en la vejez. *Int J Dev Educ Psychol Rev INFAD Psicol* [Internet]. 2017;2(2):49–56. Available from: <https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/1076/950>
87. Atienza-Martín F, Garrido-Lozano M, Losada-Ruiz C, Rodríguez-Fernández L, Marín-Andrés G. Evaluación de la capacidad de toma de decisiones sobre su salud en pacientes ancianos. *Atlas Card Surg Tech* [Internet]. 2013;39(6):291–7. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359312003036>
88. Rodríguez H, Espinoza A, Elers Y. Las terapias alternativas como solución al cuidado de problemas crónicos de salud. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 2022;38(2). Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v38n2/1561-2961-enf-38-02-e4856.pdf>
89. Herminda A. Terapias emergentes . ¿ Nuevas soluciones para viejos problemas ? 2023;84(1):2–4. Available from: <https://galiciaclinica.info/PDF/GC84-1.pdf#page=2>
90. Mosquera V. Cuidados de enfermería en la prevención de las complicaciones asociadas a la hipertensión arterial. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip* [Internet]. 2022;6(6):872–89. Available from: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/3577/5418>
91. Benítez J, Camero J, Cuello J, Curbelo J. Caracterización de la vida sexual de adultos mayores de un área de salud Characterization of older adults' sexual life in a health area. 2022;21(1):50–61. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v21n1/1727-897X-ms-21-01-50.pdf>

92. Torres Y, Torres G, Brito B, Vargas J, Vera A, Llanes A, et al. Pesquisa de disfuncion erectil en pacientes con hipertension arterial [Internet]. 2020. p. 1–17. Available from: <http://www.morfovirtual2020.sld.cu/index.php/morfovirtual/morfovirtual2020/paper/viewFile/487/482>
93. Naranjo-Hernández C. Modelos metaparadigmáticos de Dorothea Elizabeth Orem
Meta-paradigmatic models of Dorothea Elizabeth Orem. *Rev Arch Med Camagüey* [Internet]. 2019;23(6):814–25. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicocamaguey/amc-2019/amc196m.pdf>
94. Santos K, Costa A, Maciel A, Farias C, Machado D, Freitas F, et al. Autocuidado a luz da teoria de Dorothea Orem: Panorama da produção científica brasileira. *Brazilian J Dev* [Internet]. 2021;7(4):34043–60. Available from: <https://www.brazilianjournals.com/ojs/index.php/BRJD/article/download/27562/21806>
95. Khademian Z, Ara FK, Gholamzadeh S. The effect of self care education based on Orem ' s nursing theory on quality of life and self-efficacy in patients with hypertension. *Int J Community Based Nurs Midwifery* [Internet]. 2019;8(2):140–9. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7153422/pdf/IJCBNM-8-140.pdf>
96. Lopez I, Salazar A, Riofrio S. Teoria de Orem para el abordaje de la salud sexual durante el climaterio. *Enferm Investig* [Internet]. 2022;7(3):94–100. Available from: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/1689/1547>
97. Meza A, Bolaños S, Solarte D, Narvaez J, Eraso D, Gallardo K. Modelo teórico de Dorothea Orem aplicado a algunas necesidades del paciente. *Boletín Inf CEI* [Internet]. 2021;8(3):176–7. Available from: <https://revistas.umariana.edu.co/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/2887/3171>
98. Aristizabal H, Blanco R, Sanchez R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Eneo-Unam* [Internet]. 2011;8(4):8. Available from: <https://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>
99. Pinargote M. Intervención de Enfermería en Pacientes con Hipertensión Arterial Fundamentado en la Teoría Nola Pender. 2022;1–77. Available from: https://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/3903/1/TESIS_PINARGOTE

100. Escudero C, Cortez L. Técnica y métodos cualitativos para la investigación científica [Internet]. 2018. p. 104. Available from: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/14207/1/Cap.1-Introducción a la investigación científica.pdf>
101. Jiménez L. Impacto De La Investigación Cuantitativa En La Actualidad. *Converg Tech* [Internet]. 2020;4(1):59–68. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Ledys-Jimenez/publication/352750927_IMPACTO_DE_LA_INVESTIGACION_CUANTITATIVA_EN_LA_ACTUALIDAD/links/60d66a7b299bf1ea9ebe5113/IMPACTO-DE-LA-INVESTIGACION-CUANTITATIVA-EN-LA-ACTUALIDAD.pdf
102. Manterola C, Quiroz G, Salazar P, García N. Metodología de los tipos y diseños de estudio mas frecuentemente utilizados en investigación clínica. *Rev Med Clin Condes* [Internet]. 2019;30(1):36–49. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-pdf-S0716864019300057>
103. Achury-Saldaña DM, Rodríguez SM, Achury-Beltrán LF, Padilla-Velasco MP, Leuro-Umaña JM, Martínez MA, et al. Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. *Aquichan* [Internet]. 2013;13(3):363–72. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v13n3/v13n3a05.pdf>
104. Zevallos C. Capacidad De Agencia De Autocuidado De Los Pacientes Del Programa De Hipertensión Arterial Hospital San Juan De Dios - PISCO. 2017; Available from: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/92e6b302-6cad-4e94-9999-f9a386decf55/content>
105. Guerrero C. Estilos De Vida Y Autocuidado En Pacientes Con Hipertensión Arterial En Un Establecimiento De Salud Público. *PIURA*, 2022. 2022; Available from: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/server/api/core/bitstreams/4d8476eb-ab03-4cd0-a95c-d4a36a54fe92/content>
106. Siurana J. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas* [Internet]. 2010;22(Marzo):121–57. Available from: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-92732010000100006

107. Manzini J. Declaración De Helsinki: Principios Éticos Para La Investigación Médica Sobre Sujetos Humanos. Acta Bioeth [Internet]. 2000;6(2):321–34. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v6n2/art10.pdf>
108. Arztizábal D, Pineda M, Urina M. Hipertension Arterial Sistémica. 1993;307–17. Available from: <https://es.scribd.com/document/63119939/fisiopatologia-de-HTA>
109. Fernanda L, Beltrán A, Marcela D, Saldaña A, Mónica S, Colmenares R, et al. Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una Institución De Segundo Nivel. 2012;14(2):63–84. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145226758005.pdf>
110. CELIS P. Nivel de conocimiento y práctica del autocuidado del adulto mayor hipertenso atendido en el servicio de emergencia el Hospital General Celendín. Cajamarca. 2023. 2024;96. Available from: https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/7939/Tesis_Patricia_Celis.pdf?sequence=1&isAllowed=y
111. Alarcon A. Capacidad de Autocuidado en pacientes adultos maduros con diagnóstico de Hipertensión Arterial en el consultorio externo del Hospital de Ventanilla, 2019. Tesis [Internet]. 2019;53(9):1689–99. Available from: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/39789/Alarcón_PA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
112. Minsa. Guía Técnica: Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva. Minsa [Internet]. 2015;1–27. Available from: https://www.saludarequipa.gob.pe/salud_personas/archivos/GPC_2015/RM031-2015-MINSA Dx tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva.pdf
113. Instituto Nacional de Salud. Documento Técnico: Consulta Nutricional Para La Prevencion Y Control De La Enfermedad Hipertensiva De La Persona Joven, Adulta Y Adulta Mayor. 2023. Available from: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3689828/Documento_Técnico%3A Consulta Nutricional para la Prevención y Control de Enfermedades Hipertensiva de la Persona Joven%2C Adulta y Adulta Mayor.pdf?v=1664116940

ANEXOS

Anexo N°1 MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título del proyecto: Prácticas de autocuidado de la hipertensión arterial en pobladores mayores de 60 años, distrito de supe					
Problema	Objetivos	Hipótesis	Variable de estudio	Metodología	Instrumentos de recolección de datos
¿Cuál es el nivel de práctica de autocuidado de la hipertensión arterial en pobladores adultos mayores, en el distrito de Supe?	<p>Objetivo general: Determinar el nivel de práctica de autocuidado de la hipertensión arterial en pobladores hipertensos mayores de 60 años, en el distrito de Supe.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> – Caracterizar las prácticas de autocuidado que realizan los adultos mayores con 	<p>Hipótesis de investigación: En este presente trabajo de investigación la hipótesis está implícita.</p>	<p>Variable: Práctica de autocuidado</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> –Capacidades fundamentales y disposición del autocuidado –Componentes de poder –Capacidad de operar el autocuidado 	<p>Tipo de estudio: El tipo de investigación es básica de enfoque cuantitativo</p> <p>Diseño de estudio: Descriptivo y corte transversal</p> <p>Muestra: 1124 personas mayores de 60 años con Hipertensión Arterial</p> <p>Instrumento:</p>	<p>Tipo de instrumento: Cuestionario</p> <p>Técnica: Encuesta</p> <p>El instrumento empleado es “Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial” validado por Diana Achury, Gloria Sepúlveda y Sandra Rodríguez 2009, Colombia.</p>

	<p>Hipertensión Arterial del distrito de Supe.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluar las prácticas de autocuidado que realizan los adultos mayores con hipertensión arterial. 			<p>Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial</p>	
--	---	--	--	---	--

	<p>Objetivos específicos:</p> <p>-Caracterizar las prácticas de autocuidado que realizan los adultos mayores con Hipertensión Arterial del distrito de Supe.</p> <p>-Evaluar las prácticas de autocuidado que realizan los adultos mayores con hipertensión arterial.</p>			<p>Análisis de datos:</p> <p>Los datos que se obtendrán y los resultados serán procesadas mediante el análisis estadístico, el uso del programa Excel 2019 y el programa estadístico Statistical Package for Social Sciences-SPSS ver. 27, para el desarrollo de base de datos, luego se efectuará el análisis descriptivo de los datos para lograr graficar y plasmarlo en tablas o gráficos.</p> <p>Para el análisis y comprensión de los</p>	
--	--	--	--	--	--

				datos se mostrarán en gráficos para su fácil comprensión de los resultados obtenidos.	
--	--	--	--	---	--

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD NACIONAL DE BARRANCA
VICEPRESIDENCIA DE INVESTIGACION
COMITÉ DE ETICA PARA LA INVESTIGACION
Av. Toribio de Luzuriaga N° 376, M J – Urbanización La Florida – Barranca



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACION

TITULO DEL ESTUDIO: PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE LA HIPERTENSIÓN
ARTERIAL EN POBLADORES MAYORES DE 60 AÑOS, DISTRITO DE SUPE

NOMBRE DE INVESTIGADORES:

Agüero Ayala, Natalia Elizabeth

Investigador Responsable:

Agüero Ayala, Natalia Elizabeth

Asesor y escuela profesional:

Dra. Carmen Rosa Alvarado Zúñiga

Escuela Profesional de Enfermería

INSTITUCION: UNIVERSIDAD NACIONAL DE BARRANCA

PROPÓSITO DE LA INVESTIGACION:

Mediante la presente, lo(a) invitamos a participar de un estudio cuyo objetivo es: Determinar la práctica de autocuidado de la hipertensión arterial en pobladores hipertensos mayores de 60 años, en el distrito de Supe.

PROCEDIMIENTOS:

En caso que Usted acepte participar en esta investigacion; deberá permitir la aplicación del cuestionario que tendría una duración de aproximadamente 30 minutos, y será solo de una vez, si por alguna circunstancia tendríamos que volver a realizar la encuesta, se le comunicará con anticipación.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE BARRANCA
VICEPRESIDENCIA DE INVESTIGACION
COMITÉ DE ETICA PARA LA INVESTIGACION
Av. Toribio de Luzuriaga N° 376, M J – Urbanización La Florida – Barranca



RIESGOS

Su participación en este estudio no implica riesgo de daño físico y psicológico para usted.

BENEFICIOS:

De acuerdo a los resultados esperados en esta investigación, es poder contribuir con información actual sobre el nivel de practica de autocuidado de los adultos mayores de 60 años con hipertensión arterial, así como ser base para futuras investigaciones relacionadas con el tema de investigación. Los datos le serán proporcionados al finalizar el estudio de investigación.

COSTOS Y COMPENSACION:

El investigador responsable del proyecto de investigación y la Universidad nacional de Barranca aseguran a total cobertura de costos de estudio, por lo que su participación no significará gasto alguno. Por otra parte, la participación el estudio no involucra pago beneficio económico alguno.

CONFIDENCIALIDAD:

Todos los datos que se recojan, serán exactamente anónimos y de carácter privados. Además, los datos sólo se usarán para los fines científicos de investigación, siendo los datos del participante absolutamente confidenciales. El responsable de esto, en calidad de custodio de los datos, será el investigador Responsable del Proyecto, quien tomará todas las medidas cautelares para el adecuado tratamiento de los datos, el resguardo de la información registrada y la custodia de estos.

DERECHOS DEL PARTICIPANTE:

Su participación en este estudio es completamente libre y voluntaria, y tiene derecho a negarse a participar o suspender su participación cuando así lo desee, sin tener que dar explicaciones, ni sufrir consecuencia alguna por tal decisión. Si decide participar o presenta dudas sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento de ejecución el mismo.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE BARRANCA
VICEPRESIDENCIA DE INVESTIGACION
COMITÉ DE ETICA PARA LA INVESTIGACION
Av. Toribio de Luzuriaga N° 376, MJ – Urbanización La Florida – Barranca



Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio o considera que sus derechos han sido vulnerables puede comunicarse con el comité de ética para la investigación de la Universidad nacional de Barranca el correo: cepi@unab.edu.pe.

Una copia de este consentimiento informado le será entregada.

NOTA: el presente documento es una propuesta del consentimiento informado, el mismo que puede ser modificado por investigador de acuerdo a la naturaleza de la investigación, en caso lo considere necesario.



DECLARACION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., participante con DNI:..... en base a lo expuesto en el presente documento, acepto voluntariamente participar en la investigación “Prácticas De Autocuidado De La Hipertensión Arterial En Pobladores Mayores De 60 Años, Distrito De Supe”, del investigador responsable: Natalia Elizabeth Agüero Ayala.

He sido informado(a) de los objetivos, alcance y de resultados esperados de este estudio y de las características de mi participación. Reconozco que la información que provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y anónima. Además, esta no será usada para ningún otro propósito fuera de los de estudio.

He sido informado(a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decidas sin tener que dar explicaciones en consecuencia alguna por tal decisión.

De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo controlar al investigador responsable y en caso sienta que mis derechos fueron podrá contratarme con el comité de ética para la investigación de la Universidad nacional de Barranca (cepi@unab.edu.pe)

Entiendo que una copia de este documento de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste hay concluido. Para esto, puedo contactar al investigador(es) del proyecto al correo electrónico nagueroa201@unab.edu.pe , o al celular 986565866.

Barranca,..... de..... del.....

.....
 Nombre del participante

.....
 Firma del participante

Huella

.....
 Nombre del investigador responsable

.....
 Firma del investigador responsable

Huella

ANEXO N°3 ENCUESTA

CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Datos personales del paciente:

Edad:	Género: Femenino () Masculino ()
--------------	---

Estado civil	Casado ()	Soltero ()	Conviviente ()	Viudo ()	
Ocupación	Empleado ()	Desempleado ()	Jubilado ()	Ama de casa ()	Independiente ()
Escolaridad	Ninguna ()	Primaria ()	Secundaria ()	Técnica ()	Universitario ()
Vive con	Solo ()	Cónyuge ()	Cónyuge/hijos ()	Padres ()	Otros ()

AFIRMACIONES	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
	1	2	3	4	5
1. Siento que mi estado de ánimo me permite cuidarme					
2. Cuando duermo 6-8 horas diarias, me siento descansado					
3. Invierto tiempo en mi propio cuidado					
4. Considero importante realizar ejercicio					
5. Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad					
6. Considero que conozco como actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial					

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

ANEXO 04: Fiabilidad de instrumentos

Nombre del instrumento: “Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión”

	Ítem	Alfa de Cronbach
1	Siento que mi estado de ánimo me permite cuidarme	0,75
2	Cuando duermo 6-8 horas diarias, me siento descansado	0,75
3	Invierto tiempo en mi propio cuidado	0,72
4	Considero importante realizar ejercicio	0,72
5	Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad	0,72
6	Considero que conozco cómo actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial	0,73
7	Cuando inicio un nuevo medicamento solicito al profesional de enfermería que me proporcione información necesaria sobre la correcta administración	0,73
8	Considero que la cantidad máxima de sal que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son dos cucharaditas	0,73
9	Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas	0,74
10	Considero que el profesional de enfermería me escucha y aclara mis inquietudes	0,74
11	Conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad	0,75
12	Camino diariamente, como mínimo, 30 minutos	0,72
13	Realizo cambios según las necesidades para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad	0,72
14	Realizo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado	0,74
15	Evalúo si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar y el de mi familia	0,72
16	Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas	0,73
17	Siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual	0,76

ANEXO 05. Consistencia interna del cuestionario para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso

Cuestionario	Dimensiones			
	1	2	3	
Alfa de Cronbach	0,75	0,26	0,59	0,60
Ítems globales	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17	1, 2, 3	4, 5, 6, 7	8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17

Tabla 01. Datos generales de los adultos mayores con hipertensión arterial del Distrito de Supe

Aspectos sociodemográficos		Frecuencia	%
Edad	60 - 68	20	31%
	69 - 75	42	38%
	76 - 83	34	26%
	84 - 91	12	6%
	Total	108	100%
Genero	Femenino	65	60%
	Masculino	43	40%
	Total	108	100%
Estado civil	Casado	60	56%
	Soltero	16	15%
	Conviviente	10	9%
	Viudo	22	20%
	Total	108	100%
Ocupación	Empleado	3	3%
	Desempleado	9	8%
	Jubilado	10	9%
	Ama de casa	49	45%
	Independiente	37	34%
	Total	108	100%
Escolaridad	Ninguna	4	4%
	Primaria	80	74%
	Secundaria	22	20%
	Técnica	2	2%
	Total	108	100%
Viven con	Solo	1	1%
	Cónyuge	30	28%
	Cónyuge/hijos	75	69%
	Padres	0	0%
	Otros	2	2%
	Total	108	100%

ANEXOS

