

# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

## FACULTAD DE ENFERMERÍA



### RELACIÓN DEL AUTOCUIDADO DE LA SALUD CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ADULTOS DE 30 – 59 AÑOS DE EDAD CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO EXTERNO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ. AREQUIPA 2013

Tesis presentada por las Bachilleres:

**CORALIA IVON CHÁVEZ TALAVERA  
DEBBIE STEPHANIE GUILLÉN APARICIO**

Para Optar el Título Profesional de:  
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

**AREQUIPA – PERÚ  
2014**

## PRESENTACIÓN

**SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA  
UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARIA.**

**S.D**

De conformidad con lo establecido en la Facultad de Enfermería que UD. dignamente dirige, presentamos a su consideración y a las señoras miembros del jurado del presente trabajo de investigación: **RELACIÓN DEL AUTOCUIDADO DE LA SALUD CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ADULTOS DE 30 – 59 AÑOS DE EDAD CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO EXTERNO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ. AREQUIPA 2013**, requisito indispensable para optar el Título Profesional de Licenciadas en Enfermería.

Esperamos que el presente trabajo sea de conformidad y que cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Abril del 2014

---

**Coralia Ivon Chávez Talavera**

---

**Debbie Stephanie Guillén Aparicio**

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**DICTAMEN FINAL DEL BORRADOR DE TESIS**

**A** : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez  
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

**DE** : Jurado Dictaminador  
Dra. Delia Núñez de Alvarez  
Dra. Sonia Núñez Chávez  
Mgter. Mirta Cardeña Valverde

**ASUNTO** : Dictamen del Borrador de Tesis  
  
"RELACIÓN DEL AUTOCUIDADO DE LA SALUD CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ADULTOS DE 30-59 AÑOS DE EDAD CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO EXTERNO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ. AREQUIPA 2013"

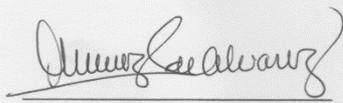
**AUTORAS** : Bach. CORALIA IVON CHÁVEZ TALAVERA  
Bach. DEBBIE STEPHANIE GUILLÉN APARICIO

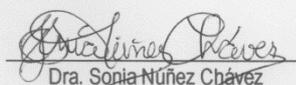
**FECHA** : Arequipa, 03 de abril de 2014

---

Subsanadas las observaciones del Jurado Dictaminador puede pasar a la fase de SUSTENTACIÓN según el reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Enfermería.

Atentamente,

  
Dra. Delia Núñez de Alvarez

  
Dra. Sonia Núñez Chávez

  
Mgter. Mirta Cardeña Valverde

## INFORME DE ASESORIA DE TESIS

**A** : **Mgter. Ruth Romero de Rodríguez**  
Decana de la Facultad de Enfermería

**DE** : **Dra. Dominga Vargas de Flores**  
Asesora del estudio de Investigación

**ASUNTO** : **Asesoría de Tesis Titulada:**

RELACIÓN DEL AUTOCUIDADO DE LA SALUD CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ADULTOS DE 30 – 59 AÑOS DE EDAD CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO EXTERNO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHE. AREQUIPA 2013

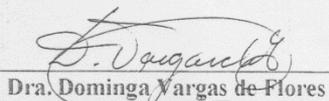
**AUTORAS** : **CORALIA IVON CHÁVEZ TALAVERA**  
**DEBBIE STEPHANIE GUILLÉN APARICIO**

**FECHA** : Arequipa. 31 de Enero del 2014

**Antecedentes:** La asesoría del estudio de investigación se llevó a cabo durante los meses de Setiembre del 2013 a Enero del 2014, tiempo en el que se revisó el Enunciado, los Objetivos, Variables, Justificación, Marco Teórico y el Contenido Operacional; revisión que demandó la reestructuración tanto de la teoría como de la investigación propiamente dicha, en la que se ha considerado tablas estadísticas.

**Apreciación Personal:** Los resultados de la investigación permitirán fortalecer el cuerpo de conocimientos de la profesión de Enfermería.

Atentamente.



Dra. Dominga Vargas de Flores

### DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez  
Decana de la Facultad de Enfermería

DE : Jurado Dictaminador

ASUNTO : Dictamen Proyecto de Tesis “RELACIÓN DEL AUTOCUIDADO  
DE LA SALUD CON LA CALIDAD DE VIDA, DE LOS  
PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL  
CONSULTANTES AL HOSPITAL GOYONECHE AREQUIPA  
2013 “

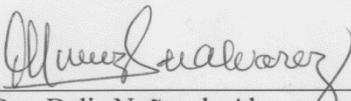
AUTORAS : CORALIA IVÓN CHÀVEZ TALAVERA  
DEBBIE STEPHANIE GUILLÈN APARICIO

FECHA : 21 de octubre 2013

---

Reunido el Jurado Dictaminador y subsanadas las observaciones del Proyecto de Tesis, determina pasar a la fase de ejecución de estudio de investigación

Atentamente.

  
Dra. Delia Nuñez de Alvarez

  
Meter. Mirta Cardeña Valverde

A Dios  
por estar siempre con nosotras  
en nuestro diario caminar



A la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica  
de Santa María, en especial a las docentes que nos han  
brindado conocimiento, para ser profesionales  
preparadas para la vida.

A mis padres Mauricio y Mercy  
Por su ejemplo de superación, amor y comprensión para conmigo.

A mi hermana Ariana  
Por su gran cariño y carisma brindados.

A mis abuelos, en especial a la memoria de mi abuelita Elizabeth,  
por incentivar en mí esta bonita profesión e identificarme más con  
el prójimo.

*Coralia*

A mi padre Leonel  
Quien con su esfuerzo y sacrificio hizo de mi sueño una realidad.

A mi madre Roxana  
Quien estuvo siempre a mi lado brindándome su comprensión y  
apoyo.

A mis abuelos  
Por su amor, comprensión y apoyo constante.

*Debbie*

## INDICE

	<b>PÁG.</b>
INDICE DE ILUSTRACIONES	09
RESUMEN	10
ABSTRACT	11
INTRODUCCION	12

### **CAPITULO I**

#### **PLANTEAMIENTO TEORICO**

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1 Enunciado del Problema	13
1.2 Descripción del Problema	13
1.3 Justificación	15
2. OBJETIVOS	17
3. MARCO TEÓRICO	18
4 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	45
5. HIPÓTESIS	46

### **CAPITULO II**

#### **PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

1. TECNICA E INSTRUMENTO	47
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	47
2.1. Ubicación Espacial	47
2.2. Ubicación Temporal	47
2.3. Unidades de Estudio	47
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	48

### CAPÍTULO III RESULTADOS

PRESENTACIÓN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	50
CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES	67
BIBLIOGRAFÍA	68
ANEXOS	70



## INDICE DE ILUSTRACIONES

<b>TABLAS</b>	<b>PÁG</b>
1. PACIENTES DE 30 – 59 AÑOS DE EDAD CON HIPERTENSION ARTERIAL SEGÚN EDAD	51
2. PACIENTES DE 30 – 59 AÑOS DE EDAD CON HIPERTENSION ARTERIAL SEGÚN GENERO	52
3. PACIENTES DE 30 – 59 AÑOS DE EDAD CON HIPERTENSION ARTERIAL SEGÚN PARENTESCO EN LA FAMILIA	53
4. PACIENTES DE 30 – 59 AÑOS DE EDAD CON HIPERTENSION ARTERIAL SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD PRACTICA DEL AUTOCUIDADO POR LOS PACIENTES DE 30 – 59 AÑOS DE EDAD CON HIPERTENSION ARTERIAL SEGÚN ORIENTACION Y GUIA	54
5. PRACTICA DEL AUTOCUIDADO POR LOS PACIENTES DE 30 – 59 AÑOS DE EDAD CON HIPERTENSION ARTERIAL SEGÚN ACTIVIDADES BIOFISICAS.	55
6. PRACTICA DEL AUTOCUIDADO POR LOS PACIENTES DE 30 – 59 AÑOS DE EDAD CON HIPERTENSION ARTERIAL SEGÚN ACTIVIDADES PSICOSOCIALES.	56
7. PRACTICA DEL AUTOCUIDADO POR LOS PACIENTES DE 30 – 59 AÑOS DE EDAD CON HIPERTENSION ARTERIAL SEGÚN RELACIONES INTERPERSONALES	57
8. PRACTICA DEL AUTOCUIDADO POR LOS PACIENTES DE 30 – 59 AÑOS DE EDAD CON HIPERTENSION ARTERIAL SEGÚN ESTILOS DEVIDA SALUDABLES	58
9. PRACTICA GLOBAL DEL AUTOCUIDADO POR LOS PACIENTES DE 30 – 59 AÑOS DE EDAD CON HIPERTENSION ARTERIAL	59
10. PACIENTES DE 30 – 59 AÑOS DE EDAD CON HIPERTENSION ARTERIAL SEGÚN CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSION BIOFISICA	60
11. PACIENTES DE 30 – 59 AÑOS DE EDAD CON HIPERTENSION ARTERIAL SEGÚN CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSION PSICOEMOCIONAL	61
12. PACIENTES DE 30 – 59 AÑOS DE EDAD CON HIPERTENSION ARTERIAL SEGÚN CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSION SOCIAL	62
13. PACIENTES DE 30 – 59 AÑOS DE EDAD CON HIPERTENSION ARTERIAL SEGÚN DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA	63
14. RELACION DE LA PRACTICA DEL AUTOCUIDADO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES DE 30 – 59 AÑOS DE EDAD	64

## RESUMEN

En la investigación Relación del Autocuidado de la Salud con la Calidad de Vida de los pacientes adultos de 30 – 59 años de edad con Hipertensión Arterial atendidos en el Consultorio Externo de Medicina del Hospital Goyeneche. Arequipa 2013, se planteó el tipo y nivel de estudio, de campo descriptivo, relacional y de corte transversal, tuvo como propósito el indagar sobre la relación que pudiera darse entre el autocuidado de la salud con la calidad de vida de los pacientes adultos hipertensos que son atendidos en el Hospital Goyeneche de Arequipa.

Estudio de dos variables: autocuidado de la salud y calidad de vida y tres objetivos sobre la práctica del Autocuidado de la salud, características de la calidad de vida y sobre su relación. Como técnica para la recolección de datos se usó la encuesta y como instrumento, el formulario de preguntas y el Formulario SF36 - Calidad de vida. Las unidades de estudio fueron 78 pacientes de 30-59 años con diagnóstico de Hipertensión Arterial.

Las conclusiones alcanzadas muestran que los pacientes de 30 a 59 años de edad con hipertensión arterial en más de la mitad recibieron orientación sobre hipertensión arterial, y sobre factores que desencadenan una crisis hipertensiva; en cuanto a la realización de actividades biofísicas, predomina la categoría de desfavorable en un 38% y aceptable en un 33%; sólo la cuarta parte de dichos pacientes realizan constantemente actividades psicoemocionales; cerca de la mitad tienen inadecuadas relaciones interpersonales en su entorno social. La calidad de vida de los pacientes de 30 a 59 años de edad con hipertensión arterial, es regular en más de la mitad con tendencia a una buena calidad. La relación entre la calidad de vida y la práctica del autocuidado es directa, es decir, a una práctica favorable del autocuidado mejor calidad de vida.

A partir de ellas, se sugiere que: La Jefe de Enfermeras del Servicio de Medicina del Hospital Goyeneche coordine con las enfermeras especialistas, para que se incluya cuidados relacionados al autocuidado de la salud e importancia de la calidad de vida, en pacientes adultos con enfermedades crónicas incapacitantes y que el Departamento de Enfermería del Hospital Goyeneche, en coordinación con las enfermeras jefes de los Servicios de Medicina (Hospitalización y Consulta Externa) programe ciclos educativos, los que deben ser aplicados periódicamente tanto a pacientes hospitalizados como de consulta externa.

**Palabras claves:** Autocuidado de la salud – Calidad de Vida – Pacientes Adultos – Hipertensión Arterial.

**Bachiller:** Coralia Ivon Chávez Talavera, baby\_ct\_20@outlook.es, Psje. 2 de Mayo N°100 Huaranguillo - Sachaca, 941227036.

**Bachiller:** Debbie Stephanie Guillén Aparicio, debb-ga25@hotmail.com, Psje. Fco. Mostajo N° 105 Urb. Sta. Rosa-Mariano Melgar, 959110290.

## ABSTRACT

In the Self-Care Sleep Health with Quality of Life of adult patients 30 Research - 59 years with arterial hypertension treated at the outpatient clinic of Hospital Medicine Goyeneche . Arequipa 2013 , the type and level of study, descriptive , relational field and cross-section was raised, was aimed at the I investigate the relationship that might exist between the self-care with the quality of life of adult patients with hypertension who are treated at the Hospital of Arequipa Goyeneche .

Study of two variables: self-care health and quality of life goals and three on the practice of self-care health characteristics of the quality of life and their relationship. As a technique for data collection was used the survey and as a tool, in the form of questions and Form SF36 - quality of life. The units of study were 78 patients aged 30-59 years diagnosed with Hypertension .

The conclusions show that patients 30 to 59 years old with high blood pressure in more than half received guidance on hypertension, and triggers hypertensive crisis , in terms of the realization of biophysical activities , the predominant category unfavorably by 38 % and 33% acceptable , only a quarter of these patients consistently perform psycho-emotional activities, about half have inadequate interpersonal relationships in their social environment. The quality of life of patients 30 to 59 years old with hypertension, is regular in more than half a tendency to good quality . The relationship between quality of life and self-care practice is direct, that is, to practice self-care a favorable quality of life.

From them, it is suggested that: the Head Nurse Service of Hospital Medicine Goyeneche coordinate with nurses, for care related to self-care and the importance of quality of life is included, in elderly patients with disabling chronic diseases and what the Department of Nursing Goyeneche Hospital in coordination with head nurses Medical Services (inpatient and outpatient) regular educational program cycles, which must be periodically applied to both inpatient and outpatient .

**Keywords:** Self-Care for Health - Quality of Life - Adult Patients - Hypertension.

**Bachiller:** Coralía Ivon Chávez Talavera, baby\_ct\_20@outlook.es, Psje. 2 de Mayo N°100 Huaranguillo-Sachaca, 941227036.

**Bachiller:** Debbie Stephanie Guillén Aparicio, debb-ga25@hotmail.com, Psje. Fco. Mostajo N° 105 Urb. Sta. Rosa-Mariano Melgar, 959110290.

## INTRODUCCION

A la Hipertensión Arterial se le concibe como un estado anormal de los pequeños vasos del sistema arterial, en el cual se eleva la presión sistólica, por encima de 140 mm de Hg., y la presión diastólica por encima de 90 mm de Hg.

En la Hipertensión Arterial, los factores que se alteran son primordialmente el gasto cardíaco y la resistencia vascular periférica total. En este proceso hipertensivos, ocurren en los pacientes alteraciones en la fisiología del sistema nervioso simpático adrenérgico, renal y en otros diversos mecanismos hormonales, humorales y hemodinámicos. Situación que demanda de un tratamiento integrado: farmacológico, dietético y estilos de vida modificables y saludables, a través de cuidados integrales de enfermería y del autocuidado de la salud mediante orientación ofertada inicial y periódicamente a los pacientes a fin de que cursen su vida con calidad.

La calidad de vida se relaciona con el cuidado de la salud, porque para realizar el autocuidado se necesita de apoyo físico y psicológico familiar y de convivir en relaciones interpersonales favorables, interactuar socialmente un su entorno y fundamentalmente aprender a vivir con su enfermedad.

Como profesionales de las ciencias de la salud es que nos identificamos con la situación de salud de dicha población, situación que ha demandado de un planteamiento urgente basado en la aplicación del modelo conceptual del autocuidado de la salud para lograr en ellos una mejor calidad de vida.

El informe del estudio está organizado en tres capítulos que dan referencia a la metodología empleada, a la forma como obtener la información y procesarla, y a los resultados, los que analizados e interpretados dieron lugar a la formulación de las conclusiones y recomendaciones.

## CAPITULO I PLANTEAMIENTO TEORICO

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

#### 1.1. Enunciado

RELACIÓN DEL AUTOCAUIDADO DE LA SALUD CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ADULTOS DE 30 A 59 AÑOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO EXTERNO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ. AREQUIPA 2013

#### 1.2. Descripción del problema

##### 1.2.1. Campo, área y línea

**CAMPO** : Ciencias de la Salud  
**AREA** : Enfermería  
**LINEA** : Salud del Adulto y Adulto Mayor

##### 1.2.2. Variables

El estudio tiene dos variables:

**Variable Independiente:** Práctica del Autocuidado.

**Variable Dependiente:** Calidad de Vida de los pacientes adultos con Hipertensión Arterial.

**Análisis de Variables**

VARIABLE	INDICADORES	SUB INDICADORES
Información Sociodemográfica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Edad</li> <li>2. Género</li> <li>3. Posición que ocupa en la familia</li> <li>4. Tiempo de enfermedad</li> </ol>	
<b>Independiente</b> Práctica del Autocuidado de la salud	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Orientación y Guía</li> <li>2. Física y Psicológica                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificación física</li> <li>- Identificación psicológica</li> </ul> </li> <li>3. Relaciones interpersonales</li> <li>4. Asistencia de salud apropiada</li> <li>5. Aprender a vivir con el padecimiento</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hipertensión Arterial</li> <li>2. Factores de Riesgo</li> <li>3. Factores Desencadenantes</li> <li>4. Comportamiento en crisis hipertensiva</li> <li>5. Tratamiento Farmacológico</li> <li>1. Alimentación</li> <li>2. Actividades diarias</li> <li>3. Sueño y descanso</li> <li>4. Ejercicio</li> <li>5. Higiene</li> <li>1. Ansiedad</li> <li>2. Afrontamiento personal.</li> <li>3. Imagen corporal limitada</li> <li>4. Actividades recreativas</li> <li>1. Relaciones con la familia</li> <li>2. Relaciones con el personal de salud</li> <li>1. Tratamiento farmacológico</li> <li>2. Régimen dietético</li> <li>3. Tratamiento crisis hipertensiva</li> <li>1. Estilos de vida saludables</li> <li>2. Prevención de complicaciones</li> <li>3. Cumplimiento del tratamiento integrado</li> </ol>
<b>Dependiente</b> Calidad de vida	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Biofísica</li> <li>2. Psicoemocional</li> <li>3. Social</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Rol físico</li> <li>2.1. Rol psico-emocional</li> <li>3.1. Rol Social</li> </ol> <p>Alto : 100 - 61 Medio : 60 - 31 Deficiente : 30 - 0</p>

### 1.2.3. Interrogantes Básicas

- ¿Cómo realizan la práctica del autocuidado de la salud los pacientes adultos de 30 – 59 años de edad con Hipertensión Arterial, atendidos en el Consultorio Externo de Medicina del Hospital Goyeneche de Arequipa?
- ¿Qué calidad de vida presentan los pacientes adultos de 30 – 59 años de edad con Hipertensión Arterial, atendidos en el Consultorio Externo de Medicina del Hospital Goyeneche de Arequipa?
- ¿Qué tipo de relación existe entre la práctica del autocuidado de la salud y la calidad de vida de los adultos de 30 - 59 años con Hipertensión Arterial atendidos en el Consultorio Externo de Medicina del Hospital Goyeneche de Arequipa?

### 1.2.4. Tipo y Nivel de problema

Tipo : Campo

Nivel : Descriptivo, relacional, de corte transversal

### 1.3. Justificación

El perfil epidemiológico en los últimos años en el Perú, se caracteriza por el creciente aumento de las tasas de incidencia de personas que sufren de hipertensión arterial, considerando a los estilos de vida inadecuados como el factor condicionante prioritario, por el que la población sufre el daño en un porcentaje que supera el 17.4%, especialmente en la población adulta que es la más afectada.<sup>1</sup>

Como profesionales de las ciencias de la salud y específicamente, por la formación académica recibida, es que nos identificamos con la situación de

---

<sup>1</sup>MINSA. Departamento de Estadística. Arequipa, 2008. Pág. 45

la salud de dicha población. Situación que demanda de un planteamiento urgente para controlar y mantener la salud de la población, dentro de ellos es el de la programación de medidas preventivas desde el punto de vista de la enfermedad propiamente dicha.

Para tal efecto, el estudio del problema a investigar fue decisión de las autoras, motivadas por lo expuesto y por la convicción de saber la importancia del tema y de la aplicación de uno de los modelos más importantes de Enfermería, cual es el de los Cuidados Personales, llamado también del Autocuidado de la Salud en los pacientes con Hipertensión Arterial.

Como variable principal tenemos la calidad de vida, la misma que en los pacientes a investigar está deteriorada, porque no practican estilos de vida saludables que los conlleven a una mejor función y rol físico, emocional y social.

La calidad de vida se relaciona con el autocuidado de la salud, porque para realizar las actividades antes señaladas se necesita de apoyo físico y psicológico familiar y de convivir en relaciones interpersonales buenas o favorables, interactuar socialmente en su entorno y fundamentalmente, aprender a vivir con su enfermedad.

Asimismo, analizando tal realidad y habiendo tenido en el transcurso de las prácticas clínicas, la asignación de pacientes con Hipertensión Arterial es que motivó la realización del presente estudio relacionado a la aplicación de modelos de atención de Enfermería acorde con este tipo de pacientes, en este caso el de Autocuidado, queriendo con esta investigación aportar en definitiva la participación activa, el desenvolvimiento y ejecución de todos y cada uno de los integrantes de la familia de los pacientes hipertensos, iniciando día a día la tarea de conservar su vida; salud y bienestar;

plasmando en ellos una autoconfianza y un eficaz desenvolvimiento de su tratamiento y recuperación.

La presente investigación posee relevancia social, porque en los últimos tiempos la aplicación de modelos conceptuales han adquirido gran importancia, entonces creemos la necesidad de dar un apoyo sostenido al AUTOCUIDADO del paciente, mejorando su estatus de vida, por cuanto el Modelo de Dorotea Orem se centra en el arte y la práctica de enfermería, la cual describe la asistencia proporcionada a las actividades del cuidado propio, cuando el usuario es incapaz de realizarlas parcial o totalmente.

Un importante motivo que impulsa a las autoras a realizar la investigación es el de obtener el título profesional de Licenciadas en Enfermería.

## 2. OBJETIVOS

- Determinar la forma de realizar el autocuidado de la salud en los pacientes adultos de 30 – 59 años de edad con Hipertensión Arterial, atendidos en el Consultorio Externo de Medicina del Hospital Goyeneche de Arequipa.
- Determinar la calidad de vida de los pacientes adultos de 30 – 59 años de edad con Hipertensión Arterial, atendidos en el Consultorio Externo de Medicina del Hospital Goyeneche de Arequipa.
- Establecer el tipo de relación que se da entre la práctica del autocuidado de la salud y la calidad de vida de los pacientes adultos de 30 – 59 años de edad con Hipertensión Arterial atendidos en el Consultorio Externo de Medicina del Hospital Goyeneche de Arequipa.

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. CALIDAD DE VIDA

##### 3.1.1. Definiciones

La calidad de vida se define en términos generales como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influida por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo.

La calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”. Para poderse evaluar debe enfocarse como concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en la escuela, empleo, situación económica. Por esto la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), la calidad de vida es: “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas e inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Velarde Jurado E. Avila Figueroa, C. Consideraciones Metodológicas para evaluar la Calidad de Vida. México: Harley; 2000, p. 448.

El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos. El nivel de vida son aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativa o incluso monetaria como el nivel educativo, las condiciones de vivienda, es decir, aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que se reflejan como la salud, consumo de alimentos, seguridad social, ropa, tiempo libre, derechos humanos. Parece como si el concepto de calidad de vida apareciera cuando está establecido un bienestar social como ocurre en los países desarrollados.

### **3.1.2. Dimensiones de la calidad de vida**

Las tres dimensiones que integralmente comprenden la calidad de vida relacionado con la salud son:

#### **A. Dimensión física**

Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.

#### **B. Dimensión psicológica**

Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

#### **C. Dimensión social**

Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida, como la necesidad de apoyo familiar y social, la

relación médico-paciente, el desempeño laboral.

Casi podríamos hacer un paralelismo entre el concepto clásico de la felicidad, como dice la canción: “Tres cosas hay en la vida: salud (dimensión física), dinero (dimensión social) y amor (dimensión psicológica)”

### 3.1.3. Características de la calidad de vida

#### A. Concepto subjetivo:

Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida. Ejemplo la felicidad.

#### B. Concepto universal

Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.

#### C. Concepto holístico

La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo.

#### D. Concepto dinámico

Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.

#### E. Interdependencia

Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Velarde Jurado E. Avila Figueroa, C.Op. Cit. p. 463.

## 3.2. AUTOCUIDADO

### 3.2.1. Definición

En el marco de la lucha que supone la vida diaria, las personas llevan a cabo acciones o secuencias de acciones dirigidas a ellos mismos o hacia aspectos de su entorno para contribuir a la continuidad de la vida al automantenimiento, a la salud y bienestar personal.

*"El Autocuidado es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud bienestar".<sup>4</sup>*

Los autocuidados son acciones positivas y prácticas que se precisan para la realización de una decisión.

### 3.2.2. Requisitos del autocuidado.

Son la expresión de los objetivos que se han de alcanzar, de los resultados que se desea obtener, del compromiso deliberado con el autocuidado, son los medios para llevar a cabo las acciones que constituyen el autocuidado.

Estos se pueden dividir en 2 categorías:

#### A. Requisitos Universales:

Llamados también necesidades de base, actividades de la vida cotidiana, higiene personal, física y mental y comprenden:

- El aire.

---

<sup>4</sup>MARRINER, Ann. " Modelos y Teorías en Enfermería ".Editorial Mateu Cromo. Primera Edición España, 1994. Pp. 182.

- Agua.
- Alimentación.
- Eliminación.
- Actividad y descanso.
- Comunicación e interacción social.
- Prevención de riesgos.
- Promoción de la actividad humana.

Cuando se proporcionan de forma eficaz, el autocuidado fomenta positivamente la salud y el bienestar.

#### **B. Requisitos del autocuidado relativos al desarrollo.**

Promueven procedimientos para la vida y la maduración y previenen las circunstancias que perjudican esa maduración o disminuyen sus efectos.

### **3.2.3. El Autocuidado de la Salud según Dorotea Orem**

El modelo de Dorotea Orem se centró en el arte y la práctica de Enfermería, la cual se describe como asistencia proporcionada a las actividades del cuidado propio, cuando el paciente es incapaz de realizar dichas actividades. El autocuidado es una tarea que el paciente inicia y realiza personalmente para conservar la vida, la salud y el bienestar, contribuye a preservar y fomentar la integridad estructural, la función y el desarrollo.

En el autocuidado del paciente hipertenso consideramos a la Teoría del déficit del autocuidado de Dorotea Orem

#### **3.2.3.1. Principales Conceptos y Definiciones**

Orem considera su teoría como una teoría general constituida por tres teorías relacionadas:

- a. La Teoría del Autocuidado que describe y explica el autocuidado.
- b. La Teoría del Déficit de Autocuidado que describe y explica las razones por los que la Enfermería puede ayudar a las personas.
- c. La Teoría de los Sistemas de Enfermería que precisa y explica las relaciones que son necesarios establecer y mantener para que se dé la Enfermería.

Orem en su teoría nos alcanza definiciones sobre teoría, autocuidado y enfermería.

Una **teoría** es un enunciado con apoyo científico, que describe y explica o predice las interrelaciones entre los conceptos, estos conceptos y enunciados teóricos se interrelacionan y están sujetos a comprobación. Diferentes definiciones y niveles de teoría están descritos en la literatura, algunos autores clasifican las teorías como descriptivas, explicatoria y predictivas: La teoría descriptiva, el nivel más bajo identifica los elementos o eventos principales de los fenómenos y sus relaciones, pero no explican cómo o por qué se relacionan; la teoría explicatoria intenta definir las relaciones casuales entre los conceptos, por último, la teoría predictiva predice en forma consistente los resultados futuros, es el nivel más deseable pero el más difícil de analizar y comprobar.

El **autocuidado** es una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar. Explica el autocuidado como una necesidad humana.

A la **Enfermería** la define como un servicio humano e indica que el aspecto especial de la Enfermería es una necesidad personal de proporcionar actividades de autocuidado de forma continua para el mantenimiento de la vida y la salud o para la recuperación tras la enfermedad o la lesión. Afirma que los componentes del método de Orem se centra principalmente a las necesidades del ser humano

que en relación con el “Autocuidado”, definiéndose éste como: “Las acciones que permiten al paciente mantener la salud, el bienestar y responder de manera constante a sus necesidades para mantener la vida y la salud, curar las enfermedades o heridas y hacer frente a sus efectos”. El “Autocuidado” es indispensable. Cuando desaparece, la enfermedad y la muerte se pueden producir.

Las enfermeras deben a veces realizar o mantener esos cuidados de una manera permanente para personas en completa minusvalía. En otros casos ayudan a sus pacientes a mantener los autocuidados cumpliendo algunas tareas, supervisando a otras personas que asisten al paciente e instruyendo al mismo paciente cuando avanza gradualmente hacia una realización total de autocuidado.

Los servicios de la enfermera son indispensables cuando el enfermero es incapaz de asegurarse la cantidad y calidad de “Autocuidados” necesarios para el mantenimiento de la vida y la salud.

#### **A. Demanda de Autocuidado Terapéutico**

Una demanda de autocuidado terapéutico es una entidad de carácter humano, con una base objetiva en la información que describe al paciente desde el punto de vida estructural, funcional y del desarrollo. Se basa en la teoría de que el autocuidado es una fuerza reguladora humana y en hechos y teorías de las ciencias humanas y medioambientales. Comprende:

- **Acción de Autocuidado.** Es la habilidad adquirida compleja para identificar las necesidades continuas de asistencia de uno mismo que regulan los procesos vitales, mantienen o promueven la integridad de la estructura, actividad y desarrollo humano, y promueven el bienestar.
- **Agente.** Un agente es la persona que ejecuta la acción.
- **Agente de Autocuidado.** Es el que proporciona el autocuidado.

- **Agente de Asistencia Dependiente.** Un agente de asistencia dependiente es el que se ocupa de la asistencia de niños o de adulto dependientes.
- **Déficit de Autocuidado.-** Es “una relación entre la demanda de autocuidado de las propiedades humanas en las que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o prevista”.
- **Acción de Enfermería.** Propiedad o atributo complejo de las personas formadas y entrenadas como enfermeras que capacita para conocer y ayudar a los demás a conocer su demanda de autocuidado terapéutico, para ayudar a los demás a identificar su demanda de autocuidado terapéutico y para ayudar a los demás a controlar el ejercicio o el desarrollo de su acción de autocuidado dependiente.
- **Sistema de Enfermería.** Serie continua de acciones que se producen cuando las enfermeras vinculan una o varias formas de ayuda a sus propias acciones o a las acciones de las personas a las que está asistiendo y que están dirigidas a identificar las demandas de autocuidado terapéutico de esas personas o a regular la acción de su autocuidado.

#### **a. Sistemas de Enfermería Totalmente Compensadores**

Los sistemas de enfermería totalmente compensadores son necesarios cuando la enfermera está compensando una incapacidad total o una prescripción en contra del paciente para realizar actividades de autocuidado y de manipulación”.

**b. Sistemas de Enfermería Parcialmente Compensadores.**

“Los sistemas de enfermería parcialmente compensadores son aquellos en los que tanto la enfermera como el paciente realizan medidas de asistencia y otras actividades que impliquen labores manipulativas o de ambulatorias.

**c. Sistemas de Apoyo Educativo.**

Los sistemas de apoyo educativo son para aquellas situaciones en el que el paciente es capaz de realizar o puede y debe aprender a realizar las medidas requeridas de autocuidado terapéutico interno o externo, porque no puede hacerlo sin ayuda.

- **Métodos de ayuda.** Incluyen actuar o hacer por; guiar; apoyar; y proporcionar un entorno que estimule el desarrollo”.
- **Salud.** Para Orem es el bienestar BioPsico Social, aspectos inseparables del paciente, y no sólo ausencia de dolencia.
- **Autocuidado.** Actividades que realiza una persona por si misma cuando puede hacerlo y contribuye a su salud.
- **Deficiencia de Autocuidado.** Falta de capacidad del paciente para realizar todas las actividades necesarias para un funcionamiento saludable.
- **Necesidad de Autocuidado.** Necesidades universales o relacionadas con la obtención u obstaculización de la salud.
- **Demanda de Autocuidado.** Medidas terapéuticas requeridas para satisfacer las necesidades.

El fundamento del modelo de la teoría de Orem es el concepto de autocuidado, considerado como acto propio del paciente, que sigue

un patrón y una secuencia y que, cuando se lleva a cabo eficazmente contribuye en forma específica a la integridad estructural, al funcionamiento, y al desarrollo de los seres humanos.

- Las actividades de autocuidado se aprenden.
- Son afectados por las creencias, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad.
- Edad, etapa de desarrollo y estado de salud.

La enfermería se ocupa de la necesidad que tienen los pacientes de tomar medidas de cuidado propio con el fin de ayudar al paciente a conservar la vida y la salud, se recupere de una enfermedad o lesión, y a hacer frente a los efectos ocasionados por las mismas. Cualquier desviación de la estructura o del funcionamiento se denomina ausencia de salud en el sentido de unidad e integridad.

La autora afirma que el aspecto físico psicológico, interpersonal y social de la salud son inseparables en el paciente. El ser humano es una unidad que funciona biológica, simbólica y socialmente.

Asimismo, afirma que todas las personas poseen condiciones universales de autocuidado.

- Conservación de una ingestión suficiente de aire, agua y alimento.
- Suministro de cuidado asociado al proceso de eliminación y excrementos.
- Manteniendo un equilibrio entre la actividad y el descanso, y entre la soledad y la interacción social.
- Evitar los riesgos para la vida, funcionamiento y bienestar.
- Promover el funcionamiento y desarrollo de los seres humanos dentro de grupos sociales de acuerdo con las potencialidades.

Las necesidades antes mencionadas exigen que se tomen medidas a las que se les da el nombre de Demanda de Autocuidado Terapéutico. Los requisitos de autocuidado universales y asociados con el desarrollo dan por resultado la conservación y promoción de la salud y la prevención de enfermedades específicas y son conocidos como demanda de autocuidado para la prevención primaria.

Los requisitos de autocuidado relacionados con las desviaciones de la salud conducen a prevenir complicaciones y evitar la incapacidad prolongada después de una enfermedad. La demanda de autocuidado para la prevención secundaria está relacionado con la demanda de autocuidado para la prevención terciaria.

## **B. Categorías**

- a) Los requisitos universales del autocuidado son comunes para todos los seres humanos e incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos y promoción de la actividad humana. Fomenta positivamente la salud y el bienestar.
- b) Los requisitos del autocuidado relativos al desarrollo, promueven procedimientos para la vida y la maduración, previenen las circunstancias perjudiciales o mitigan su efecto, ciclo vital, Estado Civil y en situaciones especialmente de la vida graves, como el parto.
- c) Los requisitos del autocuidado en las alteraciones de la salud, enfermedad o lesión. La enfermedad o la lesión no afectan solamente las estructuras y los mecanismos fisiológicos o psicológicos sino el funcionamiento humano integrado cuando éste está seriamente afectado en forma permanente o temporal.

Las necesidades de autocuidado surgen tanto del estado patológico como de los procedimientos utilizados para su diagnóstico o su tratamiento, para que las personas sean capaces de utilizar un sistema de autocuidado, en estas situaciones tienen que ser capaces de aplicar los conocimientos necesarios oportunos para su propio cuidado.<sup>5</sup>

### 3.3. HIPERTENSIÓN ARTERIAL

#### 3.3.1. Definición

Al hablar del paciente hipertenso nos referimos a la persona que presenta una presión arterial media por encima de los límites considerados como normales. Por lo general, la presión arterial media que pasa de 110 mm Hg. bajo condiciones de reposo, se le considera como presión arterial alta.

El comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud, acogiendo las experiencias y conocimientos de algunos pacientes, recomendó considerar paciente hipertenso a las personas con una presión arterial sistólica o diastólica o ambas elevadas, donde el nivel de presión arterial diastólica es igual o superior a 90 mm Hg. Y el de la presión arterial sistólica es superior a 140 mm Hg.<sup>6</sup>

Para entender las anomalías de la presión arterial. Es necesario conocer primero el normal funcionamiento de esta, por esto se considera que: La presión arterial es la fuerza ejercida por la sangre en el interior de las paredes arteriales del organismo, por contracción del ventrículo izquierdo del corazón, pues la sangre es forzada a salir de dicha cavidad con violencia para dirigirse a las arterias y venas.<sup>7</sup>

<sup>5</sup> MESIAS DE DELGADO. L. Modulo Modelos y Teorías de Enfermería. Segunda Especialidad Cuidado Enfermero en Emergencia y Desastres. Universidad Católica de Santa María. Arequipa, 2010. Pág. 24

<sup>6</sup> OPS. OMS. La Hipertensión como problema de Salud Comunitaria. Editorial PALTEX, EEUU, 2000. Pág 12.

<sup>7</sup> HURTADO MUÑOZ, Oscar y Colaboradores Hipertensión Arterial y la Tercera Edad. Revista Diálogo Médico N° 6 (Agosto 2000 Pág N° 15-16.

Existen dos valores que controlan la presión arterial, un valor máximo o presión arterial sistólica y un valor mínimo o presión arterial diastólica.

La presión arterial sistólica está determinada por la velocidad y el volumen del vaciamiento ventricular y por la distensibilidad de la aorta. Normalmente las paredes de la aorta son elásticas y producen el volumen de sangre que penetra en ella con la contracción ventricular. Esta presión puede elevarse debido a la pérdida de elasticidad de las arterias.

La presión arterial diastólica es la presión registrada durante el período de relajación ventricular, depende de la resistencia periférica y del intervalo y del llenado diastólico. La velocidad del flujo del sistema arterial general depende del estado de la resistencia periférica. Si hay vasoconstricción, la sangre habrá de fluir a una presión aumentada para superar la resistencia, lo que contribuye al aumento de la presión diastólica.

La presión arterial es regulada por el sistema nervioso autónomo, los riñones y las glándulas endocrinas. Los mecanismos que rigen su control son: el gasto cardíaco y la resistencia vascular periférica total.<sup>8</sup>

El gasto cardíaco viene a ser la cantidad de sangre que bombea el corazón cada minuto hacia la aorta, y a la vez se encarga de transportar sustancias hacia los tejidos. La resistencia vascular periférica total es la oposición de los capilares al paso de la sangre determinada por la viscosidad de la sangre y por el calibre de los vasos de resistencia.

Otros factores que rigen el normal funcionamiento de la presión arterial son la elasticidad de las paredes arteriales y el volumen sanguíneo.

---

<sup>8</sup> KAPLAN, Norman. "Manejo de la Hipertensión". 7ma. Ed., Editorial D'VINNI, Colombia, 2003.

También es importante conocer lo que es la presión arterial media, la que se define como el promedio que ocurre durante la totalidad de cada ciclo de latido cardíaco. Viene a ser un valor constante capaz de asegurar un rendimiento similar al de una presión fluctuante. La presión media de un adulto normal es, en promedio 100 mm Hg. También se define como la fuerza media que impulsa la sangre a todo el sistema arterial.

La presión diferencial también llamada presión del pulso, es la diferencia existente entre la presión arterial sistólica o máxima y la presión arterial diastólica o mínima; las variaciones en la presión del pulso están determinadas por los factores que aumentan las presiones diastólica y sistólica.

Dentro de los sistemas que regulan la presión arterial está el sistema renina-angiotensina, que es un mecanismo vasoconstrictor que nivela los valores de la presión arterial.

La hipertensión arterial es un estado anormal de los pequeños vasos del sistema arterial, en el cual se eleva la presión sistólica y la presión diastólica.

En la hipertensión arterial, los factores que se alteran son primordialmente el gasto cardíaco y la resistencia vascular periférica total. En el proceso hipertensivo de un paciente, ocurre alteraciones fisiopatológicas que afectan el sistema nervioso simpático adrenérgico, al riñón, al sistema renina-angiotensina y a otros diversos mecanismos hormonales, humorales y hemodinámicos.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> O.P.S., OMS. "La Hipertensión como Problema de Salud Comunitaria". Editorial Serie PALTEX, EE.UU., 2002.

Las fibras del sistema nervioso simpático inervan el corazón, las venas, las arterias y arteriolas estimulando la actividad, contractibilidad y frecuencia cardiaca que a su vez modifica la capacidad y resistencia del flujo sanguíneo por los tejidos. En la hipertensión arterial, los mecanismos de retroalimentación los barorreceptores, que son terminaciones nerviosas de la circulación mayor (arco carotídeo y arterias carótidas) que al ser estimulados por aumento de la presión arterial se distienden, inhiben el centro vasoconstrictor del bulbo y estimulan el centro vagal, produciendo vasodilatación de todo el sistema circulatorio periférico, disminución de la frecuencia cardiaca y de la potencia de la contracción; por lo tanto, disminuye el gasto cardiaco y la resistencia vascular periférica produciendo disminución de la presión arterial.

En el riñón, la hiperactividad del sistema renina-angiotensina produce constricción arterio-renal, provocando aumento de las resistencias periféricas totales y también una retención renal de agua y sodio a nivel de los túbulos renales debido a la hipersecreción de aldosterona, lo que origina un aumento en el volumen extracelular incrementándose el gasto cardiaco y la resistencia periférica total.

Los factores humorales se encargan de la regulación de sustancias que se encuentran en los líquidos corporales, por ejemplo, hormonas, iones, etc.; algunas de estas sustancias se forman en glándulas especiales y se transportan a continuación por la sangre hacia todo el cuerpo, otras se forman en tejidos específicos y producen efectos circulatorios locales, los más importantes son los agentes vasoconstrictores como vasopresina, adrenalina, noradrenalina y angiotensina II, que se alteran en la hipertensión arterial.

### 3.3.2. Hipertensión Arterial Esencial o Primaria

Denominada así a la presión arterial elevada sin causa orgánica evidente; se atribuye que este tipo de hipertensión arterial puede deberse a factores genéticos y ambientales que juegan un importante papel en su desarrollo.

Actualmente, se considera a los siguientes factores como condicionantes de la hipertensión arterial esencial.

### 3.3.3. Factores de Riesgo

#### A. Factores genéticos: Herencia, raza, edad y sexo

La hipertensión arterial lábil está claramente relacionada con la edad, afecta sobre todo a personas mayores de 30 años.

Se considera que la presión arterial oscilante es común en adultos debido al aumento del gasto cardíaco con o sin aumento de la resistencia vascular periférica. Algunos investigadores piensan que se ha debido a impulsos simpáticos – adrenérgicos que surgen en el sistema nervioso central en la corteza del hipotálamo o en centros bulbares o cardiovasculares. Pickering ha sugerido que tales factores operan a través de la mente, no hay duda alguna de que los factores emocionales provocan descargas neurohumorales provenientes de los centros corticales más altos y que estos, a su vez aumentan los impulsos, elevándose la presión arterial mediante vasconstricción arteriolar.

La diferencia de los niveles de presión arterial con o entre la 3ra y 7ma década de vida varía entre 4,0 a 10,5 mm Hg para la presión sistólica y entre 3,5 a 7,0 mm Hg para la presión diastólica.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup>OPS., OMS. La hipertensión como Problema de Salud comunitaria. Editorial Serie PALTEZ, EEUU, 2000 Pág. 26-27

Este aumento de los niveles de la presión arterial con la edad, no es una consecuencia biológica del envejecimiento, sino que depende de otros factores como antecedentes familiares de hipertensión arterial.

Algunos estudios muestran que la elevación de la presión arterial con la edad es debida a factores genéticos y los restantes a factores ambientales.

En relación al sexo, la hipertensión arterial es mejor tolerada en personas del sexo femenino; la tasa de mortalidad en cualquier nivel de hipertensión arterial es mayor en mujeres que en varones, debido a factores psicosociales como el stress emocional al que se encuentran sometidas, ya que muchas de ellas están frente a dos responsabilidades distintas, el hogar y el trabajo, los cuales constituyen ambientes opuestos y con diferentes problemas que producen tensiones que varían de un día a otro.

Considerando el factor raza, los autores en su mayoría indican que las personas de raza negra la sufren en mayor proporción, los índices de morbilidad y mortalidad son mayores que en otras razas. Los factores tanto genéticos como ambientales son responsables de la mayor incidencia de hipertensión arterial, quizás tenga que ver los altos niveles de stress relacionados con el estatus minoritario y la pobreza.

Dos manifestaciones de la incidencia más alta de la hipertensión arterial son la incidencia de accidentes vasculares cerebrales y la enfermedad renal terminal.<sup>11</sup>

Las personas de raza negra tienden a ser más sensibles al sodio. Sus niveles más bajos de actividad de la renina en plasma pueden reflejar una

---

<sup>11</sup>KAPMAN, Norma. Manejo de la Hipertensión. 8ta Ed., Editorial D´vinni, Colombia 2003. Pág, 66-67.

expansión relativa de volumen y/o mas perdida de células yuxtglomerulares renales productoras de renina, debido a nefroesclerosis mas extensa.

Según algunos autores, la presión arterial tiene un carácter hereditario. Las claras comprobaciones de transmisiones hereditarias poligénicas no pueden excluir la posibilidad de que un solo par de genes o un número de éstos integran de manera decisiva el aumento de los valores de la presión arterial.

**B. Factores psicosociales:** Stress emocional y psicosocial, tensión y personalidad de tipo A.

El stress es la consecuencia de la adaptación de nuestro cuerpo y nuestra mente a los cambios.

Expresado en términos algo más científico, es la reacción fisiológica del comportamiento de un individuo, que se esfuerza por amoldarse a las presiones tanto internas como externas y el deseo de adaptarse a las mismas.

Donde quiera que el hombre actúa activamente sobre otras personas y sobre su medio se genera una cierta medida de stress; al producirse, el sistema nervioso vegetativo posibilita una acción física, vierta la hormona causante del stress (adenocorticotrópica liberada por la adenohipófisis, adrenalina y noradrenalina liberadas por la médula adrenal del riñón) en las vías de circulación de la sangre aumentando la frecuencia cardiaca y la presión arterial, ello va unido a una respiración acelerada, una elevada tensión muscular y una rápida alimentación de energía. Una vez desaparecido el peligro, el hombre vuelve a la calma,

pero si el estímulo externo es continuo, la presión arterial y la frecuencia cardiaca estarán continuamente elevados.

El hombre se desenvuelve dentro de un círculo vicioso, que provoca un desequilibrio en su cuerpo, ya que diversas funciones se aceleran inútilmente, esto provoca una mayor demanda de vitaminas y minerales, las que deben cubrirse, de lo contrario genera una carencia que en principio se caracteriza por nerviosismo, irritabilidad, cansancio, falta de concentración y depresión; estos factores de stress se intensifican generándose un círculo vicioso que provoca el aumento de la presión arterial.

La curva del stress en cierta medida, es indispensable para nuestra salud y nuestra capacidad productiva; el aburrimiento y una escasa estimulación, pueden ser perjudiciales, esta curva del stress varía de un individuo a otro, pero en todos alcanza un punto en el cual, el stress ya no actúa en forma positiva, como un efecto estimulante, sino que actúa en forma perjudicial para la salud y el rendimiento.

Las características de la fase positiva del stress son:

- Vitalidad
- Capacidad de entusiasmarse
- Optimismo
- Resistencia a las enfermedades
- Vivacidad
- Relaciones personales óptimas

En la fase negativa del stress, las características son:

- Cansancio
- Irritabilidad

- Falta de concentración
- Depresión
- Pesimismo
- Susceptibilidad a las enfermedades
- Baja productividad, poca creatividad

Existen muchas causas de stress. Entre ellos están:

Los cambios que ocurren en la vida diaria, los constantes problemas que surgen cotidianamente, originan la aplicación de una cierta dosis de cambio, que permite superar nuestra capacidad de adaptación. Esta forma parte de la fase negativa del stress, en donde el equilibrio mental y físico no se encuentran asegurado, lo que produce perturbaciones del ritmo natural, provocando irritabilidad, cefalea y un ritmo alternado del sueño.

El exceso de responsabilidad, la falta de tiempo, la carencia de apoyo y las expectativas exageradas contribuyen a crear este cuadro de excesiva exigencia.

La mejor forma de combatir estas situaciones que provocan stress, es a través de una alimentación equilibrada, pero la experiencia muestra que es el punto que más se descuida, de este modo se genera una carencia de ciertas vitaminas y minerales, lo que provoca el actuar del circuito vicioso y el stress se acrecienta.

La reacción ante una fase negativa de stress abarca el cerebro y la totalidad de sus funciones del cuerpo, lo que ocasiona insomnio, que es uno de los primeros síntomas de stress. El sueño es la principal fuente de recuperación emocional y física, ya que favorece la recuperación y el equilibrio del sistema nervioso. Otros síntomas posibles son la pérdida de apetito, trastornos digestivos, úlceras gástricas, obesidad, falta de

concentración, agresividad y trastornos psíquicos.

También el tipo personalidad influye en el aumento de la presión arterial, los pacientes con personalidad de tipo A tienden a sufrir de Hipertensión Arterial por su carácter competitivo, agresivo, impaciente e irritable.

**C. Factores Alimenticios:** Exceso de consumo de sal, alcohol, tabaco y café.

El sodio es el ión más abundante en el líquido extracelular del organismo, interviene junto con los cloruros y bicarbonatos en la regulación de la presión osmótica y en el mantenimiento del equilibrio hídrico del organismo.

El consumo de sodio en un paciente hipertenso produce incremento del volumen del líquido extracelular, aumento del flujo de la sangre por el riñón, y como hay una hiperactividad vasoconstrictora del sistema renina-angiotensina, hay mayor retención del sodio y agua, lo que activa a este sistema, produciendo un aumento de la secreción de aldosterona y desarrollando edema, dando como consecuencia hipertensión arterial.

En pobladores, cuyo consumo de sal es de tres gramos a menos en 24 horas, sus presiones son bajas y en zonas donde la ingestión de sal es de 7 a 8 gramos, la presión arterial es elevada.<sup>12</sup>

Es necesario tener presente que la mayoría de alimentos procesados, como las verduras en lata, algunos embutidos y cereales tienen alto contenido de sodio, que el paciente hipertenso debe evitar o disminuir.

Las grasas saturadas en la dieta elevan hasta en un 15% a 25% la concentración plasmática del colesterol, siendo sus valores normales de 150 a 270 mg/100ml., este aumento de colesterol produce a lo largo una

---

<sup>12</sup>CECIL L. Tratado de Medicina Interna. 20 Edición Editorial Interamericana S.A., Barcelona, 2002 pag 141-142.

hipercolesterolemia y aterosclerosis, que guarda una estrecha relación con el sobrepeso.

El café es un alcaloide que contiene cafeína, ácido clorogénico, trigoneína, aceites grasos y tanino, tiene la propiedad de estimular el sistema nervioso central, promueve y estimula el sistema nervioso central, promueve y estimula las funciones cerebrales, produce vasodilatación, desórdenes circulatorios, aumenta el ritmo cardíaco, produce insomnio y estimula la secreción de jugos gástricos, biliares y digestivos. Su abuso causa palpitaciones produciendo hiperactividad del sistema vaso constrictor renina-angiotensina y libera mayor cantidad de adrenalina, elevando presión arterial.

El consumo de alcohol puede elevar la presión sanguínea, afectando también el sobrepeso, ya que una onza de alcohol al día, tal vez no eleve la presión sanguínea, pero proporciona protección en contra de la enfermedad cardíaca coronaria.

Sin embargo, en múltiples encuestas, se ha demostrado que el consumo diario de más de una onza de alcohol al día eleva la presión sanguínea y con frecuencia se piensa que el consumo de más de dos onzas al día está relacionado con una hipertensión arterial manifiesta, debido a que es una de las mayores fuentes de calorías, aproximadamente 7 calorías por cada gramo de líquido de alcohol.

El ser humano tiene la extraña costumbre de añadir a la sangre, a veces o frecuentemente, elementos que pueden ser beneficiosos o dañinos. El exceso frecuente de la ingestión de alcohol conduce a desórdenes del miocardio y eleva la presión arterial, siendo capaz de producir vasodilatación.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup>AZABACHE, Willy. "Alcohol en la Sangre». Revista Galeno, N° 12(Agosto, 2001). Pág. 12

Las bebidas alcohólicas traen como consecuencia muchos efectos, pues deshidrata el protoplasma y endurece los tejidos; en la circulación, la pared interna del corazón se irrita y produce palpitaciones, las arterias pierden su elasticidad y los capilares se dilatan.<sup>14</sup>

La información sobre las investigaciones publicadas en las últimas décadas, se basan en afirmaciones como: el consumo de cigarrillos constituye un factor coadyugante de incidencia en el infarto del miocardio, ya sea este mortal o no, y también produce otros daños como la hipertensión arterial.

A medida de que se va consumiendo los cigarrillos aumenta la cantidad de monóxido de carbono en el organismo.<sup>15</sup>

El monóxido de carbono desempeña una función importante en los mecanismos fisiopatológicos en el sentido que aumenta la cardiopatía izquémica.

Cuanto más elevado sea el consumo de cigarrillos, mayor será la elevación de la presión arterial. El grado de inhalación hace que el monóxido de carbono, que tiene afinidad por la hemoglobina mucho mayor que la del oxígeno, entorpezca el transporte de ésta, de dos maneras: en primer lugar, entra en competencia con el oxígeno en cuanto a los puntos de enlace de la hemoglobina y en segundo lugar, aumenta la afinidad de la hemoglobina restante por el oxígeno, de modo que un determinado momento la cantidad de oxígeno liberado en los tejidos es menor.

La primera vez que se fuma, el tabaco produce un malestar indefinible, que a veces se acompaña de náuseas y vómitos, la segunda vez es

---

<sup>14</sup>VIDAL, Gustavo. Anatomía y Fisiología. 3ra. Ed., Editorial Stella Vismonte, España, 2001. Pág. 10

<sup>15</sup> OPS. La Hipertensión Arterial como Problema de Salud Comunitaria. Editorial serie PALTEX, EE.UU. 2003. Pág., 96

tolerado fácilmente y el uso seguido provoca una necesidad que genera un vicio costoso, peligroso y nocivo.

El uso moderado del tabaco activa la respiración hace que las contracciones del corazón sean más enérgicas y al final, éstas se reemplazan por palpitaciones. Todo esto produce pérdida de la elasticidad y endurecimiento de las arterias, lo que ocasiona arteriosclerosis

**D. Otros factores:** Sedentarismo y peso.

El sedentarismo es la falta de actividad física que ayuda a aumentar el poder del corazón, fortificar los músculos y activar las funciones orgánicas.

Un buen número de estudios han demostrado que el ejercicio isotónico regular (dinámico o aeróbico) se acompaña de una baja de la presión sanguínea. Durante el ejercicio isotónico, el gasto cardíaco se eleva, pero la resistencia periférica disminuye a partir de la vaso dilatación en la vasculatura muscular. La presión sanguínea sistólica se eleva pero la presión diastólica tiende a bajar o permanecer igual hasta que después de un período de práctica del ejercicio normaliza la presión arterial. Esta práctica de ejercicios está especialmente recomendada a individuos hipertensos en su fase primaria o inicial.

Numerosos estudios, han establecido con claridad la existencia de una estrecha relación entre peso y prevalencia e incidencia de hipertensión arterial, cuanto mayor es el peso mayor es la presión arterial.

Una persona tiende a ganar peso entre los 25 a 40 años de edad y el depósito de grasas aumenta todavía más después de los 40 años.

Una de las principales causas de hipertensión arterial es el sobrepeso, el cual se describe como estado corporal caracterizado por almacenamiento

excesivo de grasa, que es el resultado de un balance energético positivo y proviene de un ingreso calórico mayor a las necesidades energéticas del organismo, lo que provoca un desequilibrio. Este desequilibrio conduce a una hipercolesterolemia que es el aumento del colesterol en la sangre, el cual se absorbe diariamente por el aparato gastrointestinal. (colesterol endógeno).

El aumento del colesterol ingerido diariamente incrementa en un pequeño grado la concentración plasmática, al presentarse este factor, puede ocasionar aumento de la presión arterial debido a que la sangre se torna más áspera o que las paredes arteriales se llenan de grasa, lo que produce un mayor trabajo cardíaco en cuanto a la entrada de la sangre (Presión arterial Sistólica) y salida (presión arterial diastólica). Otras consecuencias de este aumento de grasa, son el infarto del miocardio y la predisposición a la arteriosclerosis.

### **3.3.4. Valoración de Enfermería Según Fases**

#### **A. Fase Leve o Pre Hipertensiva**

También llamada hipertensión lábil. En esta fase el paciente no presenta síntomas aparentes, pero si hay una alteración de la presión arterial, la cual se torna inestable, con variaciones en los períodos de elevación y baja de la presión arterial, por esta razón se requiere de un control periódico (normalmente 3 días) para determinar si es hipertenso.

En esta fase el paciente presenta elevación de la presión arterial sistólica no mayor de 150 mmHg., y presión arterial diastólica no mayor de 90 mm Hg., sus síntomas son: olvido de las cosas, irritabilidad, insomnio, mareos y a veces zumbido de oídos. En esta fase el paciente requiere de una orientación para cambiar sus hábitos y costumbres cotidianas.

## **B. Fase Temprana o Benigna**

En esta fase, el paciente presenta síntomas más claros y variaciones continuas de la presión arterial.

Presentan una presión arterial diastólica entre 90 y 99 mm Hg., y una presión arterial sistólica entre 140 y 159 mm Hg. y síntomas como: cefalalgia, somnolencia, irritabilidad, a veces visión borrosa, zumbido de oídos mareos y pérdida del equilibrio. En esta fase el paciente ya debe haber modificado en ciertos aspectos sus hábitos y costumbres como régimen dietético, actividad, peso, etc. El control de su presión arterial deberá ser semanal

## **C. Fase Moderadamente Grave**

En esta fase hay una presión arterial sistólica entre 160 y 175 mm Hg. y una presión arterial diastólica entre 100 y 109 mmHg. Sus síntomas son: cefalalgia intensa cuyo origen es occipital, insomnio, olvido de las cosas que se hace más frecuente, mareos, zumbido de oídos. El control de la presión debe ser periódico una vez por semana.

## **D. Fase Severa**

Hay una presión arterial sistólica entre 180 y 209 mm Hg., en esta fase se evidencia daño de órganos blancos, ya sea en corazón, cerebro, riñones, retina y vasos sanguíneos, el paciente recibe tratamiento farmacológico y se evalúa cada quince días en forma integral, para evitar complicaciones.

## **E. Fase muy Severa o Maligna**

Presenta una presión arterial sistólica mayor de 210 mm Hg., y una presión arterial diastólica de 120 mm Hg. Hay cefalalgia progresiva,

convulsiones, encefalopatía hipertensiva. Se continúa con el tratamiento farmacológico, se previene complicaciones y su control debe ser constante.<sup>16</sup>

### 3.3.5. Tratamiento no farmacológico y promoción de la salud

Los consejos sobre estilo de vida y autocuidado deberían ser ofertados inicial y periódicamente a los hipertensos en la valoración o tratamiento de la hipertensión, luego establecer las siguientes medidas:

- Preguntar al paciente sobre sus patrones dietéticos y de ejercicio, y proporcionarles guías o información escrita o audiovisual.
- Preguntar sobre el consumo de alcohol y aconsejar reducir su consumo si es excesivo.
- Disuadir del consumo excesivo de café y otros productos ricos en cafeína.
- Estimular la reducción del consumo de sal ó usar sustitutos de ella. Se recomienda evaluar la dieta DASH. (Consumo diario de dieta rica en frutas, vegetales frescos y alimentos bajos grasas totales y saturadas)
- Consejos sobre abandono del tabaco.
- Informar a los pacientes sobre iniciativas locales (equipos de salud u organizaciones de pacientes) que ayuden a proporcionar y promocionar estilos de vida saludables.
- No es recomendable aconsejar suplementos de calcio, magnesio ó potasio para reducir la presión arterial.
- Control de Enfermería: verificación del cumplimiento del tratamiento, promocionar estilos de vida saludable, control con tarjetas (hemoglucotest, toma de PA, IMC, perímetro abdominal).
- Mantener un peso corporal entre IMC 18.5 - 24.9

---

<sup>16</sup><http://www.dmedicina.com/enfermedades/enfermedades-vasculares-y-del-corazon/hipertension-arterial>

- Consumo diario de dieta rica en frutas, vegetales frescos y alimentos bajos grasas totales y saturadas
- Reducir ingesta de sodio en la dieta a  $<100$  mEq/I ( $<2.4$ g de sodio o  $<6$  g de sat)
- Ejercicio aeróbico regular al menos 30 min casi todos los días de la semana
- Limitar el consumo de alcohol
- Abandono total del hábito de fumar.

#### 4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

**4.1. MELENDEZ, JUDITH. 2007, Cusco. “Influencia de la Educación Sanitaria en la Modificación del Estilo de Vida del Paciente con Hipertensión ARTERIAL”; Hospital Nacional del Sur Este, EsSalud.** En el presente estudio se concluyó lo siguiente: Que la Educación Sanitaria sobre el Estilo de Vida de los pacientes con Hipertensión arterial influyó positivamente modificando el estilo de vida.<sup>17</sup>

**4.2. PADILLA, MIRMA. 2007, Arequipa. “El Estilo de Vida como Medida Terapéutica en la Estabilización de Pacientes del Género Masculino con Hipertensión Arterial Idiopática. Programa de Hipertensión Arterial”. Hospital III Yanahuara EsSalud.** Concluyó: que los cuidados integrales de enfermería como medida terapéutica tendientes a mejorar y/o cambiar el estilo de vida de los pacientes investigados repercutieron significativamente en la estabilización o compensación de la presión arterial, peso y estado psicoemocional.<sup>18</sup>

<sup>17</sup>MELENDEZ, JUDITH (2003)"Influencia de la Educación Sanitaria en la Modificación del Estilo de Vida del Paciente con Hipertensión ARTERIAL; Hospital Nacional del Sur Este, EsSalud. Cusco.

<sup>18</sup>PADILLA, MIRMA (2001)"El Estilo de Vida como Medida Terapéutica en la Estabilización de Pacientes del Género Masculino con Hipertensión Arterial Idiopática. Programa de Hipertensión Arterial. Hospital III Yanahuara EsSalud Arequipa".

## 5. HIPÓTESIS

Dado que toda enfermedad crónica afecta la calidad de vida de los pacientes, por lo que requiere de cuidados especiales a nivel del hogar a través del autocuidado de la salud.

Es probable que se encuentre una relación directa entre la calidad de vida y el autocuidado de la salud de los pacientes adultos hipertensos atendidos en el Consultorio Externo de Medicina del Hospital Goyeneche.



## CAPITULO II

### PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. TÉCNICA E INSTRUMENTO

##### 1.1. Técnica

La técnica usada fue la Encuesta

##### 1.2. Instrumento

Como Instrumento el Formulario de Preguntas para la primera variable y el Formulario SF36 – Calidad de Vida para la Segunda Variable.

#### 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

##### 2.1. Ubicación espacial

El presente estudio se realizó en el Consultorio Externo de Medicina del Hospital Goyeneche de Arequipa.

##### 2.2. Ubicación Temporal

Se realizó en los meses Setiembre a Diciembre del año 2013

##### 2.3. Unidades de Estudio

Las unidades de investigación son los pacientes de 30 – 59 años de edad con diagnóstico de Hipertensión Arterial.

**a. El Universo**

La población considerada en la investigación está constituida por 126 pacientes adultos atendidos en los Consultorios Externos de Medicina del Hospital Goyeneche de Arequipa, atendidos en el primer semestre del año 2013.

**b. Muestra:**

Para la selección de la muestra se aplicó los criterios de inclusión y exclusión

**Criterios de Inclusión:**

- Pacientes de 30 a 59 años de edad.
- Pacientes de asistencia médica regular.
- Pacientes que deseen participar en la investigación

**Criterios de Exclusión:**

- Pacientes con compromiso de la esfera mental
- Discapacidad de los pacientes que imposibilite la comunicación.

Con la aplicación de dichos criterios, la muestra quedó conformada por 78 pacientes que reciben atención, seleccionada por conveniencia e intencionalmente.

**3. ESTRATEGIAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

- Para la realización de la investigación se hicieron los trámites administrativos a nivel de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María y del Hospital Goyeneche de Arequipa, con el fin de obtener el permiso correspondiente.
- Se aplicó el instrumento: Formulario de preguntas a los adultos, sujeto de la investigación y Cuestionario FS-36 Calidad de Vida.
- Una vez aplicado los instrumentos se procedió a la tabulación de los datos y/o organizarlos, los que luego se plasmaron en tablas y gráficos correspondientes con su respectiva interpretación.

➤ De la calificación: Práctica del Autocuidado

Nº ítems	:	23
Valor máximo por ítem	:	5
Valor total	:	115 pts

Práctica del Autocuidado	Puntaje
Favorable	115 – 87
Aceptable	88 – 59
Desfavorable	58 - 0

**Fuente:** Autoras del Estudio.

➤ De la calificación: Calidad de Vida

Nº ítems	:	20
Valor máximo por ítem	:	5
Valor total	:	100 pts.

Calidad de Vida	Puntaje
Buena	100 - 61
Regular	60 - 31
Deficiente	30 - 0

**Fuente:** Dr. Alonso J. Presto

La ventaja de este instrumento es que es de fácil aplicación y está suficientemente validado.



# **CAPITULO III**

## **RESULTADOS**

## I. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

TABLA N° 1

**PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN EDAD.  
CONSULTORIO EXTERNO DE MEDICINA DEL HOSPITAL  
GOYENECHÉ. AREQUIPA, 2013**

Edad	N°	%
30 – 39 años	25	32
40 – 49 años	30	38
50 – 59 años	23	30
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

**Fuente.** Instrumento aplicado por las autoras. Arequipa, 2013

Los pacientes con Hipertensión Arterial con un rango de 30 a 59 años de edad, en porcentajes casi iguales tienen edades de 30 – 39 años (32%); de 40 – 49 años (38%) y de 50 – 59 años (30%).

Predomina el grupo de 40 a 49 años.

TABLA N° 2

**PACIENTES DE 30 – 59 AÑOS DE EDAD CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL  
SEGÚN GÉNERO. CONSULTORIO EXTERNO DE MEDICINA DEL  
HOSPITAL GOYENECHÉ. AREQUIPA, 2013**

Género	N°	%
Masculino	27	35
Femenino	51	65
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

**Fuente.** Instrumento aplicado por las autoras. Arequipa, 2013

En la tabla se registran datos que en frecuencia y porcentaje, indican mayoría de pacientes del género femenino, 65% en comparación con el del género masculino que alcanza el 35%. La diferencia porcentual es del 30%.

La hipertensión arterial, en la práctica se da más en mujeres que en varones.

TABLA N° 3

**PACIENTES DE 30 – 59 AÑOS DE EDAD CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL  
SEGÚN PARENTESCO EN LA FAMILIA. CONSULTORIO EXTERNO DE  
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ.  
AREQUIPA, 2013**

Parentesco	N°	%
Hermano	0	0
Hijo	8	10
Padre	28	36
Madre	42	54
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

**Fuente.** Instrumento aplicado por las autoras. Arequipa, 2013

En la tabla se observa que del total de pacientes con Hipertensión Arterial, el mayor porcentaje (54%) corresponde al lugar que ocupa en la familia “Madre”, siguiéndole el 36% que corresponde a la posición Padre.

Según los datos analizados se deduce que predomina la posición de los Padres.

TABLA N° 4

**PACIENTES DE 30 – 59 AÑOS DE EDAD CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL  
SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD. CONSULTORIO EXTERNO DE  
MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ. AREQUIPA, 2013**

<b>Tiempo de Enfermedad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
1 a 2 años	36	46
3 a 4 años	29	37
5 a más años	13	17
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

**Fuente.** Instrumento aplicado por las autoras. Arequipa, 2013

En la tabla se observa que los pacientes de 30 – 59 años de edad con Hipertensión Arterial, en porcentajes de 46% portan la hipertensión arterial hace uno a dos años, 37% de 3 a 4 años y el 17% de cinco años a más.

Tiempo que necesitan de cuidados en el hogar para conservar y/o mejorar su calidad de vida.

## II. AUTOCUIDADO DE LA SALUD

TABLA N° 5

**PRÁCTICA DEL AUTOCUIDADO POR LOS PACIENTES DE 30 – 59 AÑOS  
DE EDAD CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN ORIENTACION Y  
GUIA. CONSULTORIO EXTERNO DE MEDICINA DEL HOSPITAL  
GOYENCHE. AREQUIPA, 2013**

<b>Práctica del Autocuidado</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Favorable (20 – 14pts)	18	23
Aceptable (13 – 8pts)	32	41
Desfavorable (7 – 0 pts)	28	36
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

**Fuente.** Instrumento aplicado por las autoras. Arequipa, 2013

En relación a la orientación y guía, como parte inicial del autocuidado que realizan los pacientes investigados, en la presente tabla se observa que en el 36%, los pacientes alcanzaron la categoría de desfavorable, el 41% alcanzó la categoría de aceptable y el 23%, alcanzó la categoría de favorable.

Se puede decir que en un 64% acumulado, los pacientes recibieron orientación sobre hipertensión arterial y sobre factores que desencadenan una crisis hipertensiva.

TABLA N° 6

**PRÁCTICA DEL AUTOCUIDADO POR LOS PACIENTES DE 30 – 59 AÑOS  
DE EDAD CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN ACTIVIDADES  
BIOFÍSICAS. CONSULTORIO EXTERNO DE MEDICINA  
DEL HOSPITAL GOYENECHÉ. AREQUIPA, 2013**

<b>Práctica del Autocuidado</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Favorable (30 – 20 pts)	23	29
Aceptable (19 – 10 pts)	26	33
Desfavorable (9 – 0 pts)	29	38
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

**Fuente.** Instrumento aplicado por las autoras. Arequipa, 2013

En la tabla se observa que los pacientes con porcentajes con mínimas diferencias (29%, 33% y 38%) responde a las categorías de favorable, aceptable y desfavorable, respectivamente. Predomina el grupo de desfavorable en cuanto a las actividades biofísicas, motoras, alimentación, eliminación, descanso y sueño.

TABLA N° 7

**PRÁCTICA DEL AUTOCUIDADO POR LOS PACIENTES DE 30 – 59 AÑOS  
DE EDAD CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN ACTIVIDADES  
PSICOSOCIALES. CONSULTORIO EXTERNO DE MEDICINA DEL  
HOSPITAL GOYENECHÉ. AREQUIPA, 2013**

<b>Práctica del autocuidado</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Favorable (20 – 14 pts)	21	27
Aceptable (13 – 8 pts)	33	42
Desfavorable (7 – 0 pts)	24	31
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

**Fuente.** Instrumento aplicado por las autoras. Arequipa, 2013

En la tabla se observa que los pacientes de 30 a 59 años de edad con Hipertensión Arterial en el mayor porcentaje (42%) realizan en forma aceptable las actividades psicosociales como los sentimientos hacia los miembros de su entorno, la realización de actividades deportivas, sus comportamientos, etc.

El 31% de los pacientes realizan en forma desfavorable las actividades psicosociales y solo el 27% realizan favorablemente dichas actividades.

TABLA N° 8

**PRÁCTICA DEL AUTOCUIDADO POR LOS PACIENTES DE 30 – 59 AÑOS  
DE EDAD CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN RELACIONES  
INTERPERSONALES. CONSULTORIO EXTERNO DE MEDICINA  
DEL HOSPITAL GOYENECHÉ. AREQUIPA, 2013**

<b>Práctica del Autocuidado</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Favorable (25 – 17pts)	19	26
Aceptable (16 – 9pts)	23	29
Desfavorable (8 – 0 pts)	36	45
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

**Fuente.** Instrumento aplicado por las autoras. Arequipa, 2013

Considerando las relaciones interpersonales, los pacientes con Hipertensión Arterial sólo en el 26%, la práctica del autocuidado es favorable, el 29% es aceptable y el 45% es desfavorable por tener inadecuadas relaciones interpersonales en su entorno social incluyendo el hospitalario.

Predominando el grupo desfavorable en cuanto a relaciones interpersonales.

TABLA N° 9

**PRACTICA DEL AUTOCUIDADO POR LOS PACIENTES DE 30 – 59 AÑOS  
DE EDAD CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL SEGÚN ESTILOS DE VIDA  
SALUDABLES. CONSULTORIO EXTERNO DE MEDICINA DEL  
HOSPITAL GOYENECHÉ. AREQUIPA, 2013**

<b>Práctica del Autocuidado</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Favorable (20 – 14pts)	19	24
Aceptable (13 – 8 pts)	25	32
Desfavorable (7 – 0 pts)	34	44
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100</b>

**Fuente.** Instrumento aplicado por las autoras. Arequipa, 2013

En la tabla se observa que el mayor porcentajes del 44% representa a los pacientes hipertensos que practican desfavorablemente el autocuidado de la Salud en relación a estilos de vida saludables, en tanto que el 24% si realiza el autocuidado de alimentación, dimensión, recreación y actividad física, en forma favorable. Se observa también a un importante 32% que realiza el autocuidado en forma aceptable.

Se deduce que más de la mitad de las pacientes investigados no realizan adecuadamente el autocuidado de la salud, en razón a que las 2/3 partes lo realizan o aceptablemente o desfavorablemente.

TABLA N° 10

**PRÁCTICA GLOBAL DEL AUTOCUIDADO POR LOS PACIENTES DE 30 –  
59 AÑOS DE EDAD CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. CONSULTORIO  
EXTERNO DE MEDICINA DEL HOSPITALGOYENECHÉ.  
AREQUIPA, 2013**

<b>Práctica Global del Autocuidado</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Favorable (115 – 87pts)	20	26.0
Aceptable (88 – 59pts)	28	36.0
Desfavorable (58 - 0 pts)	30	38.0
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Elaboración Propia. Arequipa, 2013

En la presente tabla se observa que los pacientes hipertensos investigados en porcentajes similares (36% y 38%) practican el autocuidado de la salud en forma aceptable y desfavorable, respectivamente. Ambos porcentajes acumulados representan a las 2/3 partes de la población investigadas que no realizan adecuadamente el autocuidado de la salud. Situación que los colocan en riesgo de no poseer calidad de vida. Sólo el 26% (1/4 parte) lo realizan favorablemente.

### III. CALIDAD DE VIDA

TABLA N° 11

**PACIENTES DE 30 – 59 AÑOS DE EDAD CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.  
SEGÚN CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSIÓN BIOFÍSICA.  
CONSULTORIO EXTERNO DE MEDICINA DEL HOSPITAL  
GOYENECHÉ. AREQUIPA, 2013**

CATEGORIA	N°	%
Buena (80 – 53 pts)	20	26.0
Regular (52 – 26 pts)	46	59.0
Deficiente (25 – 0 pts)	12	15.0
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Elaboración Propia. Arequipa, 2013

En la presente tabla se observa que en la dimensión biofísica, los mayores porcentajes (59% y 26%) corresponden a las categorías de regular y buena calidad de vida de los pacientes con hipertensión arterial.

La diferencia porcentual del 15% corresponde a la categoría de deficiente calidad de vida de dichos pacientes.

Se deduce que la calidad de vida de los pacientes investigados en la dimensión biofísica en más del 80.0% es conveniente.

TABLA N° 12

**PACIENTES DE 30 – 59 AÑOS DE EDAD CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.  
SEGÚN CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSION PSICOEMOCIONAL.  
CONSULTORIO EXTERNO DE MEDICINA DEL HOSPITAL  
GOYENECHÉ. AREQUIPA, 2013**

<b>CATEGORIA</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Buena (45 – 30 pts)	25	32.0
Regular (29 – 14 pts)	26	33.0
Deficiente (13 – 0 pts)	27	35.0
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Elaboración Propia. Arequipa, 2013

En la presente tabla, la calidad de vida de los pacientes hipertensos investigados en porcentaje casi iguales es buena, regular y deficiente (32%, 33% y 35% respectivamente).

Como se puede observar, la calidad de vida de los pacientes investigados en la dimensión psicoemocionales en su mayoría deficiente.

TABLA N° 13

**PACIENTES DE 30 – 59 AÑOS DE EDAD CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.  
SEGÚN CALIDAD DE VIDA EN LA DIMENSION SOCIAL. CONSULTORIO  
EXTERNO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ.  
AREQUIPA, 2013**

CATEGORIA	N°	%
Buena (25 – 17 pts)	18	23.0
Regular (16 – 9 pts)	50	64.0
Deficiente (8 – 0 pts)	10	13.0
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Elaboración Propia. Arequipa, 2013

En la dimensión social, la calidad de vida de los pacientes investigados, el 64% es regular y en el 23% es buena. Solo en el 13.0% de dichos pacientes la calidad de vida es deficiente.

La calidad de vida de los pacientes hipertensos en la mayoría es regular y casi la cuarta parte es buena.

**TABLA N° 14**

**PACIENTES DE 30 – 59 AÑOS DE EDAD CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.  
SEGÚN DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA. CONSULTORIO  
EXTERNO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ. AREQUIPA, 2013**

<b>CATEGORIA</b>	<b>B</b>	<b>P</b>	<b>S</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Buena (100 – 61 pts)	20	25	18	21	27.0
Regular (60 – 31 pts)	46	26	50	41	53.0
Deficiente (30 – 0 pts)	12	27	10	16	20.0
<b>Total</b>	<b>78</b>	<b>78</b>	<b>78</b>	<b>78</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Elaboración Propia. Arequipa, 2013

En relación a la calidad de vida de los pacientes hipertensos investigados, la tabla nos ofrece datos que a su análisis se aprecia que en más de la mitad (53%) los pacientes tienen regular calidad de vida, con un 27% presentan una buena calidad de vida. Ambos porcentajes acumulados representan a las 2/3 partes de la población investigadas con una conveniente calidad de vida ya que en sus tres dimensiones: biofísica, psicoemocional y social presentan un estado de salud que les permite desempeñar actividades sin mayores limitaciones. Solo el 20% lo realizan deficientemente.

**TABLA N° 15**

**RELACIÓN DE LA PRÁCTICA DEL AUTOCUIDADO Y LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES DE 30 – 59 AÑOS DE EDAD. CONSULTORIO EXTERNO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ. AREQUIPA, 2013**

Calidad de Vida Pract. del Autocuidado	Buena		Regular		Deficiente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Favorable	16	80	4	20	0	0	20	100.0
Aceptable	4	14	20	72	4	14	28	100.0
Desfavorable	1	3	17	57	12	40	30	100.0
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>27</b>	<b>41</b>	<b>53</b>	<b>16</b>	<b>20</b>	<b>78</b>	<b>100.0</b>

**Fuente.** Elaboración Propia. Arequipa, 2013

En la tabla se observa datos acerca de la relación entre la práctica del Autocuidado y la Calidad de vida de los pacientes de 30 a 59 años de edad investigadas.

Del total de pacientes que tuvieron una favorable práctica del autocuidado demostraron buena y regular calidad de vida en un 80% y 20%, respectivamente.

Del total de pacientes que en forma aceptable realizan el autocuidado de la salud, el 72% muestran regular calidad de vida, el 14% muestra buena calidad de vida y el 14% restante muestra una calidad de vida deficiente resultando ser porcentajes iguales.

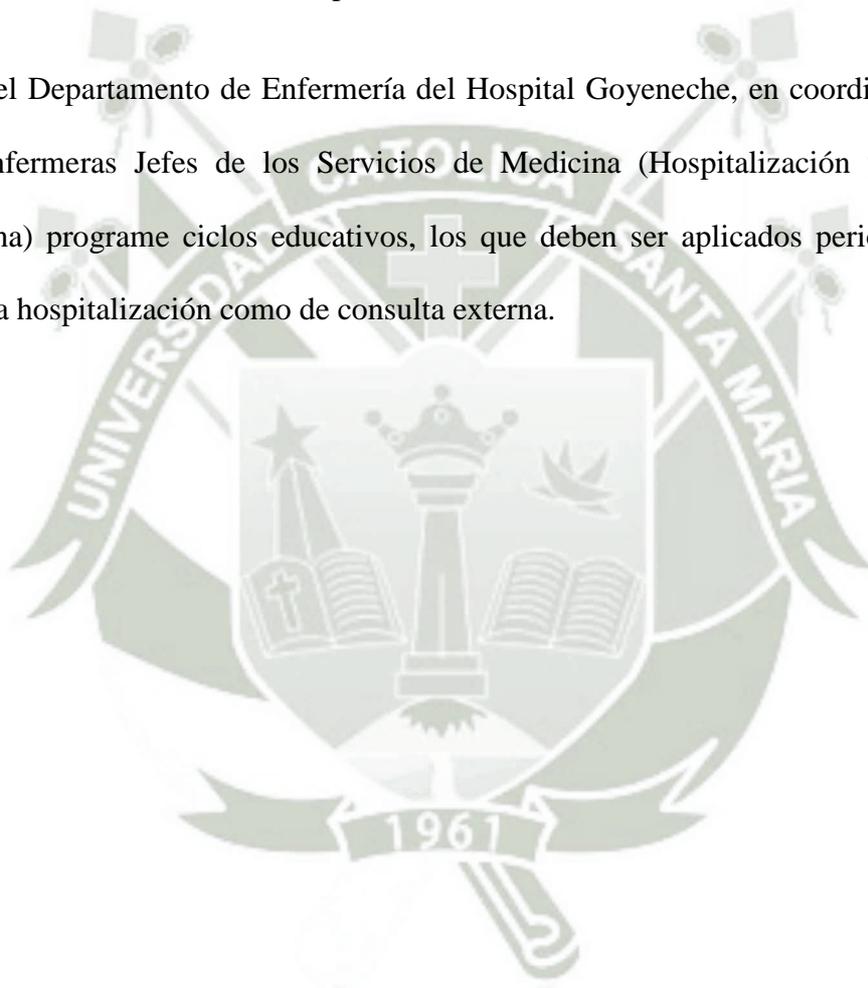
Del total de pacientes con práctica del autocuidado desfavorable, los mayores porcentajes (57% y 40%) muestran una calidad de vida regular y deficiente respectivamente y el 3% muestra una buena calidad de vida.

## CONCLUSIONES

- PRIMERA** : Los pacientes de 30 a 59 años de edad con hipertensión arterial en más de la mitad recibieron orientación sobre hipertensión arterial, y sobre factores que desencadenan una crisis hipertensiva; en cuanto a la realización de actividades biofísicas, predomina la categoría de desfavorable en un 38% y aceptable en un 33%; sólo la cuarta parte de dichos pacientes realizan constantemente actividades psicoemocionales; cerca de la mitad tienen inadecuadas relaciones interpersonales en su entorno social.
- SEGUNDA** : La calidad de vida de los pacientes de 30 a 59 años de edad con hipertensión arterial, es regular en más de la mitad con tendencia a una buena calidad.
- TERCERA** : La relación entre la calidad de vida y la práctica del autocuidado es directa, es decir, a una práctica favorable del autocuidado mejor calidad de vida.

## RECOMENDACIONES

1. Que la Jefe de Enfermeras del Servicio de Medicina del Hospital Goyeneche coordine con las enfermeras especialistas, para que se incluya cuidados relacionados al autocuidado de la salud e importancia de la calidad de vida, en pacientes adultos con enfermedades crónicas incapacitantes.
2. Qué, el Departamento de Enfermería del Hospital Goyeneche, en coordinación con las enfermeras Jefes de los Servicios de Medicina (Hospitalización y Consulta Externa) programe ciclos educativos, los que deben ser aplicados periódicamente tanto a hospitalización como de consulta externa.



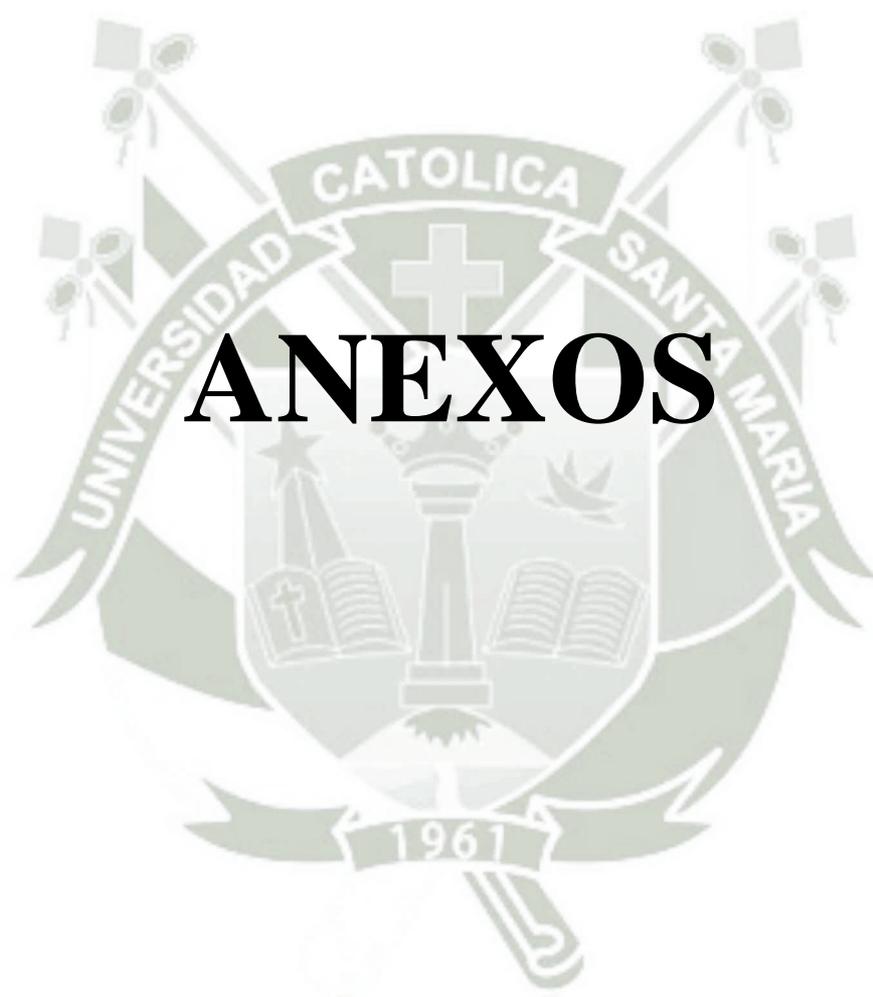
## BIBLIOGRAFÍA

1. Brunner y Suddarth. Enfermería Médico Quirúrgica. 9va. Ed. México: Mc Graw Hill Interamericana;2001.
2. Canobbio, Mary M. Trastornos Cardiovasculares. España: Edit. Mosby Doyma Libros; 2002.
3. Cecil, L. Tratado de Medicina Interna, 19ava Ed., Barcelona: Editorial Interamericana, S.A.; 2001.
4. Ganong, Willian F. Fisiología Médica, 12ava. Ed., Editorial El Manual Moderno, S.A., México, 2000.
5. Guyton, A. Fisiología y Fisiopatología Básica, 9ava. Ed., Barcelona: Editorial Interamericana, S.A.; 2001.
6. Harrison N. "Tratado de Medicina Interna". 13ava. Barcelona: Ed., Editorial Interamericana, S.A.; 1999.
7. Hurtado Muñoz, Oscar y Colaboradores. "Hipertensión Arterial y Tercera Edad". Revista Diálogo Médico, N° 17 (Diciembre, 20002).
8. Dossier y Dugas. "Tratado de Enfermería Práctica", Madrid, España: Ed., Editorial Moderno; 2000
9. Kaplan, Norman. "Manejo de la Hipertensión". 7ma. Ed., Colombia: Editorial D'VINNI; 2003.
10. O.P.S., O.M.S. "La Hipertensión como Problema de Salud Comunitaria". EE.UU.: Editorial Serie PALTEX; 2002.
11. Pickering, G. "Hipertensión: Etiopatogenia Clínica y su Tratamiento", 2da. Ed., México: Editorial Toray, 2001.

### Páginas de Internet

12. [http://www.hipertension\\_arterial/jhm\\_123.php?](http://www.hipertension_arterial/jhm_123.php?)
13. [http://www.autocuidado/de/la/salud\\_pac\\_hipetenso\\_980-php?](http://www.autocuidado/de/la/salud_pac_hipetenso_980-php?)





# ANEXOS

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**INSTRUMENTO N° 1  
FORMULARIO DE PREGUNTAS**

**I. INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA**

1. Edad:
 

30 - 39	( )
40 - 49	( )
50 - 59	( )
60 a más	( )
  
2. Género
 

(F)		(M)
-----	--	-----
  
3. Posición que ocupa en la familia:
 

Hermano ( )	Hijo ( )	Padre ( )	Madre ( )
-------------	----------	-----------	-----------
  
4. Tiempo de enfermedad
 

1 - 2 años	( )
3 - 4 años	( )
5 a más años	( )

**II. ORIENTACIÓN Y GUÍA**

1. **Según prioridad, ¿De qué personas recibe orientación y guía? Use 1, 2, 3.....**

Médico ( )	Enfermera ( )	Familiares ( )
Amigos ( )	Otros .....	
  
2. **Sabe ¿Qué es la Hipertensión Arterial?**

Si ( )		No ( )
--------	--	--------
  
3. **Sabe ¿Qué tipo de Hipertensión Arterial padece?**

Leve ( )	Moderado ( )	Grave ( )
----------	--------------	-----------
  
4. **¿Recibió instrucción acerca de los factores que le pueden desencadenar una crisis hipertensiva?.**

Si ( )		No ( )
--------	--	--------

Si la respuesta fuera SI marque según prioridad 1,2,3.

Alimentación Hipersódica	( )
Consumo de grasas	( )
Consumo de harinas	( )
Fumar con frecuencia	( )
Estado de ansiedad	( )
Intenso trabajo	( )
Períodos de insomnio continuo	( )
Agotamiento físico	( )
Agotamiento psicoemocional	( )

**III. ACTIVIDADES BIOFÍSICAS**

5. **¿Qué tipo de actividades física realizas?**

- Actividades de la casa	( )
- Ejercicios físicos	( )

- Caminatas ( )
- Trabajo ( )

**6. Cumple con el Régimen Dietético hiposódico?**

Si ( ) No ( )

**7. Alimentación: ¿Con qué frecuencia consume estos productos o alimentos?**

Diariamente Una vez semana Una vez mes Cada 15 días A veces nunca

Carnes rojas .....  
 Mariscos .....  
 Carnes blancas .....  
 Verduras .....  
 Frutas .....  
 Menestras .....  
 Harinas .....

**8. ¿Qué cantidad de líquido ingiere diariamente?**

½ Lt ( ) 1 Lt ( ) 1 y ½ Lt ( )  
 Menos de ½ litro ( )

**9. Al dormir ¿Varía su posición al dormir?**

Si ( ) No ( ) Como .....

**10. ¿Controla Ud. los ingresos y egresos de líquidos diariamente?**

Si ( ) No ( )

**IV. ACTIVIDADES PSICOSOCIALES**

**11. Respecto a su enfermedad y tratamiento ¿Qué siente Ud.?**

Miedo ( ) Ansiedad ( ) Depresión ( )  
 Angustia ( ) Tristeza ( ) Rechazo ( )  
 Nada ( )

**12. Respecto a su familia y amigos ¿Qué siente Ud.?**

Aceptación ( )  
 Amistad ( )  
 Rechazo ( )

**13. El Asistir a su gimnasia y aeróbicos ¿Cambia su comportamiento?**

Si ( ) No ( ) ¿Cómo? .....

**14. Recibes apoyo psicológico de la familia**

Si ( ) A veces ( ) No ( )

**IV. RELACIONES INTERPERSONALES**

**Relaciones con el personal de salud**

**15. El entorno que lo rodea favorece su recuperación**

Si ( ) No ( ) Razones: \_\_\_\_\_

**16. La relación con la enfermera es:**

Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )

**17. La relación con el médico es:**

Buena ( ) Regular ( ) Mala ( )

**18. ¿Cada cuánto tiempo asiste a sus controles?**

Cada semana ( ) Cada 15 días ( ) Cada mes ( )  
Cada 2 meses ( ) A veces ( ) Sólo en crisis ( )

**19. ¿Qué medicamentos recibe?**

Antihipertensivos ( ) Otros ( )  
Diuréticos ( )

**Relaciones con la familia**

**20. Las relaciones que mantiene con sus familiares son:**

Padre-Paciente Buenas ( ) Regular ( ) Mala ( )  
Madre-Paciente Buenas ( ) Regular ( ) Mala ( )  
Otros-Paciente Buenas ( ) Regular ( ) Mala ( )

**21. Al iniciar signos y síntomas de una crisis hipertensiva ¿Qué hace?**

Se relaja ( ) Acude a un centro Hosp. ( )  
Se desespera ( ) Pide ayuda ( ) Otros .....

**22. En su vida diaria, practica estilos de vida saludables, como:**

Alimentación ( ) Recreación ( ) Descanso y sueño ( )  
Actividad física ( ) Trabajo racionalizado ( )

**23. Cumple Ud. el tratamiento indicado**

Siempre ( )  
A veces ( )  
No cumple ( )

**INSTRUMENTO N° 2**

**CUESTIONARIO  
CALIDAD DE VIDA SF-36**

**Dr. Alonso J. Presto - España**

Conteste cada pregunta marcando la respuesta como se le indica. Si no esta segura de cómo responde a una pregunta, por favor dé la mejor respuesta posible.

1. En general ¿diría que su salud es:  
(marque solamente una respuesta)  
Excelente ( )  
Muy buena ( )  
Buena ( )  
Pasable ( )  
Mala ( )
  
2. Comparando su salud con la de hace un año, ¿cómo la calificaría en general ahora?  
(marque solamente una respuesta)  
Mucho mejor ahora que hace un año ( )  
Algo mejor ahora que hace un año ( )  
Más o menos igual ahora que hace un año ( )  
Algo peor ahora que hace un año ( )  
Mucho peor ahora que hace un año ( )

Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día típico. ¿Lo limita su estado de salud actual para hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto?  
(marque una respuesta en cada línea)

**A. ROL FÍSICO**

ACTIVIDADES	Sí, me limita mucho	Si me limita un poco	No, no me limita en absoluto
3. Actividades vigorosas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes intensos.	( )	( )	( )
4. Actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, jugar al bowling (boliche) o al golf, o trabajar en el jardín.	( )	( )	( )
5. Asistir a reuniones sociales	( )	( )	( )
6. Pasear con amigos	( )	( )	( )
7. Ir a fiestas	( )	( )	( )
8. Doblarse, arrodillarse o agacharse	( )	( )	( )
9. Caminar más de una milla	( )	( )	( )
10. Caminar varias cuadras	( )	( )	( )
11. Caminar una cuadra	( )	( )	( )
12. Bañarse o vestirse	( )	( )	( )

Durante las últimas 4 semanas ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias regulares a causa de su salud física?

(marque una respuesta en cada línea)

Problemas con el trabajo - actividad	Si	No
13. Ha reducido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades	( )	( )
14. Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado	( )	( )
15. Ha tenido limitaciones en cuanto al tipo de trabajo u otras actividades que puede hacer.	( )	( )
16. Ha tenido dificultades en realizar el trabajo u otras actividad (por ejemplo, le ha costado más esfuerzo)	( )	( )

17. Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

**(marque solamente una respuesta)**

- ( ) Nada en absoluto  
( ) Un poco  
( ) De vez en cuando  
( ) Bastante  
( ) Extremadamente

18. Durante las últimas 4 semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

**(marque solamente una respuesta)**

- ( ) Nada en absoluto  
( ) Ligeramente  
( ) De vez en cuando  
( ) Bastante  
( ) Extremadamente

### B. ROL EMOCIONAL

Estas preguntas se refieren a cómo se siente usted y a cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo durante las últimas 4 semanas?

**(marque una respuesta en cada línea)**

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
1. se ha sentido lleno de vida?						
2. se ha sentido muy nervioso?						
3. se ha sentido tan decaído de ánimo que nada						
4. se ha sentido tranquilo y sosegado?						
5. ha tenido mucha energía?						
6. se ha sentido desanimado y triste?						
7. se ha sentido agotado?						
8. se ha sentido feliz?						
9. se ha sentido cansando?						

### C. ROL SOCIAL

19. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

**(marque solamente una respuesta)**

- ( ) Siempre  
( ) Casi siempre,  
( ) Algunas veces  
( ) Casi nunca  
( ) Nunca

20. ¿Qué tan CIERTA o FALSA es cada una de las siguientes frases para usted?

**(marque una respuesta en cada línea)**

	Definitivamente cierta	Mayormente cierta	No sé	Mayormente falsa	Definitivamente falsa
Parece que yo me enfermo un poco más fácilmente que otra gente					
Tengo tan buena salud como cualquier otra persona					
Creo que mi salud va a empeorar					
Mi salud es excelente					



GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA  
Gerencia Regional de Salud Arequipa



GOBIERNO REGIONAL

## HOSPITAL III GOYENECHÉ: 1912 – 2012

“100 AÑOS DE COMPROMISO CON TU SALUD”

“Año de la Promoción de la Industria Responsable y del Compromiso Climático”

### GERENCIA DE SALUD AREQUIPA HOSPITAL III GOYENECHÉ

## CONSTANCIA

El Director General del hospital III Goyeneche, hace constar que:

**CORALIA IVON CHAVEZ TALAVERA**  
**DEBBIE STEHPANIE GUILLEN APARICIO**

Egresadas de la Facultad de Enfermería, de la Universidad Católica de Santa María de Arequipa, Han cumplido con la aplicación de los Instrumentos para el Proyecto de Tesis titulado “RELACIÓN DEL AUTOCUIDADO DE LA SALUD CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ADULTOS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO EXTERNO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2013”, para obtener su título profesional de licenciadas en Enfermería. Según informa la jefe del Departamento de Enfermería del Hospital III Goyeneche.

Se expide la presente a solicitud de las interesadas para los fines que crean convenientes.

Arequipa, 21 de Marzo del 2014

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL III GOYENECHÉ  
*Francisco Delgado Portugal*  
Dr. Francisco Delgado Portugal  
DIRECTOR GENERAL  
C.M.P. 21542

*[Firma]*  
FBP/BBP/ch.  
030

Hospital III Goyeneche Arequipa  
Av. Goyeneche N° 100 Teléfono: 231313 - Telefax: 223501  
www.saludarequipa.gob.pe/goyeneche - hospitalgoyeneche@speedy.com.pe



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

### DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Mgter. Ruth Romero de Rodríguez  
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador

Asunto : Dictamen de Borrador de Tesis:  
**RELACIÓN DEL AUTOCUIDADO DE LA SALUD CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL CONSULTANTES AL HOSPITAL GOYENCHE. AREQUIPA 2013**

Autoras : CORALIA IVON CHÁVEZ TALAVERA  
DEBBIE STEPHANIE GUILLÉN APARICIO

Fecha : Arequipa, 23 de Octubre del 2013

---

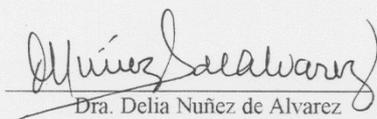
Reunido del Jurado Dictaminador y revisado el Proyecto de Tesis, se realiza el siguiente alcance:

Que el título del Proyecto de Tesis, se ha modificado, quedando así para el Borrador de Tesis:

**RELACIÓN DEL AUTOCUIDADO DE LA SALUD CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES ADULTOS DE 30 – 59 AÑOS DE EDAD CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO EXTERNO DE MEDICINA DEL HOSPITAL GOYENCHE. AREQUIPA 2013.**

Subsanadas las observaciones del borrador de tesis, deberá ser presentado las correcciones indicadas.

Atentamente,

  
Dra. Delia Nuñez de Alvarez

  
Mgter. Mirta Cardaña Valverde