



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

Automanejo en adultos con hipertensión arterial en el centro de
salud Soritor - Moyobamba - San Martín - Perú 2023

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Licenciada en Enfermería

AUTORAS:

Alcalde Lopez, Evelyn (orcid.org/0009-0000-5405-7019)

Rojas Daza, Marali (orcid.org/0000-0002-0271-8986)

ASESORA:

Mgtr. Rodriguez Rojas, Blanca Lucia (orcid.org/0000-0003-2580-6054)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Enfermedades no Transmisibles

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

LIMA – PERÚ

2023

DEDICATORIA

Dedico este trabajo, en primer lugar, a mis queridos padres, por ser siempre mi soporte en este y cada paso que he dado en mi vida, como también a cada integrante de mi amada familia, que de alguna u otra manera me apoyó desde el principio y a lo largo de toda mi vida universitaria. En segundo lugar, a Dios, ya que gracias a él sigo recorriendo el largo camino llamado vida, gozando de buena salud. En tercer lugar, a todos mis maestros con los que he compartido a lo largo de mi carrera profesional y así poder culminarla de la mejor manera. Por último, y no menos importante, a mi asesora, que me ha brindado los conocimientos para culminar este trabajo con éxito.

Alcalde López, Evelyn.

A mis padres, hermanos, a la numerosa familia con la que Dios me ha bendecido y a los gratos amigos por formar parte de mi vida.

Marali Rojas Daza.

AGRADECIMIENTO

Agradezco, en primer lugar, a mis queridos padres, porque gracias a ellos he tenido la dicha de estudiar una carrera universitaria, que mañana más tarde será el sustento para llevar una mejor vida. En segundo lugar, a mi familia “Zegarra Alcalde”, por todo el apoyo que me han brindado en el desarrollo de este trabajo. En tercer lugar, agradezco a mi maestra y asesora de curso por brindarme todos los conocimientos para culminar este trabajo de investigación.

Alcalde López, Evelyn

A Dios, por una nueva oportunidad de vida y la de mis seres queridos. A Teodoro Rojas Parra y Eulogia Daza García, mis padres, por su apoyo moral constante y por la gran herencia del que estoy siendo acreedora, esperando retribuir su enorme esfuerzo por ayudarme día tras día al encaminarme en este rumbo. A Newman, Merlín y Jheffary, mis hermanos. A Rivaldo Espinoza, por encontrar en ellos mi fuente de motivación, y fiel a mi compromiso he de trazarles el camino hacia un futuro mejor inspirándome en ellos a seguir luchando por alcanzar la felicidad. A los profesores, por compartir con todos y cada uno de nosotros sus conocimientos bajo el testigo de las cuatro paredes del aula y, ser los artífices de nuestra formación académica y futura vida profesional.

Rojas Daza, Marali.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÒRICO	4
III. METODOLOGÍA	11
3.1. Tipo y diseño de investigación	11
3.2. Variables y operacionalización	11
3.3.1. Población	12
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	12
3.5. Procedimientos	13
3.6. Método de análisis de datos	13
3.7. Aspectos éticos	14
IV. RESULTADOS	15
Tabla 1: Nivel de automanejo en adultos hipertensos en el C.S. Soritor de San Martín 2023	15
Tabla 2: Datos sociodemográficos de los encuestados	15
Tabla 3. Automanejo según la dimensión conocimiento	16
Tabla 4: Automanejo según la dimensión signos y síntomas.	17
Tabla 5. Automanejo según la dimensión adherencia al tratamiento	17
V. DISCUSIÓN	18
VI. CONCLUSIONES	21
V. RECOMENDACIONES	22
REFERENCIAS	24
ANEXOS	30

RESUMEN

En el presente estudio de investigación, el objetivo es determinar el nivel automanejo en adultos del Centro de Salud Soritor, en el Distrito de Soritor. Metodología: Enfoque cuantitativo, descriptivo, la población estuvo conformada por 65 adultos hipertensos diagnosticados. El instrumento PIH que se utilizó fue validado por Peñarrieta y colaboradores en el año 2014. Resultados: Los aspectos sociodemográficos muestran que: Edad: El 33.8% tienen entre 40 a 50 años y el 66.2% 51 a 59. Sexo: 30.7% son hombres y el 69.3 son mujeres. Con referencia a la variable automanejo: El 26.2% es regular, 73.8% adecuado. Según las dimensiones, Conocimiento: 1.5% deficiente, 97% regular, 1.5% adecuado. Manejo de signos y síntomas: 40% deficiente, 56.9% regular, 3.1% deficiente. Adherencia al tratamiento: 27.7% deficiente, 58.5% regular, 13.8% adecuado. En conclusión, pese a ser un tema nuevo para los pacientes, evidenciaron un automanejo regular.

Palabras Clave: Hipertensión, automanejo.

ABSTRACT

The objective of this research study was to determine the level of self-management in adults at the Soritor Health Center in the Soritor District. Methodology: Quantitative, descriptive approach, the population consisted of 65 diagnosed hypertensive adults. The PIH instrument used was validated by Peñarrieta et al. in 2014. Results: The sociodemographic aspects show that: Age: 33.8% are between 40 to 50 years old and 66.2% 51 to 59. Sex: 30.7% are men and 69.3% are women. With reference to the self-management variable: 26.2% are regular, 73.8% are adequate. According to the dimensions, Knowledge: 1.5% deficient, 97% regular, 1.5% adequate. Management of signs and symptoms: 40% poor, 56.9% fair, 3.1% poor. Adherence to treatment: 27.7% poor, 58.5% fair, 13.8% adequate. In conclusion, despite being a new subject for the patients, they showed regular self-management.

Keywords: Hypertension, self-management.

I. INTRODUCCIÓN

Según cifras de la OMS, la HTA ocasiona el deceso de 7.5 millones de personas, lo que significa un 12.8% del total de morbilidad a nivel mundial, asimismo, señala que uno de cada tres adultos tiene la TA elevada, ya que las complicaciones generan preocupación.¹ Del mismo modo, Naciones Unidas cree que la prevalencia de las enfermedades crónicas, tales como la HTA no se limita a los países del primer mundo, ya que, en la actualidad los países desarrollados están experimentando un aumento en el número de personas afectadas debido al crecimiento poblacional.²

Para abordar estos desafíos, la OPS establece un plan de acción considerando que la prevención y el manejo de las enfermedades crónicas requieren la integración a través de referencias y vínculos más fuertes entre los niveles de atención de salud primaria, secundaria y terciaria. Es necesario cubrir todas áreas de la gestión de enfermedades, desde la promoción y prevención hasta el tamizaje y la detección precoz, el diagnóstico, el tratamiento, el automanejo, la rehabilitación y los cuidados correspondientes.³

El Departamento de Salud y Servicios Sociales de Estados Unidos, un informe realizado el 2010, incluyó el automanejo como uno de los objetivos estratégicos para mejorar la salud de los individuos con diversas cronicidades.⁴ Además, como una de las acciones que permiten tener una calidad de vida óptima, dado que el programa está diseñado para promover la responsabilidad del sujeto, ofreciendo herramientas para que los pacientes puedan encargarse de su cuidado frente a las enfermedades crónicas.⁵

Según estudios que se llevaron a cabo en 26 localidades de nuestro país, se identificó que los mayores de 18 años tienen HTA en un 23.7 %, siendo predominante el sexo masculino con un 13.4%. La HTA predomina en personas < de 60 años, lo que significa que a medida que van pasando los años hay un incremento del nivel de hipertensión; en la región costa, la HTA predomina en personas <60^a, comparado con otras regiones del país. ⁶

El INEI, informó que a nivel nacional la HTA afecta a una de cada cuatro personas de 50 y más años, que asciende a 1 193,000 hab.; 604,000 masculino y 589,000

femenino. Del total de hipertensos solo el 32.7% de ellos cuenta con tratamiento de su personal tratante. Es importante destacar que el 35,8% de mujeres son las que cumplen con su tratamiento para controlar su P.A., por lo contrario, solo un 29.5% de hombres lo hace.⁷

Los expertos denominan a la HTA como el asesino silencioso, porque a menudo no causan síntomas ni problemas. Sin embargo, se ha demostrado que la ansiedad es un factor asociado con la HTA. Por lo tanto, los pacientes hipertensos deben autogestionarse, considerar signos y síntomas y tener en cuenta los efectos que conlleva el incumplimiento de su tratamiento.⁸

La HTA, DM tipo 2 y obesidad, precisan de medicación a largo plazo, por ende, los pacientes con estas enfermedades deben familiarizarse con los múltiples síntomas y a afrontar eventos dirigidos a su propio cuidado (entrenamiento físico y alimentación) para llevar a cabo el tratamiento de manera conjunta con el profesional de salud capacitado. Estas fluctuaciones en la vida cotidiana y en las relaciones familiares implican un proceso de adaptación, para hacerlo de manera efectiva es importante tener en cuenta dos fenómenos íntimamente relacionados: adherencia al tratamiento y automanejo.⁹

Los modelos médicos actuales son ineficaces para prevenir y tratar padecimientos crónicos. Los programas exitosos de enfermedades crónicas requieren un enfoque intersectorial y una realineación de los sistemas de salud. Además, debe mejorarse el acceso a los medicamentos y disponibilidad de los servicios esenciales, contar con equipos de salud multidisciplinarios diseñados para la prestación de servicios. Es de suma importancia hacer énfasis en la calidad de atención con el fin de derribar las barreras relacionadas con los factores sociales, económicos y culturales de tal manera, mejorar la protección social de la salud.¹⁰

El propósito del automanejo en pacientes con HTA, DM y cáncer (ya que son las más comunes en Perú) es identificar áreas de mejora y programas de autocontrol en nuestro sistema de salud; para fines de referencia general, independientemente de la enfermedad que se diagnostique. Por otro lado, priorizar al primer nivel de atención debe ser un rol fundamental del personal de salud para abordar a

poblaciones con alguna cronicidad, asegurando un mayor acceso a este tipo de educación y logrando un mejor automanejo. ¹¹

Posteriormente al análisis de la realidad problemática se plantea la siguiente interrogante ¿Cuál es el nivel de Automanejo en adultos con Hipertensión Arterial en el Centro de Salud Soritor - Moyobamba - San Martín - Perú 2023?

Esta investigación es trascendente, ya que, busca ser una base fundamental para las personas que padecen HTA, fomentando actividades enfocadas en corregir el estilo de vida de estos pacientes, de esa manera puedan sobrellevar un adecuado control de su cronicidad.

A nivel práctico, este estudio pretende servir como sustento para las enfermeras y profesionales de la salud en general que laboran en el Centro de Salud Soritor, puesto que les permitirá diseñar estrategias educativas con el fin de fortalecer el bienestar de los pacientes con padecimientos crónicos.

En el aspecto metodológico, se busca ser un referente verídico para nuevos estudios sobre el nivel de automanejo de la HTA en pacientes adultos.

OBJETIVO GENERAL: Determinar el nivel de automanejo en adultos hipertensos en el Centro de Salud Soritor de San Martín 2023. **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:** Identificar los datos sociodemográficos, según, edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción en adultos hipertensos en el Centro de Salud Soritor de San Martín 2023. Identificar el automanejo según a la dimensión conocimiento en adultos hipertensos en el Centro de Salud Soritor de San Martín 2023. Identificar el automanejo según la dimensión signos y síntomas en adultos hipertensos en el Centro de Salud Soritor de San Martín 2023. Identificar el automanejo según la dimensión adherencia al tratamiento en adultos hipertensos en el Centro de Salud Soritor de San Martín 2023.

II. MARCO TEORICO

Para realizar la investigación se revisarán antecedentes internaciones y nacionales.

Díaz M, Díaz G, Soto A, Campa K, Ulloa N, Medina M, Rodríguez J, et al. 2020, Jalisco – México. Se realizó un estudio titulado Nivel de automanejo en adultos con ECNT. Con el objetivo de identificar el nivel de automanejo en adultos con enfermedades crónicas encuestados en municipios de la Región Altos de Jalisco. Diseño transversal, muestreo no probabilístico por conveniencia, conformada por 61 pacientes, se utilizó el instrumento PIH. Obteniendo como resultado que el nivel de automanejo es bajo en 38,3%; medio con 36.7% y alto con 25%. Por último, se sugiere llevar a cabo actividades enfocadas a mejorar el nivel de automanejo. ¹²

Henao Á, Fajardo R & Núñez M, en el 2022 en Ibagué – Colombia. Elaboraron un trabajo de investigación con el objetivo caracterizar la similitud existente entre la práctica de automanejo y nivel de dependencia de adultos con enfermedad crónica. Diseño descriptivo correlacional y longitudinal, análisis descriptivo, población de 105 adultos. La medición se realizó con la escala Partners in Health Scale y la capacidad física con el índice de Barthel. Por último, se concluyó que la práctica de automanejo se encuentra relacionada con la capacidad física que tienen los adultos con enfermedad crónica, en especial lo relacionado al comportamiento de adherencia. ¹³

Malibrán D, Vejarano G, Lévano M, Piñones M, Gutiérrez T. & Rivero R. México, 2021. Elaboraron un trabajo de investigación con el objetivo de describir el automanejo a través del análisis de las diferentes dimensiones en tres grupos de personas con HTA, DM y cáncer. Estudio transversal-comparativo, población 562: 160 con cáncer, 187 con DM y 215 con HTA. Obteniendo como resultado un automanejo deficiente. En conclusión, cabe resaltar la importancia de la ejecución de actividades que promuevan el mejoramiento del automanejo, a través del primer nivel de atención. ¹⁴

De León M, Gutiérrez T, León R, Peñarrieta M, Piñones M. & Quintero L. 2020 Ciudad de México. Se realizó con el objetivo de identificar la relación entre automanejo en general y sus dimensiones con síntomas depresivos en personas con diabetes y HTA. Transversal-correlacional, estuvo conformada por 205

pacientes, muestreo no probabilístico por conveniencia. Se aplicó el instrumento PIH. Obteniendo como resultado una relación estadísticamente significativa entre los síntomas depresivos y automanejo. Concluyendo que, a mayor automanejo, menores síntomas depresivos, o a mayores síntomas depresivos menor automanejo; esta relación afirma que ambas variables se perjudican recíprocamente.¹⁵

León R, Peñarrieta M, Gutiérrez T, Banda O, Flores F & Rivera M. en el año 2019 en Tamaulipas – México. Llevaron a cabo una investigación titulada “Predictores del comportamiento de automanejo en personas con enfermedades crónicas de Tamaulipas”, con la finalidad de distinguir comportamientos de automanejo en usuarios con DM, HTA y Obesidad. Estudio no experimental, transversal, muestra no probabilística. Resultando 42.2% con trastornos depresivos de leve a grave. Concluyendo que las variables: función familiar, síndrome depresivo, actividad física y años con el dx, muestran notables indicadores para comprender la relación causa-efecto con respecto al automanejo de pacientes con ECNT. Además, es de vital importancia destacar las actividades de autoayuda, área que actualmente es promovida y liderada por el Departamento de Enfermería.¹⁶

Suarez M. & Azañero C., Cajamarca, 2021, realizaron un estudio transversal y analítico cuyo objetivo fue determinar la atención de salud del adulto hipertenso en la jurisdicción del Puesto de Salud Pata-Pata. Cajamarca-Perú, estuvo constituida por 194 personas, teniendo como muestra 98 adultos. Obteniendo como resultado que el 57.1% son pacientes con HTA: 30.6% HTA leve, 18.4% HTA moderada y 8.2% con HTA severa, 32.7% sí acuden a citas programadas. En conclusión, en el Puesto de Salud Pata-Pata la atención del adulto es deficiente.¹⁷

Melgarejo L, Los Olivos Perú, 2021, realizó su trabajo de investigación titulado Automanejo en personas <30 años en condición de cronicidad, donde indica que las enfermedades crónicas afectan significativamente a las personas del mundo en general, considera que de cada 10 individuos 3 son diagnosticados con HTA, DM y obesidad. Tuvo como finalidad determinar el automanejo en las personas <30a con afecciones crónicas. Diseño no experimental, de corte transversal, enfoque cuantitativo, descriptivo, conformado por 50 personas. Obteniendo como resultado

un 56% automanejo regular y 44% deficiente. En conclusión, en las tres dimensiones se registraron automanejo deficiente.¹⁸

Leiva J., en Puente Piedra Perú, en el año 2017, realizó un estudio titulado Automanejo en adultos con HTA en el consultorio externo del Hospital Carlos Lanfranco la Hoz Puente Piedra, con el objetivo de determinar el automanejo en adultos hipertensos del consultorio externo del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. Enfoque cuantitativo, no experimental de corte transversal, muestra de 60 personas con HTA. Se utilizó el instrumento Partners in health Scale, resultando el 63% automanejo moderado, un 34% de bajo automanejo y un 3% de adecuado automanejo. Concluyendo que el mayor porcentaje de pacientes presentaron un nivel de automanejo regular.¹⁹

Yalico Y. en Lima-Perú, 2019, realizó un estudio titulado Nivel de automanejo en usuarios con HTA del C.S.M.I El Porvenir, La Victoria–Lima 2019, tuvieron como finalidad determinar el nivel de automanejo en usuarios con HTA del C.S.M.I. El Porvenir, La Victoria – Lima, 2019. Investigación de enfoque cuantitativo, no experimental, corte transversal, muestra de 80 pacientes con HTA, se optó por el cuestionario PIH. Obteniendo como resultado 48% regular, 29% deficiente y 24% adecuado. Concluyendo que, un mayor porcentaje pacientes con HTA presentaron un nivel regular de automanejo.²⁰

Por más de 40 años se viene estudiando el término automanejo, siendo artífice Thomas Creer, al hacer hincapié que los pacientes son participes activos en su propio tratamiento.²¹ Usualmente, el automanejo es definido como el cuidado cotidiano por los mismos pacientes que padecen enfermedades crónicas y en el transcurso de éstas.²² A menudo, el automanejo se emplea como sinónimo de términos como autocuidado, autorregulación, auto gestión, educación y orientación del individuo, no obstante, es necesario determinar que el automanejo ha ido evolucionando y dejar de ser solo la práctica de proveer información y reforzar los conocimientos de los pacientes.²³

Seguidamente, los profesionales de enfermería detallaron 5 procesos del automanejo enfocadas en la facultad de dar soluciones a posibles problemas, toma de decisiones, uso de recursos, agruparse con prestadores de la salud y actuar.²⁴

Recientemente, los expertos ampliaron los conceptos vigentes relacionados con los procesos de automanejo desde la visión de los pacientes que padecen alguna enfermedad crónica, esto engloba enfocarse en las necesidades de la enfermedad y acostumbrarse a vivir con ella. ²⁵

Así mismo, para la mejoría del paciente crónico influye la relación que lleva con los prestadores de servicios de salud, principalmente de las enfermeras. Al igual que la familia de este; ya que vienen a ser una fuente importante de apoyo. ²⁶

Las mejoras en la prestación de servicios de salud, en la actualidad facilitan a gran parte de la población con enfermedades crónicas a sobrevivir por más tiempo. Por ende, hoy en día se hace énfasis en la atención de las enfermedades crónicas.²⁷ Del mismo modo, se está generando mayor interés a promover actividades y métodos orientados a que el paciente se adapte a cambios en su comportamiento, para a su propio beneficio; reconozca sus síntomas, con la finalidad de mejorar su calidad de vida a un largo plazo, para ello se requiere el trabajo arduo de los expertos en salud. ²⁸

A fin de vivir adecuadamente, el automanejo se relaciona con diversas actividades que una persona con una o más cronicidades debe llevar a cabo. Estas actividades abordan alcanzar confianza para sobrellevar su enfermedad de la mano con el médico tratante, manejo de funciones y emocional.” Esta definición abarca actitudes en el “automanejo”, y repercute la “confianza” o autoeficacia (para cumplir las actividades) esto engloba el manejo de funciones, en el individuo que padece una cronicidad. ²⁹

Bodenheimer, Lorig, Colman y Grumbach, buscan diferenciar la educación tradicional que se brinda al paciente con padecimientos crónicos, cuyo objetivo principal comprende en obedecer y cumplir el aumento del automanejo para lograr los resultados clínicos adecuados. Además, esta educación tradicional le facilita informaciones e imparte actividades sobre su padecimiento de modo que el paciente tenga la capacidad de identificar el fenómeno y pueda actuar frente a ello. Cabe resaltar la importancia de difundir este tipo de prácticas y enseñanzas del automanejo entre los gestores de información orientados a fortalecer el conocimiento de enfermeros (as) y el personal de salud cualificado en atención

primaria, de esta manera se lograría prevenir negligencias en agravio de los pacientes.³⁰

Para profundizar el concepto del automanejo se requiere el apoyo continuo de los profesionales y servidores de salud de base, desde las esferas decisoras sanitarias, esto es desde el gobierno, los sectores e instituciones involucrados en la salud, con el objetivo de educar y concientizar a los pacientes sobre el automanejo; este apoyo constante debe consistir en promover capacitaciones integrales (incluyendo pacientes y familiares), proporcionando conocimientos y habilidades en los centros de atención primaria de manera sistemática, aplicando técnicas eficaces sustentadas en posibles opciones que ayuden a alcanzar las expectativas para el automanejo en los pacientes crónicos.³¹

Según Garrido A, el objetivo principal es educar a las personas que adolecen de estas enfermedades, con un programa práctico y eficaz, a fin de lograr la autosuficiencia. Ello estaría puntualmente orientado a disminuir los costes que significan la cronicidad frente a los tratamientos, puesto que las enseñanzas impartidas por el trabajador de la salud, ayudará a mejorar su estado de salud, capacitar para afrontar crisis de depresión y evitarlas. Partiendo de estas premisas, los profesionales de la salud, consideran que si los pacientes crónicos tomaran conciencia de lo que ocurre en realidad al desarrollar malos hábitos (como fumar, consumir grasas saturadas, no realizar ejercicios, entre otros) revertirían sus patrones de conducta.³²

Por otro lado, Bandura A. afirma que, una vez desarrollada, la autoeficacia resulta ser un factor determinante en el funcionamiento humano al incidir directamente en las manifestaciones conductuales y, por su repercusión en otras dimensiones, como la fijación de metas, propósitos de lograr un resultado favorable, pese a obstáculos presentes en la sociedad; no podemos negar que incluso las creencias tienen alto grado de influencia en los pensamientos de las individuos, pudiendo ser positivos o negativos en absoluto. Bajo estos lineamientos, las personas que adolecen de enfermedades crónicas, asumen comportamientos que se manifiestan a través de reacciones de autoevaluación, logrando alcanzar autosatisfacción y autovaloración, evitando patrones de conducta con consecuencias adversas.³³

Dimensiones del automanejo:

Conocimiento: Todo individuo es cociente de conocer la causa del inicio de su patología, sabe qué le beneficia, la disminución de su eficiencia o la razón de su incremento.

En la citada investigación se hace referencia a los conocimientos de los participantes sobre el origen, un riguroso tratamiento y chequear su P.A.; siendo un indicador de las capacidades de los pacientes para identificar sus afecciones facilitando de tal modo la entrega de métodos que les servirán de ayuda para la toma de decisiones, acciones apropiadas y cambiar estas en caso de experimentar algún cambio en las situaciones de su cronicidad.

Educar en el automanejo no sustituye, sino hace énfasis en la educación tradicional. Se requiere de una planificación en un tiempo determinado, periodo en que los individuos puedan adquirir la seguridad de su cumplimiento.³⁴

Signos y síntomas: Se incluyen manifestaciones clínicas del paciente con HTA, que son detectadas en la visita médica, mediante la exploración cefalocaudal. Además, las señales que son percibidas por el paciente como, cefalea, debilidad y mareos. La HTA, es conocida como el asesino silencioso, porque en primera instancia los pacientes no suelen reconocer los signos y síntomas que su organismo manifiesta, ya que esto conlleva a presentar complicaciones tales como, cardiopatías, problemas renales.³⁵

Adherencia al tratamiento: Es importante para el paciente con algún padecimiento crónico, puesto que se ven comprometidos con el cumplimiento de la misma. Sin embargo, existen razones de distinta naturaleza que dificultan su abordaje a nivel teórico, práctico y científico. La OMS hace hincapié, que la deficiencia del incumplimiento terapéutico es un problema considerable en la salud pública por lo que abarca e implica consecuencias negativas, como altos porcentajes de hospitalizados y alza en los costos de los mismos.³⁶

Para calcular la adherencia hay diversos métodos; pero la gran mayoría están orientados al campo farmacológico, obviando la visión global que abarca el desempeño para cumplir el régimen alimenticio, ejercicios y citas pendientes. Por

ende, a fin de incrementar la fijación al tratamiento debemos incentivar a los pacientes a participar con firmeza en la toma de decisiones; para ello, se debe brindar la información detallada al recetar un medicamento: cuándo, cuánto y cómo, además de los efectos adversos. ³⁶

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación:

El trabajo es de tipo básica, enfoque cuantitativo, el mismo que, en palabras dichas por Hernández Sampieri implica, usar una base para la adquisición de datos, medición numérica y análisis estadísticos.³⁷

3.1.1. Tipo de investigación: Descriptiva, según Hernández Sampieri, este tipo de investigación tiene como objetivo resaltar los atributos, características y perfiles de la persona, grupo, comunidad, proceso, meta u otro fenómeno que se analiza. De la misma manera, nuestro trabajo es transversal, ya que requiere que la información sea recolectada en un solo punto y tiempo, cuyo propósito es describir variables.³⁷

3.1.2. Diseño e investigación: No experimental, puesto que, no se manipula la variable.

3.2. Variables y operacionalización

- **Variable:** el automanejo es definido como el cuidado diario por los mismos pacientes que padecen enfermedades crónicas y en el transcurso de éstas.³⁸

- **Definición Conceptual:** Se refiere a las capacidades y habilidades por las cuales los pacientes con una cronicidad, puedan cuidarse de manera efectiva.³⁹

- **Definición Operacional:** Técnicas y disposición de los adultos hipertensos mediante las dimensiones conocimiento, adherencia al tratamiento, control de signos y síntomas, medidos por un cuestionario (PIH) que consta de 12 ítems: valor 0-2 deficiente, 3-5 regular y 6-8 adecuado.³⁹

- **Dimensiones:**

Conocimiento: Estado de salud, medicamentos.

Manejo de signos y síntomas: Signos de alarma.

Adherencia al tratamiento: Actividad física-estilo de vida saludable, asistencia a citas programadas.

- **Escala de Medición:** A través de un instrumento con escala ordinal.

3.3 POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO

3.3.1. Población

Estuvo establecida por 65 pacientes adultos que pertenecen al “Padrón Nominal Del Adulto Con Factor De Riesgo” del C.S. Soritor en el distrito de Soritor, Provincia de Moyobamba, Región San Martín, 2023.

- **Criterios de inclusión**

- ✓ Pacientes adultos con HTA (rango de edad 40 a 59^a).
- ✓ Pacientes que se comprometen participar en la investigación.
- ✓ Pacientes diagnosticados con HTA por más de 1 año.

- **Criterios de exclusión**

- ✓ Pacientes adultos menores de 40^a.
- ✓ Pacientes adultos mayores de 59^a.
- ✓ Pacientes con secuelas neurológicas y mentales.

3.3.2. Muestra: Por ser la población limitada e inferior a 100, se aplicará a todos los sujetos de estudio.

3.3.3. Muestreo: No probabilístico, por conveniencia, por tanto, no se empleará una fórmula estadística, se incluirá a los adultos que tengan mayor accesibilidad.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

En la ejecución de este trabajo se empleó el método de la entrevista y se optó por el cuestionario PIH, que fue trabajado y validado por el equipo de colaboradores de la Universidad Flinders (Australia, 2012-2014), el mismo que cuenta con una estructura acorde para la adquisición de datos en pacientes con HTA.^{40 41}

El cuestionario Partners in health Scale, consta de 12 indicadores con cuatro dimensiones: Adherencia al Tratamiento (3,5), conocimiento de enfermedad (1,2), manejo de efectos secundarios (9,10,11), signos y síntomas (4, 6, 7, 8, 12). En nuestro país y México los resultados de la validación se basan únicamente en 3 dimensiones: Conocimiento (1 y 2), Manejo de signos y síntomas (3-11) Adherencia

al tratamiento (12), y el valor designado fue (0-2) deficiente, (3-5) regular y (6-8) adecuado.^{42 43 44}

El año 2015 fue aplicado en Lima-Perú por profesores y alumnos de la UCV, posteriormente, se validó en personas <18 a. con alguna enfermedad crónica como (DM, HTA y Cáncer) con 166 participantes, obteniendo como resultado 0.89 en el Alfa de Cronbach y, el análisis factorial con 58% de varianza.⁴⁵

Luego de obtener la validez del instrumento se calificó y certificó la confiabilidad del instrumento "Partners in Health Scale". Actualmente, para la investigación se aplicó una prueba piloto a 10 adultos que fueron captados en la sala de espera del Servicio de Medicina General del "Centro de Salud Bahía Blanca", Región Callao; donde la realidad se adapta a los criterios de inclusión. Posterior a ello se procedió a registrar los datos de la entrevista en el programa Excel 2019, obteniendo como resultado Alfa de Cronbach de 0.95, por esta razón se le determina como confiable y adaptable a la realidad. (Ver anexo 3)

3.5. Procedimientos

Se realizó coordinaciones con la doctora encargada del padrón nominal del adulto con factor de riesgo del C.S. Soritor en el distrito de Soritor, Prov. de Moyobamba, Región San Martín, con el fin de solicitar la participación de los pacientes que pertenecen a dicho padrón, los que fueron captados por medio de visitas domiciliarias a los participantes, además, se les brindó el consentimiento informado para luego aplicar el cuestionario "Partners in health scale", a fin que los participantes respondan los ítems según cada dimensión.

3.6. Método de análisis de datos

Para conseguir la validez y confiabilidad del instrumento se realizó una prueba piloto con 10 participantes adultos, luego se registraron los datos de la entrevista en el programa Excel 2019, obteniendo como resultado final Alfa de Cronbach 0.95, siendo el instrumento confiable y aceptable a la realidad.

Al finalizar, se aplicó el cuestionario PHI a los 65 pacientes del padrón nominal del adulto con factor de riesgo adultos del Centro de Salud Soritor en el distrito de

Soritor, Prov. de Moyobamba, Región San Martín. Posteriormente, los datos fueron organizados en el programa SPSS20.

3.7. Aspectos éticos

Beneficencia: Se pretende, de forma indirecta, hacer el bien en beneficio de pacientes con HTA, ya que los resultados obtenidos contribuirán al personal de enfermería a planificar técnicas para reforzar el automanejo del paciente, de esa manera poder disminuir posibles complicaciones que afectarían su salud.

No Maleficiencia: Los participantes no serán sujetos a ningún riesgo, puesto que el cuestionario fue aplicado de manera anónima, previo a ello se les explicó que los datos serían totalmente reservados y usados únicamente en esta investigación.

Autonomía: El paciente hipertenso decide voluntariamente participar en la investigación y se le explicó los objetivos y propósitos del estudio.

Justicia: Los participantes en su totalidad cooperan en este estudio sin distinción alguna, tales como lenguaje, alteraciones mentales, religión, por razones de creencias, etc.

IV. RESULTADOS

Tabla 1: *Nivel de automanejo en adultos hipertensos en el C.S. Soritor de San Martín 2023.*

		FR	%
Válido	Reg.	17	26.2
	Ad.	48	73.8
Total		65	100.0

En la tabla 1, de los 65 encuestados, el 26.2% (17) tienen un nivel regular de automanejo y un 73.8% (48) un nivel adecuado de automanejo en adultos hipertensos en el C.S. Soritor de San Martín 2023.

Tabla 2: *Datos sociodemográficos de los encuestados.*

Edad		FR	%
Válido	40 a 50 años	22	33.8
	51 a 59 años	43	66.2
	Total	65	100.0
Sexo			
Válido	Femenino	45	69.3
	Masculino	20	30.7
	Total	65	100.0
Estado civil			
Válido	Soltero	14	21.5
	Conviviente	14	21.5
	Casado	28	43.1
	Divorciado	7	10.7
	Viudo	2	3.2
	Total	65	100.0
Grado de instrucción			
Válido	Primaria	23	35.4
	Secundaria	31	47.7
	Técnico	6	9.2
	Universitaria	5	7.7
	Total	65	100.0
Ocupación			
Válido	Independiente	21	32.3
	Dependiente	38	58.5
	No trabaja	6	9.2
	Total	65	100.0
Vive acompañado			
Valido	Si	65	100

	Total	65	100.0
Otra enfermedad			
Válido	HTA	59	90.8
	HTA-Diabetes	6	9.2
	Total	65	100.0
Como considera su salud			
Válido	Buena	26	40
	Regular	39	60
	Total	65	100.0
Tiempo de enfermedad			
Válida	2 años	8	12.3
	3 años	24	36.9
	4 años	16	24.6
	5 años	10	15.4
	6 años	6	9.2
	7 años	1	1.6
	Total	65	100.0

En la tabla 2, se puede analizar que, según la edad 22 personas tienen entre 40 a 50 años (38.8%) y 43 están entre las edades de 51 a 59 años (66.2%). Según el sexo: 45 F. (69.3%) y 20 M. (30.7%). En cuanto al estado civil: 14 solteros (21.5%), 14 convivientes (21.5%), 28 casados (43.1%), 7 divorciados (10.7%) y 2 viudas (3.2%). En el grado de instrucción, 23 tienen grado de instrucción primaria (35.4%), 31 tienen formación secundaria (47.7%), 6 tienen formación técnica (9.2%), 5 tienen formación universitaria (7.7%). Según la ocupación 21 trabajan de manera independiente (32.3%), 38 trabajan de manera dependiente (58.5%) y 6 no trabajan (9.2%). Según las personas que viven acompañadas el total de encuestados sí viven acompañados por algún familiar (100%). En cuanto a otra enfermedad además de la hipertensión 6 tienen diabetes (9.2%) y 59 solo tienen hipertensión (90.8%). Con respecto a la percepción de la salud 26 consideran que su salud es buena (40%) y 39 que su salud es regular (60%). Según el tiempo de enfermedad de las personas encuestadas, 8 tienen 2 años de enfermedad (12.3%), 24 tienen 3 años de enfermedad (36.9%), 16 tienen 4 años de enfermedad (24.6%), 10 tienen 5 años de enfermedad (15.4%), 6 tienen 6 años de enfermedad (9.2%), 1 tiene 7 años de enfermedad (1.5%).

Tabla 3. *Automanejo según la dimensión conocimiento*

		FR.	%
Válido	Deficiente	1	1.5

Regular	63	97
Adecuado	1	1.5
Total	65	100.0

En la tabla 3, se puede analizar que según la dimensión conocimiento, 1.5% (1) presenta automanejo deficiente, 97% (63) presentan automanejo regular y el 1.5% (1) presenta un automanejo adecuado.

Tabla 4: *Automanejo según la dimensión signos y síntomas.*

		Frecuencia	%
Válido	Deficiente	26	40
	Regular	37	56.9
	Adecuado	2	3.1
Total		65	100.0

En la tabla 4, se puede analizar que según la dimensión signos y síntomas, 40% (26) presenta automanejo deficiente, 56.9% (37) presentan automanejo y el 3.1% (2) presenta un automanejo adecuado.

Tabla 5. *Automanejo según la dimensión adherencia al tratamiento.*

		FR	%
Válido	Def.	18	27.7
	Reg.	38	58.5
	Ad.	9	13.8
Total		65	100.0

En la tabla 5, se puede analizar que según la dimensión adherencia al tratamiento, 27% (18) presenta automanejo deficiente, 58.5% (37) presentan automanejo regular y el 13.8% (2) presenta un automanejo adecuado.

V. DISCUSIÓN

Los hallazgos de este estudio proponen que la mayoría de los adultos con HTA en el C.S. Soritor en Moyobamba, San Martín, Perú, tienen un nivel regular (26.2%) y adecuado (73.8%) de automanejo de su enfermedad. Sin embargo, hay áreas específicas en las que se observan deficiencias, lo que implica promover actividades, tales como, brindar charlas, sesiones educativas, visitas domiciliarias, entre otras; enfocadas en mejorar y fortalecer comportamientos de automanejo.

No obstante, aunque la mayoría de los encuestados tienen un conocimiento regular o adecuado sobre su enfermedad, un porcentaje significativo reporta un conocimiento deficiente sobre su tratamiento. Esto sugiere la necesidad de proporcionar más educación, investigaciones, intervenciones y estrategias de calidad para mejorar el conocimiento y abordar los aspectos identificados de la hipertensión arterial en el Centro de Salud Soritor.

Además, un porcentaje significativo de los encuestados reportan dificultades para mantenerse al tanto de sus signos y síntomas, para tomar medidas a las primeras señales de advertencia y pedir ayuda cuando su presión arterial aumenta o disminuye. Se destaca que, en Perú, la conciencia y el control de la presión arterial son bajos, lo que puede atribuirse a la falta de comprensión de los pacientes sobre su diagnóstico. Se resalta la importancia del automanejo en relación con los signos y síntomas de la hipertensión, y se enfatiza la necesidad de abordar e implementación de sistemas de apoyo para promover programas de gestión de la presión arterial en el hogar, esto será útil para ayudar a los pacientes a reconocer y responder a los signos de alerta temprana.

Por otro lado, en relación con la adherencia al tratamiento, se observó que el 27% (18 participantes) tenía un automanejo deficiente, el 58.5% (37 participantes) evidenció un automanejo regular y el 13.8% (2 participantes) presentó un automanejo adecuado. Un estudio a nivel internacional destaca la importancia de la adherencia al tratamiento de la hipertensión para el control de la presión arterial y la prevención de eventos cardiovasculares. Se mencionan diferentes intervenciones efectivas para mejorar la adherencia, como recordatorios, simplificación del régimen de medicación, educación del paciente y estrategias de

manejo de la enfermedad. Se resalta que la falta de adherencia puede tener diversas causas y que las intervenciones más efectivas son aquellas que abordan múltiples barreras simultáneamente. Estudios a nivel nacional, aportan información basadas en el tratamiento y control de la hipertensión arterial, y aunque ha habido notables mejoras, aún existen deficiencias en comparación con otros países de altos ingresos y latinoamericanos. Esto sugiere que puede ser útil proporcionar más apoyo para ayudar a los pacientes a cumplir con sus tratamientos y citas programadas.

Estudio en México: El estudio evaluó el automanejo de enfermedades crónicas en adultos con DM e HTA. Los hallazgos muestran un nivel deficiente de automanejo en la mayoría de los participantes, sin diferencias significativas entre los grupos de diabetes e hipertensión. En comparación, en el Centro de Salud Soritor, la mayoría de los encuestados presentaron un nivel adecuado de automanejo. Estos resultados sugieren que el automanejo puede variar entre diferentes regiones y contextos de atención médica.

Estudio en Los Olivos, Lima: Indica que el automanejo en adultos con enfermedades crónicas <30a es deficiente, además, un alto porcentaje de participantes presentan un nivel de automanejo deficiente en las tres dimensiones. Estos resultados difieren del estudio en el C.S. Soritor, donde la mayoría de los encuestados presentaron un nivel adecuado de automanejo. Sin embargo, se encontró un porcentaje menor de automanejo deficiente en las dimensiones de signos y síntomas, y conocimiento, lo que indica que aún hay aspectos por mejorar en estas dimensiones.

Estudio en Puente Piedra, Perú: El estudio muestra que la mayoría de los adultos hipertensos tienen un nivel de automanejo moderado en el consultorio externo del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz. En comparación, en el Centro de Salud Soritor, la mayoría de los encuestados presentaron un nivel adecuado de automanejo. Ambos estudios indican la importancia de promover un automanejo adecuado en los adultos hipertensos, pero muestran resultados ligeramente diferentes en términos de la distribución de los niveles de automanejo.

Estudio en Centros de Salud de la Red Lima Ciudad, Lima, Perú: El estudio examina el automanejo de pacientes con HTA y DM. Los resultados muestran que una proporción considerable de los participantes presenta un nivel bajo de automanejo en las dimensiones del conocimiento y la adherencia al tratamiento. Estos hallazgos son consistentes con el estudio en el Centro de Salud Soritor, donde se identificaron porcentajes bajos de automanejo deficiente en estas dimensiones.

VI. CONCLUSIONES

En conclusión:

1. En el C.S. Soritor predomina un nivel adecuado de automanejo en adultos hipertensos; pese a ello cabe destacar la importancia de la realización de actividades que promuevan el mejoramiento del automanejo, a través del primer nivel de atención.
2. Las características sociodemográficas de los encuestados, como la distribución de edad, sexo, estado civil, nivel educativo y ocupación, proporcionan información adicional sobre los factores que pueden influir en el automanejo. Por ejemplo, se observó una prevalencia más alta de hipertensión en mujeres y una mayor proporción de encuestados casados. Estos hallazgos destacan la importancia de considerar el entorno social y familiar al diseñar estrategias de automanejo.
3. En las dimensiones conocimiento, signos y síntomas, y adherencia al tratamiento se evidenciaron un automanejo regular. En términos de la percepción de la salud, es importante destacar las actividades de autoeficiencia, la provisión sistemática de intervenciones educativas, área que en la actualidad es liderada y promovida por los profesionales de enfermería, con la finalidad de aumentar las habilidades y la autoconfianza que el paciente requiere para manejar su situación crónica.
4. En general, los resultados de la investigación respaldan la importancia de implementar intervenciones educativas, de apoyo y de concientización para mejorar el automanejo de la hipertensión. Además, destacan la necesidad de abordar las áreas específicas de deficiencia identificadas en las diversas dimensiones.
5. Estas conclusiones proporcionan una base sólida para futuras investigaciones y acciones destinadas a mejorar el automanejo de la HTA en el C.S. Soritor y en otros contextos similares. El desarrollo de estrategias efectivas de automanejo puede llevar a un mejor control de la P.A., disminuir complejidades y mejorar el nivel de automanejo de las personas con HTA.

V. RECOMENDACIONES

1. Se recomienda diseñar e implementar programas educativos específicos para mejorar el automanejo de la hipertensión, basándose en los resultados que muestran áreas de deficiencia en las dimensiones conocimiento, signos y síntomas y adherencia al tratamiento. Estos programas deben enfocarse en proporcionar información clara y comprensible sobre la enfermedad, los signos de alerta y la importancia de seguir el tratamiento adecuadamente.

2. Promover la asistencia a controles médicos, es fundamental implementar estrategias para fomentar y recordar a los adultos hipertensos la importancia de asistir periódicamente a sus citas médicas. Esto puede incluir recordatorios telefónicos, campañas de concientización y programas de atención domiciliaria para aquellos que tienen dificultades para desplazarse al centro de salud.

3. Brindar apoyo emocional y social: Teniendo en cuenta la relación entre el automanejo y la capacidad física, así como los hallazgos sobre la sintomatología depresiva en otros estudios, se recomienda implementar intervenciones que aborden el aspecto emocional y brinden apoyo social a los pacientes hipertensos. Esto puede incluir la creación de grupos de apoyo, la capacitación de profesionales de la salud en el manejo de la salud mental y la promoción de estilos de vida saludables a través de actividades comunitarias.

4. Evaluación continua del automanejo: Es importante llevar a cabo evaluaciones periódicas del automanejo de los pacientes hipertensos en el Centro de Salud Soritor. Esto permitirá monitorear los cambios en el nivel de automanejo a lo largo del tiempo y evaluar la efectividad de las intervenciones implementadas. Además, la retroalimentación de los pacientes puede ser valiosa para identificar áreas específicas que requieren más atención y ajustar las estrategias de intervención en consecuencia.

5. Colaboración interdisciplinaria: Para abordar de manera integral el automanejo de la hipertensión, se recomienda fomentar la colaboración entre diferentes profesionales de la salud, como médicos, enfermeras, nutricionistas y psicólogos. Trabajar en equipo permitirá una atención más completa y

personalizada, abordando las diferentes dimensiones del automanejo de manera coordinada.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de Salud. Informe hipertensión en el mundo una enfermedad que mata en silencio una crisis de salud pública mundial [Internet] 2016 [Citado 18 de octubre 2016]; Disponible en: <https://articulos.sld.cu/hta/tag/oms/>
2. Organización Mundial de Salud. Pide dar más atención al control de la hipertensión Asunción [Internet] 2015. [Citado 18 de octubre 2016]; Disponible en http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=950:opsoms-pide-dar-mas-atencion-al-control-de-la-hipertension&Itemid=340
3. Organización Panamericana de la Salud. Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas. Washington D.C.: 2010. [Internet] [Revisado el 02/02/2017]. Disponible en http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf
4. Multiple chronic conditions a strategic frame-work: optimum health and quality of life for individuals with multiple chronic conditions. Washington, DC: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos; 2010.
5. Living well with chronic illness: a call for public health action. Washington, DC: Instituto de Medicina; 2012.
6. Zubeldía L, Quiles J, Mañes J, Redón J. Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial en la población de 16 a 90 años de la Comunitat Valenciana, 2010. Rev Esp Salud Pública [Internet] 2016 [citado el 1 de marzo del 2018]; 90(1): 1-12. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100425
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Enfermedades no transmisibles y transmisibles. [Internet]. Lima: INEI; 2015. [Citado 4 de junio 2017]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1212/Libro.pdf.
8. Bayram E. Hipertensión arterial asesino silencioso. Lima: Centro de asistencia e investigación clínica [Internet]. 2014 [Citado 2 de Junio 2017]. Disponible en: <http://fcardiovascular.com/pdf/Hipertension.pdf41>

9. Encuesta nacional de salud y nutrición. Hipertensión arterial en los adultos. importancia de mejorar diagnóstico oportuno y de control. ENSANUT; México [Internet] 2012 [Citado 01 de febrero 2017]. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/HypertensionArterialAdultos.pdf>
10. Prada G, Pacheco C, et al. Medicina interna enfoque síndrome tico. Medicina. 6ta ed. Lima: Ediciones formularios La Esperanza Polígono la Campana 38109; 2018.
11. Reyes Quiroz G. Factores y automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en Centros de Salud de la Red Lima Ciudad [Tesis para doctorado]. Perú: Universidad Norbert Wiener; 2017.
12. Díaz M., Díaz G., et al. Nivel de automanejo en adultos con enfermedades crónicas no transmisibles. Revista Médico-Científica de la Secretaría de Salud Jalisco. 2020, Jalisco – México.
13. Henao C, Fajardo E. & Nuñez M. Práctica de automanejo y nivel de dependencia del adulto mayor con enfermedad crónica. Rev Cubana Enfermería [online]. 2022, vol.38, n.3, e4690. Epub 01-Sep-2022. ISSN 0864-0319.
14. Malibrán-Luque D.J., Piñones-Martínez M.S., et al. Diferencias del automanejo en personas con enfermedades crónicas en población peruana. Enferm. univ [Revista en la Internet]. 202 [Citado 2023 Jul 04]; 18(1): 43-55. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632021000100043&lng=es. Epub 13-Dic-2021. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2021.1.951>.
15. León-Ramírez M, Peñarrieta-de Córdova M., et al. Relación entre automanejo y síntomas depresivos en personas con diabetes e hipertensión. Enferm. univ [revista en la Internet]. 2020 [Citado 2023 Jul 05]; 17(1): 5-15. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632020000100005&lng=es. Epub 22-Dic-2020. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.1.681>.
16. León-Hernández R.C., Peñarrieta-de Córdova M., et al. Predictores del comportamiento de automanejo en personas con enfermedades crónicas de

Tamaulipas. *Enferm. univ* [revista en la Internet]. 2019 Jun [citado 2023 Jul 05]; 16(2): 128-137. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632019000200128&lng=es.
<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.2.637>.

17. Suarez M. & Azañero C. Atención de salud del adulto hipertenso en la jurisdicción del Puesto de Salud Pata-Pata. en Cajamarca, el año 2021. Disponible en: <http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/2233?show=full>

18. Melgarejo L. Automanejo en personas mayores de 30 años en condición de cronicidad, en la urbanización Manantial, Los Olivos, 2021. Lima – Perú. En el año 2021. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/91440>

19. Leiva J. Automanejo en adultos con hipertensión arterial en el consultorio externo del Hospital Carlos Lan Franco la Hoz Puente Piedra 60 [Tesis para licenciatura de enfermería]. Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2017.

20. Yalico Y. Nivel de automanejo en usuarios con hipertensión arterial del Centro de Salud Materno Infantil el Porvenir, La Victoria – Lima 2019. Disponible en: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/4431>

21. Lorig, K. & Holman H. Self-Management education: history, definition and mechanism. *Annals of Behavioral Medicine*. 26;1. Disponible en: <https://libros.uat.edu.mx/index.php/librosuat/catalog/download/164/136/412-1?inline=1>

22. Clark, N., Becker, M., et al. Self-management of chronic disease. *Journal of Aging and Health* 3(1): 3-27. Disponible en: <https://libros.uat.edu.mx/index.php/librosuat/catalog/download/164/136/412-1?inline=1>

23. Ryan, P. & Sawin, K. The Individual and Family Self-Management Theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nurs Outlook*. 57(4):217–225.e6. Disponible en: <https://libros.uat.edu.mx/index.php/librosuat/catalog/download/164/136/412-1?inline=1>

24. Lorig, K. & Holman, H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med*: 26(1):1–7. Disponible en: <https://libros.uat.edu.mx/index.php/librosuat/catalog/download/164/136/412-1?inline=1>
25. Schulman G., Jaser S., Martin F., et al. Processes of self-management in chronic illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(2), 136–144. Disponible en: <https://libros.uat.edu.mx/index.php/librosuat/catalog/download/164/136/412-1?inline=1>
26. Instituto de Medicina Washington, D.C. (2012). Living well with chronic illness: A call for public health action. Disponible en: <https://libros.uat.edu.mx/index.php/librosuat/catalog/download/164/136/412-1?inline=1>
27. Dowrick C, Dixon M, Holman H, Weinman J. What is chronic illness? *Chronic Illn.* 2005;1(1):1–6. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n3/187-194/es>
28. Holman H, Lorig K. Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care. *BMJ*. 2000;320(7234):526–7. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2015.v37n3/187-194/es>
29. Adams K, & Greiner AC, & Corrigan JM (Eds). Report of a summit. The 1st annual crossing the quality chasm summit-A focus on communities. Washington, DC: Institute of Medicine of the National Academies, 2004.
30. Bodenheimer T, & Lorig K, Holman H, & Grumbach M. Patient selfmanagement of chronic disease in primary care. *JAMA* 2002; 288(19):2469-75
31. Grady A, Gough L. Self-Management a Comprehensive Approach to Management of Chronic Conditions. *Salud pública*. 2014; 37(3) 187-195. 45 [Citado 7 de junio 2017]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v37n3/v37n3a09.pdf>

32. Garrido E. Autoeficacia y conductas de salud: la experiencia de Kate Lorig en el centro de tratamiento de artríticos de la Universidad de Stanford: Catedrático de Psicología Social; Universidad de Salamanca. [Citado 8 de agosto]. Disponible en: <https://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/KateLorig.PDF>
33. Bandura A. Guía para la construcción de escalas de autoeficacia: Universidad Nacional de Córdoba Argentina; Universidad de Stanford. [Citado 12 de agosto]. Disponible en: <https://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/effguideSpanish.html>
34. Gutiérrez E. Tener conocimiento de causa [Internet]. 2010 sep –[Citado 5 de junio del 2017]. Disponible en: <https://egbueno.wordpress.com/2010/09/07/tener-conocimiento-de-causa/>.
35. Leiva Espinoza J. Automanejo en adultos con hipertensión arterial en el consultorio externo del Hospital Carlos Lan Franco la Hoz Puente Piedra 60 [Tesis para licenciatura de enfermería]. Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2017.
36. Mejorar la adherencia al tratamiento: Un reto, una necesidad. [Citado 20 de agosto de 2017]. Disponible en: <https://unenfermerocurioso.wordpress.com/2016/10/31/mejorar-la-adherencia-al-tratamiento-un-reto-una-necesidad/> 44
37. Educa Perú. [Citado el 5 de julio de 2023]. Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista- Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed .pdf>
38. Clark, N., Becker M., et al. Self-management of chronic disease. *Journal of Aging and Health* 3(1): 3-27. Disponible en: <https://libros.uat.edu.mx/index.php/librosuat/catalog/download/164/136/412-1?inline=1>
39. Bonal R, Cascaret X. Automanejo, autocuidado o autocontrol en enfermedades crónicas. Acercamiento a su análisis e interpretación. *MEDISAN*. 2009; 13(1): 1-11. Disponible en: [scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532019000100217#:~:text=Automanejo%20se%20define%20como%20"las,per sonas%20sin%20patologías%20crónicas](https://scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532019000100217#:~:text=Automanejo%20se%20define%20como%20)44.

40. Wilkinson A, Whitehead L. Evolution of the concept of selfcare and implications for nurses: a literature review *Int J Nurs Stud*. [internet] 2009 [citado 29 de ene 2019]; 46(8):1143-7. Setiembre 2020. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748908003581?via%3Dihub>
41. W Battersby M, Ask A, M Reece M, J Markwick M, P Collins J. The Partners in Health scale: The development and psychometric properties of a generic assessment scale for chronic condition self-management. *Australian Journal of Primary Health* 9, 41-52. <https://doi.org/10.1071/PY03022>
42. Veldman K, Reijneveld SA, et al. The Partners in Health scale for older adults: design and examination of its psychometric properties in a Dutch population of older adults. *Health Expect*. [internet] 2017 [citado 5 de nov 2018]; 20(4):601-607. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hex.12488>
43. León RC., Peñarrieta MI., Gutiérrez T. Validación de instrumentos de Indicadores de salud y psicosociales. Red de Automanejo de enfermedades crónicas. Disponible en: <http://reddeautomanejo.com/assets/cap%C3%ADtulo-validacion-de-instrumentos.pdf>
44. Peñarrieta M, Vergel O, Schmith L, Lezama S, Rivero R, Taipe J, Bejarano L. Validación de un instrumento para evaluar el automanejo en enfermedades crónicas en el primer nivel de atención en salud. *Rev. Cient. de Enferm*. 2012; VIII(1):64-73
45. Peñarrieta I, Reyes G, et al. Automanejo en enfermedades crónicas: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y cáncer. *Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener*. [internet] 2015 [citado 29 de oct 2018];2015;4. Disponible en: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwjWoaPeiJHgAhWdGTQIHf3YAowQFjAAegQICRAC&url=http%3A%2F%2Freddautomanejo.com%2Fassets%2Fautomanejo_en_enfermedades_cronicas.pdf&usg=AOvVaw3rH5rR2yBcnSvFuo3bmvwG

ANEXOS

ANEXO 1: TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES					
VARIABLE DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
AUTOMANEJO EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL	El automanejo es definido como el cuidado diario por los mismos pacientes que padecen enfermedades crónicas y en el transcurso de éstas. ²²	Conjunto de habilidades y actitudes de los adultos hipertensos mediante las dimensiones: conocimiento, control de signos y síntomas y adherencia al tratamiento; medidas a través del instrumento "Partners Inhealth Scales". Evaluados en tres niveles: deficiente, regular y adecuado.	Conocimiento	6. Estado de Salud 7. Tratamiento	ORDINAL
			Manejo De Signos Y Síntomas	8. Indicaciones médicas 9. Consumo de medicamentos 10. Decisiones médicas 11. Solicitar ayuda médica. 12. Asistencia a citas programadas. 13. Atención a signos y síntomas presentes. 14. Signos De Alarma 15. Actividad Física 16. Tranquilidad emocional.	
			Adherencia al Tratamiento	12. Capacidad para pedir apoyo.	

ANEXO 2: INSTRUMENTO

PARTNERS INHEALTH SCALES

Para personas con alguna enfermedad crónica

Por favor marque con un círculo el número que considere se acerca más a su respuesta

1. En general lo que conoce usted acerca de su estado de salud es:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Deficiente			Regular			Adecuado		

2. En general, lo que conoce acerca de tu tratamiento, incluyendo medicamentos y de su estado de salud es:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Deficiente			Regular			Adecuado		

3. Cumple con los cuidados indicados por su médico o trabajador de salud:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Deficiente			Regular			Adecuado		

4. Toma los medicamentos para controlar su presión arterial:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Deficiente			Regular			Adecuado		

5. Comparte las decisiones tomadas de su estado de salud con su médico o la enfermera:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Deficiente			Regular			Adecuado		

6. Es capaz de solicitarle al profesional de salud la atención para obtener los servicios que necesita (acorde a su cultura, valores y creencias):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Deficiente			Regular			Adecuado		

7. Asiste a las citas programadas por su médico o trabajador de salud:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Deficiente			Regular			Adecuado		

8. ¿Se mantiene al tanto de sus síntomas y signos de alerta temprana (por ejemplo dolor de cabeza, zumbido de oído, visión borrosa) cuando la presión arterial aumenta o disminuye?:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Deficiente			Regular			Adecuado		

9. Toma medidas a las primeras señales de advertencia:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Deficiente			Regular			Adecuado		

10. Usted realiza alguna actividad física diaria por 30 minutos:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Deficiente			Regular			Adecuado		

11. Puedo mantener mi tranquilidad cuando tengo un problema emocional:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Deficiente			Regular			Adecuado		

12. Puede ser capaz de pedir ayuda cuando mi presión arterial aumenta o disminuye:

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Deficiente			Regular			Adecuado		

13. En general, lleva un estilo de vida saludable, (por ejemplo, no fumar, no beber alcohol, la alimentación sana, controlar el estrés):

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Deficiente			Regular			Adecuado		

ANEXO 3: CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

ALFA DE CROMBACH

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P
1	BASE DE DATOS															
2	ENCUESTADO	SEXO	EDAD	PREGUNTA 1	PREGUNTA 2	PREGUNTA 3	PREGUNTA 4	PREGUNTA 5	PREGUNTA 6	PREGUNTA 7	PREGUNTA 8	PREGUNTA 9	PREGUNTA 10	PREGUNTA 11	PREGUNTA 12	TOTAL
3	1	F	52	4	4	1	5	3	3	7	5	4	1	2	5	44
4	2	M	49	3	3	2	3	1	1	2	2	1	0	1	2	21
5	3	M	58	3	3	3	3	3	0	1	1	1	0	0	1	19
6	4	F	52	1	1	1	3	0	0	0	1	1	1	0	0	9
7	5	F	46	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	6
8	6	F	53	3	3	3	3	3	3	7	1	1	1	1	3	32
9	7	M	59	1	2	2	2	3	1	3	0	0	0	1	3	18
10	8	M	51	2	2	2	1	2	2	3	1	1	1	1	1	19
11	9	M	43	3	3	4	4	2	4	6	3	3	1	1	5	39
12	10	F	47	4	4	4	4	4	4	7	3	3	2	2	5	46
13	VARIANZA			1.82222222	1.61111111	1.73333333	1.65555556	1.87777778	2.62222222	7.78888889	2.17777778	1.83333333	0.4	0.44444444	3.6	
14																
15																
16																
17			LEYENDA A:1										SECCION 1	1.09090909		
18			B:2						K	12			SECCION 2	0.87089606		
19			C:3						∑VI	25.8222222			ABSOLUTO	0.87089606		
20			D:4						vt	200.011111						
21			E:5													
22			F:6													
23			G:7										α	0.95006843		
24			H:8													

ANEXO 4: SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DEL CENTRO DE SALUD



Los Olivos, 15 mayo de 2023

CARTA N° 046 -2023-EP/ ENF.UCV-LIMA

Dr.
Herbert Culqui Herrera
Jefe de la Micro Red de Salud Soritor – Moyobamba – San Martín.
Presente. -



Asunto: Solicito autorizar la ejecución del Proyecto de Investigación de Enfermería

De mi mayor consideración:

Es muy grato dirigirme a usted para saludarlo muy cordialmente en nombre de la Universidad Cesar Vallejo y en el mío propio desearle la continuidad y éxitos en la gestión que viene desempeñando.

A su vez la presente tiene como objetivo solicitar su autorización a fin de que las estudiantes **Alcalde López Evelyn y Rojas Daza Marali**, del X ciclo de estudios de la Escuela Académica Profesional de Enfermería, quienes tienen aprobación del Comité de ética Institucional y aprobación por un jurado evaluador puedan ejecutar su investigación titulada: **"Automanejo en Adultos Mayores con Hipertensión Arterial en el Centro de Salud Soritor - Moyobamba –San Martín - Perú 2023"**, institución que pertenece a su digna gestión; por lo que solicito su autorización a fin de que se le brinden las facilidades correspondientes.

Sin otro particular me despido de Usted no sin antes expresar los sentimientos de mi especial consideración personal.

Atentamente,



[Handwritten signature]

Mgtr. Lucy Tani Becerra Medina
Coordinadora del Área de Investigación
Escuela Profesional de Enfermería
Universidad César Vallejo – Filial Lima

c/ c: Archivo.

ANEXO 5: CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada: "Automanejo en adultos con hipertensión arterial en el Centro de Salud Soritor - Moyobamba - San Martín - Perú 2023", habiendo sido informado (a) del propósito de la misma, teniendo la confianza plena de que la información que en el instrumento vierta será sólo y exclusivamente para fines de la investigación en mención; además, confío en que la investigación utilizará adecuadamente dicha información, asegurándome la máxima confidencialidad.

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado participante:

Por medio de este documento, para el cual Ud. ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, nos comprometemos con Ud. a guardar la máxima confidencialidad de la información, así como también se le asegura que los resultados serán utilizados sólo con fines de investigación y no será perjudicado (a) en lo absoluto.

Atte.


Firma del participante
00838142



ANEXO 6: BASE DE DATOS

AUTOMANEJO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL												
	CONOCIMIENTO		MANEJO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS									AD. AL TTO.
ENC.	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12
1	4	2	5	8	6	2	6	4	2	6	4	6
2	4	4	4	5	3	4	6	4	4	4	4	5
3	4	4	4	4	4	2	4	2	2	4	4	2
4	4	3	3	4	2	2	4	2	2	3	4	2
5	4	3	3	3	4	3	4	3	3	4	2	4
6	4	4	4	4	3	2	4	2	2	4	2	2
7	7	7	4	7	4	4	7	4	4	7	7	4
8	4	2	2	3	3	2	2	2	2	4	2	2
9	4	4	5	5	2	4	6	4	4	5	4	6
10	4	4	4	3	2	4	3	6	2	4	6	2
11	2	4	6	4	4	4	5	2	4	6	4	4
12	4	6	6	6	5	4	8	2	4	5	8	4
13	4	2	4	5	6	4	4	2	4	4	4	4
14	4	4	4	6	6	4	6	4	3	4	6	4
15	5	2	8	8	4	4	3	3	4	2	8	8
16	5	3	2	4	2	4	3	6	4	6	8	6
17	4	5	6	2	4	2	8	5	4	8	2	6
18	5	4	2	4	5	4	6	8	2	5	4	6
19	4	6	4	4	6	4	8	2	2	4	2	2
20	4	2	3	4	2	4	2	6	4	8	4	2
21	4	6	4	6	8	4	3	4	2	6	4	4
22	4	2	5	8	6	2	6	4	2	6	4	6
23	4	4	4	5	3	4	6	4	4	4	4	5
24	4	4	4	4	4	2	4	2	2	4	4	2
25	4	3	3	4	2	2	4	2	2	3	4	2
26	5	2	8	8	4	4	3	3	4	2	8	8
27	5	3	2	4	2	4	3	6	4	6	8	6
28	4	4	5	5	3	3	7	5	4	1	2	5
29	3	3	2	3	1	1	2	2	1	0	1	2
30	3	3	3	3	3	0	1	1	1	0	0	1
31	3	4	3	3	2	2	2	1	2	2	0	0
32	3	3	3	4	1	2	1	1	1	2	1	1
33	3	3	3	3	3	3	7	1	1	1	1	3
34	4	2	2	2	3	2	3	0	0	0	1	3
35	2	2	2	1	2	2	3	1	1	1	1	1

36	3	3	4	4	4	4	6	3	3	1	1	5
37	4	4	4	4	4	4	7	3	3	2	2	5
38	3	4	3	5	5	4	5	4	4	4	4	4
39	5	4	3	5	4	4	4	3	3	3	5	4
40	4	3	3	4	5	4	4	5	5	4	4	4
41	3	3	3	3	4	4	6	2	2	3	2	3
42	3	4	4	3	2	2	2	2	2	3	2	3
43	3	3	3	3	4	2	2	2	2	2	1	2
44	3	3	3	3	2	2	3	2	2	1	2	3
45	4	4	5	5	4	4	6	5	4	3	3	5
46	4	3	4	3	4	2	3	2	4	3	2	3
47	4	4	3	5	4	4	5	3	4	3	3	3
48	3	4	3	4	3	4	4	2	2	2	3	3
49	3	3	3	2	4	2	3	1	1	1	2	3
50	3	4	2	2	2	3	3	2	3	2	2	3
51	4	3	4	4	4	4	6	3	3	2	3	5
52	4	4	2	2	2	3	4	3	4	2	1	3
53	4	4	3	3	3	2	4	2	3	1	2	3
54	3	4	2	3	3	2	4	3	4	3	2	5
55	4	3	4	2	4	3	3	4	3	2	3	5
56	3	4	3	3	3	4	3	2	2	0	1	3
57	4	3	3	4	3	2	3	4	2	2	2	2
58	4	3	4	4	2	3	2	2	4	3	3	3
59	3	4	4	4	3	4	4	4	3	3	3	4
60	3	4	3	4	3	3	2	2	2	2	2	2
61	4	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3
62	4	4	5	4	4	4	5	4	4	1	2	4
63	3	3	4	4	3	3	3	2	2	0	1	2
64	3	4	3	3	3	4	3	3	4	3	2	4
65	4	3	5	4	3	4	3	2	2	2	3	3

8 :

	ED AD	S E X...	ES TA DO..	NIV EL DEL..	O C U..	V TIE I MP V.OD.	T. a	C Ó M..	I T. T.	I T. T.	I T. T.	I T. T.	ITE T. M5	I T. T.	I T. T.	ITE T. M9	ITE M1 0	ITE M1 1	I T. T.	T TO TAL TA_U..	var	
1	59	1	3	1	2	1 3	1	2	4	2	5	8	6	2	6	4	2	6	4	6	55	3
2	52	2	3	1	1	1 2	1	1	4	4	4	5	3	4	6	4	4	4	4	5	51	3
3	56	1	3	2	3	1 5	1	2	4	4	4	4	4	2	4	2	2	4	4	2	40	3
4	58	2	4	2	3	1 7	1	2	4	3	3	4	2	2	4	2	2	3	4	2	35	3
5	58	1	2	1	1	1 5	1	1	4	3	3	3	4	3	4	3	3	4	2	4	40	3
6	58	1	3	1	3	1 3	1	2	4	4	4	4	3	2	4	2	2	4	2	2	37	3
7	55	1	3	3	2	1 4	1	1	7	7	4	7	4	4	7	4	4	7	7	4	66	3
8	52	1	3	2	2	1 5	1	2	4	2	2	3	3	2	2	2	2	4	2	2	30	3
9	56	1	4	4	1	1 6	1	1	4	4	5	5	2	4	6	4	4	5	4	6	53	3
10	54	2	1	1	1	1 3	1	2	4	4	4	3	2	4	3	6	2	4	6	2	44	3
11	58	1	3	2	3	1 6	1	2	2	4	6	4	4	4	5	2	4	6	4	4	49	3
12	55	2	3	3	1	1 2	1	1	4	6	6	6	5	4	8	2	4	5	8	4	62	3
13	52	2	3	4	2	1 3	1	2	4	2	4	5	6	4	4	2	4	4	4	4	47	3
14	55	1	2	2	2	1 4	1	1	4	4	4	6	6	4	6	4	3	4	6	4	55	3
15	50	2	2	2	1	1 2	1	1	5	2	8	8	4	4	3	3	4	2	8	8	59	3
16	44	1	1	2	2	1 3	1	2	5	3	2	4	2	4	3	6	4	6	8	6	53	2
17	43	1	2	1	3	1 3	1	1	4	5	6	2	4	2	8	5	4	8	2	6	56	2
18	50	1	3	4	1	1 4	1	1	5	4	2	4	5	4	6	8	2	5	4	6	55	3
19	57	1	1	2	2	1 6	1	1	4	6	4	4	6	4	8	2	2	4	2	2	48	3
20	54	1	2	2	1	1 4	1	2	4	2	3	4	2	4	2	6	4	8	4	2	45	3
21	49	1	1	1	2	1 3	1	1	4	6	4	6	8	4	3	4	2	6	4	4	55	3
22	54	1	4	2	2	1 3	1	1	4	2	5	8	6	2	6	4	2	6	4	6	55	3
23	56	1	3	3	1	1 6	1	2	4	4	4	5	3	4	6	4	4	4	4	5	51	3
24	54	2	3	2	1	1 3	1	2	4	4	4	4	4	2	4	2	2	4	4	2	40	3

RESULTADOS INTERPRETACION EVELIN ALCALDE.sav [ConjuntoDatos2] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Aplicación de búsqueda

Visible: 21 de 21 variables

	E D A...	X	ESTADOCIVIL	NIVEL DE INSTRU.	OCUPACIÓN	VIVEAÑO COMP. AÑAD.	TIEMPO M.	OTRA ENFERMED.	CÓMO CONSUMO SUSALUD	ITEM1	ITEM2	ITEM3	ITEM4	ITEM5	ITEM6	ITEM7	ITEM8
25	52	1	3	1	2	1	2	1	REGULAR	4	3	3	4	2	2	4	2
26	51	2	3	1	2	1	3	2	BUENA	5	2	8	8	4	4	3	3
27	47	2	2	2	2	1	4	2	BUENA	5	3	2	4	2	4	3	6
28	48	1	2	2	2	1	5	2	BUENA	4	4	5	5	3	3	7	5
29	58	1	3	1	2	1	6	1	REGULAR	3	3	2	3	1	1	2	2
30	56	2	1	1	1	1	4	2	REGULAR	3	3	3	3	3	0	1	1
31	54	1	2	2	2	1	5	2	REGULAR	3	4	3	3	2	2	2	1
32	52	1	1	2	2	1	3	2	REGULAR	3	3	3	4	1	2	1	1
33	58	2	1	1	3	1	3	2	REGULAR	3	3	3	3	3	3	7	1
34	43	1	4	1	2	1	4	2	REGULAR	4	2	2	2	3	2	3	0
35	45	1	2	2	2	1	3	2	REGULAR	2	2	2	1	2	2	3	1
36	48	1	2	2	2	1	2	2	REGULAR	3	3	4	4	4	4	6	3
37	51	2	3	1	2	1	3	2	BUENA	4	4	4	4	4	4	7	3
38	59	1	1	2	1	1	5	2	BUENA	3	4	3	5	5	4	5	4
39	56	1	5	1	1	1	5	2	BUENA	5	4	3	5	4	4	4	3
40	59	1	4	2	1	1	4	2	REGULAR	4	3	3	4	5	4	4	5
41	55	1	2	2	1	1	3	2	REGULAR	3	3	3	3	4	4	6	2
42	46	2	2	2	1	1	4	3	BUENA	3	4	4	3	2	2	2	2
43	41	1	3	4	2	1	3	3	REGULAR	3	3	3	3	4	2	2	2
44	52	2	1	1	1	1	4	3	REGULAR	3	3	3	3	2	2	3	2
45	44	2	3	2	1	1	3	2	BUENA	4	4	5	5	4	4	6	5
46	49	1	3	2	1	1	4	2	REGULAR	4	3	4	3	4	2	3	2
47	56	1	3	1	2	1	5	2	BUENA	4	4	3	5	4	4	5	3
48	51	1	5	1	2	1	5	3	REGULAR	3	4	3	4	3	4	4	2

Visión general **Vista de datos** Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ACTIVADO Clásico

06:56 29/05/2023

RESULTADOS INTERPRETACION EVELIN ALCALDE.sav [ConjuntoDatos2] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 21 de 21 variables

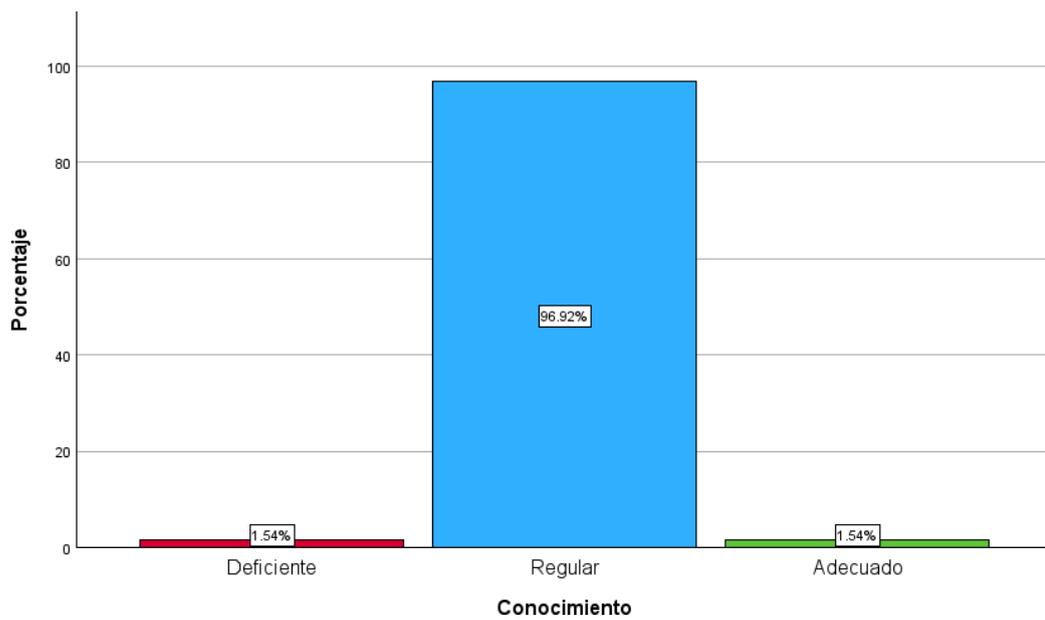
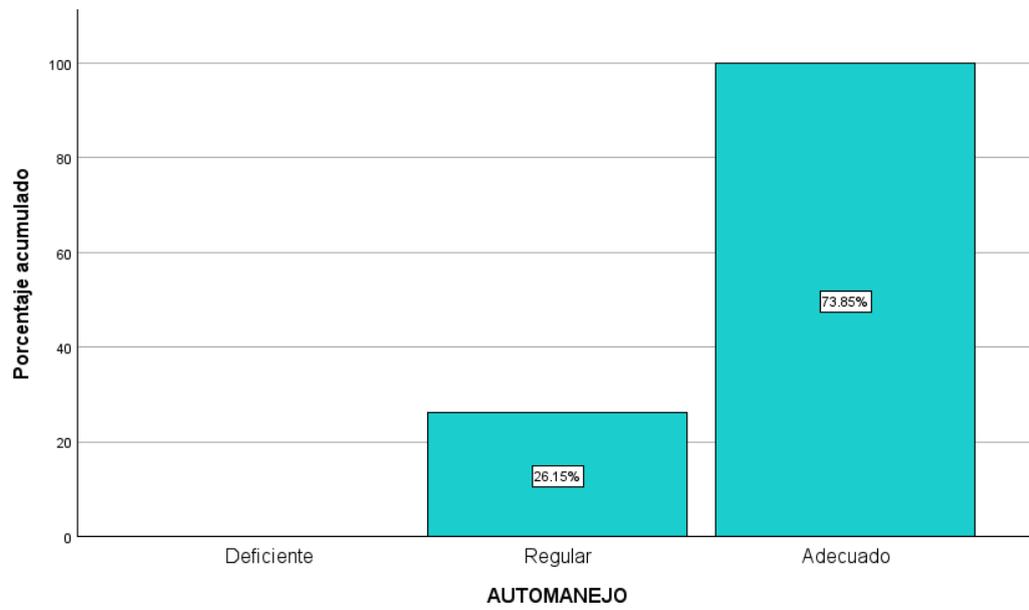
	E D A...	X.	ESTADOCIVIL	NIVEL DE INSTRU.	OCUPACIÓN	VIVEA COMP AÑAD..	TI E M..	OTRA ENFERMED.	CÓMOCON.SUSALUD	ITEM1	ITEM2	ITEM3	ITEM4	ITEM5	ITEM6	ITEM7	ITEM8
46	49	1	3	2	1	1	4	2	REGULAR	4	3	4	3	4	2	3	2
47	56	1	3	1	2	1	5	2	BUENA	4	4	3	5	4	4	5	3
48	51	1	5	1	2	1	5	3	REGULAR	3	4	3	4	3	4	4	2
49	48	1	1	3	2	1	4	2	REGULAR	3	3	3	2	4	2	3	1
50	55	1	3	2	2	1	3	2	REGULAR	3	4	2	2	2	3	3	2
51	53	2	3	1	2	1	2	2	BUENA	4	3	4	4	4	4	6	3
52	47	1	3	3	2	1	3	2	REGULAR	4	4	2	2	2	3	4	3
53	42	2	4	4	2	1	3	2	REGULAR	4	4	3	3	3	2	4	2
54	47	1	1	2	2	1	4	2	REGULAR	3	4	2	3	3	2	4	3
55	53	1	3	1	2	1	5	2	BUENA	4	3	4	2	4	3	3	4
56	58	2	3	2	1	1	6	2	REGULAR	3	4	3	3	3	4	3	2
57	56	2	2	1	2	1	3	2	REGULAR	4	3	3	4	3	2	3	4
58	41	1	2	3	2	1	2	2	BUENA	4	3	4	4	2	3	2	2
59	48	1	1	2	2	1	3	2	REGULAR	3	4	4	4	3	4	4	4
60	56	1	3	2	2	1	3	2	REGULAR	3	4	3	4	3	3	2	2
61	50	1	3	1	2	1	3	2	REGULAR	4	3	3	3	3	4	4	3
62	52	1	3	2	2	1	4	2	BUENA	4	4	5	4	4	4	5	4
63	47	1	4	2	2	1	2	2	BUENA	3	3	4	4	3	3	3	2
64	54	2	1	2	1	1	4	2	REGULAR	3	4	3	3	3	4	3	3
65	52	1	1	1	2	1	4	2	REGULAR	4	3	5	4	3	4	3	2
66
67																	
68																	
69																	

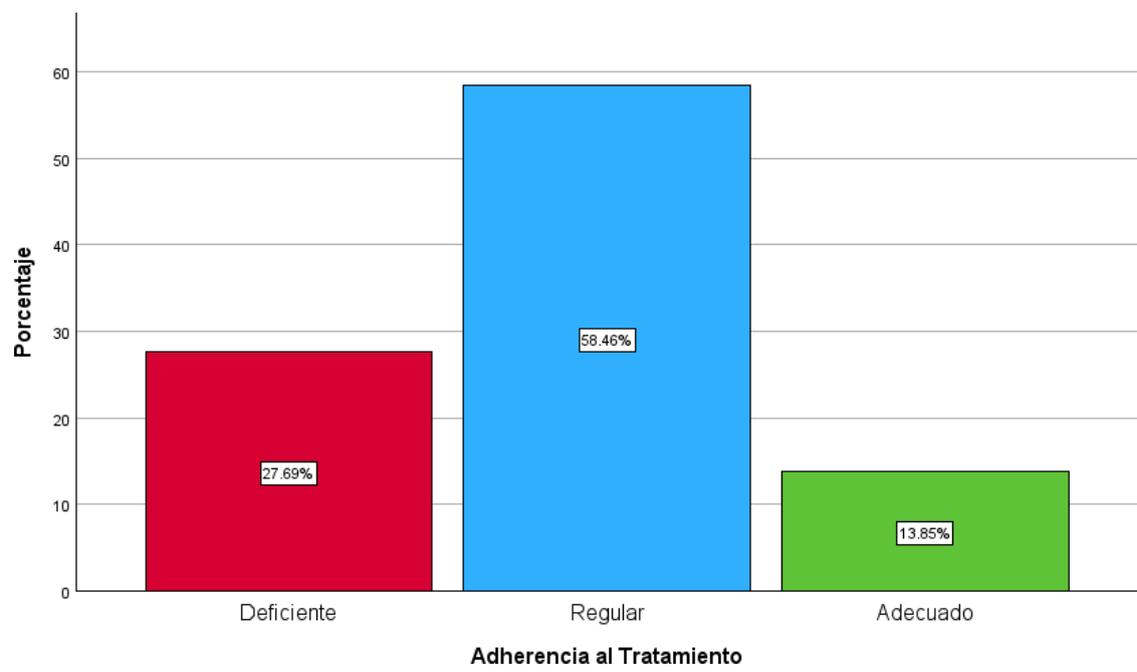
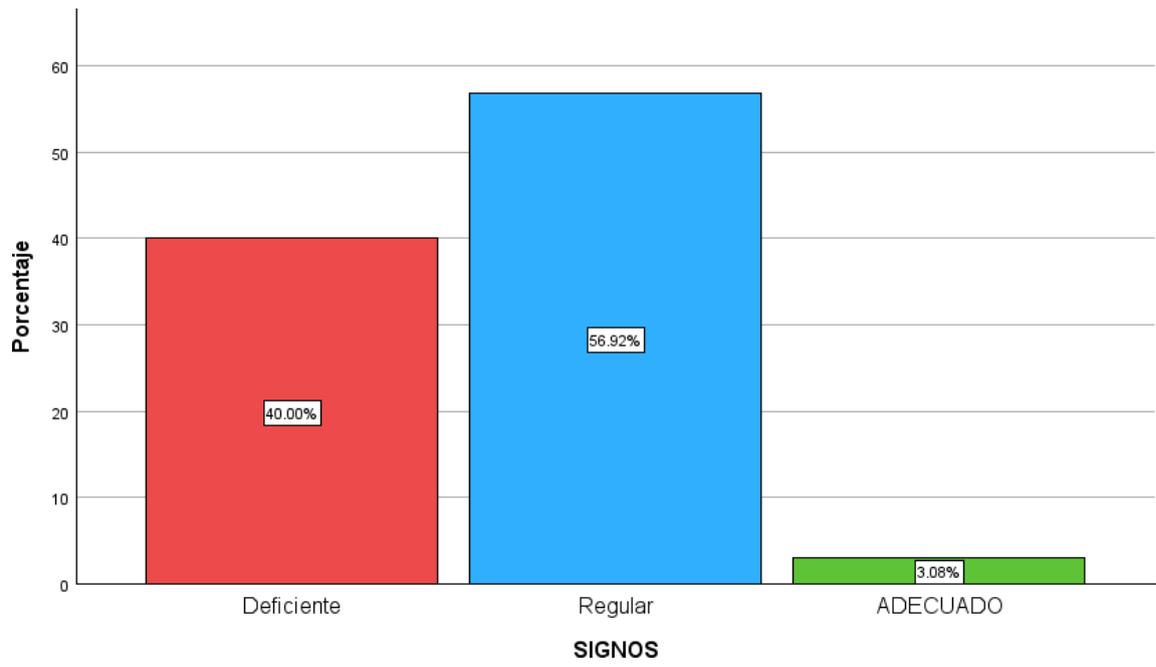
Visión general **Vista de datos** Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ACTIVADO Clásico

06:56 29/05/2023

ANEXO 8: RESULTADOS SEGÚN OBJETIVOS





ANEXO 8: RESULTADOS SEGÚN CADA DATO SOCIODEMOGRÁFICO.

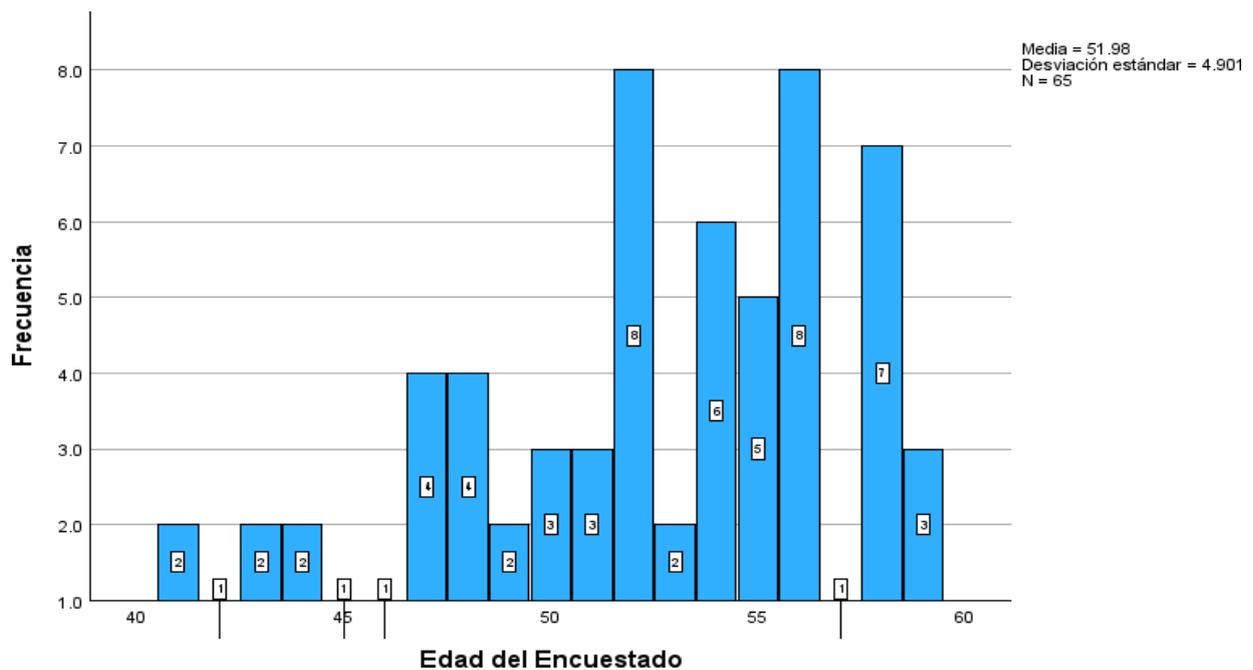


Gráfico 1: Edad del Encuestado

En el gráfico 1, se observa que, el promedio de la edad es 51.98, con una desviación estándar de 5 años respecto a la media, la mediana esta representada por 52 años, la moda es la edad que más se representa por 52 años, así mismo se puede observar que la edad mínima es de 41 años, la edad maxima es 59 años.

Sexo de los encuestados

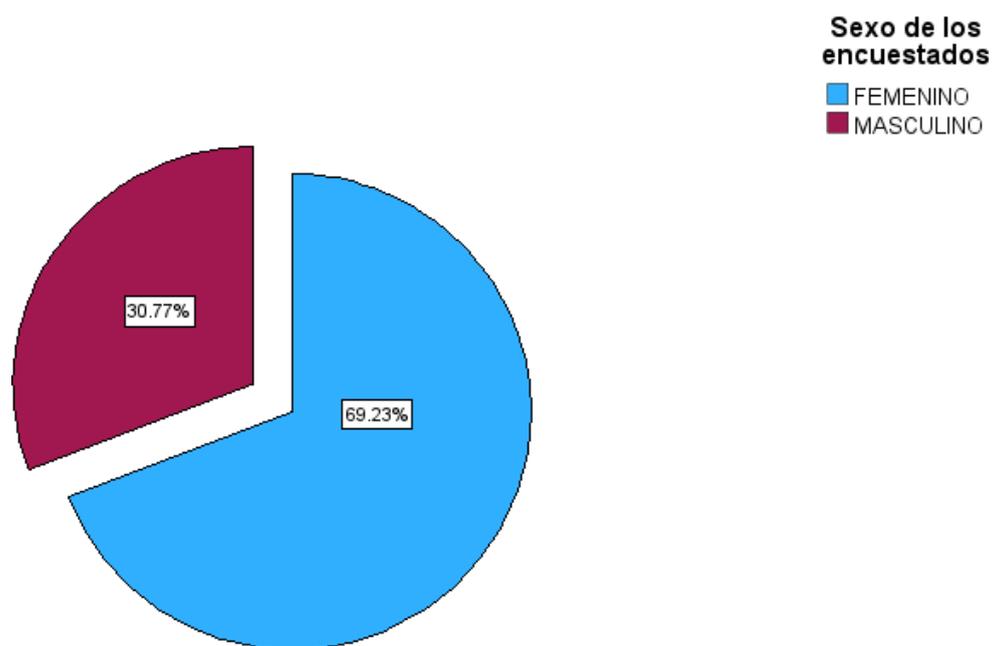


Gráfico 2: Sexo de los encuestados:

En el gráfico 2, podemos analizar que el 30.7% de encuestados son de sexo masculino y el 69.23% son de sexo femenino.

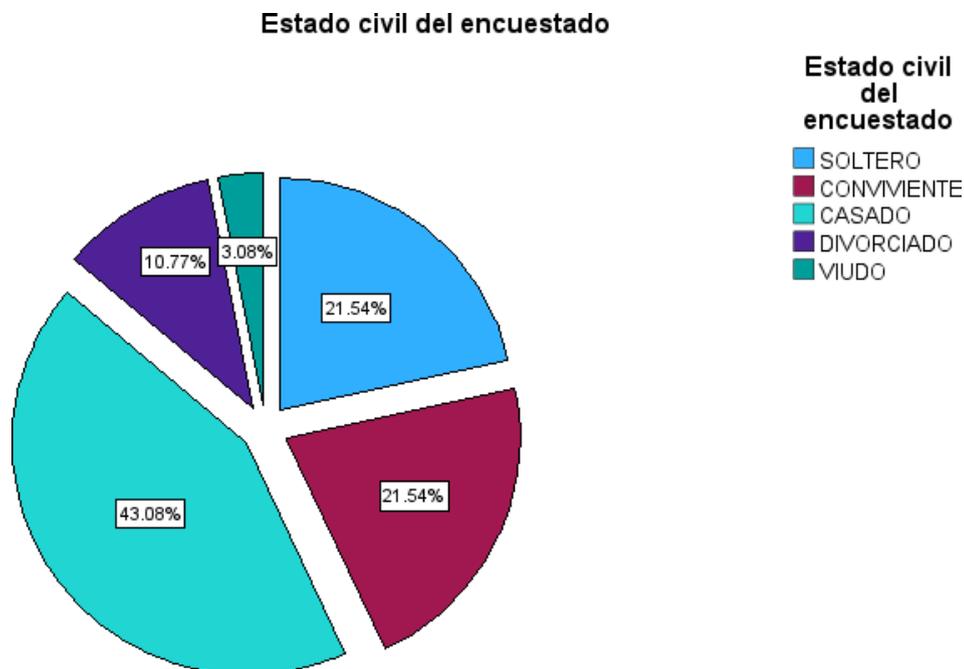


Gráfico 3: estado civil del encuestado.

En el gráfico 3, el 21.54% de los encuestados son solteros, mientras que el 21.54% son convivientes, los encuestados casados representan el 43.8%, los divorciados son el 10.77% y los viudos son el 3.08%.

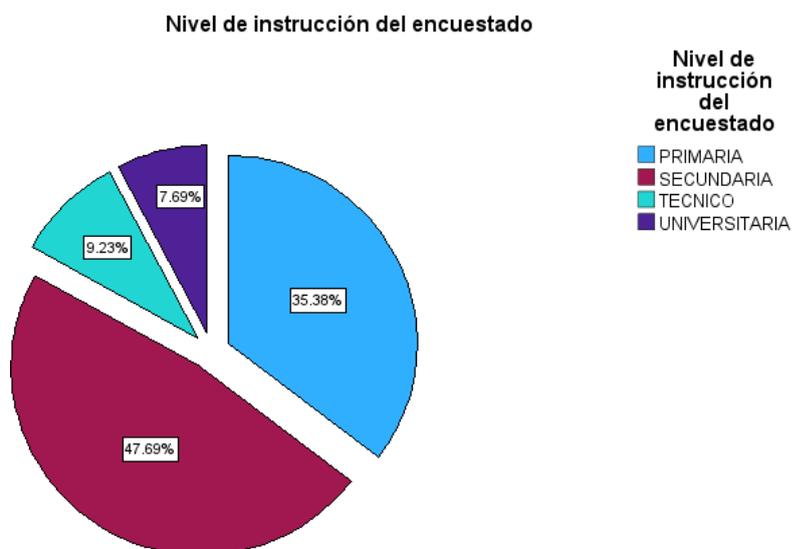


Gráfico 4: Nivel de instrucción:

En el gráfico 4, nos muestra que el 35.38% de encuestados tienen el nivel de instrucción primaria, así mismo el 47.69% de los encuestados tiene nivel de instrucción secundaria, el 9.23% de los encuestados tiene un nivel de instrucción técnica y el 7.69% tiene una formación universitaria.

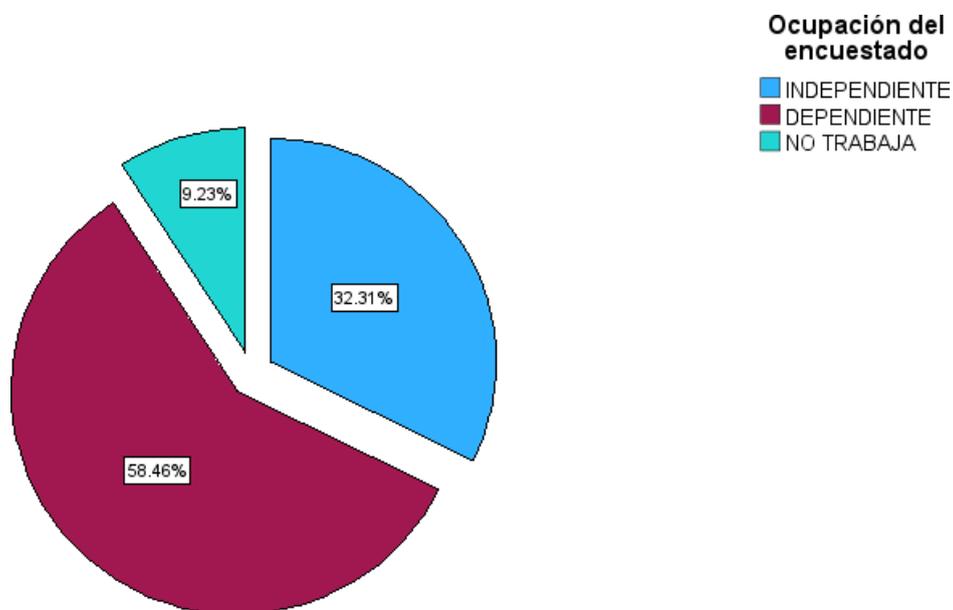


Gráfico 5: Ocupación:

En el gráfico 5, podemos analizar que del total de encuestados el 31.31% trabaja de manera independiente, mientras que el 58.46% trabaja de manera dependiente y el 9.23% no trabaja.



Gráfico 6: Compañía del encuestado.

El grafico 6, se puede interpretar la compañía del encuestado, la cual representa el 100%, indicándonos que todos los encuestados no viven solos.

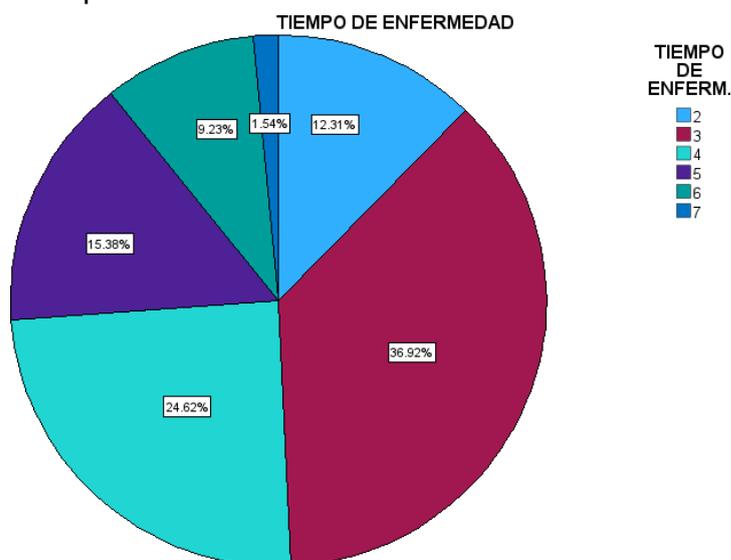


Gráfico 7: Tiempo de enfermedad:

En el gráfico 7, podemos observar que del total de encuestados el 12.32% tiene 2 años de enfermedad, el 36.92% tiene 3 años de enfermedad, mientras que el 24.62% tiene 4 años de enfermedad, el 15.38% tiene 5 años de enfermedad, asimismo el 9.23% tiene 6 años de enfermedad y finalmente el 1.54% tiene 7 años de enfermedad.

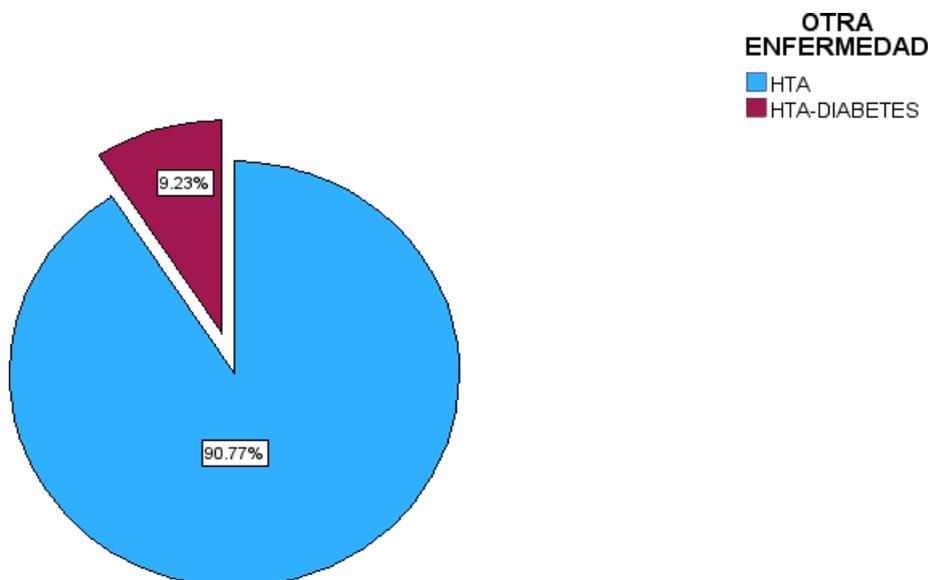


Gráfico 8: Otras enfermedades

En el gráfico 8, podemos evidenciar que, del total de encuestados, el 90.77% tienen como enfermedad HTA., el 9.23% tienen HTA. Y diabetes.

CÓMO CONSIDERA SU SALUD

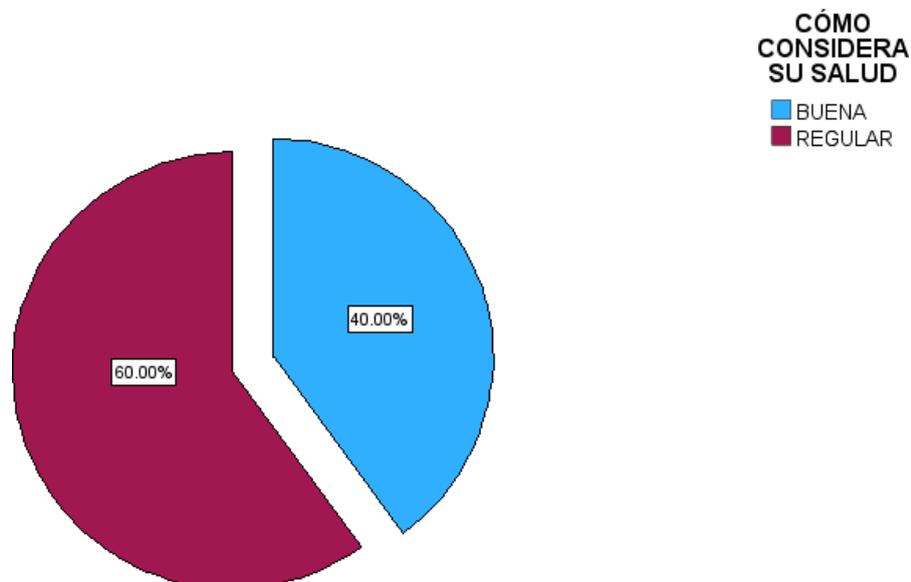


Gráfico 9: Cómo considera su salud.

En el gráfico 9, podemos analizar que el 40% del total de encuestados perciben que su salud es buena mientras que el 60% percibe como regular a su salud.

ANEXOS 8: ANÁLISIS DEL INSTRUMENTO SEGÚN CADA ÍTEM

Tabla 1: En general, lo que conoce usted acerca de su estado de salud es.

Escala	Frecuencia	%
Deficiente	2	3.0
Regular	62	94.4
Adecuado	1	1.5
Total	65	100.0

En la tabla 1, podemos analizar que, el 3% (2) tiene conocimiento acerca de su salud es deficiente, el 94.4% (62) tiene conocimiento regular sobre su enfermedad y el 1.5% tiene un conocimiento adecuado acerca de su estado de salud.

Tabla 2: En general, lo que conoce acerca de su tratamiento, incluyendo medicamentos y de su estado de salud.

Escala	Frecuencia	%
Deficiente	9	13.6
Regular	52	80.4

Adecuado	4	6
Total	65	100.0

En la tabla 2, se evidencia que el 13.6% (9) del total de encuestados tienen conocimiento deficiente de su tratamiento incluyendo medicamentos y estado de salud, mientras que el 80.4% (52) tiene conocimiento regular y el 6% (4) tiene un conocimiento adecuado.

Tabla 3: Cumple con los cuidados indicados por su médico o trabajador de salud.

Escala	Frecuencia	%
Deficiente	10	15.2
Regular	50	76.7
Adecuado	5	8.1
Total	65	100.0

En la tabla 3, se puede evidenciar que, el 15.2% (10) es deficiente, el 76.7% (59) es regular y el 8.1% (5) es adecuado en cuanto a llevar a cabo los cuidados indicados por su médico o personal de salud.

Tabla 4: Comparte las decisiones tomadas de su estado de salud con su médico o la enfermera.

Escala	Frecuencia	%
Deficiente	7	10.8
Regular	50	76.9
Adecuado	8	12.3
Total	65	100.0

En la tabla 4, se puede evidenciar que del total de encuestados al 10.8% (7) es deficiente, el 76% (50) es regular y 12.3% (8) es adecuado en cuanto a compartir con su médico o trabajador de salud sobre aspectos que usted decide en sus cuidados de su enfermedad, como tomar tes o recibir terapias alternativas.

Tabla 5: Es capaz de solicitarle al profesional de salud la atención para obtener los servicios que necesita (acorde a su cultura, valores y creencias).

Escala	Frecuencia	%
Deficiente	16	28.6

Regular	43	66.2
Adecuado	6	9.2
Total	65	100.0

En la tabla 5, podemos evidenciar que del total de encuestados el 28.6% (16) es deficiente, el 66.2% (43), y el 9.2% (6) en cuanto a solicitar al profesional de salud la atención para obtener los servicios que necesita (acorde a su cultura, valores y creencias es adecuado).

Tabla 6: Asiste a las citas programadas por su médico o trabajador de salud.

Escala	Frecuencia	%
Deficiente	23	35.4
Regular	42	64.6
Total	65	100.0

En la tabla 6, se puede analizar que del total de encuestados el 35.4% es deficiente en cuando asistir a las citas programadas por su médico o trabajador de salud, mientras que el 64.6% es regular en cuando asistir muy poco a las citas programadas por su médico o trabajador de salud.

Tabla 7: Se mantiene al tanto de sus síntomas y signos de alerta temprana (por ejemplo, dolor de cabeza, zumbido de oído, visión borrosa) cuando la presión arterial aumenta o disminuye.

Escala	Frecuencia	%
Deficiente	10	15.3
Regular	37	57
Adecuado	18	27.7
Total	65	100.0

En la tabla 7, se puede analizar que del total de encuestados el 15.3% (10) es deficiente, el 57% (37) es regular y el 27.7% (18) es adecuado, en cuanto a mantenerse al tanto de sus síntomas y signos de alerta temprana dolor de cabeza, zumbido de oído, visión borrosa) cuando la presión arterial aumenta o disminuye.

Tabla 8: Toma medidas a las primeras señales de advertencia.

Escala	Frecuencia	%
Deficiente	31	46.7

Regular	29	44.6
Adecuado	5	7.7
Total	65	100.0

En la tabla 8, se puede analizar que del total de encuestados el 46.7% (31) es deficiente, el 44.6% (29) es regular y el 7.7% (5) es adecuado, en cuanto a tomar medidas a las primeras señales y advertencia y cuando sus síntomas empeoran.

Tabla 9: Usted realiza alguna actividad física por 30 minutos.

Escala	Frecuencia	%
Deficiente	30	46.2
Regular	35	53.8
Total	65	100.0

En la tabla 9, se puede analizar que del total de encuestados el 46% (30) es deficiente y el 53.8 (35) es regular, en cuanto a realizar alguna actividad física por 30 minutos.

Tabla 10: Puedo mantener mi tranquilidad cuando tengo un problema emocional.

Escala	Frecuencia	%
Deficiente	27	41.5
Regular	29	44.7
Adecuado	9	13.8
Total	65	100.0

En la tabla 10, se puede analizar que del total de encuestados el 41.5% es deficiente en cuanto a mantener su tranquilidad cuando tiene un problema emocional, el 44.7% es regular en cuanto a mantener su tranquilidad cuando tiene un problema emocional y el 13.8% es adecuado en cuanto a mantener su tranquilidad cuando tiene un problema emocional.

Tabla 11: Puedo ser capaz de pedir ayuda cuando mi presión arterial aumente o disminuye.

Escala	Frecuencia	%
Deficiente	27	41.6
Regular	29	44.6
Adecuado	9	13.8
Total	65	100.0

En la tabla 11, se puede analizar que del total de encuestados el 41.6% (27) es deficiente, el 44.6% (29) es regular y el 13.8 % (13.8) es adecuado en cuanto a interactuar con otras personas cotidianamente, a pesar de su estado de salud.

Tabla 12: En general, lleva un estilo de vida saludable: me las arreglo para vivir una vida sana (por ejemplo, no fumar, moderado de alcohol, la alimentación sana, actividad física regular, controlar el estrés).

Escala	Frecuencia	%
Deficiente	18	27.7
Regular	38	58.4
Adecuado	9	13.9
Total	65	100.0

En la tabla 12, se puede analizar que del total de encuestados el 27.7% (18) es deficiente, el 58.4% es regular y el 13.9% (9) es adecuado, en cuanto a llevar un estilo de vida saludable: se las arregla para vivir una vida sana (por ejemplo, no fumar, moderado de alcohol, la alimentación sana, actividad física regular, controlar el estrés).



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, RODRIGUEZ ROJAS BLANCA LUCIA, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de ENFERMERÍA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, asesor de Tesis titulada: "Automanejo en adultos con Hipertensión Arterial en el Centro de Salud Soritor - Moyobamba - San Martín - Perú 2023", cuyos autores son ROJAS DAZA MARALI, ALCALDE LOPEZ EVELYN, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 18.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

LIMA, 10 de Julio del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
RODRIGUEZ ROJAS BLANCA LUCIA DNI: 07970633 ORCID: 0000-0003-2580-6054	Firmado electrónicamente por: BRODRIGUEZRO el 18-07-2023 12:22:57

Código documento Trilce: TRI - 0583721