



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**Autocuidado del personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial  
en el Centro Médico Naval, Bellavista – Callao, 2019**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA  
EN ENFERMERÍA**

**AUTORA:**

Córdova Porras, Valeria Estela

ORCID: 0000-0002-1672-7314

**ASESORA:**

Dra. Timana Yenque, Lilliana Zedeyda

ORCID: 0000-0002-1447-8975

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Enfermedades No Transmisibles

LIMA – PERÚ

2019

## **Dedicatoria**

A Dios por darme fortaleza en los momentos más difíciles

A mis padres Cesar Córdova Mariscal y Marlene Porras López por su abnegada labor, consejos y comprensión.

A mi esposo Ricardo Arce Cano por su amor, paciencia y apoyo incondicional.

## **Agradecimiento**

A la Universidad Cesar Vallejo por brindarme los conocimientos para el desarrollo profesional.

A mi asesora la Doctora Lilliana Zedeyda Timana Yenque por su dedicación y paciencia.

A las autoridades del Centro Médico Naval “CMST” y al personal profesional y técnico de Enfermería que laboran en el área de Cardiología por brindarme las facilidades para la ejecución del estudio.

**DICTAMEN DE SUSTENTACIÓN DE DESARROLLO DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN  
N°007-2019-UCV-LIMA NORTE/EP-ENFERMERÍA.**

El Presidente y los miembros del Jurado Evaluador, designados con Resolución Directoral N°146-2019-UCV-Lima Norte / EP-ENFERMERÍA de la Escuela Profesional de Enfermería acuerdan:

**PRIMERO.-** Aprobar por: **SOBRESALIENTE**

El Desarrollo de Proyecto de Investigación presentada por el (la) estudiante:

**CÓRDOVA PORRAS, VALERIA ESTELA**

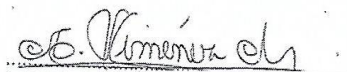
Con el Tema denominado:

**AUTOCUIDADO DEL PERSONAL MILITAR CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL  
CENTRO MÉDICO NAVAL, BELLAVISTA – CALLAO, 2019.**

**SEGUNDO.-** Al culminar la sustentación, él (la) estudiante **CÓRDOVA PORRAS, VALERIA ESTELA**, obtuvo el siguiente calificativo:

NÚMERO	LETRAS	CONDICIÓN
18	DIECIOCHO	APROBADO

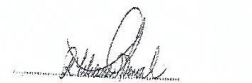
Presidente : Dra. Kelly Myriam Jiménez de Aliaga



Secretario : Mgtr. Paul Cesar Velásquez Porras



Vocal : Mgtr. Rosa Liliana Herrera Álvarez



Los Olivos, 6 de junio de 2019



**Mgtr. Zora María De Los Angeles Riojas Yance**  
Coordinadora de la Escuela Profesional de Enfermería

## Declaración de autenticidad

Yo, Valeria Estela Córdova Porras, estudiante de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la Universidad César Vallejo, declaro que el trabajo académico titulado “Autocuidado del personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro Médico Naval, Bellavista – Callao, 2019” presentado en VII capítulos para la obtención del grado académico de Licenciada en Enfermería, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas e elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.

De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, 02 de junio del 2019



---

Bach. Valeria Estela Córdova Porras  
DNI: 42376670

## Índice

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Acta de aprobación de Tesis	iv
Declaración de autenticidad	v
Índice	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
<b>I. Introducción</b>	<b>9</b>
<b>II. Método</b>	
2.1. Tipo y diseño de investigación	21
2.2. Operacionalización de variables	22
2.3. Población, muestra y muestreo	23
2.4. Técnica e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad	24
2.5. Procedimiento de recolección de datos	26
2.6. Método de análisis de datos	
2.7. Aspectos éticos	27
<b>III. Resultados</b>	<b>28</b>
<b>IV. Discusión</b>	<b>32</b>
<b>V. Conclusiones</b>	<b>38</b>
<b>VI. Recomendaciones</b>	<b>39</b>
<b>Referencias bibliográficas</b>	<b>40</b>
<b>Anexos</b>	<b>47</b>

## Resumen

El Objetivo de la investigación fue determinar el autocuidado del personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro Médico Naval, Bellavista – Callao, 2019, acorde a las dimensiones elaboradas en el proceso de investigación. Estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo de corte transversal, diseño no experimental. La muestra estuvo constituida por 140 militares con diagnóstico de hipertensión arterial, con edades comprendidas entre 40 a 80 años, que cumplieron con los criterios de inclusión. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento un cuestionario elaborado por la autora de esta tesis, de 19 ítem con respuestas tipo Likert, la cual estuvo sometida a validez por juicio de expertos, aplicando prueba binomial con una significancia de  $p = 0.031$ , que estable concordancia entre jueces y confiabilidad a través de una prueba piloto con un alfa de cronbach de 0,79 lo cual se considera aceptable.

Los resultados: en el autocuidado global el 50,7% presentan autocuidado inadecuado y el 49,3% presentan autocuidado adecuado; asimismo según cada dimensión de la variable de estudio, prevaleció en la dimensión estilos de vida con el 60,7% el autocuidado inadecuado, y en dimensión adherencia al tratamiento farmacológico con el 91,4% el autocuidado adecuado. Por lo que se concluye que aproximadamente la mitad de los militares presentan un autocuidado inadecuado, lo que indica que los militares aún no están del todo concientizados sobre los beneficios de generar conductas de autocuidado apropiadas para contrarrestar los efectos de la enfermedad y mantener una vida plena con salud y bienestar.

**Palabra clave: autocuidado, hipertensión arterial, personal militar, Enfermería.**

## **Abstrac**

The objective of the research was to determine the self-care of military personnel diagnosed with hypertension at the Naval Medical Center, Bellavista - Callao, 2019, according to the dimensions developed in the research process. Study of quantitative, descriptive cross-sectional approach, non-experimental design. The sample consisted of 140 soldiers with a diagnosis of arterial hypertension, aged between 40 and 80 years, who met the inclusion criteria. The technique used was the survey and the instrument a questionnaire prepared by the author of this thesis, of 19 items with Likert type responses, which was validated by expert judgment, applying binomial test with a significance of  $p = 0.031$ , which stable concordance between judges and reliability through a pilot test with a cronbach alpha of 0.79 which is considered acceptable.

The results: in global self-care the 50.7% presented inadequate self-care and 49.3% presented adequate self-care; Likewise, according to each dimension of the study variable, the lifestyles dimension prevailed with 60.7% inadequate self-care, and in the adherence dimension to pharmacological treatment with 91.4% adequate self-care. So it is concluded that approximately half of the military have inadequate self-care, which indicates that the military is not yet fully aware of the benefits of generating appropriate self-care behaviors to counteract the effects of the disease and maintain a full life with health and well-being.

**Keywords: self-care, hypertension, military personnel, Nursing.**



## **I. Introducción**

En el Perú y en el mundo la hipertensión arterial (HTA), es uno de los mayores problemas de salud pública, debido a la alta tasa de morbilidad y discapacidades prematuras; la prevalencia está relacionada a aspectos socioeconómicos y culturales, al aumento de la población, su envejecimiento y los factores de riesgo vinculados con el comportamiento del individuo, incrementándose cada día el número de personas afectadas por esta enfermedad. En un reciente estudio la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2015, mostró que la cantidad de pacientes hipertensos se elevó a 1.130 millones, a comparación del año 1975 que era de 594 millones.<sup>1</sup>

La HTA se presenta de manera silente, rara vez produce síntomas en las primeras etapas, por lo cual es difícil un diagnóstico precoz, y si se diagnostica muchas veces el paciente no mantiene prácticas de autocuidado adecuadas, entendida como el compromiso que tiene el individuo para cuidar de sí mismo, a través de conductas y actividades que beneficien su estado de salud y le proporcionen bienestar, tales circunstancias aumentan la probabilidad de padecer complicaciones graves de una presión arterial no controlada, como infarto de miocardio, accidente cerebro vascular e insuficiencia renal. Según datos de la OMS, anualmente mueren 9,4 millones de personas a nivel mundial, a causa de dichas complicaciones.<sup>2</sup>

Según los datos estadísticos de la Organización Panamericana de la salud (OPS), en el año 2015, la prevalencia de hipertensión según regiones y sexo, señala al África como la región más afectada con el 29,7 % en varones y 29,5 % en mujeres.<sup>3</sup> Una investigación en Etiopia, el año 2019, señaló que el 51% de los pacientes hipertensos tenían prácticas deficientes de autocuidado y que los factores predisponentes eran: estado civil de divorcio, la incapacidad para leer y escribir, la falta de fuentes de información sobre el cuidado personal, la falta de lugar para hacer ejercicio, el apoyo social deficiente y una agencia de cuidado personal deficiente.<sup>4</sup>

En la región de Asia Sudoriental la prevalencia es de 25,3% en varones y 24,2% en mujeres.<sup>3</sup> En Pakistán, en el año 2015, una investigación reveló prácticas insuficientes de autocuidado de los pacientes hacia su control de la presión arterial, además la actitud de los

pacientes para lograr cambios en el estilo de vida como el ejercicio rítmico, la reducción de peso y reducción del estrés fue significativamente menor.<sup>5</sup>

En América Latina y el Caribe, en el año 2015, en torno al 80% de las personas diagnosticadas con hipertensión no mantenían un control adecuado de su presión arterial.<sup>6</sup> En el Brasil, el año 2016, un estudio identificó prácticas de autocuidado inadecuado, donde el 67,4% de los pacientes no realizaban actividad física, el 58,7% no tenían actividades de ocio, el 60,9% presentaban estrés y el 75% no participan en actividades educativas, lo que podía explicar un limitado conocimiento sobre su enfermedad.<sup>7</sup>

En México, en el año 2016, 1 de cada 4 adultos padecía de HTA, el porcentaje de adultos que recibía tratamiento farmacológico era de 79.3%, sin embargo, solamente la mitad de ellos tenía una tensión arterial controlada, menos del 20% practicaba modificaciones en su estilo de vida y únicamente el 12,7% medía su presión arterial al menos una vez a la semana.<sup>8</sup>

En Colombia, 2015, un estudio halló, que las personas entendían el autocuidado, como algo que el profesional de la salud les indica pero que no se llega a realizar por diferentes motivos, desde la pereza, falta de tiempo, insuficiente compromiso con la propia salud; asimismo la manera como aprendían las conductas de autocuidado se veía influenciado por las diferencias en cuanto a cognición ,interpretación e implementación, de todo lo cual dependía que la persona logre el cambio de actitud y se haga responsable de mejorar su condición de salud.<sup>9</sup>

En el Perú la prevalencia de HTA es del 17,6%, según la última Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017, con mayor incidencia en las provincias de Lima 22,4%, el Callao 20,6% y Tacna 20,3%, así como en la población masculina con el 20,0%, que en mujeres con el 17,3%.<sup>10</sup> Estas cifras de prevalencia de HTA son alarmantes, y la población militar no está exenta de padecer esta enfermedad, porque las causas son comunes para todas las personas. A nivel internacional en Birmania, en el año 2015, una investigación en una comunidad militar, encontró que el 33,3% de los encuestados tenían HTA, siendo los factores de riesgo predominantes, la edad, el ingreso familiar, el tabaquismo, el consumo de alcohol, el consumo de comidas rápidas y saladas, la condición estresante y el aumento

del índice de masa corporal.<sup>11</sup> A nivel nacional en Lima, en el año 2016, un estudio manifestó que el personal militar sostenía un estilo de vida no saludable, según los patrones de comportamiento en su alimentación, manejo del estrés, la prevención de salud, hábitos nocivos y las interacciones sociales; y una asociación directa entre HTA y la edad.<sup>12</sup>

La información anteriormente expuesta, se relaciona con los datos del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”, donde se ha podido evidenciar un incremento del personal militar con diagnóstico de HTA, alrededor del 20% con respecto al año 2018, con un mayor porcentaje de casos en la etapa adulto y adulto mayor, situación que se refleja en los datos preliminares reportados por la Oficina de Estadística, al realizar el análisis mensual de las hojas His.<sup>13</sup> Asimismo, un número importante de dicho personal, presenta HTA asociado al sobrepeso y obesidad, según datos de la Unidad Metabólica.<sup>14</sup> Se agrega otro factor de riesgo como las inasistencias a las citas médicas programadas, en un aproximado del 10% al día;<sup>13</sup> pacientes que en muchas ocasiones buscan ayuda del profesional de salud, cuando presentan alguna complicación de la enfermedad; para saber el motivo de este incumplimiento se logró interactuar con ellos, quienes manifestaron expresiones como: “Me sentía bien por eso deje de venir a mis controles”, así mismo “olvide tomar la medicación a la hora indicada”, y refieren no manejar completamente el concepto de autocuidado.

Por tanto, este contexto nos lleva a reflexionar sobre la necesidad de investigar acerca del autocuidado del personal militar, teniendo como noción que el estilo de vida militar se asocia comúnmente a una formación con base en la disciplina física y mental, con enfoque de responsabilidad social, por ser los encargados de garantizar la defensa, seguridad y bienestar de la nación. Por ende, es probable que el régimen bajo el cual viven, sea la determinante para adoptar o no, una conducta de autocuidado adecuado, de la cual depende la mejora o deterioro de su salud. Es por ello que tras el análisis de la realidad observada se plantea determinar cuál es el autocuidado del personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial.

Luego de realizar la revisión de antecedentes se encontraron estudios relacionados a nivel nacional e internacional, los cuales se detallarán a continuación:

Tafur CB, Vásquez LF. y Nonaka MK. en el año 2017 en la ciudad de Iquitos, hicieron un estudio con la finalidad de determinar el vínculo que existiría entre el nivel de conocimiento de la enfermedad y las prácticas de autocuidado del adulto mayor hipertenso del Centro de Atención del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto, encontraron que el 84,6% realizaron prácticas de autocuidado inadecuado y sólo el 15,4% realizaron prácticas de autocuidado adecuado, referido a alimentación, actividad física y cumplimiento de tratamiento farmacológico; asimismo se halló asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimientos y las prácticas de autocuidado.<sup>15</sup>

De La Rosa MY. y Rivera HS. en el año 2017, en Trujillo, realizaron una investigación para determinar los factores socioculturales y su relación con la capacidad de autocuidado del adulto mayor hipertenso, se encontró según sexo que el 69,3% del sexo masculino y el 30,8% del sexo femenino mostraron una capacidad de autocuidado insuficiente, asimismo se concluyó que el autocuidado del adulto mayor hipertenso no se encuentra determinado por su género, estado civil, ingreso económico o grado de instrucción.<sup>16</sup>

Justo B. y Quispe HE. en el año 2016 en la ciudad de Arequipa, hicieron un estudio para determinar la relación del autocuidado y la calidad de vida de los adultos mayores con HTA en la Micro red Edificadores Misti – MINSA, se encontró, respecto al autocuidado en dimensión global el 50.5% presentó un autocuidado regular, el 37,4% autocuidado malo y el 20,9% autocuidado bueno; en dimensión de alimentación el 84.6% tuvieron un autocuidado regular, en dimensión actividad física y descanso el 61.5% presentó autocuidado regular, en dimensión de hábitos nocivos el 86.8% presentó un autocuidado bueno, en dimensión adherencia al tratamiento el 41.8% reveló un autocuidado regular; de igual manera se demostró una relación estadística significativa entre el autocuidado y calidad de vida.<sup>17</sup>

Vásquez RB. en el año 2016, en Huaraz, llevo a cabo un estudio para comparar el autocuidado conforme a la teoría de Dorotea Orem y el estilo de vida del adulto mayor del Centro del Adulto Mayor y del Programa de Hipertensión arterial del Hospital II-Essalud, se encontró que el 55% mostraron un adecuado cumplimiento de los requisitos de autocuidado y el 45% un déficit en la satisfacción de los requisitos de autocuidado, medido según el grado de cumplimiento de los cuidados de salud y la capacidad del individuo de

llevar una vida autónoma; igualmente el 76,25% presentó estilos de vida saludables y el 23,75% estilos de vida no saludables. Al relacionar la variable autocuidado con el estilo de vida, se identificó que existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables.<sup>18</sup>

Ademe S, Aga F. y Gela D. En el año 2019, en Etiopía, efectuaron un estudio con la finalidad de valorar la práctica de autocuidado en hipertensión y factores asociados entre pacientes en establecimientos de salud pública de la ciudad de Dessie, donde se halló que, del total de participantes, el 51% obtuvo una puntuación inferior a la media en lo que indica una mala práctica de autocuidado.<sup>4</sup>

Ching M, Hani S, Sazlina G, Ping L, Adibah I, Maliza M, et al. en el año 2018, en Malasia efectuaron una investigación con la finalidad de establecer la diferencia de género en el autocuidado en pacientes con hipertensión, se halló que el puntaje de autocuidado de la hipertensión es significativamente más alto para las mujeres en comparación con la población masculina.<sup>19</sup>

Gona C, Priore M, Ramírez MS, Lujan J, Ojeda G. en el año 2018, en Argentina, elaboraron un estudio con la finalidad de identificar las actividades de autocuidados de los pacientes hipertensos en el Hospital de Alta Complejidad El Cruce, se detectó que el autocuidado según el aspecto de control de tensión arterial TA, el 80% de los que nunca se controlaban la TA contaba con primario completo y el 56,6% de los que casi siempre se controlaban la TA tenían secundario completo. Mientras el autocuidado en el cumplimiento de la dieta se encontró que el 80% de los que casi siempre tenían dificultad para cumplir con la dieta, tenían primario completo y el 100% de los que nunca tenían dificultad para cumplir con la dieta, contaba con secundario completo; lo que demostró que a medida que incrementa el nivel de instrucción se incrementa el autocuidado.<sup>20</sup>

Fagoaga WA. En el año 2017, en El Salvador, realizó un estudio con la finalidad de identificar la percepción sobre la alimentación, salud y autocuidado en miembros de la Policía Nacional Civil. Estudio descriptivo, en una muestra de 300 policías, se encontró según indicadores de hábitos alimenticios el 63% presentó hábitos poco saludables; referente a indicadores de salud, el 58,3% presentó un bajo nivel de prevención; referente

al autocuidado, el 85% presentó un autocuidado moderado, el 13% evidenció déficit de autocuidado.<sup>21</sup>

Silva CR, Ciero MD, Teixeira FE, De Souza EAW, De Freitas I. y Oliveira E. en el año 2016 en Brasil, ejecutaron un estudio con la finalidad de evaluar las prácticas de autocuidado realizadas por pacientes con hipertensión arterial sistémica en la atención primaria de salud; se identificó como prácticas adecuadas de autocuidado: consumo restringido de café 93,5% , dieta hiposódica el 84,8%, duermen 8 horas diarias el 47,8%, abstinencia al tabaquismo el 93,5%, evitan consumo de bebidas alcohólicas el 80,4%, asistencia a las consultas programadas el 88% y seguimiento del tratamiento medicamentoso 68,5%. A su vez se constató déficit de autocuidado en las siguientes prácticas: solo realizaban alguna actividad física el 32,6%, no poseen alguna actividad de ocio el 58,7%, lo que puede contribuir a un aumento del estrés, ya que la mayoría con el 60,9% presentaron estrés autorreferido, el 75% presentaron conocimiento limitados en relación la hipertensión arterial sistémica y los cuidados para controlarla, lo que pudo estar relacionado con 0% que participaron en sesiones educativas.<sup>7</sup>

Zapata J, Chávez MA, Petzelová J, Villanueva G. y Hernández LA. En el año 2016 en México, desarrollaron un estudio cuyo objetivo era identificar cuáles son las conductas, factores y marcadores de riesgo del autocuidado de la salud que presentan los adultos de Coahuila; estudio de carácter exploratorio, corte cuantitativo y alcance descriptivo; se encontró que el 15% de adultos entre 30 y 40 años presentaron hipertensión, ingieren en mayor medida bebidas alcohólicas y alimentos no saludables, y no busca información sobre el manejo de su salud, mientras que las conductas de autocuidado se asociaron a la realización de actividad física y revisiones periódicas con especialistas. Asimismo, el 25,4% de adultos entre 41 a 60 años presentaron hipertensión, no intentan dejar el hábito de fumar, aunque el hábito relacionado con la alimentación se encontró adecuado.<sup>22</sup>

Antoniassi AP, Alves GAS, Alcalá D, Palota L. y Kusumota L. En el año 2016, en Brasil, realizaron un estudio con la finalidad de analizar la adhesión de los pacientes hipertensos al tratamiento medicamentoso e identificar la capacidad para el autocuidado, estudio de corte transversal, con una población de 101 pacientes, se encontró que el 85,2% presentó

adecuada adhesión al tratamiento con medicamentos y el 88,3% una capacidad para el autocuidado satisfactoria.<sup>23</sup>

Bilal M, Haseeb A, Lashkerwala SS, Zahid I, Siddiq K, Saad M, et al. En el año 2015, en Pakistán, realizaron un estudio con el objetivo de evaluar las prácticas de conocimiento, conciencia y autocuidado de la hipertensión en pacientes hipertensos cardíacos del departamento ambulatorio de tres hospitales de atención terciaria, estudio descriptivo y transversal, el tamaño de la muestra fue de 664, se halló según los datos relacionadas con el conocimiento, el 97.1%, no sabía a qué se denominaba presión sistólica y el 96.8% no sabía a qué se denominaba presión diastólica, el 70.9% no sabía cuáles son los valores normales de la presión arterial y el 35.7% afirmaron tener presión arterial alta en su último chequeo; según los datos sobre la conciencia, el 78.8% identificó que el consumo excesivo de sal es el principal factor de riesgo; y según los datos relacionadas con las prácticas de autocuidado, el 35.2% afirmó que comprobaba su presión arterial una vez al mes, el 39,9% consultaron al médico cada 6-12 meses y 23,6% una vez al año, revelando prácticas insuficientes de autocuidado.<sup>5</sup>

La investigación se apoyó en una base teórica, que a continuación se describe:

La OMS en 1983 definió el autocuidado como:

*“El autocuidado en la salud hace referencia a las actividades que las personas, las familias y las comunidades realizan con la intención de mejorar su salud, prevenir enfermedades, limitar enfermedades y recuperar la salud.”<sup>24</sup>*

La International Self-care foundation (ISF), organización benéfica del Reino Unido desde el año 2013 defiende el autocuidado y establece que:

*“El autocuidado se basa en siete pilares: conocimiento de la salud; bienestar mental, autoconsciencia y agencia; actividad física, alimentación saludable; mitigación de riesgos y buena higiene; uso racional y responsable de productos y servicios”.<sup>25</sup>*

Según la Teoría del autocuidado desarrollado por Dorothea Orem en 1969, lo define como:

*“El autocuidado es la práctica de actividades que las personas inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, su salud y su bienestar”<sup>26</sup>*

Una de las afirmaciones básicas de la teoría del Autocuidado de Orem es considerar el autocuidado como una conducta, es decir una acción intencionada, que implica que previamente el individuo ha hecho una búsqueda de información, una reflexión, un juicio, toma de conciencia, y toma de decisiones voluntaria sobre lo que es idóneo hacer o no en circunstancias determinadas de la vida; ejecutando un conjunto de actividades que persiguen un propósito u objetivo como lo es el mantenimiento de su salud y bienestar; sin embargo esta conducta no es innata sino que se aprende.<sup>26</sup>

La forma en la que se aprende las conductas de autocuidado se verá influenciado por factores propios de la persona y de su entorno, que Orem denominó factores básicos condicionantes como: la edad; el sexo; estado de desarrollo; estado de salud; hábitos socioculturales; factores derivados del diagnóstico y tipo de tratamiento; factor familiar; patrón de vida valores, creencias y autoconcepto; factores ambientales y socioeconómicos.<sup>26</sup>

Para lograr los objetivos en salud y bienestar es necesario cubrir las necesidades o requisitos de autocuidado, los cuales son tres: requisito universal, son actividades que satisfacen las necesidades básicas humanas durante todas las etapas vitales, entre ellas (alimentación, respiración, eliminación, actividad, descanso, interacción social, etc.); requisito del desarrollo, son la satisfacción de las necesidades esenciales pero específico a cada etapa de vida (niñez, adolescencia, juventud, adultez) o condición por ejemplo en el embarazo, con el objetivo de promover la maduración del desarrollo humano y prevenir la aparición de situaciones contrarias; requisito de desviación de la salud, existen cuando la persona tiene una enfermedad, discapacidad o lesión, donde es preciso adquirir conocimientos y habilidades en el tiempo con la finalidad de mitigar los efectos de la enfermedad, siguiendo las pautas del tratamiento y cuidados prescritos por el profesional de salud.<sup>26</sup>

En la población hipertensa presenta necesidades de autocuidado por desviación de la salud, las actividades a realizar buscan recuperar el estado de bienestar y prevenir daños, considerando las condiciones propias de la enfermedad, para lo cual Orem agrupa 6 tipos de acciones: asegurar la ayuda profesional, toma de conciencia sobre complicaciones de la enfermedad, ejecutar de manera eficaz las indicaciones prescritas, estar atento a la



presencia de efectos adversos de los cuidados prescritos, aceptar la nueva condición de salud y la necesidad de incorporación cuidados de salud específicos y adoptar un estilo de vida saludable que fomente el desarrollo personal continuo.<sup>26</sup>

La esperanza de vida se está incrementando a nivel mundial, según el último estudio desarrollado por el Instituto de Métrica y Evaluación de la Salud (IHME), en el año 2018, indica que la esperanza de vida aumentará para el año 2040 en una proporción de al menos 5 años en 158 países y en 10 años a más en 46 países, siendo España el que lidera este ranking con un promedio de 85,8 años; mientras que el Perú verá un incremento de la esperanza de vida a 82.6 años.<sup>27</sup>

El vivir hasta edades más avanzadas, es conocido también como envejecimiento, lo que constituye variedad de cambios biológicos y fisiológicos, que aumentan el riesgo de enfermedades crónicas como la hipertensión, discapacidades y muerte, no siendo similar para todas las personas; también se adicionan cambios relacionados con sucesos en la vida como la jubilación, mudanza, fallecimiento de amigos y familiares y la influencia del entorno, ampliándose las necesidades en salud; por lo tanto, la práctica de actividades de autocuidado es de vital importancia y aplica a mayores sanos o enfermos, considerando los factores que puedan afectar su capacidad para cuidar de sí mismo; ya que fortalece su potencial de autonomía y lo hace responsable de mantener un envejecimiento saludable, permitiendo así el bienestar, entendido como felicidad, satisfacción y plena realización.<sup>28</sup>

La hipertensión es una afección que se caracteriza porque la presión en los vasos sanguíneos es continuamente alta, debilitando y dilatando la pared vascular, si no se controla aumenta las probabilidades de obstrucción o rotura, provocando infarto de miocardio o accidente cerebrovasculares, a la vez que hace que el corazón trabaje más para bombear la sangre lo que trae otras consecuencias como hipertrofia ventricular y a la larga insuficiencia cardiaca. Además, la hipertensión también puede causar insuficiencia renal, ceguera y deterioro cognitivo debido al deterioro de las arterias a estos niveles.<sup>29</sup>

Hasta hace poco tiempo las cifras de la presión arterial para considerar que una persona sufre HTA eran cuando la presión sistólica era igual o superior a 140 mmHg y/o la presión diastólica igual o superior a 90 mmHg, según valores establecidos por el Joint National

Committee en su sexto informe. Actualmente según la nueva guía Estadounidense de la American College of Cardiology y de la American Heart Association (ACC/AHA 2017) han modificado estas cifras, con un umbral de diagnóstico para hipertensión desde 130/80 mmHg, lo cual se ha vuelto una gran controversia, ya que conllevaría a diagnosticar HTA en gran número de personas que hasta el momento no eran consideradas hipertensas.<sup>30</sup>

Se clasifica en hipertensión primaria (o esencial) y en hipertensión secundaria. En aproximadamente el 95% de los pacientes con HTA, no se puede identificar ninguna causa, esta situación se denomina hipertensión primaria. Mientras que el término de hipertensión secundaria se emplea cuando la hipertensión está ocasionada por un mecanismo subyacente detectable, como es el caso de la estenosis de arteria renal, feocromocitoma y coartación aórtica, existiendo una clara posibilidad de curación cuando la enfermedad subyacente es tratada con éxito.<sup>29</sup>

El tratamiento de la hipertensión incluye rigurosamente y el tratamiento farmacológico el cual será indicado y controlado por el médico y el tratamiento no farmacológico conocida como la adopción de estilos de vida saludable, por ende, las intervenciones sobre el estilo de vida son importantes, ya que pueden retrasar la necesidad de tratamiento farmacológico o complementar su efecto. La restricción del sodio, el consumo moderado de alcohol, el ejercicio regular, el control del peso y la cesación del hábito tabáquico, tienen beneficios en la salud que exceden por mucho al simple control de la tensión arterial.<sup>31</sup>

*“Los adultos pueden contribuir al tratamiento tomando la medicación prescrita, cambiando su modo de vida y vigilando su salud”<sup>32</sup> (OMS, 2015)*

Según Marc Lalonde, en el año 1981, refiere que los estilos de vida, son comportamientos y hábitos personales que están influenciadas por factores externos e internos dentro del campo en el que vive y se desenvuelve, lo cual predispone adoptar o no estilos de vida saludable.<sup>33</sup>

Para Nola Pender la modificación de hábitos y estilos de vida poco saludables y el control de factores de riesgo, dependen en gran medida que el individuo se sienta motivado, así lograra percibir que tiene menos barreras, tendrá más confianza en sí mismo para ejecutar cambios en su vida y podrá ver los beneficios a corto plazo de una alimentación

balanceada baja en sal y grasas, del ejercicio físico de moderado a intenso o al menos mantenerse activo lo más posible, evitar el consumo de alcohol y tabaco, así como aprender manejar y disminuir el estrés; y esta motivación es bien percibida cuando es inculcada por los profesionales de enfermería, logrando las modificaciones en la conductas de riesgo y promocionando aquellas que beneficien la salud (citado por Cadena JC. y Gonzales Y, 2017).<sup>34</sup>

Las medidas terapéuticas farmacológicas son igual de importantes en el paciente con hipertensión, las actividades de autocuidado en este nivel se basan en la adherencia a las recomendaciones e indicaciones prescritas por el médico, no solo es el cumplimiento de estas medidas; sino todo un proceso de aceptación tanto de la enfermedad como del tratamiento, una toma de conciencia, con gran compromiso y responsabilidad. Las principales barreras para la adherencia están vinculadas con la postura médica, las creencias y actitudes del paciente, así como la complejidad y tolerancia a los fármacos, lo cual influye en el comportamiento y decisiones del paciente hacia su tratamiento, evidenciando conductas de riesgo como la interrupción temprana del tratamiento por no sentir síntomas de la enfermedad o ver que los niveles de presión arterial bajaron; el olvido de la toma; inasistencia a las citas programadas, no llevar un control periódico de la presión arterial.<sup>35</sup>

Por todo lo anteriormente mencionado se plantea la siguiente pregunta de investigación:  
¿Cuál es el autocuidado del personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro Médico Naval, Bellavista - Callao, 2019?

La hipertensión arterial en la actualidad es una de las mayores problemáticas a nivel mundial, los índices de discapacidad y mortalidad por las complicaciones de la enfermedad aumentan día con día, sin distinguir edad, sexo, condición social o educativa, ni área geográfica que se habite; a pesar que es bien conocida la forma de controlarla, siendo indiscutible las modificaciones en los estilos de vida y el tratamiento farmacológico, como régimen a lo largo del tiempo para prevenir y mitigar los daños; lo cual lleva a la reflexión sobre la conducta de autocuidado que lleva la persona frente a la enfermedad, evidenciado en la mayoría de estudios nacionales e internacionales que existe un autocuidado ineficaz, esta falta de compromiso con la propia salud, probablemente esté afectando el manejo de la

enfermedad y contribuyendo al progreso de la misma, es por ello que se hace pertinente determinar el autocuidado del personal militar con HTA, para disponer de información necesaria que ayude a comprender que conducta de autocuidado se está llevando de manera inadecuada, y que en un futuro con estudios complementarios pueda contribuir en la elaboración de nuevas estrategias a nivel institucional orientadas a las afianzar y promover conductas y prácticas de autocuidado adecuadas; con lo cual fomentaremos construcción de una nueva cultura en salud.

Es responsabilidad del profesional de la salud, especialmente Enfermería informar sobre los logros y alcances del autocuidado en dichos pacientes, para enfatizar nuestra atención en los puntos débiles y reforzar el aprendizaje de conductas saludables, bajo el compromiso ético de beneficencia.

Por tanto, el objetivo principal de la investigación, fue:

- Determinar el autocuidado del personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro Médico Naval, Bellavista – Callao, 2019.

Asimismo, los objetivos específicos fueron:

- Identificar el autocuidado según dimensión estilos de vida del personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro Médico Naval, Bellavista – Callao, 2019.
- Identificar el autocuidado según dimensión de adherencia tratamiento farmacológico del personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro Médico Naval, Bellavista – Callao, 2019.

## **II. MÉTODO**

### **2.1 Tipo y Diseño de investigación**

#### **2.1.1 Tipo de estudio**

Aplicada, porque buscó la resolución del problema, haciendo uso de las teorías generales ya establecidas.

#### **2.1.2 Nivel**

Descriptivo, porque especificó las propiedades y características de la variable tal cual se observó en el momento, sin injerencia sobre él.<sup>36</sup>

#### **2.1.3 Enfoque**

Cuantitativo, porque utilizó el método de medición y análisis estadísticos; y de corte transversal, ya que se realizó en un tiempo determinado.<sup>36</sup>

#### **2.1.4 Diseño**

No experimental, porque no se manipuló la variable.<sup>36</sup>

### **2.2 Variables, operacionalización**

**Variable 1:** Autocuidado global

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES / INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Autocuidado global	Es una conducta que determina la acción de actividades o comportamientos hacia el mantenimiento de la salud y bienestar, el autocuidado no es inherente sino que debe ser aprendida, por tanto es necesario responsabilidad y compromiso de la persona con su salud	<p>Se midió la variable, a través del desarrollo de actividades que realiza el paciente hipertenso para su autocuidado. Para lo cual se elaboró un cuestionario: “Autocuidado del personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial”, el cual consta de 19 ítems distribuidos en 2 dimensiones: la primera dimensión denominada Estilos de vida con 14 ítems, que medirá las actividades que ejecuta en las subcategorías de nutrición; actividad física y descanso; manejo del estrés y evitar los hábitos nocivos; y la segunda dimensión denominada Adherencia al tratamiento farmacológico con 5 ítems que medirá la forma en la que el paciente sigue con la indicaciones prescrita .</p> <p>Dando como resultado respecto al autocuidado global:</p> <p>Autocuidado adecuado: <math>\geq 76</math></p> <p>Autocuidado inadecuado: <math>\leq 75</math></p>	<p><b>1. ESTILOS DE VIDA</b>  Conjunto de comportamientos y actitudes cotidianas que colaboran en el mantenimiento de la salud y que son determinadas por la conducta de autocuidado de la persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Nutrición</b>  <u>Indicadores:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El poder de decisión sobre que alimentos son beneficiosos para la salud de los que no lo son. (ítems:1,2,3,4 y 5)</li> </ul> </li> <li>• <b>Actividad física y descanso</b>  <u>Indicadores:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Intensidad (ítems:6 y 8)</li> <li>-Frecuencia (ítem:7)</li> <li>-Horas de sueño (ítem:9)</li> </ul> </li> <li>• <b>Manejo del estrés</b>  <u>Indicadores:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Relajación. (ítems:10 y 11)</li> <li>-Conducta: (ítem:12)</li> </ul> </li> <li>• <b>Evitar hábitos nocivos</b>  <u>Indicadores:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Bebidas alcohólicas. (ítem:13)</li> <li>-Tabaco (ítem:14)</li> </ul> </li> </ul> <hr/> <p><b>2. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</b>  Cumplimiento y aceptación de las indicaciones prescritas.  <u>Indicadores:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cumplimiento del tratamiento. (ítems:15y 16)</li> <li>• Control de la presión arterial (ítem: 18)</li> <li>• Buscar ayuda profesional. (ítem: 17y 19)</li> </ul> </p>	Nominal  Adecuado  Inadecuado

## 2.3 Población y muestra

### 2.3.1 Población

Conformada por todo el personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial que asiste a los consultorios de Cardiología del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”, ubicado en Av. Venezuela s/n, Bellavista, provincia del Callao, que fueron un total de 500 pacientes, que son los que acudieron a la consulta durante el mes de febrero del 2019, según datos de la oficina de estadística del Hospital.<sup>13</sup>

### 2.3.2 Unidad de análisis

Estuvo conformada por cada uno de los militares con diagnóstico de hipertensión arterial que participaron en el estudio.

### 2.3.3 Muestra

El tamaño de la muestra fue de 140 pacientes, mediante la fórmula para cálculo del tamaño de muestra para población finita.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{E^2 (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

n = Tamaño de muestra

N = Tamaño de la población = 500

Z = Nivel de confianza del 95% = 1.96

p = 0.15 (Proporción de pacientes con hipertensión que presentaron autocuidado adecuado).<sup>13</sup>

q = 0.85 = (1-p)

E = Error máximo permitido que será del 5 % = 0.05

Reemplazando valores tenemos:

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,85 \times 0,15 \times 500}{(0,05)^2 (500 - 1) + (1,96)^2 \times 0,85 \times 0,15}$$

$$n = \frac{3.8416 \times 0.85 \times 0.15 \times 500}{1.2475 + 0.489804}$$

$$n = 140.97$$

Por lo tanto, la muestra fue de 140 personas.

### **2.3.4 Muestreo:**

Se utilizó el muestreo no probabilístico, debido a que se seleccionó la muestra basado en el juicio del investigador.

### **2.3.5 Criterios de selección**

#### **Criterios de inclusión:**

- Personal militar con diagnóstico definitivo de hipertensión arterial primaria mayor a 1 año de antigüedad con o sin comorbilidades asociadas, de ambos sexos y con edades comprendidas entre los 40 y 80 años.
- Personal militar sin limitaciones cognitivas y que supieran leer y escribir, con un buen nivel de independencia, que son capaces de desplazarse y de cuidar su salud.
- Personal militar que acepte participar del estudio previa firma del consentimiento informado.

#### **Criterios de exclusión:**

- Personal militar que presenta cifras altas de tensión arterial, pero sin diagnóstico definitivo de hipertensión arterial primaria.
- Personal militar con limitación mental, desorientada en tiempo, espacio y persona.

## **2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad**

### **2.4.1 Técnica e instrumento de recolección de datos**



La técnica que se utilizó para recolectar la información fue la encuesta y el instrumento un cuestionario denominado: “Autocuidado del personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial”, creado por la autora de esta tesis, basado en el modelo teórico de Dorotea Orem en relación con los requisitos de autocuidado en desviación de la salud.

Se elaboró un material lo más objetivo y entendible para evaluar el autocuidado del personal militar, distribuyendo la variable en dos dimensiones; la primera Estilos de vida, que consta de 14 ítems, para lo cual se extrajo información del cuestionario Perfil de estilos de vida PEPS-II (1996), elaborado por Walker SN, Sechrist K y Pender N,<sup>37</sup> basado en la teoría de promoción de la salud de Nola Pender, que evalúa la conducta de participar o no en acciones enfocados a la salud y que ha sido utilizado en población hipertensa, la cual fue adaptada y modificada para evaluar 3 subcategorías de las 6 que tiene originalmente, como son: nutrición (ítems: 1,2,3,4,5), actividad física y descanso (ítems: 6,7,8,9) y manejo del estrés (ítems: 10,11,12); adicionando una cuarta subcategoría de evitar los hábitos nocivos (ítems: 13 y 14), como requerimiento necesario de un estilo de vida saludable. La segunda dimensión denominada Adherencia al tratamiento farmacológico con 5 ítems (15, 16, 17, 18 y 19), que corresponde a los factores propios del tratamiento farmacológico y control de la presión arterial.

#### **2.4.2 Validez y confiabilidad**

**Validez:** Para determinar la validez de contenido del instrumento se empleó la técnica de juicio de expertos, en la que participaron 5 expertos, cuatro licenciadas de enfermería con especialidad en cardiología y en docencia e investigación y un oficial naval encargado del área de apoyo a la docencia e investigación del Hospital. Tras la revisión y levantadas las observaciones del instrumento, otorgaron el visto bueno para poder ser empleado en el estudio de investigación. Los puntajes fueron sometidos a una prueba binomial, con una significancia de  $p < 0.05$ , en la cual se obtuvo  $p = 0.031$  que indica que existe concordancia entre jueces.<sup>36</sup> (Ver anexo 4)

**Confiabilidad:** Se realizó una prueba Piloto en 20 militares que no formaron parte de la muestra, los cuales tenían el diagnóstico de hipertensión arterial y asistieron a los consultorios de Cardiología de otra dependencia de la Sanidad Naval, lo cual permitió

evaluar el diseño y contenido del instrumento, de esta manera poder corregirlo con los expertos, para finalmente tener un cuestionario adecuado para fines del estudio. Al medir la confiabilidad se obtuvo un índice de alfa de Cronbach de 0,79 la cual es considerada aceptable.<sup>36</sup> (Anexo 5)

## **2.5 Procedimiento de recolección de datos**

La recolección de datos se llevó a cabo durante el mes de marzo del 2019. Luego de haber obtenido la autorización para la ejecución del proyecto de investigación por el Director del Centro Médico Naval “CMST” (Anexo 6). El proceso de recolección se precisa a continuación:

- Seguidamente se procedió a realizar los trámites de autorización dirigidos a la Jefatura de Consultorios Externos y la oficina de Bioestadística para obtener el número total de pacientes que asisten a los consultorios de cardiología, lo cual permitió saber cuál es la población total y determinar la muestra de estudio.
- A continuación, se coordinó los días de intervención, que fueron en el turno mañana de 8:00 a 14:00 horas, durante 3 semanas aproximadamente, abordando al personal militar en sala de espera y en el ambiente continuo a los consultorios que funcionan como recepción, donde se preparan las historias clínicas con exámenes auxiliares correspondientes.
- Con ayuda del personal técnico de enfermería que labora en dichos consultorios se logró identificar al personal con diagnóstico de hipertensión arterial, a quienes tras la explicación detallada del estudio y habiendo despejado todas sus dudas, aceptaron participar mediante la firma del consentimiento informado (Anexo 3); realizando el llenado del cuestionario en un promedio de 20 minutos aproximadamente.

## **2.6 Método de análisis de datos**

La información recolectada fue ingresada a una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 25, donde se realizaron tablas y gráficos correspondientes con el análisis descriptivo de cada uno. Para el procesamiento se valoró las respuestas según escala de Likert de cinco puntos, para los ítems: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,15,16,17,18 y 19 se

valoró como 1 = nunca, 2 = casi nunca, 3 = a veces, 4 = casi siempre y 5 = siempre. Excepto para los ítems negativos 13 y 14 a quienes se les asignó un puntaje reverso una vez ingresados los datos al sistema; determinando que los que realizaron el 80% de las actividades de autocuidado constantemente, lo cual equivale a un puntaje mayor o igual de 76 puntos, se valoró como Autocuidado adecuado y un puntaje inferior se valoró como Autocuidado inadecuado; aplicando esta misma fórmula en cada una de sus dimensiones. Las interpretaciones de los resultados se presentan en el siguiente cuadro:

**Tabla 1: Categorías para clasificación de los resultados del instrumento Autocuidado del personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial. (n=140)**

Rango	Variable	Dimensión 1	Dimensión 2
	Autocuidado	Estilos de vida saludable	Adherencia al tratamiento farmacológico
<b>Adecuado</b>	$\geq 76$	$\geq 56$	$\geq 20$
<b>Inadecuado</b>	$\leq 75$	$\leq 55$	$\leq 19$

Fuente: Tesis Autocuidado del personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro Médico Naval, Bellavista – Callao, 2019  
Elaboración: Córdova Porras Valeria Estela

## 2.7 Aspectos éticos

**Autonomía:** El individuo contó con libertad de participar voluntariamente o no en el estudio, tras conocer los objetivos y propósitos del estudio.

**Beneficencia:** El propósito del estudio es beneficiar al participante, y contribuir a futuro en la creación de programas que ayuden en reforzar su autocuidado.

**No maleficencia:** la información brindada se mantuvo en el anonimato, sin verse afectada de ninguna manera su atención en la institución de salud.

**Justicia:** Participaron todos los militares con diagnóstico de hipertensión arterial sin ningún tipo de discriminación por sexo, raza, religión o condición social.

### III. RESULTADOS

#### 3.1 Características sociodemográficas

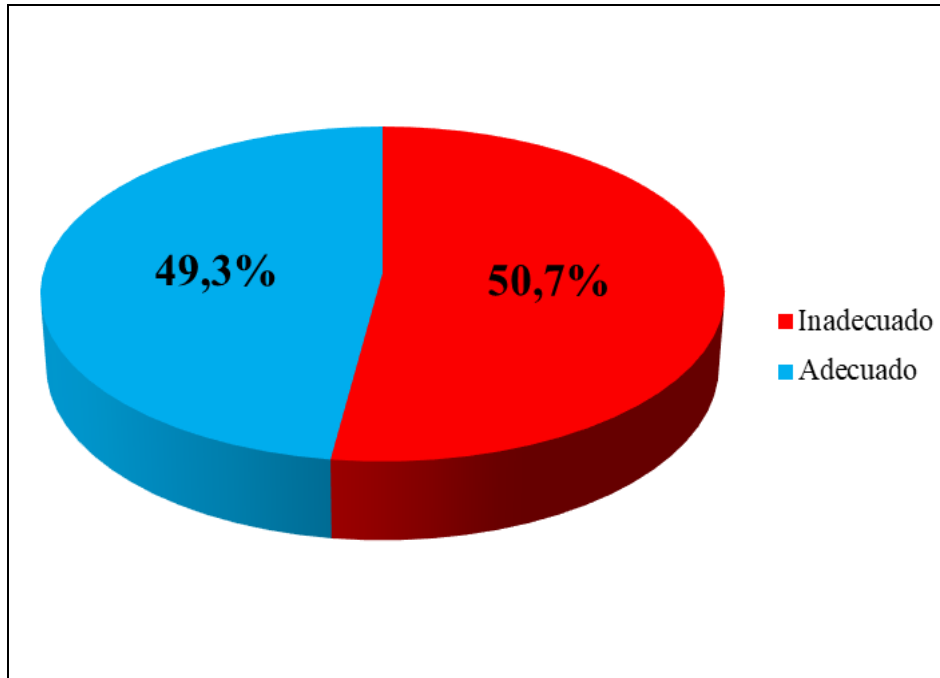
**Tabla 2. Características sociodemográficas del personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro Médico Naval, Bellavista – Callao, 2019.**

Variables		f	%
Sexo	Masculino	135	96,4%
	Femenino	5	3,6%
Edad	Media: 66 años Desv. Estándar: 9,34 años Rango: 40 a 80 años	40 - 60 años	19,3%
		60 – 80 años	80,7%
Situación laboral	Actividad	25	17,9%
	Retiro	115	82,1%
Estado Civil	Soltero	5	3,6%
	Conviviente	2	1,4%
	Casado	116	82,9%
	Divorciado	11	7,9%
	Viudo	6	4,3%
Lugar de Residencia	Lima	113	80,7%
	Callao	26	18,6%
	Otros	1	7 %
Persona con la que vive	Solo	8	5,7%
	Cónyuge/Pareja	60	42,9%
	Hijos	17	12,1%
	Otro Familiar	3	2,1%
	Cuidador	2	1,4%
	Cónyuge e hijos	50	35,7%
Tiempo De Enfermedad	1 – 5 años	21	15%
	6 – 10 años	35	25%
	11 – 15 años	30	21,4%
	16 – 20 años	11	7,9%
	Más de 21 años	43	30,7%

Fuente: Cuestionario: Autocuidado del personal militar con hipertensión arterial

De la tabla 2, se evidencia que el 96,4%(135) de los participantes son del sexo masculino y el 3,6%(5) son del sexo femenino; así mismo el 80,7%(113) pertenecen al grupo de edad de 60 a 80 años y solo el 19,3%(27) al grupo de edad de 40 a 60 años, el promedio de edad es de 66 años, con una desviación de 9,34 años y un rango de edad de 40 a 80 años; el 82,9%(115) se encuentran en situación de retiro. Además, el 82,9%(116) son casados; el 80,7%(113) viven en la provincia de Lima; el 42,9%(60) vive con su cónyuge/pareja y que el 30,7%(43) tienen un tiempo de enfermedad de más de 21 años.

### 3.2 Distribución porcentual de autocuidado global del personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial

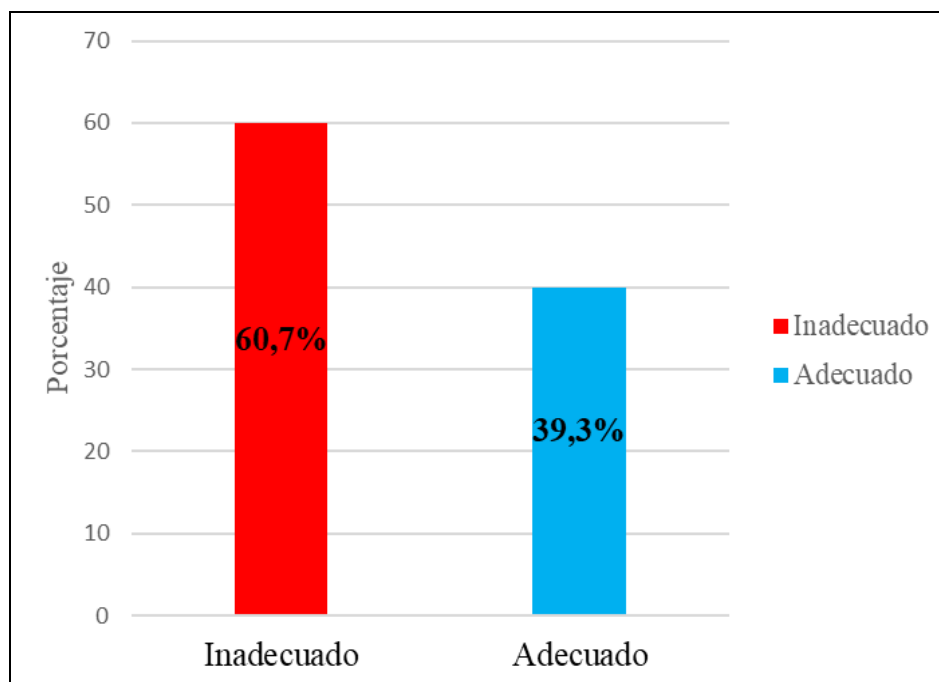


Fuente: Cuestionario: Autocuidado del personal militar con hipertensión arterial

**Figura 1: Autocuidado global del personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro Médico Naval, Bellavista – Callao, 2019.**

De la figura 1 se observa que el 50,7%(71) presenta autocuidado inadecuado y el 49,3%(69) autocuidado adecuado.

### 3.3 Distribución porcentual del autocuidado según dimensión estilos de vida del personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial.

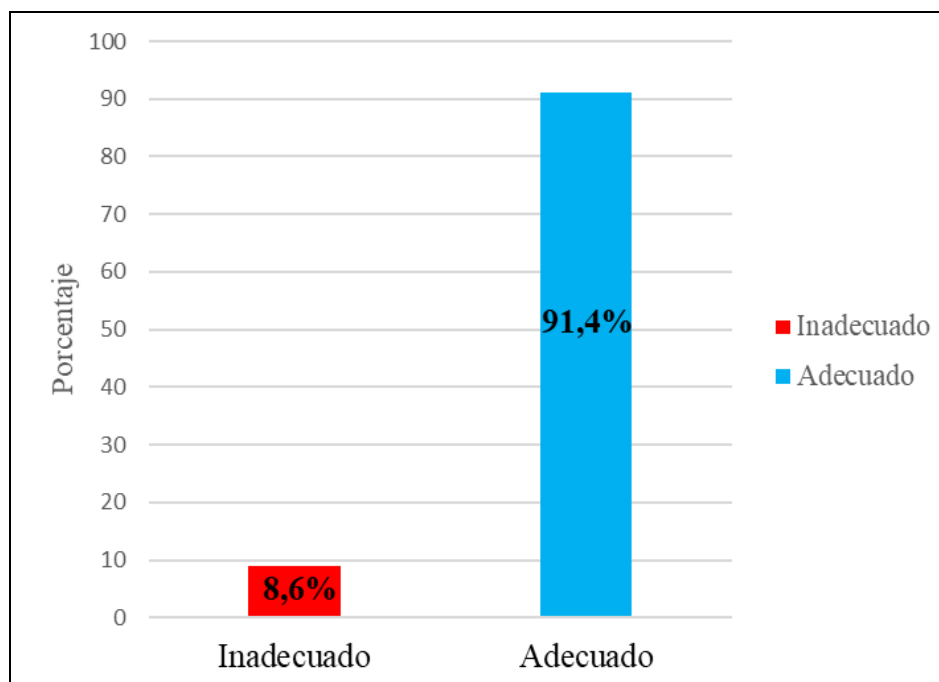


Fuente: Cuestionario: Autocuidado del personal militar con hipertensión arterial

**Figura 2: Autocuidado según dimensión estilos de vida del personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro Médico Naval, Bellavista – Callao, 2019.**

De la figura 2 se observa según dimensión estilo de vida, que el 60,7% (85) presenta autocuidado inadecuado, mientras que el 39,3% (55) autocuidado adecuado.

### 3.4 Distribución porcentual del autocuidado según dimensión adherencia al tratamiento farmacológico del personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial



Fuente: Cuestionario: Autocuidado del personal militar con hipertensión arterial

**Figura 3: Autocuidado según dimensión adherencia al tratamiento farmacológico del personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro Médico Naval, Bellavista – Callao, 2019.**

De la figura 3 se observa según dimensión de adherencia al tratamiento farmacológico, que el 91,4% (128) presenta autocuidado adecuado, mientras que el 8,6% (12) autocuidado inadecuado.

#### IV. DISCUSIÓN

La hipertensión arterial es un problema de salud crónica y degenerativa, principal factor de riesgo para cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, la cual produce altas tasas de discapacidad y muertes prematuras en todo el mundo, lo que se traduce en la sociedad como pérdida de años saludables y productivos, elevados gastos para la persona, las instituciones de salud y el país. Por ser una enfermedad asintomática, requiere mucha disciplina y responsabilidad en salud, el paciente como generador de su autocuidado debe desarrollar una conducta que implica adoptar medidas correctivas sobre las actividades cotidianas y las decisiones sobre esas actividades en el transcurso de toda su vida y de manera constante con el objetivo de beneficiar su estado de salud y prevenir complicaciones de la enfermedad.

En tal sentido presentaremos el análisis de las características sociodemográficas y seguidamente los resultados de la variable autocuidado de 140 pacientes militares con hipertensión arterial, que fueron encuestados sobre las actividades de autocuidado que realizan cotidianamente.

Según los resultados de las características sociodemográficas, tenemos en relación al sexo, predomina el sexo masculino con el 96,4% (véase tabla 2), este resultado puede deberse a que el personal militar en su mayoría es del sexo masculino, en el Perú en el año 2014 se evidencio que la población masculina de las Fuerzas Armadas abarcaba el 93,3%, frente a una población minoritaria del 6,7% que integraban el personal femenino.<sup>38</sup> Resultados que coinciden en la esfera internacional, con el estudio de Fagoaga WA<sup>21</sup>, en 300 miembros de la corporación de la Policía Nacional Civil de El Salvador, donde halló que el predominio del sexo masculino con el 72,5%, corroborando la supremacía en número del sexo masculino en la vida militar. Se debe considerar de igual forma que la mayor prevalencia a nivel mundial de hipertensión arterial se da en el sexo masculino, según OMS 2015.<sup>3</sup>

En referencia a las edades, predomina el grupo etario del adulto mayor de 60 años con el 80,7%, (véase Tabla 2). La preponderancia del militar adulto mayor con hipertensión, se debe probablemente al incremento en la esperanza de vida en todo el mundo aunado al proceso de envejecimiento que trae consigo una variedad de cambios biopsicosociales que dependen del estilo de vida, del sistema social y familiar, los cuales aumentarían la



probabilidad de padecer de enfermedades no transmisibles como la HTA.<sup>28</sup> A su vez padecer de hipertensión en la etapa adulto mayor, es atribuida al endurecimiento arterial progresivo y al aumento de la carga aterosclerótica de los vasos sanguíneos, que se va dando con el paso del tiempo.<sup>39</sup> Datos que reafirman lo encontrado en la investigación, y podrían relacionar la edad con el desarrollo de HTA. Comparando los resultados en población hipertensa a nivel internacional, los datos difieren según los estudios, <sup>4,7</sup> de los cuales el 42,1% y 60%, respectivamente pertenecían a la etapa de vida adulto mayor. En Perú los resultados también difieren según ENDES 2017,<sup>10</sup> en la cual, del total de la población hipertensa, el 48,6% eran adultos mayores; estos resultados muestran un menor porcentaje de adultos mayores con hipertensión, pero nos hace reflexionar de igual forma sobre la importancia del autocuidado en esta etapa al estar más vulnerable y predispuesto al desarrollo de enfermedades por las alteraciones propias del envejecimiento.

En cuanto al estado civil, se halló que el 82,9% de los militares estaban casados, a su vez el 94,2% vivían con el cónyuge o pareja, hijos, otro familiar o un cuidador y el 82,1% se encuentran en situación de retiro; estos resultados demuestran que la población de estudio vive fundamentalmente acompañada, además de haber cesado en su actividad laboral lo cual le permite disfrutar más de la familia y de otras actividades que no lograron desarrollar antes, el papel de la familia es sumamente importante, participa como una red de apoyo favoreciendo el cumplimiento del tratamiento y cuidados necesarios. Los datos coinciden con el estudio de Mamani<sup>12</sup> en militares del ejército internados en el Hospital Militar Central de Lima, donde predominó el estado civil casado con el 75,8%, igualmente a nivel internacional resultados hallados en población hipertensa predominó el estado civil casado.<sup>5,23,40</sup> Por tanto es muy probable que para generar el cambio en la conducta y adopción permanente de acciones de autocuidado en el paciente con hipertensión, se deba incluir como estrategia en las intervenciones de Enfermería la participación activa de la familia.

En relación al tiempo con la enfermedad hipertensiva, el 60% tiene un tiempo de mayor a 11 años de enfermedad, lo que resalta que los militares están conviviendo con la enfermedad por un tiempo bastante prolongado, que de no haber llevado permanentemente un apropiado control de la presión arterial, a través de las pautas de autocuidado, podrían presentar actualmente o estar en mayor riesgo de sufrir complicaciones de la enfermedad,

como discapacidad, deficiente calidad de vida, limitaciones funcionales o incluso daños mayores por enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares.<sup>29</sup>

Referente al lugar de residencia se observó que el 80,7% vive en Lima, dato que podría influir en un mejor acceso a los servicios de salud, al tratamiento médico y exámenes de diagnóstico requerido.

Referente a la variable de estudio, el autocuidado es interpretado como el conjunto de actividades que se realiza en beneficio de la salud, siendo una conducta aprendida que logra que la persona tome las medidas necesarias para lograr el mayor nivel de autonomía, salud y bienestar que su situación de enfermedad le permita; la cual está constituida por dos dimensiones: estilos de vida y adherencia al tratamiento farmacológico.

Se obtuvo en el autocuidado global, que el 50,7% evidencia un autocuidado inadecuado, versus el 49,3% que presenta un autocuidado adecuado (ver gráfico 1), por consiguiente, se entiende que poco más de la mitad del personal militar con hipertensión no ejecutó permanentemente todas las actividades de autocuidado, deduciendo que aproximadamente de cada dos militares, uno presenta autocuidado inadecuado en su salud; situación preocupante puesto que es probable que la baja constancia en ejecutar la conducta de autocuidado, acreciente el riesgo de padecer complicaciones de una presión arterial mal controlada; según Bastidas CV, Olivella MC y Bonilla CP,<sup>9</sup> en un estudio que ejecutaron en Colombia, lograron explicar los motivos que pueden estar impidiendo que la persona se apropie completamente de su autocuidado y afrontar la cronicidad en toda su complejidad, una de ellas es la dificultad que posee el individuo en aprender y ejecutar las actividades de autocuidado, frente al escenario de una enfermedad que no se cura, solo se controla, aspecto que puede estar influyendo negativamente en la toma de conciencia y cambio de actitud en la enfermedad hipertensiva. Siendo este el punto de partida para la labor del profesional de Enfermería, como expertos en el cuidado, educando y generando en el paciente autonomía y responsabilidad en el cuidado de su propia salud, según la teoría de Dorotea Orem, el autocuidado no es innato sino una conducta aprendida.

A nivel nacional resultado similar se encontró en el estudio realizado por Vásquez RB,<sup>18</sup> en personas hipertensas del Centro del Adulto Mayor de Essalud-Huaraz, los resultados

revelaron que el 45% mantienen un déficit en la satisfacción de los requisitos de autocuidado, para el cual se utilizó de instrumento un cuestionario con base a los requisitos universales de autocuidado basado en la teoría de Dorotea Orem.

A nivel internacional resultado semejante hallaron Ademe S, Aga F y Gela D,<sup>4</sup> en pacientes hipertensos en Instalaciones de salud de la ciudad de Dessie, Etiopía, donde el 51% tenía mala práctica de autocuidado. Resultados que pueden asociarse con un aumento en la prevalencia de hipertensión arterial a nivel mundial, debido a que la población aún no se empodera en su autocuidado.

Respecto a la dimensión estilos de vida de la variable de estudio, se encontró que el 60,7% de los militares con hipertensión presentan autocuidado inadecuado, este resultado se relaciona con la disminuida constancia en efectuar las actividades de autocuidado que promuevan la modificación del estilo de vida, como parte de terapéutica de la persona que convive con la enfermedad hipertensiva; de acuerdo a los ítems evaluados se observó: referente a la nutrición se muestra que solo el 20% consume siempre alimentos de bajo contenido graso y el solo 22,1% incluye siempre en su dieta alimentos con fibra; datos vinculados con la actividad física y descanso mostraron que solo el 19,3% realizan siempre físicos vigorosos como caminar rápidamente, correr, andar en bicicleta, baile aeróbico o natación y el 16,4% dedica siempre al ejercicio físico vigoroso por lo menos de 30 minutos y tres veces a la semana; asimismo referente al manejo del estrés también se observó que solo 16,4% pone siempre en práctica técnicas de relajación, y solo el 20 % logra dedicar siempre un tiempo para actividades de ocio y pasatiempos; y por último en relación a evitar los hábitos nocivos se halló que el 55,7% consumen con alguna regularidad bebidas alcohólicas y el 25,7% mantienen el hábito de fumar. Estos resultados podrían deberse al desarrollo de estilos de vida mal sanos desde edades tempranas, lo cual predispuso la enfermedad hipertensiva, hábitos que aún no has sido modificados y representan una deficiente conducta de autocuidado.

Resultado similar obtuvo Mamani RE,<sup>12</sup> en militares del ejército internados en el Hospital Militar Central de Lima donde solo el 25,3% cuentan con una buena alimentación al limitar el consumo de azúcares, sal y grasas; a su vez solo el 8,3% poseen un buen manejo del estrés debido a que realizan actividades de distracción, tienen un método para controlar los nervios y un horario fijo para acostarse a dormir; el 61,3% evidencia tener hábitos

nocivos contra la salud con un consumo regular de bebidas alcohólicas y el hábito de fumar. Asimismo, a nivel internacional Minn Y, Sann K, Naung Y, Wunna, Soe K,<sup>11</sup> encontró en una comunidad militar en Myanmar, Birmania; que el 16,7% eran fumadores actuales y el 71,4% de ellos tenía antecedentes de tabaquismo, el 7,6% eran bebedores actuales y el 87,5% tenían antecedentes de consumo de alcohol en los últimos 12 meses, el 52,9% consumían comida rápida y el 29,5% tenían estrés.

Referente a la dimensión adherencia al tratamiento farmacológico de la variable de estudio, el 91,4% presenta autocuidado adecuado, mientras que el 8,6% autocuidado inadecuado; en consecuencia, se evidencio la predominancia de una conducta de autocuidado adecuada, reflejando responsabilidad en su salud, toma de conciencia y decisiones acertadas sobre su tratamiento en continua interacción médico- paciente y con el profesional de enfermería, acciones que fortalecen el mantenimiento de su salud y bienestar, conducta que podría estar influenciado por experiencias propias o ajenas del padecimiento de alguna complicación de la enfermedad, la madurez física y emocional que hayan logrado, el acompañamiento de la familia que les hace recordar la toma de la medicación, la fecha del control y demás indicaciones médicas. Según los ítems más destacados: el 82,9% siempre cumple con la toma de los medicamentos según la indicación médica, el 85% siempre toma los medicamentos, aunque su presión arterial este dentro del rango de normalidad, el 86,4% acude a su cita médica programada. Resultado similar encontró Antoniassi AP, Alves GAS, Alcalá D, Palota L. y Kusumota L,<sup>23</sup> en Brasil donde se analizaba la capacidad de autocuidado del paciente hipertenso, el 85,2% presento adecuada adhesión al tratamiento medicamentoso.

Resultado diferente halló Martín L, Bayarre H, Corugedo C, Vento F, La Rosa Y y Orbay M,<sup>41</sup> en pacientes hipertensos de tres provincias de Cuba entre las edades de 20 a 59 años, donde predomino la adherencia total con el 50%. Resultado diferente también encontró Valerta P, Akel C, Acevedo M, Salinas C, Pino J, Opazo V. et al,<sup>42</sup> en sujetos hipertensos del programa cardiovascular del centro de atención de salud familiar, Chile, entre las edades de 25 a 80 años, quienes encuentran que el 50% de los pacientes son adherentes al tratamiento antihipertensivo. Resultados que muestran una baja adherencia al tratamiento, que se puede atribuir posiblemente a no percibir los síntomas o amenazas de una enfermedad que es silente por largo tiempo.

En resumen, aproximadamente la mitad de los militares con diagnóstico de hipertensión arterial presentan autocuidado inadecuado, lo que refleja que, si bien poseen algunas conductas apropiadas para su autocuidado, todavía no alcanzan el completo empoderamiento, autonomía y responsabilidad en su salud, debido a que las actividades que realizan no son de manera constante, especialmente en la modificación de estilos de vida, enfocando mayor atención al cumplimiento del tratamiento médico, lo cual es preocupante por no conceder igual importancia a ambas dimensiones que son la base del tratamiento y disminución de morbimortalidades a causa de la enfermedad hipertensiva.

## V. CONCLUSIONES

### Primero

Se determinó que aproximadamente la mitad de los militares con diagnóstico de hipertensión arterial del Centro Médico Naval “CMST” presentan un autocuidado inadecuado, lo cual es preocupante puesto que, el personal militar es distinguido por basar su vida profesional en la disciplina física y mental, la cual, no se está viendo reflejada en la misma medida en su autocuidado, posiblemente por ser necesario fortalecer el aprendizaje y concientización sobre el autocuidado, para poder contrarrestar con ello los efectos de la enfermedad hipertensiva y mantener una vida plena con salud y bienestar.

### Segundo

Se identificó según la dimensión de estilos de vida, que la mayoría del personal militar presentan un autocuidado inadecuado; lo que revela que los militares no ejecutan de manera constante las actividades de autocuidado en su alimentación, actividad física, apropiado descanso, manejar de forma adecuada el estrés y evitar los hábitos nocivos; lo cual pone en riesgo en mantenimiento de su salud.

### Tercero

Se identificó según dimensión de adherencia al tratamiento farmacológico que la mayoría presenta autocuidado adecuado, que indica que los militares son más responsables con el cumplimiento de la prescripción y seguimiento médico, por consiguiente, es un factor protector que favorece su estado de salud y condiciona el fortalecimiento de su autocuidado.

## VI. RECOMENDACIONES

### Primero

Incentivar la participación de los profesionales de Enfermería bajo el modelo de Dorotea Orem, en la educación y formación de individuos comprometidos con su autocuidado, autónomos y responsables de su salud.

### Segundo

A las autoridades del Centro Médico Naval “CMST” implementar programas e intervenciones de atención multidisciplinario e integral para la población hipertensa enfocados en mejorar la conducta de autocuidado y promover estilos de vida saludable.

### Tercero

Se debe realizar estudios de investigación complementarios, como investigaciones cualitativas que permitan explorar, describir y comprender mejor las motivaciones o dificultades que presenta el personal militar con hipertensión, que no le permiten empoderarse de su autocuidado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sociedad Española de Hipertensión y Liga Española para la lucha contra la hipertensión arterial. [Internet]. Madrid: El número de hipertensos a nivel mundial se duplica en 40 años. [Actualizado 24 de marzo 2017; citado el 12 de octubre del 2018]. [aprox. 1 p]. Disponible en: <https://www.seh-lelha.org/numero-hipertensos-nivel-mundial-se-duplica-40-anos/>
2. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo, 2013. [Internet]. [Citado 03 setiembre del 2018]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO\\_DCO\\_WHD\\_2013.2\\_spa.pdf?jsessionid=C67211ED52164F8729632B1C94C8CD98?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf?jsessionid=C67211ED52164F8729632B1C94C8CD98?sequence=1)
3. World Health Organization. World health statistics 2015. [Internet]. [Citado 10 enero del 2019]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170250/9789240694439\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170250/9789240694439_eng.pdf?sequence=1)
4. Ademe S, Aga F, Gela D. Hypertension self-care practice and associated factors among patients in public health facilities of Dessie town, Ethiopia. BMC Health Services Research. [revista virtual]. 2019 [Citado el 25 de marzo 2019]. 19(1): [aprox.1 p]. En: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-3880-0>
5. Bilal M, Haseeb A, Lashkerwala SS, Zahid I, Siddiq K, Saad M. Knowledge, Awareness and Self-Care Practices of Hypertension among Cardiac Hypertensive Patients. Global Journal of Health Science. [revista virtual]. 2016 [citado el 15 febrero 2019]; 8 (2): [aprox.1p]. En: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4803976/>
6. Organización Panamericana de la Salud [Página principal en Internet]. Washington: La OPS/ OMS pide dar más atención al control de la hipertensión. [Actualizada en mayo del 2015; citado 25 setiembre del 2018]. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=10957:2015-paho-urges-more-attention-to-blood-pressure-control&Itemid=1926&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10957:2015-paho-urges-more-attention-to-blood-pressure-control&Itemid=1926&lang=es)



7. Silva CR, Ciero MD, Teixeira FT, Wélly EA, De Freitas I, Oliveira E. Self-care practice of patients with arterial hypertension in primary health care. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*. [revista virtual]. 2016. [Citado 13 de enero 2019]; 13(1): [aprox. 8 p]. En: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/2638/2025>
  
8. Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Pedroza-Tobías A, Medina, Barquera S. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. *Ensanut MC* 2016. *Salud Pública de México [Revista virtual]*. 2018 may-jun [Citado 22 de noviembre 2018]; 60(3): [aprox. 11 p]. Disponible en: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8813/11502>
  
9. Bastidas CV, Olivella MC, Bonilla CP. Significado del autocuidado en la persona que vive con enfermedad coronaria. *Salud Uninorte*. [revista virtual]. 2015. [Citado el 15 de noviembre 2018]. 31(1): [aprox. 11 p]. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/viewArticle/5736/7638>
  
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI. [Página principal internet]. Perú Enfermedades no transmisibles y transmisibles 2017. [Actualizado mayo del 2018]; [citado 26 agosto del 2018]. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1526/index.html](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1526/index.html)
  
11. Minn Y, Sann K, Naung Y, Wunna, Soe K. Prevalence, awareness and risk factors of hypertension in Hmawbi Cantonment Area, Yangon Region, Myanmar. *South East Asia Journal of Public Health*. [revista virtual]. 2016 [citado el 18 de enero 2019]; 6(1): [aprox. 7p]. En: <https://www.banglajol.info/index.php/SEAJPH/article/view/30340>
  
12. Mamani RE. Estilo de vida militar y factores asociados a enfermedades más frecuentes en personal militar de 18 a 60 años del servicio de Medicina y Cirugía de Hospital Militar Central de Lima del 2010 al 2015. [Tesis]. Tacna: Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela profesional de Medicina Humana, Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna. 2016. Disponible en:

[http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2208/795\\_2016\\_mamani\\_cruz\\_re\\_facs\\_medicina\\_humana.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unjbg.edu.pe/bitstream/handle/UNJBG/2208/795_2016_mamani_cruz_re_facs_medicina_humana.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

13. Oficina de Bioestadística y archivo médico. CEMENA- 2017-2019. Lima Perú.

14. Departamento de Medicina preventiva - Unidad Metabólica. CEMENA-2018. Lima Perú.

15. Tafur CB, Vásquez LF, Nonaka MK. Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado del adulto mayor hipertenso, del centro de atención del adulto mayor del Hospital Regional de Loreto, Iquitos-2017. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. Iquitos: facultad de enfermería, Universidad nacional de la Amazonía peruana, 2017. Disponible en: [http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4871/Cinthia\\_Tesis\\_Titulo\\_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4871/Cinthia_Tesis_Titulo_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

16. De La Rosa MY y Rivera HS. Factores socioculturales relacionados con capacidad de autocuidado del adulto mayor con hipertensión arterial, Trujillo 2017. Cientifi-k. [revista virtual] 2017 jul. [citado el 21 febrero 2019]; 5(2): [aprox. 7 p]. Disponible en: <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/CIENTIFI-K/article/view/1301/1056>

17. Justo B, Quispe H. Autocuidado y calidad de vida en adultos mayores con Hipertensión Arterial. Microred Edificadores Misti – MINSA. [Tesis para optar el título profesional de licenciada en enfermería]. Arequipa: Facultad De Enfermería, Universidad Nacional De San Agustín De Arequipa, 2016. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/1799/ENjucab.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

18. Vásquez RB. Teoría de Dorotea Orem en autocuidado y estilos de vida del adulto mayor en el Centro del adulto mayor y Programa de Hipertensión arterial del hospital II ESSALUD. [Tesis para optar el grado de Doctor en enfermería]. Huaraz: Escuela de Postgrado, Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo. 2016. Disponible en:

[http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/2559/T033\\_09704319\\_D.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/2559/T033_09704319_D.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

19. Ching M, Hani S, Sazlina G, Ping L, Adibah I, Maliza M, et al. Gender difference in self-care among patient with hypertension in Malaysia. *Journal of Hypertension*. [revista virtual]. 2018 October. [Citado 21 de febrero 2019]; 36(Supplement 3): [aprox. 1 p]. En: [https://journals.lww.com/jhypertension/Abstract/2018/10003/A8330\\_Gender\\_difference\\_in\\_self\\_care\\_among\\_patient.1223.aspx#pdf-link](https://journals.lww.com/jhypertension/Abstract/2018/10003/A8330_Gender_difference_in_self_care_among_patient.1223.aspx#pdf-link)

20. Gona C, Priore M, Ramírez MS, Lujan J, Ojeda G. Identificación de autocuidados a pacientes hipertensos en el Hospital de Alta Complejidad El Cruce. *Revista del Hospital El Cruce* [revista virtual]. 2018 [Citado el 02 de marzo 2019]. 23: [aprox. 5 p]. En: [https://repositorio.hospitalelcruce.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/728/RHEC2018\\_23\\_21-25.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://repositorio.hospitalelcruce.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/728/RHEC2018_23_21-25.pdf?sequence=5&isAllowed=y)

21. Fagoaga WA. Percepciones sobre alimentación, salud y autocuidado en personal de la Policía Nacional Civil de El Salvador. *Revista Policía y Seguridad Pública*. [revista virtual]. 2017. [citado el 05 febrero 2019]; 7(2): [227-300]. Disponible en: <https://lamjol.info/index.php/RPSP/article/view/5466>

22. Zapata J, Chávez MA, Petrzalová J, Villanueva G, Hernández LA. Prácticas de autocuidado de la salud en el ciclo vital. *Investigación y práctica en psicología del desarrollo*. [revista virtual]. 2016. [citado el 26 setiembre 2018]; 2(9): [aprox. 1 p]. Disponible en: <https://revistas.uaa.mx/index.php/ippd/article/view/689/666>

23. Antoniassi AP, Alves GAS, Alcalá D, Palota L. y Kusumota L. Adesão ao tratamento medicamentoso e capacidade para o autocuidado de pacientes com hipertensão arterial. *Arq. Ciênc. Saúde*. [revista virtual]. 2016 abr-jul. [citado el 07 febrero 2018]; 23(2): [76-80]. En: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/263/199>

24. World Health Organization (WHO). *Health Education in Self-Care: Possibilities and Limitat*. [Internet]. [Citado 25 de enero 2019]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70092/HED\\_84.1.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70092/HED_84.1.pdf?sequence=1)

25. International Self-Care Foundation. The 7 pillars of self-care. [Internet]. [citado 21 de enero 2019]. Disponible en: <http://isfglobal.org/practise-self-care/the-seven-pillars-of-self-care/>
26. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías de enfermería. 6a ed. España: Elsevier; 2011.
27. El Comercio. [Internet]. Perú: Expectativa de vida en el Perú podría llegar a 82,6 años en el 2040. [Actualizado 16 de octubre 2018; citado el 24 de marzo del 2019]. [aprox. 1 pantalla]. En: <https://elcomercio.pe/peru/expectativa-vida-peru-llegar-82-6-anos-2040-noticia-568383>
28. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015. [Internet]. [Citado 03 marzo del 2019]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf;jsessionid=C464C5DAB98946A1ED6DA1D3B5BE0F6D?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=C464C5DAB98946A1ED6DA1D3B5BE0F6D?sequence=1)
29. Guía técnica: Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad hipertensiva. Ministerio de Salud No031-2015/MINSA. Disponible en: [http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/bGuia\\_practica\\_clinica\\_para\\_diagnostico\\_tratamiento\\_control\\_de\\_enfermedad\\_hipertensiva.pdf](http://www.essalud.gob.pe/ietsi/pdfs/guias/bGuia_practica_clinica_para_diagnostico_tratamiento_control_de_enfermedad_hipertensiva.pdf)
30. Gijón-Conde T, Gorostidi M, Camafort M, Abad-Cardiel M, Martín-Rioboof E. y Morales-Olivas F. Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial. Hipertens Riesgo Vasc. [revista virtual]. 2018. [Citado el 27 de noviembre 2018]. 352(11): [aprox. 11 p]. Disponible en:
31. Williams B y Mancia G. Los 10 mandamientos de las guías europeas 2018 de Hipertensión en Adultos. European Heart Journal. [revista virtual]. 2018 sep. [Citado 15 de septiembre 2018]; 39(33): [aprox. 3 p]. En: <http://www.suc.org.uy/Guias/Los%2010%20mandamientos%20de%20las%20guias%20europeas%202018%20de%20Hipertension%20en%20Adultos.pdf>

32. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Preguntas y respuestas sobre la hipertensión. [Actualizado setiembre 2015; citado el 12 de abril del 2019]. [aprox. 1 p]. Disponible en: <https://www.who.int/features/qa/82/es/>
33. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Minister of Supply and Service Canada 1981. [Documento Virtual]. [Citado el 22 de enero 2019]. En: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10204/informe-lalonde.pdf>
34. Cadena JC, González Y. El cuidado de enfermería en pacientes con riesgo cardiovascular sustentado en la teoría de Nola J. Pender. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. [revista virtual]. 2017 ene-jun [Citado 26 de febrero 2019]; 19(1): [aprox. 16 p]. En: <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145249416008.pdf>
35. Grupo de Trabajo de la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) y la European Society of Hypertension (ESH) sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Rev Esp Cardiol. [revista virtual]. 2019 [Citado 29 de marzo 2019]; 72(2): [aprox. 78 p]. En: <http://www.revespcardiol.org/es/guia-esc-esh-2018-sobre-el/articulo/90463485/>
36. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la Investigación. 6a ed. México: Interamericana editores; 2014.
37. University of Nebraska Medical Center. [Internet]. Health Promoting Lifestyle Profile II. [citado el 15 de enero 2019]. Disponible en: <https://www.unmc.edu/nursing/faculty/health-promoting-lifestyle-profile-II.html>
38. Correo. [Internet]. Perú: La batalla de la mujer peruana y su inclusión en las Fuerzas Armadas. [Actualizado 08 de marzo del 2016; citado el 17 marzo del 2019]. [aprox. 1 pantalla]. En: <https://diariocorreo.pe/peru/la-batalla-de-la-mujer-peruana-y-su-inclusion-en-las-fuerzas-armadas-658690/>

39. Salazar PM, Rotta A, Otiniano F. Hipertensión en el adulto mayor. Rev Med Hered [revista virtual]. 2016 ene [Citado 14 de abril 2019]; 27(1): [aprox. 1 p]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2016000100010](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2016000100010)
40. Rocha ME, Ruiz ML, Padilla N. Correlación entre factores socioculturales y capacidades de autocuidado en adulto maduro hipertenso en un área rural de México. Acta universitaria. [revista virtual]. 2017 jul-ago [Citado 01 de abril 2019]; 27(4): [aprox. 8 p]. En: <https://www.redalyc.org/pdf/416/41652788006.pdf>
41. Martín L, Bayarre H, Corugedo C, Vento F, La Rosa Y, Orbay M. Adherencia al tratamiento en hipertensos atendidos en áreas de salud de tres provincias cubanas. Rev Cuba SP [revista virtual]. 2015 [Citado 06 de abril 2019]; 41(1): [aprox. 12 p]. En: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsalpub/csp-2015/csp151d.pdf>
42. Valerta P, Akel C, Acevedo M, Salinas C, Pino J, Opazo V. et al. Prevalencia y determinantes de adherencia a terapia antihipertensiva en pacientes de la Región Metropolitana. Rev. méd. Chile [revista virtual]. 2015 may [Citado 01 de abril 2019]; 143(5): [aprox. 1 p]. En: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872015000500003&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872015000500003&script=sci_arttext&tlng=en)

# ANEXOS

## ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLE	DIMENSIONES DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN
<p>¿Cuál es el autocuidado del personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro Médico Naval, Bellavista - Callao, 2019?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Determinar el autocuidado del personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro Médico Naval, Bellavista – Callao, 2019.</li> </ul> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar el autocuidado según dimensión estilos de vida del personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro Médico Naval, Bellavista – Callao, 2019.</li> <li>Identificar el autocuidado según dimensión de adherencia tratamiento farmacológico del personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro Médico Naval, Bellavista – Callao, 2019.</li> </ul>	<p>Por ser estudio descriptivo no presenta hipótesis.</p>	<p>AUTOCAUIDADO</p>	<p><b>2. ESTILOS DE VIDA</b>            Conjunto de comportamientos y actitudes cotidianas que colaboran en el mantenimiento de la salud y que son determinadas por la conducta de autocuidado de la persona.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Nutrición</b>  <u>Indicadores:</u>            - El poder de decisión sobre que alimentos son beneficiosos para la salud de los que no lo son. (ítems:1,2,3,4 y 5)</li> <li><b>Actividad física y descanso</b>  <u>Indicadores:</u>            -Intensidad (ítems:6 y 8)            -Frecuencia (ítem:7)            -Horas de sueño (ítem:9)</li> <li><b>Manejo del estrés</b>  <u>Indicadores:</u>            -Relajación. (ítems:10 y 11)            -Conducta: (ítem:12)</li> <li><b>Evitar hábitos nocivos</b>  <u>Indicadores:</u>            -Bebidas alcohólicas. (ítem:13)            -Tabaco (ítem:14)</li> </ul> <p><b>2.ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</b>            Cumplimiento y aceptación de las indicaciones prescritas.  <u>Indicadores:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cumplimiento del tratamiento. (ítems:15y 16)</li> <li>Control de la presión arterial (ítem: 18)</li> <li>Buscar ayuda profesional. (ítem: 17y 19)</li> </ul>	<p>Nominal</p>



## ANEXO 2



### CUESTIONARIO:

#### AUTOCUIDADO DEL PERSONAL MILITAR CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Estimado Sr(a), estamos realizando una encuesta sobre los hábitos y las actividades que realiza con respecto al cuidado de su salud, lo cual servirá de referente para mejorar las condiciones de atención y establecer un programa adecuado a sus necesidades. Le solicitamos su colaboración respondiendo con sinceridad las preguntas de este cuestionario.

Le aseguramos que la información que Ud. Nos brinde es confidencial y anónima. Aquí no hay respuestas buenas, ni malas, **Todas sus respuestas son válidas**. Por favor marque con una **X** en la opción que Ud. considere es su respuesta. Desde ya agradecemos su colaboración.

#### I. DATOS PERSONALES:

1. ¿Cuál es su edad? \_\_\_\_\_ años cumplidos
2. Indique cuál es su sexo:      1. M ( )                      2. F ( )
3. ¿Cuál es su situación laboral? 1. Actividad ( )    2. Retiro ( )
4. ¿Cuál es su estado civil?
  1. Soltero ( )      4. Divorciado ( )
  2. Conviviente ( )    5. Viudo ( )
  3. Casado ( )
5. ¿Dónde vive actualmente?  
Distrito: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_
6. ¿Con quién vive usted?
  1. Solo ( )                      4. Otro familiar ( )
  2. Cónyuge/pareja ( )      5. Cuidador ( )
  3. Hijos ( )
7. ¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron hipertensión arterial?
  1. De 1 a 5 años ( )      4. De 16 a 20 años ( )
  2. De 6 a 10 años ( )    5. Más de 20 años ( )
  3. De 11 a 15 años ( )

#### II. CUESTIONARIO

A continuación Ud. encontrará una serie de enunciados referidos a sus hábitos personales. Por favor responda en cada enunciado, la frecuencia con la que Ud. se dedica o realiza cada conducta, marcando con una X en la opción que considere correcta. Por favor no dejar preguntas sin responder. Tenga en cuenta que:

1= NUNCA    2= CASI NUNCA    3= A VECES    4= CASI SIEMPRE    5= SIEMPRE

		NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
	<b>DIMENSIÓN ESTILOS DE VIDA</b>					
1	Mi alimentación es rica en frutas y verduras.	1	2	3	4	5
2	Incluyo en mi dieta, alimentos que contengan fibra (ejemplo: cereales integrales, pan de trigo integral, salvado de avena, arroz integral, o similares).	1	2	3	4	5
3	Consumo alimentos con bajo contenido de grasa.	1	2	3	4	5
4	Limito el consumo de sal (a menos de una cucharadita al día).	1	2	3	4	5
5	Leo las etiquetas de los alimentos para identificar el contenido de grasas y sal.	1	2	3	4	5
6	Realizo ejercicios físicos vigorosos como caminar rápidamente, correr, andar en bicicleta, baile aeróbico o natación).	1	2	3	4	5
7	El tiempo que le dedico al ejercicio físico vigoroso es por lo menos de 30 minutos y tres veces a la semana.	1	2	3	4	5
8	Realizo actividades físicas cotidianas (tales como, utilizar escaleras en lugar de ascensor, ir a un destino cercano a pie en lugar de ir en auto, caminar después del almuerzo, hacer trabajos físicos en el hogar o similares).	1	2	3	4	5
9	Duermo de 6 a 8 horas diarias.	1	2	3	4	5
10	Pongo en práctica técnicas de relajación.	1	2	3	4	5
11	Logro dedicar un tiempo para actividades de ocio y pasatiempos.	1	2	3	4	5
12	Mantengo el equilibrio ante situaciones estresantes.	1	2	3	4	5
13	Consumo bebidas alcohólicas.	1	2	3	4	5
14	Consumo tabaco (cigarrillos).	1	2	3	4	5
	<b>DIMENSIÓN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO</b>					
15	Cumplo con la toma de los medicamentos según la indicación médica.	1	2	3	4	5
16	Tomo los medicamentos aunque mi presión arterial este dentro del rango de normalidad.	1	2	3	4	5
17	Acudo a la cita médica programada.	1	2	3	4	5
18	Realizo la medición de mi presión arterial periódicamente.	1	2	3	4	5
19	Comunico al médico, la aparición de algún efecto adverso relacionado con la toma del medicamento.	1	2	3	4	5

*¡Muchas gracias!*

### ANEXO 3

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....,  
con DNI:.....declaro haber sido informado sobre los requerimientos y objetivos de la investigación, así como teniendo la confianza plena que mis respuestas serán reservadas y utilizadas solo para fines del estudio en mención, expreso mi voluntad de participar en la presente investigación, titulada: “Autocuidado del personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro Médico Naval, Bellavista – Callao, 2019”.

---

Firma del participante

---

Firma del investigador

Lima.....de.....del 2019

## ANEXO 4

### ANEXO: VALIDEZ DEL INSTRUMENTO POR JUCIO DE EXPERTOS

	JUEZ 1			JUEZ 2			JUEZ 3			JUEZ 4			JUEZ 5			
ITEMS	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	C	P	R	Probabilidad
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,03125
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,03125
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,03125
4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,03125
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,03125
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,03125
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,03125
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,03125
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,03125
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,03125
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,03125
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,03125
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,03125
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,03125
15	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,03125
16	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,03125
17	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,03125
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,03125
19	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,03125
SUMA																0.59375
DIVIDIR ENTRE TOTAL DE ÍTEMS																<b>0.03125</b>

P < 0.05 = Existe concordancia de Jueces
P > 0.05 = No existe concordancia de Jueces

p=0.03125

Significa que existe concordancia entre jueces.

## ANEXO 5

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.

	<b>Ítems</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
1	Mi alimentación es rica en frutas y verduras.	,767
2	Incluyo en mi dieta, alimentos que contengan fibra (ejemplo: cereales integrales, pan de trigo integral, salvado de avena, arroz integral, o similares).	,756
3	Consumo alimentos con bajo contenido de grasa.	,769
4	Limito el consumo de sal (a menos de una cucharadita al día).	,770
5	Leo las etiquetas de los alimentos para identificar el contenido de grasas y sal.	,790
6	Realizo ejercicios físicos vigorosos como caminar rápidamente, correr, andar en bicicleta, baile aeróbico o natación).	,774
7	El tiempo que le dedico al ejercicio físico vigoroso es por lo menos de 30 minutos y tres veces a la semana.	,777
8	Realizo actividades físicas cotidianas (tales como, utilizar escaleras en lugar de ascensor, ir a un destino cercano a pie en lugar de ir en auto, caminar después del almuerzo, hacer trabajos físicos en el hogar o similares).	,755
9	Duermo de 6 a 8 horas diarias.	,793
10	Pongo en práctica técnicas de relajación	,773
11	Logro dedicar un tiempo para actividades de ocio y pasatiempos.	,780
12	Mantengo el equilibrio ante situaciones estresantes.	,780
13	Consumo bebidas alcohólicas.	,776
14	Consumo tabaco (cigarrillos).	,784
15	Cumplo con la toma de los medicamentos según la indicación médica.	,792
16	Tomo los medicamentos aunque mi presión arterial este dentro del rango de normalidad.	,804
17	Acudo a la cita médica programada.	,793
18	Realizo la medición de mi presión arterial periódicamente.	,794
19	Comunico al médico, la aparición de algún efecto adverso relacionado con la toma del medicamento.	,788
	<b>Alfa de Cronbach general</b>	<b>,790</b>

### Resumen de procesamiento de casos

	N	%
Válido	20	100,0
Casos Excluido <sup>a</sup>	0	,0
Total	20	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
<b>,790</b>	<b>,768</b>	<b>19</b>

## ANEXO 6: AUTORIZACIÓN DEL CENTRO MEDICO NAVAL "CMST" PARA REALIZAR DE INVESTIGACIÓN



"DÉCENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"  
"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD"

**CARGO**

4 4 4 7

Bellavista **02 MAY 2019**

V.200-  
Sra.  
Tec. Enfermería  
Valeria Estela CORDOVA Porras  
Lima.-

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. para saludarlo cordialmente y en relación a su Solicitud de fecha 15 de enero del 2019, hacer de su conocimiento que esta Dirección ha autorizado el permiso correspondiente para la realización de su tesis, titulado "AUTOCUIDADO DEL PERSONAL MILITAR CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN EL CENTRO MÉDICO NAVAL, 2019", evaluado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación y la División de Investigación de este nosocomio.

Asimismo, deberá presentarse a la oficina de Apoyo a la docencia e Investigación para registrar sus datos correspondientes.

Hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi especial consideración.



Atentamente

Contralmirante SN. (MC)  
Wilfredo ORDÓÑEZ Luey

Director del Centro Médico Naval  
"Cirujano Mayor Santiago Távara"

Av. Venezuela Cdra.26 S/N Bellavista-Callao  
Central 2071000 Anexo 413E  
Email: dicemena.secretaria@marina.pe

**EL PERÚ PRIMERO**

**ANEXO 7: TABLA DE DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ÍTEMS DE DIMENSION ESTILOS DE VIDA DEL CUESTIONARIO  
AUTOCUIDADO DEL PERSONAL MILITAR CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Dimensión Estilos de vida		Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
1	Mi alimentación es rica en frutas y verduras.	0	0%	1	0,7%	48	34,3%	55	39,3%	36	25,7%
2	Incluyo en mi dieta, alimentos que contengan fibra (ejemplo: cereales integrales, pan de trigo integral, salvado de avena, arroz integral, o similares).	7	5%	7	5%	48	34,3%	47	33,6%	31	22,1%
3	Consumo alimentos con bajo contenido de grasa.	0	0%	16	11,4%	34	24,3%	62	44,3%	28	20%
4	Limito el consumo de sal (a menos de una cucharadita al día).	5	3,6%	17	12,1%	25	17,9%	44	31,4%	49	35%
5	Leo las etiquetas de los alimentos para identificar el contenido de grasas y sal.	14	10%	16	11,4%	40	28,6%	22	15,7%	48	34,3%
6	Realizo ejercicios físicos vigorosos como caminar rápidamente, correr, andar en bicicleta, baile aeróbico o natación).	11	7,9%	11	7,9%	47	33,6%	44	31,4%	27	19,3%
7	El tiempo que le dedico al ejercicio físico vigoroso es por lo menos de 30 minutos y tres veces a la semana.	12	8,6%	12	8,6%	46	32,9%	47	33,6%	23	16,4%
8	Realizo actividades físicas cotidianas (tales como, utilizar escaleras en lugar de ascensor, ir a un destino cercano a pie en lugar de ir en auto, caminar después del almuerzo, hacer trabajos físicos en el hogar o similares).	3	2,1%	11	7,9%	26	18,6%	52	37,1%	48	34,3%
9	Duermo de 6 a 8 horas diarias.	1	0,7%	6	4,3%	34	24,3%	46	32,9%	53	37,9%
10	Pongo en práctica técnicas de relajación.	18	12,9%	30	21,4%	43	30,7%	26	18,6%	23	16,4%
11	Logro dedicar un tiempo para actividades de ocio y pasatiempos.	2	1,4%	24	17,1%	64	45,7%	22	15,7%	28	20%
12	Mantengo el equilibrio ante situaciones estresantes.	7	5%	11	7,9%	38	27,1%	45	32,1%	39	27,9%
13	Consumo bebidas alcohólicas.	62	44,3%	35	25%	31	22,1%	5	3,6%	7	5%
14	Consumo tabaco (cigarrillos).	104	74,3%	8	5,7%	14	10%	4	2,9%	10	7,1%



**ANEXO 8: TABLA DE DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS ÍTEMS DE DIMENSION ADEHERENCIA AL TRATAMIENTO**

Dimensión adherencia al tratamiento farmacológico		Nunca		Casi nunca		A veces		Casi siempre		Siempre	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
15	Cumplo con la toma de los medicamentos según la indicación médica.	0	0%	0	0%	6	4,3%	18	12,9%	116	82,9%
16	Tomo los medicamentos aunque mi presión arterial este dentro del rango de normalidad.	1	0,7%	0	0%	8	5,7%	12	8,6%	119	85%
17	Acudo a la cita médica programada.	0	0%	0	0%	9	6,4%	10	7,1%	121	86,4%
18	Realizo la medición de mi presión arterial periódicamente.	2	1,4%	1	0,7%	20	14,3%	52	37,1%	65	46,4%
19	Comunico al médico, la aparición de algún efecto adverso relacionado con la toma del medicamento.	5	3,6%	0	0%	18	12,9%	29	20,7%	88	62,9%

## ANEXO 9: PORCENTAJE DE SIMILITUD DEL TURNITIN

Feedback Studio - Google Chrome  
https://ev.turnitin.com/app/carta/en\_us/?s=&student\_user=1&o=1103531410&u=1086425071&lang=en\_us

feedback studio VALERIA CORDOVA Autocuidado del personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro Médico Naval, Bellavista - Callao, 2019

**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**Autocuidado del personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro Médico Naval, Bellavista – Callao, 2019**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**AUTORA:**  
Córdova Porras, Valeria Estela  
ORCID: 0000-0002-1672-7314

**Match Overview**

**16%**

Currently viewing standard sources

[View English Sources \(Beta\)](#)

Matches

1	repositorio.ucv.edu.pe Internet Source	4%
2	Submitted to Universid... Student Paper	3%
3	docplayer.es Internet Source	1%
4	repositorio.unasam.ed... Internet Source	1%
5	Submitted to Universid... Student Paper	1%
6	repositorio.unsa.edu.pe	1%

Page: 1 of 61 Word Count: 13140 Text-only Report High Resolution On 23:29 20/05/2019

## ANEXO 10: ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

 <b>UCV</b> UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	<b>ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD          DE TESIS</b>	Código : F06-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
--	---	---

Yo, Liliana Zedeyda Timana Yengue..... docente de la Facultad Ciencias Médicas y Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad César Vallejo Lima Norte (precisar filial o sede), revisor (a) de la tesis titulada Autocuidado del personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro Médico Naval, Bellavista - Callao, 2019 del (la) estudiante Valeria Estela Córdoba Porrás constato que la investigación tiene un índice de similitud de 16.7% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El/la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó 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.

Lugar y fecha: Los Olivos, 06 mayo, 2019.....

  
 Firma  
 Nombres y apellidos del (de la) docente  
 DNI: 04437379

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------

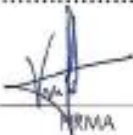
## ANEXO 11: AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV

 <b>UCV</b> <small>UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO</small>	<b>AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS EN REPOSITORIO INSTITUCIONAL UCV</b>	Código : 100-PP-PR-02.02 Versión : 09 Fecha : 23-03-2018 Página : 1 de 1
---	--	---

Yo Valeria Estela Córdova Porras.....  
 identificado con DNI N° 42376670..... egresado de la Escuela Profesional de ENFERMERIA de la Universidad César Vallejo, autorizo (X) , No autorizo ( ) la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado Autocuidado del personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro Médico Naval, Bellavista - Callao, 2019.....  
 en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

  
 \_\_\_\_\_  
 PRMA

DNI: 42376670

FECHA: 06/05/19

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------



# UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

## AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

La Escuela de Enfermería

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

Pérdova Porras Valeria Estela

INFORME TÍTULADO:

Autocuidado del personal militar con diagnóstico de hipertensión arterial en el Centro Médico Naval, Bellavista - Gallao, 2019

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

Licenciada en Enfermería

SUSTENTADO EN FECHA: 06-06-2019

NOTA O MENCIÓN: 18



[Firma]  
FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN