



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Políticas y Sociales

Carrera de Género y Desarrollo

“Capacidades de autocuidado en mujeres y hombres adultos mayores con hipertensión arterial. Jima 2019”

Trabajo de titulación previo a la obtención del
título de Licenciada en Género y Desarrollo

Autora:

Aida Faviola Suin Zhunio

C.I 0302051115

faviolasuin@hotmail.com

Directora:

Mgs. Jessica Vanessa Quito Calle

C.I. 0103741385

Cuenca, Ecuador

25-septiembre-2020



RESUMEN

Antecedentes: Según la OMS (2013) en el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables aproximadamente de 17 millones de muertes, estas complicaciones de la hipertensión arterial causa anualmente 9,4 millones de muertes. La prevalencia de la hipertensión se atribuye a su envejecimiento, a factores de riesgo como la dieta mal sana, el consumo de alcohol, la inactividad física, el sobrepeso. El objetivo del estudio fue analizar las capacidades de autocuidado que tienen mujeres y hombres adultos mayores con hipertensión arterial.

Metodología: La investigación fue cuantitativa, de tipo descriptivo. Estuvo conformada por un universo de 80 adultos mayores con hipertensión arterial, 26 participantes del género masculino y 43 de género femenino mayores de 65 años. Se empleó un cuestionario que consistió en la recolección de información sociodemográfica y actividades relacionadas con el autocuidado. Los resultados fueron tabulados a través del programa SPSS.

Resultados: El género femenino (83.2%) como el masculino (96.15%) no presentan una alimentación controlada por un nutricionista, El género masculino (57.7%) y género femenino (44.1%) manifiestan consumir más de dos gramos de sal diariamente. El consumo de alcohol es realizado por los hombres frecuentemente (11.5%) y ocasionalmente (30.8%). El género femenino (83.7%) y masculino (84.6%) manifiestan cumplir el tratamiento médico. En su mayoría las mujeres con un 74.4% y hombres con un 61.5% acuden mensualmente a su control médico. Como conclusión se obtiene que existe diferente capacidad de autocuidado, para hombres y mujeres.

Palabras claves: Adulto mayor. Autocuidado. Hipertensión arterial.



ABSTRACT

Background: According to the WHO (2013), cardiovascular diseases are responsible for approximately 17 million deaths in the world. These complications of arterial hypertension cause 9.4 million deaths annually. The increasing prevalence of hypertension is attributed to population growth, aging, and risk factors that are related to: behavior, unhealthy diet, noxious use of alcohol, physical inactivity. The **General objective:** Analyze the self-care capacity of older men and women diagnosed with arterial hypertension.

Methodology: The research was quantitative and descriptive. It was made up of 80 older adults diagnosed with arterial hypertension, 26 male and 43 female participants aged 65 and older. The technique used was a survey and the instrument used was a questionnaire that consisted of the collection of sociodemographic information and activities related to self-care. The results were tabulated through the program SPSS.

Results: 83.2% of the female participants and 96.15% of the male participants do not have a diet controlled by a nutritionist. 83.7% of the female participants and 84.6% of the male participants said to consume more than two grams per day. Alcohol consumption among males is frequent for 11.5% of participants and occasional for 30.8% of participants. 83.7% of female participants and 84.6% of male participants stated that they complied with their medical treatment. A majority of female (74.4%) and male (61.5%) participants go on monthly medical controls. In conclusion it can be said that there is a different self-care capacity among men and women.

Keywords: Self-care. High blood pressure. Elderly.



INDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
INDICE	4
INDICE DE TABLAS	7
DEDICATORIA	10
AGRADECIMIENTO	11
INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO I	13
1.1 Fundamentación del Problema	13
1.2 Pregunta de investigación	14
1.3 Justificación.....	14
CAPITULO II	16
2.1 Marco Referencial	16
2.2 Marco epistemológico.....	18
2.2.1 El enfoque de Género en la hipertensión arterial	18
2.2.2 El cuidado.....	20
2.2.3 El autocuidado.....	21
2.2.4 La teoría del autocuidado	21
2.2.5 La teoría de déficit de Autocuidado.....	23
2.2.6 Capacidad de agencia de Autocuidado	24
2.2.7 La crítica al autocuidado.....	25
2.3 Marco Teórico	25
2.3.1 Hipertensión Arterial	25
2.3.2 Factores de riesgo de la hipertensión arterial	27
2.3.3 El Autocuidado en la hipertensión arterial en adultos mayores	28



2.3.4 Complicaciones de la HTA en adultos mayores.....	30
2.4 Marco legal.....	30
2.4.1 Constitución de la República del Ecuador	31
2.4.2 Ley orgánica de salud Pública.....	32
CAPITULO III.....	33
Características de la Zona de Estudio.....	33
3.1 Información Sociodemográfica	33
3.2 Educación.....	34
3.2 Salud	35
3.3 Actividades Económicas	35
3.4 Cultura y Tradición.....	36
CAPITULO IV	39
4.1 Hipótesis	39
4.2 Objetivo general:	39
4.3 Objetivos específicos	39
4.4 Metodología de la Investigación	39
4.4.1 Diseño del estudio.....	39
4.4.2 Área de estudio:	39
4.4.3 Población, muestra y asignación	39
4.4.4 Criterios de selección de la muestra	40
4.5 Variable.....	40
4.5.1 Operacionalización de la variable de investigación Capacidad de Autocuidado	41
4.6 Métodos, técnicas, instrumentos	42
4.6.1 Métodos.....	42
4.6.2 Técnicas	42



4.6.3 Instrumentos	42
4.7 Prueba piloto	42
4.8 Procedimiento.....	42
4.9 Tabulación y análisis de datos.....	43
4.10 Aspectos éticos	43
CAPÍTULO V	44
Procesamiento y análisis de resultados.....	44
CAPÍTULO VI	61
6.1 Discusión.....	61
CAPÍTULO VII.....	64
7.1 Conclusiones:	64
7. 2 Recomendaciones:	65
BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS.....	71



INDICE DE TABLAS

TABLA 1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO SEGÚN EL GÉNERO	44
TABLA 2 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO SEGÚN EL GÉNERO Y EDAD	44
TABLA 3 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO SEGÚN EL GÉNERO Y ESTADO-CIVIL	45
TABLA 4 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO SEGÚN GÉNERO Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN	45
TABLA 5 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO SEGÚN GÉNERO Y LA ETNIA	46
TABLA 6 <i>TIEMPO DE AUTOCUIDADO, COMPARADO POR GÉNERO</i>	46
TABLA 7 BUSCAR INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN SOBRE HTA, COMPARADO POR GÉNERO.	47
TABLA 8 CAMBIOS EN SU VIDA PARA CONTROL DE LA ENFERMEDAD, COMPARADO POR GÉNERO	48
TABLA 9 LA ALIMENTACIÓN CONTROLADO POR UN NUTRICIONISTA, COMPARADA POR GÉNERO	49
TABLA 10 CONSUMO DE ALIMENTOS SANOS COMPARADO POR GÉNERO	50
TABLA 11 CUMPLIMIENTO CON LA DIETA, COMPARADO POR GÉNERO	50
TABLA 12 CONSUMO MÁS DE 2 GRAMOS DE SAL AL DÍA, COMPARADO POR GÉNERO	51
TABLA 13 CAMBIOS DE DIETA PARA MANTENER UN PESO ADECUADO COMPARADO POR GÉNERO	51
TABLA 14 IMPORTANCIA DE REALIZAR EJERCICIO COMPARADO POR GÉNERO	52
TABLA 15 TIPO DE ACTIVIDAD FÍSICA, COMPARADO POR GÉNERO	53
TABLA 16 VECES A LA SEMANA QUE REALIZA EJERCICIO, COMPARADO POR GÉNERO	53
TABLA 17 MINUTOS QUE DEDICA A REALIZAR EJERCICIO FÍSICO, COMPARADO POR GÉNERO	54
TABLA 18 HORAS QUE DUERME EN LA NOCHE, COMPARADO POR GÉNERO	55
TABLA 19 ACTIVIDADES PARA CONCILIAR EL SUEÑO, COMPARADO POR GÉNERO	55
TABLA 20 CONSUMO DE ALCOHOL, COMPARADO POR GÉNERO	56
TABLA 21 CONSUMO DE TABACO, COMPARADO POR GÉNERO	57
TABLA 22 TIPO DE TRATAMIENTO QUE CONSUME, COMPARADO POR GÉNERO	57
TABLA 23 <i>AUTOMEDICACIÓN PARA LA HTA, COMPARADO POR GÉNERO</i>	58
TABLA 24 INTERÉS POR CUMPLIR EL TRATAMIENTO, COMPARADO POR GÉNERO	59
TABLA 25 <i>TEMPO QUE ACUDE PARA EL CONTROL MÉDICO, COMPARADO POR GÉNERO</i>	59



Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio
Institucional

Aida Faviola Suin Zhunio, en calidad de autora y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "Capacidades de autocuidado en mujeres y hombres adultos mayores con hipertensión arterial. Jima 2019", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 25 de septiembre del 2020

Aida Faviola Suin Zhunio

C.I: 0302051115



Cláusula de Propiedad Intelectual

Aida Faviola Suin Zhunio, autora del trabajo de titulación "Capacidades de autocuidado en mujeres y hombres adultos mayores con hipertensión arterial. Jima 2019", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autora.

Cuenca, 25 de septiembre del 2020

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Aida Faviola Suin Zhunio", written over a horizontal line.

Aida Faviola Suin Zhunio

C.I: 0302051115



DEDICATORIA

La tesis la dedico con todo mi amor a Dios por ser mi guía, mi fortaleza, y mi luz.

*A mis hijos Mateo, Katherine, Sophia y Alexander, por ser los principales motores de mis sueños,
gracias a ellos por cada día confiar y creer en mí.*

A mi Madre por sus enseñanzas.



AGRADECIMIENTO

Agradezco primero a Dios por ser mi guía y haberme dado las fuerzas para seguir, a pesar de las adversidades de la vida.

A mi esposo Freddy y a mis hijos Mateo, Katherine, Sophia y Alexander, por ser mi fuente de motivación e inspiración para superarme día a día.

A mí amada madre, mis hermanos quienes con sus palabras de aliento me apoyaron y no me dejaron caer, para ser perseverante en mis metas y cumplir mis sueños.

A mis compañeros y amigos quienes me compartieron sus conocimientos, sus alegrías y tristezas. A todas esas personas que durante estos cinco años estuvieron apoyándome y me ayudaron a cristalizar este sueño.

A los catedráticos de la Carrera, que por medio de ellos he llegado a obtener los conocimientos necesarios para desarrollar mi tesis.



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación denominado: “Capacidades de autocuidado en mujeres y hombres adultos mayores con hipertensión arterial. Jima 2019” es un estudio que surge a partir del aumento de personas con Hipertensión Arterial y su desconocimiento sobre el autocuidado de su enfermedad. La Hipertensión Arterial es una problemática de salud a nivel mundial la cual si no es tratada adecuadamente se dan varias complicaciones que incluso puede llevar a la muerte. La capacidad de Autocuidado que tiene hombres y mujeres en cuanto a su salud, son muy importantes porque esto les ayudara a controlar su enfermedad y por lo tanto mejorar su calidad de vida.

La presente tesis está dividida en 7 capítulos: Capítulo I esta está conformado por varios temas como: Fundamentación del problema, Pregunta de Investigación, Justificación: dentro de este capítulo se muestra cual fue la iniciativa para llevar a cabo esta investigación y plantear las metas a alcanzar. En el capítulo II se muestra el marco: Referencial, epistemológico, teórico y legal, en este capítulo se buscó información confiable, como las consultas bibliográficas académicas con bases teóricas y legales que respalden esta investigación. El Capítulo III describe la Hipótesis, el Objetivo general y específicos. Capítulo IV se determina la Metodología utilizada para esta investigación, para esto se utilizó un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo porque describe las variables independientes y dependientes. En el Capítulo V, los resultados obtenidos, aquí se muestra la interpretación y análisis de los datos obtenidos. Capítulo VI Discusión. Finalmente en el Capítulo VII están las Conclusiones y Recomendaciones: los resultados estadísticos nos dan las conclusiones del estudio y en base a estas las recomendaciones.



CAPÍTULO I

1.1 Fundamentación del Problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹ (2013) a nivel mundial, las enfermedades cardiovasculares son responsables aproximadamente de 17 millones de muertes por año, entre las complicaciones de la hipertensión arterial causa anualmente 9,4 millones de muertes. En las décadas siguientes el aumento de la población mayor de 65 años y el incremento de la prevalencia de la hipertensión arterial (HTA)² en esta población, podría ser, que este trastorno se convierta en una “Pandemia” es importante señalar que la HTA se considere como un factor de riesgo muy alto para desarrollar enfermedades cardiovasculares (Sierra & Coca, 2002). La HTA es la principal causa de muerte, a pesar de esto existe una gran cantidad de personas que reciben tratamiento y no están controlados por tal motivo, es importante impulsar esfuerzos para que las personas se concienticen y obtengan mayores conocimientos y formen iniciativas para facilitar el acceso a tener un tratamiento adecuado y basado en evidencias científica. (Organización Mundial de la Salud, 2017)

El bajo conocimiento sobre el autocuidado es un problema de salud, el cual se demuestra en una investigación realizada por Reyes & Segura, (2018) en la ciudad Guayaquil, donde se evidenció que existe un déficit de autocuidado y por tanto complicaciones que pueden causar daño prematuro y discapacidades en los pacientes con dicha patología. Entre los factores de riesgo conductuales modificables, tenemos una alimentación poco saludable, actividad física insuficiente, consumo de tabaco y alcohol (Organización Mundial de la Salud, 2018). La HTA es una enfermedad letal,

¹ Organización Mundial de la Salud

² Hipertensión Arterial



silenciosa e invisible, que casi no presenta síntomas, fomentar la sensibilidad pública es clave, como también el acceso a la detección temprana de la enfermedad, la HTA es un signo importante el cual nos indica que es necesario realizar cambios urgentes en el estilo de vida.

1.2 Pregunta de investigación

Pregunta: ¿Cuáles son las capacidades de autocuidado de mujeres y hombres adultos mayores con Hipertensión Arterial. Jima, 2019?

1.3 Justificación

La hipertensión arterial es una patología crónica con morbilidad y prevalencia elevada a nivel mundial, que va en aumento con los años. Esta patología es más prevalente en adultos mayores, por lo que es importante destacar los factores de riesgo y su autocuidado (Organización Mundial de la Salud, 2013)

Jima es una parroquia perteneciente al cantón Sigüig de la provincia del Azuay, con una población estimada de 2886 habitantes (Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC)³, 2010). Según datos estadísticos del establecimiento de salud de Jima 2018, existen 105 pacientes hipertensos, de los cuales 80 adultos mayores. El autocuidado es un factor importante para prevenir complicaciones de la hipertensión arterial, a partir de estos antecedentes, se ha planteado la presente investigación con la finalidad de conocer las capacidades de autocuidado de mujeres y hombres adultos mayores con hipertensión arterial, realizando un análisis de esta problemática, considerando factores como: género, edad, estado civil, instrucción, etnia y capacidades de Autocuidado.

³ Instituto Nacional de Estadística y Censos



Universidad de Cuenca

Este estudio estará disponible en el Centro de salud de Jima y la Universidad de Cuenca con la finalidad de evidenciar los resultados obtenidos y también sirvan para futuras investigaciones.



CAPITULO II

2.1 Marco Referencial

Existen diferentes estudios para dar validez a este trabajo investigativo, estas se enfocan dentro de las variables planteadas es así que, se tomó en cuenta algunas de ellas para nuestra investigación, en cuanto a las capacidades de autocuidado en mujeres y hombres adultos mayores con hipertensión arterial.

Como manifiesta Tafur, Vásquez, & Nonaka, (2017) en una investigación realizada en Iquitos – Perú, el método empleado fue el cuantitativo y el diseño no experimental de tipo correlacional, con una población de 89 adultos mayores de ambos sexos y la muestra de 52 adultos, aplicando dos instrumentos; Cuestionario sobre conocimiento con una validez de 89.32% y de confiabilidad de 87.3% y la Escala de actitud tipo Lickert sobre Prácticas de Autocuidado sobre hipertensión arterial con validez de 89.3% y confiabilidad de 88%, donde se obtuvo que la edad promedio en adultos de sexo femenino es de 72.8 años y en el sexo masculinos la edad promedio es de 69.8 años, al realizar el análisis del nivel de conocimiento, se observa que el 78.2% tienen conocimiento inadecuado y 20.4% tienen conocimiento adecuado sobre la enfermedad de la hipertensión arterial.

Tomando como base este estudio nos permite conocer que las mujeres tienden a tener más edad que los hombres demostrando la importancia del autocuidado.

Como lo demuestra Morales, (2017) en la ciudad de Huaraz – Perú en una investigación que fue Cuantitativa; Correlacional, transversal, Los datos fueron recogidos a través de un cuestionario aplicado durante la entrevista, utilizando dos instrumentos El instrumento que se utilizó para la variable estilos de vida fue un cuestionario de Perfil de Estilo de Vida (PEPSI-I),



elaborado por Nola Pender (1996). El instrumento que se utilizó para la variable autocuidado fue de capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial, Diana Marcela Achury, Gloria Judith Sepúlveda, Sandra Mónica Rodríguez (2009), donde se encontró que, existe relación entre la variable estilo de vida y el autocuidado, si un paciente tiene un estilo de vida saludable o muy saludable, se asocia a un autocuidado adecuado, mientras mejor sea el estilo de vida de un paciente, éste tendrá un mejor autocuidado. Se identificó una alta relación entre el estilo de vida y autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial. También se encontró que el 80% de los pacientes tienen un adecuado autocuidado y el 20% poco adecuado.

Este estudio permite conocer que el autocuidado va de la mano con los estilos de vida que adopten las personas por lo que este influye con las actividades realizadas día a día.

En una investigación realizada por Reyes & Segura, (2018) en Guayaquil-Ecuador la cual fue con un enfoque cuantitativo, y de tipo descriptivo, con una muestra de 150 pacientes hipertensos, se observó que un 66% de los pacientes fueron del género femenino, mientras que un 34% fueron de género masculino, también se evidenció que de los 63 pacientes encuestados el 71% reemplaza su tratamiento farmacológico por medicina ancestral, mientras que el 29% se auto médica, existe un desconocimiento de los factores de riesgo que se presentan en la hipertensión arterial, es decir que presento un déficit de autocuidado. Este estudio nos demuestra que no solo los hombres tienden a ser más propensos a tener hipertensión arterial, sino también las mujeres y con un porcentaje mayor.

Como lo evidencia Orellana & Pucha, (2017) en un estudio realizado en Cuenca-Ecuador Esta investigación tuvo un enfoque cuantitativo-descriptivo, con un universo finito de 134 pacientes hipertensos del Club "primero mi salud" Totoracocha, aplicando la técnica encuesta y



como instrumento un cuestionario modificado de la tesis “Autocuidado en los usuarios con diagnóstico de Hipertensión Arterial atendidos en el Club de Hipertensos del Subcentro de Salud N°2 en Sinincay-Cuenca 2013” de Mejía Tigre Rosa y Paguay Asitimbay Narcisa, sus resultados fueron en el manejo del autocuidado el cual: 89,6 % no consume más de 2 gr de sal al día, el 50% duerme entre 5 a 7 horas, el 99,3 % acude al control médico, por tanto se evidencio que la mayoría de pacientes adopta actividades de autocuidado.

En este trabajo investigativo se puede evidenciar que más de la mitad de los encuestados realiza trabajo de autocuidado mejorando su estilo de vida, pero también se evidencia la no realización del autocuidado afectando a su salud.

2.2 Marco epistemológico

2.2.1 El enfoque de Género en la hipertensión arterial

Entre algunas investigaciones afirman que las enfermedades cerebro vasculares fueron atribuidas como una enfermedad del varón, es así que solo se estudiaron a la población masculina, echo que hizo que se encontraran mejores soluciones para enfrentar dicha enfermedad, en la actualidad en base a estudios y evidencias se demuestra que las ECV están entre las principales causas de muerte de las mujeres, pasando a ser sujetos de estudio, y se encuentra que existen diferencias por sexo y por genero esto se atribuye a varias diferencias como las características biológicas de cada sexo como por ejemplo la constitución hormonal y también se debe a otras formas particulares de construcción de la vulnerabilidad psicosocial coronaria, como resultado de los modos de subjetivación del género.



A pesar de que varones y mujeres coronarios/as presentan semejantes formas de enfermar y cuidarse, es importante realizar estudios con enfoque de género en este tipo de enfermedades, para aplicar el enfoque de género en salud, uno de los principales pasos es contar con datos desagregados por sexo, esta variable caracteriza al problema, mientras que el género es una categoría que nos permite dar una explicación de las diferencias encontradas entre hombres y mujeres. Esta categoría explica las atribuciones, ideas, representaciones y prescripciones sociales que se construyen a través de las diferencias entre varones y mujeres. Esta categoría impacta de diferente manera el estado y cuidado de la salud de hombres y mujeres (Ofman, Pereyra, & Stefani, 2013)

La OMS en su constitución de 1948, define a la salud como el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, por lo tanto, la salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MAIS, 2018)⁴

Los problemas de salud, la trayectoria de vida de los hombres y las mujeres los colocan con una marcada diferencia en la salud en edades de la vejez, que reflejan los estilos de vida que adoptaron a lo largo de su existencia. Así, la carga de la enfermedad en la vejez refleja grandes divergencias por sexo, que van de acuerdo con la acumulación de riesgos asociados a los papeles sociales desempeñados a lo largo de la vida (Salgado & Wong, 2007)

Los patrones de la vida tienen una clara distribución por género, los hombres acceden al consumo de sustancias adictivas como el alcohol, tabaco, drogas, además sufren de discapacidad

⁴ Manual del Modelo de Atención de Sal



desde una edad temprana, Esto perjudica su salud y estaría relacionado con las mayores prácticas de riesgo que asumen desde los modelos tradicionales de masculinidad. Las mujeres realizan trabajos peor remunerados, desvalorizados, con doble o triple carga laboral siendo las principales cuidadoras formales o informales, de las personas dependientes repercutiendo negativamente a su salud. La frecuencia de dolencias crónicas es del doble al triple en el caso de las mujeres en todas las categorías, principales de enfermedades crónicas. Mujeres para la Salud, (AMS, 2018)⁵

2.2.2 El cuidado.

El cuidar a alguien, el cuidarse a uno mismo, y el ser cuidado por otra persona son funciones por un estado emocional (Izquierdo, 2003)

El cuidado es un trabajo y se diferencia de otros trabajos porque este existe una relación con naturalizadas, esenciales para la vida de todas las personas. El cuidado, se define como la intranquilidad o la preocupación por el temor de que este pasando algo no favorable, el cuidado se encuentra en el camino de la razón y la emoción, se trata de una actividad racional los demás y se realiza cara a cara entre personas en una situación de dependencia. Esta relación de cuidado se asocia a la dimensión moral que dice que son deberes y obligaciones de la familia más este, es asignado y naturalizado solo a las mujeres que es el *deber ser* del cuidado donde el amor materno que se extiende y se generaliza, el amor a los demás y la predisposición para realizar cuidados y atención (Fernandez, Artiaga, & Davila, 2013) Buscando siempre esa necesidad de servir a los demás, muchas veces dejando a lado su salud por ver el bienestar de los demás a quien ella brinda el cuidado.

⁵ Mujeres para la Salud



2.2.3 El autocuidado.

El autocuidado es la acción o comportamiento que un individuo desarrolla en su propio beneficio, este está asociado a la autonomía, independencia, y la responsabilidad para mantener una calidad de vida, este a su vez engloba los buenos hábitos, conductas positivas, buscando la prevención de enfermedades o las complicaciones de estas, es así que para el ser humano representa algo indispensable e inherente para su vida, y es el resultado del crecimiento y experiencias de como “cuidar de sí mismo” (Reyes & Segura, 2018)

El “autocuidado” se define como la actitud y aptitud para realizar de forma voluntaria y continua las actividades dirigidas a conservar la salud y prevenir enfermedades y cuando ya se padece alguna de ellas, adoptar cambios en el estilo de vida para controlar la evolución de la enfermedad, este es el primer paso para el mantenimiento de la calidad de vida (Farmacéuticos, 2019)

“La salud no sólo es un derecho, sino una responsabilidad que implica a todos. El autocuidado de la salud es una de las conductas que se deben asumir de manera voluntaria para promover y mantener un buen estado físico, psíquico y social” (Frei, 2015)

El objetivo del autocuidado es modificar las conductas no saludables, mejorar los conocimientos, obtener habilidades y lograr la motivación para convertir al sujeto en actores donde este comprenda su enfermedad y el impacto que causa al modificar su estilo de vida para mejorar su salud

2.2.4 La teoría del autocuidado

El autocuidado como lo menciona Dorotea Orem es una actividad aprendida por los individuos, es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida dirigida a sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, con el fin de regular los factores que afectan a su desarrollo y



funcionamiento en busca de su propio beneficio para la vida, salud y bienestar. Para alcanzar este objetivo las personas necesitan requisitos esenciales y están en tres grupos:

Requisitos para el Autocuidado

Requisitos del Autocuidado Universal

Estos son universales para todos los seres humanos y están entre la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, actividades, descanso, soledad, interacción social, la prevención de riesgos. Entre los requisitos tenemos ocho, estos son tipos de acciones humanas, las cuales nos proporcionan las condiciones externas e internas para mantener la actividad y la estructura, las cuales apoyan el desarrollo y la maduración humana, al aplicarlas correctamente, el autocuidado y la asistencia dependiente, promueven positivamente la salud y el bienestar de las personas.

Entre los requisitos tenemos:

- ✓ Prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar humano
- ✓ Promoción del funcionamiento humano y el desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo al potencial humano
- ✓ Provisión de cuidados asociados con procesos de eliminación urinaria e intestinal
- ✓ Equilibrio entre actividad y descanso
- ✓ Equilibrio entre la soledad y la comunicación social.
- ✓ Mantenimiento de un ingreso suficiente de aire
- ✓ Mantenimiento de un ingreso suficiente de agua
- ✓ Mantenimiento de un ingreso suficiente de alimentos



Cada requisito se relaciona con los demás, pero cada uno es obtenido en diferente grado, estos dependen de los “factores condicionantes básicos” que determinan e influyen en la salud de cada individuo (Unknown, 2012)

Los factores condicionantes básicos: son aquellos factores internos o externos a las personas los cuales afectan a su capacidad de Autocuidado, según Orem en 1993 identifica diez variables como; edad, sexo, estado redesarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, adecuación y disponibilidad de los recursos. Requisitos del autocuidado relativos al desarrollo: es aquel donde su objetivo principal es promover mecanismos necesarios para la vida, para que ayuden a vivir, a madurar y a prevenir la aparición de condiciones adversas, como también aliviar enfermedades en las diferentes etapas evolutivas del ser humano

Requisitos del autocuidado desviación de la salud: estos son comunes en pacientes que presentan algún trastorno o estado patológico en concreto, la falta de salud determina el tipo de cuidado necesario mientras dure la enfermedad, y los requisitos aparecen de las circunstancias se estar enfermo y también de acuerdo a su diagnóstico; en este caso las medidas sanitarias tiene que ser competentes, activas, de los sistemas de autocuidado tanto dependiente como independiente (Spíritus, 2017)

2.2.5 La teoría de déficit de Autocuidado

Esta se define porque existe una relación entre la demanda de autocuidado terapéutico y la acción de autocuidado de las propiedades humanas, en donde el autocuidado desarrollado constituye una acción, que no es operativas ni adecuada para conocer e identificar algunos o todos los requisitos de la demanda del autocuidado terapéutico.



Las personas tienen una capacidad para adaptarse a diferentes cambios que se producen en sí mismos o en su entorno, pero existe situaciones donde la demanda excede su capacidad para responder en ese momento, entonces en estas situaciones el individuo requiere ayuda las cuales pueden venir de diferente fuentes como la familia, amigos/as (Spíritus, 2017)

2.2.6 Capacidad de agencia de Autocuidado

Según Orem, menciona la palabra agente de Autocuidado, para indicar a la persona que proporciona cuidado o realiza acciones específicas, tenemos por ejemplo cuando los individuos realizan su propio cuidado. La agencia de Autocuidado es la capacidad de las persona para realizar su propio cuidado, los individuos que satisfacen sus propias necesidades de salud, tiene un agencia de cuidado desarrollada.

El cuidar de uno mismo: es un proceso que comienza con la toma de conciencia del propio estado de salud, para esto se requiere del pensamiento para utilizar las experiencias personales, normas culturales, y de conductas aprendidas, para tomar una decisión sobre el estado de salud, para esto debe existir el deseo y compromiso de cumplir.

Limitaciones de cuidado: son barreras o limitaciones para el autocuidado esto se da cuando la persona carece de conocimientos suficientes, o no tiene deseos de adquirirla, esto puede hacer que presente dificultades para emitir juicios sobre su salud para buscar en el momento adecuado ayuda o consejos de otras personas.

El aprendizaje del autocuidado: el aprendizaje del autocuidado y de su mantenimiento continuo son funciones humanas (Spíritus, 2017)



2.2.7 La crítica al autocuidado.

La división sexual del trabajo crea un sistema de dependencia y subordinación hacia alguien que brinda el cuidado es así que tenemos de los niños, viejos, enfermos hacia la mujer, creando una solidaridad forzada, porque no dispone de otras alternativas, donde la mujer se antepone primero hacia los demás incluso dejando de lado el cuidado de sí misma, sometiéndose a relaciones de dominación y de explotación (Izquierdo, 2003)

Para la convivencia digna del cuerpo demanda “el cuidar y curar concebidos bajo claridad de que todos somos cuidadores y sujetos de cuidados, y que todos somos curadores y sujetos de cura” (Izquierdo, 2003). Para el cuidado de si, se propone una categoría con elementos individuales y comunitarios: dentro de los individuales está el autoconocimiento, el cual es importante para lograrlo, se necesita definir una relación autentica y ética, con el fin de comprender y apropiarse de conocimiento sobre el cuidado, y en el comunitario el cuidado comprende una relación compleja con otros y otras en un sentido de reciprocidad ética ocupándose así del bienestar comunitario Foucault, 1994 (Ciatdo en Escobar, 2019).

2.3 Marco Teórico

La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de los vasos (arterias) al ser bobeada por el corazón. La tensión arterial normal en adultos es de 120 mm Hg, cuando el corazón late (tensión sistólica) y de 80 mm Hg cuando el corazón se relaja (tensión diastólica).

2.3.1 Hipertensión Arterial

La Hipertensión es conocida también como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el cual los vasos sanguíneos tiene una tensión persistente alta, lo que puede dañarlos, cada vez que el corazón late o bombea sangre a todas las partes del cuerpo. Mientras más alta es la tensión, más esfuerzo tiene que hacer el corazón para bombear. Cuando la tensión sistólica es igual o



superior a 140 mm Hg y/o cuando la tensión diastólica es igual o superior a 90 mm Hg, la tensión se considera alta o elevada. La mayoría de personas con hipertensión arterial no muestran síntomas, por esta razón se lo conoce como el “asesino silencioso” en algunos casos, la hipertensión causa como cefalea, vértigos, dificultad respiratoria, dolor torácico, palpitaciones del corazón, hemorragias nasales entre otras (OMS, 2015)

La presión alta en el adulto mayor; además de ser muy frecuente es muy compleja y causa mayor daño a los órganos, presencia de eventos cardiovasculares y una mayor complejidad en el correcto control terapéutico (Gil *et al.* 2012, p.7)

Hipertensión arterial en mayores de 65 años: la presión arterial se eleva con la edad por tanto el riesgo de que una persona adulta mayor sea hipertensa aumenta, a esta edad la prevalencia alcanza entre un 60% y 70% con mayor frecuencia la hipertensión sistólica aislada, esto se debe a la rigidez de las arterias causadas por la edad. Los valores de la presión arterial tienen que estar por debajo de 140/90, por lo tanto cualquier persona mayor, que tenga más altos estos valores tiene que ser diagnosticada de hipertensión arterial.

Con la edad las arterias van perdiendo elasticidad, se vuelven más rígidas y presentan menor capacidad para adaptarse a presiones elevadas, esto hace que se pueda obstruirse o romperse con mayor facilidad, esto ocasiona complicaciones vasculares con mayor frecuencia que en las personas hipertensas más jóvenes; tenemos la angina de pecho, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal.

La importancia y beneficio de tratar la hipertensión arterial en personas mayores de 65 años es por ser la población con mayor riesgo de complicaciones vasculares, con el objetivo de disminuir y mantener una adecuada calidad de vida se debe conseguir las cifras de presión arterial sistólica por debajo de 140 mm Hg y la diastólica por debajo de 90 mm Hg.



2.3.2 Factores de riesgo de la hipertensión arterial

1. La edad avanzada

La presión arterial tiende a aumentar con la edad, en caso de los hombres más de 45 años y en las mujeres más de 55 años, corren mayor riesgo de padecer la tensión arterial alta, la hipertensión sistólica aislada es la más frecuente, aproximadamente 2 de cada 3 personas mayor de 60 años con presión alta padecen de esta forma de la enfermedad, la hipertensión no es una parte normal del envejecimiento.

2. La raza y el grupo etario

La presión arterial alta puede afectar a cualquier persona, pero con mayor frecuencia se da en adultos mayores afroamericanos que en adultos mayores blancos o hispanos.

3. El sobrepeso o la obesidad

Si una persona tiene sobrepeso u obesidad tiene mayor probabilidad de padecer presión arterial alta. Los termino sobre peso y obesidad se refiere a un peso corporal mayor del considerado normal o saludable.

4. El sexo

Entre las personas adultas mayores, las mujeres son las que menos padecen de presión arterial alta, a comparación con los hombres, sin embargo, las mujeres jóvenes y de edad madura entre los 18 y 59 años tiene mayor probabilidad que los hombres para darse cuenta que padecen de hipertensión arterial y de buscar tratamiento (Muñoz, 2018)

Los hábitos poco saludables

Alimentación poco saludable: el riesgo de padecer una enfermedad hipertensiva, aumenta cuando se lleva una dieta poco saludable, esta se caracteriza por tener un consumo bajo de frutas y



verduras y un consumo elevado de azúcar, sal y grasas esto contribuye a la obesidad y sobrepeso estos a su vez se convierten en factores de riesgo.

Actividad física insuficiente: la inactividad física es un factor de riesgo clave para que se dé la aparición de la hipertensión arterial.

Consumo nocivo de alcohol y tabaco: es un factor de riesgo para la aparición de la hipertensión arterial, y tiene muchas consecuencias negativas para la salud.

Otros factores de riesgo

Los antecedentes familiares de hipertensión arterial, elevan el riesgo para que una persona sufra de esta enfermedad. El estrés prolongado puede hacer que una persona tenga mayor probabilidad de sufrir presión arterial alta. También si se tiene pre hipertensión existe más probabilidad de sufrir presión arterial alta, la pre hipertensión consiste en tener una presión arterial sistólica entre 120 y 139 mm Hg y una presión diastólica entre 80 y 89 mm Hg, un intervalo entre 120-139/80/89 (Muñoz, 2018)

2.3.3 El Autocuidado en la hipertensión arterial en adultos mayores

La hipertensión arterial hoy en día y a nivel mundial representa uno de los problemas socio sanitario más importante debido a la prevalencia, por tratarse de trastorno crónico se requiere de cuidados permanentes para así evitar complicaciones en el futuro, es un pilar fundamental el tratamiento y control de la HTA, esta es la capacidad de autocuidado que deben tener las personas que padecen dicha enfermedad (Ofman, Pereyra, & Stefani, 2013)



Tratamiento no farmacológico

Es importante realizar las siguientes iniciativas previas o en conjunto con el tratamiento con fármacos:

1. Reducción de la ingesta calórica en caso de sobrepeso
2. Ingesta de sodio alrededor de 100 mmol/día mediante la suspensión de la utilización del salero en la mesa y evitando tomar alimentos pre cocidos, enlatados y embutidos. Se podrá utilizar 1,5 gr de sal al día y es preferible su utilización sobre la comida una vez cocinada, en vez de utilizarla durante la cocción.
3. Aumento del consumo de potasio (frutas frescas, vegetales, y cereales)
4. Aumento de la ingesta dietética de calcio (100 gr de queso proporcionan entre 700 y 1180 mg de calcio dependiendo del tipo).
5. Caminar diariamente más de ½ hora al día, preferiblemente entre 1 y 2 horas. En los sujetos no entrenados, el objetivo se debe alcanzar de forma paulatina.
6. No ingerir más de 30 gr de alcohol/día (equivalente a 300 ml de vino, 500 de cerveza o una copa de licor)
7. La indicación de las medidas no farmacológicas debe tener en cuenta las condiciones socioeconómicas del paciente.
8. La aplicación simultánea y moderada de varias medidas no farmacológicas suele dar un resultado terapéutico superior a la aplicación estricta de una sola de ellas.



9. Valorar juiciosamente la relación beneficio terapéutico/perjuicio de la calidad de vida antes de comenzar en el adulto mayor cambios en su dieta y estilo de vida (Salazar, Rotta, & Otiniano, 2016)

2.3.4 Complicaciones de la HTA en adultos mayores

Más de la mitad de las persona mayores de 65 años tienen HTA y se considera como una enfermedad crónica que constituye en un importante factor de riesgo cardiovascular y está asociado a otras enfermedades como la hipercolesterolemia y la diabetes tipo 2 del adulto. El problema de esta patología es que no produce síntomas y si se mantiene elevada durante un tiempo prolongado puede causar enfermedades graves tenemos las siguientes:

- ✓ Enfermedades cardiacas
- ✓ Accidentes cardio-cerebrovasculares
- ✓ Arteriosclerosis
- ✓ Demencia cardiovascular
- ✓ Lesión de la retina
- ✓ Enfermedades que afectan a diferentes órganos como riñones, pulmones etc., causando la muerte o discapacidad severa (Sanitas, 2019)

2.4 Marco legal

Dentro de este capítulo sea mencionado diferentes conceptos y bases teóricas de autocuidado e hipertensión arterial y por tanto no podría faltar en este proyecto el marco legal, el cual nos respalda esta investigación, con las bases legales que se establecen mediante los artículos y por orden jerárquico, las cuales se encuentran detalladas a continuación:



2.4.1 Constitución de la República del Ecuador

El estado es el garante de los derechos humanos de las adultas y adultos mayores, por tanto es el encargado de realizar acciones para mejorar la salud de los adultos mayores, es así que la constitución de la Republica menciona a los adultos y adultas mayores como un grupo de atención prioritaria.

Dentro de los artículos de la constitución (2008) donde se refiere a los derechos de los adultos mayores manifiesta que:

Art. 32: La salud es un derecho que garantiza el estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

Art. 35: Las personas adultas mayores, niñas, niños, y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de la libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria en el ámbito público y privado [...].

Art. 36: las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica [...]. Se considera personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad [...].

Art. 38: El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbano y rural, las inequidades de género, la etnia, la cultura, y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades [...]. (Constitución de la República del Ecuador, 2008, p.17, 18, 19)

El estado a través de sus políticas y programas intenta garantizar la salud de los adultos mayores, pero existe todavía mucho por hacer para mejorar la calidad de vida sobre todo en el ámbito de la salud para que tengan una vida digna.



2.4.2 Ley orgánica de salud Pública

Capítulo III. De la autoridad sanitaria nacional, sus competencias y responsabilidades. Art. 8.-Son deberes individuales y colectivos en relación con la salud: “c) Cumplir con el tratamiento y recomendaciones realizadas por el personal de salud para su recuperación o para evitar riesgos en su entorno familiar o comunitario” (Ley Orgánica de Salud, 2018, p.5)

Capítulo III. De las enfermedades no transmisibles. Art. 69.- “La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico - degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto. Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida saludables, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos” (Ley Organica de Salud, 2018, p.14)

Dentro de los artículos mencionados se establece que el Estado es el garante de la salud, pero a su vez, los ciudadanos deben cumplir con sus obligaciones y responsabilidades. Es decir que las adultas y adultos mayores con hipertensión arterial, se concienticen sobre la importancia del autocuidado, como los hábitos saludables, estilo de vida saludable, así se podrá prevenir las complicaciones de esta enfermedad, también es importante detectar a tiempo los diferentes factores de riesgo, los cuales puede poner en riesgo la vida por tener un déficit de autocuidado, todo esto con la finalidad de mejorar la calidad de vida de las adultas y adultos mayores.



CAPITULO III

Características de la Zona de Estudio

Gráfico 1. Parroquia Jima



Elaborado por: La Autora

Fuente: Propia.

3.1 Información Sociodemográfica

La Parroquia de Jima fue fundada un 12 de noviembre de 1820. Pertenece al Cantón Sigsig, de la Provincia del Azuay, situada a 2960 metros de altura, al sur oriente de la provincia.

Jima es la parroquia más alejada del cantón Sigsig, sus límites políticos son: al Norte con las parroquias: San José de Raranga, Ludo y Cuchil; al sur, con el Cantón Nabón, al Oeste; con el cantón Girón y la parroquia Cumbe; y, al este la parroquia San Miguel de Cuyes la cual pertenece al cantón Gualaquiza provincia de Morona Santiago.

Su extensión territorial es de 204.4 Km cuadrados, siendo esta la parroquia más amplia del Cantón Sigsig, ocupando el 28.3% de territorio.



Jima, está rodeado por montañas verdes, las mismas que tienen senderos hacia sus cumbres. Entre las montañas principales se encuentra el Huinara, Hamashara, Zhima zhuma entre otras. Su altitud sobre el nivel del mar se encuentra entre 2600 y 3400 metros. En la mayor parte del territorio, la temperatura media oscila entre los 10 y 12 grados centígrados, permitiendo una importante producción de leche y algunos cultivos, sobre todo de maíz, fréjol, papa, manzanas entre otras.

Según el Censo de Población y Vivienda, (2010), del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC⁶), su población es de 2.886 habitantes entre ellas 1.587 (54,98%) son mujeres y 1.299 (45,01%) hombres, esta población se encuentra entre las 21 comunidades de la parroquia como Tacadel, San Vicente, Joyapa, Viola, Chiñaguña, Tarapzha, Pizata, Guavizay, Guno, Cuzhig, Iguila Corral, Moya, Pinzhuma, Zhamar, Zhipta, Chisicay, Ganillacta, 12 de Noviembre, San Isidro, Apuca, Centro Parroquial.

3.2 Educación

La educación es un pilar fundamental para el progreso de la parroquia, para generar capacidades, y ejercer sus derechos, la parroquia Jima: cuenta con el programa Creciendo con Nuestros Hijos (CNH) en el cual se realiza, visitas domiciliarias a los niños menores de 3 años, brindando estimulación temprana. Por la lejanía de las comunidades se dispone de 2 a 3 visitas por día.

Se cuenta con La Unidad Educativa Jima, donde se brinda atención desde el inicial I hasta el bachillerato, también contamos con otras escuelas que brindan educación en las comunidades, entre estas tenemos a; la escuela Lorenzo Piedra, la escuela Manuel Guzmán, la escuela Marco Antonio Toral, la escuela 20 de Abril, la escuela Juan Vicente Morales y Luis Isaac Alarcón aquí

⁶ Instituto Nacional de Estadística y Censos.



se brinda atención educativa, desde el primer año de educación básica hasta el séptimo año de educación básica.

Los jóvenes continúan sus estudios universitarios fuera de la parroquia Jima.

3.2 Salud

La parroquia Jima, cuenta con un Centro de Salud, tipo A, el cual brinda atención a todos los habitantes de la parroquia, ofreciendo diferentes servicios, como medicina familiar, medicina general, odontología, vacunación entre otros, también brinda atención con el programa Medico del Barrio, el cual llega hasta los domicilios y comunidades para la atención a pacientes prioritarios entre ellas personas con enfermedades crónicas no transmisibles, como la Hipertensión Arterial. La parroquia también cuenta con el servicio del Seguro social Campesino el cual se encuentra ubicado en la comunidad de Zhamar y brinda atención a sus afiliados.

La salud de los habitantes es atendida también por personas que conocen y practican la medicina ancestral, y está es muy acogida por sus pacientes para tratar sus enfermedades,

3.3 Actividades Económicas

En la parroquia Jima, la población se dedica a la agricultura o ganadería, siendo esta la principal fuente de ingresos y de trabajo para adultos y habitantes de la tercera edad, seguido de los jornaleros o peones y los obreros a los que se dedican en su mayoría los jóvenes. A la parroquia Jima se le considera como uno de los mejores productores de la provincia, la más grande del cantón Sigsig.

En relación a la ganadería y la agricultura se destaca la siembra de papas, arvejas, maíz, habas, mellocos, ocas y manzanas en la época de mayo, en lo relacionado a la ganadería la producción de leche, yogurt, quesillos y quesos resultan ser una excelente fuente de ingresos para la población, sin olvidarnos de la crianza de cuyes, cerdos y pollos.



Gran parte de los habitantes salen a la ciudad de Cuenca para ocuparse principalmente como obreros de la construcción y también como empleadas domésticas.

La principal actividad artesanal: Es la carpintería y la albañilería, en poco porcentaje la población se dedica a los bordados, tejidos y elaboración de esteras que básicamente se lo enfoca al consumo local.

3.4 Cultura y Tradición

Jima, se muestra como una parroquia llena de tradiciones y cultura que es parte de las comunidades andinas, es así que cada año se desarrollan actividades festivas donde conmemoran sus creencias religiosas es aquí también donde se disfruta de su diferente gastronomía las cuales son preparados con productos del lugar como el cuy, maíz, todo esto se desarrolla con el debido respeto a la naturaleza.

Jima cada año, celebran las fiestas de parroquialización, el 12 de noviembre, donde niños de escuelas, adolescentes de colegios, entidades de la Parroquia y personal de diferentes instituciones, se hacen presentes ante este acto, en un desfile Cívico que recorre el Centro Parroquial, que es seguido luego por la Sesión Solemne Anual. Se destacan también las fiestas en Honor a la Santísima Virgen del Rosario, en el mes de octubre, donde todas las comunidades llegan al Centro Parroquial con escaramuzas para celebrar con una misa en honor a la santísima Virgen.

La fiesta octubrina es considerada la celebración más grande de la parroquia motivo por el cual cada año se prepara eventos como rodeos, juegos populares, fiesta de la chicha de Jora, elección de la cholita Jimeña etc., todos estos eventos son esenciales para la atracción de los visitantes en estas fechas.



La fiesta de carnaval, en el mes de febrero donde se preparan el delicioso plato de la miel con higos, y los juegos con agua a la orilla del río Moya.

La Fiesta de las cruces el 2 y 3 de mayo, uno de tantos símbolos religiosos de cristiandad, es la Cruz de Cristo, labrada en tosca madera de monte, en la unión de dos rústicos palos de madera, uno y otro vestidos de montes verdes: laurel, hoja fresca del maíz y adornado con flores. Vestimenta que se cambia cada año ya sea en la víspera o en el propio día de las cruces.

En semana santa el catolicismo se hace presente con la devoción hacia Jesús del gran Poder, en esta época se puede divisar personas vestidas de cucuruchos y otras representando la imagen de Jesús, María, etc., las personas que representan los personajes principales realizan el vía crucis llevando la cruz hasta la loma de Zhima Zhuma donde se celebra la misa de semana santa.

La comida tradicional el cuy asado con papas, choclos con queso, la chicha de jora (maíz) es brindada en las diferentes festividades.

La religión en la mayoría de la población de Jima es Católica con un 95 % y 5% en otro tipo de religión.

En relación a los juegos populares de la parroquia, se puede decir que ha ido desapareciendo de a poco por la imposición de la nueva era tecnológica, entre los juegos populares antiguos encontramos el trompo, juegos con carritos de madera creados por las manos hábiles de personas de la comunidad.

Vestuario: Lo tradicional consistía en las polleras generalmente bajas con presas y en el borde inferior un bordado de flores elegante con hermosos colores, blusa bordada, sombrero de paja de color blanco adornado con un cintillo negro y el cabello siempre partido por la mitad



Universidad de Cuenca

formaban dos trenzas largas. También lo característico son las chalinas o ponchos con lanas de borrego.

El idioma predominante en la parroquia Jima es el español seguido de una pequeña población que habla kichwua. (salud, 2018)



CAPITULO IV

4.1 Hipótesis

Las capacidades de autocuidado de mujeres y hombres adultos mayores con hipertensión arterial son diferentes.

4.2 Objetivo general:

1. Analizar las capacidades de autocuidado que tienen mujeres y hombres adultos mayores con hipertensión arterial

4.3 Objetivos específicos:

1. Categorizar a grupo de estudio según: género, edad, estado civil, instrucción, etnia
2. Identificar las prácticas de autocuidado de las y los adultos mayores con hipertensión arterial.

4.4 Metodología de la Investigación

4.4.1 Diseño del estudio

La investigación es cuantitativa de tipo descriptivo

4.4.2 Área de estudio:

El estudio se realizó en la parroquia Jima, la cual está ubicada en el cantón Sigsig de la provincia del Azuay.

4.4.3 Población, muestra y asignación

Universo: en esta investigación se contó con un universo finito de 80 pacientes con HTA.

Muestra: Para la determinación de la muestra se acudió a un tipo de muestreo el cual fue el probabilístico, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5 %, basado en una estrategia la cual permitió tener la representatividad obligatoria. Para este estudio se seleccionó un grupo de 69 personas adultas mayores con hipertensión arterial, 43 del género femenino y 26 del género masculino.



Para la estrategia muestral fue el muestreo aleatorio simple, la cual nos permite conocer las vivencias de su rol desempeñado a través de su vida y su capacidad de autocuidado en hombres y mujeres la cual nos permitió tener un amplio conocimiento para el análisis este nos garantiza nuestra investigación y por tanto la valida.

Asignación: la investigación se llevó acabo en los domicilios de las y los adultos mayores con HTA, previo al consentimiento informado.

4.4.4 Criterios de selección de la muestra

Criterios de inclusión:

Mujeres y hombres adultos mayores con diagnóstico de Hipertensión Arterial que residan en la parroquia Jima, como también la autoricen contestar la encuesta, al firmar el consentimiento informado.

Criterio de exclusión

Personas que no autoricen realizar la encuesta, Personas con Discapacidad intelectual.

4.5 Variable

Variable a investigar

Variable dependiente: capacidades de autocuidado

Variable independiente: mujeres y hombres adultos mayores con hipertensión arterial

Variable intervinientes: Cultura, la familia, la sociedad



4.5.1 Operacionalización de la variable de investigación Capacidades de Autocuidado

Variables	Dimensión	Indicadores	Escala
<p>Variable independiente Pacientes con la presión arterial alta: La tensión sistólica es igual o superior a 140 mm Hg y/o cuando la tensión diastólica es igual o superior a 90 mm Hg, la tensión se considera alta o elevada.</p>	<p>Datos demográficos</p>	<p>Genero</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino
		<p>Edad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 65-69 • 70-74 • 75-79 • 80 o mas
		<p>Estado civil</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Unión de hecho • Divorciado • viudo
		<p>Instrucción</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Primaria incompleta • Primaria completa • Secundaria incompleta • Secundaria completa • Superior
<p>Variable dependiente capacidad de autocuidado El autocuidado es la acción o comportamiento que un individuo que desarrolla para su propio beneficio, este está asociado a la autonomía, independencia, y la responsabilidad para mantener una calidad de vida, y a su vez engloba los buenos hábitos, conductas positivas, buscando la prevención de enfermedades o las complicaciones de estas.</p>	<p>Capacidades de autocuidado</p>	<p>Etnia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mestizo • Indígena • Blanco • Otro
		<p>Actividades de Autocuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentación saludable • Actividad Física y deporte adecuada • Descanso y Sueño adecuado • Restricción de drogas • Toma Medicación y control medico



4.6 Métodos, técnicas, instrumentos

4.6.1 Métodos

Se realizó una investigación con un enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, la cual está representada en porcentajes el cual nos sirve para realizar el análisis de la investigación.

4.6.2 Técnicas

Como técnica de investigación se utilizó la encuesta por medio de misma se realizó la recolección de los datos de los pacientes hipertensos

4.6.3 Instrumentos

La encuesta: estuvo organizada a través de un cuestionario la cual se dividió en dos instrumentos, EL primero basado en un estudio: *llamado Influencia en la salud del rol de género*. La segunda basada en la tesis: *el autocuidado en personas hipertensas del club primero mi salud une-Totoracocha, Cuenca 2016*. Los mismos que fueron modificados para esta investigación.

4.7 Prueba piloto

Se realizó una prueba piloto para confirmar el instrumento en cuanto a viabilidad y seguridad, para esto se aplicó el formulario a 10 mujeres y hombres adultos mayores con hipertensión arterial. Para el procesó de la información se realizó mediante el software estadístico SPSS porque facilita la recogida y organización de los datos.

4.8 Procedimiento

Para el procedimiento se realizó previa solicitud de Autorización a la directora del Distrito de salud 01D08 Dra. Karla Zumba para el acceso los datos estadísticos de personas adultas mayores con hipertensión arterial del Centro de Salud de Jima También se realizó el protocolo de tesis, la búsqueda, preparación y modificación de los instrumentos, luego la tabulación y análisis de los



datos estadísticos recolectados, todo esto bajo la supervisión de la tutora de tesis la Psicóloga Clínica Vanessa Quito.

4.9 Tabulación y análisis de datos

Los datos obtenidos se tabularos a través del programa SPSS V23, esta información esta presentada a través de tablas, donde se evidencia la frecuencia y porcentajes de los resultados de esta investigación.

4.10 Aspectos éticos

Finalmente, es importante manifestar que toda la información fue netamente con fines académicos, sin comprometer ningún nombre.



CAPÍTULO V

Procesamiento y análisis de resultados

Para el cumplimiento del objetivo específico uno que era: “Categorizar a grupo de estudio según: género, edad, estado civil, instrucción, etnia”.

Se presentan a continuación las características sociodemográficas del grupo estudiado.

Tabla 1 *Perfil Sociodemográfico según el Género*

Genero	Total	Porcentaje
Femenino	43	62.3%
Masculino	26	37.7%
Muestra Total	69	100%

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes hipertensos Parroquia Jima.

Elaborado por: La Autora

Análisis: El 62.3 % pertenece al género femenino y el 37.7 % corresponde al género masculino, existiendo una diferencia mayoritaria del Género Femenino.

Tabla 2 *Perfil Sociodemográfico según el Género y Edad*

Género-Edad	Femenino		Masculino		Muestra Total	
	N	%	N	%	N	%
Edad						
65-69	14	32.6%	9	34.6%	23	33.3%
70-74	5	11.6%	5	19.2%	10	14.5%
75-79	9	20.9%	4	15.4%	13	18.9%
80 o mas	15	34.9%	8	30.8%	23	33.3%
	43	100%	26	100%	69	100%

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes hipertensos Parroquia Jima.

Elaborado por: La Autora



La mayoría de las personas del género femenino se encuentran entre los 80 o más años con un 34.9 %, mientras que la mayoría de las personas del género masculino se encuentra entre las edades de 60-69 años con un 34.6%.

Tabla 3 *Perfil Sociodemográfico según el Género y Estado-Civil*

Género-Estado Civil	Femenino		Masculino		Muestra Total	
	N	%	N	%	N	%
Soltero	5	11.6%	2	7.7%	7	10.1%
Casado	23	53.5%	19	73.1%	42	60.9%
Viudo	13	30.2%	3	11.5%	16	23.2%
Divorciado	2	4.7%	2	7.7%	4	5.8%
	43	100%	26	100%	69	100%

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes hipertensos Parroquia Jima.

Elaborado por: La Autora

En relación con el estado civil en ambos géneros, predomina el estado civil casado, con un 53.5% en el femenino y el 73.1% en el género masculino.

Tabla 4 *Perfil Sociodemográfico según Género y Nivel de Instrucción*

Género-Nivel de Instrucción	Femenino		Masculino		Muestra Total	
	N	%	N	%	n	%
Ninguna	11	25.6%	5	19.2%	16	23.2%
Primaria Incompleta	23	53.5%	8	30.8%	31	44.9%
Primaria Completa	8	18.6%	9	34.6%	17	24.6%
Secundaria Incompleta	1	2.3%	0	0%	1	1.5%
Secundaria	0	0%	3	11.5%	3	4.3%



completa Superior Completa	0	%	1	3.9%	1	1.5%
	43	100%	26	100%	69	100%

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes hipertensos Parroquia Jima.

Elaborado por: La Autora

Con respecto al nivel de instrucción el 53.5% del género femenino tiene primaria incompleta, mientras que el 34.6% del género masculino tiene primaria completa, demostrando una desigualdad en educación en cuanto al género femenino.

Tabla 5 *Perfil Sociodemográfico según Genero y la Etnia*

	Femenino		Masculino		Muestra Total	
	N	%	N	%	N	%
Indígena	3	7%	3	11.5%	6	8.7%
Mestizo	39	90.7%	23	88.5%	62	89.8%
No responde	1	2.3%	0	0%	1	1.5%
	43	100%	26	100%	69	100%

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes hipertensos Parroquia Jima.

Elaborado por: La Autora

En cuanto a la etnia señalamos que la muestra estudiada se auto identifica como mestiza con un 90.7 % para el género femenino y con un 88.5% para género masculino.

Para el cumplimiento del objetivo dos, el cual fue; “Identificar las prácticas de autocuidado de las y los adultos mayores con hipertensión arterial”

Se obtuvo los siguientes resultados. En el Autocuidado se identificó una diferencia significativa entre géneros como se observa en la tabla 6.

Tabla 6 *Tiempo de Autocuidado, comparado por Genero*



¿Dedica tiempo para su propio cuidado?	Femenino		Masculino		Muestra Total	
	N	%	n	%	n	%
Frecuentemente	18	41.9%	6	23.1%	24	34.8%
Ocasionalmente	25	58.1%	19	73.1%	44	63.7%
Nunca	0	0%	1	3.8%	1	1.5%
	43	100%	26	100%	69	100%

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes hipertensos Parroquia Jima.

Elaborado por: La Autora

Se evidencia que con más frecuencia dedica tiempo para su cuidado el género femenino con el 41.9%, mientras que el Género masculino lo hace con el 23%, también se observa que con un 73.1% lo hace ocasionalmente el género masculino. Demostrándonos que las mujeres dedican con más frecuencia, tiempo para su cuidado.

Existe una parecida búsqueda de información sobre la Hipertensión Arterial entre los Género como lo veremos en la tabla 7.

Tabla 7 *Buscar información y orientación sobre HTA, comparado por género.*

¿Busca información y orientación sobre el manejo de la HTA?	Femenino		Masculino		Muestra Total	
	N	%	n	%	n	%
Frecuentemente	6	14%	3	11.6%	9	13.0%
Ocasionalmente	35	81.4%	19	73.0%	54	78.3%
Nunca	2	4.6%	4	15.4%	6	8.7%
	43	100%	26	100%	69	100%

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes hipertensos Parroquia Jima.

Elaborado por: La Autora



En cuanto a la búsqueda de la información sobre la HTA, el género femenino lo realiza ocasionalmente con un 81.4% en comparación con el género masculino con un 73%. Se evidencia que en un porcentaje mayor lo realizan las mujeres.

En cuanto a realizar cambios en su vida para mejorar el control de su enfermedad existe una diferencia entre géneros. Como lo veremos en la tabla 8.

Tabla 8 *Cambios en su vida para control de la enfermedad, comparado por Género*

¿Realiza cambios en su vida para manejar Adecuadamente la enfermedad?	Femenino		Masculino		Muestra Total	
	N	%	N	%	n	%
Frecuentemente	13	30.2%	7	27%	20	29%
Ocasionalmente	28	65.1%	13	50%	41	59.4%
Nunca	2	4.7%	6	23%	8	11.6%
	43	100%	26	100%	69	100%

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes hipertensos Parroquia Jima.

Elaborado por: La Autora

Se evidencia que el género femenino lo realiza ocasionalmente con un 65.1% en comparación con el género masculino que lo hace con un 50%, también podemos observar que las mujeres en porcentajes mayores que los hombres realizan cambios en su vida para mejorar su enfermedad como lo indica su médico, más en cuanto a los que nunca realizaron cambios fueron los hombres con un 23%.

En cuanto a si los adultos y adultas mayores tienen acceso a recibir atención de un nutricionista para su alimentación se identificó una similitud de respuestas entre los géneros.



Alimentación

Tabla 9 *La Alimentación controlado por un Nutricionista, comparada por género*

Su alimentación está controlada por un nutricionista	Femenino		Masculino		Muestra Total	
	N	%	N	%	n	%
Si	7	16.3%	1	3.9%	8	11.6%
No	36	83.7%	25	96.1%	61	88.4%
	43	100%	26	100%	69	100%

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes hipertensos Parroquia Jima.

Elaborado por: La Autora

En cuanto a la alimentación, los resultados demuestran que tanto el género femenino (83.2%) como el masculino (96.15%) no presentan una alimentación controlada por un nutricionista. Los hombres tienen un porcentaje 3,9% menor que el de las mujeres 16.3% de estar controlado por un nutricionista.

En cuanto al consumo de una alimentación sana como fibra, frutas, pan integral, verduras, cereales la mayoría menciona que no lo realiza, como lo se detalla en la tabla 10.



Tabla 10 *Consumo de Alimentos Sanos comparado por Género*

¿Consumen alimentos como fibra, frutas, pan integral, verduras, cereales	Femenino		Masculino		Muestra Total	
	N	%	N	%	N	%
Si	13	30.2%	6	23.1%	19	27.5%
No	30	69.8%	20	79.9%	50	72.5%
	43	100%	26	100%	69	100%

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes hipertensos Parroquia Jima.

Elaborado por: La Autora

El género femenino (30.2%) con más frecuencia incluye alimentos sanos, que el género masculino (23.1%). También observamos que el género masculino no consume una alimentación sana con un 79.9%.

Por otra parte, al consultar a los encuestados acerca del cumplimiento de una dieta se observa que en su mayoría no lo realizan como se observa en la tabla 11.

Tabla 11 *Cumplimiento con la Dieta, comparado por Género*

¿Cumple con su dieta?	Femenino		Masculino		Muestra Total	
	N	%	N	%	N	%
Si	7	16.3%	4	15.4%	11	15.9%
No	36	83.7%	22	84.6%	58	84.1%
	43	100%	26	100%	69	100%

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes hipertensos Parroquia Jima.

Elaborado por: La Autora

Observamos que el género femenino (83.7%) y masculino (84.6%) respondió no realizar el cumplimiento de la dieta.



En la consulta sobre el consumo de 2 gramos de sal al día se evidencia que ambos géneros los realizan, como se observa en la tabla 12.

Tabla 12 *Consumo más de 2 gramos de sal al día, comparado por Género*

¿Consumes más de dos gramos de sal en su dieta?	Femenino		Masculino		Muestra Total	
	N	%	n	%	N	%
Si	19	44.1%	15	57.7%	34	49.3%
No	24	55.9%	11	42.3%	35	50.7%
	43	100%	26	100%	69	100%

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes hipertensos Parroquia Jima.

Elaborado por: La Autora

El género masculino con un 57.7% y género femenino con el 44.1% manifiestan consumir más de dos gramos de sal diariamente.

Se observa que los cambios en la dieta para mantener un peso adecuado el cual es indispensable para el control de la HTA si se realiza, como se observa en la siguiente tabla 13.

Tabla 13 *Cambios de Dieta para mantener un peso adecuado comparado por Género*

¿Realiza cambios en su dieta para mantener un peso adecuado?	Femenino		Masculino		Muestra Total	
	N	%	n	%	N	%
Si	26	60.5%	11	42.3%	37	53.6%
No	17	39.5%	15	57.7%	32	46.4%
	43	100%	26	100%	69	100%

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes hipertensos Parroquia Jima.

Elaborado por: La Autora

La mayoría de las mujeres (60.5%) realizan cambios en su dieta para mantener un peso adecuado en comparación al género masculino (57.7%) que no cumplen con frecuencia estas actividades.



Actividad Física y Deporte

En cuanto a realizar ejercicio físico se evidencio que la mayoría considera muy importante esta actividad como vemos en la tabla 14.

Tabla 14 *Importancia de Realizar ejercicio comparado por Género*

¿Considera importante realizar ejercicio?	Femenino		Masculino		Muestra Total	
	N	%	n	%	N	%
Muy importante	31	72.1%	18	69.2%	49	71%
Poco importante	11	25.6%	8	30.8%	19	27.5%
Sin importancia	1	2.3%	0	0%	1	1.5%
	43	100%	26	100%	69	100%

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes hipertensos Parroquia Jima.

Elaborado por: La Autora

Tanto el género femenino (72.1%) como el género masculino (69.2%), consideran importante realizar ejercicio.

La actividad física que más la realizan los adultos mayores y adultas mayores es la caminata como lo observamos en la tabla 15.



Tabla 15 *Tipo de Actividad Física, Comparado por Género*

¿Qué tipo de actividad física realiza usted?	Femenino		Masculino		Muestra Total	
	N	%	n	%	N	%
Caminata	31	72.1%	22	84.6%	53	76.8%
Correr	1	2.3%	0	0%	1	1.5%
Trotar	0	0%	1	3.9%	1	1.5%
Gimnasia	3	7%	1	3.9%	4	5.7%
Ninguna	8	18.6%	2	7.6%	10	14.5%
	43	100%	26	100%	69	100%

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes hipertensos Parroquia Jima.

Elaborado por: La Autora

Los participantes femenino (72.1%) y masculino (84.6%) manifiestan que el tipo de actividad física que más realizan es la caminata.

La mayoría de encuestados refiere que realiza de una a tres veces por semana actividad física como vemos en la tabla 16.

Tabla 16 *Veces a la Semana que Realiza Ejercicio, comparado por Género*

¿Cuántas veces a la semana realiza ejercicio?	Femenino		Masculino		Muestra Total	
	N	%	n	%	N	%
1-3 veces a la semana	34	79.1%	23	88.5%	57	82.6%
4-6 veces a la semana	1	2.3%	1	3.9%	2	2.9%
A veces	2	4.7%	0	0%	2	2.9%
Nunca	6	13.9%	2	7.6%	8	11.6%
	43	100%	26	100%	69	100%

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes hipertensos Parroquia Jima.

Elaborado por: La Autora



En cuanto al tiempo que dedican a realizar actividad física el género femenino lo hace (79.1%) y el masculino (88.5%) indican que es entre una a tres veces a la semana.

Se observa que las adultas y adultos mayores en su mayoría realizan actividades físicas como veremos en la tabla 17

Tabla 17 *Minutos que dedica a Realizar Ejercicio Físico, comparado por Género*

¿Cuántos minutos realiza actividad física?	Femenino		Masculino		Muestra Total	
	N	%	n	%	N	%
15-30 min	7	16.3%	6	23.1%	13	18.8%
30-45 min	6	13.9%	3	11.5%	9	13.1%
45 o más	22	51.2	15	57.7%	37	53.6%
Nada	8	18.6%	2	7.7%	10	14.5%
	43	100%	26	100%	69	100%

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes hipertensos Parroquia Jima.

Elaborado por: La Autora

El género masculino con un (57.7) y el género femenino con un (51.2) en su mayoría realizan actividades físicas durante 45 minutos o más aproximadamente.

Descanso y Sueño

Con respecto a las horas que duermen los adultos mayores con hipertensión arterial en la noche, manifiestan que habitualmente es más de 8 horas como observamos en la siguiente tabla 18.



Tabla 18 *Horas que Duerme en la Noche, Comparado por Género*

¿Cuántas horas duerme en la noche habitualmente?	Femenino		Masculino		Muestra Total	
	N	%	n	%	N	%
Más de 8 horas	20	46.5%	12	46.2%	32	46.4%
5-7 horas	10	23.3%	8	30.8%	18	26.1%
3-4 horas	12	27.9%	5	19.2%	17	24.6%
Menos de 2 horas	1	2.3%	1	3.8%	2	2.9%
	43	100%	26	100%	69	100%

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes hipertensos Parroquia Jima.

Elaborado por: La Autora

La mayoría de pacientes femenino (46.5%) y masculino (46.2%), mencionan descansar más de ocho.

Las actividades que más realizan para conciliar el sueño son rezar y ver televisión. Como vemos en la siguiente tabla 19

Tabla 19 *Actividades para Conciliar el Sueño, Comparado por Género*

¿Qué actividades realiza usted para conciliar el sueño?	Femenino		Masculino		Muestra Total	
	N	%	n	%	N	%
Hacer ejercicio	1	2.3%	0	0%	1	1.5%
Rezar	18	41.9%	4	15.4%	22	31.9%
Escuchar música	2	4.7%	3	11.5%	5	7.2%
Ver televisión	14	32.5%	12	46.2%	26	37.7%
Ninguna	8	18.6	7	26.9%	15	21.7%



43 100% 26 100% 69 100%

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes hipertensos Parroquia Jima.

Elaborado por: La Autora

Observamos que las mujeres con un 41.9% realizan la actividad de rezar mientras que los hombres con un 46.2% ven televisión para conciliar el sueño.

Consumo de Drogas

El género masculino consume con más frecuencia alcohol en comparación con el género femenino, como observamos en la tabla 20.

Tabla 20 *Consumo de Alcohol, Comparado por Género*

Consumo de alcohol	Femenino		Masculino		Muestra Total	
	N	%	n	%	N	%
Frecuentemente (Todos los días)	1	2.3%	3	11.5%	4	5.8%
Ocasionalmente (una vez a la semana)	1	2.3%	8	30.8%	9	13.1%
No consume	41	95.4%	15	57.7%	56	81.1%
	43	100%	26	100%	69	100%

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes hipertensos Parroquia Jima.

Elaborado por: La Autora

El consumo de alcohol es realizado por los hombres frecuentemente (11.5%) y ocasionalmente (30.8%) a pesar de su enfermedad y edad. Mientras que en las mujeres existe un bajo (2.3%) de consumo.

Se observa que el consumo de tabaco se da en género masculino como se observa en la siguiente tabla 21.



Tabla 21 *Consumo de Tabaco, comparado por Género*

Consumo de tabaco	Femenino		Masculino		Muestra Total	
	N	%	n	%	N	%
Frecuentemente (Todos los días)	0	0%	0	0%	0	0%
Ocasionalmente (una vez a la semana)	0	0%	2	7.7%	2	2.9%
No consume	43	100%	24	92.3%	67	97.1%
	43	100%	26	100%	69	100%

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes hipertensos Parroquia Jima.

Elaborado por: La Autora

Las mujeres no consume tabaco, mientras que los hombres lo hacen en un 7.7% ocasionalmente.

Tratamiento y Control Medico

Los resultados manifiestan que la mayoría de los adultos mayores reciben tratamiento farmacológico como se menciona en la siguiente tabla 22.

Tabla 22 *Tipo de Tratamiento que Consume, Comparado por Género*

¿Qué tipo de tratamiento consume usted?	Femenino		Masculino		Muestra Total	
	N	%	n	%	N	%
Farmacológico	38	88.4%	22	84.6%	60	87%
Natural	5	11.6%	4	15.4%	9	13%
	43	100%	26	100%	69	100%

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes hipertensos Parroquia Jima.

Elaborado por: La Autora



El género femenino con un 88.4% y el género masculino con un 84.6% manifiestan consumir medicamentos farmacológico. También se observa que las mujeres en un 11.6% y los hombres con un 15.4% consumen tratamiento natural.

En cuanto al auto medicarse los usuarios manifiestan que la mayoría no lo realiza. Como se evidencia en la tabla 23

Tabla 23 *Automedicación para la HTA, comparado por Género*

¿Usted se auto médica para la hipertensión arterial?	Femenino		Masculino		Muestra Total	
	N	%	n	%	N	%
Si	7	16.3%	4	15.4%	11	15.9%
No	36	83.7%	22	84.6%	58	84.1%
	43	100%	26	100%	69	100%

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes hipertensos Parroquia Jima.

Elaborado por: La Autora

Se observa que la mayoría de usuarios femenino (83.7%) y masculino (84.6%) no se auto medican, pero existe un minoría donde las mujeres con el 16.3% y los hombres con el 15.4 %si se auto medican.

La mayoría de adultos y adultas mayores se interesa por cumplir el tratamiento medico

Como vemos en la siguiente tabla 24.



Tabla 24 *Interés por Cumplir el Tratamiento, comparado por Género*

¿Se interesa por cumplir con el tratamiento médico para la hipertensión arterial?	Femenino		Masculino		Muestra Total	
	N	%	n	%	N	%
Si	36	83.7%	22	84.6%	58	84.1%
No	7	16.3%	4	15.4%	11	15.9%
	43	100%	26	100%	69	100%

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes hipertensos Parroquia Jima.

Elaborado por: La Autora

El género femenino (83.7%) y masculino (84.6%) manifiestan cumplir el tratamiento médico per existe una minoría que no lo hace como es las mujeres con un 16.3% y hombres con un 15.4% donde observamos que los hombres tiene mayor desinterés por cumplir el tratamiento.

El control médico lo realizan en su mayoría mensualmente como lo observamos en la tabla 25.

Tabla 25 *Tempo que Acude para el Control Médico, Comparado por Género*

¿Cada qué tiempo acude al control médico?	Femenino		Masculino		Muestra Total	
	N	%	n	%	N	%
Mensual	32	74.4%	16	61.5%	48	69.6%
Trimestral	6	14%	3	11.6%	9	13%
Semestral	0	0%	2	7.7%	2	2.9%
No asiste	5	11.6%	5	19.2%	10	14.5%
	43	100%	26	100%	69	100%

Fuente: Encuesta dirigida a pacientes hipertensos Parroquia Jima.

Elaborado por: La Autora



En su mayoría las mujeres con un 74.4% y hombres con un 61.5% acuden mensualmente a su control médico. Mencionando que existe una minoría que no asiste a su control médico mujeres (11.6%) y hombres (19.2%) donde observamos que los hombres tienen menos controles médicos para su enfermedad.



CAPÍTULO VI

6.1 Discusión

La presente investigación se realizó con el objetivo de analizar las capacidades de autocuidado que tienen mujeres y hombres adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial, de los cuales el 62.3 % pertenece al género femenino y el 37.7 % corresponde al género masculino, resultados cercanos a un estudio realizado por (Reyes & Segura, 2018) en Guayaquil-Ecuador, donde se observa que un 66% de los pacientes son de género femenino, mientras que un 34% son de género masculino.

En un estudio realizado por Orellana & Pucha, (2017) en relación al estado civil predominan los casados y casadas con un 59.7% y cursaron la primaria completa con un 47,8%, datos parecidos en nuestro estudio, en relación al estado civil en ambos géneros, predomina el estado civil casado, con un 53.5% en el género femenino y el 73.1% en el género masculino. Con respecto al nivel de instrucción se evidencia que el 53.5% del género femenino tiene primaria incompleta, mientras que el 34.6% del género masculino tiene primaria completa.

Según estudios ya mencionado anteriormente por (Orellana & Pucha, 2017) se vio que el 87,3% no controla su alimentación con un nutricionista y el 89.6% no consume más de dos gramos de sal al día, también se evidencio que el 41 % de la población estudiada consume algunas veces frutas y cereales, el 53,7% no cumple con la dieta recomendada, también se evidencia que el 50% de los pacientes duermen entre 5 y 7 horas. Se confirma en nuestro estudio donde el género femenino (83.2%) como el masculino (96.15%) no presentan una alimentación controlada por un nutricionista, El género masculino con un 57.7% y género femenino con el 44.1% manifiestan consumir más de dos gramos de sal diariamente, sin embargo el género femenino (30.2%) con más frecuencia incluye alimentos como fibra, frutas, pan integral, verduras y cereales, también en



cuanto al cumplimiento de una dieta tanto el género femenino (83.7%) y masculino (84.6%) respondió no realizarlo. La mayoría de las mujeres (60.5%) realizan cambios en su dieta para mantener un peso adecuado en comparación al género masculino (42.3%) que no cumplen con frecuencia estas actividades. Y la mayoría de los pacientes masculino (46.2%) y femenino (46.2%) duermen ocho horas y más.

En un estudio realizado por Reyes & Segura, (2018) se evidencio que el 22% de los pacientes realizan caminata como actividad física y 51% lo realiza de 15 a 30 minutos, También evidencia que el 43% de los pacientes tienen hábitos tóxicos como consumo de alcohol y tabaco el 75% lo consume en fechas espaciales. Por otra parte, revelan que el 59% de los pacientes toman la medicación prescrita por el médico. En el presente estudio lo contrasta con 72.1% del género femenino y el 84.6% del género masculino que realizan la caminata como actividad física, y la mayoría lo hace de 45 minutos y más, por otra parte, se evidencia que el género masculino consume mayoritariamente alcohol (42.3%) y tabaco (7.7%) en comparación con el género femenino alcohol (4.6%). Y el (83.7%) de las mujeres y el (84.6%) de los hombres cumplen con un tratamiento médico para la hipertensión arterial.

En cuanto a la bibliografía consultada se decía que existe mayor prevalencia de la enfermedad hipertensiva en los hombres que en las mujeres sin embargo en nuestra investigación, la población afectada en su mayoría son mujeres debido a diferentes factores como cumplir con los roles asignados como el trabajo de cuidado que muchas veces descuida su propia salud, a su bajo nivel de educación, su mala alimentación, tomar en cuenta que no dedican un tiempo adecuado para realizar ejercicio físico suficiente demostrando un déficit de autocuidado.



Es muy importante tomar en cuenta que esta encuesta fue dirigida a personas con un diagnóstico de Hipertensión arterial sin embargo vemos que el 11.6% del género femenino y el 15,4% del género masculino, no toma tratamiento farmacológico antihipertensivo sino decide reemplazarlo por tratamiento naturales como aguas medicinales, esto complica su estado de salud poniendo en riesgo su vida.



CAPÍTULO VII

7.1 Conclusiones:

Con relación al Objetivo General que fue Analizar las capacidades de autocuidado que tienen mujeres y hombres adultos mayores con hipertensión arterial, los resultados indican que si existe diferencia en la capacidad de autocuidado que tienen los hombres y mujeres, esto se asocia a que las mujeres adultas mayores tienen una mejor capacidad de autocuidado con respecto a su enfermedad en las diferentes variables de autocuidado, que los hombres adultos mayores.

En cuanto al primer objetivo que fue: Categorizar al grupo de estudio según; género, edad, estado civil, instrucción, etnia, se encontró que el 62.3 % pertenece al género femenino y el 37.7 % corresponde al género masculino, existiendo una diferencia mayoritaria del Género Femenino con Hipertensión Arterial.

Con relación a segundo objetivo que fue: Identificar las prácticas de autocuidado de las y los adultos mayores con hipertensión arterial. En conclusión: con mayor frecuencia dedica más tiempo para su cuidado el género femenino con el 41.9%, mientras que el Género masculino lo hace con el 23%, en cuanto a la alimentación el género femenino (30.2%) con más frecuencia incluye alimentos sanos, que el género masculino (23.1%). En relación a la actividad física consideran tanto el género femenino (72.1%) como el género masculino (69.2%), consideran importante realizar ejercicio. La mayoría de pacientes femenino (46.5%) y masculino (46.2%), mencionan descansar más de ocho. El consumo de alcohol es realizado por los hombres frecuentemente (11.5%) y ocasionalmente (30.8%) a pesar de su enfermedad y edad. Mientras que en las mujeres existe un bajo (2.3%) de consumo.

El género femenino con un 88.4% y el género masculino con un 84.6% manifiestan consumir medicamentos farmacológico, El género femenino (83.7%) y masculino (84.6%)



manifiestan cumplir el tratamiento médico, y finalmente las mujeres con un 74.4% y hombres con un 61.5% acuden mensualmente a su control médico

7. 2 Recomendaciones:

La vivencia de la vejez en la zona rural de la parroquia Jima está atado a diferentes problemas que viven cada género, es así que los adultos mayores se quedan en el campo es por un sentido de pertenencia y unidos a su historia y tradición, como se da en la parroquia donde, cada uno de ellos desarrolla sus roles asignados a los hombres y a las mujeres dictados por la cultura, donde el género masculino está atado al trabajo productivo como es la ganadería, mientras que las mujeres atadas al trabajo doméstico, muchos de ellos viven solos y su situación de pobreza, vejez, enfermedad como la hipertensión arterial, hace que tengan una vida vulnerable, y podemos demostrar a través de este estudio que el género femenino está ligado al cuidado de los demás haciendo que esto influya es su capacidad de autocuidado siendo más responsables con las medidas para llevar mejor su enfermedad mientras, que los hombres no cumplen con su autocuidado.

También se ve que por cumplir reglas de masculinidad como el consumo de alcohol se ven afectado en la capacidad de autocuidado, donde el no cumplir con una alimentación adecuada, el no consumo de alcohol, se relaciona con la falta de conocimiento sobre el cuidado de su salud. Se recomienda que ambos géneros necesitan mayor concientización y conocimiento sobre su enfermedad y sobre el autocuidado pero en mayor porcentaje los hombres adultos mayores requieren más apoyo. Una recomendación importante sería educar a los pacientes, en el cuidado en cuanto a preparar sus propios alimentos para mejor su alimentación, educarles en la importancia de realizar ejercicio, el no consumo de drogas, mantener un descanso y sueño adecuado, acudir al control médico, la toma correcta de la medicación, siendo estas una herramientas muy importantes para controlar su enfermedad también es importante crear redes de apoyo para que familiares se



eduquen y puedan ayudar, para mejora en un futuro la dependencia de cuidado que tienen los hombres hacia otras personas. Esta problemática se debe abordar interinstitucionalmente con profesionales de salud y con los profesionales sociales que actualmente trabajan con adultos mayores.



BIBLIOGRAFÍA

- Alvarado, A. M., & Salazar, A. M. (2014). *Análisis del concepto de envejecimiento*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002
- Constitucion de la Republca del Ecuador. (2008). Obtenido de https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf
- Encuesta Nacional de Salud y Nutricion. (2012). *Encuesta Nacionala de Salud y Nutricion*. Obtenido de https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/ENSANUT/MSP_ENSANUT-ECU_06-10-2014.pdf
- Escobar, L. (2019). *Capacidad de agencia para el autocuidado y sus efectos en la satisfacción sexual en pacientes con artritis reumatoide*. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32907/1/Trabajo%20de%20titulaci%C3%B3n.pdf>
- Farmaceuticos, C. G. (2019). *Autocuidado de la Salud*. Obtenido de https://www.portalfarma.com/Ciudadanos/Destacados_ciudadanos/Paginas/Autocuidado-de-la-salud.aspx
- Fernandez, C., Artiaga, A., & Davila, M. (2013). *Cuidados, género y transformación de identidades*. Obtenido de <https://core.ac.uk/download/pdf/38812595.pdf>
- Frei, J. (2015). *Guía de Capacitación de Autocuidado de la Salud* . Obtenido de <http://www.helpagela.org/silo/files/gua-de-capacitacin-de-autocuidado-de-la-salud.pdf>
- Gil. (2012). *Gia de Practica Clinicaen Geriatria*. Obtenido de Hipertension en el Anciano: <https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/Centro sDia/GBPCG%20HTA%20ANCIANO.pdf>
- INEC. (2010). Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/base-de-datos-censo-de-poblacion-y-vivienda/>



- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2010). *POBLACIÓN POR SEXO, SEGÚN PROVINCIA, PARROQUIA Y CANTÓN DE EMPADRONAMIENTO*. Obtenido de <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/?s=POBLACION+POR+SEXO%2C+SEGUN+PROVINCIA%2C+PARROQUIA+Y+CANTON+DE+EMPADRONAMIENTO>
- Izquierdo, M. (2003). *Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: Hacia una política democrática del cuidado*. Obtenido de https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/Boletin_ECOS/10/Socializacion_del_cuidado.pdf
- Ley Organica de Salud. (12 de abril de 2018). Obtenido de <http://www.lexis.com.ec/wp-content/uploads/2018/07/LI-LEY-ORGANICA-DE-SALUD.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2018). *Manual del Modelo Integral de Atención de Salud*. Quito.
- Morales, R. (2017). *Estilos de vida y autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial. Hospital II ESSALUD. Huaraz, 2017*. Obtenido de http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/5940/Tesis_57961.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mujeres para la Salud. (2018). *Impacto de la desigualdad de género en la salud de las mujeres*. Obtenido de <https://www.mujeresparalasalud.org/impacto-de-la-desigualdad-de-genero-en-la-salud-de-las-mujeres/>
- Muñoz, C. (14 de Agosto de 2018). *Factores de riesgo de la hipertensión arterial*. Obtenido de <https://www.geosalud.com/hipertension/hipertension-arterial-factores-riesgo.html>
- Ofman, S., Pereyra, C., & Stefani, D. (Julio de 2013). *Autocuidado en pacientes hipertensos esenciales en tratamiento Diferencias según género*. Obtenido de <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N108-6.pdf>
- Orellana, M., & Pucha, M. (2017). *EL AUTOCUIDADO EN PERSONAS HIPERTENSAS DEL CLUB "PRIMERO MI SALUD" UNE - TOTORACOCHA, CUENCA 2016*. Obtenido de



<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26884/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACION.pdf>

Organizacion Mundial de la Salud. (2013). *Información general sobre la Hipertension en el Mundo*. Obtenido de

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf;jsessionid=FFFE59D6B1AD3EB387D033E5E20D4E7F?sequence=1

Organizacion Mundial de la Salud. (2015). *Preguntas y respuestas sobre la hipertensión*.

Obtenido de <https://www.who.int/features/qa/82/es/>

Organizacion Mundial de la Salud. (2017). *Día Mundial de la Hipertensión 2017: Conoce tus números*. Obtenido de

https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1166:dia-mundial-de-la-hipertension-2017-conoce-tus-numeros&Itemid=451

Organizacion Mundial de la Salud. (2018). *Enfermedades no transmisibles*. Obtenido de

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Organizacion Mundial de la Salud, Organizacion Panamericana de la Salud. (2017). *ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN*. Obtenido de <https://www.paho.org/>:

https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/%3Fpost_t_es%3Dsalud-del-adulto-mayor%26lang%3Des

Ramos, V. (2019). *Hipertensión arterial: novedades de las guías 2018*. Obtenido de

<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruc/v34n1/1688-0420-ruc-34-01-131.pdf>

Reyes, P., & Segura, V. (2018). *"AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL DEL ÁREA DE COBERTURA DEL CENTRO DE SALUD 29 DE ABRIL/JUNIO-AGOSTO 2018"*.

Obtenido de <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/36246/1/1263-TESIS-REYES%20Y%20SEGURA.pdf>

Salazar, P., Rotta, A., & Otiniano, F. (2016). *Hipertensión en el adulto mayor*. Obtenido de

<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v27n1/a10v27n1.pdf>



Salgado, N., & Wong, R. (28 de 05 de 2007). *Género y pobreza:determinantes de la salud en la vejez*. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2007/sals074k.pdf>

Salud, E. d. (2018). *Análisis Situacional Integral de Salud, 2018*.

Sanitas. (2019). *Hipertensión arterial en personas mayores*. Obtenido de <https://www.sanitas.es/sanitas/seguros/es/particulares/biblioteca-de-salud/tercera-edad/control-patologias-cronicas/hipertension-arterial.html>

Sierra, B., & Coca, P. (2002). La hipertensión arterial en el anciano. *ELSEVIER, 40(10), 1*. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la-hipertension-arterial-el-anciano-13041793>

Spíritus, S. (2017). *La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009

Tafur, C., Vasquez, L., & Nonaka, M. (2017). *“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*. Obtenido de http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/4871/Cinthia_Tesis_Titulo_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Unknown. (2012). *REQUISITOS UNIVERSALES DEL AUTOCUIDADO*. Obtenido de <http://necesidadeshumanasdelautocuidado.blogspot.com/>



ANEXOS

MINISTERIO DE SALUD



Coordinación Zonal 6
Dirección Distrital 01D08 – SIGSIG – Salud

Memorando Nro. MSP-CZ6-DD01D08-2019-1080-M

Sigsig, 04 de junio de 2019

PARA: Sra. Lcda. Aida Faviola Suin Zhunio
Auxiliar de Enfermería

ASUNTO: SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE DATOS ESTADÍSTICOS

De mi consideración:

En respuesta al memorando MSP-CZ6-JIM-2019-0023-M, este despacho avoca conocimiento y autoriza acceder a la base de datos del departamento de estadística del distrito de salud 01D08 Sigsig establecimiento de salud Jima durante el periodo comprometido desde enero a marzo del 2019, cabe indicar que la documentación obtenida es netamente responsabilidad suya del buen uso de los mismos.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Dra. Karla Giselle Sumba Leon
DIRECTORA DISTRITAL 01D08 - SALUD (E)

Referencias:
- MSP-CZ6-JIM-2019-0023-M

Copia:
Sr. Ing. David Emanuel Peñaranda Castro
Analista de Talento Humano

Sr. Med. Paul Santiago Arcos Viscarra
Administrador Técnico del Establecimiento de Salud De Jima

Adolfo Corral y Miguel Moscoso
Sigsig – Azuay • Código Postal: 010803 • Teléfono: 593 (02) 2266-610 • www.salud.gob.ec

* Documento firmado electrónicamente por Quijux

1/2



CONSENTIMIENTO INFORMADO

CAPACIDADES DE AUTOCAUIDADO EN MUJERES Y HOMBRES ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. JIMA 2019

Nombre del investigador: Aida Faviola Suin Zhunio

INTRODUCCION

El presente trabajo de investigación analiza bajo un enfoque de género, las capacidades de autocuidado que tienen mujeres y hombres adultos mayores con hipertensión arterial. Hoy en día existen enfermedades crónicas como la Hipertensión arterial, que hace necesario implementar estrategias y mecanismos de trabajo para explicar la realidad y mejorar el tratamiento para la enfermedad y la calidad de vida de las personas.

PROPOSITO DEL ESTUDIO:

Esta investigación tiene como fin obtener información en cuanto a las capacidades de autocuidado en mujeres y hombres adultos mayores con hipertensión arterial de la parroquia Jima.

DESCRIPCION DE LOS PROCEDIMIENTOS: el presente trabajo se realizará previo a la autorización, a través de una encuesta.

BENEFICIOS: la participación en esta investigación no tendrá costo alguno, más será importante por que servirá como base para otras investigaciones.

CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS: Toda información obtenida será confidencial. Su uso será exclusivo para el presente trabajo de investigación.

DERECHOS Y OPCIONES DEL PARTICIPANTE: su participación es voluntaria. Cualquier duda o inquietud puede preguntar a la estudiante.

Agradezco su participación.

Yo..... Con N° de Cédula.....

Después de haber leído y comprendido este consentimiento informado, acepto las condiciones para la participación y autorización.

Firma.....

Fecha.....



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
CARRERA DE GÉNERO Y DESARROLLO**

FORMULARIO DE RECOLECCION DE DATOS

ENCUESTA PARA DESCRIBIR “LAS CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO EN MUJERES Y HOMBRES ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. JIMA 2019”

FECHA DE LA ENCUESTA:

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:

Datos personales del paciente:

Edad: (años cumplidos): 65-69 <input type="checkbox"/> 75-79 <input type="checkbox"/> 70-74 <input type="checkbox"/> 80 o más <input type="checkbox"/>	Género: 1. Femenino <input type="checkbox"/> 2. Masculino <input type="checkbox"/>
---	--

Estado civil	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>		Viudo <input type="checkbox"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	
Instrucción	Ninguna <input type="checkbox"/>	Primaria incompleta <input type="checkbox"/>	Primaria completa <input type="checkbox"/>	Secundaria incompleta <input type="checkbox"/>	Secundaria completa <input type="checkbox"/>	Superior incompleta <input type="checkbox"/> Superior completa <input type="checkbox"/>
Auto identificación étnica	Indígena <input type="checkbox"/>	Blanco <input type="checkbox"/>		Mestizo <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	No conoce <input type="checkbox"/>

Instrumento para evaluar las capacidades de autocuidado en mujeres y hombres adultos mayores con hipertensión arterial.

¿Dedica tiempo para su propio cuidado?	a) Frecuentemente <input type="checkbox"/> b) Ocasionalmente <input type="checkbox"/> c) Nunca <input type="checkbox"/>
¿Busca información y orientación sobre el manejo de la HTA?	a) Frecuentemente <input type="checkbox"/> b) Ocasionalmente <input type="checkbox"/> c) Nunca <input type="checkbox"/>
¿Realiza cambios en su vida, para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad?	a) Frecuentemente <input type="checkbox"/> b) Ocasionalmente <input type="checkbox"/> c) Nunca <input type="checkbox"/>



ALIMENTACION

¿Su alimentación está controlada por un nutricionista?	Si ()	No ()
¿Incluye alimentos como fibra, frutas, pan integral, verduras y cereales?	Si ()	No ()
¿Cumple su dieta?	Si ()	No ()
¿Usted prepara sus alimentos?	Si ()	No ()
¿En su dieta consume más de 2 gramos de sal (equivalente a una cucharadita de té) diariamente?	Si ()	No ()
¿Realiza cambios en su dieta para mantener un peso adecuado?	Si ()	No ()

ACTIVIDAD FISICA/ DEPORTE

¿Considera importante realizar ejercicio?	Muy importante ()	De poca importancia ()	Sin importancia ()		
¿Cuántas veces a la semana realiza ejercicio?	De uno a tres veces a la semana ()	De cuatro a seis veces a la semana ()	A veces ()	Nunca ()	
¿Qué tipo de actividad física realiza usted?	Caminata ()	Corre ()	Trota ()	Gimnasia ()	Ninguno ()
¿Cuántos minutos realiza la actividad física?	De 15 a 30 min. ()	De 30 a 45 min. ()	De 45min o más. ()	Nada ()	

DESCANSO Y SUEÑO

¿Cuántas horas duerme en la noche habitualmente?	Más de 8 horas ()	Entre 5 y 7 horas ()	Entre 3 y 4 horas ()	Menos de 2 horas ()	
¿Qué actividades realiza usted para conciliar el sueño?	Hacer ejercicio ()	Rezar ()	Escuchar música ()	Ver Tv ()	Ninguno



CONSUMO DE SUSTANCIAS

¿Con qué Frecuencia consume las siguientes sustancias?

Sustancias	Frecuentemente (Todos los días)	Ocasionalmente (una vez a la semana)	No consume
Alcohol			
Tabaco			

TRATAMIENTO Y CONTROL MEDICO

¿Qué tipo de tratamiento consume usted?	Farmacológico (con medicamentos) ()	Natural ()	Ninguno	
¿Usted se auto médica para la Hipertensión Arterial?	Si ()	No ()		
¿Se interesa usted por cumplir con el tratamiento médico para la Hipertensión Arterial?	Si ()	No ()		
¿Usted acude al control médico?	Mensualmente	Trimestralmente	Semestralmente	No asiste