



**UNIVERSIDAD NACIONAL
HERMILIO VALDIZÁN
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

INFORME DE TESIS

**DETERIORO COGNITIVO Y SU RELACIÓN CON
EL AUTOCUIDADO EN ADULTOS MAYORES
HIPERTENSOS, CENTRO DE SALUD
POTRACANCHA, HUANUCO 2017.**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO(A) EN ENFERMERÍA**

TESISTAS:

Bach. Enf. BASILIO ESPINOZA, Kemuel.

Bach. Enf. CHÁVEZ LIOS, Cindy Pierina.

Bach. Enf. LLANOS JESUS, Lizbeth Carmen.

ASESOR:

Mg. ARANCIAGA CAMPOS, Holger.

HUÁNUCO - PERÚ

2017

DEDICATORIA

A Dios, por ser el Dios de la sabiduría y conocimiento
A mis padres y hermanos, por apoyarme moralmente
y económicamente para poder cumplir mi sueño.

Basilio Espinoza, Kemuel.

A Dios, por darme la dicha de tener

Una hermosa familia,

A mis padres por su apoyo incondicional,

A mis hermanas por demostrarme el cariño y comprensión.

Chávez Líos, Cindy Pierina

A Dios, por todas las bendiciones que me brinda

A mi papá, abuelito y hermana

y a toda mi familia por el amor y apoyo incondicional
que siempre me dan.

Llanos Jesús, Lizbeth Carmen.

AGRADECIMIENTOS

Primero y antes que nada, dar gracias a Dios, por estar con nosotros en cada paso que damos, por fortalecer nuestro corazón e iluminar nuestra mente y por haber puesto en nuestro camino a aquellas personas que han sido nuestro soporte y compañía en los momentos más difíciles.

Agradecer hoy y siempre a nuestros padres por el esfuerzo realizado por ellos; el apoyo en nuestros estudios, de ser así no hubiese sido posible conseguir este noble anhelo.

A nuestros familiares ya que nos brindan el apoyo, la alegría y nos dan la fortaleza necesaria para seguir adelante.

Un agradecimiento especial al Mg. Holger Aranciaga Campos, por la colaboración, paciencia demostrada y que ha permitido que se pueda culminar con éxito el presente trabajo de investigación.

RESUMEN

Objetivo general: Determinar la relación que existe entre el deterioro cognitivo y el autocuidado en los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017. **Métodos:** Se realizó un estudio analítico relacional, realizado en 48 adultos mayores hipertensos, utilizando un cuestionario de características generales, la escala de Pfeiffer y una escala de autocuidado en hipertensión arterial en la recolección de datos; en el análisis inferencial se utilizó la prueba del chi cuadrado con un valor de significancia $p \leq 0,05$. **Resultados:** Respecto al deterioro cognitivo, el 52,1% de evaluados no tuvieron deterioro cognitivo, 39,6% presentaron deterioro cognitivo leve y 8,3% deterioro cognitivo moderado; en cuanto al autocuidado, el 68,8% tuvieron autocuidado adecuado y el 31,2% autocuidado inadecuado. Al analizar la relación entre las variables, se encontró que el autocuidado ($p < 0,000$) y sus dimensiones régimen alimentario ($p < 0,002$), actividad física ($p < 0,000$), problemas psicológicos ($p < 0,000$), descanso y recreación ($p < 0,016$), tratamiento ($p < 0,017$), y cuidado de la salud ($p < 0,032$) se relacionaron significativamente con el deterioro cognitivo en la muestra en estudio. **Conclusiones:** El deterioro cognitivo se relaciona con el autocuidado en los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017; por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación. **Palabras clave:** *Deterioro Cognitivo, Autocuidado, Adultos Mayores, Hipertensión Arterial.*

ABSTRACT

General objective: To determine the relation that exists between the cognitive deterioration and the autocare in the major hypertense adults of the Center of Health Potracancha - Huánuco 2017. **Methods:** There was realized an analytical relational study realized in 48 major hypertense adults, using a questionnaire of general characteristics, Pfeiffer's scale and a scale of autocare in arterial hypertension in the compilation of information; in the analysis inferential there was in use the test of the chi squared with a value of significance $p \leq 0,05$. **Results:** With regard to the cognitive deterioration, the 52,1% of evaluated had cognitive deterioration, 39,6 % presented cognitive slight deterioration and 8,3% cognitive moderate deterioration; as for the autocare, 68,8% had suitable autocare and 31,2% inadequate autocare. On having analyzed the relation between the variables, one found that the autocare ($p < 0,000$) and his dimensions food regime ($p < 0,002$), physical activity ($p < 0,000$), psychological problems ($p < 0,000$), I rest and recreation ($p < 0,016$), treatment ($p < 0,017$), and care of the health ($p < 0,032$) they related significantly to the cognitive deterioration in the sample in study. **Conclusions:** The cognitive deterioration relates to the autocare in the major hypertense adults of the Center of Health Potracancha - Huánuco 2017; by what the void hypothesis is rejected and the hypothesis of investigation is accepted. **Key words:** *Cognitive deterioration, Autocare Quality of Vida, Major adults, Arterial Hypertension.*

INDICE GENERAL DEL CONTENIDO	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDO	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE FIGURA	xi
ÍNDICE DE ANEXOS	xiv
INTRODUCCIÓN	15

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes de investigación.	20
1.1.1. Internacionales.	20
1.1.2. Nacionales.	22
1.1.3. Locales.	26
1.2. Bases teóricas.	27
1.2.1. Teoría del autocuidado de Dorothea Orem.	27
1.2.2. Teoría del desarrollo cognitivo de Schaie y Willis.	29
1.2.3. Teoría de la actividad de Havighurst.	31
1.3. Bases conceptuales.	31
1.3.1. Deterioro cognitivo.	31
1.3.1.1. Clasificación del deterioro cognitivo.	32
1.3.1.2. Deterioro cognitivo en el adulto mayor.	33
1.3.1.3. Evaluación del deterioro cognitivo en el adulto mayor.	34
1.3.2. Autocuidado.	35
1.3.2.1. Autocuidado en el adulto mayor.	36
1.3.2.2. Dimensiones del autocuidado en adultos mayores hipertensos.	37
1.3.3. Hipertensión Arterial.	43

1.4. Definición de términos operacionales.	44
1.5. Formulación del problema.	45
1.6. Objetivos.	45
1.7. Hipótesis.	46
1.8. Variables.	47
1.9. Operacionalización de variables.	48

CAPÍTULO II

2. MARCO METODOLÓGICO

2.1. Ámbito de estudio.	52
2.2. Población	52
2.3. Muestra	53
2.4. Tipo de investigación.	54
2.5. Diseño de investigación.	55
2.6. Técnicas e instrumentos.	56
2.7. Validez y confiabilidad.	58
2.8. Procedimientos de recolección de datos.	61
2.9. Plan de tabulación y análisis de datos	64
2.10. Aspectos éticos de la investigación.	66

CAPÍTULO III

3. RESULTADOS

3.1. Análisis descriptivo de datos univariados	68
3.2. Análisis inferencial o prueba de contrastación de hipótesis.	85

CAPÍTULO IV

4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1. Contrastación de resultados	101
CONCLUSIONES	105
SUGERENCIAS	107
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
ANEXOS	115

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 01. Edad de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.	68
Tabla 02. Género de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.	69
Tabla 03. Lugar de procedencia de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.	70
Tabla 04. Estado civil de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.	71
Tabla 05. Grado de escolaridad de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.	72
Tabla 06. Ocupación de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017	73
Tabla 07. Personas con quienes viven los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.	74
Tabla 08. Personas encargadas del cuidado de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.	75
Tabla 09. Grado de deterioro cognitivo en los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.	76
Tabla 10. Autocuidado en la dimensión régimen alimentario de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.	77
Tabla 11. Autocuidado en la dimensión actividad física de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.	78

Tabla 12.	Autocuidado en la dimensión problemas psicológicos de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.	79
Tabla 13.	Autocuidado en la dimensión hábitos nocivos de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.	80
Tabla 14.	Autocuidado en la dimensión descanso y recreación de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.	81
Tabla 15.	Autocuidado en la dimensión tratamiento de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017	82
Tabla 16.	Autocuidado en la dimensión cuidado de la salud de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.	83
Tabla 17.	Autocuidado de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.	84
Tabla 18.	Relación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión régimen alimentario de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.	85
Tabla 19.	Relación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión actividad física de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.	87
Tabla 20.	Relación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión problemas psicológicos de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.	89

Tabla 21.	Relación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión hábitos nocivos de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.	91
Tabla 22.	Relación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión descanso y recreación de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.	93
Tabla 23.	Relación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión tratamiento de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.	95
Tabla 24.	Relación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión cuidado de la salud de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.	97
Tabla 25.	Relación entre el deterioro cognitivo y el autocuidado en los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.	99

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 01. Representación gráfica de la edad de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.	68
Figura 02. Representación gráfica del género predominante en los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.	69
Figura 03. Representación gráfica del lugar de procedencia de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.	70
Figura 04. Representación gráfica del estado civil de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.	71
Figura 05. Representación gráfica del grado de escolaridad de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.	72
Figura 06. Representación gráfica de la ocupación de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017	73
Figura 07. Representación gráfica de las personas con quienes viven los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.	74
Figura 08. Representación gráfica de las personas encargadas del cuidado de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.	75
Figura 09. Representación gráfica del grado deterioro cognitivo en los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.	76

- Figura 10.** Representación gráfica del autocuidado en la dimensión régimen alimentario de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017. 77
- Figura 11.** Representación gráfica del autocuidado en la dimensión actividad física de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017. 78
- Figura 12.** Representación gráfica del autocuidado en la dimensión problemas psicológicos de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017. 79
- Figura 13.** Representación gráfica del autocuidado en la dimensión hábitos nocivos de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017. 80
- Figura 14.** Representación gráfica del autocuidado en la dimensión descanso y recreación de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017 81
- Figura 15.** Representación gráfica del autocuidado en la dimensión tratamiento de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017 82
- Figura 16.** Representación gráfica del autocuidado en la dimensión cuidado de la salud de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017. 83
- Figura 17.** Representación gráfica del autocuidado de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017. 84

- Figura 18.** Comparación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión régimen alimentario de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017. 85
- Figura 19.** Comparación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión actividad física de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017. 87
- Figura 20.** Comparación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión problemas psicológicos de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017. 89
- Figura 21.** Comparación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión hábitos nocivos de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017. 91
- Figura 22.** Comparación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión descanso y recreación de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017. 93
- Figura 23.** Comparación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión tratamiento de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017 95
- Figura 24.** Comparación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión cuidado de la salud de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017. 97
- Figura 25.** Comparación entre el deterioro cognitivo y el autocuidado en los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017. 99

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Cuestionario de características generales.	116
Anexo 2. Escala de Pfeiffer	118
Anexo 3. Escala de autocuidado en hipertensión arterial	119
Anexo 4. Constancias de validación	123
Anexo 5. Análisis de confiabilidad coeficiente de Alfa Cronbach	126
Anexo 6. Consentimiento Informado	129
Anexo 7. Matriz de consistencia	132

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, la mayoría de países del mundo se encuentran atravesando por un proceso de transición demográfica, causado por el aumento en la esperanza de vida, disminución de la natalidad y los cambios epidemiológicos, que ha dado lugar al envejecimiento de la población, constituyéndose en uno de los fenómenos más importantes de este siglo en el ámbito demográfico y social¹.

Según proyecciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS)², se estima que para el año 2050, la proporción actual de adultos mayores se duplicará pasando de 605 millones a 2000 millones. En América Latina se estima que para el año 2025 existirán más de 100 millones de adultos mayores; y que, para este año, los adultos mayores representarán el 13,3% de la población peruana.

El envejecimiento humano constituye un fenómeno universal, gradual, irreversible e inevitable, que día a día es más progresivo y afecta a todas las personas, produciendo una serie de cambios físicos, psicológicos y en sus estructuras cognitivas; manifestándose en los adultos mayores sanos como un descenso y alteración de las funciones cognitivas que interfieren en las actividades de la vida diaria, que es conocido comúnmente como deterioro cognitivo³.

Según la OMS citado por Pérez⁴, el deterioro cognitivo constituye un conjunto de signos y síntomas caracterizados por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales tales como la memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad.

En los adultos mayores, el deterioro cognitivo se puede clasificar en leve, moderado y severo y cada uno de ellos puede ser evaluado mediante la capacidad de rendimiento cognitivo, fluidez verbal, acciones motoras y la velocidad de procesamiento de la información en su vida cotidiana⁵.

A nivel mundial se ha podido evidenciar un incremento progresivo del deterioro cognitivo en los adultos mayores, estimándose que se producen más de 4,6 millones de casos nuevos al año y que en la actualidad existen más de 24,3 millones de casos en todo el mundo; calculándose que será el doble cada 20 años y se estima que será de 81,1 millones en el año 2040⁶.

Un estudio realizado en el Perú sobre el deterioro cognitivo en el adulto mayor reportó que el 46% de la población lo presenta, teniendo la siguiente distribución: deterioro cognitivo leve 24%, moderado 12% y severo 10%⁷.

Según especialistas del Ministerio de Salud, la prevalencia del deterioro cognitivo se relaciona de manera directa con diversas patologías propias de la vejez como las enfermedades cardiovasculares entre las que se encuentra la hipertensión arterial, siendo señalada por los médicos como un factor de riesgo que incrementa el riesgo de padecer de deterioro cognitivo en la vejez, estableciendo que “todo lo que hace daño al corazón, hace daño al cerebro”⁸.

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica caracterizada por la elevación de los niveles de presión arterial por encima de los valores normales; por lo que es considerada un problema de salud pública a nivel mundial, y conocida también como asesina silenciosa, por ser una enfermedad letal, invisible que rara vez produce síntomas y que produce consecuencias negativas para las personas que lo padecen que pueden ser en algunos casos mortales, si no es tratada a tiempo o en forma adecuada⁹.

Según la OMS¹⁰, a nivel mundial, la hipertensión arterial causa la muerte de más de 7,5 millones de personas al año, siendo la prevalencia más alta en los adultos mayores donde puede llegar hasta el 80%. En América Latina, se estima que cada año mueren más de 8 millones de personas, y que el 75% de estas muertes se presentan en los países en vías en desarrollo.

En el Perú, según reportes del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)¹¹, en el año 2014, la prevalencia de hipertensión arterial fue del 23,7%; siendo la prevalencia promedio en mayores de 60 años con un 48%, demostrando que a medida que aumenta la edad se incrementa el nivel de hipertensión en la población peruana.

En Huánuco, según el Análisis de Situación de Salud (ASIS), la hipertensión arterial constituyó la primera causa de morbimortalidad en los adultos mayores en el año 2015¹². Por su parte en el distrito de Pillco Marca, según el ASIS del Centro de Salud Potracancha, la prevalencia de hipertensión arterial fue del 34,2%¹³

Por ello, se puede deducir que la hipertensión arterial es considerada una de las primeras causas de morbimortalidad en los adultos mayores, motivo por el cual deben asumir con responsabilidad el autocuidado de su salud; pero, al constituir la hipertensión un factor de riesgo predisponente para el deterioro cognitivo en este grupo etáreo, que causa la disminución de sus capacidades cognoscitivas y mentales, ocasiona muchas veces que su capacidad de autocuidado disminuya, debido a que el adulto mayor según el grado de deterioro cognitivo que experimenta no podrá ser capaz de responder de manera constante a sus necesidades para mantener un adecuado estado de salud¹⁴

Según Velandia¹⁵, el autocuidado constituye como todas las medidas y decisiones que adopta una persona para prevenir, diagnosticar y tratar su propia enfermedad; estableciéndose que el autocuidado en los adultos mayores con hipertensión arterial son las acciones que permiten a la persona mantener su bienestar y responder de manera constante a sus necesidades de salud en el afrontamiento y tratamiento de esta patología.

En los pacientes hipertensos el autocuidado puede ser clasificado como adecuado o inadecuado; y puede ser identificada de acuerdo a las actividades que realizan los adultos mayores respecto a su régimen alimenticio, actividad física, problemas psicológicos, hábitos nocivos, descanso y recreación, tratamiento y cuidado de su salud, que alteran significativamente su calidad de vida y condiciones de salud¹⁶.

Al consultar con diversos especialistas de la región respecto a esta problemática, la mayoría de ellos refieren que el grupo etáreo que presenta mayor grado deterioro cognitivo son los adultos mayores, que ocasiona que su calidad de vida se vaya deteriorando y no realicen adecuadamente las medidas de autocuidado de su salud.

En el Centro de Adulto Mayor del Centro de Salud Potracancha también se ha podido hacer evidente esta situación problemática, pues del total de pacientes registrados en la institución más del 30% presenta hipertensión arterial, teniendo diversos grados de deterioro cognitivo, y al interactuar con algunos de sus familiares refieren que por su propio estado de salud no se preocupan de realizar actividades de autocuidado de su salud, por lo que se convierten en personas vulnerables y con múltiples necesidades; motivo por el cual se realizó esta investigación con el objetivo de determinar la relación

entre el deterioro cognitivo y el autocuidado en los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.

El presente estudio se justifica porque la hipertensión arterial constituye un problema de salud pública que afecta aproximadamente al 20% de la población adulta y es la primera causa de morbilidad que motiva el mayor número de consultas dentro de las afecciones del aparato circulatorio. En el Perú la HTA afecta al 24% de los peruanos, es decir, a cerca de siete millones de personas y al 50% de las personas mayores de 50 años; y en Huánuco las enfermedades hipertensivas representaron la primera causa de consulta y morbimortalidad en los adultos mayores.

Desde el punto de vista teórico, en los adultos mayores, como consecuencia del proceso de envejecimiento, ocurre un deterioro progresivo de las funciones físicas y mentales, denominada deterioro cognitivo, que es influenciado por diversos factores predisponentes entre los que se encuentran la hipertensión arterial; asimismo, el grado de deterioro cognitivo afecta a los adultos mayores pues no permite que estos puedan desarrollar sus capacidades de autocuidado en el afrontamiento y abordaje de esta patología.

Asimismo, el propósito del estudio es brindar información actualizada sobre la relación entre el grado de deterioro y las prácticas de autocuidado en los adultos mayores; para que se puedan promover e implementar medidas de intervención en salud, desde el punto de vista asistencial y comunitario, respecto a la práctica de autocuidado en los pacientes hipertensos a través del apoyo familiar, resaltando la función que desempeñan los profesionales de Enfermería en el cuidado integral que brindan a los adultos mayores como aspecto fundamental en la mejora de su calidad de vida.

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes de la investigación.

1.1.1. Internacionales.

En Ecuador, en el 2016, León¹⁷ realizó el estudio titulado: “Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor de la parroquia El Salto. Babahoyo – Ecuador”; con el objetivo de determinar las características demográficas, socioeconómicas y enfermedades concomitantes del deterioro cognitivo en los adultos mayores. El estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 50 adultos mayores utilizan el Test de Moca y el Índice de Katz en la recolección de los datos. Los resultados que encontraron fueron que la mayoría (64%) presentaron deterioro cognitivo, hubo mayor prevalencia en pacientes de 75 a 85 años; el lenguaje reportó más errores; no hubo diferencias en cuanto al sexo ni al estado civil. La mayoría son independientes en sus actividades diarias. El 100% de los que tenían instrucción básica presentaron deterioro cognitivo. Las enfermedades crónicas más prevalentes fueron hipertensión arterial (83,8%) y Diabetes (75%); señalando además que el deterioro cognitivo influye significativamente en las prácticas de autocuidado de los adultos mayores.

En España, en el 2015, Portillo¹⁸ presentó el estudio titulado: “Factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve en adultos mayores de Maracaibo”; con el objetivo de analizar el deterioro cognitivo leve (DCL) en adultos mayores. El estudio fue de tipo descriptivo,

observacional, prospectivo, de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 498 adultos mayores; utilizando el examen cognitivo de Cambridge y el Mini Examen de Estado Mental en la recolección de los datos. Los resultados que encontró fueron que los factores de riesgos indicaron que los adultos mayores con edades comprendidas entre 65 a 74 años reflejaron tener menor deterioro cognitivo en comparación con que tenían más de 75 años de edad. No hubo diferencias importantes con el deterioro cognitivo leve en cuanto al género. El estrato con mayor presencia de deterioro cognitivo leve correspondió a los adultos mayores sin nivel de instrucción. El deterioro cognitivo leve fue menor en los adultos mayores casados; y no se encontró asociación significativa entre nivel socioeconómico y deterioro cognitivo leve. Concluyendo que ser mayor de 75 años, vivir solo, ser viudo, y no tener estudio fueron factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve en los adultos mayores en estudio.

En Venezuela, en el 2010, Díaz y Lezama¹⁹ realizaron la investigación titulada: “Hipertensión arterial y su relación con el deterioro cognitivo en adultos mayores de la población Boca del Monte, Caicara de Maturín. Estado Monagas; Enero – Julio 2010”; con el objetivo de la prevalencia de hipertensión arterial y su relación con deterioro cognitivo en adultos mayores. El estudio fue de tipo descriptivo relacional de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 81 adultos mayores, utilizando una encuesta y el Test de Folstein en la recolección de datos. Los resultados que encontraron fueron que la hipertensión arterial presentó una prevalencia de 51,8%,

la prevalencia de deterioro cognitivo fue del 30,9%; respecto a las prácticas de autocuidado de estos pacientes, el 30,8% tuvo prácticas de hábitos tabáquicos, y el 29,6% consumía bebidas alcohólicas. Concluyendo que el deterioro cognitivo se relaciona con las prácticas de autocuidado y la hipertensión arterial en los adultos mayores.

1.1.2. A nivel nacional.

En Arequipa, en el 2016, Roselló y Soto²⁰ realizaron el estudio titulado: “Influencia del deterioro cognitivo en la capacidad funcional de los adultos mayores del Club Teresa Journet de la Parroquia Cristo Obrero Porvenir, Arequipa, 2016”; con el objetivo de descubrir el tipo de influencia del deterioro cognitivo en la capacidad funcional de un grupo de adultos mayores. El estudio fue de tipo observacional, descriptivo, prospectivo, de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 35 adultos mayores, utilizando las escalas de Pfeiffer y Lawton y Brody en la recolección de datos. Los resultados que encontraron fueron que la tercera parte de los adultos mayores presentaron deterioro cognitivo normal, el 40% leve y el 23% presentaron deterioro cognitivo moderado. Los adultos mayores, demostraron tener buena capacidad funcional, ya que el 37% realizaron sus actividades diarias con independencia funcional tanto los varones como las mujeres. Concluyendo que el deterioro cognitivo influye significativamente en la capacidad funcional de los adultos mayores en estudio.

En Huancayo en el 2015, García y Llanco²¹ realizaron el estudio titulado: “Nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado en

personas con hipertensión arterial CAP II – Chupaca – ESSALUD – 2014”; con el objetivo de establecer la relación que existe entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado de las personas hipertensas mayores de 35 años. El estudio fue de tipo correlacional, observacional, descriptivo, transversal, la muestra estuvo conformada por 31 personas con diagnóstico de hipertensión arterial; utilizando un cuestionario de conocimientos y prácticas de autocuidado. Los resultados que encontraron fueron que el 68% de encuestadas fueron mayores de 50 años; el 35% tuvieron educación superior. El 18,7% realizaba actividad física, el 23% consumían frituras y el 80% consumían sal. El 29% manifestaba que puede aumentar la dosis de medicamentos si subía su presión arterial sin prescripción médica y el 39% indicaron que puede disminuir si baja y el 52% creían que podían dejar el tratamiento farmacológico si se normalizaba su presión arterial sin previa consulta médica. Concluyendo que el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado presentaron relación directa y significativa, y que el nivel de conocimiento y prácticas fue adecuado.

En Trujillo, en el 2014, Cayhuaray y Peláez²² realizaron el estudio titulado: “Factores condicionantes básicos del autocuidado en el paciente con hipertensión arterial. Hospital Belén de Trujillo 2014”; con el objetivo de determinar los factores condicionantes básicos del autocuidado en el paciente con hipertensión arterial. El estudio fue de tipo descriptivo relacional; la muestra estuvo conformada por 50 pacientes adultos mayores con hipertensión arterial, utilizando un cuestionario de autocuidado en la recolección de los datos. Los

resultados que encontraron fueron que respecto al factor cognitivo, el 96% de pacientes tuvo capacidad cognitiva inadecuada; con respecto a lo sociocultural el 78% tuvo nivel inadecuado y en relación a la disponibilidad y adecuación de recursos el 96% tuvo nivel inadecuado. Concluyendo que los factores condicionantes básicos del autocuidado se encuentran relacionadas con el grado de deterioro cognitivo de los pacientes adultos mayores.

En Cusco, en el 2013, Condori y Flores²³ presentó el estudio titulado: "Práctica de autocuidado de los usuarios del Programa de Hipertensión Arterial de los Centros Asistenciales Urbanos Cusco, ESSALUD – 2012"; con el objetivo de determinar la práctica de autocuidado de los usuarios con hipertensión arterial. El estudio fue de tipo descriptivo, observacional, prospectivo, de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 56 usuarios, utilizando una encuesta en la recolección de los datos. Los resultados que encontraron fueron que el 87,5% tuvieron grado de instrucción superior, el 64,3 % fueron casados, el 75% no laboraba y el 42,7% tuvieron esta enfermedad hace más de dos años. Con respecto a la relación con los profesionales de salud, hubo una mejor relación con el personal de enfermería en un 62,5%, con el personal médico en 51,8%. En cuanto al tratamiento farmacológico, el 55,4% solo a veces cumplía su tratamiento y el 26,8% siempre cumple. En relación al cumplimiento de citas por control, por medicina y enfermería, el 8,4% y el 12,5% los cumplía respectivamente. Concluyendo que en general, el 54 % de la población estudiada tuvo una inadecuada práctica de autocuidado.

En Lima, en el 2013, Fanarraga²⁴ realizó el estudio titulado: “Conocimiento y Práctica de Autocuidado Domiciliario en Pacientes Adultos con Hipertensión Arterial, en Consultorios Externos de Cardiología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen ESSALUD”; con el objetivo de determinar la relación que existe entre el conocimiento y la práctica de autocuidado domiciliario que realizan los pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial. El estudio fue de tipo cuantitativo, de diseño descriptivo del corte transversal; la muestra estuvo conformada por 130 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial; utilizando un cuestionario de conocimientos y prácticas de autocuidado en la recolección de los datos. Los resultados que encontraron fueron que el 99% conocían los alimentos que deben de consumir diariamente, los signos y síntomas de la enfermedad, el 98% conocían que deben de realizar caminatas durante el día, el 94% conocían que deben de descansar durante el día y un porcentaje significativo de 70% desconocían los daños ocasionados por la hipertensión y que se agravan a través del tiempo y el 28% desconocían que la hipertensión arterial aumenta con la edad, sexo y obesidad. En cuanto a la práctica de autocuidado el 69% se controlaban la presión arterial, el 77% realizaban caminatas durante el día y el 87% tienen una alimentación adecuada conteniendo frutas y verduras. Concluyendo que el conocimiento se relaciona con las prácticas de autocuidado en la muestra en estudio.

En Chiclayo, en el 2013, Chávez y Núñez²⁵ presentó el estudio titulado: “Tamizaje de deterioro cognitivo leve en adultos mayores con

enfermedad cardiovascular en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en el período Abril – Septiembre del 2011”; con el objetivo de estimar la frecuencia de Deterioro Cognitivo Leve en adultos mayores con enfermedad cardiovascular. El estudio fue de tipo observacional, descriptivo, prospectivo, de corte transversal; la muestra estuvo conformada por 244 pacientes, utilizando el Mini Examen de Salud Mental en la recolección de los datos. Los resultados que encontraron fueron que la frecuencia de deterioro cognitivo leve fue de 39,75%, de los cuales el 31,96% correspondieron al género masculino y 68,04% al género femenino, fue más frecuente en mayores de 80 años (54,67%) y con menor grado de instrucción (primaria: 74,23%); la enfermedad cardiovascular encontrada con mayor frecuencia fue la hipertensión arterial (HTA). Concluyendo que la frecuencia de deterioro cognitivo leve encontrada fue del 39,75%, es más frecuente en el sexo femenino y en personas de mayor edad

1.1.3. A nivel local.

En Huánuco, en el 2015, un estudio realizado por Rubín²⁶ titulado: “Factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo en el Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2015”; con el objetivo de determinar la relación que existe entre los factores de riesgo asociados y el deterioro cognitivo del adulto mayor. El estudio fue de tipo descriptivo relacional, la muestra estuvo conformada por 98 adultos mayores, utilizando la escala de Pfeiffer en la recolección de los datos. Los resultados que encontró fueron que El 70,4% evidenciaron tener un deterioro cognitivo y el 57,1% presentaron

factores de riesgo, por otro lado los factores de riesgo sociodemográficos en relación al deterioro cognitivo fueron significativos estadísticamente, estando relacionados a la hipertensión arterial en un 48% y de forma específica a los cuidados que realizan los pacientes hipertensos en el cuidado de su salud; concluyendo que la hipertensión arterial es un factor de riesgo para el deterioro cognitivo del adulto mayor; y que este deterioro influyen negativamente en las prácticas de autocuidado en los pacientes adultos mayores hipertensos.

Como se ha podido apreciar existen investigaciones que han explicado la problemática de deterioro cognitivo y el autocuidado en adultos mayores hipertensos; al consultar con diversos especialistas respecto a esta problemática, refieren que el grupo etáreo que presenta mayor grado deterioro cognitivo son los adultos mayores, que ocasiona que su calidad de vida se vaya deteriorando y no realicen adecuadamente las medidas de autocuidado de su salud.

1.2. Bases Teóricas.

1.2.1. Teoría del autocuidado de Dorothea Orem.

Orem²⁷ en su modelo teórico señala que el autocuidado representa las acciones que permiten que las personas puedan mantener su estado de salud, su bienestar y responder de manera adecuada de acuerdo a cada una de sus necesidades para mantener una buena calidad de vida, un óptimo estado de salud, permitiendo curar las enfermedades o dolencia y también hacer frente a las complicaciones derivadas de la presencia de estas patologías.

Según este enfoque teórico, el autocuidado es una actividad aprendida y realizada por los individuos, que se encuentra orientada al cumplimiento de un objetivo específico; constituyendo una conducta que se manifiesta en situaciones específicas de la vida cotidiana, dirigidas al cuidado de su propia salud, en beneficio de la mejora de su bienestar y calidad de vida²⁸.

Al respecto, Orem²⁹ enfatiza que su modelo teórico representa una teoría general de Enfermería que se constituye de tres sub teorías que se interrelacionadas entre sí, las cuales son:

a) Teoría del autocuidado

En esta teoría se especifica que el concepto de autocuidado representa contribución constante del adulto mayor al mantenimiento del cuidado de su salud; representando una actividad aprendida por las personas con el objetivo de conseguir un óptimo bienestar físico, psicológico y social³⁰.

b) Teoría del déficit del autocuidado

En este teoría se describe y explica las causas que pueden desencadenar dicho déficit; debido a que las personas se encuentran sometidas a diversa limitaciones relacionado al estado de su salud o bienestar, motivo por el cual no pueden realizar su propio cuidado o en su defecto, reciben el cuidado en forma dependiente; a partir del cual establece, cuándo, en qué momento y por qué se necesita de la intervención del profesional de Enfermería en el cuidado que brindan a las personas orientadas al mantenimiento, curación y rehabilitación del estado de salud³¹.

c) Teoría de los sistemas de Enfermería.

En esta teoría se especifica de qué manera el profesional de Enfermería puede atender y brindar cuidados holísticos a los adultos mayores, identificando a su vez tres tipos de sistemas:

Sistemas de Enfermería totalmente compensadores, donde el profesional de Enfermería cumple el rol de suplir al adulto mayor en los cuidados de mantenimiento de su estado de salud³².

Sistemas de Enfermería parcialmente compensadores: El profesional de Enfermería brinda ayuda a las personas en forma parcial para que puedan desarrollar de manera adecuadamente sus capacidades de autocuidado en el afrontamiento de las patologías que los aquejan³³.

Sistemas de Enfermería de apoyo - educación: El profesional de Enfermería brinda ayuda a las personas a través de actividades educativas, para que estas puedan ser capaces de realizar las actividades básicas de autocuidado³⁴.

Esta teoría se relaciona con el estudio pues los pacientes con hipertensión arterial son personas que necesitan asesoría y consejería permanente respecto a las actividades de autocuidados básicas que deben realizar en el abordaje y tratamiento de esta patología.

1.2.2. Teoría del desarrollo cognitivo de Schaie y Willis.

Según Schaie y Willis citados por Rubín³⁵, el desarrollo y posterior deterioro de las funciones cognitivas de las personas atraviesan por diversos estadios o fases que se suscitan a lo largo del

ciclo de la vida de las mismas y que influyen en el desarrollo de sus funciones física, cognitivas y mentales. Estos estadios son:

- a) **Estadio de logro (juventud).**- En esta etapa el desarrollo cognitivo se encuentra orientado al cumplimiento de las metas personales de las personas.
- b) **Estadio de responsabilidad (adulthood).**- En esta etapa se aplican las habilidades cognitivas de las personas al ámbito familiar y laboral; donde los problemas son solucionados a través del uso de la razón y del conocimiento.
- c) **Estadio ejecutivo.**- En esta etapa se realiza la aplicación de las habilidades cognitivas en la dirección de organizaciones que tienen una estructura jerárquica, donde la toma de decisiones adquiere mucha importancia.
- d) **Estadio reorganizativo (anciano joven).**- En esta etapa se produce la reducción de la responsabilidad que tienen las personas en la adquisición y manejo de la información, aplicando sus habilidades cognitivas en la reorganización y planificación en la utilización de los recursos materiales y físicos en la satisfacción de sus necesidades de salud.
- e) **Estadio reintegrativo (adulto mayor).**- En esta etapa se dedican las funciones cognitivas a la satisfacción de sus necesidades, intereses e inquietudes; así como el desarrollo de sus valores, utilizando las habilidades cognitivas para la regulación emocional. Esta etapa también se caracteriza por un deterioro progresivo y sistemático de las capacidades cognitivas de las personas³⁶.

Esta teoría se relaciona con el presente estudio, pues el deterioro cognitivo constituye un proceso sistemático que se produce durante la vida de las personas y que se acentúa durante la etapa de la adultez mayor y que es acentuada por la presencia de diversas patologías como la diabetes y la hipertensión arterial.

1.2.3. Teoría de la actividad de Havighurst.

Según Fernández y Flores³⁷ esta teoría establece que las personas que son socialmente activas tienen más capacidad de adaptarse a las situaciones que se presentan en su vida cotidiana y que, salvo que sucedan cambios significativos e inevitables, estas personas experimentarán durante la vejez las mismas necesidades que tuvieron durante la juventud y la adultez.

Según este enfoque teórico, la actividad constituye un aspecto clave en la satisfacción de las necesidades y de la autorrealización de las personas; por lo tanto, la disminución progresiva de las actividades y el aislamiento social producen efectos negativos sobre el adulto mayor, enfatizando que la actividad social es esencial para el adecuado funcionamiento del adulto mayor; y el déficit de la misma se relaciona con el deterioro cognitivo que se acentúa durante la adultez mayor³⁸.

1.3. Bases Conceptuales.

1.3.1. Deterioro Cognitivo.

Según Marín³⁹ el deterioro cognitivo es definido como como la alteración significativa de las funciones cognoscitivas o la memoria, que representa un cambio en relación con el nivel previo de actividad.

Por su parte Fustinoni⁴⁰ menciona que el deterioro cognitivo comprende la pérdida, modificación, déficit o alteración de las funciones mentales, tales como memoria, orientación, lenguaje, reconocimiento visual, conducta, que interfiere con la actividad e interacción social de la persona afectada.

Pérez⁴¹ señala que el deterioro cognitivo es cualquier déficit de las llamadas funciones mentales superiores que los aquejan como la inteligencia, el aprendizaje o la memoria.

Sin embargo, la definición más aceptada es la propuesta por la Asociación Americana de Psiquiatría que señala que el deterioro cognitivo es la pérdida de la memoria y al menos una de las otras funciones cognitivas, presentándose deterioro claro en el nivel de funcionamiento social u ocupacional⁴².

1.3.1.1. Clasificación del deterioro cognitivo.

El deterioro cognitivo es un síndrome que amerita realizar una evaluación integral para identificar si un paciente presenta demencia, o algún problema de tipo psicológico no resuelto. Por ello, el nivel de deterioro cognitivo constituye la respuesta expresada por el adulto mayor respecto a las diversas manifestaciones que intervienen en su estado cognitivo y que repercuten en su forma de vida; en consecuencia el deterioro cognitivo se clasifica en normal, deterioro cognitivo leve, deterioro cognitivo moderado y deterioro cognitivo severo; a continuación se explican cada uno de ellos⁴³:

a) Deterioro Cognitivo Leve.- Constituye una entidad nosológica que pretende identificar el síndrome o conjuntos de

manifestaciones clínicas previas a la demencia; que se caracteriza porque las personas afectadas presentan daños para su edad, pero que no interfieren significativamente en sus actividades diarias⁴⁴.

Este tipo de deterioro cognitivo también se caracteriza por deterioro de la orientación, dificultad para adquirir nueva información, deterioro de la memoria reciente, problemas con el razonamiento lógico, dificultades para realizar cálculos matemáticos y tareas complejas⁴⁵.

b) Deterioro Cognitivo Moderado.- Representa un estado psicológico que se evidencia por la pérdida gradual del proceso de cognición respecto a la orientación en tiempo, espacio y persona⁴⁶.

Este tipo de deterioro cognitivo se caracteriza por la presencia de alteraciones en el lenguaje, incapacidad para la programación, alteración en las funciones intelectuales y los síntomas persisten durante seis meses de edad⁴⁷.

c) Deterioro Cognitivo Severo.- Representa una alteración del estado psicológico que se considera como la fase límite entre el envejecimiento normal y la demencia⁴⁸.

1.3.1.2. Deterioro Cognitivo en el adulto mayor.

Según Pérez⁴⁹, el deterioro cognitivo en el adulto mayor representa la presencia de cualquier déficit de las llamadas funciones mentales superiores que los aquejan como la inteligencia, el aprendizaje o la memoria.

Al respecto, León⁵⁰ señala que en los adultos mayores el deterioro cognitivo en los adultos mayores es un estado donde el individuo pierde sus capacidades de razonamiento, entendimiento y de memoria, sin que cumpla con criterios para clasificarlo como demencia; presentando problemas de convivencia en el núcleo familiar, y que afecta de manera directa en su calidad de vida.

Por ende se puede establecer que el deterioro cognitivo es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro progresivo de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como la orientación, comprensión, memoria, cálculo, lenguaje, juicio, reconocimiento visual, conducta y personalidad; siendo reconocido como un síndrome geriátrico, que consiste en la alteración de cualquier dimensión de las funciones mentales superiores en los adultos mayores⁵¹.

1.3.1.3. Evaluación del deterioro cognitivo en el adulto mayor.

El objetivo de la valoración cognitiva dentro en la valoración exhaustiva del adulto mayor es fundamental para identificar la presencia de un grado de deterioro cognitivo que pueda afectar a la capacidad de autosuficiencia que presenta el adulto mayor, y por consiguiente, poder realizar diversos estudios diagnósticos, clínicos, neuropsicológicos y funcionales que traten de establecer relaciones causales y sus implicaciones, y, por consiguiente, poder establecer estrategias de intervención de forma precoz y oportuna⁵².

Existe una gran variedad de instrumentos que permiten realizar la valoración de las funciones cognitivas en las personas de

edad avanzada, el uso de dichos instrumentos o escalas facilita una exploración más exhaustiva y sistemática de las características de paciente y permite el despistaje de niveles de deterioro leve y moderado, cuando el diagnóstico se puede realizar de manera temprana y la intervención resulta eficaz⁵³.

Uno de los instrumentos que es utilizado para el diagnóstico de deterioro cognitivo es la Escala de Pfeiffer, diseñado en 1975 como un test de screening de deterioro cognitivo y que actualmente se aplica a la población en general; y que consiste en un prueba que presenta 10 ítems que evalúan las siguientes funciones: memoria, orientación, calculo y discriminación; y que a pesar de poseer la característica de la brevedad, presenta una aceptable capacidad discriminativa; siendo el diagnóstico considerado como normal, cuando la persona evaluada tiene entre 0 y 2 errores; deterioro cognitivo leve, cuando presenta 3 a 4 errores; deterioro cognitivo moderado, cuando presenta entre 5 a 7 errores; y deterioro cognitivo severo, cuando tiene más de 7 errores durante la evaluación⁵⁴.

1.3.2. Autocuidado.

Según la OMS⁵⁵, el autocuidado constituye un conjunto de actividades en el contexto de la salud, que son tomadas por los individuos, familias, vecinos y otros grupos sociales, que les permiten tomar decisiones respecto al cuidado de su propia salud.

Al respecto, Orem⁵⁶ menciona que el autocuidado representa el conjunto de acciones que realizan las personas y que les permiten mantener su estado de salud, el bienestar y responder de manera

constante a sus necesidades física, psicológicas y sociales para mantener la vida, curar las patologías y hacer frente a sus posibles complicaciones.

Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS)⁵⁷ establece que el autocuidado constituye toda aquella acción individual que realiza el individuo buscando el bienestar de su propia salud, en el contexto físico, psicológico y social; con la finalidad de prevenir las patologías, promover su adecuada rehabilitación y prevenir complicaciones de las mismas.

Según Coppard⁵⁸, el autocuidado comprende todas las acciones y decisiones que adopta una persona para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad, y todas aquellas actividades dirigidas a mantener un óptimo estado salud.

1.3.2.1. Autocuidado en el adulto mayor.

En la etapa de la vejez, el autocuidado es conocido como la capacidad que tiene un adulto mayor para cuidar su salud con responsabilidad, aprendiendo a practicar estilos de vida saludables para mantenerse sanos, activos haciendo difícil y previniendo la aparición de una determinada enfermedad o discapacidad⁵⁹.

El autocuidado en el adulto mayor constituye una estrategia necesaria en la búsqueda del bienestar integral respecto a su vida cotidiana, por lo que el autocuidado en este grupo etáreo vulnerable representa una práctica que se relaciona con la dimensión emocional, física e intelectual, mediante el desarrollo de las habilidades afectivas, cognoscitivas y sociales de los adultos mayores⁶⁰.

En los adultos mayores el autocuidado puede describirse como la capacidad que tiene este grupo etáreo para realizar actividades para mantener la salud y promover un envejecimiento saludable y activo, a través del auto mantenimiento de la práctica de actividades físicas y de los roles sociales; constituyéndose el autocuidado una parte esencial en la valoración del adulto mayor, pues resume el impacto general de la condición de salud en su ambiente personal y redes de apoyo social⁶¹.

Los adultos mayores que conservan su autocuidado desarrollan cierto grado de independencia en la realización de actividades relacionadas al régimen alimentario, actividad física, problemas psicológicos, hábitos nocivos, descanso y recreación, tratamiento cuidado de la salud, entre otras actividades⁶².

1.3.2.2. Dimensiones del autocuidado en adultos mayores hipertensos.

Respecto a las prácticas de autocuidado que tiene los adultos mayores en la hipertensión arterial se consideran las siguientes dimensiones:

a) Régimen Alimentario.- La dieta es fundamental en el tratamiento de la hipertensión arterial, pues muchos pacientes pueden controlar su controlar esta patología de manera exclusiva con la dieta, aunado al cumplimiento de su régimen terapéutico. El control de la hipertensión arterial depende en gran parte de los alimentos que consume, no solo de su cantidad, sino también su calidad; por lo que es necesario que deben seguir un régimen alimentario o plan de alimentación adecuado de acuerdo a las

preferencias del adulto mayor, estilos de vida y necesidades nutricionales, que permitan que las personas puedan tener los niveles de colesterol, triglicéridos y lípidos dentro de los valores normales y mantener un peso corporal ideal⁶³.

En general los puntos más importantes a tener en cuenta en el régimen alimentario de un adulto mayor son:

- Debe ser individualizada, variada y equilibrada, fraccionada en 3 a 4 tomas al día (desayuno, media mañana, almuerzo, cena) si hay menor volumen de alimento por toma hay mejor control.
- Mantener un horario fijo en su alimentación.
- Debe estar en concordancia con el tratamiento del régimen terapéutico del adulto mayor hipertenso.
- Debe ser rica en fibra (verduras, legumbres, frutos secos, cereales integrales y fruta en las cantidades adecuadas a cada caso); y pobre en grasas saturadas y colesterol.
- Debe ser controlada en alimentos que contienen hidratos de carbono simples (azúcar, miel, mermelada, zumo y fruta, bebidas azucaradas, golosinas, chocolate y derivados) y complejos (cereales, patatas, legumbres).
- Es importante consumir alimentos variados (frutas, verduras, carnes) y en un horario determinado.
- Limita el consumo de carnes rojas en las dietas y no se debería ingerir más de una o dos veces por semana.
- Consumir más de 4 vasos de agua al día⁶⁴.

b) Actividad Física.- La actividad física en los adultos mayores hipertensos constituye un factor importante para prevenir y controlar esta enfermedad; pues ayuda a controlar el peso y a lograr las metas de salud⁶⁵. Dentro de la actividad física en los pacientes adultos mayores hipertensos se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- El ejercicio debe ser de preferencia aeróbicos, caminata, natación, ciclismo, baile entre otros, se recomienda hacer un mínimo de 30 minutos de ejercicio 3 veces por semana o más si es posible.
- Empiece con ejercicio ligero y aumente progresivamente cada semana hasta tolerar una rutina completa.
- Subir o bajar escaleras es beneficioso para la salud, se recomienda ir incorporando cada día un tramo de subida para que, paulatinamente suba las escaleras como parte de un estilo de vida saludable.
- Evitar el sedentarismo⁶⁶.

c) Problemas Psicológicos.- Los problemas psicológicos representan todos aquellos factores relacionados al contexto emocional de las personas adultas mayores que tienen una elevada probabilidad de dañar su salud física, social y mental. En los adultos mayores hipertensos, el autocuidado incluye:

- Realizar ejercicios y actividades periódicas de relajación como mirar televisión, escuchar música, taichí, y diversas terapias desestresarte.

- Prevenir los episodios de depresión, ansiedad, tristeza mediante actividades periódicas de relajación y terapias grupales⁶⁷.

d) Hábitos Nocivos.- La práctica de hábitos nocivos para la salud se relaciona con el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas de tipo legales o ilegales; y se refiere al consumo de estas sustancias, que generan alteraciones en el sistema nervioso y el comportamiento, que se encuentran relacionadas con los efectos de su ingesta, que también ocasionan consecuencias negativas para la salud⁶⁸.

En los adultos mayores hipertensos las prácticas de autocuidado en esta dimensión incluyen:

- Evitar el consumo de bebidas alcohólicas, cigarrillos u otros tipos de drogas.
- Limitar el consumo de café, té u otras bebidas irritantes a menos de dos tazas al día.
- Evitar hábitos dañinos para la salud como masticar coca, tomar bebidas gaseosas u otras que interfieren de manera significativa en el estado de salud de los adultos mayores⁶⁹.

e) Descanso y Recreación.- El sueño constituye el estado total de reposo del organismo durante el cual el ser humano presenta bajos niveles de actividad fisiológica y no existe respuesta activa a los estímulos del ambiente; siendo influenciado por algunas prácticas, como tener una alimentación equilibrada, realizar ejercicio físico y manejar en forma apropiada el estrés, combinado

con la presencia de diversos factores ambientales adecuados, que favorecen un patrón estable y conveniente del sueño⁷⁰.

En el adulto mayor el sueño se hace más frágil, incluso en personas mayores que se mantienen saludables, sin embargo muestran menos estados de sueño profundo y se despiertan en la noche de 3 a 4 veces, los despertares están relacionados con un menor período de tiempo empleado en el sueño profundo y factores como la necesidad de levantarse a orinar (nicturia), ansiedad e incomodidad y dolor asociado con enfermedades crónicas. En general, los pacientes ancianos tardan más tiempo en dormirse y despiertan con mayor facilidad, lo que les hace más proclives a que tomen una o más siestas diurnas⁷¹.

La recreación en el adulto mayor es una alternativa de adaptación a los cambios y pérdidas sociales de la vejez; la palabra recreación nos da la idea de crear nuevamente, motivar y establecerse nuevas metas, nuevos intereses y estilos de vida. Se trata de mejorar la calidad de vida mediante un involucramiento en actividades estimulantes, creativas y de mucho significado⁷²

Entre las actividades de recreación que deben de realizar los adultos mayores en esta dimensión se encuentran: asistir a cursos y talleres en centros jubilados, centros culturales, instituciones barriales, etc., compartir con la familia, asistir a reuniones con los amigos, viajar con la familia, asistir a cursos taller, donde brinden conocimientos sobre técnicas de relajación como el yoga, taichí, entre otros⁷³.

f) Tratamiento.- El tratamiento de la hipertensión arterial tiene como objetivo controlar los niveles de presión arterial dentro de los parámetros normales y evitar las complicaciones propias de esta patología; la base de su control es la dieta y el ejercicio. En el adulto mayor, para obtener todos los beneficios de sus medicamentos se debe tomar en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Tomar sus medicamentos en el horario y la cantidad indicada por su médico.
- Establecer un horario para tomar sus medicamentos y establezca un hábito de medicación diaria.
- Elaborar y llevar consigo una lista de los medicamentos que toma y sus horarios por si debe tomarlos fuera de casa.
- Acudir todos los meses a su control médico.
- Controlar la presión arterial y glucosa en forma regular.
- Consumir productos naturales como la chía, chicha morada, ajo, avena, perejil, etc., para cuidar su presión arterial⁷⁴.

g) Cuidado de la Salud.- Esta dimensión hace referencia a aquellos comportamientos que realizan los adultos mayores en beneficio de su salud y para prevenir la presencia de diversas enfermedades de este grupo etáreo, en el sentido que el cuidado de la salud implica cuidarla o hacer cuánto esté al alcance para prevenir las enfermedades y mantener un buen estado de salud⁷⁵.

Respecto al cuidado de la salud, los adultos mayores se deben realizar las siguientes actividades: cuidar la higiene

personal y familiar, acudir a la consulta médica de rutina para el chequeo respectivo, acudir al odontólogo para la consulta dental, e identificar la presencia de diversos factores relacionados a la dentición; tomar sus medicamentos según prescripción médicas, control del peso, presión arterial, colesterol, glucosa, etc.; exámenes de mamas en las mujeres y de próstata en los varones, así como otras actividades encaminadas a impedir que aparezcan lesiones o se desarrollen complicaciones de diversas enfermedades propias de la vejez; y permitan una mejor calidad de vida en esta población vulnerable⁷⁶.

1.3.3. Hipertensión Arterial.

Según Díaz y Lezama⁷⁷ la hipertensión arterial es una enfermedad de evolución crónica caracterizada por la elevación de la presión arterial sistólica o diastólica por encima de los niveles óptimos esperados.

Al respecto, Sierra citado por Fanarraga⁷⁸ señala que constituye la presencia continua de cifras de presión arterial sistólicas igual o superior a 140 mmHg y de la presión arterial diastólica superior de 90 mmHg o de ambas a la vez; no obstante las cifras inferiores a dichos límites no indican que no exista riesgo de padecer de hipertensión arterial.

Mientras que Aguilar⁷⁹ menciona que la hipertensión arterial es una afección caracterizada por una tensión arterial elevada que excede de 140/90 mmHg (según el séptimo reporte) debido a un incremento de la resistencia periférica al paso de la sangre en las arteriolas.

1.4. Definición de términos operacionales.

- a) **Deterioro Cognitivo.**- Constituye un síndrome clínico caracterizado por la pérdida, alteración o deterioro de las funciones mentales como la memoria, orientación, lenguaje, reconocimiento visual, procesamiento de la información, y que interfieren en la actividad social de los adultos mayores hipertensos que acuden al Centro de Salud Potracancha. En este estudio fue dividido operacionalmente en una dimensión: diagnóstico de deterioro cognitivo; y será medido como: sin deterioro cognitivo, deterioro cognitivo leve, deterioro cognitivo moderado y deterioro cognitivo severo.
- b) **Autocuidado.**- Conjunto de acciones y decisiones que realizan los adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud Potracancha para cuidar y tratar su enfermedad. En este estudio será dividida operacionalmente en 7 dimensiones: régimen alimentario, actividad física, problemas psicológicos, hábitos nocivos, descanso y recreación, tratamiento y cuidado de la salud; y será medido como autocuidado adecuado o inadecuado.
- c) **Hipertensión Arterial.**- Es una enfermedad de evolución crónica caracterizada por la elevación de la presión arterial sistólica o diastólica por encima de los niveles óptimos esperados.
- d) **Adulto Mayor.**- Personas mayores de 60 años de edad del género masculino o femenino que acuden en forma regular al Centro de Potracancha para sus controles médicos y de rutina en el establecimiento de salud y se encuentren dispuestos a responder todas las preguntas planteadas en los instrumentos de investigación.

1.5. Formulación del problema.

1.5.1. Problema general.

- ¿Qué relación existe entre el deterioro cognitivo y el autocuidado en los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017?

1.5.2. Problemas específicos.

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adultos mayores hipertensos en estudio?
- ¿Qué grado de deterioro cognitivo presentan los adultos mayores hipertensos en estudio?
- ¿Cuáles son las prácticas de autocuidado que realizan los adultos mayores hipertensos en estudio?
- ¿De qué manera se relaciona el grado de deterioro cognitivo y las dimensiones de las prácticas de autocuidado que realizan los adultos mayores hipertensos en estudio?

1.6. Objetivos.

1.6.1. Objetivo general.

- Determinar la relación que existe entre el deterioro cognitivo y el autocuidado en los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.

1.6.2. Objetivos específicos.

- Conocer las características sociodemográficas de los adultos mayores hipertensos en estudio.
- Identificar el grado de deterioro cognitivo que presentan los adultos mayores hipertensos en estudio.

- Describir las prácticas de autocuidado que realizan los adultos mayores hipertensos en estudio.
- Establecer de qué manera se relaciona el grado de deterioro cognitivo y las dimensiones de las prácticas de autocuidado que realizan los adultos mayores hipertensos en estudio

1.7. Hipótesis.

1.7.1. Hipótesis General.

Hi: El deterioro cognitivo se relaciona con el autocuidado en los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.

Ho: El deterioro cognitivo no se relaciona con el autocuidado en los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.

1.7.2. Hipótesis Específicas.

Hi₁: El grado de deterioro cognitivo se relaciona con el autocuidado en la dimensión régimen alimentario de los adultos mayores en estudio.

Ho₁: El grado de deterioro cognitivo no se relaciona con el autocuidado en la dimensión régimen alimentario de los adultos mayores en estudio.

Hi₂: El grado de deterioro cognitivo se relaciona con el autocuidado en la dimensión actividad física de los adultos mayores en estudio.

Ho₂: El grado de deterioro cognitivo no se relaciona con el autocuidado en la dimensión actividad física de los adultos mayores en estudio.

Hi₃: El grado de deterioro cognitivo se relaciona con el autocuidado en la dimensión problemas psicológicos de los adultos mayores en estudio.

Ho3: El grado de deterioro cognitivo no se relaciona con el autocuidado en la dimensión problemas psicológicos de los adultos mayores en estudio

Hi4: El grado de deterioro cognitivo se relaciona con el autocuidado en la dimensión hábitos nocivos de los adultos mayores en estudio.

Ho4: El grado de deterioro cognitivo no se relaciona con el autocuidado en la dimensión hábitos nocivos de los adultos mayores en estudio

Hi5: El grado de deterioro cognitivo se relaciona con el autocuidado en la dimensión descanso y recreación de los adultos mayores en estudio.

Ho5: El grado de deterioro cognitivo no se relaciona con el autocuidado en la dimensión descanso y recreación de los adultos mayores en estudio.

Hi6: El grado de deterioro cognitivo se relaciona con el autocuidado en la dimensión tratamiento de los adultos mayores en estudio.

Ho6: El grado de deterioro cognitivo no se relaciona con el autocuidado en la dimensión tratamiento de los adultos mayores en estudio.

Hi7: El grado de deterioro cognitivo se relaciona con el autocuidado en la dimensión cuidado de la salud de los adultos mayores en estudio.

Ho7: El grado de deterioro cognitivo no se relaciona con el autocuidado en la dimensión cuidado de la salud de los adultos mayores en estudio.

1.8. Variables.

1.8.1. Variable Independiente.

Deterioro Cognitivo.

1.8.2. Variable Dependiente.

Autocuidado en adultos mayores hipertensos.

1.8.3. Variable Interviniente.

Autocuidado en adultos mayores hipertensos

1.9. Operacionalización de variables.

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	VALOR FINAL	ESCALA DE MEDICIÓN
VARIABLE INDEPENDIENTE				
Deterioro Cognitivo	Diagnóstico de Deterioro Cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> - Recuerda datos y fechas. - Recuerda sucesos actuales. - Recuerda sucesos pasados. - Orientación en tiempo. - Orientación en espacio. - Capacidad de razonamiento. - Realiza operaciones matemáticas. 	<p>Sin deterioro cognitivo: Menos de 2 errores.</p> <p>Deterioro cognitivo leve: 3 a 4 errores.</p> <p>Deterioro cognitivo moderado: 5 a 7 errores.</p> <p>Deterioro cognitivo severo: 8 a 10 errores.</p>	Ordinal Politémica
VARIABLE DEPENDIENTE				
Autocuidado en adultos mayores hipertensos	Régimen Alimentario	<ul style="list-style-type: none"> - Número de veces de ingesta de alimentos. - Consumo de frutas y verduras. - Consumo de grasas y frituras. - Consumo de sal. - Consumo de carnes rojas. - Consumo de carbohidratos. - Consumo de dulces, galletas y postres. 	<p>Autocuidado adecuado. 13 a 24 puntos.</p> <p>Autocuidado inadecuado. 0 a 12 puntos.</p>	Nominal Dicotómica

	Actividad Física	<ul style="list-style-type: none"> - Práctica de actividad física. - Tipo de actividad física. - Frecuencia de actividad física. - Duración de la actividad física. 	<p>Autocuidado adecuado. 5 a 8 puntos.</p> <p>Autocuidado inadecuado. 0 a 4 puntos.</p>	Nominal Dicotómica
	Problemas Psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> - Control del estrés. - Control de emociones. - Control de la ansiedad. - Control de la depresión 	<p>Autocuidado adecuado. 7 a 12 puntos.</p> <p>Autocuidado inadecuado. 0 a 6 puntos.</p>	Nominal Dicotómica
	Hábitos Nocivos	<ul style="list-style-type: none"> - Consumo de bebidas alcohólicas. - Consumo de cigarrillos. - Consumo de café - Consumo de comida rápida. - Consumo de bebidas gaseosas. 	<p>Autocuidado adecuado. 5 a 8 puntos.</p> <p>Autocuidado inadecuado. 0 a 4 puntos.</p>	Nominal Dicotómica
	Descanso y Recreación	<ul style="list-style-type: none"> - Número de horas de descanso nocturno. - Dificultad para despertar. - Conciliación del sueño. - Continuidad del sueño. - Participa de actividades recreativas. 	<p>Autocuidado adecuado. 8 a 14 puntos.</p> <p>Autocuidado inadecuado. 0 a 7 puntos.</p>	Nominal Dicotómica

	Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Cumplimiento del régimen terapéutico. - Cumplimiento del régimen farmacológico. - Cumplimiento del régimen no farmacológico - Control de la presión arterial. 	<p>Autocuidado adecuado. 4 a 6 puntos.</p> <p>Autocuidado inadecuado. 0 a 3 puntos.</p>	Nominal Dicotómica
	Cuidado de la Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Información sobre cuidados de la salud. - Acudir a consulta médica. - Acudir a consulta de Enfermería. - Control del peso y estado nutricional. - Cuidados frente a los signos de alarma de la hipertensión. 	<p>Autocuidado adecuado. 7 a 12 puntos.</p> <p>Autocuidado inadecuado. 0 a 6 puntos.</p>	Nominal Dicotómica

VARIABLES DE CARACTERIZACIÓN

Características Demográficas	Edad	Fecha de nacimiento	En años	De razón
	Características sexuales secundarias	Género	Masculino Femenino	Nominal Dicotómica
	Lugar de Procedencia	Zona geográfica de residencia	Urbana Rural Periurbana	Nominal Politómica
Características Sociales	Características de las relaciones de pareja	Estado civil	Soltero (a) Casado (a) Conviviente Separado (a) Viudo (a)	Nominal Politómica

	Características educativas	Grado de escolaridad	Primaria. Secundaria. Superior Técnico Superior Universitario	Nominal Politómica
	Características laborales	Ocupación	Empleado(a) Desempleado(a) Independiente Jubilado(a)	Nominal Politómica
	Características familiares	Personas con quienes vive	Solo Pareja Pareja e hijos. Familia múltiple Otros.	Nominal Politómica
	Características del cuidador	Persona encargada de su cuidado	Pareja Hijo(a) Otros familiares Otras personas	Nominal Politómica

CAPÍTULO II

2. MARCO METODOLÓGICO.

2.1. **Ámbito de estudio.**

El presente estudio de investigación se llevó a cabo en los consultorios del Centro del Adulto Mayor que se encuentran en el Centro de Salud de Potracancha, ubicado geográficamente en el Jr. San Diego S/N, de distrito de Pillco Marca, provincia y departamento de Huánuco; en el cual se ubican diferentes servicios donde laboran diversos profesionales de la salud como médicos, profesionales de Enfermería, técnicos enfermeros, obstetras, odontólogos laboratoristas, etc., que brindan atención al público usuario de acuerdo a las necesidades de salud que estos manifiesten.

El Centro del Adulto Mayor del distrito de Pillco Marca brinda su atención a un total de 147 personas adultas mayores de 60 a más años de edad, brindando atención y tratamiento de diversas enfermedades como hipertensión arterial, diabetes, entre otras patologías que aquejan en forma frecuente a los adultos mayores como grupo etéreo vulnerable que presenta múltiples necesidades en el cuidado de su salud física, psicológica y social.

2.2. **Población.**

La población estuvo conformada por todos los adultos mayores con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud Potracancha durante el año 2017; los cuales según datos obtenidos de los registros del Centro de Adulto Mayor y del Padrón Nominado de pacientes hipertensos y diabéticos de este establecimiento de salud, se encuentra

conformada en total por 52 adultos mayores que fueron diagnosticados con hipertensión arterial.

2.3. Muestra.

La muestra fue obtenida aplicando la fórmula de tamaño muestral para población finita o conocida:

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{e^2(N - 1) + Z^2 P Q}$$

Donde:

$$Z^2 = \text{Nivel de confianza del 95 \% (1.96)}.$$

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (52)}{(0.05)^2 (49) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = 48 \text{ adultos mayores hipertensos.}$$

Por tanto, la muestra quedó conformada por 48 adultos mayores hipertensos, que fueron seleccionados a través del muestreo no probabilístico por conveniencia, teniendo en consideración los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

a) Criterios de inclusión.

Se incluyeron en el estudio a los adultos mayores que cumplieron con las siguientes características:

- Estuvieron inscritos en el Centro del Adulto Mayor del Centro de Salud Potracancha.

- Fueron diagnosticados con hipertensión arterial.
- Fueron autovalentes y estuvieron viviendo en un ambiente familiar.
- Residieron en el distrito de Pillco Marca.
- Aceptaron participar voluntariamente del estudio mediante la firma del consentimiento informado.

b) Criterios de exclusión.

No se incluyeron en el estudio a los adultos mayores que presentaron las siguientes condiciones:

- No acudieron al Centro del Adulto Mayor del Centro de Salud Potracancho.
- Estuvieron imposibilitados física o psicológicamente para responder las preguntas planteadas en los instrumentos de investigación.
- Tuvieron un cuidador exclusivo en el apoyo del cuidado de su salud.
- No aceptaron participar del estudio de investigación (rechazaron el consentimiento informado).

2.4. Tipo de investigación.

En relación a la participación de los investigadores, el estudio fue de tipo observacional, debido a que no hubo manipulación de variables, y los resultados obtenidos reflejaron en forma natural y espontánea la relación que existe entre el deterioro cognitivo y el autocuidado en la muestra de adultos mayores considerados en el estudio.

De acuerdo al número de ocasiones en que se midieron las variables, fue de tipo transversal, porque los instrumentos de investigación fueron aplicados en una sola ocasión en la muestra de adultos mayores hipertensos; permitiendo presentar la información tal y cómo fue recolectada en un determinado periodo de tiempo y espacio.

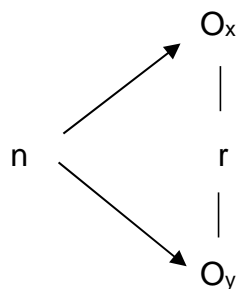
En cuanto al tiempo de estudio, fue de tipo prospectivo, pues se registraron los resultados de acuerdo a la información brindada por los adultos mayores durante la aplicación de los instrumentos de investigación, permitiendo medir en forma pertinente la relación existente entre el deterioro cognitivo y el autocuidado en la muestra en estudio.

Y por último, según el número de variables de interés, fue de tipo analítico, pues se estudiaron dos variables; a través de un análisis estadístico de tipo bivariado, que permitió identificar la relación que existe entre el deterioro cognitivo y el autocuidado en los adultos mayores en estudio.

2.5. Diseño de investigación.

El diseño utilizado en la presente investigación fue el de tipo relacional con muestra no aleatorizada, y se presenta en el siguiente esquema:

DIAGRAMA:



Dónde:

- n** : Muestra de adultos mayores no aleatorizada.
- O_x** : Observación del Deterioro Cognitivo.
- O_y** : Observación del Autocuidado.
- r** : Relación entre las variables.

2.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.**2.6.1. Técnicas.**

Las técnicas que se utilizaron fueron la psicometría y la encuesta que permitieron recolectar información respecto al grado de deterioro cognitivo y las medidas de autocuidado que realizan los pacientes adultos mayores con hipertensión arterial considerados en esta investigación.

2.6.2. Instrumentos.

Los instrumentos que se utilizaron en el presente estudio de investigación fueron:

- **Cuestionario de características sociodemográficas (Anexo 01).**

Este instrumento permitió conocer las características sociodemográficas de los adultos mayores hipertensos considerados en el estudio; y estuvo constituida por 8 preguntas divididas en dos dimensiones: características demográficas (edad, género y lugar de procedencia) y características sociales (estado civil, grado de instrucción, ocupación, personas con quienes viven y personas encargadas de su cuidado).

- **Escala de Pfeiffer (Anexo 02).**

Este instrumento fue validado y estandarizado por la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud respectivamente; y constituye una prueba de screening que consta de 11 preguntas, orientadas a determinar la presencia y el grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores con hipertensión arterial considerados en el presente estudio.

La valoración de los ítems se realizó de acuerdo a la respuesta identificada como correcta o incorrecta en los adultos mayores con hipertensión arterial participantes del estudio, asignándose un puntaje de 1 punto por cada respuesta errada y de 0 puntos por cada respuesta correcta.

La medición de la variable deterioro cognitivo se realizó de la siguiente manera: sin deterioro cognitivo = menos de 2 respuestas erradas; deterioro cognitivo leve = 3 a 4 respuestas erradas; deterioro cognitivo moderado = 5 a 7 respuestas erradas; y deterioro cognitivo severo = 8 a 10 respuestas erradas.

- **Escala de autocuidado modificada en hipertensión arterial (Anexo 03).**

Este instrumento fue utilizado para medir el autocuidado en los adultos mayores hipertensos considerados en el estudio, estuvo conformada por 42 preguntas clasificadas en 7 dimensiones: régimen alimentario (12 reactivos), actividad física (4 reactivos), problemas

psicológicos (6 reactivos), hábitos nocivos (4 reactivos), descanso y recreación (7 reactivos), tratamiento (3 reactivos) y cuidado de la salud (6 reactivos).

Las opciones de respuesta de los ítems fueron “nunca”, “a veces” y “siempre” y la valoración de cada uno de ellos se realizó de acuerdo a la respuesta considerada como autocuidado adecuado o inadecuado en la muestra en estudio, asignándose un puntaje de 0, 1 y 2 puntos según la respuesta brindada por cada uno los adultos mayores participantes que permitió identificar en forma pertinente la práctica de autocuidado adecuado o inadecuado en la muestra en estudio.

La medición de la variable autocuidado se realizó del siguiente modo: autocuidado inadecuado = 0 a 42 puntos y autocuidado adecuado = 43 a 84 puntos.

2.7. Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación.

Los instrumentos de recolección de datos usados en el presente estudio fueron diseñados y validados previamente en diversos estudios de investigación relacionados a la problemática del deterioro cognitivo y las medidas de autocuidado que practican los adultos mayores con hipertensión arterial; pero para adaptar los instrumentos de investigación al contexto sociodemográfica y a la realidad sociocultural de la muestra en estudio, estos volvieron a ser sometidos a pruebas de validación de tipo cualitativa y cuantitativa, para tener una mejor comprensión e identificación del nivel de validez y confiabilidad de los instrumentos de

investigación; considerándose dentro de ello la realización de los siguientes procedimientos:

2.7.1. Validación Cualitativa.

En la validación cualitativa se tuvo en cuenta la validez racional y la validez mediante el juicio de expertos.

- a) Validez racional.-** En este tipo de validez se realizó una búsqueda exhaustiva y sistemática de todas las fuentes bibliográficas, teóricas y conceptuales relacionadas al deterioro cognitivo y las medidas de autocuidado en los adultos mayores hipertensos, consultando en libros, revistas y tesis de investigación, artículos científicos, repositorio de tesis, páginas de internet y demás fuentes bibliográficas afines a la problemática estudiada, que permitió realizar la caracterización de las variables estudiadas, buscando que los conceptos presentados no fueron vagos ni imprecisos, sino que fueron respaldados por una sólida base teórica y conceptual.
- b) Validez mediante el juicio de Expertos.-** En este tipo de validez se seleccionaron 05 jueces expertos; los cuales cumplieron con los siguientes requisitos: tener grado de doctorado o maestría, tener más de 5 años de experiencia profesional, ser docentes del curso de investigación, y especialistas en geriatría; quienes se encargaron de evaluar cada uno de los ítems de los instrumentos en términos de la objetividad, pertinencia, vigencia estrategia, estructura,

consistencia, claridad y suficiencia; según las dimensiones consideradas en los instrumentos de investigación.

En general, todos los expertos consultados concordaron en que los instrumentos presentados eran adecuados para medir las variables estudiadas, y salvo pequeñas modificaciones que debían realizarse de manera pertinente, estuvieron orientados a cumplir de cada uno de los objetivos propuestos en esta investigación (Anexo N° 04).

- c) Validez por aproximación a la población en estudio.-** En la ejecución de este tipo de validez, se aplicó una prueba piloto, donde se pusieron a prueba cada uno de los instrumentos de recolección de datos a la realidad sociocultural de los adultos mayores participantes del estudio; procedimiento que permitió realizar la identificación de errores de tipo ortográficos en la formulación de los ítems presentados, así como la presencia de ambigüedad y palabras poco comprensible en las preguntas, y otras deficiencias relacionadas al entendimiento y comprensión de cada uno de los ítems presentados en los instrumentos de investigación; permitiendo también estimar el tiempo necesario para la aplicación de los instrumentos en la muestra en estudio, así como la programación del cronograma de actividades y del presupuesto necesario para realizar la ejecución propiamente dicha del estudio de investigación.

Esta prueba pilotó se realizó en las instalaciones del Centro de Salud “Perú Corea”, tomándose como muestra a 10

adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial, quienes fueron seleccionados mediante el muestreo no probabilístico por conveniencia y que presentaron características similares a la muestra en estudio para tener una mayor representatividad en la recolección de los datos.

2.7.2. Validación Cuantitativa.

En la fase de validación cuantitativa se consideró el siguiente tipo de validez:

- a) **Validez por consistencia interna (Confiabilidad).**- Con los resultados obtenidos en la prueba piloto, se procedió a determinar el valor de confiabilidad del instrumento: “Escala de autocuidado modificada de hipertensión arterial”, mediante el análisis de consistencia interna de alfa de Cronbach, por tratarse de un instrumento que presentó ítems con opciones de respuestas de tipo politómicas y con diversos grados de categorización, obteniéndose un valor de confiabilidad de 0,917; resultado que evidenció que tenía un grado muy alto de confiabilidad, validando su uso en la recolección de datos de la presente investigación (Anexo N° 05).

2.8. Procedimiento de recolección de datos.

En el procedimiento de recolección de datos se consideraron las siguientes etapas:

- a) **Autorización.**- Se emitió un oficio dirigido al director del Centro de Salud Potracancha solicitando la autorización respectiva para la

ejecución del estudio, mediante la aplicación de los instrumentos en los adultos mayores diagnosticados con hipertensión arterial seleccionados como participantes del presente estudio de investigación

b) Aplicación de instrumentos de investigación.- En esta etapa se consideraron los siguientes procedimientos:

- Se recogió la autorización escrita emitida por el director del Centro de Salud Potracancha, donde brindó el consentimiento respectivo para realizar el presente estudio.
- Se coordinó con la enfermera responsable del Centro del Adulto Mayor de este establecimiento de salud, para realizar la identificación respectiva de todos los adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial participantes del estudio; y también se realizó la programación de las fechas de aplicación de los instrumentos de investigación.
- Se recolectó el material logístico necesario para realizar la ejecución del trabajo de campo propiamente dicho tales como: instrumentos de investigación, consentimientos informados, chalecos, carpetas encuestadoras, lapiceros, borradores, lápices, fotochecks, etc.
- El día programado para el inicio de recolección de datos se ingresó al establecimiento de salud y se realizó la presentación respectiva al director y personal de salud de la institución en estudio, para su adecuada identificación y solicitando su

colaboración respectiva para la recolección de datos del presente estudio de investigación.

- Posteriormente se identificaron y abordarán a cada uno de los adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial considerados en el estudio, a quienes mediante un saludo cordial, se les invitó de manera cordial y respetuosa para que participen del estudio, explicándoles previamente en forma clara y sencilla la justificación, propósito y objetivos de esta investigación.
- A continuación, se solicitó a cada uno de los adultos mayores participantes del estudio, que lean en forma detenida el consentimiento informado; y si ellos se mostraban de acuerdo con cada uno de los puntos establecidos en este documento, se les solicitó que lo firmen y coloquen su huella digital, evidenciando su aceptación voluntaria para participar del presente estudio.
- Se aplicaron los instrumentos de investigación a cada uno de los adultos mayores participantes del estudio, verificando que todas las preguntas fueron contestadas en su totalidad, y después de ello, se agradeció a cada adulto mayor por la colaboración brindada y se continuó encuestando hasta completar la muestra total de adultos mayores considerados en esta investigación.
- Una vez completada la muestra requerida, se agradeció a la responsable del Centro del Adulto Mayor y al director del Centro de Salud Potracancha por las facilidades brindadas, y procedimos a retirarnos del establecimiento de salud, para posteriormente

realizar el análisis de gabinete de los resultados encontrados en el desarrollo del presente estudio.

2.9. Plan de tabulación y análisis de datos.

En el proceso de tabulación y análisis de los datos encontrados se consideraron las siguientes etapas:

- a) Revisión de los datos.-** En esta fase, cada uno de los instrumentos de recolección de datos utilizados en el estudio fueron examinados de manera crítica; realizando el control de calidad respectivo de cada uno de ellos, permitiendo con este proceso asegurar la representatividad de los resultados obtenidos y la depuración de encuestas incompletas o que hayan sido rellenas de manera inadecuada, y que pudieron conducir a errores de medición en la tabulación, análisis y presentación de los resultados encontrados.
- b) Codificación de los datos.-** Los resultados obtenidos en el estudio fueron codificados transformando en códigos numéricos cada una de las respuestas identificadas en el proceso de recolección de datos, teniendo en consideración las respuestas esperadas de acuerdo a lo establecido en el marco teórico y conceptual de las variables estudiadas en la presente investigación.
- c) Procesamiento de los datos.-** Los datos obtenidos fueron procesados en primer lugar de manera manual mediante la elaboración de un sistema de códigos numéricos denominada tabla matriz de base de datos física, que posteriormente fue trasladada a una base de datos del programa Excel 2013, donde se realizó el procesamiento numérico; y por último, se realizó el procesamiento

estadístico de los datos encontrados a través del uso del paquete estadístico IBM SPSS Versión 23.0 para Windows.

- d) Plan de tabulación de datos.-** Los resultados obtenidos en el presente estudio fueron tabulados en cuadros de frecuencias y porcentajes, para el análisis de la parte descriptiva de la investigación, procedimiento para establecer de manera adecuada la relación que existe entre el deterioro cognitivo y el autocuidado en los adultos mayores hipertensos considerados en la investigación.
- e) Presentación de datos.-** Los datos encontrados fueron presentados en tablas académicas de acuerdo a cada una de las variables y dimensiones analizadas en el estudio de investigación, permitiendo realizar el análisis e interpretación de cada una de ellas, de acuerdo al marco teórico correspondiente al deterioro cognitivo y las medidas de autocuidado en los adultos mayores con hipertensión arterial.
- f) Análisis descriptivo.-** En este tipo de análisis se detallaron las características específicas relacionadas al deterioro cognitivo y al autocuidado en los adultos mayores con hipertensión arterial; de acuerdo al tipo de variable estudiada (cualitativa o numérica); a través de las medidas de tendencia central para las variables numéricas; y de las medidas de frecuencia para las variables cualitativas.

Asimismo, en el análisis descriptivo de los datos se realizaron los siguientes procedimientos: se analizaron cada una de las tablas presentadas comparando las frecuencias observadas en los adultos mayores hipertensos en estudio; que permitió realizar la identificación de las frecuencias y porcentajes obtenidos en cada una de las

dimensiones analizadas dentro de la operacionalización de variables, permitiendo también encontrar diferencias estadísticamente significativas entre las frecuencias observadas; utilizando tablas académicas en la descripción y análisis de los hallazgos encontrados

g) Análisis inferencial.- Este tipo de análisis estadístico fue utilizado para identificar la relación existente entre las variables consideradas en el estudio, poniendo a prueba cada una de las hipótesis de investigación planteadas inicialmente; mediante un análisis estadístico de tipo bivariado, haciendo de la prueba no paramétrica de Chi – cuadrado, considerando el nivel de significancia estadística $p \leq 0,05$ como valor teórico de referencia para aceptar o rechazar las hipótesis de investigación. El análisis inferencial de los resultados del presente estudio se realizará utilizando el paquete estadístico IBM SPSS versión 23.0 para Windows.

2.10. Aspectos éticos de la investigación.

Antes de la aplicación de los instrumentos de investigación, se solicitó la firma del consentimiento informado a cada uno de los adultos mayores hipertensos que aceptaron participar del estudio de investigación (Anexo N° 06). Asimismo se consideraron los principios bioéticos de Enfermería en investigación que se especifican a continuación:

- **Beneficencia;** se respetó este principio porque en todo momento se buscó que los resultados obtenidos en el estudio beneficien a las personas adultas mayores hipertensas, permitiendo que se puedan

proponer diversas medidas de intervención orientadas a mejorar el autocuidado y prevenir el deterioro cognitivo en los adultos mayores.

- **No maleficencia;** se respetó este principio, porque no se puso en riesgo la dignidad, los derechos y el bienestar de los adultos mayores hipertensos, pues la información obtenida tuvo carácter confidencial y de uso estricto para fines de investigación.
- **Autonomía;** se respetó este principio, pues se hizo uso del consentimiento informado; donde se explicó en forma clara, breve y precisa a cada uno de los adultos mayores participantes del estudio que podían retirarse del estudio de investigación en el momento que lo consideraron conveniente.
- **Justicia;** se respetó este principio, debido a que se brindó a todos los adultos mayores hipertensos considerados en el estudio un trato digno, respetuoso y justo, sin discriminación de género, raza, religión o de cualquier otra índole

CAPÍTULO III

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

3.1. Análisis descriptivo de datos univariados.

Tabla 01. Edad de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud PotracanCHA – Huánuco 2017.

Edad (En años)	Frecuencia	%
65 a 70	18	37,5
71 a 76	16	33,4
77 a 82	10	20,8
83 a 88	04	8,3
Total	48	100,0

Fuente. Cuestionario de características sociodemográficas (Anexo 01).

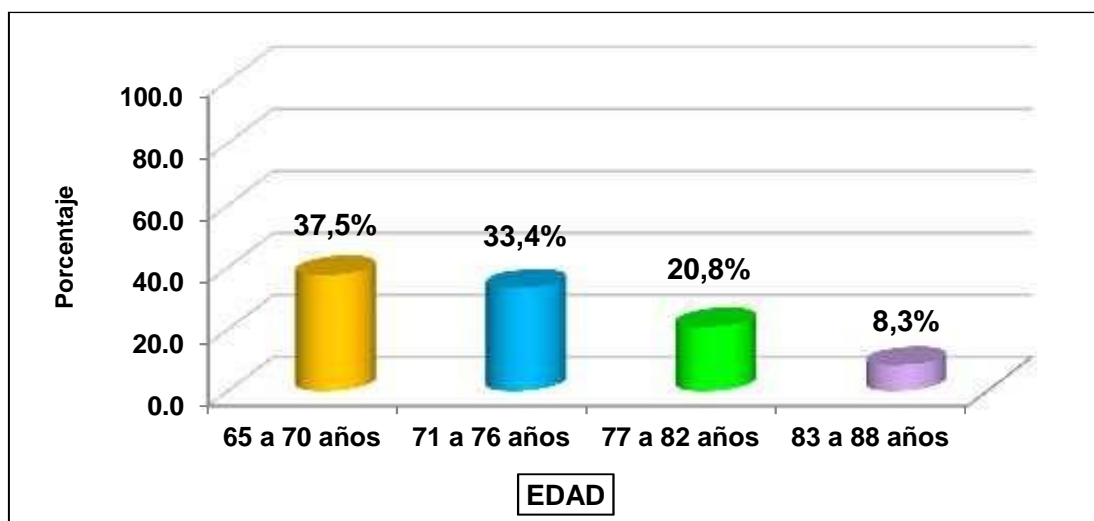


Figura 01. Representación gráfica de la edad de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud PotracanCHA – Huánuco 2017.

En cuanto a la edad de los adultos mayores hipertensos considerados en el estudio, se identificó que el 37,5% (18) pertenecieron al grupo etáreo de 65 a 70 años de edad; el 33,4% (16) tuvieron de 71 a 78 años de edad; el 20,8% (10) tuvieron de 77 a 82 años de edad; y por último, el 8,3% (4) restante pertenecieron al grupo etáreo de 83 a 88 años de edad.

Tabla 02. Género de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.

Género	Frecuencia	%
Masculino	23	47,9
Femenino	25	52,1
Total	48	100,0

Fuente. Cuestionario de características sociodemográficas (Anexo 01).

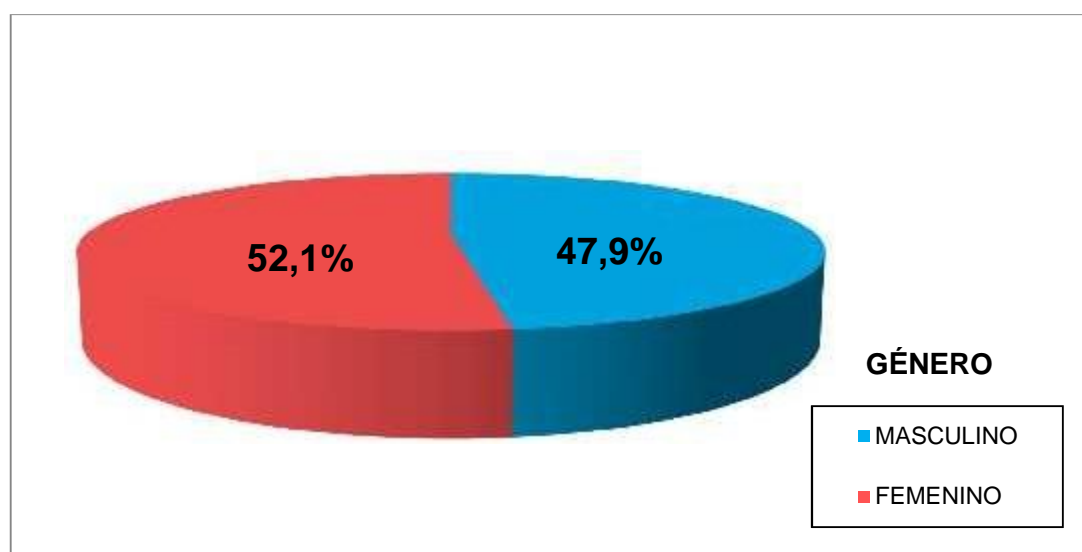


Figura 02. Representación gráfica del género predominante en los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.

En relación al género predominante en los adultos mayores considerados en el presente estudio, se pudo evidenciar que el 52,1% (25) de personas encuestadas pertenecieron al género femenino; mientras que el 47,9% (23) restante pertenecieron al género masculino. Cabe mencionar que la diferencia entre estos porcentajes es relativamente pequeña.

Tabla 03. Lugar de procedencia de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancho – Huánuco 2017.

Lugar de Procedencia	Frecuencia	%
Urbana	10	20,8
Rural	32	66,7
Periurbana	06	12,5
Total	48	100,0

Fuente. Cuestionario de características sociodemográficas (Anexo 01).

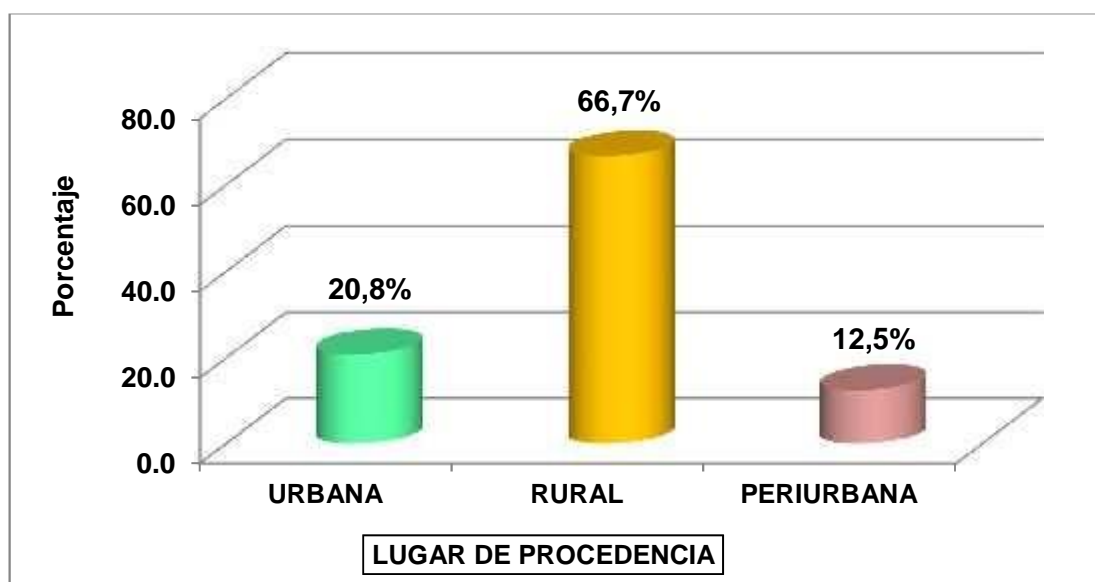


Figura 03. Representación gráfica del lugar de procedencia de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancho – Huánuco 2017.

Respecto al lugar de procedencia de los adultos mayores hipertensos considerados en el presente estudio, se pudo apreciar que el 66,7% (32) de personas encuestadas manifestaron que proceden de zonas rurales del distrito; el 20,8% (10) señalaron que proceden de zonas urbanas de la ciudad y por último, el 12,5% (69) restante refirieron que proceden de zonas periurbanas del distrito de Pillco Marca.

Tabla 04. Estado civil de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancho – Huánuco 2017.

Estado Civil	Frecuencia	%
Soltero(a)	01	2,1
Casado(a)	18	37,5
Conviviente	10	20,8
Separado(a)	05	10,4
Viudo(a)	14	29,2
Total	48	100,0

Fuente. Cuestionario de características sociodemográficas (Anexo 01).

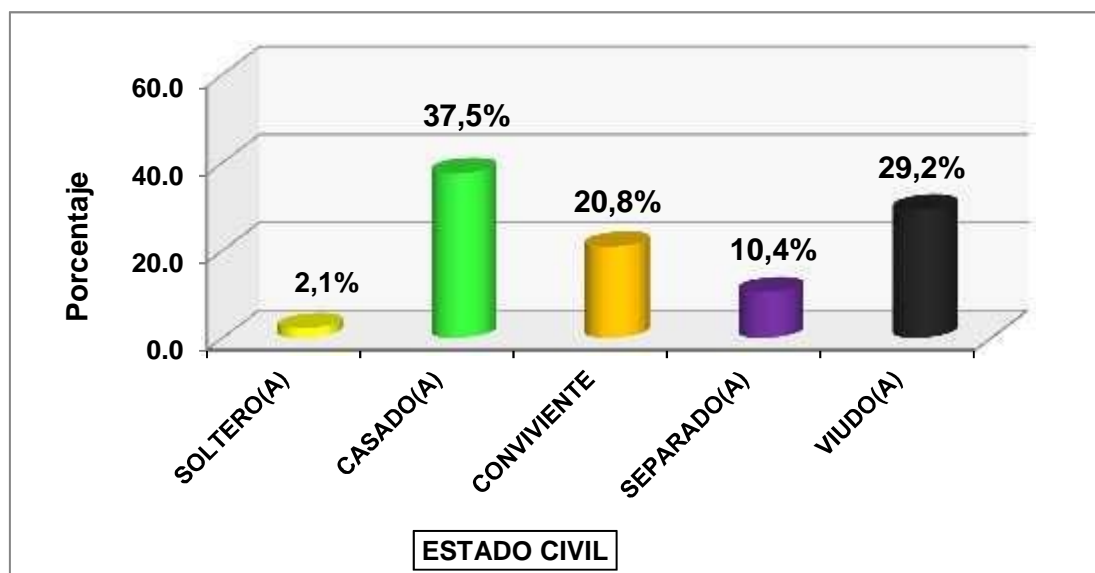


Figura 04. Representación gráfica del estado civil de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancho – Huánuco 2017.

En referencia al estado civil de los adultos mayores hipertensos considerados en el presente estudio, se pudo evidenciar que el 37,5% (18) de encuestados manifestaron estar casados(as); el 29,2% (14) declararon ser viudos(as); el 20,8% (10) señalaron ser convivientes; el 10,4% (5) refirieron estar separados(as) de su pareja; y por último, el 2,1% (1) restante expresó que actualmente se encuentra soltera.

Tabla 05. Grado de escolaridad de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.

Grado de escolaridad	Frecuencia	%
Sin estudios	28	58,3
Primaria	20	41,7
Total	48	100,0

Fuente. Cuestionario de características sociodemográficas (Anexo 01).

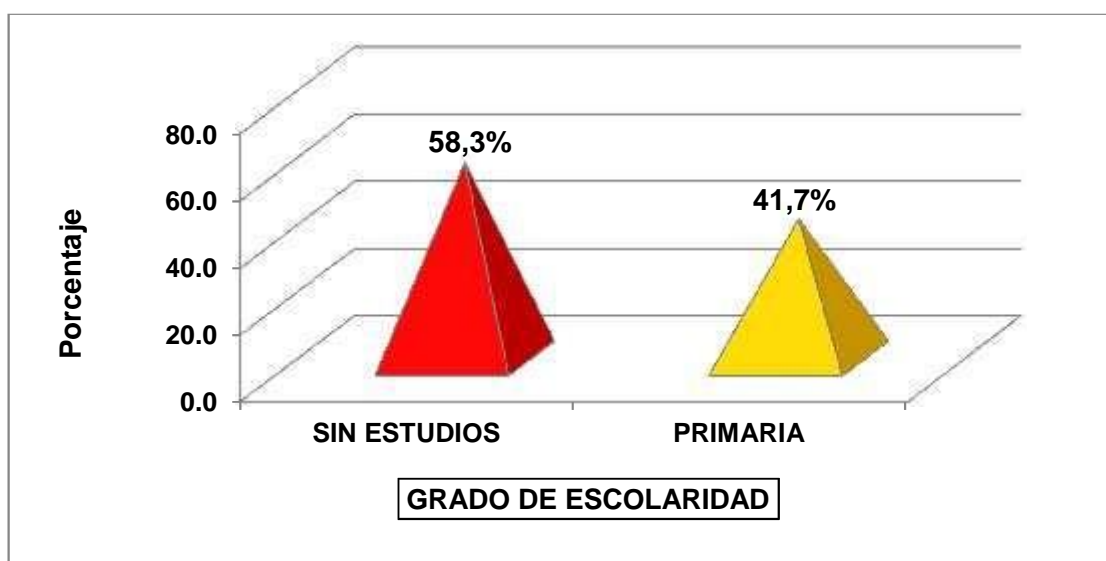


Figura 05. Representación gráfica del grado de escolaridad de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.

En referencia al grado de escolaridad de los adultos mayores hipertensos considerados en el presente estudio, se pudo identificar que la mayoría de ellos, representada en el 58,3% (28) de personas encuestadas manifestaron que no tienen ningún tipo de estudios, pues son analfabetos; mientras que el 41,7% (20) restante refirieron que tiene como grado de escolaridad el nivel primario.

Tabla 06. Ocupación de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud PotracanCHA – Huánuco 2017.

Ocupación	Frecuencia	%
Empleado(a)	03	6,3
Desempleado(a)	33	68,7
Independiente	11	22,9
Jubilado	01	2,1
Total	48	100,0

Fuente. Cuestionario de características sociodemográficas (Anexo 01).

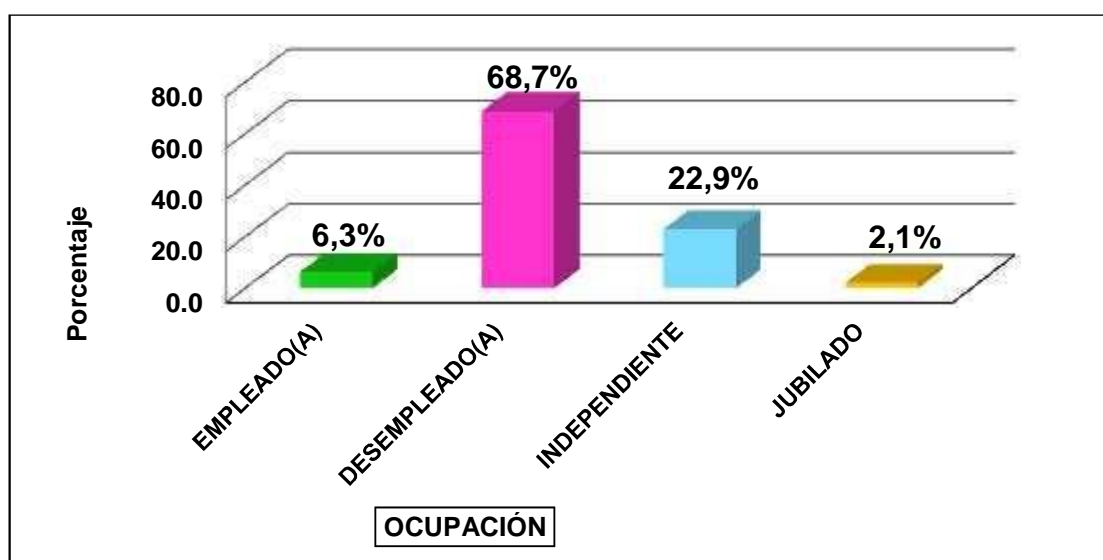


Figura 06. Representación gráfica de la ocupación de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud PotracanCHA – Huánuco 2017.

Respecto a la ocupación de los adultos mayores hipertensos en estudio, se pudo observar que el 68,7% (33) manifestaron encontrarse desempleados(as); el 22,9% (11) refirieron que se encuentran laborando de manera independiente; el 6,3% (3) señalaron que están trabajando de manera dependiente o son empleados(as); y por último, el 2,1% (1) restante declaró que es jubilado.

Tabla 07. Personas con quienes viven los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud PotracanCHA – Huánuco 2017.

Personas con quienes viven	Frecuencia	%
Solo(a)	09	18,8
Pareja	18	37,4
Pareja e hijos	10	20,8
Familia múltiple	08	16,7
Otras personas	03	6,3
Total	48	100,0

Fuente. Cuestionario de características sociodemográficas (Anexo 01).

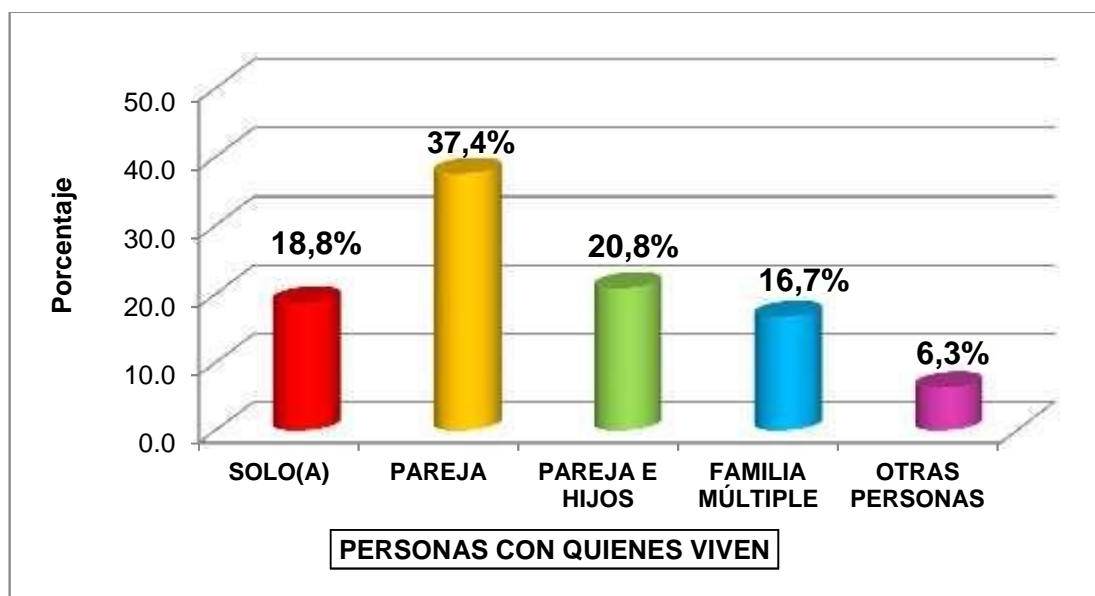


Figura 07. Representación gráfica de las personas con quienes viven los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud PotracanCHA – Huánuco 2017.

En relación a las personas con quienes viven los adultos mayores hipertensos considerados en el estudio, se pudo identificar que el 37,4% (18) de encuestados manifestaron que solo viven con su pareja; el 20,8% (10) refirieron que viven con su pareja e hijos; el 18,8% (9) expresaron que se encuentran viviendo solos(as); el 16,7 (8) declararon que tienen una familia múltiple, y por último, el 6,3% (3) señalaron que viven con otras personas.

Tabla 08. Personas encargadas del cuidado de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud PotracanCHA – Huánuco 2017.

Personas encargadas del cuidado	Frecuencia	%
Pareja	23	47,9
Hijos	17	35,4
Otras personas	08	16,7
Total	48	100,0

Fuente. Cuestionario de características sociodemográficas (Anexo 01).

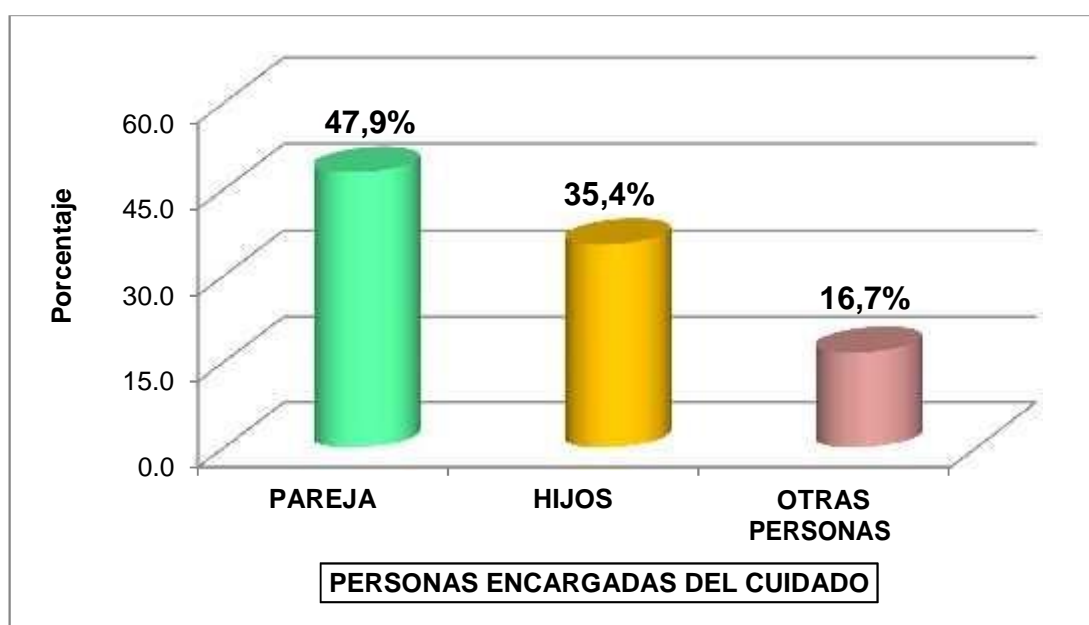


Figura 08. Representación gráfica de las personas encargadas del cuidado de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud PotracanCHA – Huánuco 2017.

En cuanto a las personas encargadas del cuidado de los adultos hipertensos en estudio, se pudo apreciar que el 47,9% (23) refirieron que sus parejas son las que se encargan de los cuidados que ellos necesitan; el 35,4% (17) señalaron que las personas encargadas de su cuidado son sus hijos; y por último; el 16,7% (8) manifestaron que otras personas son las encargadas de brindarles los cuidados que ellos necesitan.

3.1.1. Deterioro cognitivo en los adultos mayores en estudio.

Tabla 09. Grado de deterioro cognitivo en los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud PotracanCHA – Huánuco 2017.

Grado de Deterioro Cognitivo	Frecuencia	%
Normal, sin deterioro cognitivo	25	52,1
Deterioro cognitivo leve	19	39,6
Deterioro cognitivo moderado	04	8,3
Total	48	100,0

Fuente. Escala de Pfeiffer (Anexo 02).

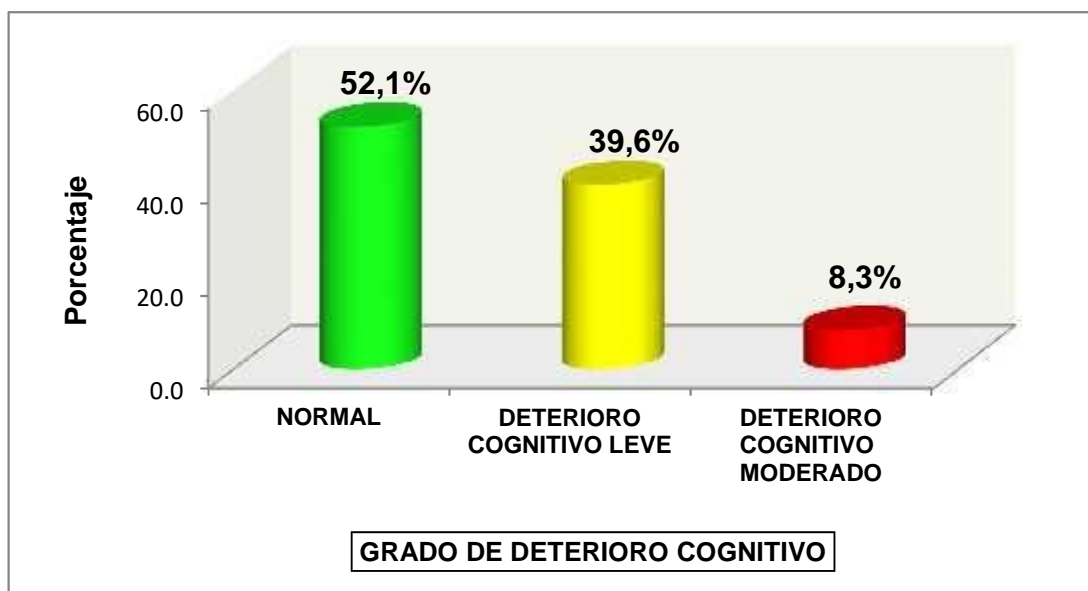


Figura 09. Representación gráfica del grado deterioro cognitivo en los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud PotracanCHA – Huánuco 2017.

Respecto al grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores hipertensos en estudio, se pudo identificar que el 52,1% (25) de personas encuestados no presentaron deterioro cognitivo; el 39,6% (19) tuvieron deterioro cognitivo leve; y por último, el 8,3% (4) restante presentaron deterioro cognitivo moderado después de la evaluación respectiva.

3.1.2. Autocuidado en los adultos mayores en estudio.

Tabla 10. Autocuidado en la dimensión régimen alimentario de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud PotracanCHA – Huánuco 2017.

Autocuidado Dimensión Régimen Alimentario	Frecuencia	%
Autocuidado adecuado	39	81,3
Autocuidado inadecuado	09	18,7
Total	48	100,0

Fuente. Escala de autocuidado de hipertensión arterial (Anexo 03).

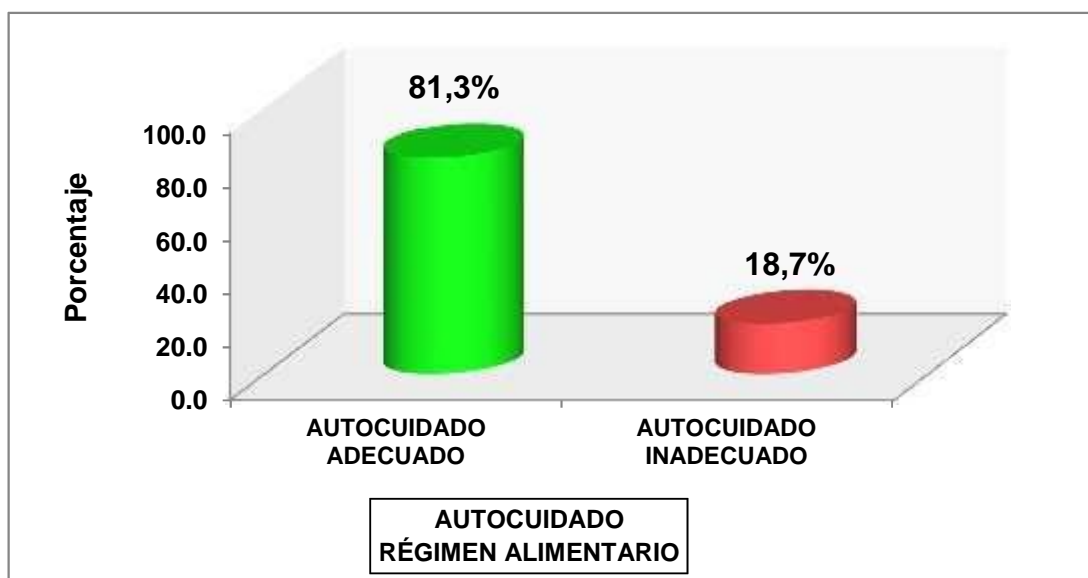


Figura 10. Representación gráfica del autocuidado en la dimensión régimen alimentario de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud PotracanCHA – Huánuco 2017.

En relación al autocuidado en la dimensión régimen alimentario de los adultos mayores hipertensos considerados en el presente estudio; se pudo apreciar que el 81,3% (39) de personas encuestadas tuvieron un autocuidado adecuado en relación a su régimen alimentario, mientras que el 18,7% (9) restante presentaron un autocuidado inadecuado en esta dimensión.

Tabla 11. Autocuidado en la dimensión actividad física de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.

Autocuidado Dimensión Actividad Física	Frecuencia	%
Autocuidado adecuado	25	52,1
Autocuidado inadecuado	23	47,9
Total	48	100,0

Fuente. Escala de autocuidado de hipertensión arterial (Anexo 03).

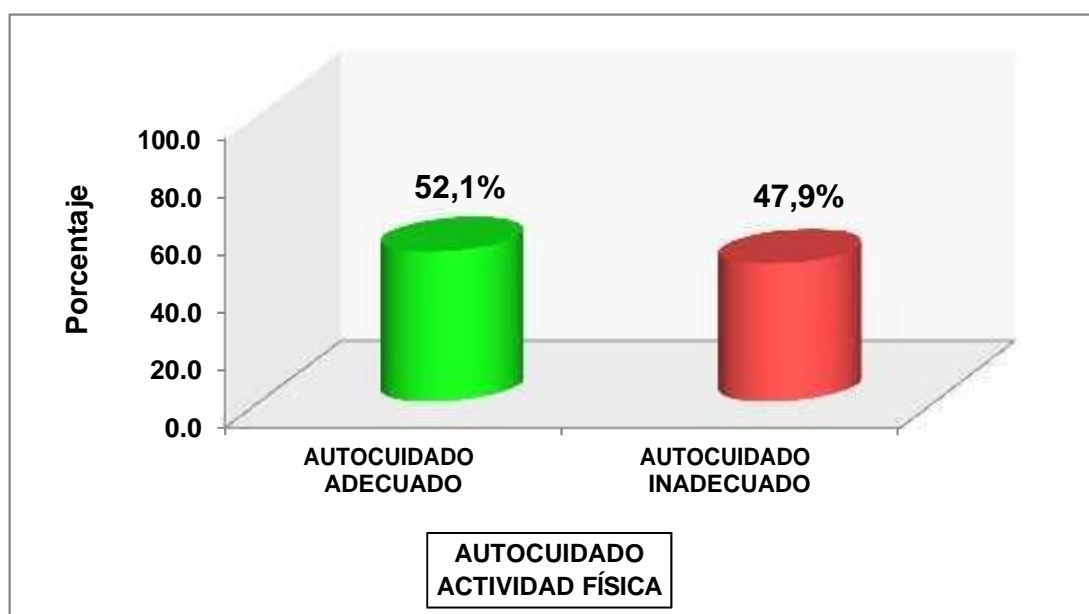


Figura 11. Representación gráfica del autocuidado en la dimensión actividad física de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.

En referencia al autocuidado en la dimensión actividad física de los adultos mayores hipertensos en estudio; se pudo evidenciar que el 52,1% (25) de personas encuestadas tuvieron un autocuidado adecuado en relación a las prácticas de actividad física, mientras que el 47,9% (23) restante presentaron un autocuidado inadecuado en esta dimensión.

Tabla 12. Autocuidado en la dimensión problemas psicológicos de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.

Autocuidado Dimensión Problemas Psicológicos	Frecuencia	%
Autocuidado adecuado	20	41,7
Autocuidado inadecuado	28	58,3
Total	48	100,0

Fuente. Escala de autocuidado de hipertensión arterial (Anexo 03).

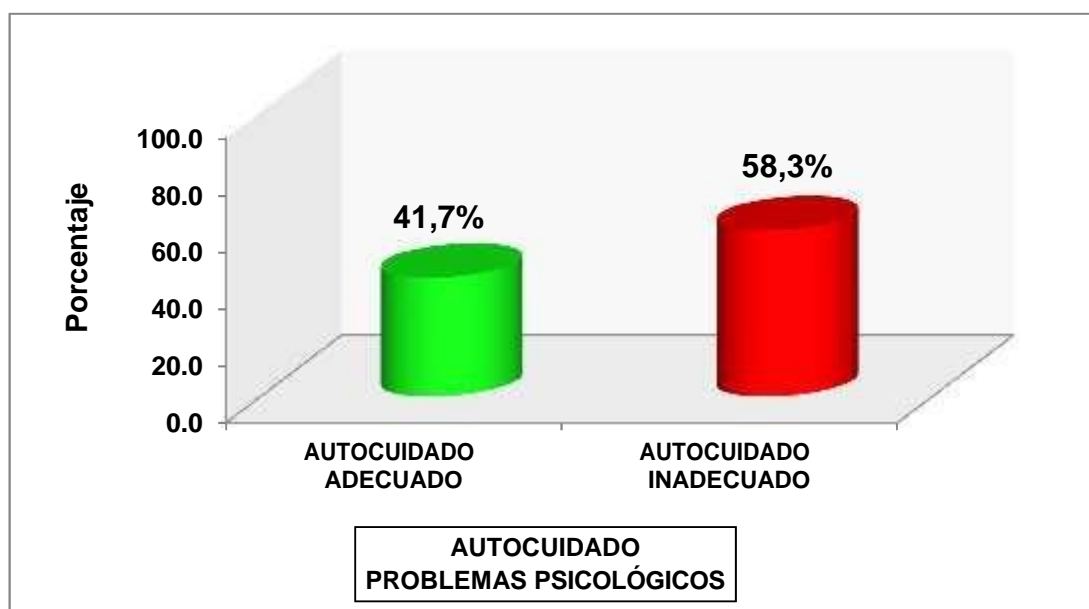


Figura 12. Representación gráfica del autocuidado en la dimensión problemas psicológicos de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.

En cuanto al autocuidado en la dimensión problemas psicológicos de los adultos mayores hipertensos considerados en la presente investigación; se pudo identificar que el 58,3% (28) de personas encuestadas tuvieron un autocuidado inadecuado respecto a las actividades relacionadas al contexto emocional; mientras que el 41,7% (20) restante presentaron un autocuidado adecuado en esta dimensión.

Tabla 13. Autocuidado en la dimensión hábitos nocivos de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.

Autocuidado Dimensión Hábitos Nocivos	Frecuencia	%
Autocuidado adecuado	47	97,9
Autocuidado inadecuado	01	2,1
Total	48	100,0

Fuente. Escala de autocuidado de hipertensión arterial (Anexo 03).

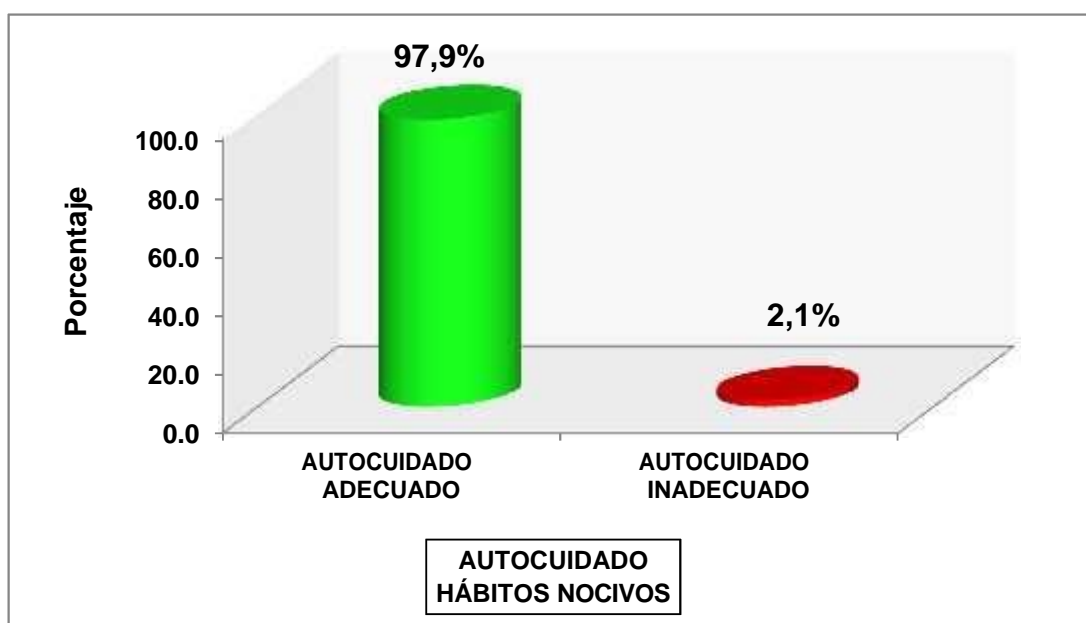


Figura 13. Representación gráfica del autocuidado en la dimensión hábitos nocivos de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.

Respecto al autocuidado en la dimensión hábitos nocivos de los adultos mayores hipertensos considerados en el estudio; se pudo apreciar que el 97,9% (47) de personas encuestadas presentaron un autocuidado adecuado en relación a las prácticas de hábitos nocivos; mientras que solo el 2,1% (1) restante presentó un autocuidado inadecuado en esta dimensión.

Tabla 14. Autocuidado en la dimensión descanso y recreación de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.

Autocuidado Dimensión Descanso y Recreación	Frecuencia	%
Autocuidado adecuado	22	45,8
Autocuidado inadecuado	26	54,2
Total	48	100,0

Fuente. Escala de autocuidado de hipertensión arterial (Anexo 03).

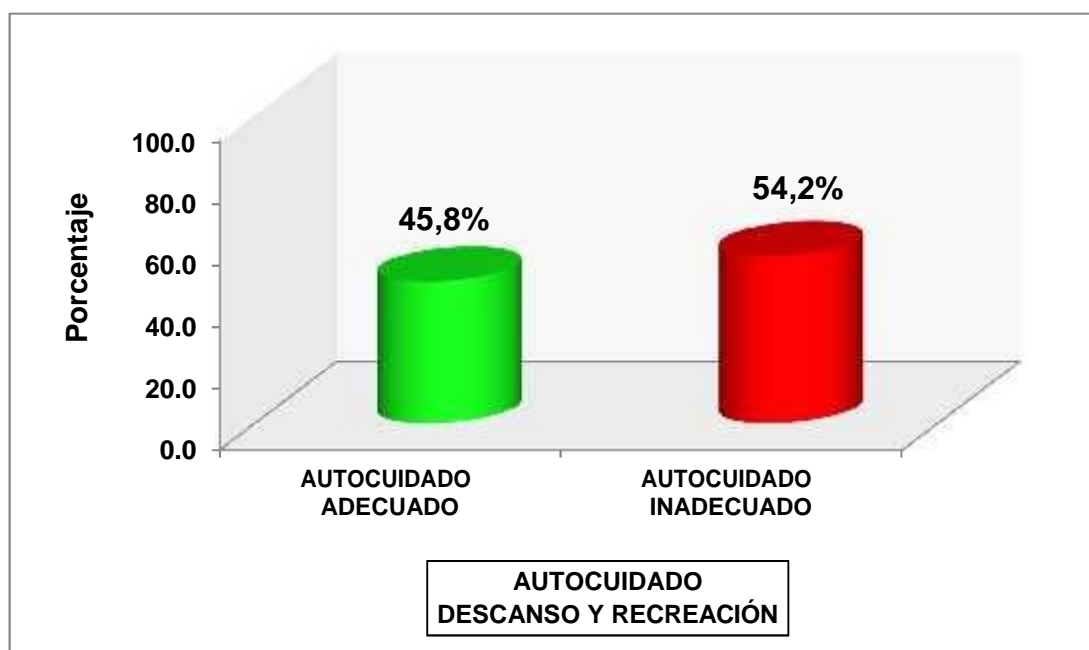


Figura 14. Representación gráfica del autocuidado en la dimensión descanso y recreación de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.

En relación al autocuidado en la dimensión descanso y recreación de los adultos mayores hipertensos en estudio; se pudo evidenciar que el 54,2% (26) de personas encuestadas presentaron un autocuidado inadecuado respecto a sus hábitos de descanso y recreación; mientras que el 45,8% (22) restante tuvieron un autocuidado adecuado en esta dimensión.

Tabla 15. Autocuidado en la dimensión tratamiento de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.

Autocuidado Dimensión Tratamiento	Frecuencia	%
Autocuidado adecuado	20	41,7
Autocuidado inadecuado	28	58,3
Total	48	100,0

Fuente. Escala de autocuidado de hipertensión arterial (Anexo 03).

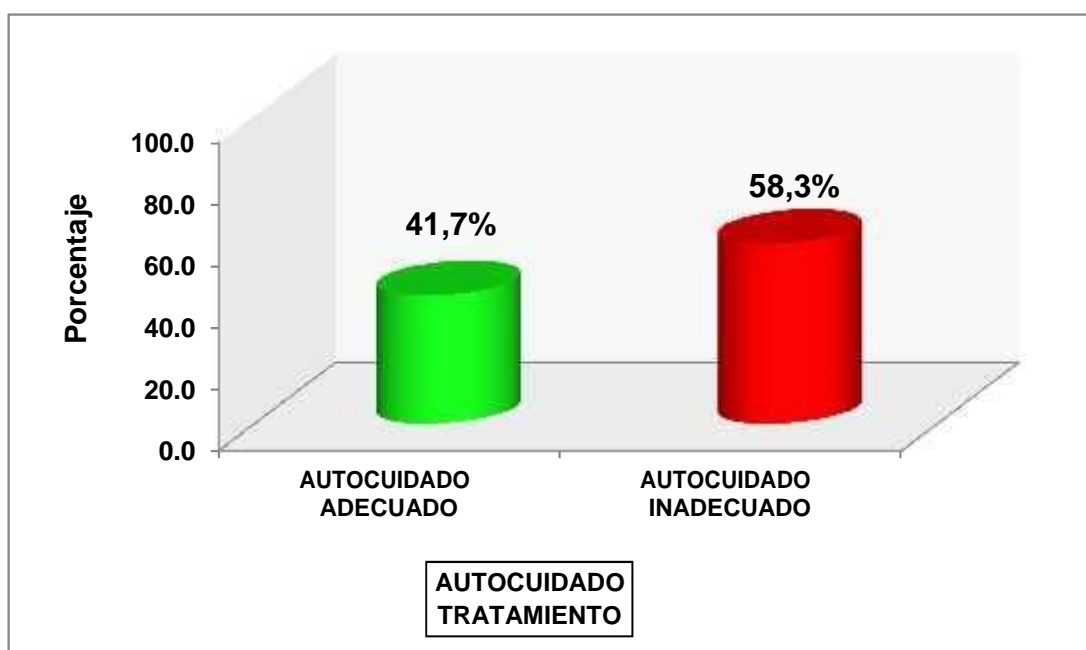


Figura 15. Representación gráfica del autocuidado en la dimensión tratamiento de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.

En referencia al autocuidado en la dimensión tratamiento de los adultos mayores hipertensos en estudio; se pudo evidenciar que el 58,3% (28) de personas encuestadas tuvieron un autocuidado inadecuado en relación al tratamiento y adherencia terapéutica de la hipertensión arterial; mientras que el 41,7% (20) restante presentaron un autocuidado adecuado en esta dimensión.

Tabla 16. Autocuidado en la dimensión cuidado de la salud de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud PotracanCHA – Huánuco 2017.

Autocuidado Dimensión Cuidado de la Salud	Frecuencia	%
Autocuidado adecuado	17	35,4
Autocuidado inadecuado	31	64,6
Total	48	100,0

Fuente. Escala de autocuidado de hipertensión arterial (Anexo 03).

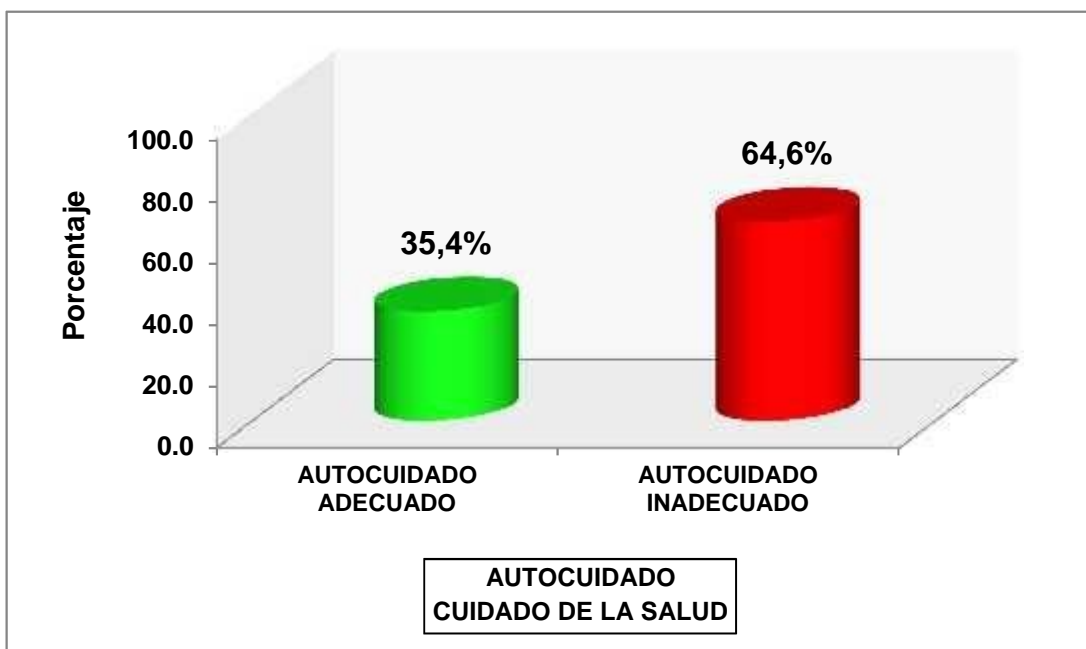


Figura 16. Representación gráfica del autocuidado en la dimensión cuidado de la salud de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud PotracanCHA – Huánuco 2017.

En cuanto al autocuidado en la dimensión cuidado de la salud de los adultos mayores hipertensos considerados en la investigación; se pudo apreciar que el 64,6% (31) de personas encuestadas tuvieron un autocuidado inadecuado respecto a sus prácticas de cuidado de la salud; mientras que el 35,4% (17) restante presentaron un autocuidado adecuado en esta dimensión.

Tabla 17. Autocuidado de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.

Autocuidado Nivel General	Frecuencia	%
Autocuidado adecuado	33	68,8
Autocuidado inadecuado	15	31,2
Total	48	100,0

Fuente. Escala de autocuidado de hipertensión arterial (Anexo 03).

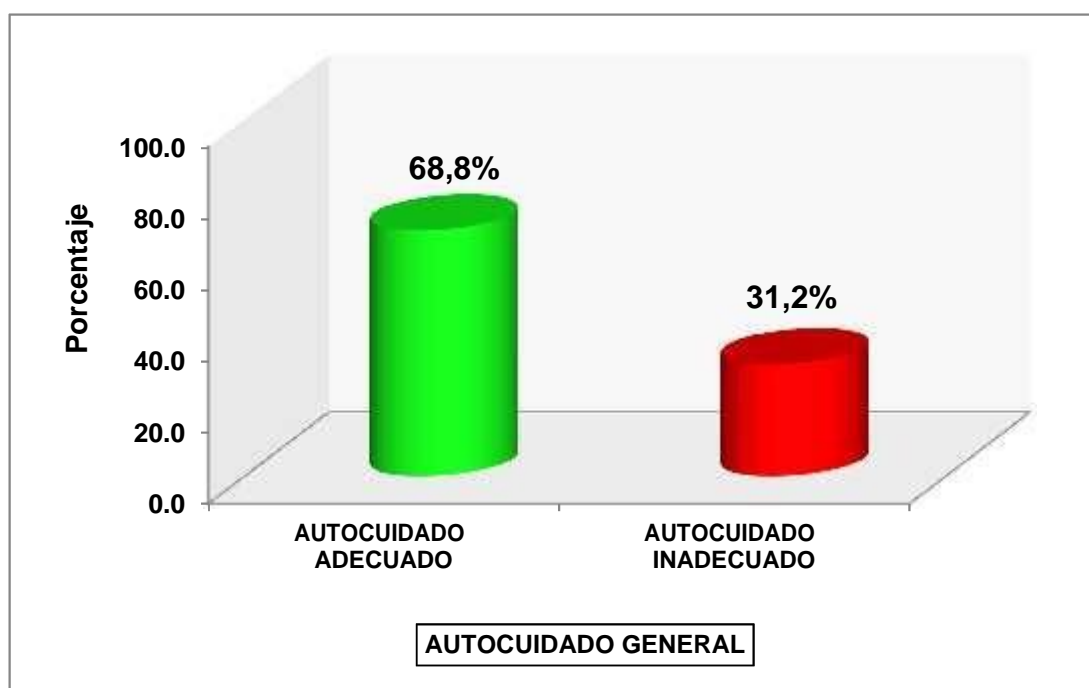


Figura 17. Representación gráfica del autocuidado de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.

En cuanto al autocuidado de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha de Huánuco durante el año 2017; se pudo apreciar que el 68,8% (33) de personas encuestadas tuvieron, en general, un autocuidado adecuado respecto al afrontamiento de la hipertensión arterial, mientras que el 31,2% (15) restante presentaron un autocuidado inadecuado en la ejecución del presente estudio de investigación.

3.2. Análisis inferencial o prueba de contrastación de hipótesis.

Tabla 18. Relación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión régimen alimentario de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud PotracanCHA – Huánuco 2017.

Grado de Deterioro Cognitivo	Autocuidado Régimen Alimentario				Total		Chi-cuadrado	P (valor)
	Adecuado		Inadecuado		Nº	%		
	Nº	%	Nº	%				
Normal	24	50,0	01	2,1	25	52,1	12,592	0,002
Deterioro Cognitivo Leve	14	29,2	05	10,4	19	39,6		
Deterioro Cognitivo Moderado	01	2,1	03	6,2	04	8,3		
TOTAL	39	81,3	09	18,7	48	100,0		

Fuente. Escala de Pfeiffer (Anexo 02) y Escala de autocuidado de hipertensión arterial (Anexo 03).

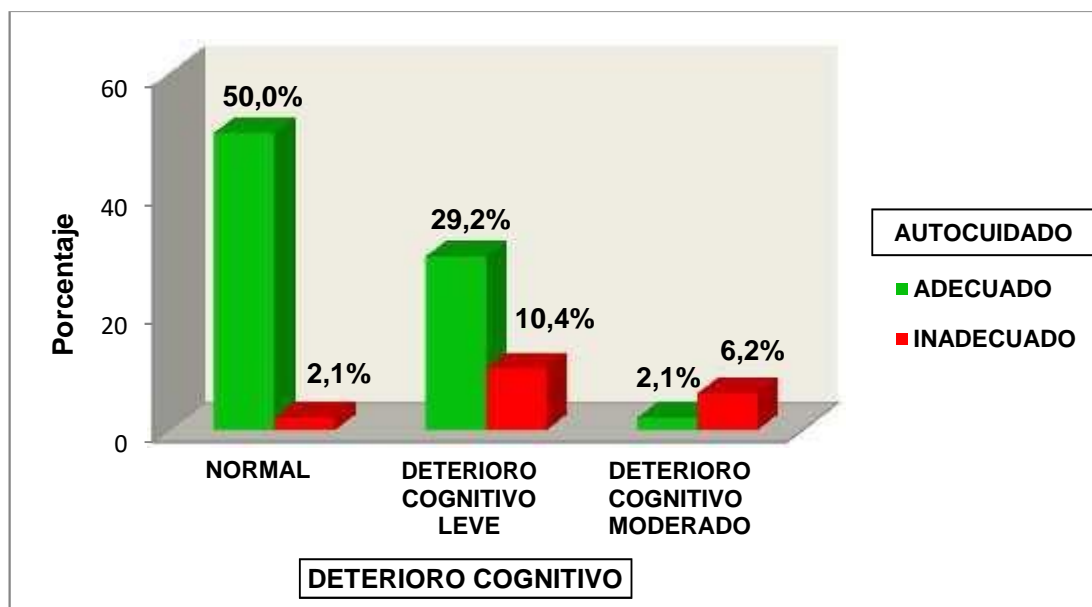


Figura 18. Comparación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión régimen alimentario de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud PotracanCHA – Huánuco 2017.

Respecto a la relación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión régimen alimentario de los adultos mayores en estudio, se encontró que el 52,1% (25) de adultos mayores evaluados no presentaron deterioro cognitivo; de los cuales, el 50,0% (24) presentaron

autocuidado adecuado, y el 2,1% (1) restante tuvo autocuidado inadecuado. También se pudo hallar que el 39,6% (19) de adultos mayores tuvieron deterioro cognitivo leve, donde el 29,2% (14) tuvieron autocuidado inadecuado y el 10,4% (5) restante presentaron autocuidado adecuado; y por último, el 8,3% (4) de adultos mayores evaluados presentaron deterioro cognitivo moderado, donde el 6,2% (3) presentaron autocuidado inadecuado y el 2,1% (1) tuvieron autocuidado adecuado en la dimensión régimen alimentario.

Al analizar la relación entre las variables con la prueba del Chi Cuadrado; se obtuvo un valor de 12,592; con un valor de significancia estadística $p \leq 0,002$; el cual es inferior al valor teórico $p \leq 0,05$ que evidencia que existe grado de significancia estadística, es decir, las variables se relacionan de manera significativa, concluyéndose que el grado de deterioro cognitivo se relaciona con el autocuidado en la dimensión régimen alimentario de los adultos mayores hipertensos en estudio; en consecuencia, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en esta dimensión.

Tabla 19. Relación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión actividad física de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.

Grado de Deterioro Cognitivo	Autocuidado Actividad Física				Total		Chi-cuadrado	P (valor)
	Adecuado		Inadecuado					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Normal	21	43,8	04	8,3	25	52,1	21,883	0,000
Deterioro Cognitivo Leve	04	8,3	15	31,3	19	39,6		
Deterioro Cognitivo Moderado	00	0,0	04	8,3	04	8,3		
TOTAL	25	52,1	23	47,9	48	100,0		

Fuente. Escala de Pfeiffer (Anexo 02) y Escala de autocuidado de hipertensión arterial (Anexo 03).

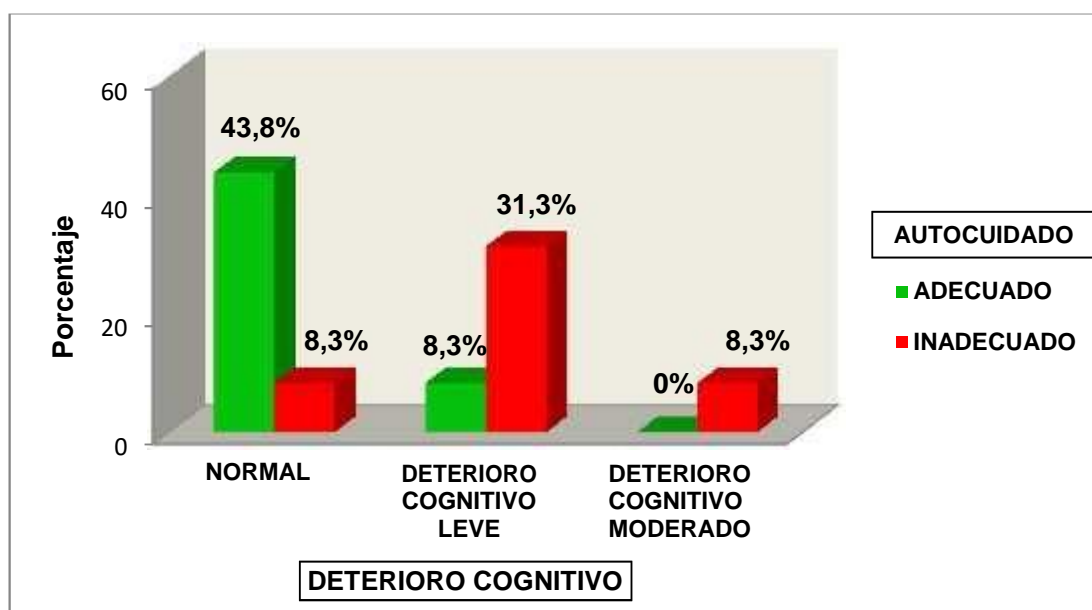


Figura 19. Comparación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión actividad física de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.

Respecto a la relación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión actividad física de los adultos mayores en estudio, se encontró que el 52,1% (25) de adultos mayores evaluados no presentaron deterioro cognitivo; de los cuales, el 43,8% (21) presentaron autocuidado adecuado, y el 8,3% (4) restante tuvieron autocuidado

inadecuado. También se pudo hallar que el 39,6% (19) de adultos mayores tuvieron deterioro cognitivo leve, donde el 31,3% (15) tuvieron autocuidado inadecuado y el 8,3% (4) restante presentaron autocuidado adecuado; y por último, el 8,3% (4) de adultos mayores evaluados evidenciaron tener deterioro cognitivo moderado, presentando todos ellos, autocuidado inadecuado en la dimensión actividad física.

Al analizar la relación entre las variables con la prueba del Chi Cuadrado; se obtuvo un valor de 21,883; con dos grados de libertad (gl) y un valor de significancia estadística $p \leq 0,000$; el cual es inferior al valor teórico $p \leq 0.05$, que indica que existe grado de significancia estadística; es decir, estas variables se relacionan significativamente, concluyéndose que el grado de deterioro cognitivo se relaciona con el autocuidado en la dimensión actividad física de los adultos mayores hipertensos en estudio; en consecuencia, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en esta dimensión.

Tabla 20. Relación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión problemas psicológicos de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud PotracanCHA – Huánuco 2017.

Grado de Deterioro Cognitivo	Autocuidado Problemas Psicológicos				Total	Chi-cuadrado	P (valor)
	Adecuado		Inadecuado				
	Nº	%	Nº	%			
Normal	17	35,4	08	16,7	25	52,1	15,224
Deterioro Cognitivo Leve	03	6,3	16	33,3	19	39,6	
Deterioro Cognitivo Moderado	00	0,0	04	8,3	04	8,3	
TOTAL	20	41,7	28	58,3	48	100,0	

Fuente. Escala de Pfeiffer (Anexo 02) y Escala de autocuidado de hipertensión arterial (Anexo 03).

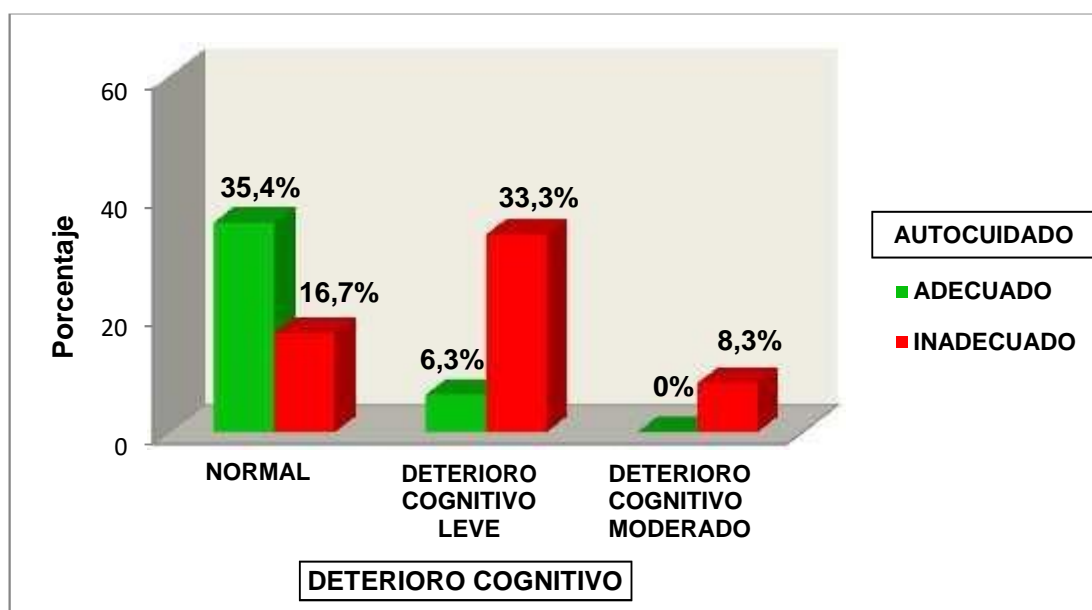


Figura 20. Comparación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión problemas psicológicos de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud PotracanCHA – Huánuco 2017.

Respecto a la relación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión problemas psicológicos de los adultos mayores en estudio, se encontró que el 52,1% (25) de adultos mayores evaluados no presentaron deterioro cognitivo; de los cuales, el 35,4% (17) presentaron autocuidado adecuado, y el 16,7% (8) restante tuvieron autocuidado

inadecuado. También se pudo hallar que el 39,6% (19) de adultos mayores tuvieron deterioro cognitivo leve, donde el 33,3% (16) tuvieron autocuidado inadecuado y el 6,3% (3) restante presentaron autocuidado adecuado; y por último, el 8,3% (4) de adultos mayores evaluados evidenciaron tener deterioro cognitivo moderado, presentando todos ellos, autocuidado inadecuado en la dimensión problemas psicológicos.

Al analizar la relación entre las variables con la prueba del Chi Cuadrado; se obtuvo un valor de 15,224; con dos grados de libertad (gl) un valor de significancia estadística $p \leq 0,000$; el cual es inferior al valor teórico $p \leq 0.05$, que indica que existe grado de significancia estadística; es decir, estas variables se relacionan significativamente, concluyéndose que el grado de deterioro cognitivo se relaciona con el autocuidado en la dimensión problemas psicológicos de los adultos mayores hipertensos en estudio; en consecuencia, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en esta dimensión.

Tabla 21. Relación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión hábitos nocivos de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.

Grado de Deterioro Cognitivo	Autocuidado Hábitos Nocivos				Total	Chi-cuadrado	P (valor)
	Adecuado		Inadecuado				
	Nº	%	Nº	%	Nº		
Normal	24	50,0	01	2,1	25	52,1	0,940
Deterioro Cognitivo Leve	19	39,6	00	0,0	19	39,6	
Deterioro Cognitivo Moderado	04	8,3	00	0,0	04	8,3	
TOTAL	47	97,9	01	2,1	48	100,0	

Fuente. Escala de Pfeiffer (Anexo 02) y Escala de autocuidado de hipertensión arterial (Anexo 03).

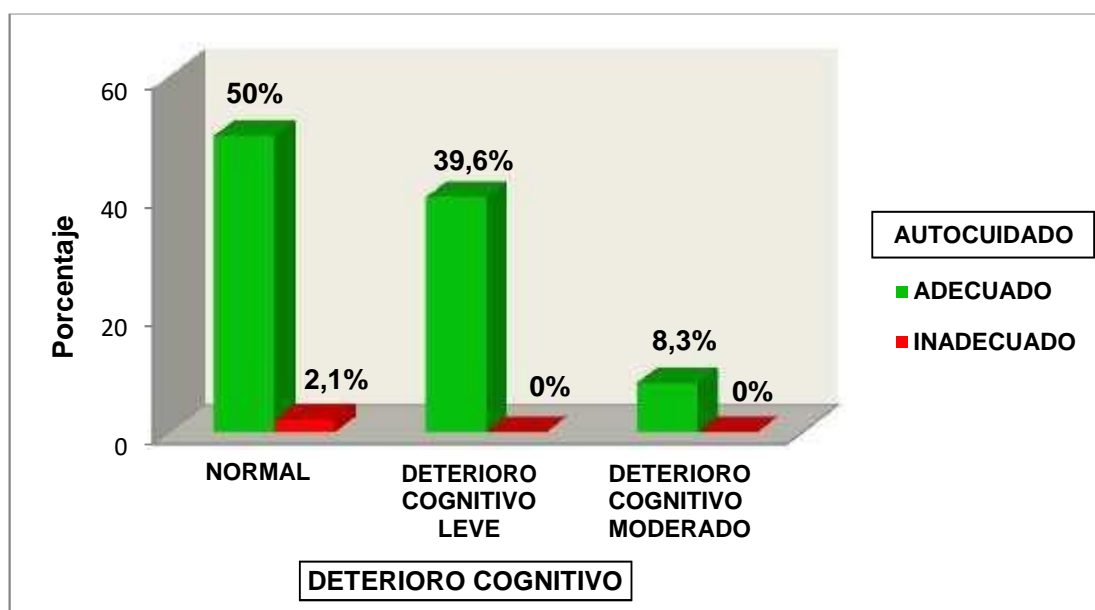


Figura 21. Comparación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión hábitos nocivos de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.

Respecto a la relación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión hábitos nocivos de los adultos mayores en estudio, se encontró que el 52,1% (25) de adultos mayores evaluados no presentaron deterioro cognitivo; de los cuales, el 50,0% (24) presentaron autocuidado adecuado, y el 2,1% (1) restante tuvo autocuidado inadecuado.

También se pudo hallar que el 39,6% (19) de adultos mayores tuvieron deterioro cognitivo leve, evidenciando todos ellos tener un autocuidado adecuado; y por último, el 8,3% (4) de adultos mayores evaluados presentaron deterioro cognitivo moderado, teniendo todos estos adultos mayores un autocuidado adecuado en la dimensión hábitos nocivos.

Al analizar la relación entre las variables con la prueba del Chi Cuadrado; se obtuvo un valor de 0,940; con dos grados de libertad (gl) un valor de significancia estadística $p \leq 0,625$; el cual es superior al valor teórico $p \leq 0.05$, que indica que no existe grado de significancia estadística; es decir, estas variables no se relacionan significativamente, concluyéndose que el grado de deterioro cognitivo no se relaciona con el autocuidado en la dimensión hábitos nocivos de los adultos mayores hipertensos en estudio; en consecuencia, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis de investigación en esta dimensión.

Tabla 22. Relación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión descanso y recreación de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud PotracanCHA – Huánuco 2017.

Grado de Deterioro Cognitivo	Autocuidado				Total	Chi-cuadrado	P (valor)
	Descanso y Recreación						
	Adecuado	Inadecuado					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Normal	16	33,3	09	18,8	25	52,1	
Deterioro Cognitivo Leve	06	12,5	13	27,1	19	39,6	
Deterioro Cognitivo Moderado	00	0,0	04	8,3	04	8,3	
TOTAL	22	45,8	26	54,2	48	100,0	8,263 0,016

Fuente. Escala de Pfeiffer (Anexo 02) y Escala de autocuidado de hipertensión arterial (Anexo 03).

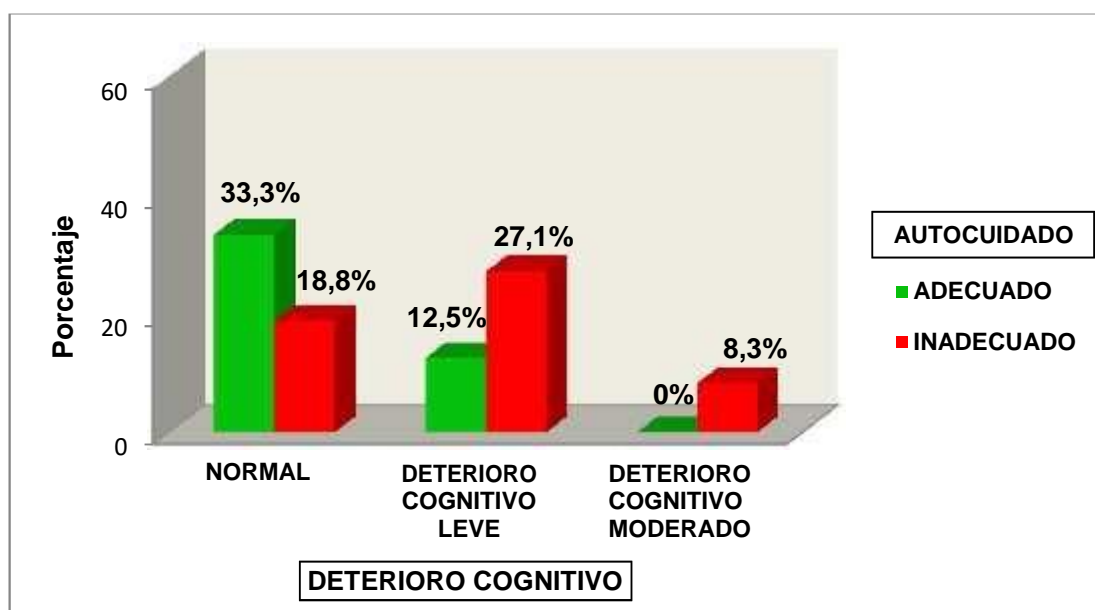


Figura 22. Comparación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión descanso y recreación de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud PotracanCHA – Huánuco 2017.

Respecto a la relación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión descanso y recreación de los adultos mayores en estudio, se encontró que el 52,1% (25) de adultos mayores evaluados no presentaron deterioro cognitivo; de los cuales, el 33,3% (16) presentaron autocuidado adecuado, y el 18,8% (9) restante tuvieron autocuidado

inadecuado. También se pudo hallar que el 39,6% (19) de adultos mayores tuvieron deterioro cognitivo leve, donde el 27,1% (13) tuvieron autocuidado inadecuado y el 12,5% (6) restante presentaron autocuidado adecuado; y por último, el 8,3% (4) de adultos mayores evaluados evidenciaron tener deterioro cognitivo moderado, presentando todos ellos, autocuidado inadecuado en la dimensión descanso y recreación.

Al analizar la relación entre las variables con la prueba del Chi Cuadrado; se obtuvo un valor de 8,263; con dos grados de libertad (gl) un valor de significancia estadística $p \leq 0,016$; el cual es inferior al valor teórico $p \leq 0.05$, que indica que existe grado de significancia estadística; es decir, estas variables se relacionan significativamente, concluyéndose que el grado de deterioro cognitivo se relaciona con el autocuidado en la dimensión descanso y recreación de los adultos mayores hipertensos en estudio; en consecuencia, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en esta dimensión.

Tabla 23. Relación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión tratamiento de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud PotracanCHA – Huánuco 2017.

Grado de Deterioro Cognitivo	Autocuidado Tratamiento				Total		Chi-cuadrado	P (valor)
	Adecuado		Inadecuado					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
Normal	15	31,3	10	20,8	25	52,1	8,156	0,017
Deterioro Cognitivo Leve	05	10,4	14	29,2	19	39,6		
Deterioro Cognitivo Moderado	00	0,0	04	8,3	04	8,3		
TOTAL	20	41,7	28	58,3	48	100,0		

Fuente. Escala de Pfeiffer (Anexo 02) y Escala de autocuidado de hipertensión arterial (Anexo 03).

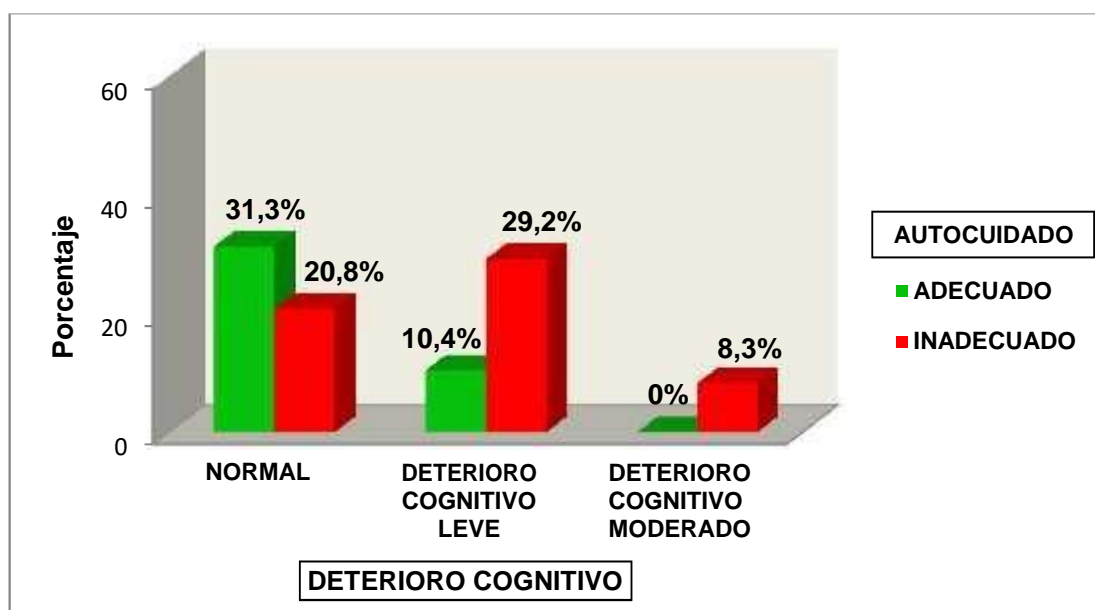


Figura 23. Comparación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión tratamiento de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud PotracanCHA – Huánuco 2017.

Respecto a la relación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión tratamiento de los adultos mayores en estudio, se encontró que el 52,1% (25) de adultos mayores evaluados no presentaron deterioro cognitivo; de los cuales, el 31,3% (15) presentaron autocuidado adecuado, y el 20,8% (10) restante tuvieron autocuidado inadecuado.

También se pudo hallar que el 39,6% (19) de adultos mayores tuvieron deterioro cognitivo leve, donde el 29,2% (14) tuvieron autocuidado inadecuado y el 10,4% (5) restante presentaron autocuidado adecuado; y por último, el 8,3% (4) de adultos mayores evaluados evidenciaron tener deterioro cognitivo moderado, presentando todos ellos, autocuidado inadecuado en la dimensión tratamiento.

Al analizar la relación entre las variables con la prueba del Chi Cuadrado; se obtuvo un valor de 8,156; con dos grados de libertad (gl) un valor de significancia estadística $p \leq 0,017$; el cual es inferior al valor teórico $p \leq 0.05$, que indica que existe grado de significancia estadística; es decir, estas variables se relacionan significativamente, concluyéndose que el grado de deterioro cognitivo se relaciona con el autocuidado en la dimensión tratamiento de los adultos mayores hipertensos en estudio; en consecuencia, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en esta dimensión.

Tabla 24. Relación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión cuidado de la salud de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.

Grado de Deterioro Cognitivo	Autocuidado Cuidado de la Salud				Total	Chi-cuadrado	P (valor)
	Adecuado		Inadecuado				
	Nº	%	Nº	%			
Normal	13	27,1	12	25,0	25	52,1	6,913
Deterioro Cognitivo Leve	04	8,3	15	31,3	19	39,6	
Deterioro Cognitivo Moderado	00	0,0	04	8,3	04	8,3	
TOTAL	17	35,4	31	64,6	48	100,0	

Fuente. Escala de Pfeiffer (Anexo 02) y Escala de autocuidado de hipertensión arterial (Anexo 03).

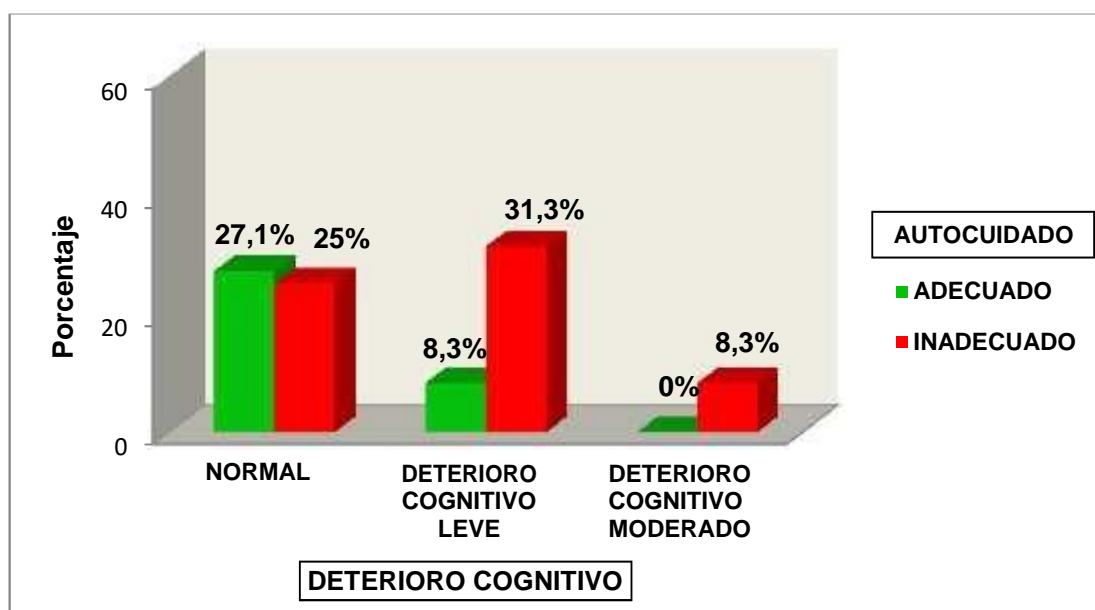


Figura 24. Comparación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión cuidado de la salud de los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.

Respecto a la relación entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión cuidado de la salud de los adultos mayores en estudio, se encontró que el 52,1% (25) de adultos mayores evaluados no presentaron deterioro cognitivo; de los cuales, el 27,1% (13) presentaron autocuidado adecuado, y el 25,0% (12) restante tuvieron autocuidado

inadecuado. También se pudo hallar que el 39,6% (19) de adultos mayores tuvieron deterioro cognitivo leve, donde el 31,3% (15) tuvieron autocuidado inadecuado y el 8,3% (4) restante presentaron autocuidado adecuado; y por último, el 8,3% (4) de adultos mayores evaluados evidenciaron tener deterioro cognitivo moderado, presentando todos ellos, autocuidado inadecuado en la dimensión cuidado de la salud.

Al analizar la relación entre las variables con la prueba del Chi Cuadrado; se obtuvo un valor de 6,913; con dos grados de libertad (gl) un valor de significancia estadística $p \leq 0,032$; el cual es inferior al valor teórico $p \leq 0.05$, que indica que existe grado de significancia estadística; es decir, estas variables se relacionan significativamente, concluyéndose que el grado de deterioro cognitivo se relaciona con el autocuidado en la dimensión cuidado de la salud de los adultos mayores hipertensos en estudio; en consecuencia, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en esta dimensión.

Tabla 25. Relación entre el deterioro cognitivo y el autocuidado en los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.

Deterioro Cognitivo	Autocuidado				Total		Chi-cuadrado	P (valor)
	Adecuado		Inadecuado		Nº	%		
	Nº	%	Nº	%				
Normal	23	47,9	02	4,2	25	52,1	17,388	0,000
Deterioro Cognitivo Leve	10	20,9	09	18,7	19	39,6		
Deterioro Cognitivo Moderado	00	0,0	04	8,3	04	8,3		
TOTAL	33	68,8	15	31,2	48	100,0		

Fuente. Escala de Pfeiffer (Anexo 02) y Escala de autocuidado de hipertensión arterial (Anexo 03).

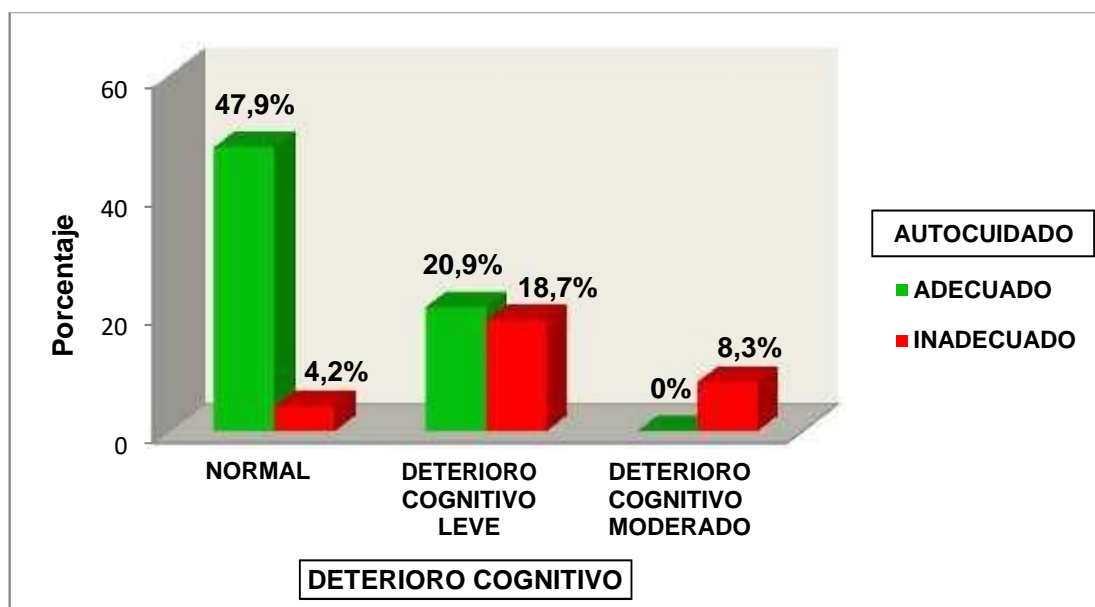


Figura 25. Comparación entre el deterioro cognitivo y el autocuidado en los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha – Huánuco 2017.

Respecto a la relación entre el deterioro cognitivo y el autocuidado en los adultos mayores en estudio, se encontró que el 52,1% (25) de adultos mayores evaluados no presentaron deterioro cognitivo; de los cuales, el 47,9% (23) presentaron autocuidado adecuado, y el 4,2% (2) restante tuvieron autocuidado inadecuado. También se pudo hallar que el 39,6% (19) de adultos

mayores tuvieron deterioro cognitivo leve, donde el 20,9% (10) tuvieron autocuidado inadecuado y el 18,7% (9) restante presentaron autocuidado adecuado; y por último, el 8,3% (4) de adultos mayores evaluados evidenciaron tener deterioro cognitivo moderado, presentando todos ellos, autocuidado inadecuado en el desarrollo de esta investigación.

Al analizar la relación entre las variables con la prueba del Chi Cuadrado; se obtuvo un valor de 17,388; con dos grados de libertad (gl) un valor de significancia estadística $p \leq 0,000$; el cual es inferior al valor teórico $p \leq 0.05$, que indica que existe grado de significancia estadística; es decir, estas variables se relacionan significativamente; por lo que se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis de investigación en el presente estudio; concluyéndose que: “El deterioro se relaciona de manera significativa con el autocuidado en los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancho – Huánuco 2017”.

CAPÍTULO IV

4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

4.1. Contrastación de resultados.

El estudio sobre la relación entre el deterioro cognitivo y el autocuidado en los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha, Huánuco 2017, realizado en el distrito de Pillco Marca, provincia y departamento de Huánuco evidenció a través de la prueba Chi cuadrado (X^2) que existe significancia estadística en cuanto a la relación entre el deterioro cognitivo y el autocuidado de las personas adultas mayores hipertensas en estudio [$X^2 = 17,388$ y $p = 0,000$]; lo que permite aceptar la hipótesis de investigación y rechazar la hipótesis nula en el presente estudio de investigación.

Los resultados obtenidos demostraron que respecto al deterioro cognitivo; en los adultos mayores en estudio se pudo apreciar que el 52,1% no presentaron deterioro cognitivo, el 39,6% presentaron deterioro cognitivo leve y el 8,3% presentaron deterioro cognitivo moderado; y en cuanto a las prácticas de autocuidado, el 68,8% tuvieron autocuidado adecuado y el 31,2% presentaron autocuidado inadecuado.

Estos resultados son similares a los reportados por Díaz y Lezama⁸⁰, quienes en su estudio de investigación evidenciaron que existe relación significativa entre el deterioro cognitivo y las prácticas de autocuidado en la hipertensión arterial, estableciendo que el régimen alimentaria y la actividad física constituyen aspectos claves en el afrontamiento de esta problemática; concluyendo que es fundamental las prácticas de autocuidado saludables en el tratamiento de la

hipertensión arterial, coincidiendo con lo reportado en el presente estudio de investigación.

Al respecto, Roselló y Soto⁸¹ enfatizan que los adultos mayores que presentan mayor deterioro cognitivo y menor capacidad funcional son los que mayores porcentajes de prácticas de autocuidado inadecuado presentan, evidenciando la presencia de relación entre estas variables, señalando además que es importante la implementación de talleres de intervención orientados a prevenir y tratar las alteraciones cognitivas en los adultos mayores; que se asemeja a los identificado en el presente estudio.

Por su parte Portillo⁸² en su investigación identificó que los adultos mayores que tenía mayor edad y los que vivían solo eran los que presentaban mayor grado de deterioro cognitivo, y a su vez tenían prácticas deficientes de autocuidado de su salud, que también se asemeja a lo reportado en esta investigación.

Cayhuaray y Peláez⁸³ también evidenciaron la relación entre estas variables señalando que el grado de deterioro cognitivo que presentan los adultos mayores influyen en sus prácticas de autocuidado; concluyendo que en este contexto es vital el soporte emocional, que brindan los familiares y los grupos sociales, que también se identificaron en los resultados del presente estudio.

Asimismo, León⁸⁴ en su investigación demostró que los pacientes adultos mayores que presentaron hipertensión arterial fueron los que mayor predisposición tuvieron para presentar deterioro cognitivo; los cuales a su vez repercutían en las prácticas de autocuidado que este

grupo etéreo realizaba; enfatizando que es importante la labor que desempeña el personal de salud en el afrontamiento de esta problemática, que también se evidencia en esta investigación.

Rubín⁸⁵ al respecto, también evidenció que la hipertensión arterial representa un factor de riesgo para el deterioro cognitivo del adulto mayor; y que influía negativamente en las prácticas de autocuidado que tenían los pacientes con hipertensión arterial, predisponiéndolos a la presencia de complicaciones asociados a esta patología, recomendando la realización de actividades promocionales preventivas, que en cierta medida, se considera dentro de esta investigación.

Chavez⁸⁶ respecto al deterioro cognitivo identificó que los presentan alteraciones en este aspecto son las personas de edades avanzadas con mayor predominio en el género femenino, resultados que también se observaron en los resultados del presente estudio.

García y Llanco⁸⁷ evidenciaron que la mayoría de adultos mayores hipertensos presentaron prácticas adecuadas de autocuidado, enfatizando que esta se debía al apoyo familiar que estos recibían y el rol que desempeña en el profesional de Enfermería en el contexto de la promoción de la salud.

Sin embargo, Condori y Flores⁸⁸, encontraron resultados que difieren del presente estudio, evidenciando que la mayoría de adultos mayores tuvieron prácticas inadecuadas de autocuidado, las cuales se encontraban influenciadas por los estilos de vida que llevaban en su vida cotidiana y que fueron adquiridos desde la juventud, concluyendo en su

investigación que las prácticas de autocuidado no se asociaron con el grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores.

Al respecto, Velazco y Carrera⁸⁹ tampoco identificaron relación entre estas variables, concluyendo que la dependencia funcional y las prácticas de autocuidado no se relacionaban con la presencia de deterioro cognitivo en el adulto mayor, refiriendo que este deterioro a la presencia de factores de riesgo de tipo sociodemográficos y relacionados al apoyo familiar.

Por su parte, Contreras, Contreras, Hernández, Castro y Navarro⁹⁰ concluyeron que es necesario implementar modelos de atención integral que permitan mejorar la interacción del personal de salud con los pacientes y fortalecer la capacidad de autocuidado de los adultos mayores que presentan patología crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

En el contexto metodológico se puede establecer que la muestra considerada en el estudio fue adecuada debido a que se consideró como participantes a la totalidad de pacientes adultos mayores hipertensos del Padrón Nominado de pacientes hipertensos del Centro de Salud Potracancha; pero es conveniente resaltar que los hallazgos encontrados son válidos únicamente para la institución en estudio; no siendo inferenciables a otros grupos poblacionales; por lo que es conveniente recomendar que se continúen realizando este tipo de investigaciones en poblaciones y grupos etáreos de mayor tamaño muestral y diseños más complejos que permitan establecer la situación real de esta problemática del adulto mayor en la región de Huánuco.

CONCLUSIONES

- ❖ En relación al deterioro cognitivo, se evidenció que el 52,1% de adultos mayores hipertensos evaluados no tuvieron deterioro cognitivo; el 39,6% presentaron deterioro cognitivo leve; y el 8,3% restante tuvieron deterioro cognitivo moderado.
- ❖ Respecto a las prácticas de autocuidado; se encontró que en general, el 68,8% de adultos mayores hipertensos encuestados tuvieron un autocuidado adecuado; mientras que el 31,2% restante presentaron un autocuidado inadecuado en el tratamiento de la hipertensión arterial.
- ❖ Al analizar la relación entre las variables, se concluyó que el deterioro cognitivo se relaciona con el autocuidado en los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha, Huánuco 2017; siendo este resultado estadísticamente significativo [$X^2 = 17,388$; $p = 0,000$]
- ❖ Asimismo, se encontró relación significativa entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión régimen alimentario en la muestra en estudio [$X^2 = 12,592$; $p = 0,002$].
- ❖ Se encontró relación significativa entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión actividad física en la muestra en estudio [$X^2 = 21,883$; $p = 0,000$].
- ❖ Se encontró relación significativa entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión problemas psicológicos en la muestra en estudio [$X^2 = 15,224$; $p = 0,000$].
- ❖ Se encontró relación significativa entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión descanso y recreación en la muestra en estudio [$X^2 = 8,263$; $p = 0,016$].

- ❖ Se encontró relación significativa entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión tratamiento en la muestra en estudio [$X^2 = 8,156$; $p = 0,017$].
- ❖ Se encontró relación significativa entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión cuidado de la salud en la muestra en estudio [$X^2 = 6,913$; $p = 0,032$].
- ❖ Y por último, no se encontró relación significativa entre el grado de deterioro cognitivo y el autocuidado en la dimensión hábitos nocivos en la muestra en estudio [$X^2 = 0,940$; $p = 0,625$].

SUGERENCIAS

A los enfermeros investigadores de Huánuco:

Se recomienda continuar realizando investigaciones orientadas a identificar los factores que influyen en el deterioro cognitivo y prácticas de autocuidado en los adultos mayores, que permitan la implementación de estrategias orientadas a promover un envejecimiento digno y saludable.

También se sugiere realizar estudios de tipo experimentales donde se evalúen la efectividad de los programas de autocuidado de hipertensión arterial, en la mejora de las prácticas de autocuidado y prevención del deterioro cognitivo en los adultos mayores.

A los profesionales de Enfermería del Centro de Adulto Mayor del Centro de Salud Potracancha:

Se sugiere realizar sesiones educativas y campañas de intervención social dirigidas a los adultos mayores hipertensos y sus familiares, donde se brinde información respecto al autocuidado y prevención de complicaciones de la hipertensión arterial.

Se recomienda que continúen implementando talleres educativos como sesiones demostrativas, actividades de taichí, etc., que promuevan la participación de los adultos mayores, mejorando sus prácticas de autocuidado de hipertensión arterial y previniendo el deterioro cognitivo en la vejez.

A los pacientes adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancha.

Participar activamente de las actividades preventivo promocionales que realice el Centro de Salud, permitiendo el acceso oportuno a los servicios de salud, para poder prevenir el deterioro cognitivo y por ende, puedan

mejorar sus prácticas de autocuidado en la hipertensión arterial; promoviendo el envejecimiento saludable.

Acudir en forma continua al Centro de Salud para realizar sus consultas médicas y exámenes de rutina, cumpliendo las indicaciones del médico tratante, que les permitirán mejorar sus prácticas de autocuidado en la hipertensión arterial y prevenir las consecuencias del deterioro cognitivo durante la vejez.

Realizar actividades de autocuidado saludables en su vida cotidiana como la práctica de actividad física diaria, alimentación saludable, descanso adecuado, actividades recreativas, evitar hábitos nocivos, cumplimiento del régimen terapéutico entre otras; que permitan el acceso a un envejecimiento digno y saludable.

A los familiares de los pacientes adultos mayores hipertensos:

Participar activamente en el cuidado de la salud de sus adultos mayores, involucrándose en la identificación de sus necesidades y sensibilizándose con los problemas de salud que los aquejan, promoviendo el acceso a una mejor calidad de vida del adulto mayor en el contexto familiar

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tejada T, Váldez L. Riesgo de fractura osteoporótica en adultos mayores y grado de deterioro cognitivo. [Tesis de Licenciatura] Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2015.
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y ciclo de la vida. [Internet] [Consultado 24 de Junio del 2017] Disponible en <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>.
3. Cerda J, Estrada G. Deterioro cognitivo y apoyo sociofamiliar del adulto mayor que acude al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Hospital de Día de Geriatria. [Tesis de Licenciatura] Lima: Universidad Wiener; 2013.
4. Pérez S. Deterioro cognitivo en pacientes que reciben terapia de remplazo renal en la Unidad de Diálisis del Hospital Nacional Dos De Mayo. Noviembre – 2015. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano] Lima: Universidad Ricardo Palma; 2016.
5. Chávez L, Núñez I. Tamizaje de deterioro cognitivo leve en adultos mayores con enfermedad cardiovascular en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en el período Abril – Septiembre del 2011. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano] Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013.
6. Mora S, García R, Perea M. Deterioro cognitivo: detección temprana y nuevas perspectivas. *Rev. Neurol* 2012; 54(5), 303 – 310.
7. Ramírez M. Diabetes Mellitus tipo II como factor asociado a deterioro cognitivo en pacientes de un hospital público de Perú. [Tesis para optar el título de Médico Cirujano] Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2017.
8. Varela L, Chávez H, Gálvez M, Méndez S. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. *Rev. Soc. Per. Med. Inter* 2004; 17 (2): 37 – 42.
9. Fanarraga J. Conocimiento y Práctica de Autocuidado Domiciliario en Pacientes Adultos con Hipertensión Arterial, en Consultorios Externos de Cardiología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen ESSALUD. [Tesis de Licenciatura] Lima: Escuela de Enfermería de Padre Luis Tezza; 2013.
10. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. [Internet] [Consultado 26 de Junio del 2017] Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/es/>
11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Proyecciones de población por provincias, cantones, áreas, sexo y grupos de edad 2004 – 2013. [Internet] [Consultado 26 de Junio del 2017] Disponible en:

[http://www.minsa.gob.pe/Estadisticas/Estadisticas/Indicadorestadisticas/De
mograficos/Poblaciontotal/Pobvidmacros.Asp](http://www.minsa.gob.pe/Estadisticas/Estadisticas/Indicadorestadisticas/De
mograficos/Poblaciontotal/Pobvidmacros.Asp).

12. Dirección Regional de Salud Huánuco. Análisis de situación de salud Huánuco 2015. [Internet] [Consultado 25 de Junio del 2017] Disponible en: <http://www.diresahuanuco.gob.pe>.
13. Centro de Salud Potracancha. Análisis de situación de Salud del adulto Mayor. MINSA; 2016.
14. Fernández M, Flores V. Capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial CAP 111 Melitón Salas Tejada – EsSalud Arequipa – 2015. [Tesis de Licenciatura] Arequipa: Universidad Nacional San Agustín de Arequipa.
15. Velandia A. Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular. Rev. Salud Pública 2009; 11 (4): 538 – 548.
16. Cayhuaray R, Peláez Y. Factores condicionantes básicos del autocuidado en el paciente con hipertensión arterial. Hospital Belén de Trujillo 2014. [Tesis de Licenciatura] Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2014.
17. León G. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor de la parroquia El Salto. Babahoyo – Ecuador. Centro de Biotecnología 2016, 5(1): 31-39.
18. Portillo P. Factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve en adultos mayores de Maracaibo. [Tesis Doctoral] España: Universidad Autónoma de Madrid, 2015.
19. Díaz L, Lezama N. Hipertensión arterial y su relación con el deterioro cognitivo en adultos mayores de la población Boca del Monte, Caicara de Maturín. Estado Monagas; Enero – Julio 2010. [Tesis de Licenciatura] Venezuela: Universidad de Oriente; 2010.
20. Roselló C, Soto A. Influencia del deterioro cognitivo en la capacidad funcional de los adultos mayores del Club Teresa Journet de la Parroquia Cristo Obrero Porvenir, Arequipa, 2016. [Tesis para optar el grado académico de Licenciadas en Enfermería] Arequipa: Universidad Católica de Santa Marta; 2016.
21. García S, Llanco L. Nivel de conocimientos y prácticas de autocuidado en personas con hipertensión arterial CAP II – Chupaca – ESSALUD – 2014. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] Huancayo: Universidad Nacional del Centro; 2015.
22. Cayhuaray R, Peláez Y. Factores condicionantes básicos del autocuidado en el paciente con hipertensión arterial. Hospital Belén de Trujillo 2014. [Tesis de Licenciatura] Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego; 2014.

23. Condori M, Flores Y. Práctica de autocuidado de los usuarios del Programa de Hipertensión Arterial de los Centros Asistenciales Urbanos Cusco, ESSALUD – 2012. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] Cusco: Universidad Nacional San Antonio de Abad; 2013.
24. Fanarraga J. Op. Cit., p. 4 – 5.
25. Chávez L, Núñez I. Tamizaje de deterioro cognitivo leve en adultos mayores con enfermedad cardiovascular en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo en el período Abril – Septiembre del 2011. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano] Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2013.
26. Rubín Y. Factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo en el Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2015. [Tesis de Pregrado] Huánuco; Universidad de Huánuco; 2015.
27. Orem D. Enfermería: Conceptos de la práctica. Barcelona: Masson – Salvat Medicina; 2003.
28. *Ibíd.*, p. 24.
29. Orem D. Teoría del autocuidado. En: Marriner T. Modelos y teorías en Enfermería. 5ta Ed. España: Mosby; 2005.
30. *Ibíd.*, p. 25.
31. Orem D. Modelo de Orem, Conceptos de Enfermería en la práctica. México: Mosby – Year Book; 2011.
32. *Ibíd.*, p. 24.
33. *Ibíd.*, p. 25.
34. *Ibíd.*, p. 26.
35. Rubín Y. Op. Cit., p. 40.
36. *Ibíd.*, p. 41.
37. Fernández V, Flores V. Capacidad de agencia de autocuidado y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial CAP III Melitón Salas Tejada, ESSALUD, Arequipa – 2015. [Tesis para optar el título profesional de Enfermera] Arequipa. Universidad Nacional San Agustín; 2015.
38. *Ibíd.*, p. 21.
39. Marín P. Geriatría y Gerontología. Chile: Universidad Católica de Chile; 2006.
40. Fustinoni O. Deterioro Cognitivo y Demencia. Cuadernos de Medicina Forense 2002; 1(1): 39 – 44.

41. Pérez M. Deterioro cognitivo [Internet] [Consultado 25 de Setiembre del 2017] Disponible en <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/22.pdf>.
42. American Psychiatric Association. DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Estados Unidos: Masson; 1995.
43. Rubín Y. Op. Cit., p. 48.
44. Ibíd., p. 49.
45. Portillo P. Op. Cit., p. 37.
46. Rubín Y. Op. Cit., p. 48.
47. Portillo P. Op. Cit., p. 38.
48. Ibíd., p. 49.
49. Pérez M. Op. Cit., p. 53.
50. León G. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor de la parroquia El Salto. Babahoyo – Ecuador. Centro de Biotecnología 2016, 5(1): 31 – 39.
51. Rubín Y. Op. Cit., p. 48.
52. Rodríguez F, Váldez L. Riesgo de fractura osteoporótica en adultos mayores y grado de deterioro cognitivo. Asociación de Adultos Mayores "Caminitos de Jesús". Cerro Colorado, Arequipa 2015. [Tesis para obtener el título profesional de Enfermeras] Arequipa: Universidad Nacional San Agustín; 2015.
53. Ibíd., p. 39.
54. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr 1975; 23 (2): 39 – 41.
55. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud, Glosario. Ginebra: OMS; 2001.
56. Orem D. Normas prácticas de Enfermería. 5ta Edición. España: Editorial Lave; 2004.
57. Organización Panamericana de la Salud. Enfermería Gerontológica: conceptos para la práctica: Oficina Sanitaria Panamericana. Washington: OPS; 2002.
58. Cooppar L. El autocuidado de la salud en hacia el bienestar de los ancianos, 7ma Edición. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2000.
59. Taylor S. Capacidad de autocuidado. Barcelona: Elsevier; 2007.

60. Fernández L. Valoración geriátrica integral. Rev. El Residente 2010; 5 (2): 55 – 65.
61. D'Hyver, C. Autocuidado de la salud. Gerontología y geriatría: Un enfoque de riesgo. España; Mac Graw Hill; 2001.
62. Donoso S. Cuidado y autocuidado de salud del adulto mayor. 2003 [Internet] [Consultado 25 de Setiembre del 2017] Disponible en: <http://www.gerontologia.uchile.cl/docs/cuidado.htm>.
63. Polo L, Ruiz L. Estilo de vida y autocuidado del adulto maduro con hipertensión arterial. Hospital I Florencia de Mora – ESSALUD 2006. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2006.
64. Velandia A, Rivera N. Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular. Rev Salud Pública 2009; 11 (4): 538 – 543.
65. Landeros E. Gallegos E. Capacidades de autocuidado y percepción del estado de salud en adultos mayores con y sin obesidad. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2005; 13 (1-2): 20 – 24.
66. Novartis. Importancia de la nutrición en los adultos mayores. Barcelona: Consumer Health; 2002
67. Ofman S, Pereyra C. Autocuidado en pacientes hipertensos esenciales en tratamiento. Bol Psicol 2013; 108 (24): 91 – 93.
68. *Ibíd.*, p. 92.
69. Boix C, López H, García D, Villena A, Párraga I. Trastornos del sueño y condiciones ambientales en mayores de 65 años. Aten Prim [Internet] 2009; 4 (10): 564 – 569. [Consultado 2015 Setiembre 20] Disponible en: <http://www.zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/trastornos-sue%C3%B1o-condiciones-ambientales-mayores-65-a%C3%B1os-13141679-originales-2009>.
70. Bello R, Varela P, Ortiz P, Chávez J, Revoredo C. Calidad del sueño, somnolencia diurna e higiene del sueño en el Centro de Salud del Adulto Mayor Mirones, ESSALUD, Lima, Perú. Acta Med Per [Internet] 2009; 26 (1): 22 – 26. [Consultado 2015 Setiembre 21] Disponible en <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v26n1/a08v26n1.pdf>.
71. Velandia A, Rivera N. *Op. Cit.*, p. 542.
72. *Ibíd.*, p. 543.
73. Cruz N. Estilos de vida del adulto mayor hipertenso del Hospital Carlos Cornejo Roselló Vizcardo, Azángaro 2014. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería] Puno: Universidad Nacional del Altiplano; 2015.

74. *Ibíd.*, p. 42.
75. Ofman S, Pereyra C. *Op. Cit.*, p. 90.
76. Cruz N. *Op. Cit.*, p. 45.
77. Díaz L, Lezama N. *Op. Cit.*, p. 16.
78. Fanarraga J. *Op. Cit.*, p. 19.
79. Aguilar Y. Prevalencia y factores de riesgo asociados a hipertensión arterial en pacientes del servicio de medicina del Hospital José Agurto Tello – Chosica, Julio del 2009 a Julio del 2011. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano] Lima: Universidad Ricardo Palma; 2011.
80. Díaz L, Lezama N. *Op. Cit.*, p. 48.
81. Roselló C, Soto A. *Op. Cit.*, p. 52.
82. Portillo P. *Op. Cit.*, p. 58.
83. Cayhuaray R, Peláez Y. *Op. Cit.*, p. 61.
84. León G. *Op. Cit.*, p. 37.
85. Rubín Y. *Op. Cit.*, p. 56.
86. Chávez L, Núñez I. *Op. Cit.*, p. 64.
87. García S, Llanco L. *Op. Cit.*, p. 49.
88. Condori M, Flores Y. *Op. Cit.*, p. 54.
89. Velazco K, Carrera G. Dependencia física y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa hogar “Misioneros de Amor”[Tesis de Licenciatura].Lima: Universidad Peruana Unión; 2017.
90. Contreras A, Contreras M, Hernández C, Castro M, Navarro L. Capacidad de autocuidado en pacientes hipertensos y diabéticos que asisten a consulta externa. *Sincelejo, Colombia. Investigaciones Andinas* 2013; 15 (26): 667 – 678.



ANEXOS

Código:

Fecha:/...../.....

ANEXO N° 01**CUESTIONARIO DE CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

TITULO DE LA INVESTIGACION: “Deterioro cognitivo y su relación con el autocuidado en adultos mayores hipertensos, Centro de Salud Potracancha, Huánuco 2017”.

INSTRUCCIONES: Estimado(a) Sr(a): El presente cuestionario forma parte de un estudio orientado a obtener información respecto a sus características sociodemográficas, por lo que se le solicita responder de manera apropiada las preguntas que se le plantean marcando con un aspa (x) dentro de los paréntesis de acuerdo a las respuestas que usted considere conveniente. Se le recuerda que sus respuestas serán manejadas con absoluta confidencialidad por tanto se le solicita veracidad al responder las interrogantes planteadas.

I. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS:

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene Ud. a la fecha?

_____Años

2. ¿Cuál es su género?:

- a) Masculino ()
b) Femenino ()

3. ¿Cuál es su lugar de procedencia?:

- a) Urbana ()
b) Rural ()
c) Periurbana ()

II. CARACTERÍSTICAS SOCIALES:

4. ¿Cuál es su estado civil?

- a) Soltero (a) ()
b) Casado (a) ()
c) Conviviente ()
d) Separado (a) ()
e) Viudo (a) ()

5. ¿Cuál es su grado de escolaridad?

- a) Sin estudios ()
b) Primaria ()
c) Secundaria ()
d) Superior Técnica ()
e) Superior Universitario ()

6. ¿Cuál es su ocupación?

- a) Empleado ()
- b) Desempleado ()
- c) Independiente ()
- d) Jubilado ()

7. ¿Con quienes vive usted?

- a) Solo(a) ()
- b) Pareja ()
- c) Pareja e hijos ()
- d) Familia múltiple (pareja, hijos, nietos, etc.) ()
- e) Otras personas ()

8. ¿Quién es la persona se encarga de su cuidado?

- a) Pareja ()
- b) Hijo(a) ()
- c) Otros familiares ()
- d) Otras personas ()

Gracias por su colaboración...

Código:

Fecha:/...../.....

ANEXO N° 02**ESCALA DE PFEIFFER**

TITULO DE LA INVESTIGACION: “Deterioro cognitivo y su relación con el autocuidado en adultos mayores hipertensos, Centro de Salud Potracancha, Huánuco 2017”.

INSTRUCCIONES: Estimado(a) Colaborador(a): La presente escala forma parte de un estudio orientado a evaluar el deterioro cognitivo de los adultos mayores considerados en el estudio, por lo que se le solicita escribir debajo de la columna “RPTA”; 1 en caso de una respuesta con error y de 0 puntos para la respuesta correcta. Al terminar deberá sumar todos los errores para determinar el grado de deterioro cognitivo identificado en el adulto mayor evaluado, agradezco tu gentil colaboración.

N°	ITEMS	RPTA
1	¿Qué día es hoy? (Mes, día, año)	
2	¿Qué día de la semana es hoy?	
3	¿Cómo se llama este sitio?	
4	¿En qué mes estamos?	
5	¿Cuál es su número de teléfono? (Si no hay teléfono, dirección o la calle)	
6	¿Cuántos años tiene usted?	
7	¿Cuándo nació usted?	
8	¿Quién es el actual presidente del Perú?	
9	¿Quién fue presidente antes que él?	
10	Dígame el primer apellido de su madre.	
11	Empezando de 20, vaya restando de 3 en 3 sucesivamente	

Calificación:

- 0 – 2 errores: Normal.
- 3 – 4 errores: Deterioro cognitivo leve.
- 5 – 7 errores: Deterioro cognitivo moderado.
- 8 – 10 errores: Deterioro cognitivo severo.

Código:

Fecha:/...../.....

ANEXO N° 03**ESCALA DE AUTOCUIDADO DE
HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

TITULO DE LA INVESTIGACION: “Deterioro cognitivo y su relación con el autocuidado en adultos mayores hipertensos, Centro de Salud Potracancha, Huánuco 2017”.

INSTRUCCIONES: Estimado (a) Sr(a): La presente escala forma parte de un estudio orientado a identificar el nivel de autocuidado que tienen los adultos mayores con hipertensión arterial considerados en el estudio; para tal efecto sírvase marcar con un aspa (x) dentro de los casilleros según las respuestas que usted considere pertinente de acuerdo a las actividades que usted realiza en su vida cotidiana. Se le solicita que usted colabore contestando con toda la seriedad y objetividad del caso, recordándole que esta escala es anónima y los datos que nos proporcione sólo serán utilizados para fines exclusivos de investigación.

N°	REACTIVOS	Siempre	A veces	Nunca
I.	RÉGIMEN ALIMENTARIO			
1.	¿Con qué frecuencia usted consume desayuno, almuerzo y cena?	2	1	0
2.	¿Consume usted sus alimentos todos los días a la misma hora?	2	1	0
3.	¿Con qué frecuencia usted elige los alimentos que va a consumir en su desayuno, almuerzo y cena?	2	1	0
4.	¿Con qué frecuencia consume usted frutas como papaya, mandarina, plátano, mango, naranja, etc.?	2	1	0
5.	¿Con qué frecuencia consume usted verduras como tomate, lechuga, zanahoria, betarraga, espinaca, etc.?	2	1	0
6.	¿Con qué frecuencia consume usted alimentos ricos en grasas como papas fritas, pollo a la brasa, mantequilla, mayonesa, etc.?	0	1	2
7.	¿Con que frecuencia usted disminuye el consumo de sal en su alimentación?	2	1	0
8.	¿Con qué frecuencia consume usted dulces y golosinas como pasteles, tortas, galletas, etc.?	0	1	2

9.	¿Con qué frecuencia consume usted carne de res, chanco, pollo, etc.?	0	1	2
10.	¿Consume usted papa, arroz, pan, camote, yuca, etc.?	2	1	0
11.	¿Con qué frecuencia consume usted bebidas gaseosas?	0	1	2
12.	¿Con qué frecuencia consume usted más de 4 vasos de agua al día?	2	1	0
II.	ACTIVIDAD FÍSICA	Siempre	A veces	Nunca
13.	¿Con qué frecuencia realiza usted ejercicios físicos como salir a caminar, correr, nadar, pasear en bicicleta, etc.?	2	1	0
14.	¿Con qué frecuencia realiza usted ejercicios de físicos más de 30 minutos durante el día?	2	1	0
15.	¿Con que frecuencia realiza usted actividades que incluyen realizar ejercicios suaves en su hogar como levantar cosas, barrer, caminar de un lugar a otro, etc.?	2	1	0
16.	¿Con qué frecuencia se pasa usted sentado(a) varias horas al día sin hacer nada?	0	1	2
III.	PROBLEMAS PSICOLOGICOS	Siempre	A veces	Nunca
17.	¿Con qué frecuencia usted se relaja mirando televisión?	2	1	0
18.	¿Con qué frecuencia usted se relaja escuchando música?	2	1	0
19.	¿Con qué frecuencia usted se relaja realizando ejercicios de taichí?	2	1	0
20.	¿Con qué frecuencia se siente usted intranquilo, aburrido o inquieto?	0	1	2
21.	¿Con qué frecuencia se siente usted triste, desanimado y con ganas de llorar?	0	1	2

22.	¿Con qué frecuencia tiene usted problemas para concentrarse y recordar las cosas que le pasan?	0	1	2
IV.	HÁBITOS NOCIVOS	Siempre	A veces	Nunca
23.	¿Con qué frecuencia consume usted bebidas alcohólicas como cerveza, aguardiente, vino, etc.?	0	1	2
24.	¿Con qué frecuencia fuma usted cigarrillos?	0	1	2
25.	¿Con qué frecuencia consume usted más de 2 tazas de café o té durante el día?	0	1	2
26.	¿Con qué frecuencia usted tiene la costumbre de chacchar o masticar coca?	0	1	2
V.	DESCANSO Y RECREACION	Siempre	A veces	Nunca
27.	¿Con qué frecuencia duerme usted de seis a ocho horas al día?	2	1	0
28.	¿Con que frecuencia se usted se acuesta todos los días a la misma hora?	2	1	0
29.	¿Con qué frecuencia tiene usted problemas para quedarse dormido(a)?	0	1	2
30.	¿Con qué frecuencia tiene usted problemas para poder despertarse?	0	1	2
31.	¿Con qué frecuencia se despierta usted varias veces por las noches?	0	1	2
32.	¿Con qué frecuencia duerme usted durante el día?	2	1	0
33.	¿Con qué frecuencia participa usted de actividades recreativas como salir a pasear con la familia, leer, bailar, etc.?	2	1	0
VI.	TRATAMIENTO	Siempre	A veces	Nunca
34.	¿Con qué frecuencia controla usted su presión arterial?	2	1	0
35.	¿Con que frecuencia consume usted las pastillas que le receto el medico?	2	1	0

36.	¿Con qué frecuencia consume usted productos naturales como la chía, chicha morada, ajo, avena, perejil, etc., para cuidar su presión arterial?	2	1	0
VII.	CUIDADOS DE LA SALUD	Siempre	A veces	Nunca
37.	¿Con qué frecuencia acude al establecimiento de salud para su control médico de rutina?	2	1	0
38.	¿Con qué frecuencia cumple usted con la dieta recomendada por la enfermera en el establecimiento de salud?	2	1	0
39.	¿Con qué frecuencia participa usted de las campañas de salud que se realizan en el establecimiento de salud relacionada a la hipertensión arterial?	2	1	0
40.	¿Con qué frecuencia acude usted al establecimiento de salud para recibir sesiones educativas relacionadas al cuidado de la hipertensión arterial?	2	1	0
41.	¿Con qué frecuencia controla usted su peso?	2	1	0
42.	¿Con qué frecuencia acude usted al establecimiento de salud cuando presenta dolor de cabeza, mareos, dolor de pecho, etc.?	2	1	0

Calificación:

- Autocuidado inadecuado : 0 a 42 puntos
- Autocuidado adecuado : 43 a 84 puntos.

Gracias por su colaboración...

ANEXO 04
CONSTANCIAS DE VALIDACIÓN

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Eni Yda Villar Casajal, con DNI N° 21408286, de profesión Enfermera, ejerciendo actualmente como Docente en la institución Universidad Nacional "Humberto Valdizola" Huánuco

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el contenido del instrumento del proyecto de investigación: **"DETERIORO COGNITIVO Y SU RELACIÓN CON EL AUTOCUIDADO EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS, CENTRO DE SALUD POTRACANCHA, HUANUCO 2017."**, para efectos de su aplicación, brindando las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Suficiencia de los ítems			X	
Pertinencia de los ítems			X	
Claridad de los ítems			X	
Vigencia de los ítems			X	
Estrategia			X	
Objetividad de los ítems			X	
Consistencia de los ítems			X	
Estructura del instrumento			X	

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes recomendaciones:

Ninguna

En Huánuco, a los 25 días del mes de Julio del 2013



Eni Yda Villar Casajal
Firma y sello del experto

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, NANCY G. UERAMENDI VILLAVICENCIO, con DNI N° 22421415, de profesión ENFERMERA, ejerciendo actualmente como DIRECTORA DPTO ACAD. DE ENFERMERIA en la institución UNIVERSIDAD NAC. HERILIO VALDIZAN HUANUCO.


Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el contenido del instrumento del proyecto de investigación: "DETERIORO COGNITIVO Y SU RELACIÓN CON EL AUTOCUIDADO EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS, CENTRO DE SALUD POTRACANCHA, HUANUCO 2017.", para efectos de su aplicación, brindando las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Suficiencia de los ítems			X	
Pertinencia de los ítems			X	
Claridad de los ítems			X	
Vigencia de los ítems			X	
Estrategia			X	
Objetividad de los ítems			X	
Consistencia de los ítems			X	
Estructura del instrumento			X	

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes recomendaciones:

NINGUNA

En Huánuco, a los 21 días del mes de Julio del 2017


Firma y sello del experto

.....
Nancy G. Ueramendi Villavicencio
Docente en Ciencias de la Salud

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, SILVIA ALICIA HARTEL Y CHANG, con DNI N° 22423118, de profesión ENFERMERA, ejerciendo actualmente como DOCENTE PRINCIPAL D/E en la institución FACULTAD DE ENFERMERIA - UNHEVAL.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación el contenido del instrumento del proyecto de investigación: "DETERIORO COGNITIVO Y SU RELACIÓN CON EL AUTOCUIDADO EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS, CENTRO DE SALUD POTRACANCHA, HUANUCO 2017.", para efectos de su aplicación, brindando las siguientes apreciaciones:

	DEFICIENTE	ACEPTABLE	BUENO	EXCELENTE
Suficiencia de los ítems			X	
Pertinencia de los ítems			X	
Claridad de los ítems			X	
Vigencia de los ítems			X	
Estrategia		X		
Objetividad de los ítems			X	
Consistencia de los ítems			X	
Estructura del instrumento			X	

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes recomendaciones:

En Huánuco, a los ___ días del mes de _____ del _____



Firma y sello del experto

Dr. SILVIA HARTEL Y CHANG
DNI 22423118

- **Resumen de procesamiento de casos.**

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	10	100,0

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

- **Estadísticos de elementos.**

	Media	Desviación estándar	N
REGIMENALIMENTARIO	1,90	,316	10
REGIMENALIMENTARIO2	1,10	,316	10
REGIMENALIMENTARIO3	,60	,516	10
REGIMENALIMENTARIO4	1,40	,516	10
REGIMENALIMENTARIO5	1,90	,316	10
REGIMENALIMENTARIO6	1,00	,000	10
REGIMENALIMENTARIO7	1,70	,675	10
REGIMENALIMENTARIO8	1,10	,316	10
REGIMENALIMENTARIO9	1,40	,516	10
REGIMENALIMENTARIO10	2,00	,000	10
REGIMENALIMENTARIO11	1,00	,471	10
REGIMENALIMENTARIO12	,70	,675	10
ACTIVIDADFISICA1	1,10	,316	10
FISICA2	,60	,516	10
FISICA3	1,60	,516	10
FISICA4	1,00	,943	10
PSICOLOGICO1	1,60	,516	10
PSICOLOGICO2	1,20	,632	10
PSICOLOGICO3	,40	,516	10
PSICOLOGICO4	,80	,422	10
PSICOLOGICO5	,90	,316	10
PSICOLOGICO6	,40	,699	10
NOCIVOS1	2,00	,000	10
NOCIVOS2	2,00	,000	10
NOCIVOS3	1,40	,516	10
NOCIVOS4	,60	,516	10
RECREACION1	1,30	,483	10
RECREACION2	1,10	,568	10
RECREACION3	,60	,699	10
RECREACION4	,90	,568	10
RECREACION5	,50	,527	10
RECREACION6	1,20	,422	10
RECREACION7	1,10	,568	10
TRATAMIENTO1	1,00	,000	10
TRATAMIENTO2	1,00	,000	10
TRATAMIENTO3	1,60	,516	10
SALUD1	1,00	,471	10
SALUD2	1,10	,316	10
SALUD3	1,10	,316	10
SALUD4	1,00	,000	10
SALUD5	1,30	,675	10
SALUD6	1,10	,316	10

- Estadísticos de escala.

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
48,30	90,011	9,487	42

- Determinación del Alfa de Cronbach del instrumento.

$$\alpha = \left[\frac{K}{K-1} \right] \left[1 - \frac{\sum_{i=1}^K S_i^2}{S_r^2} \right]$$

- Estadístico de fiabilidad.

Alfa de Cronbach	N de elementos
,917	42

ANEXO 06

CONSENTIMIENTO INFORMADO

- **Título del proyecto.**

“Deterioro cognitivo y su relación con el autocuidado en adultos mayores hipertensos, Centro de Salud Potracancha, Huánuco 2017”.

- **Responsable de la investigación.**

Basilio Espinoza, Kemuel; Chávez Líos, Cindy Pierina; Llanos Jesús, Lizbeth Carmen. Bachilleres Enfermería Universidad Nacional “Hermilio Valdizán”. Celular N° 974685848.

- **Introducción / Propósito**

El deterioro cognitivo constituye un proceso de pérdida de las funciones cognoscitivas, y mentales de las personas como consecuencia del problema del envejecimiento; y que se encuentra relacionada con la presencia de diversas patologías entre las que se encuentra la hipertensión arterial; que constituye una enfermedad crónica no transmisible que tiene especial importancia no sólo por constituir una de las primeras causas de morbimortalidad, sino por las dificultades que enfrenta el paciente hipertenso para llevar a cabo su tratamiento; control metabólico y la prevención de múltiples complicaciones, siendo necesario por tanto que los pacientes con hipertensión arterial tengan prácticas de autocuidados idóneas que les permitan acceder a una buena calidad de vida durante el proceso patológico de su enfermedad.

Por ello, el presente estudio se realiza con el propósito de determinar la relación que existe entre el deterioro cognitivo y el autocuidado de los adultos mayores hipertensos, y los resultados que se obtengan permitirán

tener una visión objetiva de la problemática en estudio, permitiendo la implementación de estrategias educativas, orientadas a sensibilizar a los pacientes sobre la influencia del deterioro cognitivo en el autocuidado de los adultos mayores con hipertensión arterial.

- **Participación**

Participarán las personas con hipertensión arterial del Centro de Salud Potracancha.

- **Procedimientos**

Se le aplicará un cuestionario de características generales, una escala de Pfeiffer, y una escala autocuidado de hipertensión arterial en la recolección de los datos; nos tomaremos un tiempo aproximado de 30 minutos.

- **Riesgos / incomodidades**

No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso a negarse a participar del presente estudio. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.

- **Beneficios**

El beneficio que obtendrá por participar en el estudio, es el de recibir información actualizada respecto al deterioro cognitivo y el autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial, y como se relacionan estas variables en los pacientes hipertensos.

- **Alternativas**

La participación en el estudio es voluntaria, usted puede escoger no participar o puede abandonar el estudio en cualquier momento. El retirarse del estudio no le representará ninguna penalidad o pérdida de beneficios a los que usted tiene derecho.

- **Compensación**

No recibirá pago alguno por su participación, ni de parte del investigador ni de las instituciones participantes. En el estudio usted podrá solicitar información sobre el mismo y los resultados obtenidos a los investigadores responsables.

- **Confidencialidad de la información**

La información recabada será mantenida en forma confidencial en los archivos de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán; por ello, también se garantiza confidencialidad absoluta en la recolección de los datos.

- **Problemas o preguntas**

Escribir al email: Kemuel_esp21@hotmail.com o comunicarse al Celular N° 974685848.

- **Consentimiento / Participación voluntaria.**

Acepto participar en el estudio: He leído la información proporcionada, o me ha sido leída; y he tenido la oportunidad de preguntar y manifestar mis dudas e inquietudes sobre la investigación y se me ha respondido en forma satisfactoria. Por tanto, consiento y expreso en forma voluntario mi deseo de participar en este estudio y entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento sin que ello me afecte de ninguna manera.

Firma del adulto mayor
N° DNI:

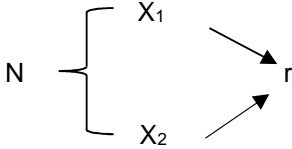
Firma de la investigador(a)
N° DNI:

Huánuco, a los... días del mes de.....del 2017.

ANEXO 07
MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES		
<p>Problema general: ¿Qué relación existe entre el deterioro cognitivo y el autocuidado en los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancho – Huánuco 2017?</p>	<p>Objetivo general: Determinar la relación que existe entre el deterioro cognitivo y el autocuidado en los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancho – Huánuco 2017.</p>	<p>Hipótesis general Hi: El deterioro cognitivo se relaciona con el autocuidado en los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancho – Huánuco 2017. Ho: El deterioro cognitivo no se relaciona con el autocuidado en los adultos mayores hipertensos del Centro de Salud Potracancho – Huánuco 2017.</p>	VARIABLE INDEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES
			Deterioro Cognitivo	Única	Sin deterioro cognitivo Deterioro Cognitivo Leve Deterioro Cognitivo Moderado Deterioro Cognitivo Severo
			VARIABLE DEPENDIENTE	DIMENSIONES	INDICADORES
			Autocuidado en adultos mayores hipertensos	Régimen Alimentario	Adecuado Inadecuado
				Actividad Física	Adecuado Inadecuado
				Problemas Psicológicos	Adecuado Inadecuado
				Hábitos Nocivos	Adecuado Inadecuado
<p>Problemas específicos: ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adultos mayores hipertensos en estudio?</p> <p>¿Qué grado de deterioro cognitivo presentan los adultos mayores hipertensos en estudio?</p> <p>¿Cuáles son las prácticas de autocuidado que realizan los adultos mayores hipertensos en estudio?</p>	<p>Objetivos específicos: Conocer las características sociodemográficas de los adultos mayores hipertensos en estudio.</p> <p>Identificar el grado de deterioro cognitivo que presentan los adultos mayores hipertensos en estudio.</p> <p>Describir las prácticas de autocuidado que realizan los adultos mayores hipertensos en estudio.</p>	<p>Hipótesis específicas: Hi1: El grado de deterioro cognitivo se relaciona con el autocuidado en la dimensión régimen alimentario de los adultos mayores en estudio. Ho1: El grado de deterioro cognitivo no se relaciona con el autocuidado en la dimensión régimen alimentario de los adultos mayores en estudio. Hi2: El grado de deterioro cognitivo se relaciona con el autocuidado en la dimensión actividad física de los adultos mayores en estudio. Ho2: El grado de deterioro cognitivo no se relaciona con el autocuidado en la dimensión actividad física de los adultos mayores en estudio. Hi3: El grado de deterioro cognitivo se relaciona con el autocuidado en la dimensión problemas psicológicos de los adultos mayores en estudio.</p>			

<p>¿De qué manera se relaciona el grado de deterioro cognitivo y las dimensiones de las prácticas de autocuidado que realizan los adultos mayores hipertensos en estudio?</p>	<p>Establecer de qué manera se relaciona el grado de deterioro cognitivo y las dimensiones de las prácticas de autocuidado que realizan los adultos mayores hipertensos en estudio.</p>	<p>Ho3: El grado de deterioro cognitivo no se relaciona con el autocuidado en la dimensión problemas psicológicos de los adultos mayores en estudio</p> <p>Hi4: El grado de deterioro cognitivo se relaciona con el autocuidado en la dimensión hábitos nocivos de los adultos mayores en estudio.</p> <p>Ho4: El grado de deterioro cognitivo no se relaciona con el autocuidado en la dimensión hábitos nocivos de los adultos mayores en estudio.</p> <p>Hi5: El grado de deterioro cognitivo se relaciona con el autocuidado en la dimensión descanso y recreación de los adultos mayores en estudio.</p> <p>Ho5: El grado de deterioro cognitivo no se relaciona con el autocuidado en la dimensión descanso y recreación de los adultos mayores en estudio.</p> <p>Hi6: El grado de deterioro cognitivo se relaciona con el autocuidado en la dimensión tratamiento de los adultos mayores en estudio.</p> <p>Ho6: El grado de deterioro cognitivo no se relaciona con el autocuidado en la dimensión tratamiento de los adultos mayores en estudio.</p> <p>Hi7: El grado de deterioro cognitivo se relaciona con el autocuidado en la dimensión cuidado de la salud de los adultos mayores en estudio.</p> <p>Ho7: El grado de deterioro cognitivo no se relaciona con el autocuidado en la dimensión cuidado de la salud de los adultos mayores en estudio.</p>		Descanso y recreación	Adecuado Inadecuado
				Tratamiento	Adecuado Inadecuado
				Cuidado de la Salud	Adecuado Inadecuado

DISEÑO	POBLACION Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS
<p>TIPO DE ESTUDIO: Relacional</p> <p>Según el análisis, alcance de resultados e intervención de los investigadores: Observacional.</p> <p>De acuerdo a la planificación de la recolección de datos: Prospectivo.</p> <p>Por el número de ocasiones en que se mide la variable en estudio: Transversal</p> <p>Según el número de variables de estudio: Analítico</p> <p>Diseño de estudio: El diseño de aplicación en el trabajo de investigación será el diseño descriptivo correlacional en el siguiente esquema.</p>  <p>Dónde:</p> <p>N : Muestra de adultos mayores hipertensos.</p> <p>X₁ : Deterioro Cognitivo.</p> <p>X₂ : Autocuidado.</p> <p>r : Relación entre las variables.</p>	<p>POBLACION MUESTRAL</p> <p>Por ser una muestra pequeña y accesible se utilizará el método de población muestral involucrando como muestra del estudio a todos los adultos mayores con hipertensión arterial inscritos en el Centro de Adulto Mayor del Centro de Salud Potracancha, los cuales según datos obtenidos de los registros del padrón nominado de pacientes hipertensos de esta institución fueron en total 50 pacientes adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial.</p>	<p>PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS:</p> <p>Cuestionario de características generales de la muestra en estudio.(Anexo 01)</p> <p>Escala de Pfeiffer. (Anexo 02)</p> <p>Escala de autocuidado en hipertensión arterial (Anexo 03)</p> <p>ANÁLISIS DE DATOS:</p> <p>Análisis descriptivo: Se detallarán las características de cada una de las variables en estudio, de acuerdo al tipo de variable en que se trabajará (categórica o numérica), asimismo se tendrá en cuenta las medidas de tendencia central y de dispersión para las variables numéricas y de frecuencias para las variables categóricas. Además se emplearán figuras para facilitar la comprensión en cada caso, tratando de que el estímulo visual sea simple, resaltante y fácilmente comprensible; para tal efecto se determinará las medidas de tendencia central, la media, moda y mediana.</p> <p>Análisis inferencial. Para la contrastación de las hipótesis se utilizará la Prueba Chi cuadrada para establecer la relación entre las dos variables en estudio con una probabilidad de $p < 0.05$; y para el procesamiento de los datos se utilizará el Paquete Estadístico SPSS versión 20.0 para Windows.</p>