

## Artículo de Investigación

# Agencia de autocuidado en pacientes hipertensos del Hospital Erasmo Meoz

## Self care agency in patients with hypertension of the Erasmo Meoz Hospital

## Administração de autocuidado em pacientes com hipertensão do Hospital Erasmo Meoz

*Olga Marina Vega A.<sup>1</sup>  
Josefina Suárez R., Sandra Acosta G.<sup>2</sup>*

### RESUMEN

El propósito del estudio fue determinar la capacidad de agencia de autocuidado de los hipertensos usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Universitario Erasmo Meoz en San José de Cúcuta (Colombia). Se realizó un estudio descriptivo, transversal con abordaje cuantitativo durante el primer semestre del 2012. Mediante muestreo no probabilístico fueron seleccionados 200 hipertensos a quienes se les aplicó el cuestionario de evaluación de la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso.

A nivel global se encontró que un porcentaje representativo de los encuestados (62,5%) presentó mediana capacidad de agencia de autocuidado; el 37,0% alta capacidad y baja un 0,5%. Estos resultados guardan correspondencia con el comportamiento de las respuestas dadas por los participantes a la gran mayoría de los ítems que componen el instrumento. Además plantean un importante desafío para la enfermería en la definición de estrategias de intervención asistencial y educativa que motiven y apoyen a las personas hipertensas, para que sean autosuficientes frente a su propio cuidado, con capacidad de tomar sus propias decisiones y de solventar de manera autónoma sus necesidades en el manejo de su enfermedad.

**Palabras clave:** hipertensión, autocuidado, enfermería.

Recibido: 2014-03-28; aprobado: 2015-01-28

1. Enfermera, magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado al Paciente Crónico. Docente titular, Grupo de Investigación Cuidado de Enfermería, Universidad Francisco de Paula Santander. San José de Cúcuta, Colombia. Correo electrónico. [olgavega@ufps.edu.co](mailto:olgavega@ufps.edu.co)
2. Enfermera. Universidad Francisco de Paula Santander. San José de Cúcuta, Colombia.

## ABSTRACT

The purpose of this study was to determine the capacity for self-care agency of hypertensive patients of the Hospital Universitario Erasmo Meoz outpatient service in San José de Cúcuta (Colombia). A descriptive, cross-sectional study with a qualitative approach was performed during the first semester of 2012. In a non-probabilistic sample a questionnaire was administered to 200 hypertensive patients to evaluate the ability of self-care agency in hypertensive patients.

Globally, it was found that a representative percent of the respondents (62.5%) had a medium capacity for auto-care agency; 37% high capacity and 0.5% had low. These results are in line with the results of the answers given by the participants in the great majority of the items that make up the instrument. In addition, the results represented a major challenge for nursing in defining of intervention strategies for assistance and educational intervention that encourage and supports people with hypertension, to become auto sufficient in their own care, with capacity to make their own decisions and to solve in an autonomous way their needs in the handling of their illness.

**Key words:** hypertension, self-care, nursing.

## RESUMO

O propósito do estudo foi determinar a capacidade da administração de autocuidado dos pacientes hipertensos do serviço de consulta externa do Hospital Universitário Erasmo Meoz, em San José de Cúcuta (Colômbia). Foi realizado um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa durante o primeiro semestre de 2012. Por meio de amostragem não probabilística foram selecionados 200 hipertensos, que receberam o questionário de avaliação da capacidade de administração de autocuidado no paciente hipertenso.

A nível global descobriu-se que uma percentagem representativa dos respondentes, 62,5%, apresentou capacidade média da agência de autocuidado, 37,0%, capacidade alta e 0,5%, baixa. Estes resultados correspondem ao comportamento das respostas dadas pelos participantes para a maioria dos itens que compõem o instrumento. Além disso, expõem um importante desafio para a enfermagem na definição de estratégias de intervenção assistencial e educativa que motivem e apoiem as pessoas hipertensas, para que sejam autossuficientes quanto ao seu próprio cuidado, capazes de tomar suas próprias decisões e resolver de forma autônoma suas necessidades na gestão de sua doença.

**Palavras-chave:** hipertensão, autocuidado, enfermagem.

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas van en aumento y han reemplazado a las enfermedades agudas como primera causa de morbimortalidad en muchos países. En cinco de las seis regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las defunciones causadas por este tipo de afección dominan las estadísticas de mortalidad (1). En América Latina provocan dos de cada tres decesos en la región. Esta situación puede deberse tanto a los avances en la ciencia y la tecnología como a la implantación generalizada de las medidas higiénicas y preventivas que, en conjunto, han contribuido a disminuir la incidencia de las enfermedades agudas y a ubicar las enfermedades crónicas en un lugar preferente (2).

La hipertensión arterial es una de las entidades clínicas de mayor trascendencia epidemiológica; el número de personas afectadas en el mundo supera

en estos momentos los mil millones y se espera que dentro de un cuarto de siglo, cuando los países actualmente en vía de desarrollo hayan adquirido los hábitos de los países industrializados, esta cifra se triplique (3). El aumento en la magnitud y en la gravedad de la hipertensión arterial ha sobrepasado todas las expectativas particularmente en América Latina y el Caribe, donde el problema ha crecido con tal rapidez que se reconoce como una epidemia al representar la tercera causa de muerte (4).

En Colombia existen diversas razones por las que el análisis de este tipo de afecciones resulta importante. La primera es que representan el principal factor de riesgo de afecciones cardiovasculares siendo la segunda causa de muerte no violenta en hombres y mujeres mayores de 45 años (5). En el departamento de Norte de Santander se consti-

tuye en un problema de salud pública por su alta prevalencia al aportar el 25,9% de las muertes (6). En San José de Cúcuta, su capital, ocupa el tercer lugar de consulta externa con 83.661 diagnósticos y una tasa de 13.393,02 casos por 100.000 habitantes (7). La segunda razón se sustenta en su efecto negativo representado en discapacidad, años de vida perdidos, impacto sobre la calidad de vida y detrimento del potencial productivo de quienes la padecen. La combinación de estas variables está provocando problemas cada vez mayores en el incremento del gasto público, sin dejar de lado el incalculable costo social.

Se han identificado factores de riesgo genéticos, comportamentales, biológicos, sociales y psicológicos en la aparición de la hipertensión arterial; estos han sido clasificados de acuerdo con su posibilidad de intervención en factores de riesgo modificables y no modificables (8). También se ha señalado que muchas complicaciones podrían prevenirse o tratarse a tiempo con la inclusión de comportamientos de autocuidado que ayuden a modificar aquellas conductas detectadas como de riesgo (9), entre las que se destacan la ingesta de dietas con alto contenido de sal, grasa o colesterol, el consumo de tabaco o alcohol y la falta de actividad física. Sin embargo, a pesar de la identificación clara y contundente de los factores de riesgo que predisponen su aparición, la gran mayoría de las personas tienen dificultades para modificar sus hábitos de modo permanente, lo que da como resultado que los índices de morbimortalidad por esta causa se encuentren en los primeros lugares (10).

Las enfermedades cardiovasculares ofrecen un panorama típico de la cronicidad, caracterizado por el desequilibrio y la incertidumbre en donde el paciente es, en gran medida, responsable de su propia salud. El reto para estas personas radica en desarrollar la capacidad para cuidar de sí mismos, reconocer y manejar sus síntomas, adherirse a un régimen de tratamiento muy complejo y adaptar los mecanismos existentes o establecer nuevos comportamientos para mejorar la salud o prevenir la exacerbación (9). Por ello, el autocuidado se convierte en la piedra angular en el manejo terapéutico de la hipertensión arterial.

Desde la perspectiva disciplinar, Sosa, López y Torres (11) afirman que Dorothea Orem propone el término de *autocuidado* y lo define como una actividad del individuo, aprendida y orientada hacia un objetivo. Es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida y que la persona dirige hacia sí misma o hacia el entorno para regular los factores que afectan su propio desarrollo y actividad en beneficio de su vida, salud o bienestar. Otro concepto que comprende este modelo de autocuidado es el referido por la misma teórica como la *capacidad de agencia de autocuidado*, entendido como:

La compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse, con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinadas para cumplir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo (12).

Teóricamente la capacidad de agencia de autocuidado comprende tres elementos estructurales: en el primero, las personas desarrollan capacidades fundamentales y se disponen para el autocuidado; posteriormente elaboran componentes de poder que permiten comprometerse con el autocuidado; y finalmente operacionalizan acciones de manera permanente (13). Este cuidado de sí mismo incluye conocer cuándo la acción es requerida, qué acción es la apropiada, la elección de un determinado curso de acción y la decisión de actuar (14).

La revisión bibliográfica efectuada en el contexto regional y local en los últimos tres años ha reportado un número reducido (apenas cinco) de estudios de enfermería relacionados con agencia de autocuidado; por ello, es necesario generar evidencia respecto a la capacidad de agencia de autocuidado en los afectados por hipertensión arterial, como problemática responsable de gran parte de la morbimortalidad en el Norte de Santander. La falta de resultados de investigación sobre el tema dificulta a los profesionales de la salud el poder conocer cuál es la información definitiva y la más importante que se debe suministrar. Esto influye para que las instituciones cada día reduzcan el tiempo asignado a la educación y a la adquisición de capacidades de estos comportamientos de autocuidado (9).

Al identificar de forma oportuna la capacidad de autocuidado que tienen los pacientes en el manejo de la enfermedad, los profesionales y las instituciones de salud satisfarán de mejor manera las necesidades y expectativas de cuidado requeridas, y con ello, a la vez, se reducirán los costos de atención y se asegurará una mejor calidad de vida (15). De acuerdo con lo expuesto, el presente estudio tuvo por objetivo determinar la capacidad de agencia de autocuidado de los hipertensos usuarios del servicio consulta externa del Hospital Universitario Erasmo Meoz en San José de Cúcuta (Colombia).

## MÉTODOS

### Tipo de estudio

La investigación corresponde a un estudio de tipo descriptivo, transversal con abordaje cuantitativo. La población estuvo conformada por los usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Universitario Erasmo Meoz, institución prestadora de servicios de salud (IPS) de mediana y alta complejidad, de carácter público, ubicado en el municipio de San José de Cúcuta, con un área de influencia que abarca los cuarenta municipios del departamento de Norte de Santander (Colombia), el sur del Cesar, Arauca, norte de Boyacá e incluso población residente de ciudades fronterizas de la República Bolivariana de Venezuela.

### Muestra

Mediante muestreo no probabilístico se obtuvo una muestra a conveniencia de 200 hipertensos que asistieron a control médico durante el primer semestre de 2012. Los criterios de inclusión contemplaron: pacientes con diagnóstico confirmado de hipertensión arterial sistémica, con o sin comorbilidad, registrados en consulta externa, de ambos géneros, en edades comprendidas entre los 18 y 70 años, sin limitación cognitiva, que supieran leer y escribir. Se excluyeron pacientes que no reunieron los criterios de inclusión y que manifestaran su negativa a participar en el estudio.

La recolección de la información se hizo por parte de los investigadores; los pacientes fueron identificados en los listados de citas diarias del servicio ambulatorio de consulta externa; su abordaje y la

recolección de la información se llevó a cabo de manera personal en un lugar privado de la sala de espera. Inicialmente se les dio a conocer el propósito del estudio, el método y la utilidad de los resultados; en seguida cada participante llenó el cuestionario. La duración de la aplicación del instrumento fue de aproximadamente 35 minutos.

### Aspectos éticos

Se consideraron los aspectos éticos establecidos en las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud de la Resolución 8430 de 1993 (16). Los datos fueron obtenidos previo consentimiento informado, se respetó el derecho al anonimato y se aseguró la confidencialidad y veracidad de la información mediante la codificación del instrumento. Se contó con la autorización del Comité Curricular del Programa de Enfermería y el Comité de Ética de la institución de referencia y se solicitó la autorización a la autora del instrumento para su uso.

### Instrumento

El instrumento utilizado corresponde al Cuestionario sobre la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso elaborado por Achury y colaboradores. (17), basado en el modelo teórico de Dorothea Orem. Se estructura en dos partes: la primera indaga características demográficas como edad, sexo, ocupación, estado civil, nivel de escolaridad y red de apoyo; la segunda parte consta de 17 preguntas cerradas, que son evaluadas mediante una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos, donde 1: representa Nunca, 2: Casi nunca, 3: A veces, 4: Casi siempre y 5: Siempre.

La interpretación de la capacidad global de la agencia de autocuidado se estableció de la siguiente manera: baja capacidad, que corresponde al rango de 17 a 28; mediana capacidad: de 29 a 56; y alta capacidad en el rango de 57 a 85. Los puntajes altos reflejan comportamientos de autocuidado saludables; por el contrario, puntajes bajos representan conductas poco saludables. Dicho instrumento cuenta con un grado de validez y confiabilidad de 0,75 (17).

Para el procesamiento de la información se utilizó el software estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 16, con el cual se generaron estadísticas descriptivas utilizando frecuencias y porcentajes; la clasificación del nivel de capacidad de agencia de autocuidado siguió los parámetros de análisis para esta escala según las categorías alta, media o baja.

## RESULTADOS

### VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

La Tabla 1 presenta las características sociodemográficas de los participantes; se utilizan para ello la frecuencia y el porcentaje en las variables sexo, estado civil, ocupación, cuidador y red de apoyo.

De acuerdo con los datos se observó mayor participación del sexo femenino en la población estudiada (67,5%); un alto número de casos se presentó en la franja etaria entre los 36 y 59 años (62,0%). Respecto al estado civil, predominaron los participantes casados (44,5%) o en unión libre (31,5%), siendo el cónyuge el cuidador primario y principal fuente de apoyo familiar (75,0%); la mayoría presentó bajo nivel de escolaridad por cuanto el 67,5% alcanzó hasta nivel primario. El 44,5% de los participantes no tenía actividad laboral.

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Sexo</b>		
Femenino	135	67,5
Masculino	65	32,5
<b>Rango de edad</b>		
18-35 años	18	9,0
36-59 años	124	62,0
60 y más años	58	29,0
<b>Estado civil</b>		
Casado	89	44,5
Soltero	30	15,0
Viudo	18	9,0
Unión libre	63	31,5
<b>Ocupación</b>		
Jubilado	10	5,0
Ama de casa	41	20,5

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Ocupación</b>		
Empleado	24	12,0
Desempleado	89	44,5
Independiente	30	15,0
Estudiante	6	3,0
<b>Escolaridad</b>		
Primaria	135	67,5
Bachillerato	39	19,5
Universitario	9	4,5
Técnico	17	8,5
Posgrado	0	0
<b>Cuidador</b>		
Cónyuge	150	75,0
Hijos	20	10,0
Otro familiar	20	10,0
Otro (vecinos o amigos)	10	5,0
<b>Red de apoyo</b>		
Familia	130	65,0
Grupo de amigos	30	15,0
Grupo religioso	10	5,0
Grupo social	20	10,0
Grupo hospitalario	10	5,0

Tabla 1. Variables sociodemográficas de los participantes con hipertensión arterial (n=200)

### Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial

De acuerdo con el objetivo propuesto, en la Tabla 2 se reporta la capacidad de agencia de autocuidado global encontrada en la población hipertensa estudiada. Por su parte, en las Tablas 3, 4, 5 y 6 se presentan igualmente en porcentaje, el comportamiento de las afirmaciones evaluadas por los participantes con bajo y mejor puntaje.

En el estudio se reportó que el 62,5% (n=125) de los pacientes hipertensos presentaron mediana capacidad de agencia de autocuidado; el 37,0% (n=74) tuvo una capacidad de autocuidado alta y baja un 0,5% (n=1).

Nivel	Rangos de edad (en años)	Frecuencia	Porcentaje (%)
Bajo	17-28	1	0,5
Medio	29-56	125	62,5
Alto	57-85	74	37,0
<b>Total</b>	<b>200</b>	<b>100</b>	

Tabla 2. Capacidad de agencia de autocuidado global en pacientes hipertensos (n=200)

En la Tabla 3 se evidencia que 12 ítems (70,5%) obtuvieron un bajo puntaje (con opciones de respuesta A Veces, Casi Nunca y Nunca); de estos se resalta que el 31,5% de los hipertensos Nunca ha solicitado al profesional de enfermería información requerida sobre la correcta administración de los medicamentos formulados; el 31,0% y 22,5% A veces o Nunca disponen de los conocimientos necesarios sobre el mecanismo de acción y efectos secundarios de los medicamentos suministrados en el control de su enfermedad; el 30,5% y 19,0% respectivamente consideran que A veces y Nunca el profesional de enfermería los escucha y aclara sus inquietudes; el 34,0% y 15,5% A veces y Casi nunca realizan cambios en la dieta en el mantenimiento adecuado de su peso; el 35,0% y 12,5% A veces y Nunca buscan información y orientación en el manejo de la enfermedad; el 33,0% y 9% A veces y Nunca disponen de los conocimientos sobre las complicaciones derivadas de la enfermedad. Hallazgos que sugieren la dificultad de los hipertensos para modificar conductas detectadas como riesgosas.

Afirmación	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje (%)
Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad	Nunca	25	12,50
	Casi nunca	19	9,50
	A veces	70	35,00
Considero que conozco cómo actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial	Nunca	45	22,50
	Casi nunca	32	16,00
	A veces	62	31,00

Afirmación	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje (%)
Considero que la cantidad máxima de sal que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son 2 cucharaditas de sal	Nunca	14	7,00
	Casi nunca	14	12,00
	A veces	59	29,50
Considero que el profesional de enfermería me escucha y aclara mis inquietudes	Nunca	38	19,00
	Casi nunca	25	12,50
	A veces	61	30,50
Conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad	Nunca	18	9,00
	Casi nunca	13	6,50
	A veces	66	33,00
Camino diariamente como mínimo 30 minutos	Nunca	24	12,00
	Casi nunca	27	13,50
	A veces	59	29,50
Realizo cambios según las necesidades, para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad	Nunca	12	6,00
	Casi nunca	32	16,00
	A veces	70	35,00
Cuando inicio un nuevo medicamento solicito al profesional de enfermería me proporcione información necesaria sobre la correcta administración	Nunca	63	31,50
	Casi nunca	27	13,50
	A veces	56	28,00
Realizo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado	Nunca	17	8,50
	Casi nunca	31	15,50
	A veces	68	34,00
Evalúo si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar y el de mi familia	Nunca	18	9,00
	Casi nunca	28	14,00
	A veces	83	41,50
Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas	Nunca	9	4,50
	Casi nunca	24	12,00
	A veces	68	34,00
Invierto tiempo en mi propio cuidado	Nunca	10	5,50
	Casi nunca	11	5,00
	A veces	53	26,50

Tabla 3. Porcentajes de las afirmaciones de la capacidad de agencia de autocuidado con bajo puntaje: A veces, Casi nunca y Nunca

En la Tabla 4 se aprecia que los participantes Siempre y Casi siempre (12,0% y 9,5% respectivamente) han presentado dificultad para el acceso a la consulta, controles y adquisición de medicamentos.

Afirmación	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje (%)
He tenido dificultades con el acceso a las consultas, controles y adquisición de medicamentos	Casi siempre	19	9,50
	Siempre	24	12,00

Tabla 4. Porcentajes de las afirmaciones de la capacidad de agencia de autocuidado con bajo puntaje: opción Siempre y Casi siempre

En la tabla 5 se observa cómo el 63,5% de los participantes Nunca ha reemplazado el tratamiento farmacológico por terapias alternativas, y el 54,0 % Nunca ha percibido dificultades en el desarrollo de su vida sexual a causa de la enfermedad. De la misma, forma el 54,0% de los participantes consideran que Casi siempre le dan importancia a realizar ejercicio y se sienten descansados cuando duermen de 6 a 8 horas (30,5%), (véase Tabla 6).

Afirmación	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje (%)
Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas.	Nunca	127	63,50
	Casi nunca	17	8,50
	A veces	32	54,00
Siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual.	Nunca	108	54,00
	Casi nunca	38	19,00
	A veces	37	18,50

Tabla 5. Porcentajes de las afirmaciones de la capacidad de agencia de autocuidado con mejor puntaje: opciones A veces, Casi nunca y Nunca

Afirmación	Respuesta	Frecuencia	Porcentaje (%)
Cuando duermo 6-8 horas diarias, me siento descansado	Casi siempre	45	22,50
	Siempre	61	30,50
Considero importante realizar ejercicio	Casi siempre	108	54,00
	Siempre	38	19,00

Tabla 6. Porcentajes de las afirmaciones de la capacidad de agencia de autocuidado con mejor puntaje: opciones Siempre y Casi siempre

## DISCUSIÓN

En el estudio, el grueso de los participantes fueron del sexo femenino, ubicado en el rango de edad de 36 a 59 años, con bajo nivel de estudios y sin actividad laboral; hallazgo que confirma la importancia de las variables sociodemográficas en la capacidad de agencia de autocuidado. Para Orem (12), la agencia de autocuidado está influenciada por la edad, el sexo, el estado de desarrollo, el ambiente familiar, factores socioculturales y personales, patrones de vida, recursos disponibles, sistema de atención de salud y estado de salud denominados en el modelo, como factores condicionantes básicos. Dichos factores personales y de contexto influyen tanto en el tipo de acciones requeridas como en la habilidad para realizarlas.

Sobre la edad y el sexo, la literatura establece que los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres, situación que se modifica después de los 55 años. En la mujer posmenopáusica existe mayor prevalencia de hipertensión arterial, así como un deterioro del perfil lipídico, con aumento del colesterol y las lipoproteínas de baja densidad (18-19).

Respecto al nivel educativo, se reportó baja escolaridad en los participantes. Este hallazgo es similar a lo planteado por Orem (20) y los resultados obtenidos por autores como Landeros y Gallegos (21) y Tenahua, Landeros, Linares y Grajales (22), quienes afirman que el nivel educativo es un factor que condiciona la capacidad de agencia de autocuidado en la medida en que permite el aprendizaje y facilita la búsqueda de información. Por las características de la muestra, son representativos los pacientes hipertensos sin capacidad de pago, afiliados, usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Erasmo Meoz.

La mayoría de los participantes estaban desempleados. Esta situación ya había sido reportada por algunos estudios (23-24) y es representativa de la realidad ocupacional que enfrenta Colombia, en especial la región de Norte de Santander, donde el desempleo y la informalidad laboral se han convertido en condiciones de existencia de la mayoría de habitantes, lo cual limita la capacidad de ahorro y de recursos asegurados (a través de pensiones o

cualquier otra renta), con el obstáculo creciente e inequitativo para afiliarse al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), subsidiado en las personas sin capacidad de pago, y la evidente dificultad para acceder a servicios de salud privados y mantener en su totalidad el cumplimiento de un régimen terapéutico y farmacológico. Además, las repercusiones del desempleo van más allá de la reducción del poder adquisitivo: este tiene un fuerte impacto negativo en la salud mental de quienes lo experimentan, consecuencias que pueden resumirse en el deterioro del bienestar psicológico, aumento del sentimiento depresivo, disminución de la satisfacción con la vida y elevado nivel de estrés (25). Este último se constituye en una de las principales causas de la hipertensión.

Igualmente, en el grupo de participantes se presentó una mayor proporción de hipertensos que pertenecen a un nivel socioeconómico bajo, situación que está relacionada con el bajo nivel educativo encontrado. Al respecto, autores como Martínez y colaboradores (26) y Velandia y Rivera (27) afirman que la prevalencia de esta enfermedad es mayor cuanto más bajo es el nivel socioeconómico y educativo, puesto que dichas variables influyen sobre las conductas de estilo de vida y la poca información que estos manejen sobre la enfermedad, complicaciones y seguimiento del tratamiento farmacológico.

En cuanto al estado civil, la mayoría de participantes estaban casados o vivían en unión libre, lo cual indica que cuentan con un vínculo afectivo estable, aspecto favorable pues, como lo refiere Campos citando a Orem, cuando las personas tienen una pareja, esta se convierte en un apoyo importante para que los individuos puedan mantener su capacidad de agencia de autocuidado, ya que son quienes cuidan y acompañan en las diferentes acciones, especialmente la de sus componentes en edades extremas de la vida y cuando se enfrentan a situaciones especiales (28).

También se identificó que el 62,5% de los hipertensos tiene mediana capacidad de agencia de autocuidado, lo cual coincide con lo obtenido en otros estudios realizados en Bogotá (17). Eso se explica por el déficit de conocimientos sobre el tratamiento farmacológico (22,0%) y el bajo reconocimiento dado a la importancia de dedicar tiempo a su propio cuidado (34,0%) (18).

Ahora, los ítems del instrumento bajamente puntuados por los pacientes se relacionaron con el conocimiento sobre el mecanismo de acción y efectos secundarios de los fármacos prescritos, la búsqueda de información y orientación sobre el manejo de la enfermedad, la cantidad máxima requerida en la ingesta de sal, la realización de cambios en la dieta para mantener un peso adecuado, el incremento en el consumo de verduras, frutas, fibra y reducción en ingesta de grasas, la práctica de ejercicios de mínimo 30 minutos, la realización de cambios requeridos en el mantenimiento de la salud y manejo de la enfermedad, el conocimiento de las complicaciones y la inversión de tiempo en el cuidado propio.

Se reportó que el 69,5% de los hipertensos A veces, Casi nunca y Nunca tenían conocimiento del mecanismo de acción y efectos adversos de los fármacos prescritos; apenas el 30,50% Siempre y Casi siempre tenían dicho conocimiento. Si bien en el estudio ninguno de los pacientes abandonó el tratamiento farmacológico prescrito, este dato merece consideración porque se ha indicado que las reacciones adversas se ubican dentro de las principales causas de abandono del tratamiento antihipertensivo (29), a pesar del reconocimiento incuestionable del tratamiento farmacológico en reducción de la morbilidad y mortalidad por las complicaciones de esta enfermedad en la esfera cardiovascular, cerebrovascular y renal. Adicionalmente, un estudio efectuado en el año 2010 (17) sugiere que este hallazgo podría estar condicionado por el déficit de información por parte del profesional de enfermería o información poco estructurada.

El 35,0%, 16,0% y 6,0% de los hipertensos A veces, Casi nunca y Nunca atienden dicho requerimiento, contrario a un 43,0% que Siempre y Casi siempre lo hacen. Este hallazgo es de gran importancia pues el conocimiento sobre la enfermedad y el tratamiento es una de las principales herramientas que se encuentran relacionadas con el interés y compromiso que cada persona tenga sobre la enfermedad y sobre su manejo. Una actitud pasiva genera una baja capacidad de agencia de autocuidado, por cuanto los adultos realizan efectivas operaciones de autocuidado, si tienen una base de conocimientos amplios con respecto a su estado de salud (12).



Los resultados también muestran que el 48,5% de los pacientes afirmaron que A veces, Casi nunca y Nunca consideran que la cantidad máxima de sal que pueden utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son 2 cucharaditas, contrario a un 51,5% que Siempre y Casi siempre lo consideran. En consecuencia, los resultados reflejan que las personas con hipertensión ocasionalmente orientan su conducta hacia la cantidad requerida en el consumo de sal; muchas veces, conociendo que una determinada conducta predispone a una enfermedad, no realizan los esfuerzos o estos son insuficientes para cambiar la conducta. Un informe técnico elaborado por la Organización Mundial de la Salud (30) hizo hincapié en que la disminución de 6 g/d —es decir, una reducción de la ingesta de sal a aproximadamente la mitad— conllevaría un descenso medio de 5 mm de Hg en la presión sistólica en la población adulta. Esto, a su vez causaría una reducción del 24,0% de los accidentes cerebrovasculares y una disminución del 18,0% de las cardiopatías coronarias.

Si bien el control de peso corporal, así como el consumo de verduras, frutas y fibra, acompañado de actividad física regular, son la base principal del tratamiento no farmacológico y una de las medidas más eficaces en la prevención primaria de la hipertensión arterial, se observó que más del 50% los participantes A veces, Casi nunca y Nunca conocen y siguen dichas prácticas de autocuidado, principalmente en acciones relacionadas con la modificación en la dieta (34,0%, 15,5% y 8,5%, respectivamente), como de la ingesta de comidas con alto contenido de verduras, frutas, fibra y baja en grasas, donde el 34,0%, 12,0% y 4,50% de los participantes A veces, Casi nunca y Nunca atienden dicha indicación, y el 33,0%, 13,5% y 12,0% A veces, Casi nunca y Nunca realizan caminatas diarias. Así mismo, este es un aspecto que debe fortalecerse en la consulta de seguimiento, pues en el estudio los participantes consideraron que, A veces (30,5%) o Nunca (19,0%) el profesional de enfermería los escucha y aclara las inquietudes. Al respecto, Olivella, Bastidas y Castiblanco (9) plantean que:

Es imperativo que los profesionales de enfermería reconozcan la magnitud del daño que la enfermedad cardiovascular ocasiona en la población, pero es mucho más importante que estén convencidos de lo que se puede lograr con accio-

nes dirigidas a fomentar el autocuidado de las personas que viven con este flagelo.

Sobre la afirmación que planteaba la inversión de tiempo en el cuidado propio, se encontró que el 26,5 % y el 5,5% de los participantes reportaron baja frecuencia de este comportamiento (opciones A veces o Nunca). Resultados similares fueron reportados por Contreras y colaboradores (31).

Llama la atención que el 73,0% de los participantes Nunca, A veces y Casi nunca solicitan al profesional de enfermería que les proporcione información necesaria acerca de la correcta administración cuando inician un nuevo medicamento, en comparación con un 27,0% que solicita la información. Este hallazgo indica la baja iniciativa de los hipertensos por buscar conocimientos sobre el tratamiento farmacológico requerido en el manejo de su enfermedad, situación que puede propiciar el abandono total o parcial del tratamiento o el inadecuado cumplimiento terapéutico. La literatura reporta que el tratamiento farmacológico del paciente hipertenso requiere con frecuencia cambiar o adicionar medicamentos; por ello, es fundamental que el paciente conozca de forma estructurada los efectos secundarios, el horario ideal y las interacciones con algunos alimentos para obtener un adecuado control de la enfermedad (18).

Los ítems mejor puntuados por los hipertensos se relacionaron con el no reemplazar el tratamiento indicado por terapias alternativas, dormir de 6 a 8 horas, realizar ejercicio y mantener una vida sexual activa. El estudio indica que 63,5% de los hipertensos Nunca ha reemplazado su tratamiento por terapias alternativas, contrario a un 13,0% que Siempre y Casi siempre lo han realizado. Esto puede catalogarse como una actitud favorable asumida por la población participante en el manejo de la enfermedad; es conocido que estas técnicas tienen una característica en común que es la falta de evidencia científica convincente sobre la manera en que operan y del efecto nocivo para la salud cuando se utilizan de manera empírica y automedicada. Un resultado similar se reportó en un estudio del 2008 (14) donde se afirma que “esto se convierte en un aspecto muy positivo en su autocuidado, puesto que otros estudios sí han encontrado porcentajes

significativos en el uso de terapias alternativas para el control de la hipertensión arterial”.

En el estudio, se destaca cómo a pesar de que el 51,5% consideró importante hacer ejercicio, solo el 33,0% A veces lo realiza. Este hallazgo se asocia a la falta de motivación, el desconocimiento de la importancia de esta práctica para la salud, la dedicación exclusiva a las labores cotidianas y la no atención a las medidas de autocuidado (31). Recomendaciones basadas en los niveles de evidencia científica plantean que el incremento del ejercicio físico aeróbico mejora el estado de ánimo, ayuda a controlar los niveles y anormalidades de los lípidos, incrementa la pérdida de peso; además contribuye a reducir los niveles de glucosa sanguínea y la resistencia a la insulina, al aumentar la sensibilidad periférica y hepática de ésta (32). Igualmente se reconoce que el descanso es una acción que puede evitar el agotamiento, el estrés y que proporcionan salud mental para poder iniciar y mantener una buena práctica de autocuidado (23).

## CONCLUSIONES

Los hallazgos mostraron la influencia en la capacidad de agencia de autocuidado de las variables sociodemográficas como sexo, edad, estado civil, ocupación, escolaridad y red de apoyo de los participantes, lo cual coincide con lo planteado por algunos autores (25), quienes al citar a Orem refieren que dicha capacidad se ve afectada por la presencia en el individuo de factores condicionantes básicos (personales y de contexto) para satisfacer las demandas de autocuidado de todos los requisitos de autocuidado o pueden significar un obstáculo para su cobertura.

Los resultados obtenidos plantean un importante reto para enfermería tanto en el diseño e implementación de programas preventivos como en la estructuración de intervenciones concretas que valoren las verdaderas necesidades de asesoramiento y motiven a los hipertensos para que decidan modificar su comportamiento y adopten estilos de vida saludable y fortalezcan su actitud para comprometerse en su autocuidado.

En ese sentido, y como lo refieren Navarro y Castro (33), “sigue siendo el principal desafío para la enfermería ‘lograr el cambio de conducta’ para que ejerzan

un adecuado autocuidado como lo propone Orem y lograr así contribuir en la mantención de la salud y de una mejor calidad de vida para nuestros usuarios”.

El abordaje de los ítems bajamente puntuados legitima la intervención de los profesionales de la salud, en particular de enfermería, pues la educación para el autocuidado se convierte en un atributo de su responsabilidad profesional y en una estrategia primordial que debe acompañar al hipertenso en la atención de las necesidades y de los factores que pueden intervenir en el logro de los objetivos terapéuticos. Las intervenciones educativas serán más efectivas si abordan los problemas que interfieren en el autocuidado.

En el estudio la falta de iniciativa de algunos hipertensos en la búsqueda de información sobre su condición clínica y manejo a seguir (el 57,0% Nunca, Casi nunca o A veces atienden este requisito, en comparación con un 43,0% que Siempre y Casi siempre lo siguen), continúa siendo un desafío terapéutico importante para los profesionales de enfermería, pues es conocido que la búsqueda de la información le permite al paciente conocer y manejar su enfermedad y desempeñar un papel activo en su autocuidado, lo cual genera adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico (33). Por lo anterior, el desarrollo de una alianza terapéutica con el paciente se debe constituir en actitud profesional esencial y elemento de interacción básica en la consulta de seguimiento al hipertenso. En un estudio reciente (34) se afirma que:

La intervención educativa estructurada y orientada específicamente a las necesidades individuales del paciente con hipertensión arterial, en conjunto con el autoestudio, la motivación y el empoderamiento del paciente, así como con un adecuado seguimiento por parte del profesional de enfermería, consigue una mejoría en la capacidad de agencia de autocuidado y, con ello, en la calidad de vida, disminución de las complicaciones y de los reingresos hospitalarios.

Desde la perspectiva teórica, la promoción del autocuidado es un referente implícito en la educación para la salud. En ella, la enfermera adquiere un rol fundamental empoderando a los usuarios en su propio cuidado y como gestora de intervenciones promocionales, preventivas y rehabilitadoras que tienen por objetivo principal satisfacer las demandas de las personas (35), de manera que los pacientes se

transformen en agentes activos y sostenidos de su autocuidado. Bien lo refiere Pinto Natividad (36), “es preciso comenzar a sentir que cada persona puede controlar su propia salud, es decir, hacerse responsable tanto de su salud como de su enfermedad y tratar de descubrir qué cosas puede hacer por sí mismo”. De otra parte, y teniendo en cuenta el reto que representa para la profesión esta enfermedad, se hace necesario la estructuración e implementación de guías y protocolos de intervención de enfermería en el seguimiento, retroalimentación y empoderamiento de la toma de decisiones de los hipertensos por opciones saludables que les aseguren todas las oportunidades posibles de decidir y actuar sobre el cuidado de sí mismos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization [Internet]. 2008 [consultado 10 de mayo de 2010]. World health statistics. 2008. WHO Library; 2008 [Internet]. Disponible en: <http://www.who.int/whosis/whostat/2008/en/index.html>
2. Velásquez G. Fundamentos de alimentación saludable. Colombia: Universidad de Antioquia; 2006. p. 56-59.
3. Organización Mundial de la Salud. El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. Los pacientes no reciben apoyo necesario. Comunicado de prensa OMS/54 [Internet]. Ginebra: OMS; 2003 [consultado 13 de octubre de 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>
4. Orozco AR. Caracterización clínicoepidemiológica de la crisis hipertensiva. Portales Médicos [Internet] 2011 [consultado 14 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/3666/2/Caracterizaci%F3n-cl%EDnico-epidemiologica-de-la-crisis-hipertensiva>
5. Molina D. Propuesta en prevención del riesgo cardiovascular. Revista Colombiana de Cardiología. 2008; 15(5): 3.
6. Gobernación de Norte de Santander. Plan de Desarrollo para Norte de Santander 2012-2015: “Un Norte Pa’lante” [Internet] [consultado 18 de octubre de 2014]. Disponible en: [http://www.nortedesantander.gov.co/archivos/79documento\\_Plan%20de%20desarrollo%20un%20Norte%20Palante%202012-2015.pdf](http://www.nortedesantander.gov.co/archivos/79documento_Plan%20de%20desarrollo%20un%20Norte%20Palante%202012-2015.pdf)
7. Perfil epidemiológico Municipio San José de Cúcuta. San José de Cúcuta; 2011.
8. Donado EM. Prevalencia de hipertensión arterial, proporción de hipertensos que lo desconocen y algunos posibles factores de riesgo asociados, en el municipio de Santo Tomás – Atlántico. [Tesis]. Colombia: Biblioteca Digital, Universidad Nacional de Colombia; 2010 [consultado 18 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/8780/1/598031.2010.pdf>
9. Olivella MC, Bastidas Sánchez CV, Castiblanco Amaya MA. La adherencia al autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular: abordaje desde el modelo de Orem. Aquichan [Internet] 2012 enero [consultado 18 de febrero de 2014]; 12(1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74124091006>
10. Vargas E. La experiencia de modificar positivamente factores de riesgo cardiovascular. En: Díaz Heredia LP. La investigación y el cuidado en América Latina. Bogotá: Unibiblos; 2005. p. 485-99.
11. Sosa M, López N, Torres M. Sentido y significancia de prácticas de autocuidado ante el riesgo de cáncer cervicouterino en mujeres mexicanas sanas. Rev. Horiz. Enferm. 2010; 21(1): 81-89.
12. Orem DE. Soins infirmiers: les concepts et la pratique. Traducido por: Gosselin Danielle. Montreal: Décarie Éditeur inc; 1987.
13. Arredondo E. Comportamientos y capacidad de agencia de autocuidado de adultos con insuficiencia cardiaca. Av. Enferm [Internet] 2010 [consultado 15 de noviembre de 2013]; 28(1): 21-30. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002010000100003&lng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002010000100003&lng=es)
14. Campos SC, Jaimovich PS, Moore BJ, Pawloski RL, Gaffney FK, González, M. Operaciones de autocuidado asociadas a la nutrición en madres de escolares chilenos. Horizon Enferm. 2008; 19(2): 45-54.
15. Achury DM, Rodríguez SM, Sepúlveda G. Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. Rev. Act. de Enfer. 2009; 11(2): 9-25.
16. Ministerio de Salud. Resolución 008430/1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: El Ministerio; 1993 (oct. 4, 1993).
17. Achury L, Achury D, Rodríguez S, Sepúlveda G, Padilla M, Lauro J et ál. Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, Norteamérica [Internet] 2012 [consultado 19 de noviembre de 2013]; 14(2). Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/4206>

18. Navarro Y, Castro M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enferm. Glob* [Internet] 2010 [consultado 19 de noviembre de 2013]; (19). Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=es).doi.org/10.4321/S1695-61412010000200004
19. Suárez C, Coca A. *Convivir con la hipertensión*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2008.
20. Orem D. *Nursing. Concepts of practice*. 6a ed. St. Louis, Missouri: Mosby; 2001.
21. Landeros E, Gallegos E. Estimación de capacidades de autocuidado y percepción del estado de salud en personas con y sin obesidad como factor de riesgo para enfermedad cardiovascular. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2005; 13: (1-2). p. 20-24.
22. Tenahua I, Landeros O, Linares F, Grajales A. Capacidades y acciones de autocuidado en personas con factores de riesgo cardiovascular. *Enfermería en Cardiología*. 2007; 14(41): 19-24.
23. Rivera LN, Díaz LP. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular. *Cuad. Hosp. Clin.* [Internet] 2007 [consultado 2 de diciembre de 2013]; 52(2): 30-38. Disponible en: [http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1652-67762007000200](http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1652-67762007000200)
24. Fernández AR, Manrique-Abril FG. Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. *Avances en Enfermería* [Internet] 2011 enero [consultado 16 de octubre de 2012]; 29(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/rae/291/030041.php>
25. Carnaciones MA. *Psicología del desarrollo, aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. Córdoba: Brujas; 2006.
26. Martínez ME, Plazas M, Barajas GP, Bravo AM, González C, Rodríguez A et ál. Factores de riesgo para enfermedad renal crónica en pacientes que asisten a consulta de medicina interna. *Acta Med Colombo* [Internet] 2013 octubre [consultado 24 de septiembre de 2014]; 38(4): 228-32. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-4482013000400008&lng](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-4482013000400008&lng)
27. Velandia A, Rivera LN. Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular. *Rev. Salud Pública* [Internet] 2009 [consultado 22 de octubre de 2012]; 11(4): 538-48. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642009000400005&lng=en](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000400005&lng=en). doi.org/10.1590/S0124-00642009000400005
28. Campos C. La familia como formadora de actitudes y la educación para la salud. *Revista Educación para el Autocuidado en Salud*. 1996: 33-35.
29. Rego JJ, Leyva C, Pérez M. Pesquisaje activo de sospechas de reacciones adversas a medicamentos en el Hospital Dr. Salvador Allende. Primer semestre 2006. *Rev Cubana Farm* [Internet] 2007 septiembre-diciembre [consultado el 12 de noviembre de 2012]; 41(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75152007000300007o](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152007000300007o)
30. Organización Mundial de la Salud. Reducción del consumo de sal en la población: informe de un foro y una reunión técnica de la OMS [Internet]. París; 2006 [consultado 20 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/salt-report-SP.pdf>
31. Contreras A, Contreras A, Hernández C, Castro MT, Navarro L. Capacidad de autocuidado en pacientes diabéticos que asisten a consulta externa. *Inv. And.* [Internet] 2013 [consultado 15 de marzo de 2014]; 15(26): 667-78. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=239026287005>
32. Rincón M, Sarmiento J. Manejo no farmacológico de la hipertensión arterial y las dislipidemias. *Revista Colombiana de Cardiología* [Internet] 2006 febrero [consultado 19 de marzo de 2014]; 12. Disponible en: <http://scienti.colciencias.gov.co:8084/publindex/docs/articulos/0120-5633/4/29.pdf>
33. Navarro Peña Y, Castro Salas M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enferm. Glob* [Internet] 2010 junio [consultado 12 de diciembre de 2014]; (19): Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004&lng=es)
34. Achury-Saldaña D, Rodríguez SM, Achury-Beltrán LF, Padilla-Velasco MP et ál. Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. *Aquichan*. 2013; 13(3): 363-72.
35. Brugerolles ME, Dois CA, Mena C. Beneficio de la visita domiciliaria para los adultos mayores. *Horizon Enferm*. 2008; 19(2): 55-64.
36. Pinto N. *Modelo de cuidado en el hogar para pacientes que viven enfermedad crónica. Cuidado y Práctica de Enfermería*. Bogotá: Unibiblos; 2000.