

Agencia de autocuidado en hipertensos usuarios de un hospital universitario en Cúcuta (Colombia)

Selfcare agency in hypertensive users of a university hospital in Cucuta (Colombia)

Olga Marina Vega Angarita¹

Resumen

Objetivo: El objetivo de este estudio fue describir la capacidad de agencia de autocuidado de hipertensos usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Universitario Erasmo Meoz, en Cúcuta.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo transversal de corte cuantitativo, realizado durante el primer semestre de 2012; la muestra por conveniencia estuvo conformada por 65 hipertensos, a quienes, previa verificación del cumplimiento de requisitos, les fue aplicado la escala "Apreciación de la agencia de autocuidado".

Resultados: A nivel general se reportó que el 83.1 % de los pacientes presentó una capacidad de autocuidado baja; el 6.2 % mediana capacidad y solo el 10.7 % una capacidad alta. Con igual tendencia se reportaron las categorías "promoción y funcionamiento del desarrollo personal", "interacción personal" y "actividad" y "reposo".

Conclusiones: Los hallazgos obtenidos en este estudio permiten apreciar de manera global la afectación de la capacidad de agencia de autocuidado en los participantes; hecho que ratifica la importancia del trabajo contundente de enfermería en el fortalecimiento de estas personas como seres capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, tomar decisiones para la acción específica y generar comportamientos favorables hacia su propio cuidado.

Palabras clave: autocuidado, hipertensión arterial, enfermedad crónica, teoría de enfermería.

Fecha de recepción: 18 de febrero de 2014
Fecha de aceptación: 22 de abril de 2014

¹ Enfermera, magíster en Cuidado al paciente crónico. Grupo de Investigación Cuidado de Enfermería. Docente titular Programa de Enfermería, Universidad Francisco de Paula Santander, Cúcuta (Colombia).
Correspondencia: Av. Gran Colombia n° 12E-96, barrio Colsag, Cúcuta (Colombia). Teléfono 5776655, ext. 861. olgavega@ufps.edu.co

Abstract

Objective: *The objective of this study was to describe the ability of self-care agency service users hypertensive external consultation of the University Hospital Erasmo Meoz, in Cucuta.*

Materials and Methods: *this was a cross-sectional study of a quantitative conducted during the first half of 2012, volunteers who required to have completed Questionary of Capacity of Agency of self-care.*

Results: *The overall levels of self care were as follows: 83.1% showed a low self care capacity, 6.2 % showed average self care capacity and 10.8 % showed a high capacity. The same trend was found with the promotion and operation categories of personal development, personal interaction, and activity and rest.*

Conclusions: *The results obtained in this study allow to comprehensively assess the effect on the ability of the self-care agency in the participants. This confirms the importance of nursing forceful work in strengthening these people as being able to use reason to understand their health, making decisions for specific action and generate favourable behavior towards their own care.*

Key words: self-care, arterial hypertension, chronic disease, nursing theory.

INTRODUCCIÓN

La disminución paulatina de las tasas de fecundidad y de mortalidad, el aumento de la esperanza de vida con el crecimiento de la población mayor son hechos que han promovido la transición de la enfermedad aguda a la crónica. Estas afecciones son preocupantes no solo por el número de personas afectadas hoy sino por el futuro que revelan las estadísticas. A diferencia de las muertes por enfermedades infecciosas—que disminuirían en un 3 % hacia 2015—, la mortalidad asociada a enfermedades crónicas llegada esa fecha aumentaría en un 17 % (1).

El perfil de morbimortalidad en Colombia y en los países de nuestro entorno está caracterizado por problemas de salud pública, ligados a estas enfermedades, su importancia numérica y su alta necesidad de cuidados es evidente. Las encuestas de salud reportadas por el Ministerio de Protección Social reportan que las tasas de mortalidad por enfermedades

crónicas de tipo cardiovascular superan otras causas de muerte, incluyendo la violencia, enfermedades transmisibles, lesiones neoplásicas; y equivalen al 86.9 % de la mortalidad general (2).

La hipertensión arterial constituye uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, y afecta del 20 al 30 % de la población entre 18 y 65 años; su prevalencia aumenta con la edad, y alcanza del 30 al 50% por ciento de la población mayor a 65 años (3). Clínicamente es una afección crónica caracterizada por una elevación persistente de la resistencia vascular periférica que se traduce en daño vascular sistémico, y causa lesión en órganos blancos; entre sus principales complicaciones se destacan la aterosclerosis, insuficiencia cardíaca, arritmias, cardiopatía isquémica, retinopatía e insuficiencia renal (4).

Se han identificado factores de riesgo asociados a esta patología, como antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular,

ingesta de sal, obesidad, edad, sexo, raza, cafeína, diabetes, alcohol, consumo de grasas saturadas e insaturadas, elevados niveles de estrés, hábito de fumar e inactividad física (5). Asimismo, se argumenta que toda actividad de autocuidado en salud tiende a prevenir factores de riesgo o a retrasar la dependencia e invalidez, con una disminución de las hospitalizaciones que demandan mayor cantidad de recursos económicos y sociales (6).

Las herramientas para el fomento del autocuidado son las mismas de la promoción de la salud: información, educación y comunicación social; participación social y comunitaria; concertación y negociación de conflictos; establecimiento de alianzas estratégicas y mercadeo social (7). Dichas herramientas ofrecen a las personas y a los grupos la posibilidad de lograr una mejor calidad de vida.

El nuevo enfoque de la promoción de la salud es un proceso que habilita a los sujetos para el mejoramiento y/o control sobre su salud, las redes de apoyo social, fortaleciendo el autocuidado, su capacidad de elección sobre las maneras más saludables de vivir y de creación de ambientes favorables a la salud (8).

La enfermera tiene un papel relevante en el equipo de atención primaria con la puesta en marcha de iniciativas y experiencias en la prevención y promoción de la salud, centrando su objetivo de atención en la promoción del abordaje de los problemas de autocuidado (9).

El autocuidado se puede expresar de tres formas en los estilos de vida: a) como hábitos diarios rutinarios de vida que pueden afectar la salud (fumar, beber, rutinas sedentarias, entre otros), b) como conductas que conscientemente buscan mantener la salud, y c) como

conductas que responden a los síntomas de enfermedad (10).

La literatura de enfermería reporta experiencias prácticas con la aplicación de modelos teóricos que han permitido a los profesionales clarificar el pensamiento, compartir el conocimiento y mantener el eje de acción del usuario. Se señala como algo relevante que a partir de su empleo la enfermera refuerza su identidad y clarifica su contribución al cuidado de la experiencia humana como parte del equipo interdisciplinario (11).

El modelo de autocuidado para la salud fue desarrollado por Dorothea E. Orem (12), quien bajo la visión de este referente lo define como "Las acciones personales que emprende y realiza cada individuo con el fin de mantener su vida, su salud y bienestar, y responder de manera constante a sus necesidades en materia de salud". Enfatiza que la realización del autocuidado requiere la acción intencionada y calculada, que está condicionada por el conocimiento y repertorio de habilidades de un individuo, y se basa en la premisa de que las personas saben cuándo necesitan ayuda y, por tanto, son conscientes de las acciones específicas que necesitan realizar (13).

Esta habilidad es la que la misma autora reconoce como capacidad de agencia de autocuidado, la cual describe como "La capacidad compleja adquirida que les permite a las personas satisfacer los requerimientos continuos para cuidar de sí mismas, que regula los procesos de mantener la vida, mantener o promover la integridad de la estructura y funcionamiento humanos, el desarrollo y promover el bienestar" (14).

Teóricamente, la capacidad de agencia de autocuidado supone el proceso mediante el

cual la persona discierne sobre los factores que deben ser controlados o tratados para autorregularse, decide lo que puede y debería hacer con respecto a esta regulación, valora y reflexiona sobre sus capacidades específicas para comprometerse –implícita aquí la responsabilidad– en el cuidado de su propia salud y finalmente realiza acciones psicomotoras (15,16). Por sus características propias, el cuidado de sí mismo incluye conocer cuándo se requiere la acción apropiada, la elección de un determinado curso de acción y la decisión de actuar (17).

La capacidad de agencia de autocuidado que deben desarrollar los individuos hipertensos es fundamental, ya que permite prevenir las complicaciones desencadenadas por un manejo inadecuado de la enfermedad (18). En relación con este aspecto, Fernández y Manrique (19) señalan que las personas con hipertensión con el tiempo desarrollan ciertas habilidades para mantener atención de sí mismas como agentes de autocuidado; entre ellas se encuentra la adquisición de información para conocer la acción y las dosis de sus medicamentos para el control de la presión arterial para precisar los alimentos que contienen sodio y decidir evitarlos, se motivan a practicar ejercicios, y así mantener cifras tensionales normales, de esta manera sus estilos de vida empiezan a cambiar junto con el de sus familiares.

Identificar oportunamente la capacidad de agencia de autocuidado que tiene el individuo es útil para que enfermería desde su práctica asistencial estructure iniciativas de cuidado con la ejecución de sus programas de prevención y la promoción de estilos de vida saludables en los individuos afectados por hipertensión (20), especialmente en nuestro país, donde la incidencia y prevalencia de

esta enfermedad es elevada y va en aumento. En tal sentido, este estudio tuvo como objetivo describir la capacidad de agencia de autocuidado de los hipertensos usuarios del servicio de consulta externa del Hospital Universitario Erasmo Meoz.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trató de un diseño cuantitativo descriptivo transversal, realizado durante el primer semestre de 2012. La población estuvo constituida por 196 pacientes asistentes al servicio de consulta externa; mediante muestreo no probabilístico fue seleccionada una muestra de 65 pacientes. Los criterios de inclusión consideraron solo a personas con diagnóstico confirmado de hipertensión de ambos sexos, mayores de edad, sin limitación mental, usuarios del servicio de consulta externa de la institución de referencia.

La investigación mantuvo los parámetros éticos para su desarrollo (21, 22), se contó con el aval del Comité de ética de la institución, la incorporación de los participantes se hizo después de la explicación precisa del propósito del estudio, y a quienes se les pidió su autorización para la aplicación del instrumento, los datos proporcionados se consideraron como anónimos y confidenciales.

Se utilizó la escala ASA (“Apreciación de la agencia de autocuidado”, por sus siglas en inglés), que corresponde a *Appraisal of Self-Care Agency Scale*, desarrollada en 1993 por Isenberg y Evers para medir el concepto central de la Teoría de Enfermería de Déficit de Autocuidado de Orem; ha sido traducida a varios idiomas en países de Europa, Asia oriental y en Latinoamérica y en cada cultura se ha validado el instrumento.

Esther Gallegos (23) confirmó los componentes de poder como habilidades específicas que se mueven para ejecutar operaciones de autocuidado y la relación teórica entre los factores condicionantes básicos y la capacidad de agencia de autocuidado, con una confiabilidad de 0,77 de la escala ASA, aplicada en una población mexicana en versión en español (24,25).

La Escala ASA se compone de 24 ítems con graduación tipo likert de 1 a 5, donde uno ("nunca") representa el valor más bajo y cinco ("siempre") el más alto. Se compone de cinco categorías: interacción social (preguntas 12,

22), interacción personal (preguntas 2, 4, 5, 7, 8, 14, 15, 16, 17, 19, 21 y 23), actividad y reposo (3, 6, 11, 13, 20), consumo suficiente de alimentos (pregunta 9) y promoción del funcionamiento y desarrollo personal (1, 10, 18, 24).

La interpretación de los rangos de medición general y por categorías de la capacidad de agencia de autocuidado es de carácter sumatorio y de dirección positiva, a mayor puntaje mayor capacidad. En la medición se utilizó el valor ya establecido por E. Gallegos (23) en su traducción, de acuerdo con la siguiente puntuación (tabla 1).

Tabla 1. Calificación general y por categorías de la capacidad de agencia de autocuidado

Capacidad de autocuidado	General	Interacción social	Interacción personal	Actividad y reposo	Consumo de alimentos	Promoción del funcionamiento y Desarrollo personal
Alto	102-120	9-10	53-60	22-25	5	19-20
Medio	90-101	5-8	46-52	19-21	3-4	15-18
Bajo	24-89	2-4	12-45	5-18	1-2	4-14

Fuente: datos tabulados por la autora.

PLAN DE ANÁLISIS

Una vez diligenciado el instrumento, los datos fueron procesados con el *software* estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 16.0; se generaron estadísticas utilizando frecuencias y porcentajes en las variables demográficas: género, edad, seguridad social, estado civil, escolaridad, estrato, y clasificación de los resultados de la agencia de forma general y por categoría según nivel alto, medio o bajo.

RESULTADOS

Análisis de variables sociodemográficas

La tabla 2 muestra la distribución de las características sociodemográficas de los 65 participantes. En cuanto al género, hubo mayor participación de las mujeres en el estudio (52 %) respecto a los hombres (48 %). Sus edades fluctuaron entre 41 y 50 años en el 28 % de los casos y entre 51 y 60 en el 26 %. Los participantes pertenecían mayoritariamente al régimen subsidiado (88 %) y se ubicaron en niveles socioeconómicos bajos (55 %).

Respecto al estado civil, hubo predominio de población casada, con el 55 %, seguido de otros, como unión libre, con el 29 %.

El nivel educativo de mayor prevalencia fue de primaria, con el 51 % de los casos, seguido

de secundaria, con el 26 %; se encontró que el 14 % de los hipertensos eran analfabetos (ver tabla 2). Lo encontrado está de acuerdo con lo reportado en otros estudios efectuados en el contexto regional (26) y nacional (24).

Tabla 2. Distribución de las características sociodemográficas (género, edad, seguridad social, estado civil, escolaridad, estrato)

Género	Frecuencia	%
Femenino	34	52%
Masculino	31	48%
Edad (años)	Frecuencia	%
20 - 30	6	9%
31 - 40	14	22%
41 - 50	18	28%
51 - 60	17	26%
61 - 70	8	12%
71 - 80	2	3%
Seguridad Social	Frecuencia	%
Contributivo	6	9%
Subsidiado	57	88%
Vinculado	1	2%
Otro régimen	1	2%

Estado civil	Frecuencia	%
Casado	36	55%
Soltero	7	11%
Otro	19	29%
Viudo	3	5%
Escolaridad	Frecuencia	%
Universidad	6	9%
Secundaria	17	26%
Primaria	33	51%
Ninguna	9	14%
Estrato	Frecuencia	%
1	36	55%
2	21	32%
3	8	12%
4	0	0%
5	0	0%

Fuente: encuestas aplicadas.

Análisis de la capacidad de agencia de autocuidado

En la tabla 3 se resume las medidas descriptivas en cada una de las categorías que conforman la escala. De una puntuación máxima posible de 20 puntos para la dimensión "Promoción del funcionamiento y desarrollo personal" se registró un promedio grupal igual a 11.9 ± 2.8 puntos; para la categoría "Interacción social" la puntuación máxima posible era de 60 puntos, se determinó un

promedio grupal de 38.9 ± 7.5 puntos; la dimensión "Actividad y reposo" contemplaba una puntuación máxima posible de 20 puntos, en la cual el grupo entrevistado registró un promedio igual a 16.4 ± 3.2 puntos; En la categoría "Interacción social" la puntuación máxima posible era de 10 puntos, y se registro una puntuación promedio igual a 6.5 ± 1.6 puntos; respecto a la categoría "Consumo de alimentos", con un solo ítem de evaluación, la puntuación máxima posible era de 5 puntos, y se determinó un promedio grupal

igual a 3.4 ± 0.8 puntos. A nivel general de la escala, la puntuación máxima posible era de 120 puntos, y se registró un promedio grupal

igual 77.1 ± 15 puntos. Luego de establecer las puntuaciones por categoría se procedió a la correspondiente clasificación.

Tabla 3. Resultados por categorías y general de la capacidad de agencia de autocuidado

Categoría	Nº ítems	Puntuación máxima	Media	Desviación estándar	Mediana	Mínimo	Máximo
Promoción del funcionamiento y desarrollo personal	4	20	11,9	2,8	11	8	20
Interacción personal	12	60	38,9	7,5	38	27	57
Actividad y reposo	5	25	16,4	3,2	16	11	24
Interacción social	2	10	6,5	1,6	6	3	10
Consumo de alimentos	1	5	3,4	0,8	3	2	5
Capacidad de autocuidado general	24	120	77,1	15,0	74	53	114

Fuente: encuestas aplicadas.

De acuerdo con Orem, la categoría “Promoción del funcionamiento y desarrollo Personal” representa las actividades y modificaciones que realiza la persona para el mantenimiento de las condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el progreso humano. Se observó que el 83.1 % de los participantes presentó un nivel de capacidad de autocuidado bajo, el 15.4 % medio y solo el 1.5 % un alto nivel de capacidad (figura 1), lo cual indica la dificultad de los participantes en aspectos relacionados con el afrontamiento de la enfermedad o circunstancias cambiantes en la vida.

Sobre el tema López Izuel (27) señala que los enfermos perciben la enfermedad crónica como un hecho conflictivo y amenazador que está acompañado de una sensación de malestar, preocupación y carencia de control, e inician de un modo espontáneo mecanismos para realizar un manejo adecuado en la resolución del problema. El autocuidado se produce a medida que los individuos se

ocupan en acciones para cuidar de sí mismos, influyendo en los factores internos y externos para regular su propio funcionamiento y desarrollo personal.

El mayor número de preguntas correspondió a la categoría “Interacción personal” (12 de 24 ítems); teóricamente, esta refleja la integridad en conocimientos sobre la enfermedad, proceso de la misma y detección temprana de los cambios en el organismo. En el estudio, un porcentaje representativo (81.5%) de los pacientes reportó un nivel de capacidad de autocuidado bajo; el 10.8% un nivel medio y tan solo el 7.7 % un nivel alto. Al respecto, uno de los mayores peligros de esta enfermedad “silenciosa” es su progreso clínico sin signos externos durante años, lo que hace imposible su detección temprana. Por eso conocer qué es la enfermedad, el tratamiento requerido y llevar un estilo de vida saludable es la mejor forma de prevenir y moderar sus consecuencias.

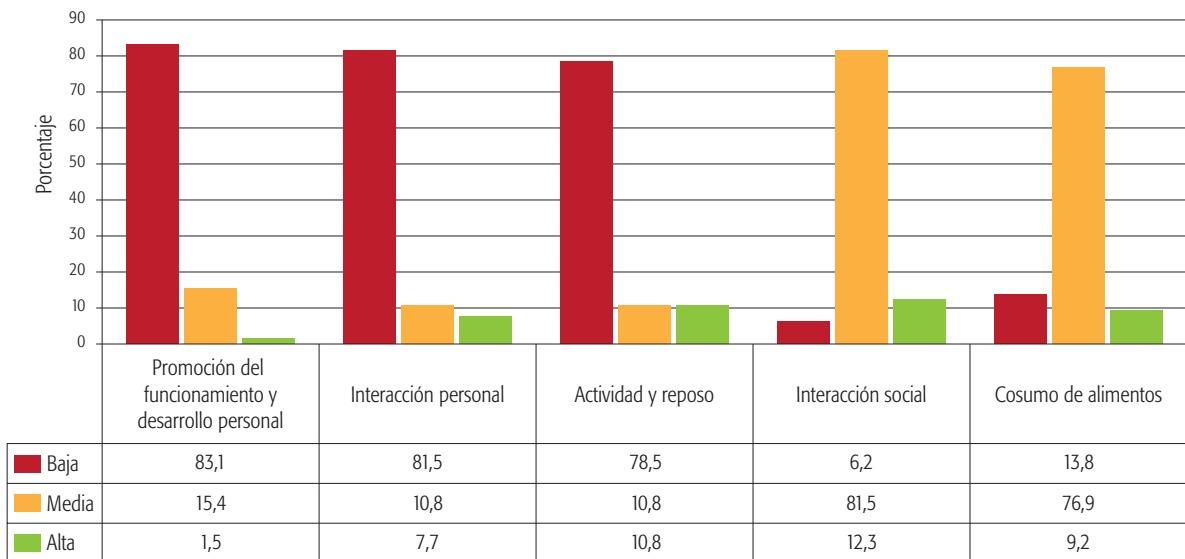
Con relación a la categoría “Actividad y reposo”, se logró identificar que el 78.5 % de los pacientes presentó una capacidad de autocuidado baja, mientras que con igual porcentaje (10.8 %) se reportó una capacidad de autocuidado media y alta, respectivamente; hallazgo que influye negativamente en el manejo no farmacológico de la enfermedad, pues la evidencia científica (28) sustenta que el ejercicio aeróbico tiene un efecto favorable para la reducir la presión sanguínea y debe ser el principal modo de ejercicio en un programa diseñado para prevenir y controlar la hipertensión arterial.

El 81.5 % de los pacientes presentó una capacidad de autocuidado media respecto a la Interacción social, el 12.3 % una capacidad alta y solo el 6.2 % reportó una capacidad de autocuidado baja. Según Orem, este es uno de los ocho requisitos de autocuidado universal que requiere ser satisfecho no solo para el control temprano de la patología sino también

para encontrar un apoyo en los demás y una influencia en sus comportamientos y hábitos.

En cuanto al consumo de alimentos, en el 76.9 % de los participantes se encontró una capacidad de autocuidado media, en el 9.2 % una capacidad de autocuidado alta y en el 13.8 % baja, siendo afín a lo reportado en un estudio (24) en el que se concluyó que el ejercicio y la dieta es la combinación perfecta para atacar las dos causas del sobrepeso y la obesidad: el exceso de ingesta calórica y el gasto calórico inadecuado.

A nivel general se encontró que el 83.1 % de los pacientes presentó una capacidad de autocuidado baja, media en el 6.2 % y apenas el 10.7 % alta, lo cual es coherente con los resultados reportados y las bajas puntuaciones en tres de las cinco categorías que componen el instrumento (Promoción del funcionamiento y desarrollo personal, Interacción personal y Actividad y reposo).



Fuente: encuestas aplicadas.

Figura 1. Nivel de capacidad de agencia de autocuidado por categorías

DISCUSIÓN

Los datos confirman la importancia de las variables sociodemográficas en la capacidad de agencia de autocuidado, pues respecto a la edad y el género lo encontrado es congruente con lo reportado en la literatura (17), en la que se establece la asociación y aumento lineal en el porcentaje de la enfermedad y el envejecimiento de las personas. Según el Ministerio de Protección Social, la edad constituye la primera causa de morbilidad por consulta a partir de los 40 años y la novena de ingreso hospitalario a partir de los 60 años en Colombia (29).

El nivel de escolaridad es bajo en el grupo de pacientes incluidos; aproximadamente la mitad solo tiene educación primaria; hallazgo que puede relacionarse con la etapa que vivieron estas generaciones, ya que las oportunidades eran menores (30); esto se convierte en una limitación significativa para el entendimiento de las instrucciones, comprensión de la educación, seguimiento de las recomendaciones dadas y la toma de decisiones informadas.

De acuerdo con los resultados del estudio, los participantes se ubican en un estrato socioeconómico entre uno y dos; situación que seguramente se relaciona con el bajo nivel educativo encontrado. Autores como Domínguez (31) y Velandia (15) afirman que la prevalencia de esta enfermedad es mayor cuanto más bajo es el nivel socioeconómico y educativo, pues dichas variables ejercen un impacto en la salud a través de su influencia sobre las conductas de estilo de vida, capacidad para realizar procesos autoreflexivos, tomar decisiones y resolver problemas.

Un porcentaje considerable de los participantes se encuentra afiliado al régimen subsidiado de salud. Esto se corresponde con las estadísticas regionales, según las cuales el departamento Norte de Santander contaba en 2009 con una población total de 1.265.006 habitantes aproximadamente, de los cuales 1096 905 se encontraban sisbenizados en los estratos 1 y 2 enmarcándose como población pobre con subsidio de salud en el 67 %.

Respecto al objetivo de este estudio, la agencia de autocuidado general se reportó baja en la población participante, los cuales afín con lo encontrado en un estudio (19) y explicado por los resultados obtenidos en los que las categorías "Promoción y funcionamiento del desarrollo personal", "Interacción personal" y "Actividad y reposo" registraron similar hallazgo. Por su parte, las dimensiones medianamente evaluadas corresponden a "Interacción social" y "Consumo suficiente de alimentos".

Respecto a la categoría "Promoción y funcionamiento del desarrollo personal", el hallazgo encontrado corresponde a los ítems bajamente puntuados en la escala de Likert como: "Según cambian las circunstancias": ¿Hago ajustes para mantenerme con salud? y ¿Tengo la capacidad de manejar las situaciones para mantenerme con salud?; conductas preventivas que reflejan la dificultad de los hipertensos para convertirse en gestores de sus propias acciones en el control de la enfermedad. En la literatura (32) se ha establecido que el autocuidado como proceso voluntario exige que las personas tengan capacidades para cambiar su propio cuidado, y se plantea como prioridad esencial el trabajo de enfermería en la promoción de conductas generadoras de autocuidado que permitan internalizar la importancia de la responsa-

bilidad individual y el compromiso que se tiene consigo mismo en el logro del manejo de la enfermedad.

Sobre la categoría "Interacción personal", los aspectos relacionados a la baja capacidad encontrada corresponden a los ítems menos evaluados: ¿"Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicación de lo que no entiendo"?, ¿"Busco información sobre mi salud si esta se ve afectada"?, Si tengo que tomar un medicamento nuevo, ¿"pido información sobre los efectos no deseados" y ¿"Valoro qué tan efectivo es lo que hago para mantener mi salud"?

Los resultados muestran la existencia en la población hipertensa de un bajo nivel de conocimientos y de iniciativa en su búsqueda, lo cual puede repercutir negativamente en el proceso de adherencia al tratamiento.

Sobre el tema, Pinto Afanador (33) dice textualmente que "La enfermedad lleva a las personas a tener miedo de hablar porque no tienen los conocimientos que requieren. En la mayoría de los casos no preguntan para conseguir la información que solicitan porque no se sienten motivados a hacer preguntas o pueden percibir mensajes no verbales en la comunicación poco favorables para decidirse a preguntar u obtener mayor información".

Ante ello, la interacción enfermera-paciente cobra importancia, pues se ha observado que proporcionar la información necesaria de modo que favorezca y garantice unos mínimos de comprensión por parte del paciente contribuye a mejorar el autocuidado (34). Asimismo, y desde la perspectiva teórica, el cuidado que brindan estos profesionales debe estar orientado según el sistema de enfermería de apoyo educativo propuesto

por Orem y hacer hincapié en suministrar información al individuo y a la familia para que puedan apropiarse oportunamente y con soporte efectivo del cuidado de la persona hipertensa (35).

Con igual tendencia, la categoría "Actividad y reposo" reportó baja capacidad en los participantes. Los ítems con mínima puntuación fueron: ¿"Hago ejercicios y descanso un poco durante el día"?, En mis actividades diarias ¿saco tiempo para cuidarme? Hallazgo que difiere del reportado en algunos estudios (22,13, 33) y en el que Achury Beltrán et al. (36) al citar a Cuitiva plantean que las razones que llevan a que los adultos mayores practiquen la actividad física están relacionados con factores motivacionales, como la percepción de bienestar físico y social de un buen estado salud y el reconocimiento de sí mismo.

Respecto a la categoría "Interacción social" se encontró mediana capacidad en la población participante. La afirmación favorablemente evaluada fue ¿"Tengo amigos de mucho tiempo en quienes puedo recurrir cuando necesito ayuda"?, esto coincide con lo reportado en un estudio (34) en el que se establece la importancia del soporte social para la persona con hipertensión arterial como agente de autocuidado, siendo relacionada con el respaldo, motivación y apoyo para comprometerse con su propio cuidado, que contribuye a minimizar el estrés y la ansiedad.

Finalmente, el estudio encontró mediana capacidad de autocuidado en la dimensión "Consumo de alimentos"; esto refleja que algunos de los participantes se alimentan siguiendo las indicaciones médicas. Según lo concluido en un estudio (37), este aspecto se considera indispensable en el manejo de la hipertensión arterial porque influye de

manera directa en el control de la presión arterial y, a su vez, tiene un impacto significativo en el control del peso, aspecto que también desempeña un papel decisivo en el control de la enfermedad.

Velandia y Rivera (15) refieren que la agencia de autocuidado es un proceso de participación dinámico y tácito del individuo que le permite discernir, tomar decisiones y realizar acciones de autocuidado para el mantenimiento y mejora de su salud; entre ellas, la adherencia a los tratamientos farmacológico y no farmacológico. Sin embargo, como afirma Guerrero (37), no se puede desconocer que dicha capacidad está influenciada por habilidades cognoscitivas y motoras, del nivel emocional, de la edad y de las influencias culturales y familiares del propio individuo o de sus agentes.

Según lo referido por la Organización Mundial de la Salud, "La promoción de la salud pretende capacitar a las personas para incrementar el control sobre su salud y mejorarla". La enfermera tiene un papel relevante en el equipo de atención primaria con el incremento de iniciativas y experiencias novedosas en la prevención y en la promoción del autocuidado, además de las actividades habituales en la institución de salud, el domicilio y la comunidad (38).

Los resultados obtenidos plantean un importante reto para enfermería en la promoción de la salud con la estructuración de propuestas educativas para el autocuidado que motiven a los hipertensos en la decisión de cambio, a la modificación de su comportamiento, en la adopción de conductas sobre estilos de vida saludables y en el fortalecimiento de su actitud para comprometerse en el cuidado de sí mismo.

Desde la perspectiva disciplinar, el cuidado para promover la salud requiere de la acción participativa de la enfermera y la persona cuidada; para que este proceso se dé es necesario que se establezca una relación intersubjetiva y empática entre los dos. Es decir, en esta relación de cuidado debe haber un crecimiento de la vida misma que trascienda lo personal y busque la reciprocidad.

Agradecimientos. A las directivas de la institución sede de este estudio, a los estudiantes y participantes por su contribución y apoyo al trabajo realizado.

Conflicto de interés: ninguno.

Financiación: Universidad Francisco de Paula Santander, Cúcuta (Colombia).

REFERENCIAS

1. Pontificia Universidad Católica de Chile. El impacto de las enfermedades crónicas. Disponible en: [//www.alimentatesano.cl/el_impacto_de_enf_cronicas.php](http://www.alimentatesano.cl/el_impacto_de_enf_cronicas.php).
2. Olivella M, Bastidas C, Castiblanco M. La adherencia al autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular: abordaje desde el Modelo de Orem. Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/53-61>.
3. Segura J, Campo C, Ruilope L. Factores que influyen en la hipertensión arterial refractaria. *Hipertensión* 2002; 19(4):163-71.
4. Flores B, Gómez L. Capacidad de agencia de autocuidado en los pacientes con hipertensión, 2008. [Trabajo de grado para optar al título de licenciado en Enfermería]. Universidad Veracruzana, Facultad de Enfermería.
5. Canino de Lambertini E. *Hipertensión arterial*. Miranda: Equinoccio; 1997.
6. Kreidler M et al. Community elderly: A Nursing Center's use of change Theory as a Model. *J Gerontol Nurs* 1994; 20(1):25-29.

7. Tobón Correa O. El autocuidado, una habilidad para vivir. Disponible en: promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf
8. Restrepo, Málaga. *Promoción de la salud: cómo construir vida saludable*. Bogotá, D.C. (Colombia): Editorial Médica Panamericana; 2001.
9. Cacha Antonio A. Papel de enfermería en atención primaria. Disponible en: www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA...PortalSalud%2FPTSA
10. Dean K. Selfcare components of lifestyles: the importance of gender, attitudes and the social situation. *Soc Sci Med* 1989; 29(9):137-52.
11. Sánchez B. *Utilidad de los modelos de enfermería en la práctica*. Bogotá, D.C.: Unibiblos; 2002.
12. Alarcón I, Farias D, Barrios S. Factores que influyen en la percepción de la calidad de vida de personas adultas bajo terapia de sustitución renal. *Horizon Enferm* 2009; 20(1):67- 80.
13. Sanhueza M, Castro M, Merino J. Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado. *Av Enferm*, 2012; 30 (1). Disponible en: <http://www.index-f.com/rae/301/023031.php>
14. Orem D. *Nursing concepts of practice*. 6^a ed. Saint Louis: Mosby; 2001.
15. Velandia A, Rivera L. Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular. *Rev Salud Pública* 2012; 11 (4). Disponible en: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124642009000400005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642009000400005>.
16. Arredondo E. Comportamientos y capacidad de agencia de autocuidado de adultos con insuficiencia cardiaca. *Av Enferm* 2010; 28 (1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002010000100003&lng=es.
17. Campos C et al. Operaciones de autocuidado asociadas a la nutrición en madres de escolares chilenos. *Horizon Enferm* 2008; 19(2):45-54.
18. Achury M, Sepúlveda J, Rodríguez M. Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. *Investig Enferm Imagen y Desarrollo* 2009; 11(2):9-25.
19. Fernández R, Manrique G. Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. *Av Enferm* 2011; 29 (1). Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxix1_4.pdf
20. Espitia L. Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten a consulta externa del Hospital Universitario la Samaritana, 2011. [Trabajo de grado para optar al título de magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular]. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería.
21. Colombia. Ministerio de Salud. *Resolución 8430 de 1993, por la cual se establecen las normas científico técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Bogotá, D.C.: El Ministerio; 1993.
22. Colombia. Ministerio de Educación Nacional. *Ley 911 de 2004, por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia; se establece el régimen disciplinario correspondiente y se dictan otras disposiciones*. Bogotá, DC.: El Ministerio, 2004.
23. Gallegos E. Validez y confiabilidad de la versión en español de la escala: valoración de las capacidades de autocuidado. *Desarro Cient Enferm* 1998; 6(9):260-66.
24. Rivera L. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá, Colombia. *Rev Salud Pública* 2006; 8 (3) . Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=42280309>.

25. Landeros O. Estimación de las capacidades de autocuidado para hhipertensión arterial en una comunidad rural. *Rev Enferm* 2004; 12(2):71-74.
26. Peñalosa M. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con Hipertensión Arterial de la Fundación Medico Preventiva. *Av Enferm* 2006; 24(2):63-79.
27. López Izuel CH. *Cuidados enfermeros*. Barcelona: Masson; 2005
28. Rodríguez Hernández M. La actividad física en la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial. *InterSedes: Revista de las Sedes Regionales* 2012; XIII: 142-156. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=66624662008>
29. Colombia. Ministerio de la Protección Social. Diagnóstico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia. Disponible en: <http://www.minproteccion-social.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo16412DocumentNo4751.PDF>.
30. Zea M et al. Autovaloración de calidad de vida y envejecimiento en adultos con riesgo de Alzheimer. *Invest Educ Enferm* 2008; 26(1):24-35.
31. Domínguez C. Factores de riesgos asociados con la hipertensión arterial. Disponible en: www.elmundosalud/especiales/2006.
32. Rodríguez M, Arredondo E. Validez y confiabilidad de una escala de valoración de comportamientos de autocuidado en personas con falla cardiaca. *Aquichan* 2012; 12 (1). Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/22-31>.
33. Pinto N. El cuidado de enfermería en la vulnerabilidad. En Grupo de Cuidado, eds. *Avances en el cuidado de enfermería*. Bogotá, D. C.: Unibiblos; 2010.
34. Arias Y. La adherencia terapéutica. *Rev Cuba Med Gen Integral* 2001; 17(5):502-05.
35. Rivera L. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular: obesidad y sedentarismo en personas con hipertensión arterial, 2006. [Trabajo de grado para optar al título de magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular]. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería.
36. Achury L et al. Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. *Investig Enferm: Imagen y Desarrollo* 2012; 14 (2). Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/4206>.
37. Guerrero N. Aplicación de la teoría del déficit de autocuidado de Orem en la atención al recién nacido. *Invest Educ Enferm* 2000; 18 (1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105218294005>
38. Pérez C. Rol de Enfermería en la Prevención; módulo instruccional, 2012. Disponible en: <http://www.ediccollege.com/pdf/EducacionContinuaPDF/Rol%20de%20la%20en%20la%20Prevencion.pdf>