

**CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO CON  
ALTERACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL**

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

Facultad de Ciencias de la Salud

Programa de Enfermería



Karen Lorena Díaz Mazo

Lorraine Carrington González

Jairo Heli Torres

Medellín, Colombia

2018



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CENTRO DE INVESTIGACIONES

NOTA DE ACEPTACIÓN

Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto de Grado: "Capacidad de agencia de auto cuidado del adulto con alteración de la presión arterial", elaborado por los estudiantes, **KAREN LORENA DIAZ MAZO, LORRAINE CARRINGTON Y JAIRO HELI TORRES**, del programa de Enfermería, nos permitimos conceptuar que éste cumple con los criterios teóricos y metodológicos exigidos por la Facultad de Salud y por lo tanto se declara como:

APROBADO

Medellín, Mayo 24 de 2018

Mg. Olga Liliana Mejía  
Presidente

Mg. Edgardo Ramos  
Secretario

Mg. Milton Andrés Jara  
Vocal



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

*Karen Lorena Díaz*

---

Karen Lorena Díaz Mazo  
Estudiante

*Lorraine C.S.*

---

Lorraine Carrington  
Estudiante

*Jairo Heli Torres*

---

Jairo Heli Torres  
Estudiante

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco profundamente a Dios, por guiarme en el sendero correcto de la vida, dándome sabiduría cada día en el transcurso de mi camino e iluminándome en todo lo que realizo de mi convivir diario. A mis padres, por ser mi ejemplo para seguir adelante en el convivir diario y por inculcarme valores que de una u otra forma me han servido en la vida, gracias por eso y por muchos más. A mi Esposa e hijas, gracias por los momentos buenos y gratos que llevamos durante este transcurso académico, por su apoyo incondicional y por motivarme en los momentos más difíciles. Al profesor Edgardo Ramos por su interés y dedicación durante la realización de este proyecto de tesis.

Agradezco primeramente a Dios por guiarme en este proceso de formación académica, sin él nada de esto hubiera sido posible; a mi madre, esposo e hija quienes son el pilar de mi formación como profesional, a todos mis docentes que me animan a seguir en este arduo camino, a mis compañeros y docente encargado que me acogieron para trabajar con ellos este proyecto, a todos gracias por su apoyo y motivación.

Agradezco a Dios quien me guía y me ha dado la capacidad de seguir, a mis padres y familiares quienes me apoyan en mi formación profesional, a todos los docentes que me han dado su apoyo para llegar hasta aquí.

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A mis padres por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo. Todos aquellos familiares y amigos que no recordé al momento de escribir esto. Ustedes saben quiénes son.

Dedico este trabajo primordialmente a Dios, quien me dio la capacidad para elaborarlo. A mi esposo quien me apoya en mis estudios, mi hija que es mi motor día tras día, a mi madre que con sus palabras de aliento me motivan a seguir.

Dedico este proyecto a mis padres quienes me apoyaron en mí caminar como estudiante, quienes estuvieron ahí en mis momentos difíciles, a mis profesores que me animaron a continuar y poder llegar hasta donde he llegado.

## RESUMEN DEL PROYECTO DE GRADO

Corporación Universitaria Adventista

Facultad de Ciencias de la Salud

Programa de Enfermería

Título: CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO CON  
ALTERACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Nombre de los integrantes del grupo:

Karen Lorena Diaz Mazo

Lorraine Carrington González

Jairo Heli Torres

Asesor: Mg. Edgardo Ramos

Fecha de terminación del proyecto: Mayo/10/2018.

### Antecedentes

La disminución progresiva de las tasas de fecundidad, el aumento de la esperanza de vida con el crecimiento de la población mayor son hechos que han promovido la transición de las enfermedades agudas a crónicas, estas afecciones son preocupantes no solo por el número de personas afectadas hoy sino por el futuro que revelan las estadísticas. Por tal motivo con este trabajo se buscó saber la capacidad de agencia de autocuidado que tienen los adultos con hipertensión arterial que asisten a un grupo de la tercera edad en la comunidad de Santa Mónica en Medellín.

## Objetivo general

Evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en el adulto con hipertensión arterial que asiste a un grupo de la tercera edad en la comunidad de Santa Mónica, Medellín, 2018.

## Pregunta de investigación

¿Cuál es la capacidad de agencia de autocuidado del adulto con hipertensión arterial que asiste a un grupo de la tercera edad en la comunidad de Santa Mónica, Medellín, 2018?

## Métodos

Se realizó una investigación descriptiva de corte trasversal, aplicando el Cuestionario Capacidad de Agencia de Autocuidado para pacientes con hipertensión arterial, el tipo de muestreo usado fue no probabilístico, por conveniencia, con una muestra de 70 adultos hipertensos, que asisten a un grupo de la tercera edad en la comunidad de Santa Mónica en Medellín, Colombia; durante el mes de marzo y abril del 2018. Dentro de los criterios de inclusión tenemos: Adultos con hipertensión arterial o en tratamiento farmacológico, que hayan sido diagnosticados en su entidad prestadora de salud.

## Procedimiento

Para la recolección de datos en los pacientes, se utilizó un instrumento, llamado: Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial, se les aplicó el consentimiento individualizado. La información recolectada será analizada con el programa estadístico Statistical Package for Social Science (SPSS versión 22.0).

## Conclusiones

Los hallazgos obtenidos en este estudio permiten apreciar que la capacidad de agencia de autocuidado por los participantes es alta, esto es debido quizá a que asisten a un grupo donde constantemente tienen capacitación y son personas que son activamente físicas que asisten a sus programas complementarios dirigidos por la secretaria de salud, además son personas con la posibilidad de adherirse o hacer cambios en su estilo de vida.

## ÍNDICE GENERAL

<b>1</b>	<b>capítulo 1. planteamiento del problema .....</b>	<b>13</b>
1.1	justificación .....	13
1.2	Planteamiento del problema .....	14
1.3	Pregunta de investigación .....	16
1.4	Objetivos .....	16
1.4.1.	Objetivo general.....	16
1.4.2.	Objetivos Específicos.....	16
1.5	Viabilidad de la invesTigación.....	17
1.6	Alcance de la investigación.....	17
1.7	Delimitaciones de la investigación .....	17
1.8	Limitaciones de la investigación .....	17
<b>2</b>	<b>capítulo 2. marco teórico.....</b>	<b>18</b>
2.1	marco conceptual .....	18
2.1.1.	Hipertensión Arterial. ....	18
2.1.2.	Autocuidado.....	18
2.1.3.	Adulto Mayor.....	18
2.1.4.	Capacidad de Agencia de Autocuidado .....	19
2.1.5.	Agencia de Autocuidado.....	19
2.2	Marco referencial.....	19
2.3	Marco institucional.....	22
2.3.1	Reseña histórica .....	22
2.3.2	Misión. ....	23
2.3.3	Visión.....	24
2.3.4	Valores. ....	24
2.3.1.1	Transparencia.....	24
2.3.1.2	Compromiso.....	24

2.3.1.3	Confianza.....	24
2.3.1.4	Respeto.....	24
2.3.1.5	Servicio.....	25
<b>2.4</b>	<b>Marco legal.....</b>	<b>25</b>
2.4.1	Ley 100 de 1993.....	25
2.4.2	Resolución 0412 de 2000.....	25
2.4.3	Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2019.....	25
2.4.4	Ley 1276 de 2009.....	26
2.4.5	Ley 1850 de 2017.....	26
2.4.6	Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.....	27
<b>2.5</b>	<b>Marco disciplinar.....</b>	<b>27</b>
<b>2.6</b>	<b>Marco teórico.....</b>	<b>28</b>
2.6.1	Hipertensión arterial (HTA).....	29
2.6.1.1	Valores de referencia.....	30
2.6.1.2	Complicaciones de la HTA.....	30
2.6.3	Manifestaciones clínicas.....	31
2.6.1.3	Diagnóstico.....	32
2.6.	Metas para la reducción de la PA.....	33
<b>3</b>	<b>Capítulo 3. metodología.....</b>	<b>34</b>
<b>3.1</b>	<b>Descripción de la población.....</b>	<b>34</b>
<b>3.2</b>	<b>Tipo de investigación.....</b>	<b>34</b>
<b>3.3</b>	<b>Enfoque de la investigación.....</b>	<b>34</b>
<b>3.4</b>	<b>Selección de la muestra.....</b>	<b>34</b>
<b>3.5</b>	<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN:.....</b>	<b>35</b>
<b>3.6</b>	<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:.....</b>	<b>35</b>
<b>3.7</b>	<b>CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:.....</b>	<b>35</b>
<b>3.8</b>	<b>Instrumento para la recolección de la información.....</b>	<b>35</b>
<b>3.9</b>	<b>Estrategia de Análisis de datos.....</b>	<b>36</b>
3.9.1	Univariado.....	¡Error! Marcador no definido.
<b>3.10</b>	<b>VARIABLES del estudio:.....</b>	<b>36</b>

3.11	<b>Variable independiente: características sociodemográficas.</b>	<b>36</b>
3.12	<b>Variable dependiente: capacidad de agencia de autocuidado.</b>	<b>36</b>
3.12.1	Factores sociodemográficos	36
3.12.2	Capacidad de agencia de autocuidado	37
3.13	<b>Operacionalización de Variables</b>	<b>39</b>
3.14	<b>Aspectos éticos de la investigación</b>	<b>43</b>
3.15	<b>Cronograma de actividades</b>	<b>44</b>
4	<b>Capítulo 4. Análisis de la información</b>	<b>45</b>
4.1	<b>Descripción de variables sociodemográficas en los pacientes con hipertensión arterial</b>	<b>45</b>
4.2	<b>Descripción de la capacidad de agencia de autocuidado global de los pacientes con hipertensión arterial</b>	<b>47</b>
5	<b>Capítulo 5. Discusión</b>	<b>50</b>
6	<b>Capítulo 6. Conclusiones y recomendaciones</b>	<b>53</b>
6.1	<b>Conclusiones</b>	<b>53</b>
6.2	<b>Recomendaciones</b>	<b>53</b>
7	<b>Bibliografía</b>	<b>54</b>
	<b>ANEXO I</b>	<b>58</b>
<input type="checkbox"/>	<b>ANEXO II</b>	<b>Consentimiento Informado</b>
		<b>60</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación de la Hipertensión Arterial .....	31
Tabla 2. Complicaciones según lesión de órgano blanco...;	<b>Error! Marcador no definido.</b> 2
Tabla 3. Evaluación de capacidad de agencia de autocuidado por grupos de preguntas. 3939	
Tabla 4. Operacionalización de variables.....	40
Tabla 5. Cronograma de actividades.....;	<b>Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 6. Estadísticos descriptivos de las medidas de tendencia central edad, peso, presión arterial sistólica, presión arterial diastólica. ....	4746
Tabla 7. Caracterización sociodemográfica de los adultos hipertensos;	<b>Error! Marcador no definido.</b>
Tabla 8. Descripción de la Capacidad de agencia de autocuidado global de los pacientes con hipertensión arterial .....	<b>Error! Marcador no definido.</b> 48
Tabla 9. Agrupación por categorías de la Capacidad de agencia de autocuidado de los pacientes hipertensos. ....	<b>Error! Marcador no definido.</b> 0

## **CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **3.1.JUSTIFICACIÓN**

Mediados del siglo XX hasta el año 2020, se analizan los cambios en las estructuras poblacionales que demuestran el envejecimiento demográfico, así como el incremento del índice de dependencia que demanda la necesidad de programas sociales, en especial para las personas mayores en el marco de la política social. También se discute el impacto de los cambios demográficos en el crecimiento de las poblaciones de personas mayores, a partir, de comparar las tendencias de los volúmenes y las tasas de crecimiento de esta población entre 1985 y el año 2020 (1).

Dentro de los principales factores de riesgo en esta población se encuentran las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT), las cuales cobran muchas vidas aproximadamente desde la edad de los 30 a 69 años, de esta se destaca la hipertensión arterial; que, según el ministerio de salud, cuatro de cada diez adultos en el mundo padecen de ella. Esta proporción aumenta con la edad; mientras en el grupo etario de 20 a 40 años se puede hallar hipertensión arterial en el 10% de ellos, de los 50 a 60 años esta proporción se incrementa al 50%. Una de cada 5 personas tiene pre hipertensión arterial (2).

En consecuencia, los adultos y ancianos son vulnerables a los factores de riesgo que favorecen dichas enfermedades, tales como: dietas malsanas, inactividad física, exposición al humo del tabaco o el uso nocivo del alcohol (3).

Por tanto, con este trabajo investigativo se busca conocer la capacidad de agencia de autocuidado especialmente cuando se tiene hipertensión arterial. Es importante resaltar que este estudio es base para plantear futuras intervenciones que contribuyan a mejorar el autocuidado.

### **3.2.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La población mundial está en un proceso de transición, el número de adultos mayores crece en todos los países, en paralelo al aumento de la esperanza de vida, pasando de 52 años en el quinquenio 1950-1955 hasta los 75 años en el quinquenio de 2010-2015. La organización mundial de la salud (OMS) indica que en el 2000 y 2050 la proporción de las personas mayores de 60 se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasara de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo (4).

Frente a el proceso de envejecimiento existen factores modulares, dentro de los cuales se encuentran los cambios fisiológicos establecidos por el paso del tiempo, siendo de carácter universal, pero afectando de manera distinta a cada individuo, los procesos patológicos previos, que dependiendo de su magnitud y secuelas condicionan el proceso de envejecer y por ultimo las condiciones socio ambientales relacionadas con los estilos de vida y conductas pueden actuar como factores protectores o de riesgos para el individuo (5).

Por consiguiente, aunque se vive más tiempo, no se goza necesariamente de mejor salud que antes: casi una cuarta parte (23%) de la carga mundial general de mortalidad y morbilidad se registra en esos mayores de 60 años. De la misma forma la revista The Lancet, publicó una serie de salud y envejecimiento, donde advierte: A menos que los sistemas de salud encuentren estrategias efectivas para abordar los problemas de una población mundial en proceso de envejecimiento, la creciente carga de enfermedades crónicas afectará enormemente a la calidad de vida de las personas mayores. Puesto que en todo el mundo se vive más tiempo, el aumento de las enfermedades crónicas y la reducción del bienestar están destinados a ser un destacado reto mundial de salud pública (6).

Estas condiciones favorecen al incremento de la prevalencia de diversas enfermedades, tales como la obesidad, la diabetes mellitus (DM) tipo II, la hipertensión arterial (HTA) y la cardiopatía isquémica (CI) (7). Otros estudios epidemiológicos han señalado como primera causa de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados, a la enfermedad cardiovascular,

esta incluye Enfermedad Cerebro Vascular (ECV), Enfermedad Coronaria (EC), Enfermedad Arteriosclerótica (EA) y enfermedad renal, siendo la Hipertensión Arterial (HTA), el factor de riesgo más importante para su desarrollo (8), ocasionando anualmente en el mundo los 9,4 millones de muertes (9).

Igualmente, en las Américas se observan cambios en los patrones de consumo y en los hábitos de vida de la población que llevan a una "transición en los riesgos", la cual se manifiesta en un alarmante incremento de riesgos asociados con dietas abundantes en contenido graso y productos de origen animal y con poca fibra, y con la inactividad física (10).

En Colombia, según la Organización Panamericana de la Salud, la prevalencia de la hipertensión arterial entre la población mayor de 15 años de edad es del 12.6% y se ha convertido en el primer factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares y en la segunda causa de muerte en hombre y mujeres mayores de 55 años (11).

En cuanto al departamento de Antioquia, específicamente en el municipio de Medellín la población esperada para el año 2020, sería 2.933.094 habitantes y al comparar la composición de los grupos de edad desde 2005 año base de la proyección, se presenta lo siguiente: para el año 2005 base la proyección el grupo de 50 a 64 años pasa de tener una participación del 12.93% al 17.93% en el 2020 y la de 65 años y más pasa de 5.92% al 9.01% (12). Estos datos son alarmantes si se tiene en cuenta la pérdida de año de vida saludable, años productivos, incapacidad física, costos para el individuo y las instituciones de salud, por lo que se hace necesario la prevención, detección temprana y un tratamiento oportuno y adecuado que disminuya las complicaciones derivadas de las enfermedades cardiovasculares (13).

Evidenciándose de igual manera una estrecha relación de posible mortalidad con las enfermedades crónicas no transmisibles debido a factores físicos y factores de riesgos; esto conduce y orienta a la necesidad de reflexionar, alrededor de temas que impliquen la exploración del cómo viven los adultos mayores en la actualidad, con el fin de avanzar, desde el aporte de evidencia científica que facilite la previsión de las necesidades futuras, desde la formulación de políticas públicas que se ajusten a las necesidades de la población. Puesto que las debilidades se reflejan en la falta de control por parte del ente rector y la

desinformación de los ciudadanos sobre sus derechos y deberes en salud, desarticulación entre entidades del sector, débil e ineficiente participación ciudadana en su propio proceso de salud y deficiente e inadecuado sistema de información, que dificulta el conocimiento de la situación de salud para orientar la toma de decisiones.

Finalmente, con respecto al manejo que se le da a las enfermedades crónicas no transmisibles en especial a la hipertensión, es importante promover acciones de autocuidado que permitan a las personas tener un mejor control de salud en su proceso de enfermedad, contribuyendo a desarrollar acciones de autocuidado; por consiguiente con este estudio se propone evaluar la capacidad de agencia de autocuidado que tiene los pacientes hipertensos que asisten a un grupo de la tercera edad en la comunidad de Santa Mónica, en Medellín; con el fin de plantear futuras intervenciones en estudios posteriores.

### **3.3.PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la capacidad de agencia del adulto con hipertensión arterial que asiste a un grupo de la tercera edad en la comunidad de Santa Mónica, Medellín, 2018?

### **3.4.OBJETIVOS**

#### **1.4.1. Objetivo general**

Evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en el adulto con hipertensión arterial que asiste a un grupo de la tercera edad en la comunidad de Santa Mónica, Medellín, 2018.

#### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Identificar las características sociodemográficas en los adultos hipertensos.

- Describir la capacidad de agencia de autocuidado en los adultos hipertensos.

### **3.5.VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN**

Esta investigación es posible llevar a cabo, ya que se cuenta con herramientas humanas, recursos económicos, tecnológicos y el interés de la junta de acción comunal en tener un diagnóstico basal para orientar las acciones futuras de autocuidado en los adultos. La investigación se planteó para realizarla en 3 meses, el cual es tiempo suficiente de acuerdo con lo estipulado en el plan de curso y la presentación final del proyecto de grado.

### **3.6.ALCANCE DE LA INVESTIGACIÓN**

La investigación pretende proporcionar una línea basal sobre la cual realizar futuras intervenciones para contribuir a reforzar el autocuidado de los adultos hipertensos.

### **3.7.DELIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

La población a abordar será un grupo de adultos que presenten hipertensión arterial ya diagnosticados, que voluntariamente quieran participar en el estudio, sin importar el tiempo que hayan estado en tratamiento y que asistan a un grupo de la tercera edad en la comunidad de Santa Mónica de la ciudad de Medellín.

### **3.8.LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

Durante este proceso investigativo que se realizó, se encontró inconvenientes en reunir un número suficiente de adultos que conformaran la muestra, puesto que estos asisten a su lugar de encuentro la junta de acción comunal en horarios diferentes, según actividades estipuladas.

## **CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO**

### **3.9.MARCO CONCEPTUAL**

#### **2.1.1. Hipertensión Arterial.**

La hipertensión, también conocida como tensión arterial alta o elevada, es un trastorno en el que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede dañarlo (14).

#### **2.1.2Autocuidado**

El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son ‘destrezas’ aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece (15).

#### **2.1.3. Adulto Mayor**

Es aquella persona que cuenta con sesenta (60) años de edad o más. A criterio de los especialistas de los centros vida, una persona podrá ser clasificada dentro de este rango, siendo menor de 60 años y mayor de 55, cuando sus condiciones de desgaste físico, vital y psicológico así lo determinen (16).

#### **2.1.4. Capacidad de Agencia de Autocuidado**

Definido como la compleja capacidad desarrollada que permite a los adultos y adolescentes discernir los factores que deben controlarse o tratarse con el propósito de regular su propio funcionamiento y decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y para realizar las actividades de cuidado determinadas, a fin de cumplir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo (17).

#### **2.1.5. Agencia de Autocuidado**

“el poder de un individuo para dedicarse a actividades estimativas y de producción esenciales para el autocuidado”. Para desarrollar esta agencia el paciente necesita la habilidad de ocuparse del autocuidado (17).

### **3.10. MARCO REFERENCIAL**

La afinidad que existe entre agencia de autocuidado y autocuidado se fundamentan en la práctica constante de ocuparse de sí y cuidar de sí mismo, esto no solo se refiere a una actitud de autoconciencia sino que va más allá: pretende el autoconocimiento y empoderamiento del individuo sobre su salud y de sí mismo. El ser humano es creado y sostenido por el medio ambiente del cual hace parte, es el resultado del aire que respiramos, del alimento y de todo lo que experimenta en el medio que lo rodea; ocuparse de sí mismo significa iluminar la luz de la razón y explorar todos los rincones del alma para ir más allá de lo que se conoce, y ser participante creativo en el cuidado de la salud, tarea que ha de perdurar a lo largo de toda su vida (18).

Teniendo en cuenta esto se analizaron diferentes investigaciones relacionadas con la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor con alteración de hipertensión arterial previamente hechas en otros lugares que sirvieron de referencia para la investigación y que aportaron datos significativos; se encontró información muy relevante como la realizada por un grupo de estudiantes de enfermería en la ciudad de Cartagena, ellas en su investigación encuentran que la población de estudio en su mayoría eran mujeres con un promedio de edad de 60 años, la mayoría están casados, la principal ocupación que presentaban era desempleadas (amas de casa) y la principal red de apoyo fue hospitalaria. La capacidad de agencia de auto-cuidado que poseían las personas hipertensas encuestadas fue alta con un 93,0% puesto que las habilidades halladas que poseían los participantes les permiten facilitar su auto-cuidado estaban relacionadas en su mayoría con el tercer componente (capacidad para operacionalizar el autocuidado), definidas como aquellas habilidades que le permiten al individuo investigar sobre condiciones de sí mismo y del medio ambiente que son significativas para su autocuidado, así como la toma de decisiones y construcción de las acciones para lograr el manejo de su enfermedad (3).

Este estudio lleva a pensar en la importancia del cuidado que debieran tener las mujeres en relación con los hombres, puesto que se sabe que ellas por sus condiciones físicas presentan más cambios en su organismo que puede o no conducir a diferentes alteraciones, por tanto es imprescindible el autocuidado desde temprana edad para que cuando se llegue a la tercera edad las afecciones se reduzcan como lo propone Oren, ella propone dos conceptos importantes: el primero, la agencia de autocuidado, considerado “el poder de un individuo para dedicarse a actividades estimativas y de producción esenciales para el autocuidado”. Para desarrollar esta agencia el paciente necesita la habilidad de ocuparse del autocuidado; por esto surge el segundo concepto, la capacidad de agencia de autocuidado, definido como la compleja capacidad desarrollada que permite a los adultos y adolescentes discernir los factores que deben controlarse o tratarse con el propósito de regular su propio funcionamiento y decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y para realizar las actividades de cuidado determinadas, a fin de cumplir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo.

Por otro lado en otra investigación se encontró unos datos de gran importancia para tener una correcta agencia de autocuidado, y es el nivel de estudio, que en la investigación realizada por Olga M. Vega se encontró que la población de estudio solo ha cursado la primaria con el 51 % de los casos, seguido de secundaria, con el 26 %; se encontró que el 14 % de los hipertensos eran analfabetos; en el estudio entonces se evidenció que 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 (19).

Así pues, la hipertensión arterial es un problema de salud pública de primer orden en todo el mundo y se constituye en un importante factor de riesgo cardiovascular, asociado a una mayor probabilidad de complicaciones. En Colombia, según la Organización Panamericana de la Salud, la prevalencia de la hipertensión arterial entre la población mayor de quince años de edad es del 12,6% y se ha convertido en el primer factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares y en la segunda causa de muerte en hombres y mujeres mayores de 45 años. Estos datos son alarmantes si se tiene en cuenta la pérdida de años de vida saludable, años productivos, incapacidad física, costos para el individuo y las instituciones de salud, por lo que se hace necesaria la prevención, la detección temprana y un tratamiento oportuno y adecuado que disminuya las complicaciones derivadas de las enfermedades cardiovasculares así como también de un control más estricto para que el personal adulto pueda asimilar una correcta agencia de autocuidado ya que según el estudio realizado por Alaba R. Fernández la mayoría de los adultos mayores no realizan cambios o modificaciones en su estilo de vida para mantener su salud (20).

De este modo, los requisitos de auto-cuidado se conceptualizan como acciones sistemáticas que deben ser realizadas para y por el agente de manera imprescindible con el objetivo de controlar factores humanos y ambientales que afecten el funcionamiento y desarrollo humano.

### **3.11. MARCO INSTITUCIONAL**

#### **1.1.1 Reseña histórica**

Santa Mónica como todos los barrios de la zona centro occidental de Medellín, comenzó siendo un gran lote baldío, en donde salían enormes matorrales y espaciosos pantanales. Antes de ser barrio, como tal, fue transformado por el Instituto de Crédito Territorial (ICT) y administrado por la comunidad de monjas del Buen Pastor y la comunidad de monjas de Nuestra Madre de Mercedes.

Sin embargo, en los años 70, después de un proceso de transformación sociocultural de la clase media asalariada, los terrenos de Santa Mónica se conformaron como áreas residenciales y hasta la fecha es presentado así en el Plan de Ordenamiento Territorial, construidas en varias etapas entre 1960 a 1972. Este proceso de urbanización se da, porque empresas como suramericana, Pilsen, Tejicondor, Telecom y Coltejer consideraron, que dichos terrenos en los que se habían establecido grandes fincas y que se podía describir como inmensos potreros, eran aptos para construir unidades residenciales de clase media, para sus trabajadores y a ellos se sumaron los sindicatos del magisterio.

La primera etapa denominada Santa Mónica 1, es realizada por el ICT en el año 1963, construcción diseñada bajo el concepto de vivienda para barrios de clase media, en donde solo se realizarían casas unifamiliares. Posteriormente, se realiza una segunda etapa de la construcción (en el mismo sector de Santa Mónica), donde se empezó la deforestación, se tumbaron las casas de tapia y se definió el carácter urbanístico del barrio. Este proyecto fue realizado por Conviviendo Ltda., y en su mayor parte por el ICT. La tercera y última etapa fue realizada en el año de 1966, correspondiente al morro que estaba en límites de la cárcel del Buen Pastor, lo que actualmente se conoce como Santa Mónica 2, pero titulada como Urbanización Belencito. Donde además de casas unifamiliares, se hicieron las primeras edificaciones de 4 pisos y se mezclaron entre las casas en construcción para hacer un mejor centro urbanístico.

Es así, como los primeros habitantes del barrio Santa Mónica 1 y 2, fueron los trabajadores de empresas asentadas en el municipio. En cuanto al aspecto urbanístico, no fueron las casas grandes y bonitas que hoy en día se conocen, las primeras construcciones fueron pequeñas casas de paso, y otras conocidas popularmente como las *casas Pilsen*. Y desde ese momento hasta la actualidad se conoce a Santa Mónica 1 y 2 como los barrios más favorecidos en su construcción y amplitud de sus casas.

En el año de 1964 se aprueba por Decreto Arzobispal, la instauración de una Parroquia, dando paso a la creación de uno de los principales referentes arquitectónico e histórico del barrio, la Parroquia del Divino Maestro, desmembrada de la iglesia de Nuestra Señora de los Dolores. Pero su construcción sólo se hace posible en 1970, oficiando solo en 1974 la primera misa. La construcción de la Parroquia brindó la posibilidad de crear la Junta de Acción Comunal, debido a las necesidades que surgían de la comunidad y eran canalizadas por medio de la Parroquia del Divino Maestro. A finales de la década de 1970, el barrio experimenta una acelerada evolución, convirtiéndose en un espacio ya no sólo para empleados públicos o privados sino para nuevas familias, con esta expansión demográfica se crea otra iglesia en Santa Mónica N.2, llamada Nuestra Madre del Redentor; así quedaría el sector de Santa Mónica 1 y 2 cubiertas arzobispalmente.

Santa Mónica es un sector residencial, en donde la evolución histórica la ha convertido entre unidades cerradas y viviendas unifamiliares, a partir de esta condición se presentan características culturales igualmente mixtas.

Las vías de acceso desde la construcción del barrio eran dos; entrando por la carrera 92 con la calle 35 y por la calle 38 con la 92. Ya en los años 80 se abrió la calle 37 para tener mejor acceso al barrio, y en la misma época acondicionan la vía que va hacia el 20 de julio barrio que limita con Santa Mónica.

### **2.3.2. Misión.**

La Junta de Acción comunal Santa Mónica Campo alegre, tiene como fin, dar soluciones a las necesidades más sentidas de la comunidad, promoviendo y fortaleciendo en los individuos, el sentimiento de pertenencia frente a la comunidad o municipio, a través de la

participación en los programas educativos, culturales-recreativos y deportivos que fortalezcan la identidad comunal nacional.

### **2.3.3. VISIÓN.**

En el año 2020 seremos reconocidos como la primera junta de acción comunal de Medellín, por su liderazgo en la consecución de obras y beneficios sociales, procurando construir y preservar las relaciones interpersonales y colectivas de la comunidad, a partir del reconocimiento, respeto y tolerancia.

### **2.3.4. VALORES.**

#### **2.3.4.1. Transparencia**

Es la capacidad para actuar de manera clara, abierta y honesta. A través de la transparencia generamos un entorno basados en relaciones de confianza y lealtad.

#### **2.3.4.2. Compromiso.**

Es el motor que nos impulsa a ofrecer todo de nosotros con el fin de lograr los objetivos propuestos. El compromiso se construye mediante relaciones de confianza, solidaridad, gratitud y respeto.

#### **2.3.4.3. Confianza.**

Este valor nos permite creer en las personas que nos rodean, y en nosotros mismos; es la base sobre lo que construimos nuestras relaciones laborales y de servicio.

#### **2.3.4.4. Respeto.**

Es el interés genuino por tener un trato cortés, amable y considerado con nuestros usuarios y colaboradores. Es la capacidad de entender las necesidades de quien nos rodea.

#### **2.3.4.5.Servicio.**

Es la llave para generar experiencia única en nuestros clientes internos y externos, para así lograr su satisfacción; es la actitud de permanente colaboración hacia los demás (21).

### **2.4. MARCO LEGAL**

En la construcción del marco legal, se tuvo en cuenta las diversas normas y leyes que aportan los principios legales de la atención en salud del adulto en Colombia, éstas son:

#### **2.4.1. LEY 100 DE 1993**

Por la cual se crea y modifica el Sistema General de Seguridad Social en Salud, promueven la cobertura universal en salud para la población colombiana.

Definido entonces como el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad (22).

#### **2.4.2. RESOLUCIÓN 0412 DE 2000**

Del Ministerio de Protección Social y sus modificaciones, reglamentan las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (23).

#### **2.4.3. POLÍTICA NACIONAL DE ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ 2007-2019**

En su tercer eje plantea la siguiente política: que el “envejecimiento activo” es el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la

vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez (24).

#### **2.4.4. LEY 1276 DE 2009**

La presente ley tiene por objeto la protección a las personas de la tercera edad (o adultos mayores) de los niveles I y II de Sisbén, a través de los Centros Vida, como instituciones que contribuyen a brindarles una atención integral a sus necesidades y mejorar su calidad de vida (25).

#### **2.4.5. LEY 1850 DE 2017**

La ley de protección al adulto mayor castiga por abandono y descuido, penaliza a quien ejerce maltrato físico, psicológico y a quienes restrinjan la locomoción de personas mayores de edad. En esta se establece el artículo 7°, estipula que dentro de los deberes del Estado esta:

- Introducir el concepto de educación en la sociedad fomentando el autocuidado, la participación y la productividad en todas las edades para vivir, envejecer y tener una vejez digna.
- Elaborar políticas y proyectos específicos orientados al empoderamiento del adulto mayor para la toma de decisiones relacionadas con su calidad de vida y su participación activa dentro del entorno económico y social donde vive.
- Diseñar estrategias para promover o estimular condiciones y estilos de vida que contrarresten los efectos y la discriminación acerca del envejecimiento y la vejez.
- Generar acciones para que los programas actuales de gerontología que se adelantan en las instituciones se den con un enfoque integral dirigido a todas las edades.
- Promover la creación de redes familiares, municipales y departamentales buscando el fortalecimiento y la participación activa de los adultos mayores en su entorno. Con el fin de permitir a los Adultos Mayores y sus familias fortalecer vínculos afectivos, comunitarios y sociales.

- Promover la Asociación para la defensa de los programas y derechos de la Tercera Edad.
- Desarrollar actividades tendientes a mejorar las condiciones de vida y mitigar las condiciones de vulnerabilidad de los adultos mayores que están aislados o marginados (26).

#### **2.4.6. PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA 2012-2021**

El cual plantea las siguientes dimensiones:

- Dimensión Vida saludable y condiciones no transmisibles.
- Dimensión Gestión diferencial de las poblaciones vulnerables (27).

### **2.5. MARCO DISCIPLINAR**

Teoría de déficit de autocuidado, propuesta por Dorothea Orem la cual acoge a la persona de una forma holística con el fin de que por medio de cuidados básicos este potencie su calidad de vida, relacionando a la enfermería como la disciplina adecuada para enseñar al otro a ejecutar por sí mismo acciones que conlleven a la preservación de la vida, en el caso de los individuos enfermos se debe hacerlos partícipes de su plan de cuidados, sin pasar por alto las normas éticas propias de la profesión enfermera (28).

Dorothea Orem, define los siguientes conceptos meta paradigmáticos:

**Persona:** Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

**Salud:** La salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que

implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la persecución del bienestar que tiene una persona.

**Enfermería:** Servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

**Entorno:** Conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona de emprender los autocuidados o sobre su capacidad de ejercerlo.

## **2.6. MARCO TEÓRICO**

### **2.6.1. QUE ES EL AUTOCUIDADO**

Es un acto de vida que permite a cada uno convertirse en sujeto de sus propias acciones. Por tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma (40).

### **2.6.2. Dimensiones del autocuidado**

La capacidad de agencia de autocuidado esta soportada por tres dimensiones, estas son:

- Capacidades fundamentales: Considerados las habilidades básicas del individuo (percepción, memoria y orientación).
- Componentes de poder: Son habilidades que impulsan el individuo a la acción de autocuidarse (motivación, adquisición de conocimientos, habilidad para ordenar acciones de autocuidado y capacidad de integración del autocuidado en su vida familiar y comunitaria).
- Capacidad para operacionalizar: Corresponde a las habilidades que le permiten al individuo investigar sobre condiciones de sí mismo y del medio ambiente, que son significativos para su autocuidado, así como la toma de decisiones y construcción de las acciones para lograr el manejo de su enfermedad (40).

### **2.6.3. Factores básicos condicionantes del autocuidado:**

Aspectos fundamentales de cada individuo que determinan de una manera particular las acciones que cumplen para mantener su autocuidado. Son factores internos o externos a los individuos que afectan su capacidad para comprometerse en el autocuidado y afectan el tipo y calidad de autocuidado que se requiere.

En la teoría de Orem se describen 10 factores básicos que condicionan el autocuidado, sin embargo, sólo se conceptualizan algunos, por lo cual para el desarrollo de la presente investigación se definieron de la siguiente forma:

- Edad.
- Sexo.
- Estado de desarrollo.
- Estado de Salud.
- Factores del sistema de salud.
- Factores socioculturales.
- Factores del sistema familiar.
- Factores del medio ambiente.
- Factor patrones de vida.
- Disponibilidad y adecuación de los recursos.

### **2.6.4. HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)**

La presión arterial es la medida de la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias a medida que el corazón palpita (14).

#### 2.6.4.1. Valores de referencia

Las mediciones de la presión arterial se expresan con dos valores, un número mayor, denominado presión arterial sistólica y un número menor, la presión arterial diastólica. Normalmente se escriben ambos números, separados por el signo.

La unidad de medida de la presión arterial es milímetros de mercurio (se abrevia mmHg). Por ejemplo: 120/80 mmHg.

La presión arterial habitual en el adulto no debería ser mayor de 120/80mmHg. Cuando ésta se encuentra entre 120/80mmHg y 140/90mmHg se dice que la persona tiene “pre-hipertensión arterial” o “presión normal alta”. Cuando la presión arterial se encuentra por encima de 140/90 mmHg se considera que la persona tiene hipertensión arterial.

Cuadro de las cifras tensionales: Se observa la clasificación de los diferentes estadios de la presión arterial (14) (ver tabla 1)

Tabla 1. Clasificación de la Hipertensión Arterial

CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL(2)			
Presión arterial	Sistólica (mm Hg)		Diastólica (mm Hg)
Normal	<120	y	<80
Pre-hipertensión	120-139	u	80-89
Estadio I	140-159	ó	90-99
Estadio II	≥160	ó	≥ 100

#### 2.6.4.2. Complicaciones de la HTA

La presión arterial y el deterioro de órganos deben evaluarse por separado, puesto que pueden encontrarse presiones muy elevadas sin lesión de órganos y, por el contrario, la lesión de

órganos puede darse con una moderada elevación de la presión arterial, dependiendo del tiempo de evolución (29). (Ver tabla 2)

Tabla 2. Complicaciones, según lesión de órgano blanco

SISTEMA	EVIDENCIA CLINICA
Cardiaco	Enfermedad coronaria HVI (cardiopaía hipertensiva) Insuficiencia cardiaca congestiva
Cerebrovascular	Accidente isquémico transitorio Evento cerebrovascular
Retinopatía	Aumento de la luminosidad de los vasos Cruces arteriovenosos Hemorragias o exudados Papiledema
Sistema renal	Creatinine sérica: M:>1.5mg/dl, F:>1.4mg/dl Tasa de filtración glomerular calculada Micro albuminuria Proteinuria Parcial de orina
Sistema vascular periférico	La ausencia de uno o más pulsos periféricos excepto el pedio con o sin claudicación intermitente es patológico.

### 2.6.4.3.MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La exploración física no suele revelar anomalías además de la presión arterial elevada. En ocasiones ocurren cambios retinianos como hemorragias, edema, estrechamiento arteriolar y manchas algodonosas (o sea pequeños infartos). En la HTA grave se observa papiledema (tumefacción del disco óptico). Las personas con HTA suelen estar asintomática y permanecen así durante muchos años. Sin embargo la presencia de signos y síntomas específicos casi siempre indica daño vascular, con manifestaciones específicas relaciona con los órganos irrigados por los vasos lesionados (29).

#### **2.6.4.4.Diagnóstico**

- Valoración

Se realiza a través del interrogatorio y la exploración física. Se examinan la retina, se realizan estudios de laboratorio para valorar el posible daño a órgano blanco, entre estas tenemos: examen general de orina, química sanguínea es decir; concentración de sodio, potasio, creatinina, glucosa en ayunas, perfil lipídico completo y un EKG de 12 derivadas más un DII largos, y pruebas de función renal. Por último valorar el riesgo cardiovascular global (29).

- Pruebas de laboratorio y ayudas diagnósticas

Pruebas analíticas: Creatinina: el aumento indica enfermedad renal

Hipopotasemia: lleva a pensar en hiperfunción suprarrenal (Cushing, aldosteronismo), siempre que el paciente no esté tomando diuréticos previamente.

Hiper glucemia: raramente aparecerá como consecuencia de un Cushing o será consecuencia de una hipopotasemia. Sin embargo, es muy frecuente la hiper glucemia que indica la coexistencia de diabetes mellitus e hipertensión (29).

- Pruebas complementarias:
  - Análisis bioquímicos en suero.
  - Función renal (creatinina)
  - Glucemia
  - Potasio

- Lípidos (colesterol total, triglicéridos, HDL-colesterol)
- Elemental y sedimento de orina
- Hemograma
- ECG

#### **2.6.4.5.METAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA PA**

- Reducción de peso: mantener el peso corporal normal (IMC 18.5 – 24.9 kg/m<sup>2</sup>)  
Disminuirá: 5-20mmHg / 10kg.
- Adoptar el plan de alimentación DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension):  
Consumir una dieta rica en frutas, verduras y productos lácteos bajos en grasa con contenido reducido de grasa saturada y grasa total. Disminuirá: 8 -14 mmHg.
- Reducción de sodio dietético: disminuir la ingesta de sodio dietético a no más de 2.4g de sodio o 6 g de cloruro de sodio. Disminuirá: 2- 8mmHg.
- Actividad física: Participar en actividad física aeróbica como una caminata a paso ligero (por lo menos 30min/días la mayoría de los días de la semana). Disminuirá: 4-9mmHg.
- Consumo moderado de alcohol: Limitar el consumo a no más de dos copas, ej: una cerveza de 750ml, 300ml de vino o 90ml de whiskey de 40° por día, en la mayoría de los varones y no más de una copa por día en las mujeres y personas con menos peso corporal. Disminuirá: 6-4mmHg.

### **3. CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA**

#### **3.12. DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN**

La población que se tuvo en cuenta para este estudio está representada en los adultos mayores que hacen parte de uno de los grupos de adultos mayores de la comunidad de Santa Mónica, que hayan sido diagnosticado con hipertensión arterial.

#### **3.13. TIPO DE INVESTIGACIÓN**

Es un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, porque pretende medir y describir la capacidad de agencia de autocuidado de la población que se tuvo en cuenta en este estudio. con diseño de corte transversal, ya que se recopilará datos en un momento único (30).

#### **3.14. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN**

El enfoque de esta investigación es cuantitativo; por que utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías (30).

#### **3.15. SELECCIÓN DE LA MUESTRA**

El tipo de muestreo es no probabilístico por conveniencia; son simplemente casos disponibles a los culés tenemos acceso (30). El tamaño de la población son 150 adultos mayores de los cuales, la muestra estuvo conformada por 70 adultos, que aceptaron participar de manera voluntaria.

### **3.16. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Adultos hipertensos que se encuentran en riesgo cardiovascular bajo o moderado.
- Pacientes que respondan la totalidad del cuestionario y que acepten voluntariamente participar del estudio.
- Hipertensos sin otras patologías concomitantes, que generen dependencia.
- Hipertensos adultos mayores

### **3.17. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Adultos con déficit cognitivo o impedimentos físicos que lo conviertan en dependiente.

### **3.18. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:**

Pacientes que cumplan con las siguientes condiciones:

- Retiro del seguro de salud
- Fallecimiento.
- Retiro voluntario del estudio.

### **3.19. INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

La fuente de datos de donde se obtendrá la información será directamente de la entrevista a cada uno de los participantes del estudio, la técnica para la recolección de datos será por medio de la entrevista de manera individual.

El instrumento utilizado fue el Cuestionario sobre Capacidad de Agencia de Autocuidado en Pacientes con Hipertensión Arterial, el cual fue diseñado por; Achury & Cols, basados en la teoría de déficit de autocuidado del modelo teórico de Dorotea Orem. (Ver Anexo I) En Colombia ha sido validado con una consistencia interna satisfactoria de 0,75, lo cual se interpreta como buena. (30).

El cuestionario está conformado por 27 preguntas, las 10 primeras preguntas, están orientadas a evaluar los aspectos sociodemográficas, y los 17 incisos restantes, miden la capacidad de

agencia de autocuidado. Este último, para su proceso de evaluación cuenta con una escala de respuestas tipo Likert con cinco opciones, donde 1: nunca, 2: casi nunca, 3: a veces, 4: casi siempre y 5: siempre.

La interpretación de dicho instrumento está dada por rangos:

- Capacidad de agencia de autocuidado Baja: 17-28 puntos.
- Capacidad de agencia de autocuidado Media: 29- 56 puntos.
- Capacidad de agencia de autocuidado Alta: 57-85 puntos.

### **3.20. ESTRATEGIA DE ANÁLISIS DE DATOS**

La información recolectada será analizada con el programa estadístico Statistical Package for Social Science (SPSS versión 22.0) El tratamiento de los datos para fines de este estudio es cuantitativo, durante el plan de análisis de datos se realizó en una fase univariada: En la cual los estadísticos descriptivos se exploran con medidas numéricas contenidas en dos categorías: medidas de tendencia central: media, mediana, moda; y medidas de dispersión: rangos mínimo y máximo. La ilustración se realizó a través de tablas. Para las variables de naturaleza cualitativa se utilizó proporciones y se presentó mediante tablas y figuras.

### **3.21. VARIABLES DEL ESTUDIO:**

- **Variable independiente:** Características sociodemográficas.
- **Variable dependiente:** Capacidad de agencia de autocuidado.

### **3.22. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS**

Estos factores están conformados por edad, género, peso, presión arterial, estado civil, ocupación, nivel de escolaridad, vive con, cuidador y red de apoyo.

Estas variables hacen referencia a las características sociales y demográficas que definen a una población.

### **3.23. CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO**

Inicialmente el instrumento aplicado fue formado teniendo en cuenta las tres dimensiones propuestas por Dorothea Orem, las cuales son:

- Capacidades fundamentales: Percepción, memoria y orientación.
- Componentes de poder: Motivación, adquisición de conocimientos, habilidad para ordenar acciones de autocuidado y capacidad de integración del autocuidado en su vida familiar y comunitaria.
- Capacidad para operacionalizar: Habilidades del individuo su interacción con el medio ambiente, así como la toma de decisiones y construcción de las acciones para lograr el manejo de su enfermedad.

El instrumento aplicado en este estudio realizado por Achury contiene 17 items que definen la capacidad de agencia de autocuidado. Revisando este, se categorizan para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado, por grupos de preguntas tales como: actividad física, dieta, descanso, medicación, conocimiento de la enfermedad, vida sexual y autocuidado. Se hizo un promedio de 1-5 donde uno corresponde a baja capacidad de agencia de autocuidado y cinco corresponde a alta capacidad de agencia de autocuidado (ver tabla 3).

Tabla 3. Agrupación por categorías de la capacidad de agencia de autocuidado de los pacientes hipertensos

<b>Categoría</b>	<b>Preguntas del Instrumento</b>
<b>Dieta</b>	18. Considero que la cantidad máxima de sal que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son dos cucharaditas. 24. Realizo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado. 26. Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas y bajas en grasas.
<b>Actividad física</b>	14. Considero importante realizar ejercicio. 22. Camino diariamente, como mínimo, 30 minutos.
<b>Descanso</b>	12. Cuando duermo 6-8 horas diarias, me siento descansado.
<b>Medicación</b>	16. Considero que conozco como actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial. 17. Cuando inicio un nuevo medicamento solicito al profesional de enfermería que me proporcione información necesaria sobre la correcta administración. 19. Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas.
<b>Autocuidado</b>	11. Siento que mi estado de ánimo me permite cuidarme. 13. Invierto tiempo en mi propio cuidado. 23. Realizo cambios según las necesidades para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad. 25. Evalúo si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar y el de mi familia.
<b>Conocimiento de la enfermedad</b>	15. Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad. 20. Considero que el profesional de enfermería me escucha y aclara mis inquietudes. 21. Conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad.
<b>Vida sexual</b>	27. Siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual.

Fuente: Elaboración propia.

### 3.24. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 4. Operacionalización de variables.

<b>Dimensión</b>	<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Unidad de medida</b>	<b>Tipo de variable</b>	<b>Escala de medición</b>
Características sociodemográficas	Edad	Años que tiene una persona desde el momento de su nacimiento.	Años cumplidos	Cuantitativo	Escala
	Género	El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.	Masculino Femenino	Cualitativo	Nominal
	Estado Civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo, con quien creará lazos que serán reconocidos jurídicamente aunque el mismo no sea un pariente o familiar directo.	Casado Soltero Unión Libre Viudo	Cualitativa	Nominal

	Ocupación	Realizar actividades ya sea de origen manual o intelectual a cambio de una compensación económica.	Estudiante Empleado Desempleado Independiente Jubilado	Cualitativa	Nominal
	Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Ninguna – Primaria Bachillerato Técnico Universitario Posgrado	Cualitativa	Nominal
	Vive con	Núcleo de personas con las cuales comparte.	Solo Pareja Padre/madre Otro familiar Otro	Cualitativa	Nominal
	Cuidador	Persona que cuida y brinda cuidado.	Cónyuge Hijo/hija Padre/madre Hijo/hija	Cualitativa	Nominal
	Red de apoyo	Es una estructura que cuenta con un patrón que la caracteriza y que posibilita la interrelación de sus nodos.	Grupo hospitalario Grupo de amigos Grupo religioso Grupo social Otro	Cualitativo	Nominal
Autocuidado	Capacidad de agencia de autocuidado	El desarrollo de la compleja capacidad que permite a los adultos y adolescentes discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio	Siento que mi estado de ánimo me permite cuidarme.  Cuando duermo 6-8 horas diarias, me siento descansado. Invierto tiempo en mi propio cuidado.	Cualitativo	Ordinal

		<p>funcionamiento y desarrollo, y así 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 a fin de cumplir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo.</p>	<p>Considero importante realizar ejercicio.</p> <p>Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad.</p> <p>Considero que conozco cómo actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial.</p> <p>Cuando inicio un nuevo medicamento solicito al profesional de enfermería que me proporcione información necesaria sobre la correcta administración.</p> <p>Considero que la cantidad máxima de sal que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son dos cucharaditas.</p> <p>Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas.</p> <p>Considero que el profesional de enfermería me escucha y aclara mis inquietudes.</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>Conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad. Camino diariamente, como mínimo, 30 minutos.</p> <p>Realizo cambios según las necesidades para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad.</p> <p>Realizo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado.</p> <p>Evalúo si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar y el de mi familia.</p> <p>Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas.</p> <p>Siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual.</p>		
--	--	--	--	--	--

(Elaboración propia)

### **3.25. ASPECTOS ÉTICOS DE LA INVESTIGACIÓN**

La presente investigación tiene como referentes éticos los pilares de la declaración de Helsinki, el código de ética de enfermería y la resolución 8430 del 93, “por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”.

De acuerdo con la resolución 8430 (1993), se adoptan los siguientes postulados:

El Capítulo I del Artículo 11 clasifica la presente investigación sin riesgos, por limitarse solamente a la aplicación de cuestionario sin la manipulación de variables intrínsecas al ser humano (29).

El Capítulo I, Artículo 6, regula que en la investigación en la cual el ser humano es sujeto de estudio, prevalece el criterio de respeto a su dignidad y la protección de los derechos y su bienestar, además el sujeto de estudio ha dado el consentimiento informado: la explicación sobre la naturaleza y el propósito del estudio, así como las ventajas de su participación, cuyo consentimiento ha sido escrito y firmado por el sujeto de investigación o su representante legal.

Por otro lado, en el Artículo 8, se resalta la importancia de proteger la privacidad del individuo, sujeto de investigación.

Pues a cada persona que ha participado en el estudio, se le ha informado el objetivo del estudio y su participación ha sido voluntaria y consentida, salvaguardando así el derecho a la confidencialidad y a la libertad de opinión, para lo cual se le realizó un consentimiento informado. (Ver Anexo II)

### 3.26. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Tabla 5. Cronograma de Actividades

N°	ACTIVIDAD	Relación de meses por semanas															
		FEBRERO		MARZO				ABRIL				MAYO					
		1	2	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4		
1	Planteamiento del proyecto	■	■														
2	Puesta a punto del instrumento		■	■	■												
3	Búsqueda bibliográfica				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■			
4	Asignación de tareas integrantes del proyecto				■	■	■										
5	Realización de los primeros tres capítulos del proyecto.	■	■	■	■	■											
6	Solicitud de permisos en la Junta de acción comunal					■	■	■	■								
7	Aplicación del cuestionario							■	■	■	■						
8	Tabulación de la encuesta.									■	■	■					
9	Análisis de resultado											■	■				
10	Informe final												■	■	■		

## 4. CAPITULO 4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

### 4.1.DESCRIPCIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Oobservando la siguiente tabla con medidas de tendencia central (media, mediana, moda); se puede mencionar que el promedio para las edades de estas personas era 65 años, la edad mínima de 50 y la edad máxima 89; y el promedio de la presión sistólica es de 108 mmHg y la mínima 99 mmHg y la máxima 253 mmHg, en cuanto al promedio de la diastólica se encontró en 69 mmHg y como mínima 41 mmHg y como máximo 139 mmHg (ver tabla 6).

Tabla 6. Estadísticos descriptivos de las medidas de tendencia central edad, peso, presión arterial sistólica, presión arterial diastólica.

		Edad	Peso	Presión arterial sistólica	Presión arterial diastólica
N	Válido	70	70	70	70
	Perdidos	0	0	0	0
Media		68,77	63,79	136,31	76,70
Mediana		68,00	62,50	131,00	73,50
Moda		65	58	108 <sup>a</sup>	69
Desviación estándar		9,266	11,041	26,797	15,322
Mínimo		50	43	99	41
Máximo		89	92	253	139
Percentiles	25	63,00	56,75	117,75	67,75
	50	68,00	62,50	131,00	73,50
	75	75,25	72,00	150,25	84,25

(Elaboración propia).

Respecto a las variables sociodemográficas. Se encontró que la mayoría de los participantes n=70 corresponden al género femenino con un 93%. En la muestra, en general, predominó el

estado civil: casada con 41% y viudo (a) con un 40%, Las ocupaciones más frecuentes fueron ama de casa 78% y jubilada con un 15%, también predominó como escolaridad la primaria 45% y el bachiller con 37%; siendo los hijos el 45% y el cónyuge 31% los cuidadores principales, de igual manera con las personas que vive son los hijos con un 47% y pareja 31%. A la pregunta ¿cuál fue la principal red de apoyo? es el grupo social con 52% (ver tabla 7).

Tabla 7. Características sociodemográficas de los adultos mayores hipertensos.

<b>Categoría</b>	<b>Variable</b>	<b>Porcentaje n:70</b>
<b>Genero</b>	Femenino	93%
	Masculino	7%
<b>Estado civil</b>	Casados (as)	41%
	Divorciados (as)	1.4%
	Separados (as)	3%
	Solteros (as)	13%
	Unión libre	1.4%
	Viudos (as)	40%
<b>Ocupación</b>	Ama de casa	78%
	Comerciante	3%
	Empleo	1.4%
	Jubilados	16%
	Otro	1.4%
<b>Escolaridad</b>	Bachiller	37%
	Ninguno	3%
	Posgrado	1.4%
	Primaria	46%
	Técnico	6%
	Universitario	7%
<b>Vive con</b>	Hermanos	3%
	Hijos	47%
	Padres	5.7%
	Pareja	31%
	Sobrinos	1.4%
	Solos (as)	11%

<b>Cuidador</b>	Conyugue	31%
	Cuñada	1.4%
	Hermanos	4%
	Hijos	45%
	No tiene	4%
	Otro familiar	10%
	Padres	1.4%
	Sobrino	1.4%
	<b>Red de apoyo</b>	Grupo de amigos
Grupo de familiar		4%
Grupo hospitalario		11%
Grupo religioso		14%
Grupo social		52%
Hijos		1.4%
Vecinos		1.4%

(Elaboración propia).

#### **4.2.DESCRIPCIÓN DE LA CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO GLOBAL DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

La siguiente tabla presenta el comportamiento general de la capacidad de agencia de autocuidado en los adultos con hipertensión arterial, con mejor y bajo puntaje respectivamente (ver tabla 8)

Tabla 8. Descripción de la capacidad de agencia de autocuidado global de los pacientes con hipertensión arterial.

<b>Capacidad de agencia de autocuidado</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Media</b>	15	22
<b>Alta</b>	55	78
	70	100

Fuente: Elaboración propia.

Con el propósito de conocer los aspectos que permiten orientar el cuidado de enfermería que promueva y fortalezca la capacidad de agencia de autocuidado en los adultos mayores con hipertensión arterial, la siguiente tabla presenta el comportamiento de los tópicos evaluados en el total de los participantes con mejor y bajo puntaje, respectivamente. Así para la pregunta respecto a la actividad física se encontró que el 80% (n=56) de los participantes consideraban importante la realización de actividad física, quiere decir que tiene una agencia de autocuidado alta y el 20%(n=14) con una agencia de autocuidado media. El 63 %(n=44) tiene una alta capacidad de agencia de autocuidado, en cuanto a sus buenos hábitos alimenticios y solo el 20%(n=14) no tienen buenos hábitos alimenticios o tiene una capacidad de agencia de autocuidado baja. En cuanto al descanso el 57% (n=40) de los participantes tiene una capacidad de agencia de autocuidado alta, ya que duermen lo suficiente y les permite descansar adecuadamente, tan solo el 20%(n=14) no duerme lo suficiente traduciéndose a que este porcentaje tiene una capacidad de agencia de autocuidado baja. El 13%(n=9) de las personas encuestadas tienen conocimiento sobre la medicación que ellos toman y el 61%(n=43) no tiene conocimiento o desconocen totalmente sobre la medicación que toman, como resultado la mayor parte de esta proporción tiene baja capacidad de agencia de autocuidado. En cuanto al conocimiento de su enfermedad el 50%(n=35) saben sobre la hipertensión arterial y realizan cambios significativos, teniendo una alta capacidad de agencia de autocuidado; pero el 23% (n=16) no conocen sobre su enfermedad y poco indagan lo que nos lleva a ver que tienen baja capacidad de agencia de autocuidado. En cuanto a la pregunta sobre posibles cambios en su vida sexual el 97% (n= 68) si presentó cambios significativos en su vida sexual consecuente a la hipertensión arterial, y la mayor parte de la población, en cuanto a esta variable tienen una baja capacidad de agencia de autocuidado. Por último, para el ítem de autocuidado el 64% (n= 45) de los encuestados refieren tener hábitos de autocuidado solo el 10%(n=7) no tiene cuidado para consigo mismo (ver tabla 9).

Tabla 9. Descripción de la evaluación de la capacidad de agencia de autocuidado por grupo de preguntas.

<b>Categoría</b>	<b>Capacidad de agencia de autocuidado</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Actividad física</b>	Baja	0	0%
	Media	14	20%
	Alta	56	80%
<b>Dieta</b>	Baja	14	20%
	Media	12	17%
	Alta	44	63%
<b>Descanso</b>	Baja	14	20%
	Media	16	23%
	Alta	40	57%
<b>Medicación</b>	Baja	43	61%
	Media	18	26%
	Alta	9	13%
<b>Conocimiento de la enfermedad</b>	Baja	16	23%
	Media	19	27%
	Alta	35	50%
<b>Vida sexual</b>	Baja	68	97%
	Media	1	1.4%
	Alta	1	1.4%
<b>Autocuidado</b>	Baja	7	10%
	Media	18	26%
	Alta	45	64%

(Elaboración propia).

## 5. CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN

Los pacientes incluidos en el estudio corresponden en su mayoría al sexo femenino con 93% y el masculino con un 7%, con un promedio de edad de 65 años. Estos resultados son similares a estudios como el de Peñaloza García en el 2004, donde se encontró que; el 64% de los participantes eran del género femenino y que el mayor porcentaje de la población se encuentra entre los 50 y 61 años de edad (31).

El nivel de escolaridad es bajo en el grupo de participantes incluidos; aproximadamente la mitad solo tiene educación primaria; según Zea 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 (32).

Respecto a la capacidad de agencia de autocuidado, se reportó alta en la población participante, lo cual es significativo, ya que el autocuidado como proceso voluntario exige que las personas tengan habilidades para cambiar su comportamiento, 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 responsabilidad individual y el compromiso que se tiene consigo mismo en el logro del manejo de la enfermedad. Así como Achury Beltrán refiere en su investigación que la capacidad global de agencia de autocuidado en la población estudiada se encontró predominantemente “media”, lo cual demuestra que el paciente con hipertensión arterial posee algunas habilidades que le permiten discernir acerca de los factores que debe controlar para promover su salud y su cuidado (33).

Se evidencia que, dentro del grupo de categorías dentro del grupo de estudio con mayor puntaje que mide la capacidad de agencia de autocuidado, fue: La realización de actividad física o ejercicios, el consumo de dietas balanceadas, y el sueño durante 6-8 horas diarias. El estudio demostró que el 80% de los adultos mayores reconocen la importancia de realizar ejercicio. Este es un componente fundamental en el control de la hipertensión arterial, pues la literatura reporta que participar en actividad física aeróbica como una caminata a paso ligero por lo menos 30min/días a la semana puede reducir la presión arterial (4-9 mm Hg.).

Al indagar sobre el consumo de una dieta rica en verduras, frutas, fibra y baja en grasas, se encontró que el 63% de los adultos mayores, consideran que la alimentación balanceada es indispensable en el manejo de la hipertensión arterial, porque influye directamente en el

control de la presión arterial. Esta afirmación concuerda con *el plan de alimentación DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension)* que dice que consumir una dieta rica en frutas, verduras y productos lácteos bajos en grasa con contenido reducido de grasa saturada y grasa total, disminuirá: 8 -14 mmHg (34).

El 57% de los participantes manifestaron, que dormir de seis a ocho horas logra sentirse descansados. Según la revista trastorno del sueño asociadas a la hipertensión arterial, menciona que dormir menos de 7 horas diarias aumentan la mortalidad por trastornos isquémicos, infarto del miocardio y cáncer (35), este es un aspecto fundamental ya que afecta la capacidad de agencia de autocuidado.

Por otro lado, se observó que el conocimiento sobre las complicaciones derivadas de la enfermedad, el 50% de los participantes conocían las complicaciones. Es fundamental que la persona conozca que, si no hay un adecuado autocuidado y por lo tanto una no adherencia al tratamiento farmacológico para la hipertensión arterial, este conduce a mantener altos índices de morbimortalidad, con repercusiones a nivel social, económico, individual y familiar (36). De la misma forma, Pinto Afanador (37) 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”.

En cuanto a la red de apoyo se encontró que el 53% acudía a un grupo social para recibir alguna clase de ayuda en cuanto a cualquier problema específico. Así mismo como se encontró en la revista de enfermería actual en costa rica, menciona que el apoyo brindado por los diferentes miembros de la familia desempeña una importante función en cuanto a sobrellevar las características propias de la enfermedad (38).

Con respecto a la vida sexual, el trabajo investigativo indica que el 97% de las personas que participaron en este, tienen una capacidad de agencia de autocuidado baja, demostrando que la hipertensión arterial es un factor para impedir el pleno desarrollo de la vida sexual con su conyugue. en el estudio de Hanon y colaboradores reportaron dificultades asociadas a disminución del interés y en el placer (39).

Por otra parte, Orem (40) manifiesta que enfermería, como un servicio humano, se ocupa de ofrecer un conocimiento especializado a las personas que requieren un positivo autocuidado. Se entiende que la enfermera debe comprender los conceptos que constituyen la teoría de déficit de autocuidado para poder desarrollar en los adultos mayores la agencia de autocuidado y que existen factores que son propios de la persona o del ambiente en que vive, que afectan la cantidad, la calidad y la propia capacidad de cuidar de sí mismo que esta persona requiere.

## **6. CAPÍTULO 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **6.1.CONCLUSIONES**

- Dentro del grupo de características sociodemográficas se obtiene que la población objeto de estudio en su gran mayoría eran mujeres con bajo nivel de escolaridad.
- Dicho grupo de estudio cuenta con buena capacidad de agencia de autocuidado de nivel medio- alto en la cual en su gran mayoría practican actividad física y conviven con su familia.
- Se logró evidenciar que las variables sociodemográficas no se encuentran asociadas a la capacidad de agencia de autocuidado, esto es debido quizás al tamaño de la muestra.

### **6.2.RECOMENDACIONES**

- El paciente hipertenso pueda ampliar su capacidad de agencia de autocuidado, teniendo en cuenta el conocimiento y la realización oportuna y voluntaria de acciones que le permitan disfrutar de una excelente salud, mejorando así su calidad de vida.
- Gestionar encuentros educativos, proporcionar acompañamiento al paciente hipertenso es una tarea en equipo, donde el profesional de enfermería y un grupo interdisciplinario buscaran herramientas necesarias, y así lograr que el usuario tenga adherencia al tratamiento y a su autocuidado.
- El profesional de enfermería debe optar medidas, a través de la información educativa sobre la importancia de la realización de ejercicios y mantener una dieta rica en frutas, verduras y baja en grasa al adulto hipertenso, para mantener una adecuada salud.
- La relación profesional de enfermería-paciente es un elemento indispensable, porque favorece el intercambio de información, la resolución de dudas y la comprensión por parte del paciente de los conocimientos proporcionados por el profesional, así como el establecimiento de una relación terapéutica y la adquisición de conductas de autocuidado que se ven reflejadas en la capacidad de agencia.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud y Protección Social. ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO. COLOMBIA 1951-2020 DINÁMICA DEMOGRÁFICA Y ESTRUCTURAS POBLACIONALES. [Online]; Bogotá, D. C., abril 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/Envejecimiento-demografico-Colombia-1951-2020.pdf>
2. SISPRO. Encuesta Nacional de Salud ; Cuenta de Alto Costo; Dirección de Epidemiología y Demografía; análisis propios de la Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. S.D ed. S.D , editor. S.D: S.D; 2007.
3. HA, GF, TC. Capacidad de Agencia de Autocuidado de los Pacientes Hipertensos de la Consulta Externa de Dos Instituciones de II y III Nivel de Atención. Tesis. Caratgena: S.D, Bolivar; 2014. Report No.: S.D.
4. Organización Mundial de la Salud. Datos Interesantes Acerca del Envejecimiento. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
5. Ribera J. Conceptos Esenciales del Envejecimiento. Rev.Medicine, 8: (108), 2003.
6. Organización Mundial de la Salud. Informe Sobre la Salud en el Mundo. S.D ed. S.D, editor. Ginebra: S.D; 2003.
7. Gobernación de Medellín. Enfermedades Crónicas no Transmisibles ECNT y Discapacidad. Volumen 5, 2011. Disponible en: <https://www.medellin.gov.co>
8. Ministerio de Protección Social. Ministerio de Protección Social. [Online].; 2008 [cited 2017 Septiembre 23. Available from: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/library/documents/DocNewsNo16175DocumentNo4208.PDF>
9. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. S.D ed. S.D , editor. Ginebra: S.D; 2011.

10. Ministerio de Salud. ANALISIS DE SITUACIÓN DE SALUD (ASIS) COLOMBIA. Investigativo. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, Cundinamarca; 2016. Report No.: S.D
11. Manrique H. Nivel de Conocimiento y Actitudes hacia el autocuidado para la satisfacción de las necesidades básicas que tienen los adultos. Centro de Salud “San Luis”. Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería. UNMSM 2010.
12. Arango MDC, Sosa GRA, Lopera VV. Medellin Ciudad Saludable. Plan de Salud Minicipal. 2012 Enero-Junio; 5(1).
13. Mayuri Esmirna G. Capacidad de Autocuidado del Adulto Mayor para Realizar las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. en un Centro de Salud de San Juan de Miraflores 2014. Lima-Peru. 2015. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4131/Garcilazo\\_sm.pdf;jsessionid=98306BD0F7277E835A179BDF569990A1?sequence=1](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4131/Garcilazo_sm.pdf;jsessionid=98306BD0F7277E835A179BDF569990A1?sequence=1)
14. Guía de práctica clínica. Hipertensión arterial Primaria (HTA). Para pacientes y familiares. 2013 – Guía No. 18. Ministerio de Salud y Protección Social – Colciencias.
15. Ofelia T. El Autocuidado una Habilidad para Vivir. Disponible en: <http://www.alcoholinformate.com.mx/AUTICUIDADO.pdf>
16. Ministerio de Protección social. Atención Integral del Adulto Mayor en los Centros de Vida. Ley 1276. Bogotá: Congreso de la Republica, Cundinamarca; 2009. Report No.: S.D.
17. Luisa A, Diana A, Sandra R, Gloria S, Marta P, Jenny L et. Capacidad de Agencia de Autocuidado en el Paciente con Hipertensión Arterial en una Institución de Segundo Nivel. Investig. Enferm. Imagen Desarr. 2012; (2).
18. Luz Nelly R. Autocuidado y Capacidad de Agencia de Autocuidado. Avances de Enfermeria. 2006,(15); Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35969/37129>
19. Vega O. Agencia de Autocuidado en Hipertensos Usuarios de un Hospital Universitario en Cúcuta. Salud Uninorte. 2014 S.D; 30(S.D).

20. Fernandez AR. Agencia de Autocuidado y Factores Básicos Condicionantes en Adultos Mayores. Enfermería. 2011 S.D; 1(S.D).
21. Webnode [internet]. Santa Monica 2. 2013. Disponible en: <https://santamonica2.webnode.es/>
22. Ley 100/1993 de 23 Diciembre, Sistema de Seguridad Social Integral. Boletín Oficial del Estado, número 41, de 23/12/1993.
23. Resolución 0412/2000 de 27 Mayo, Ministerio de la Protección Social.
24. Política Nacional de Envejecimiento y Vejez de 2007-2009 de Diciembre de 2007.
25. Ley 1276/2009 de 5 Enero, Criterios de Atención Integral del Adulto Mayor. Boletín Oficial del Estado, número 47, 05/01/2009.
26. Ley 1850/2017 de 19 de Julio, Protección del Adulto Mayor. Congreso de Colombia.
27. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, Bogotá, Marzo 15 de 2013. Ministerio de Salud y Protección Social,
28. Liana P, Maricela G, Noevis P, Karelía R. La Teoría Déficit de Autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. 2014; (36).
29. Helsinki, D, Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. (2004). Adoptada por la, 18, 20-3.
30. Roberto H. metodología de la investigación. 5° ed. México: McGraw- Hill Interamericana; 2010
31. Peñaloza MG. Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial de la FUndación Médico Preventiva. Avances dem Enfermería. 2006 Julio; 24(2).
32. Zea M. Autovaloración de calidad de vida y envejecimiento en adultos con riesgo de Alzheimer. Investigación Educación Enfermeria. 2008 S.D; S.D(S.D).
33. Achury DM, Sepulveda GJ, Rodriguez SM. Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo. 2009 Julio-Diciembre; 11(2).

34. plan de alimentación DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension. Disponible en: <https://www.cardiosmart.org/~media/Documents/Fact%20Sheets/es-US/zx1344.ashx>
35. Gonzalez PA, De la C LN. Revista de ciencias Médicas. [Online].; 2009 [cited 2018 Mayo 7. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S156131942009000100011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S156131942009000100011&lng=es)
36. Herrera GE. Avances en Enfermería. [Online].; 2012 [cited 2018 Mayo 5. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n2/v30n2a06.pdf>
37. Afanador P. El cuidado de enfermería en la vulnerabilidad. S.D ed. S.D, editor. Bogotá: Unibiblos; 2010.
38. Mirian D. Capacidad de Agencia de Autocuidado en las Personas Adultas que Padece Artritis Reumatoide. Enfermería Actual en Costa Rica. Disponible en: [www.revemf.ucr.ac.cr](http://www.revemf.ucr.ac.cr)
39. Hanon O, Mounier-Vehier C, Fauvel JP, Marquand A, Jaboureck O, Justin EP, et al. Sexual dysfunction in treated hypertensive patients: results of a national survey. Arch Mal Coeur Vaiss. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10912747>
40. Oren D. Nursing Concepts of Practice. 6th ed. S.D, editor. St. Louis Missouri: Mosby; 2001.

## ANEXO I

### INSTRUMENTO PARA MEDIR CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO

Nº de Ficha: \_\_\_\_\_

El objetivo de este estudio va orientado a evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial.

Este cuestionario está dividido en dos secciones: datos generales, que nos permite caracterizar a la población en estudio y datos específicos que se refieren a la evaluación de la capacidad de agencia de autocuidado.

- No existen respuestas malas o buenas por lo que le agradeceré responder todas ellas de acuerdo a su opinión personal.
- Responda todas las preguntas y elija una opción, utilice lapicero para contestar el cuestionario.
- Sus respuestas son anónimas y absolutamente confidenciales.

<p>1) Edad: ___ años cumplidos</p> <p>2) Género: <input type="radio"/> 1 Masculino <input type="radio"/> 2 Femenino</p> <p>3) Peso: ___ kg 4) P. Arterial: _____ mm Hg</p> <p>5) Estado Civil:</p> <p><input type="radio"/> 1 Casado <input type="radio"/> 3 Unión Libre</p> <p><input type="radio"/> 2 Soltero <input type="radio"/> 4 Separado/divorciado</p> <p><input type="radio"/> 5 Viudo</p> <p>6) Ocupación:</p> <p><input type="radio"/> 1 Ama de Casa <input type="radio"/> 4 Jubilado</p> <p><input type="radio"/> 2 Comerciante <input type="radio"/> 5 Otra</p> <p><input type="radio"/> 3 Empleado</p>	<p>7) Nivel de Escolaridad:</p> <p><input type="radio"/> 1 Ninguna <input type="radio"/> 4 Técnico</p> <p><input type="radio"/> 2 Primaria <input type="radio"/> 5 Universitaria</p> <p><input type="radio"/> 3 Bachiller <input type="radio"/> 6 Posgrado</p> <p>8) Vive con:</p> <p><input type="radio"/> 1 Solo <input type="radio"/> 4 Hijo/hija</p> <p><input type="radio"/> 2 Pareja <input type="radio"/> 3 Padre/madre</p> <p>9) Cuidador:</p> <p><input type="radio"/> 1 Cónyugue <input type="radio"/> 4 Otro familiar</p> <p><input type="radio"/> 2 Hijo/hija <input type="radio"/> 5 Otro, Cual: _____</p> <p><input type="radio"/> 3 Padre/madre</p> <p>10) Red de apoyo:</p> <p><input type="radio"/> 1 Grupo hospitalario</p> <p><input type="radio"/> 2 Grupo de amigos</p> <p><input type="radio"/> 3 Grupo religioso</p> <p><input type="radio"/> 4 Grupo Social</p> <p><input type="radio"/> 5 Otro, Cual: _____</p>
---	--

**Indicaciones:** Marque con X debajo de cada número, solo uno por enunciado, el que mejor refleje su concepto, tenga en cuenta el valor de cada número, relacionado en el cuadro siguiente:

N	CN	AV	CS	S
1Nunca	2Casi Nunca	3A veces	4Casi Siempre	5Siempre

Ítems	N	CN	AV	CS	S
11 Siento que mi estado de ánimo me permite cuidarme.					
12 Cuando duermo 6-8 horas diarias, me siento descansado.					
13 Invierto tiempo en mi propio cuidado.					
14 Considero importante realizar ejercicio.					
15 Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad.					
16 Considero que conozco cómo actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial.					
17 Cuando inicio un nuevo medicamento solicito al profesional de enfermería que me proporcione información necesaria sobre la correcta administración.					
18 Considero que la cantidad máxima de sal que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son dos cucharaditas.					
19 Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas.					
20 Considero que el profesional de enfermería me escucha y aclara mis inquietudes.					
21 Conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad.					
22 Camino diariamente, como mínimo, 30 minutos.					
23 Realizo cambios según las necesidades para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad.					
24 Realizo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado.					
25 Evalúo si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar y el de mi familia.					
26 Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas.					
27 Siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual.					

Este cuestionario “Capacidad de agencia de autocuidado”, fue tomado del estudio: Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial (2009).  
**¡Gracias por tu participación!**

▪ **ANEXO II** **Consentimiento Informado**

Yo \_\_\_\_\_ Identificado con el documento número \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ he sido informado (a) por **EDGARDO JAVIER RAMOS CABALLERO**, estudiante de doctorado en Ciencias Biomédicas de la IUNIR el cual está realizando un estudio titulado “Efecto de un plan educativo en el autocuidado del paciente con hipertensión arterial”. Donde la población a estudiar estará conformada por pacientes hipertensos del grupo de la junta de acción comunal de Santa Monica, que deseen de manera voluntaria participar en el estudio. El instrumento para evaluar el autocuidado, es la Capacidad de Agencia de Autocuidado en Pacientes Hipertensos, el consta de preguntas que permiten evidenciar las características de cómo se cuida, acompañado de la medición del peso y la presión arterial.

Acepto que se me explicó que el estudio se rige bajo la RESOLUCIÓN 8430 de 1993: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud en la República de Colombia. Haciendo referencia al TÍTULO II DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS, en el cual deberá prevalecer el criterio de respeto a mi dignidad y la protección de mis derechos y bienestar. El presente estudio está clasificado como una investigación de riesgo mínimo de acuerdo al ARTÍCULO 11 de la norma mencionada anteriormente.

Acepto que he sido informado y se me ha aclarado que el estudio solo se realizará con fines académicos, en donde se respetarán absolutamente todas las dimensiones del ser integral incluyendo mi privacidad, así mismo he sido orientado con respecto a la forma adecuada de responder el cuestionario y que mi honestidad en él es primordial para la investigación, ya que pretende generar nuevo conocimiento respecto a la relación entre el tema y la población sujeto de estudio.

El objetivo del estudio es evaluar el efecto de un plan educativo en el autocuidado del paciente hipertenso. Los beneficios que representa el presente estudio, son: el paciente estará mejor educado, lo que contribuirá a ser un paciente más seguro con mejor adherencia a su tratamiento, igualmente contará con sesiones educativas para sus familiares lo cual fortalecerá el apoyo a su autocuidado, los riesgos presentes a esta intervención son mínimos y controlables ya que son clasificados como riesgos latentes comunes.

Después de leer, analizar y comprender el objetivo, los riesgos y beneficios que el estudio representa para mí y de la posterior resolución de dudas, declaro que en el día \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_ del año 2018, decidido participar voluntariamente del presente estudio, teniendo plena conciencia de que puedo retirarme en el momento que considere pertinente sin que esta acción tenga repercusiones a nivel de la investigación, académica y personal.

**FIRMA DEL PARTICIPANTE**

\_\_\_\_\_  
PARTICIPANTE  
CC.

**FIRMA DEL INVESTIGADOR**

\_\_\_\_\_  
EDGARDO RAMOS CABALLERO  
CC.