

Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial de la Fundación Médico Preventiva, San José de Cúcuta, 2004

MÓNICA PEÑALOZA GARCÍA*

Resumen

Estudio novedoso en la región, realizado por Enfermería con la finalidad de describir la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial, pertenecientes al convenio de magisterio e inscritos en el programa de patologías crónicas de la Fundación Médico Preventiva, San José de Cúcuta, 2004, según teoría del autocuidado planteada por Orem en 1993.

Investigación de tipo descriptivo, abordaje cuantitativo y corte transversal, que obtuvo muestra de 77 individuos cumpliendo con criterios de selección a los que se aplicó la escala para valoración de capacidades de agencia de autocuidado, desarrollada por Isemberg y Evers et. ál (1993), traducida al español por Gallegos (1) y adaptada por la Universidad Nacional de Colombia (2004), con enfoque en capacidades personales para satisfacer requisitos universales o necesidades básicas que favorecen un buen estado de salud.

Se observa una población de docentes activos y/o pensionados, con afiliación al sistema de seguridad social privilegiado (régimen de excepción), buen nivel cultural y preparación académica que permite comprender su enfermedad; así como estrato socioeconómico alto y convivencia con pareja estable, casados o en unión libre, que contribuye a emprender actividades para mantener su salud, prolongar su desarrollo personal y conservar su bienestar.

Finalmente, un promedio global de respuestas de la escala se tradujo en “muy buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población hipertensa; las personas del estudio tienen capacidad de discernir lo que pueden y deben hacer para regular sus necesidades y realizar actividades que cubran sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo.

Palabras clave: agencia de autocuidado, hipertensión arterial, enfermedad crónica.

Abstract

This new regional study was carried out by the Nursing division. It aims at describing the capability of self-care agency among people with arterial hypertension, according to the self-care theory posed by Orem in 1993. The participants were part of the agreement on health care service provision for teachers, and were listed in the Chronic Pathology Program of the Fundación Médico Preventiva, in San José de Cúcuta, in 2004.

The sample of this descriptive research, with a quantitative and cross-sectional approach, was made up of 77 individuals who met the selection criteria of the Appraisal of Self-Care Agency scale developed by Isenberg, Evers et al. (1993) –translated into Spanish by Gallegos (1998) and adapted by the Universidad Nacional de Colombia (2004)–, with a focus on personal capabilities to satisfy universal requirements or basic needs that favor healthiness.

A group of active and retired teachers affiliated to the privileged social security system (the regime of exceptions) is observed. They have a good cultural level and are academically prepared, which enable them to understand their illness. They also belong to a high socioeconomic group, and

* Producto de investigación presentado para optar al título de magíster en Enfermería con énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular. Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá monicapg7@yahoo.com

live with a single partner –whether married or cohabiting–, which contributes to practicing health promotion activities that extend their personal development and keep their well being.

Finally, an overall average of responses of the scale were translated into “Very good capabilities of self-care agency” among the hypertension population. The participants in the study have the capability of discriminating what they can and should do to satisfy their needs and carry out activities that cater for their self-care needs in time.

Key words: Self-care agency, arterial hypertension, chronic illness.

INTRODUCCIÓN

La enfermería, a través del tiempo, se está abriendo espacios cada vez más amplios en investigación como parte de la ciencia y se ha preocupado por observar los fenómenos producidos en cada experiencia de cuidado. En este tiempo, en que trabajar con calidad es una exigencia, las estrategias de supervivencia de las empresas de salud se diseñan para cubrir las necesidades más básicas y se exige que haya registro de las actividades realizadas, de las observaciones y de toda variable importante que aporte un dato para medir estadísticamente.

Durante muchos años, las enfermeras se han dedicado a cuidar la experiencia de salud-enfermedad de cada persona, y en las últimas décadas han registrado estas observaciones en trabajos de investigación sencillos y con resultados interesantes; pero en la región donde hicimos la investigación no hay indicios de preocupación por estudiar la capacidad de la persona para autocuidarse y prevenir de esta forma complicaciones, por observar el cuidado que proporciona Enfermería ni mucho menos el que realiza cada paciente o usuario de los servicios de salud, dentro de su propio estilo de vida, que es lo que indaga el presente estudio.

Con la hipertensión arterial, la enfermería contempla el manejo y control de factores de riesgo que pueden favorecer la aparición de complicaciones cardio-cerebro-vasculares. La hipertensión arterial se ha convertido en un problema público, debido a que cada vez son más las personas que sufren esa enfermedad; para que esta se manifieste deben existir previamente ciertas características físicas, ambientales, psicosociales y demás, que influyen para que la entidad se

presente y que responden a unas capacidades de agencia de autocuidado.

La teoría de Orem dice que la agencia de autocuidado se conceptualiza como poseedora de la forma de un grupo de habilidades humanas para la acción deliberada: la habilidad de atender a cosas específicas (lo que incluye la habilidad de excluir otras cosas) y de comprender sus características y el significado de las mismas; la habilidad de percibir la necesidad de cambiar o regular las cosas observadas; la habilidad de adquirir conocimiento sobre los cursos de acción o regulación adecuados; la habilidad de decidir qué hacer, y la habilidad de actuar para lograr el cambio o la regulación.

Esta investigación aporta información sobre las características de la población objeto de estudio, y describe las capacidades de agencia de autocuidado para el mantenimiento de consumo de alimento suficiente, el equilibrio entre actividad y reposo, el equilibrio entre soledad e interacción social, la prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal, y la promoción del funcionamiento y el desarrollo personal dentro de grupos sociales de acuerdo con el potencial humano y las limitaciones conocidas.

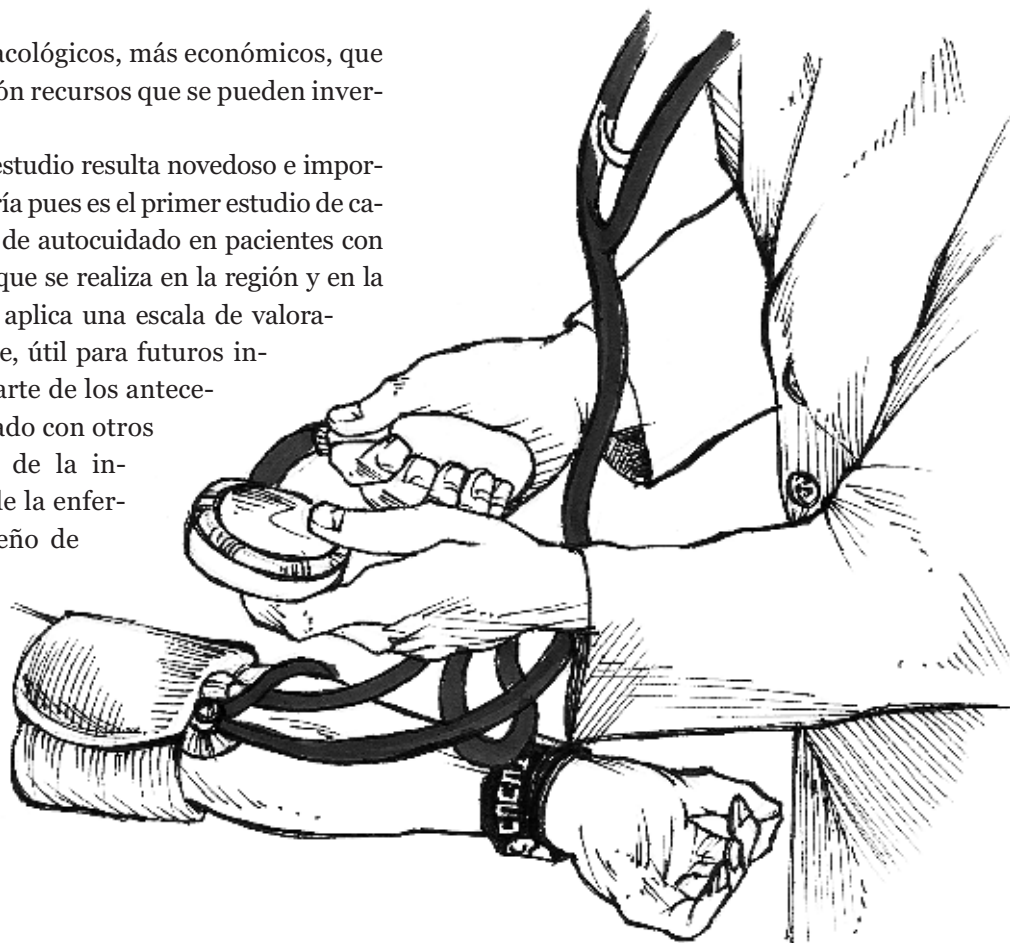
A nivel personal y social, un paciente que es capaz de suplir sus necesidades básicas de autocuidado y que siente que su enfermedad poco a poco mejora, se siente útil y sus niveles de autoestima y autoconcepto se elevan; en la medida que pueda participar en su propio cuidado, se motivará y acelerará su proceso de rehabilitación tanto física como mental y reducirá el riesgo de complicaciones por hipertensión arterial.

Además, ayudará a la familia a conocer cuáles son las actividades en las que el paciente requiere apoyo por medio de la participación de las personas más cercanas, con el fin de buscar la recuperación y adaptación social rápida, en convivencia con su enfermedad.

Como beneficio económico, después de valorada su capacidad de agencia de autocuidado, un paciente con hipertensión arterial se motivará a participar en actividades de promoción de la salud en compañía de su familia y personas más cercanas, y su estado anímico mejorará; de esta forma, se utilizarán medios de

tratamiento no farmacológicos, más económicos, que ahorren a la institución recursos que se pueden invertir en otros usuarios.

Así mismo, este estudio resulta novedoso e importante para la enfermería pues es el primer estudio de capacidades de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial que se realiza en la región y en la institución, donde se aplica una escala de valoración válida y confiable, útil para futuros investigadores como parte de los antecedentes, complementado con otros estudios que surjan de la inquietante actividad de la enfermería, y para el diseño de programas que estimulen la prevención de complicaciones desde una perspectiva de cuidado y que fomenten el autocuidado en estos pacientes crónicamente enfermos.



MÉTODOS

La investigación describe las características de la población objeto de estudio y de los cuidados de la patología que poseen los usuarios (tipo descriptivo), utiliza un instrumento de resultados numéricos (abordaje cuantitativo) y se realiza en un momento definido en el tiempo (corte transversal): noviembre de 2004.

Para el procedimiento de selección, se tuvieron en cuenta criterios de inclusión como: persona mayor de 30 años, afiliada al Convenio de Magisterio (régimen de excepción), consciente y orientada en sus tres esferas, que esté en capacidad de responder el instrumento, con diagnóstico de hipertensión arterial, sin otra patología asociada ni complicación, con cifras de tensión arterial mayor o igual de 140/90 mmHg, inscrita en el programa de patologías crónicas de la Fundación Médico Preventiva y que reciban atención en Cúcuta.

Diseño muestral probabilístico, de selección aleatoria simple de los elementos muestrales; a partir de un listado de 380 usuarios del programa identificados que cumplieron los criterios de inclusión, se procedió a seleccionar en forma aleatoria simple las personas que participaron en la investigación, ya que todos tuvieron la misma probabilidad de pertenecer al estudio (2), hasta completar 77 pacientes.

Con base en los 380 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, se tuvieron en cuenta parámetros estadísticos para hallar el tamaño de la muestra, como probabilidad de ocurrencia del 50%, un 95% de confianza y un error de estimación del 0,1; a partir de allí se seleccionaron los participantes a medida que se iban contactando para citarlos a la institución y estos aceptaban la invitación de participar en el estudio, hasta completar el número establecido para la muestra.

INSTRUMENTO

El instrumento que se utilizó fue la escala para la “valoración de las capacidades de autocuidado” desarrollada por Isenberg y Evers et ál. (óp. cit.); esta escala se derivó del concepto capacidades de autocuidado, desarrollado por Dorotea E. Orem (3).

La escala original se compone de 24 ítems con un formato de respuestas de cinco alternativas estilo Likert, donde el puntaje “totalmente en desacuerdo” significa el valor más bajo de capacidades de autocuidado y “totalmente de acuerdo” el más alto. Es una escala válida y confiable (mayor de 0,70 en casi la totalidad de los estudios) con diversas muestras de población, donde se ha establecido equivalencia entre el original y la traducción correspondiente.

En su versión original, la escala tiene un encabezado que orienta el diligenciamiento de la misma. La Universidad Nacional realizó una modificación del Instrumento adaptado al español, denominado “valoración de las capacidades de agencia de autocuidado”, con autorización de la doctora Gallegos de México en el año 2004, sin alterar los 24 ítems o afirmaciones que la conforman, pero eliminando una de las escalas evaluativas (3 - ni de acuerdo, ni en desacuerdo), que permitía al entrevistado ubicarse en un punto medio sin detenerse a pensar la realidad de sus cuidados.

En la traducción al español, la escala sufre un cambio en el orden de las afirmaciones que abordan o evalúan los requisitos universales de autocuidado, y queda de la siguiente forma:

Afirmación 9: Mantenimiento de un consumo de alimento suficiente.

Afirmaciones 3, 4, 6, 8, 11, 13, 20 y 24: Preservación de equilibrio entre actividad y reposo.

Afirmación 23: Mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social.

Afirmaciones 1, 2, 5, 7, 14, 15, 16, 17, 19, 21 y 22: Prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal.

Afirmaciones 10, 12 y 18: Promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales de acuerdo con el potencial humano y las limitaciones conocidas.

La evaluación del nivel de capacidades de agencia de autocuidado se hace sobre el puntaje posible obtenido, de 24 a 96 puntos en total. Estos valores se transforman a una escala que va en proporción de cero a 100%, donde los porcentajes más altos corresponden a mayor nivel de capacidades de agencia de autocuidado; la tabla de resultados se interpreta de la siguiente forma:

Tabla 1: Interpretación de los resultados de la escala adaptada según la Universidad Nacional de Colombia.

| Calificación | Puntaje escala | Significado | Porcentaje | Capacidades de agencia de autocuidado |
|--------------|----------------|--------------------------|------------|---------------------------------------|
| 1 | 1 - 24 | Totalmente en desacuerdo | 0 - 25% | Muy bajas |
| 2 | 25 - 48 | En desacuerdo | 26 - 50% | Bajas |
| 3 | 49 - 72 | De acuerdo | 51 - 75% | Buenas |
| 4 | 73 - 96 | Totalmente de acuerdo | 76 - 100% | Muy buenas |

Fuente: modificación de la escala de valoración de las capacidades de agencia de autocuidado, realizada por la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia y autorizada por la doctora Esther Gallegos en 2004.

En las técnicas y procedimientos para la recolección de la información se utilizó una escala estandarizada, que ya mencionamos, aplicada a la población objeto, durante noviembre de 2004.

La información sobre las respuestas de los pacientes a la aplicación del instrumento de “valoración de las capacidades de agencia de autocuidado” la recogió diariamente una auxiliar de investigación capacitada, hasta



completar la muestra. Se llamó a cada uno de los usuarios solicitando su presencia en la institución para responder personalmente el instrumento; este se aplicó a cada paciente el día que acudieron a la cita con la entrevistadora.

El instrumento se aplicó en sala de espera, antes de la consulta con médico o enfermería según correspondía al usuario para el control de ese mes; el usuario fue citado 15 minutos antes de la hora de la consulta programada, por lo tanto contó con tiempo suficiente para responder a cada una de las afirmaciones del instrumento.

De igual forma se incluyó un formulario para la caracterización de la población, que contiene algunos datos sociodemográficos y un consentimiento informado dentro del mismo, que cobran igual importancia al momento de la participación de los usuarios y del análisis de los datos obtenidos.

Al usuario se le explicó la finalidad del estudio y se obtuvo su aceptación para participar. Los usuarios mostraron interés en el estudio. Se diligenció a cada paciente el formulario de caracterización de la población y seguidamente se comenzaron a seleccionar las opciones en cada una de las 24 afirmaciones.

En alguna de ellas era necesario hacer claridad sin orientar la respuesta y finalmente se agradeció a cada uno de los participantes por acudir al llamado y diligenciar el instrumento personalmente.

La prueba piloto se realizó aplicando el instrumento en una muestra con las características del estudio elegidas al azar sobre la población seleccionada, las cuales no participaron en el estudio final.

La prueba piloto se realizó teniendo en cuenta la opinión de Sampieri (2), quien aconseja que para una población de 200 personas o más se debe aplicar a una muestra de entre 25 y 60 personas, y las recomendaciones hechas por la doctora Pilar Amaya de la Universidad Nacional de Colombia, quien aconseja que el número mínimo de elementos de la muestra nunca puede ser menor al número de ítems del instrumento a aplicar, que para este caso son 24.

Por lo tanto, recordando que la población total del estudio es de 380 usuarios, se toma para aplicar la prueba piloto el 10% de la misma que corresponde a 38 personas, cumpliendo con lo mencionado. El instrumento y el

formulario los aplicó en una semana una auxiliar de investigación entrenada para la recolección de la información.

Los usuarios tardaron en promedio 20 minutos para resolver la prueba en su totalidad; las preguntas fueron fácilmente entendibles y solo se hizo necesario reforzar a algunos usuarios que, por distracción, no entendieron algunas preguntas. El instrumento y el formulario fueron entregados al usuario personalmente y leídos en voz alta por la auxiliar de investigación para verificar que las afirmaciones se entendieran. Cada persona respondió el instrumento.

Hubo total colaboración y disposición de las personas encuestadas, las cuales aceptaron sin inconveniente el diligenciamiento de la información solicitada; algunos preguntaron por la utilidad del instrumento y su relación con la Fundación Médico Preventiva, lo que se resolvió satisfactoriamente.

Se considera que el momento de aplicación del instrumento fue clave, ya que los usuarios se encontraban a la espera en consulta externa y con el mayor ánimo de resolverlo ya que habían sido citados con anterioridad para hacerlo. Las afirmaciones que componen cada uno de los ítems se entendieron con facilidad.

El sitio donde se aplicó (sala de espera de consulta externa de programas especiales) no es el mejor, ya que hay ruidos externos como el del televisor, el altavoz, el murmullo de los usuarios presentes y demás que distraen al encuestado; así mismo, como los usuarios fueron citados a diferentes horas para su consulta, se repitió la acción tantas veces como fue necesario hasta terminar la recolección de la prueba.

Acorde a esta información, se realizaron los ajustes respectivos para que la aplicación del instrumento a la muestra del estudio se hiciera en un consultorio que estuviera libre de distractores visuales y auditivos externos y permitiera concentración para optimizar el tiempo y desocupar rápidamente al usuario entrevistado.

Se observó que usuarios con otras patologías e incluso hipertensos que no cumplen los criterios de inclusión, presentes en sala de espera, mostraron su interés en participar del estudio, el cual les pareció importante. El consentimiento informado se manejó dentro del instrumento adjunto de otras variables y todas

las personas aceptaron participar en el estudio. No quedaron preguntas sin respuesta dentro de los instrumentos aplicados.

Los resultados de la prueba piloto encontrados después de la aplicación del formulario fueron los siguientes, dentro de la caracterización de la población:

La mayor parte de la población que participó en la prueba piloto se encuentra entre 41 y 50 años y entre 51 y 60 años, con un 47% y un 24% del total, respectivamente.

Hubo 53% de hombres y 47% de mujeres participantes en la prueba piloto.

El nivel socioeconómico de la población del estudio es superior al estrato 3, lo que se traduce en mejores condiciones para satisfacer sus necesidades.

El 68% de la población es cotizante, maestros o docentes activos y un 4% pensionados; el resto de la población participante es beneficiaria.

Los usuarios entrevistados tienen preparación académica: 34% son profesionales universitarios y 42% ya han hecho posgrado para mejorar el escalafón en el magisterio.

La mayor parte de los usuarios que participaron en la prueba piloto son casados (55%) o viven en unión libre (21%), lo que significa que tienen una persona que los acompaña en su vida diaria.

Teniendo en cuenta la valoración de las capacidades de agencia de autocuidado, se obtuvo que, según el análisis general de la escala de Likert, el promedio de las respuestas en la población seleccionada tiene una calificación de 3, con un puntaje de 70, que significa "en acuerdo". A la transformación del puntaje a proporción, se obtiene un 73%, que se traduce en "buenas" capacidades de agencia de autocuidado del grupo estudiado.

El estudio tuvo el riesgo de una inadecuada interpretación de las preguntas por parte del usuario, lo cual se controló explicando las preguntas enunciadas, a medida que se iban leyendo en voz alta en el instrumento, sin orientar las respuestas por parte de la auxiliar de

La enfermería, a través del tiempo, se está abriendo espacios cada vez más amplios en investigación como parte de la ciencia y se ha preocupado por observar los fenómenos producidos en cada experiencia de cuidado.

investigación, sino por el mismo usuario. Otro riesgo que va de la mano con este es el de inducir las respuestas al intentar explicar al paciente las afirmaciones del instrumento.

ASPECTOS LEGALES Y PRINCIPIOS ÉTICOS

Para efectos de esta investigación se tuvo en cuenta la participación voluntaria de las personas que intervinieron previa explicación de los objetivos y beneficios del presente estudio, retomando las "normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud", estipuladas en la Resolución 08430 de 1993, expedida por la Dirección del Desarrollo Científico y Tecnológico del Ministerio de Salud. En la presente investigación no hubo manipulación biológica, física, social o psicológica que implicara riesgo para el paciente.

Al respecto se entregó un consentimiento informado a los pacientes participantes en el estudio. Así mismo la investigadora y la auxiliar de investigación guardaron la discreción y ética profesional que se requiere para el manejo concreto de la información.

De igual manera, se consideró importante mencionar en el estudio la Ley 91 de 1990, que define la forma y condiciones de operación del régimen de excepción del magisterio (Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud), debido a que la población objeto de estudio pertenece a este régimen, diferente al de Ley 100 de 1993.

Es importante tener en cuenta la Ley 266 de 1996 que reglamenta el ejercicio de la enfermería, debido a que contiene la autorización para realizar investigación y documentar cada día más el quehacer de la enfermería.

Los principios éticos que se tuvieron en cuenta en el estudio fueron servicio, responsabilidad y veracidad, secreto profesional, respeto a la vida privada y a la autonomía, imagen ante la sociedad, confidencialidad, consentimiento informado, beneficencia, y no maleficencia.

Una limitación fue el tiempo invertido para la recolección de la información de la muestra, ya que la investigadora se encontraba trabajando y permanecía más tiempo fuera de la ciudad, lo que hacía que los días y horas invertidos en la aplicación del instrumento se vieran que aprovechar al máximo y necesitara apoyarse en una auxiliar de investigación entrenada.

ESTADÍSTICA

Para el análisis de los resultados se utilizó el sistema operativo de Excel mediante tablas dinámicas y se presentaron los resultados en tablas, gráficos circulares e histogramas con su respectivo análisis.

En el tipo de análisis y medidas se tiene que las puntuaciones de las escalas de valoración de las capacidades de agencia de autocuidado, adaptadas por la Universidad Nacional, se obtuvieron sumando los valores contenidos respecto de cada frase, lo que se denominó escala aditiva.

La puntuación se considera alta o baja según el número de ítems o afirmaciones resueltas y las opciones escogidas. No debe quedar ninguna afirmación sin respuesta.

La escala de Likert es de medición ordinal, aunque a veces se trabaja como de intervalo, que es el caso del presente estudio, donde se establecen unos intervalos y su significado dentro del puntaje obtenido, que se relaciona con la opción de respuesta que más se repite en el instrumento, el cual se convierte a

porcentaje y adquiere un significado (2) dentro de las capacidades de agencia de autocuidado que establece la escala de valoración de las mismas, de acuerdo con la tabla 3 de interpretación de los resultados de la escala adaptada según la Universidad Nacional.

Se utilizó la estadística descriptiva, cuya tarea fue describir los datos, valores y puntuaciones obtenidos en cada variable según la frecuencia con que se presentaron en cada una de las afirmaciones.

La estadística descriptiva formula reglas y procedimientos para la presentación de una masa de datos en una forma más útil y significativa, y establece normas para la representación gráfica de los datos. Estos son una base importante para el análisis en casi todas las disciplinas académicas.

Inicialmente, las características sociodemográficas de la muestra se presentan en gráficos con su respectivo análisis; las afirmaciones de la escala se estudian desde la estadística descriptiva.

Así pues, la información de las capacidades de agencia de autocuidado se presenta en tablas o cuadros. Dentro de esos cuadros de análisis de las respuestas en cada una de las afirmaciones, se muestra en el primer reglón, de la tabla la frecuencia con que se repite la respuesta a una misma variable, en el segundo reglón aparecen los puntajes que se derivan de multiplicar el número de veces que se repite la respuesta por el valor de la misma, como en el siguiente ejemplo:

Tabla 2. Afirmación 2. Rara vez verifico si las formas habituales de mantenerme con salud son buenas.

| 1 | 2 | 3 | 4 | Total | Promedio |
|-------------------------|----------------------|-------------------|----------------------|--------------|-----------------|
| Total desacuerdo | En desacuerdo | De acuerdo | Total acuerdo | | |
| 5 | 26 | 29 | 17 | 77 | Frecuencia |
| 5 | 52 | 87 | 68 | 212 | 3 |

Una afirmación tiene respuesta de 3 (“de acuerdo”) que se repite 29 veces entre la población estudiada. El valor de esta se obtiene de multiplicar los dos valores

(29*3) que da un puntaje de 87. Este a su vez se suma con los demás resultados (5 + 52 + **87** + 68 = 212) y se divide por el total de los instrumentos aplicados que

para el caso es 77 según la muestra, con un promedio de respuesta (3) que se traduce en “buenas capacidades de agencia de autocuidado” en la afirmación 2. De la misma forma se interpreta el resto de afirmaciones.

Posteriormente se realiza un análisis según el significado que tenga en cada grupo de afirmaciones, teniendo en cuenta los requisitos de autocuidado que se mencionaron anteriormente en la descripción del instrumento, como “mantenimiento en el consumo de alimento suficiente”; “equilibrio entre actividad y reposo”; “equilibrio entre soledad e interacción social”; “prevención de riesgos para la vida humana”, y “promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales acorde al potencial humano y a las limitaciones conocidas”.

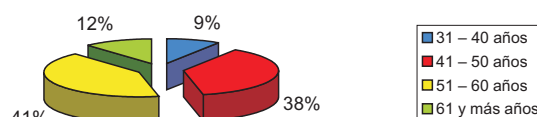
De esta forma se da una visión de las capacidades de agencia de autocuidado de la población según los requisitos anteriores. Así mismo, a los datos de la escala de Likert se le extraen los datos de moda, mediana, media, rango y desviación estándar, lo cual arroja una interpretación global de la escala aplicada a toda la muestra. Finalmente, se realiza una sumatoria total de las respuestas del instrumento organizadas en la escala de Likert, y se obtiene un total que se divide por la población estudiada, lo cual da un valor promedio que debe ser transformado por regla de tres simple.

Por ejemplo, si la sumatoria de las respuestas de todos los instrumentos fue 7.084, este resultado se divide por el número total de instrumentos aplicados (77) y se obtiene un total de 92 puntos que significaría “total acuerdo”. Sin embargo, se debe transformar a porcentaje para que se pueda interpretar el nivel de capacidades de agencia de autocuidado en la población estudiada, que se realiza por regla de tres simple teniendo en cuenta que el puntaje 96 en la escala representa el 100% dentro de las capacidades de agencia de autocuidado; por lo tanto, el puntaje de 92 correspondería al 96% de las capacidades de agencia de autocuidado, que se traduciría en “muy buenas”. Posteriormente, de estos resultados se obtienen datos de estadística descriptiva de la escala de Likert analizados según fórmulas, lo cual nos da una interpretación global del estudio.

RESULTADOS

Características sociodemográficas de la muestra

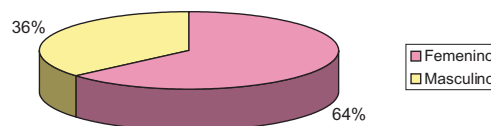
Clasificación de la población según edad



Gráfica 1: Clasificación de la población según edad.

Se observa que un alto porcentaje de la población se encuentra entre 51 y 60 años (41%) y un 38% con edades entre 41 y 50 años. Esto se confirma con el texto revisado, el cual menciona que las cifras de tensión arterial aumentan con la edad y lógicamente se encuentra un mayor número de hipertensos en los grupos de más edad. Para el caso de usuarios del magisterio, se presenta antes de los 65 años, la más alta frecuencia de personas con hipertensión arterial según la bibliografía consultada. Esto indica que existen otros factores de riesgo para que se presente este fenómeno, pero no es objeto de la presente investigación.

Clasificación de la población según sexo

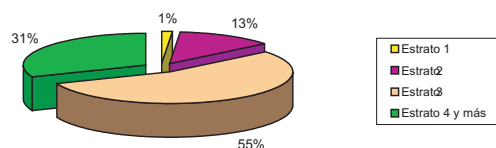


Gráfica 2. Clasificación de la población según sexo.

Se observa que la mayor parte de la población es de sexo femenino (64%). Hubo mayor participación femenina que masculina en el estudio, aunque hay cantidades equitativas de ambos sexos. Se debe recordar que las

mujeres, a partir de la menopausia, presentan igual riesgo de hipertensión arterial que los hombres.

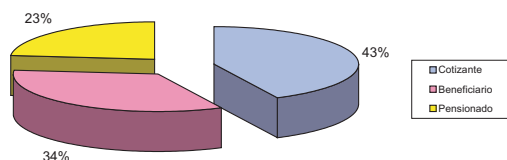
Clasificación de la población según nivel socioeconómico



Gráfica 3. Clasificación de la población según nivel socioeconómico.

Se observa que la población participante cuenta con buenas condiciones socioeconómicas, ya que un 55% de los encuestados es de estrato 3 y un 31% de estrato 4 en adelante. Se presume que pueden tener mejores posibilidades de adquirir lo necesario para satisfacer sus necesidades básicas y autocuidarse.

Clasificación de la población según tipo de afiliación



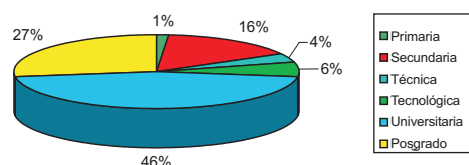
Gráfica 4. Clasificación de la población según tipo de afiliación.

Se observa que la mayor parte de la población se encuentra como cotizante, bien sea como activo (43%) o como pensionado (23%), y solo un 34% es población beneficiaria.

Esto reporta que la presencia de la enfermedad se encuentra más en los docentes activos que en los pensionados; y es superior que en personas que tienen otra profesión u oficio, que puede relacionarse con el tipo de

actividad que realizan. De igual forma, tienen todos los beneficios del régimen especial de salud dentro de la empresa donde se realizó el estudio.

Clasificación de la población según grado de escolaridad

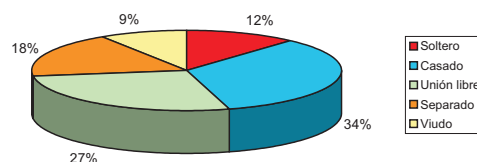


Gráfica 5. Clasificación de la población según grado de escolaridad.

Se observa que el 46% de la población participante tiene estudios universitarios y un 27% posee estudios de posgrado. Esto se debe a la búsqueda del escalafón dentro de sus trabajos, lo cual representa mejores ingresos económicos.

Solo un pequeño porcentaje (1%) cuenta con estudios primarios, que corresponde a población beneficiaria; el resto tiene desde estudios secundarios hasta posgrado. Esta condición académica permite entender el autocuidado como un estilo de vida y hace más fácil la aplicación de la escala de valoración.

Clasificación de la población según estado civil



Gráfica 6. Clasificación de la población según estado civil.

Se observa que el 34% de la población participante son casados y un 27% viven en unión libre, lo que muestra que conviven con una persona que puede servirles de

apoyo en un momento determinado. El resto de la población es soltera, separada o viuda, lo que implica el no tener una pareja de apoyo dentro de su proceso de enfermedad crónica, pero sí algunos familiares, no identificados dentro del presente estudio, que pueden servirles de compañía y soporte para su cuidado.

VALORACIÓN DE LAS CAPACIDADES DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO

Valoración por cada una de las afirmaciones

Teniendo en cuenta las respuestas en cada una de las afirmaciones del instrumento, se obtuvieron los siguientes resultados:

Afirmación 1: el promedio de respuestas es de 4, que significa “total acuerdo”, lo que se traduce en “muy buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada, con relación a que las personas sí pueden hacer ajustes para mantenerse con salud, lo cual resulta beneficioso si se llegara a realizar un programa para estimular e inducir el autocuidado.

Afirmación 2: el promedio de respuestas es de 3, que significa “de acuerdo”, lo que se traduce en “buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada, con relación a que pocas veces verifican si son buenas las formas habituales de mantenerse con salud. Son personas que confían en que su estilo de vida les proporciona salud, sin detenerse a pensar qué tan cierto es.

Afirmación 3: se observa que el promedio de respuestas es de 3, que significa “de acuerdo”, lo que se traduce en “buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada, con relación a los cambios que pueden hacer si tienen problemas para moverse. Es población creativa que por lo general cuenta con apoyo familiar y de pareja.

Afirmación 4: el promedio de respuestas es de 4, que significa “total acuerdo”, lo que se traduce en “muy buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada, que tienen buenos hábitos de higiene y que manifiestan que pueden hacer lo que se necesite para mantener limpio su alrededor. Algunas

personas tienen en sus hogares quién les ayude a realizar las labores domésticas de limpieza, otras las realizan ellos mismos y en sus sitios de trabajo hay personal de servicios generales.

Afirmación 5: el promedio de respuestas es de 4, que significa “total acuerdo”, lo que se traduce en “muy buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada, ya que son personas que luchan por conseguir los permisos para asistir a sus consultas, para realizarse exámenes, mantienen una buena comunicación con el personal de la IPS que los atiende para acceder a los servicios; además realizan actividades recreativas para mantenerse con salud.

Afirmación 6: el promedio es de 2, que significa “en desacuerdo”, pero frente a una afirmación negativa, por lo tanto se traduce en “buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada, con relación a que se observan personas con buena energía y disposición para emprender actividades que deriven en cuidado personal.

Afirmación 7: el promedio es de 4, que significa “Total Acuerdo”, lo que se traduce en “muy buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada, con relación a que pueden buscar mejores formas de cuidar su salud, acorde a las condiciones económicas que poseen según los ingresos que les proporciona el escalafón al que pertenecen.

Afirmación 8: el promedio de respuestas es de 4, que significa “total acuerdo”, lo que se traduce en “muy buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada, con relación a que es muy importante para la persona tener buenos hábitos de higiene corporal diaria, por eso puede cambiar la frecuencia con que se baña, con tal de mantenerse limpio, en especial en un clima cálido como el de la ciudad de residencia, donde es necesario refrescarse y aarse con mayor frecuencia en el día.

Afirmación 9: el promedio de respuestas es de 3, que significa “de acuerdo”, lo que se traduce en “buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada, con relación a que pueden alimentarse adecuadamente porque tienen los recursos para hacerlo, incluso realizan dietas de manera que su

peso se mantenga en lo correcto, sobre todo después del diagnóstico de la patología crónica.

Afirmación 10: el promedio de respuestas es de 3, que significa “de acuerdo”, esto traduce que hay “buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada, nos da a entender que son ellos mismos los que en la mayor parte del tiempo o en cualquier situación con relación a la institución que les presta el servicio de salud, logran mantener su nivel de exigencia para mantenerse tal como es.

Afirmación 11: el promedio es de 3, que significa “de acuerdo”, pero es una afirmación negativa, por lo tanto se traduce en “malas capacidades de agencia de autocuidado”, con relación a que a veces piensan en hacer ejercicio y descansar durante el día, pero sus ocupaciones (algunos tienen varios trabajos durante el día) les quitan tiempo y nunca lo hacen.

Afirmación 12: el promedio de respuestas es de 3, que significa “de acuerdo”, que se traduce en “buenas capacidades de agencia de autocuidado”, con relación a que los usuarios tienen amigos y compañeros de trabajo antiguos a quienes buscan cuando necesitan ayuda; cuentan con un sindicato (conformado por personas allegadas y de confianza) que los atiende y los ayuda a cubrir algunas de sus necesidades en salud, trabajo y garantías de vida.

Afirmación 13: el promedio de respuestas es de 2, que significa “en desacuerdo”, pero frente a una afirmación negativa, por lo tanto se traduce en “buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada, con relación a que tienen el tiempo y las condiciones para poder dormir suficientemente y sentirse descansados.

Afirmación 14: el promedio de respuestas es de 2, que significa “en desacuerdo”, pero frente a una afirmación negativa, por lo tanto se traduce en “buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población

estudiada; es una población usuaria que indaga, investiga y pregunta todo acerca de su salud, sus tratamientos y los mecanismos para ponerse bien. Son inquietos y por su nivel cultural solicitan explicación de los procedimientos y manejos realizados por el personal de salud que los atiende en la IPS de referencia.

Afirmación 15: el promedio de respuestas es de 3, que significa “de acuerdo”, pero frente a una afirmación negativa, por lo tanto se traduce en “bajas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada, con relación a que no revisan su cuerpo para saber si hay algún cambio, esperan asistir a la consulta cuando ya se sienten mal o alguien los alerta del potencial problema de salud que se derivaría de algún cambio que otras personas notan. A pesar de ser tan exigentes, hay usuarios que no se realizan exámenes periódicos para conocer su estado de salud, como citología vaginal, revisión odontológica, examen de mama, etc.

Afirmación 16: el promedio de respuestas es de 3, que significa “de acuerdo”, lo que se traduce en “buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada, con relación a que han podido cambiar hábitos arraigados en muchas oportunidades y actualmente estarían decididos a hacerlo si con ello mejora su salud ya que tienen voluntad y cuentan con el apoyo de sus familiares.

Afirmación 17: el promedio de respuestas es de 4, que significa “total acuerdo”, lo que se traduce en “muy buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada, con relación a que siempre preguntan al personal de salud e investigan en libros y en Internet sobre los efectos indeseables de los medicamentos y lo discuten, si es necesario, para que se los cambien en caso de sentir algún signo o síntoma no deseado; además, exigen que se les entregue siempre lo mejor y lo que tenga aprobación por las autoridades competentes en salud.

Este estudio resulta novedoso e importante para la enfermería pues es el primer estudio de capacidades de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial que se realiza en la región y en la institución, donde se aplica una escala de valoración válida y confiable, útil para futuros investigadores.

Afirmación 18: el promedio de respuestas es de 4, que significa “total acuerdo”, lo que se traduce en “muy buenas capacidades de agencia de autocuidado”, con relación a que siempre están pendientes de su familia y sus necesidades, utilizan los servicios de salud con cierta frecuencia, y se observa a usuarios con seguros de vida que los protegen en caso de otras contingencias.

Afirmación 19: el promedio de respuestas es de 4, que significa “total acuerdo”, lo que se traduce en “muy buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada, con relación a que los pacientes evalúan la efectividad de las actividades que realizan ellos mismos con ayuda de los profesionales de la salud y los servicios que reciben en la IPS cuando solicitan atención con total honestidad, para mantenerse con salud.

Afirmación 20: el promedio de respuestas es de 3, que significa “de acuerdo”, pero frente a una afirmación negativa, por lo tanto se traduce en “bajas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada, con relación a que en medio de la actividad realizada a diario no pueden sacar el tiempo para hacer actividades de autocuidado, como alimentación, recreación, higiene y demás, porque pasan el día pendientes de su trabajo.

Afirmación 21: el promedio de respuestas es de 4, que significa “total acuerdo”, lo que se traduce en “muy buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada, con relación a que pueden conseguir información necesaria ya que tienen los medios para consultar bibliografías y poseen la actitud de preguntar a los profesionales de la IPS que los atiende si su salud se ve amenazada.

Afirmación 22: el promedio de respuestas es de 3, que significa “de acuerdo”, lo que se traduce en “buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada, con relación a que son personas que viven acompañadas de familia y allegados, además cuentan con compañeros y amigos a quienes solicitar ayuda si no pueden cuidarse a sí mismos.

Afirmación 23: el promedio de respuestas es de 3, que significa “de acuerdo”, pero es una afirmación negativa, por lo tanto se traduce en “bajas capacidades de

agencia de autocuidado” de la población estudiada, con relación a que pocas veces pueden tomar tiempo para sí mismos, por el trabajo y otras actividades académicas que aparentemente no les permiten tener sus espacios.

Afirmación 24: el promedio de respuestas es de 3, que significa “de acuerdo”, lo que se traduce en “buenas capacidades de agencia de autocuidado” de la población estudiada, con relación a que aún con limitaciones para moverse tienen la voluntad y el ánimo para realizar actividades de cuidado tal cual les gusta.

Valoración por grupo según significado

Realizando una revisión de los totales, según el significado de cada variable que evalúa el instrumento y de acuerdo con la calificación encontrada, se realiza el siguiente análisis:

Se observa que la muestra estudiada tiene “buenas capacidades de agencia de autocuidado” relacionado con la variable de “mantenimiento en el consumo de alimento suficiente”, según las respuestas a la afirmación 9 cuyo promedio fue de 3,54.

Lo anterior se refiere a que la muestra estudiada tiene una actitud positiva frente al mantenimiento en el consumo de alimento suficiente y significa que pueden cuidarse en la alimentación tomando en cuenta las recomendaciones nutricionales de suficiencia, balance y equilibrio en el tipo, calidad y cantidad de comida que se consume, independientemente del lugar, hora o circunstancia en la que se encuentren.

La actitud hacia la variable de “equilibrio que existe entre actividad y reposo” es de “buenas capacidades de agencia de autocuidado”, que muestran las afirmaciones 3, 4, 6, 8, 11, 13, 20 y 24, cuyo promedio de respuesta fue de 3,38; los usuarios estudiados tienen más actitud hacia la actividad que hacia el reposo.

En esta variable se observa una actitud positiva frente al equilibrio que existe entre actividad y reposo, que dentro del grupo de usuarios representa que están pendientes de su salud, son activos y hacen cambios en su estilo de vida, limpian su entorno, hacen su aseo personal y se alimentan adecuadamente con la finalidad de mantener su peso y conservar la actividad (por el trabajo docente de la gran mayoría de los usuarios,

el cuidado de niños, adolescentes y jóvenes a los que enseñan les permite sentirse activos y mantenerse).

Se observa que la muestra estudiada tiene “buenas capacidades de agencia de autocuidado” relacionado con la variable de “equilibrio entre soledad e interacción social”, según las respuestas a la afirmación 23, cuyo promedio fue de 3,46.

En la anterior variable se observa una actitud positiva frente al equilibrio entre soledad e interacción social cuando la persona puede manejar la situación para mantenerse tal y como es, si es necesario, en cualquier circunstancia. Son pacientes que tratan a diario con otras personas (alumnos, padres de familia, amigos, particulares, etc.) y que proyectan una imagen de aparente respeto, la cual tratan de conservar en todo lugar y a cualquier hora. Son personas extrovertidas que a veces desean tiempo para ellos, para meditar, sentirse solos, lo que no logran por su trabajo, entonces aprenden a disfrutar de la compañía de la gente que los rodea. Interactúan socialmente más que el tiempo que pasan solos en sus hogares o en otros momentos de su vida.

La actitud hacia la variable de “prevención de riesgos para la vida humana” es de “buenas capacidades de agencia de autocuidado”, que muestran las afirmaciones 1, 2, 5, 7, 14, 15, 16, 17, 19, 21 y 22, cuyo promedio de respuestas fue de 3,10.

Lo anterior se refiere a una actitud positiva frente a la prevención de riesgos para la vida humana, cuando la persona es capaz de hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, recurrir a amigos cuando necesita ayuda, dormir suficientemente para sentirse descansado, investigar sobre su salud, revisar su cuerpo, cambiar hábitos, tomar medidas para asegurar que la familia y él mismo estén seguros, valorar la efectividad de lo que hace para mantenerse con salud y tomar tiempo para cuidarse. Son pacientes a quienes les gusta sentirse seguros y aunque haya la presencia de una enfermedad crónica, buscan la forma de estar bien y de recuperar la salud y el bienestar perdido, resguardando siempre a la familia y los allegados para que no les pase nada.

La actitud hacia la variable de “promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales, acorde al potencial humano y a las limitaciones

conocidas”, es de “bajas capacidades de agencia de autocuidado” que muestran las afirmaciones 10, 12 y 18, cuyo promedio de respuestas fue de 2,93.

Lo anterior se refiere a una actitud negativa frente a la promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales, acorde al potencial humano y a las limitaciones conocidas, cuando la persona es capaz de buscar ayuda si no puede cuidarse a sí misma, tomar tiempo para sí misma y cuidarse como le gusta. Este resultado muestra que los pacientes hipertensos tienen dificultades para invertir tiempo en su cuidado, y por su actividad les cuesta un poco buscar ayuda para que otro realice las labores de cuidado cuando él no puede, lo que los incomoda y los hace sentir mal.

Valoración global de la escala de valoración de las capacidades de agencia de autocuidado

Esto se puede interpretar teniendo en cuenta que se aplicó la escala de valoración de las capacidades de agencia de autocuidado, adaptada por la Universidad Nacional de Colombia, a 77 personas, y se obtuvo un total de 1.848 respuestas; según las frecuencias con que se repetían se observó que 68 fueron por la opción 1 o “total desacuerdo”, 348 se respondieron con la opción 2 o “en desacuerdo”, 632 respuestas se inclinaron por la opción 3 o “de acuerdo” y 800 respuestas fueron por el ítem 4 o “total acuerdo”.

También se obtuvo un promedio de las respuestas escogidas por cada usuario de la escala de valoración en todos los instrumentos aplicados, con una calificación de 3,2, que significa “total acuerdo”. De igual forma, se hizo la sumatoria del total de respuestas de las 24 afirmaciones en los 77 instrumentos aplicados, que fue de 5.860, con un promedio de 76,1 puntos por cada usuario.

Así mismo, a la conversión en porcentaje de acuerdo con la tabla 3, de interpretación de los resultados de la escala, adaptada según la Universidad Nacional, se obtuvo un 79,3%, que lo ubica entre el 76% y el 100%, que referencia “muy buenas capacidades de agencia de autocuidado” en general para la población estudiada.

Tabla 3. Interpretación de la escala.

| Calificación | Puntaje escala | Significado | Porcentaje | Capacidades de agencia autocuidado |
|--------------|----------------|---------------|------------|------------------------------------|
| 3,2 | 76,1 | Total acuerdo | 79,3% | Muy buenas |

De acuerdo con las medidas estadísticas propuestas, se obtuvieron los siguientes datos para una interpretación descriptiva del estudio:

La moda es la categoría que más se repite, para el caso fue la respuesta 4, traducándose en que las personas del estudio se inclinan por escoger la alternativa “total acuerdo”, que significa unas “muy buenas capacidades de agencia de autocuidado” para gran parte de la población.

Esto se confirma al observar los resultados de los ítems con respuesta en las categorías del instrumento, donde la mediana es de 3, lo cual manifiesta la tendencia de las personas hacia los valores altos de la escala, traducándose de igual forma en la inclinación hacia las “buenas capacidades de agencia de autocuidado”.

Al revisar el promedio (media) de respuesta las personas se ubican en 76,1, que significa “de acuerdo”, y al transformarlo equivale al 79,3% que se refiere a “muy buenas capacidades de agencia de autocuidado”, de modo que se continúa con la buena actitud hacia el autocuidado.

Existe una dispersión baja de 0,69 de desviación estándar, lo cual ubica las respuestas entre 75,4 y 76,8 puntos o “total acuerdo”, que lo ubican en el porcentaje de “muy buenas capacidades de agencia de autocuidado” y que se traduce en una tendencia favorable hacia los comportamientos de autocuidado.

El puntaje más alto de la escala, al realizar la sumatoria de respuestas en los 77 instrumentos aplicados, fue de 89,6, que equivale al 93%, y el más bajo de 62,5, que equivale al 65%. En ambos se observa la tendencia hacia las “muy buenas” y “buenas” capacidades de agencia de autocuidado, respectivamente, de la población participante.

El rango entre los puntajes más altos y más bajos de la escala de valoración de las capacidades de agencia de autocuidado es de 27,1, lo cual muestra que

es poca la diferencia entre los puntajes seleccionados por la población y se ubican en el área más elevada de la escala sin afectar el resultado hacia las capacidades de agencia de autocuidado, y puede significar que la población estudiada presente una actitud similar y uniforme; comparado con el rango real de la escala, que es de 72 puntos (bastante amplio), resultante de la diferencia entre el puntaje mayor, 96, y el puntaje menor, 24, mostraría diferencias significativas entre la actitud de una persona con otra en el grupo de referencia.

DISCUSIÓN

La muestra estudiada hace parte de una población con buen nivel cultural y buena preparación académica que le permite comprender más su enfermedad; un nivel socioeconómico alto que contribuye a emprender, con pocas limitaciones financieras, las actividades que deben realizar para mantener su salud, prolongar su desarrollo personal y conservar su bienestar.

La mayor parte de esta población son docentes activos y/o pensionados, lo que permite comprender mejor su ambiente de trabajo para que desde allí se puedan planear las estrategias para el manejo y control de la enfermedad hipertensiva y la prevención de sus complicaciones.

Poseen un tipo de afiliación al sistema de seguridad social privilegiado (régimen de excepción) que le permite tener acceso a programas y servicios que normalmente no tienen los usuarios de otros regímenes, como el programa de patologías crónicas con suministro de medicamentos fuera del POS, si es necesario de forma permanente y con controles médicos programados. Son atendidos en la sede Cúcuta para recibir su tratamiento farmacológico, y si viven en otro municipio, se le envía a su sitio de residencia.



Se observa igualmente, dentro de la caracterización de la población objeto de estudio, que son personas maduras, mayores de 40 años, que conviven con una pareja estable, casados o en unión libre, lo que les permite compañía y apoyo para realizar sus actividades.

Los usuarios hipertensos exclusivos, pertenecientes al convenio del magisterio e inscritos en el programa de patologías crónicas de la Fundación Médico Preventiva, poseen “muy buenas capacidades de agencia de autocuidado”, lo que se traduce en un alto porcentaje que refleja una actitud favorable frente a las capacidades de agencia de autocuidado; se observan pocas respuestas negativas en la tabulación de los datos del instrumento aplicado.

Las personas del estudio tienen la capacidad de discernir lo que pueden y deben hacer para la regulación de sus necesidades y para realizar actividades de cuidado con el fin de cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo. En los sujetos del estudio que respondieron la escala de “valoración de capacidades de agencia de autocuidado” se observó que hombres y mujeres comparten acciones para mantener su vida, su salud, su desarrollo personal y la conservación de su bienestar.

Según los hallazgos del estudio, los usuarios presentan actitudes positivas frente al autocuidado cuando muestran que pueden cuidarse en la alimentación, conservar el equilibrio entre actividad y reposo, interactuar socialmente más que el tiempo que pasan solos en sus hogares o en otros momentos de su vida, sentirse seguros, y aunque haya presencia de una enfermedad crónica, buscan la forma de estar bien y de recuperar la salud y el bienestar perdido, resguardando siempre a la familia y los allegados para que no les pase nada.

La percepción que tienen los usuarios de las actividades de autocuidado es que estas hacen parte de su rutina y se identifican fácilmente; para la población hipertensa que participó en el estudio esto significa que pueden realizarlas sin incurrir en costos adicionales y que solo deben ajustar un poco su estilo de vida para lograr los resultados óptimos que redunden en salud y bienestar. Además, conocen su patología y reciben atención dentro de un programa especial, lo que les permite asumir con responsabilidad sus cuidados.

Esta percepción de los usuarios se compara con la teoría de Orem que dice que la agencia de autocuidado se conceptualiza como poseedora de la forma de un grupo de habilidades humanas para la acción deliberada, lo cual requiere que los pacientes hipertensos del estudio atiendan situaciones específicas que hacen parte de su diario vivir y a las cuales no dan suficiente atención, y que tienen el poder de cambiar actitudes y de adquirir conocimientos para controlar su bienestar.

En el estudio con pacientes hipertensos no se encontró ningún usuario con una calificación de su instrumento con bajas o muy bajas capacidades de agencia de autocuidado, ya que en su gran mayoría presentaban prácticas adecuadas muy comunes.

La información sobre capacidades de agencia de autocuidado en la población hipertensa exclusiva de la Fundación Médico Preventiva se obtuvo al indagar sobre el estilo de vida de las personas cuando se aplicó el instrumento de valoración de esas capacidades, y se aprovechó para reforzarlas en la medida en que se sostenía la conversación. Esta entrevista estimuló la participación del usuario en actividades institucionales, lo cual permite que la población comprenda la importancia del autocuidado y busque una buena salud.

La participación contrasta con el estudio de Fuentes, “Autocuidado del paciente cardiovascular”, que destacó la importancia que tiene el promover y llevar a cabo el fomento de la salud, propiciando el autocuidado del paciente cardiovascular, con el fin de lograr individuos independientes, responsables de su salud y sobre todo con un buen nivel de calidad de vida.

Según los hallazgos de la investigación relacionados con el cuidado del paciente con hipertensión arterial, surgen las siguientes recomendaciones:

- De carácter asistencial ambulatorio y hospitalario
 - Recuperar la actuación de enfermería en las instituciones de salud, permitiendo que la valoración de las capacidades de agencia de autocuidado de los pacientes derive unos diagnósticos y por consiguiente unos planes de cuidado que intervengan de manera directa en el estilo de vida de la población usuaria para lograr un mejoramiento de su estado físico y, por ende, la reducción de los costos económicos y sociales potenciales al prevenir complicaciones.

– Realizar otros estudios de investigación en los cuales se incluya a los usuarios y a sus cuidadores en la misma población objeto, para diseñar posteriormente planes de cuidado acordes al proceso de la enfermería.

- De carácter académico e investigativo

– Continuar con el fortalecimiento de la teoría de autocuidado de Orem, por medio del estudio de diferentes poblaciones de la región, de tal forma que se puedan orientar las actividades con base en los resultados obtenidos.

– La escala “valoración de las capacidades de agencia de autocuidado” es confiable y tiene validez en investigación; por lo tanto, se recomienda continuar su uso en diferentes, estudios con pacientes similares o diferentes, con la finalidad de conocer cuál es la capacidad del individuo para autocuidarse, y fortalecer la aplicabilidad del instrumento.

– Se sugiere realizar estudios posteriores correlacionando el estado de salud valorado con cifras de tensión arterial y las capacidades de agencia de autocuidado para obtener otro tipo de resultados que también favorezcan el desarrollo de actividades de promoción de la salud en este tipo de usuarios.

– Para el área cardiovascular, se sugiere que los estudiantes de pregrado puedan valorar a nivel regional las capacidades de agencia de autocuidado en pacientes de riesgo cardiovascular con patología de hipertensión arterial, o diferente, afiliados a otro régimen de atención en salud y con otras instituciones, para diseñar posteriormente un plan de acción aplicable a toda la población, según sus características, para el manejo y control de las enfermedades cardiovasculares y la prevención de las complicaciones dentro del perfil epidemiológico.

- De carácter gerencial y de gestión:

– A la Fundación Médico Preventiva se sugiere fortalecer el programa de patologías crónicas con actividades e intervenciones de enfermería orientadas a rescatar el autocuidado como modelo de atención que sirva como complemento, sin descuidar el modelo biomédico, e iniciar las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, teniendo en cuenta que los usuarios ya cuentan con unas muy buenas capacidades de agencia de autocuidado.

– Estimular la realización de trabajos de investigación con los profesionales académicamente aptos para ello, apoyando su labor e incentivándola con recursos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) GALLEGOS, C., Esther C. y cols. Validez y confiabilidad de la versión en español de la Escala de Valoración de las Capacidades de Autocuidado. *Revista Desarrollo Científico de Enfermería*. España, 1998.
- (2) HERNÁNDEZ S., Roberto. *Metodología de la investigación*. 2ª ed. Bogotá, McGraw-Hill, 1991. 255 p.
- (3) OREM Dorotea E. *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona, Masson Salvat Enfermería, 1993.

Referencias complementarias

- ARBELÁEZ, M. P. *Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares*. Antioquia, 1997, 79 p.
- ARIZA, Claudia. Artículo ¿Puede un buen cuidado recuperar pronto? Pontificia Universidad Javeriana de México, México, 1999.
- BACKSCHEIDER, J. E. Self-care requirements, self-care capabilities, and nursing systems in the diabetic nurse management clinic. *Am J Public Health*, Florida, 1974, 64 p.
- BARRERA, Esneda; Nancy CERÓN y Martha ARIZA. *Conocimientos y factores de riesgo cardiovascular y su relación con la presencia de hipertensión arterial*. Neiva: Facultad de Salud, Universidad Surcolombiana, 2002.
- CAVANAGH, S. *Modelo de Orem. Aplicación práctica*. Barcelona: Masson Salvat, Enfermería, 1993.
- CHOBANIAM, A. V. y cols. The National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. *JAMA* 2003; 289: 2560-2572.
- FIGUEROA, Sandra y Maira GONZÁLEZ. Capacidades de autocuidado que poseen los pacientes en relación al tratamiento terapéutico de quimioterapia de la Clínica de Cancerología del Norte de Santander. Cúcuta, 2003.
- FOUCAULT, M. *Estética, ética y hermenéutica*. Barcelona: Paidós, 1999.
- FUENTES, L. Ana Maria. Autocuidado del paciente cardiovascular. Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. México, 1999.

- GALLEGOS C., Esther C. y cols. Capacidades de autocuidado del paciente con diabetes tipo II. Revista *Desarrollo Científico de Enfermería*. España, 1999.
- GRUPO DE PATOLOGÍAS CRÓNICAS. Protocolo de Manejo de hipertensión arterial. Fundación Médico Preventiva, 2003.
- GUIRAO-GORIS, Josep A. La agencia de autocuidados: una perspectiva desde la complejidad. Revista *Educare21. Difusión Avances de Enfermería*. España, 2000.
- JOHNSON J. D. *Relationship between resiliency, self-care agency and sel-care in the community-dwelling older adult*. Toledo: Medical College of Ohio, 2002.
- LERMA J., N. BARONA y A. VALENCIA. *Atención ambulatoria al adulto y el anciano*. Cali: Escuela de Enfermería, Universidad del Valle, 1993.
- MEDINA J. L. *La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería*. Barcelona: Laertes; 1999.
- PITA FERNÁNDEZ, S. Uso de la estadística y la epidemiología en atención primaria. En: GIL, V. F., J. MERINO, D. OROZCO y F. QUIRCE. *Manual de metodología de trabajo en atención primaria*. Universidad de Alicante. Madrid: Jarpyo Editores, 1997, 161 p.
- SIN AUTOR. Base de datos de la Coordinación de Estadística y Epidemiología y del Departamento de Programas Especiales de Fundación Médico Preventiva. Cúcuta, 2004.
- SIN AUTOR. Base de Datos del Departamento de Estadística y Sistemas de la Clínica Médico Quirúrgica de Cúcuta. Cúcuta, 2004.
- SIN AUTOR. Hipertensión arterial. Iladiba. Barcelona, 1993. 8 p.
- SIN AUTOR. Modificación de la Escala de Valoración de las Capacidades de Agencia de Autocuidado realizado por la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional y autorizado por la doctora Esther Gallegos. Bogotá, 2004.
- TORRES, Lady y Jairo MENESES. Autocuidado del paciente adulto colostomizado permanente. San José de Cúcuta, 2000.
- [www.tuotromedico.com/Hipertension Arterial Complicaciones.htm](http://www.tuotromedico.com/Hipertension%20Arterial%20Complicaciones.htm)