

**RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO Y LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO
FARMACOLÓGICO EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.
MONTERÍA, 2010.**

DEISY ROSA SOLERA BARRIOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA SEDE BOGOTÁ. CONVENIO
UNIVERSIDAD DE CARTAGENA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
BOGOTÁ, 2010.**

**RELACIÓN ENTRE LA CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO Y LA
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y NO
FARMACOLÓGICO EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.
MONTERÍA, 2010.**

DEISY ROSA SOLERA BARRIOS

**Tesis para optar al título de
Magister en enfermería con énfasis
Cuidado para la salud cardiovascular**

**Directora
MARTHA CECILIA TRIANA RESTREPO
Magister en Enfermería
Docente Facultad de Enfermería Universidad Nacional**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA SEDE BOGOTÁ
CONVENIO UNIVERSIDAD DE CARTEGENA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
BOGOTÁ D.C.
2010**

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Jurado

Bogotá, Colombia.

DEDICATORIA

A mi Dios todo poderoso, por su inmenso amor.

A mi esposo Oscar, en quien encontré apoyo incondicional, para llevar a cabo este trabajo.

A mis padres y hermana por su amor y comprensión durante este tiempo.

A mis compañeras, en quienes se vio reflejado el significado de este término, gracias.

AGRADECIMIENTOS

La investigadora expresa sus agradecimientos a:

A Dios, quien ha guiado y llenado mi vida con el amor y la esperanza que han sido manifiestos en el servicio de mi carrera.

A mi directora de Tesis Martha Triana, por su orientación y compromiso en el desarrollo de este trabajo.

Al cuerpo de docentes del Programa de Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional, por sus aportes y dedicación en enriquecimiento del conocimiento.

A los directivos de la E.S.E. de baja complejidad de atención de Montería, por su colaboración en el desarrollo del estudio.

A las personas que participaron de la investigación, por su tiempo y disposición en la recolección de la información.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	14
1. MARCO DE REFERENCIA	16
1.1 DESCRIPCIÓN DEL AREA PROBLEMATICA	16
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	20
1.3 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	21
1.4 OBJETIVO GENERAL	24
1.4.1 OBJETIVO ESPECIFICO	24
1.5 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS	24
1.5.1 Capacidad de agencia de autocuidado	25
1.5.2 Adherencia a tratamientos	25
1.5.2.1 Adherencia al tratamiento Farmacológico	25
1.5.2.2 Adherencia al tratamiento no Farmacológico	25
1.5.3 Programa de Hipertensión arterial	25
1.6 HIPOTESIS	26
2 MARCO TEÓRICO	27
2.1 TEORIA GENERAL DE SISTEMAS DE ENFERMERÍA	27
2.1.1 Teoría del Autocuidado	27
2.1.2 TEORÍA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO	37
2.1.3 TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS DE ENFERMERÍA.	40

2.2	ADHERENCIA A TRATAMIENTOS	40
2.2.1	Factores relacionados con la Adherencia al Tratamiento Farmacológico y no Farmacológico	43
2.2.1.1	Factores relacionados con el proveedor de salud.	44
2.2.1.2	Factores Socioeconómicos	45
2.2.1.3	Factores relacionados con la persona-paciente.	45
2.2.1.4	Factores relacionados con el régimen terapéutico	45
2.3	Relación entre las capacidades de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico	49
2.4	PROGRAMA HIPERTENSION ARTERIAL	51
2.4.1	Características del Programa de hipertensión arterial.	53
2.4.2	Efectos de la hipertensión arterial.	56
2.4.3	Complicaciones de la salud.	56
2.4.4	Factores de riesgo asociados a la Hipertensión Arterial.	57
3	MARCO DEL DISEÑO	59
3.1	TIPO DE ESTUDIO	59
3.2	CONTROL DE RIESGO DEL DISEÑO	59
3.3	POBLACIÓN	60
3.4	MUESTRA	60
3.5	CRITERIOS DE INCLISIÓN	62
3.6.1	DESCRIPCION DE LOS INSTRUMENTOS	63
3.6.1	Escala de apreciación de las capacidades de agencia de Autocuidado	63

3.6.2	Instrumento para evaluar los factores que influyen en la Adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Bonilla y De Reales versión cuatro	65
3.7	PRUEBA PILOTO	67
3.8	PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	68
3.9	PROCESAMIENTO DE DATOS	69
3.10	ASPECTOS ÉTICOS	70
3.11	LIMITACIONES DEL ESTUDIO	73
4.	MARCO DE ANÁLISIS	74
4.1.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA DE ESTUDIO	74
4.2	Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con HTA. Montería, 2010.	78
5.	CONCLUSIONES	84
6.	RECOMENDACIONES	86
	BIBLIOGRFÍA	88
	ANEXOS	93

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Distribución según puntuación obtenida de la muestra del estudio en la adherencia al tratamiento y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con HTA. Montería, 2010.	79
Tabla 2 Distribución según puntuación obtenida del grupo testigo en la adherencia al tratamiento y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con HTA. Montería, 2010.	80

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Distribución según género de la muestra del estudio Relación entre la capacidad de agencia de auto cuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con HTA. Montería, 2010.	75
Figura 2. Distribución según edad de la muestra del estudio Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con HTA. Montería, 2010.	76
Figura 3. Distribución según raza de la muestra del estudio Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con HTA. Montería, 2010.	76
Figura 4. Distribución según nivel educativo de la muestra del estudio Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con HTA. Montería, 2010.	77
Figura 5. Distribución según ocupación de la muestra del estudio Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con HTA. Montería, 2010.	78

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A: Escala Apreciación de la Agencia de Autocuidado (ASA) de Isemberg y Evers, validada en la población Colombiana.	90
Anexo B: Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (Bonilla y De Reales).	91
Anexo C: Consentimiento informado.	93
Anexo D: Ficha socio demográfica.	94

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo determinar la relación existente entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas inscritas y asistentes al Programa de control de hipertensión arterial de una E.S.E. de baja complejidad de atención de Montería, 2010.

Se utilizó un diseño correlacional, del total de la población se tomó una muestra de 50 personas en control de la hipertensión arterial, con más de un año de permanencia en el programa y un grupo testigo conformado por 30 personas recién inscrita al programa. La información se obtuvo aplicando la Escala Apreciación de la Agencia de Autocuidado de Isemberg y Evers, validada en Colombiana y del Instrumento Factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular de Bonilla y De Reales.

Los resultados revelaron que existe relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico para el control de la hipertensión arterial en la muestra de estudio y en el grupo testigo arrojando un coeficiente de correlación de 0.85 y de 0.66 respectivamente, lo cual demuestra una relación fuerte con tendencia positiva entre las dos variables de estudio en ambos grupos, siendo más fuerte cuando se realiza una intervención de cuidado de enfermería. Se espera que los resultados contribuyan al desarrollo de estrategias que promuevan el autocuidado con el fin de lograr la adherencia al tratamiento en este grupo poblacional.

Palabras clave: autocuidado, adherencia al tratamiento, hipertensión arterial.

ABSTRACT

This study aimed to determine the relationship between self-care agency ability and adherence to drug treatment and non-pharmacological in people registered and attended the Program control of hypertension in an ESE low complexity care of Monteria, 2010.

Correlational design was used, the population sample consisted of 50 persons in control of hypertension, with more than a year spent in the program and control group consisted of 30 new registrants to the program. The information was obtained using the Scale Assessment of Self-Care Agency of Isemberg and Evers, validate in Colombia and Instrument Factors influencing adherence to pharmacological and non pharmacological treatments in patients with risk factors for cardiovascular disease of Bonilla and De Reales.

The results revealed a relation between the capacity of self-care agency and adherence to drug treatment and non-pharmacological control of hypertension in the study sample and in the control group yielding a correlation coefficient of 0.85 and 0.66 respectively , which shows a strong relationship with positive trend between the two variables of study in both groups, being strongest when performing a nursing care intervention. Results are expected to contribute to the development of strategies that promote self-care in order to achieve adherence to treatment in this population.

Keywords: self-care, Adherence to treatment, arterial hypertension

INTRODUCCIÓN

Enfermería como líder en la dirección de los programas de promoción y prevención que propende por el bienestar del individuo y la sociedad en general, siente la necesidad en conocer las tendencias y comportamientos de salud de las personas con hipertensión arterial, mediante la valoración de la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, y así mismo, la relación que existe entre estas dos variables, y de esta forma dar una contribución a la solución de problemas de salud que son suceso de interés público.

Este hecho que en apariencia pudiera cuestionar la utilidad e impacto del programa de hipertensión arterial conociendo el objetivo del mismo, donde se espera que la persona bajo la permanencia en el control debe mejorar la salud y disminuir las complicaciones, busca conocer la actitud que adopta la persona con diagnóstico de hipertensión arterial frente a su salud, teniendo por apoyo los referentes de teoría de Dorothea Orem, hallando su utilidad en los fenómenos de salud relacionados con el cuidado y de la cual, se han apoyado otros estudios relacionados con el autocuidado.

Ante lo expuesto, podrían estar presentes problemas relacionados con el autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, entendiendo que el autocuidado es la capacidad que tiene una persona para cuidar su propio bienestar, en tanto que la adherencia al tratamiento hace referencia a la adopción y cumplimiento de normas sugeridas para conservar este bienestar. En este sentido, se entiende que el autocuidado es asumido voluntariamente para obtener mejor respuesta a una condición de salud que está estrechamente ligada a la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, entendiendo que cuando más se autocuida la persona, mejor será la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, siendo esto una conducta aprendida, estimulada y guiada por el equipo sanitario que lidera Enfermería mediante las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Por tanto en esta investigación, se tuvo como objetivo determinar la relación existente entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas inscritas y asistentes al Programa de control de hipertensión arterial de una E.S.E. de baja complejidad de atención en el municipio de Montería, año 2010, mediante un diseño correlacional. La población de estudio estuvo constituida por 102 personas que

corresponden al total de pacientes diagnosticados con HTA, inscritos y asistentes al Programa de Control de la HTA de una E.S.E. de baja complejidad del Municipio de Montería en el año 2010, de la cual se tomó una muestra de 50 personas con más de un año de permanencia en el programa y un grupo testigo conformado por 30 personas recién inscritas al programa, que no habían recibido influencia por parte de los proveedores de salud, que condicionara de alguna forma la respuesta al tratamiento que habitualmente se tenía frente a la HTA.

Para obtener la información se utilizaron dos instrumentos el “Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular versión cuatro de Bonilla y De Reales”, el cual cuenta con validez facial, validez de contenido y validez de constructo y la Escala Apreciación de la Agencia de autocuidado (ASA) de Isemberg y Evers, validada en la población Colombiana, para determinar la relación existente, entre la agencia de autocuidados y la adherencia al tratamiento de la hipertensión arterial en la población sujeto de estudio mediante el cálculo del coeficiente de correlación entre las dos variables.

Se espera que los resultados de éste estudio contribuyan a disminuir el vacío del conocimiento de la adherencia a tratamientos en personas hipertensas y su relación con la agencia de autocuidados en la población sujeto de estudio, para el desarrollo de estrategias que promuevan la agencia de autocuidado que contribuyan a lograr la adherencia. De igual manera se espera que los resultados puedan ser utilizados en investigaciones posteriores en poblaciones similares.

1.MARCO DE REFERENCIAL

1.1 DESCRIPCIÓN DEL AREA PROBLEMÁTICA

El avance de las enfermedades cardiovasculares de tipo crónico en el mundo constituyen una gran amenaza a la salud pública mundial, si se tiene en cuenta, el aumento desmesurado de este grupo de enfermedades y las implicaciones que este suceso conlleva sobre la salud de la población en general, resaltando dentro de las complicaciones, el deterioro progresivo de los sistemas cerebrovascular y renal; tales circunstancias terminan alterando la calidad de vida de la persona, haciendo que se enfrenten cambios que afectan por completo tanto el rol de la persona enferma, como la de las personas que le acompañan, lo cual genera un quebranto del bienestar individual y colectivo en la sociedad.

La hipertensión arterial (HTA) en particular, dentro del grupo de enfermedades cardiovasculares es considerada la principal causa de mortalidad a nivel mundial, esto mismo ha sido señalado por la OPS¹, quien indica que en el año 2004 murieron cerca de diecisiete millones de personas en todo el mundo, para el 2020 se espera una mortalidad de 20 millones de personas, se calcula además, que en el mundo cada 33 segundos se produce un infarto a causa de la hipertensión, lo cual demuestra la alta peligrosidad y riesgo de la enfermedad en la actualidad, como en el futuro. Una situación parecida es expuesta en el medio informativo Colombiano², en el que se comunica que la hipertensión causó 7.6 millones de muertes prematuras (13,5 por ciento del total global) y 92 millones de discapacitados en el mundo, 54 por ciento de las enfermedades cerebro vasculares y 47 por ciento de las enfermedades cardíacas, la mitad de estas enfermedades ocurrió en pacientes entre los 45 y 69 años de edad; y en América Latina la mortalidad cardiovascular representa el 26 por ciento de muerte por todas las causas; lo cual ratifica la alta peligrosidad del trastorno hipertensivo, en un país que se encuentra en vía de desarrollo. Cabe mencionar además, que sobre el manejo del control y tratamiento de la hipertensión arterial existe poca información.

¹ ORGANIZACIÓN PARAMERICANA DE LA SALUD. OPS. Oficina de Información Pública. Enfermedades Cardiovasculares: más allá del corazón. 2005. Disponible en:(www.ops.org.bo/servicios).

² TANGO, traducido de Health Day, "Salud:Hispanos hipertensos" . {En línea}. 3 Mayo 2008 {13 Octubre 2009} disponible en (www.terra.com/salud/articulo/html/sal18675.htm)

Consecuentemente con el panorama mundial, Colombia refleja una condición que no es menos alarmante, como ha sido señalado en el mencionado medio informativo, del total de los colombianos que acuden a los servicios de consulta externa, el 23.59 por ciento, lo hace por problemas crónicos, ubicando a la HTA como el principal motivo de consulta en los servicios de consulta ambulatoria en nuestro país; también se añade que el 22,8 por ciento de la población colombiana entre 18-69 años edad es hipertensa, y si analizamos ciertos grupos de edades las cifras se elevan a 34,4 por ciento en personas entre los 50 y los 59 años. La HTA es causante de 60.000 muertes anuales en Colombia, ubicando este trastorno dentro entre las diez primeras causas de muerte en nuestro país; haciéndose notoria la extensión de la enfermedad sobre la población joven, hecho que en principio no era característico de esta enfermedad.

En cuanto a la situación que se vive en el departamento de Córdoba y específicamente el municipio de Montería, encontramos que la permanencia en un programa de salud de una institución pública o privada, que permite el paciente que presenta una patología de naturaleza crónica, tenga acceso a la promoción de la salud y la prevención de las complicaciones ante la enfermedad que afronta; es así como las personas que padecen de HTA, reciben atención integral desde el punto de vista terapéutico, haciendo necesario que una vez se diagnostique la enfermedad hipertensiva, la persona se vincule al programa, para así poder atender el padecimiento y seguir los lineamientos que garanticen el adecuado seguimiento de la condición de salud.

No obstante; la vinculación al programa de hipertensos parece no estar controlando el aumento de las complicaciones que son consecuencia de esta enfermedad, como tampoco el aumento relativo y recurrente de hospitalizaciones; ello ha sido observado por colegas de instituciones de salud de baja complejidad, como también se evidencia en las urgencias de las instituciones de salud, en las cuales se observa que ha aumentado del número de consulta por alteraciones que son consecuencia de la HTA, como es el caso de la crisis hipertensiva, enfermedad cerebro vascular, infartos del miocardio, y enfermedades de tipo isquémico, y en casos más leves, se observa que las personas acuden por manifestaciones como disnea y edema; esto mismo es comprobado con el informe solicitado a petición de la investigadora a la E.SE. Hospital San Jerónimo de Montería³, institución de salud con mayor cobertura en el Departamento de Córdoba que además atiende a la población más pobre y vulnerable de la región, con servicios de alta complejidad, el cual anota que se presentaron durante el “año

³ E.S.E. HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA. Informe estadístico año 2009.

2007, 106 casos de enfermedades que fueron producto de complicaciones originadas por la HTA, mientras que para el 2008, solo para el primer trimestre se habían presentado 32 casos de complicaciones producto de esta enfermedad hipertensiva, en un rango de edades que oscilaban entre 21 y 99 años de edad, lo inquietante de este hecho es que en muchos de los casos presentes se encontraban personas que estaban vinculadas a un programa de HTA, haciéndose notorio además la tendencia de la HTA en personas jóvenes, como también la tendencia de las complicaciones en este grupo de personas menor de 50 años.

Por otra parte, la cultura popular de la comunidad Monteriana puede decirse, dentro del estilo de vida tiene preferencias que son consideradas factor de riesgo para la aparición de la enfermedad hipertensiva, en la medida que afloran raíces propias de la idiosincrasia costeña en la inclinación hacia el consumo de bebidas alcohólicas con periodicidad semanal, principalmente en la población masculina; adicionalmente, existe una fuerte tendencia por el consumo de alimentos ricos en aditivos, sal y grasas sobresaturadas de fácil adquisición tanto en el hogar como en sitios de comidas rápidas y en fondas o fritangas callejeras, hábitos que han sido considerados como factores de riesgo para la salud; ello supone la gran predisposición hacia la incidencia de la HTA, ello sin omitir que no es propio de la cultura la practica regular del ejercicio físico como habito saludable.

En todo esto, inquieta el hecho de identificar otros factores de riesgo para la salud de las personas, como lo son los problemas de origen social tales como el estrés, la violencia que generan de los grupos al margen de la ley, la carencia de recursos económicos en las familias, máxime en un municipio pobre donde predomina el trabajo informal, estos son aspectos que constituyen factores de riesgo son amplia y públicamente conocidos, pero que al respecto cada persona debe hacer frente.

Se hace notorio además, la presencia de conceptos inherentes a este fenómeno de salud, como son la incertidumbre por el futuro con un padecimiento crónico, donde se ven involucrados problemas económicos, y cambios en el rol social y familiar que desempeñan las personas con HTA, así mismo se aprecian dificultades con la adaptación a nuevos patrones de vida, como también, la angustia relacionada con el manejo a un tratamiento, que en sí mismo puede ser percibida por la persona con HTA más que una actividad necesaria para garantizar el bienestar, como un mandato o habito con carácter de obligatoriedad.

Adicionalmente, frente a estas circunstancias se exponen diversas reacciones que están conjuntamente relacionados con el bienestar de la persona con HTA, es así

como se identifican personas que subvaloran la enfermedad en la medida que evitan acudir a la institución de salud para recibir atención oportuna desde el inicio de los síntomas relacionados con la enfermedad hipertensiva, acudiendo entonces hasta tanto se agrava la situación y se ve mayormente afectada la salud.

También se observa otro comportamiento en la población de igual manera preocupante pero distinto al anterior en la manera de abordar el fenómeno, donde se presentan reacciones en las personas cediendo del temor que les conduce el padecer un trastorno cardiovascular, considerando además que los problemas de esta índole denotan la aproximación hacia a la muerte, como resultado se ve restringido el contacto con el entorno y su rol social. Se entiende entonces que estas situaciones de salud muy frecuentemente identificados en la población hipertensa durante la práctica profesional, causan limitaciones en la interacción del enfermo con el entorno, viendo involucrado el desempeño laboral, donde surgen concomitantemente complicaciones que provocan limitaciones físicas.

Por lo anterior se considera que todos estos problemas se relacionan con la práctica del cuidado que desarrollan las personas con HTA, en los cuales enfermería desconoce la conducta de cuidado que asume la persona frente a la enfermedad hipertensiva desde su vinculación en el programa de control, como tampoco se conoce el comportamiento asumido durante la permanencia en este; por lo tanto, se afirma que no existe evidencia sobre el conocimiento de la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico que tienen las personas diagnosticadas con HTA, en tanto se desconoce a así mismo la relación existente entre estas dos variables. Es por esto que se acude al fundamento teórico que dé frente al fenómeno de los problemas del autocuidado, encontrando en el modelo del Orem el referente conceptual de apoyo en el tratamiento y cuidado de las personas con hipertensión arterial como una estrategia para mantener la funcionalidad de la persona hipertensa. Como cita Orem⁴, “una demanda de autocuidado terapéutico es una entidad de hecho humano, con una base objetiva de información que describe al individuo tanto estructural como funcionalmente, y en su desarrollo, tiene su base teórica en la idea de que el autocuidado es una función humana, y

⁴ OREM, Dorothea. Nursing: Concepts of Practice. Normas Prácticas de Enfermería. Segunda edición. Madrid: McGraw-Hill.Traducción Susan Allen. 1980 Ed. Pirámide, S.A., 1983. Madrid. ISBN: 84-368-0224-1

en los hechos y las teorías de las ciencias humanas ambientales”, tales apreciaciones apuntan al desarrollo de investigaciones que permitan profundizar otros aspectos que son abordados desde el holismo del ser, de la valoración de la integralidad con todo el contexto que rodea un problema de salud de esta naturaleza, y por tanto el medio para aclarar y poder mejorar las condiciones de vida del enfermo con HTA de esta población en particular.

En esta investigación por tanto, se pretende determinar la relación que existe entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico que tienen las personas diagnosticadas con HTA que pertenecen al programa, en una E.S.E. de baja complejidad de atención en salud, teniendo presentes que la existencia de correlación entre estas dos variables, permite apuntar hacia el fortalecimiento de medidas de autocuidado a fin de facilitar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la población objeto; siendo necesario tomar como marco de referencia la utilización de la teoría del autocuidado de Dorothea Orem.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas inscritas y asistentes al Programa de control de la hipertensión arterial de una E.S.E. de baja complejidad de atención en el municipio de Montería, año 2010?

1.3 JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Enfermería como disciplina profesional del área de la salud acude al llamado en la solución de problemas de interés público, en este caso especial, le concierne investigar sobre uno de los problemas de mayor preocupación mundial, dada la alarma generada en torno a los problemas de salud que son consecuentes de la enfermedad hipertensiva que de igual manera, vienen afectando parte de la población en el municipio de Montería y en el cual se ve involucrado el ejercicio profesional; siendo enfermería responsable del desarrollo de las acciones encaminadas a mejorar la calidad de vida de las personas que presentan desviación de la salud, deja en manifiesto la alta peligrosidad de esta alteración, al analizar el aumento de las complicaciones, la alta mortalidad que el trastorno ha provocado en el mundo, máxime si se tiene en cuenta, que existen personas

diagnosticadas con HTA que asisten a un Programa de control de la enfermedad, en un medio en que se han detectado problemas relacionados con los patrones de vida funcionales que comprometen el estilo de vida, dificultades en el rol social, el trabajo, el estado emocional, la condición socio económica, y demás aspectos que enfrenta la persona que presenta un trastorno hipertensivo.

Tales sucesos hacen que Enfermería, quien vela por el bienestar de la persona y los grupos e identifica un problema de la práctica, vea necesario investigar sobre la relación que existe entre de la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en las personas que se les ha diagnosticado recientemente la HTA, y las personas que han sido receptores del cuidado de enfermería como asistentes al Programa control de HTA por un periodo prolongado de mínimo un año en una E.S.E. de baja complejidad de atención en el municipio de Montería, conociendo que una vez que la persona se vincula al programa de control no se hace seguimiento alguno que pudiera evaluar la capacidad de agencia de autocuidado que tienen las personas una vez se vincula al programa como tampoco la adherencia que tiene sobre el tratamiento que sobre este hecho no se ha desarrollado estudio para esta región, que existen referentes teóricos de investigaciones desarrolladas de este tipo en otros contextos, los cuales se han basado teóricamente en las conceptualizaciones relacionadas con el autocuidado, de esta forma, el fenómeno de salud específico es abordado desde una perspectiva acorde con la situación, en este caso, desde la teoría del autocuidado y déficit de autocuidado de Dorothea Orem.

En cuanto al desarrollo de investigaciones previas, se han encontrado resultados de estudios sobre este tema en contextos diferentes, citando inicialmente el estudio desarrollado por Anita Velandia⁵, sobre “relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo cardiovascular que asisten a consulta externa en el hospital Tunjuelito” en el año 2008, en cual se pudo conocer la capacidad de agencia de Autocuidado y la Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y la relación existente entre estas dos variables, encontrándose como resultado una relación positiva entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento en estas personas; de igual manera,

⁵ VELANDIA, Anita. Relación entre la Capacidad de agencia de Autocuidado y la Adherencia al Tratamiento Farmacológico y no Farmacológico en personas con Factores de Riesgo Cardiovascular que asisten a consulta externa en el Hospital Tunjuelito. Bogotá, 2008 p.164 Trabajo de grado (Magister en Enfermería con Énfasis en cuidado en Salud Cardiovascular). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de enfermería

en el estudio desarrollado por Clara Bastidas⁶, en el año 2005 en personas con enfermedad coronaria el cual tuvo lugar en la consulta de cardiología de una clínica de Ibagué, se demostró que la capacidad de agencia de autocuidado está estrechamente relacionada en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en poblaciones con problemas de tipo cardiovascular. La demostración de existencia de correlación en estas investigaciones permitió centrar medidas de cuidado conducentes al mejoramiento de la calidad de vida de la población objeto de estudio.

Lo anterior evidencia un vacío en el campo disciplinar donde se desconocen cuáles son las circunstancias que motivan los fenómenos de salud que afectan el bienestar de las personas; por tanto, conviene apoyarse en la investigación para obtener respuestas específicas sobre este fenómeno, específicamente en las personas que asisten a un programa de HTA en una institución de atención de baja complejidad en salud, siendo este el ámbito donde consultan las personas diagnosticadas con HTA.

Este hecho llama el interés de enfermería que espera, que el impacto de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad contribuyan al bienestar de un grupo de la población que se encuentra en gran riesgo de salud, y puedan finalmente contribuir a minimizar la ocurrencia de las complicaciones que conlleva esta enfermedad, teniendo presentes la concepciones que plantea la teórica Dorothea⁷, al afirmar que “la enfermería, como servicio humano, tiene su base, por un lado, en las personas que necesitan auto cuidado de tipo positivo, terapéutico y con limitaciones para su administración o mantenimiento, y por otra parte, se fundamenta en los conocimientos, artes y actitudes especializadas de personas preparadas como las enfermeras”, permitiendo Identificar al sujeto como ser holístico, biológico, pensante, social, con necesidades que deben ser atendidas, influenciado por el medio que lo rodea, que requiere de ayuda para alcanzar su bienestar, siendo la enfermera una guía del proceso dado que el modelo facilita el crecimiento y autoreconocimiento de la persona como generadora de su propio bienestar mediado por la orientación que realiza el profesional de enfermería, de igual manera facilita herramientas a colegas y

⁶ BASTIDAS, Clara. Asociación entre las capacidades de agencia de autocuidado y farmacológico y no farmacológico en personas con alguna condición coronaria. En *Enfermería* Vol. XXV (2).No 65-67 2007: {En línea}. {27 de Octubre de 2009} disponible en: (www.index-f.com/rawe/252/r6575.php).

⁷ *Ibíd.* p. 21

demás campos profesionales con perfiles afines, para apoyar el tratamiento de los pacientes con patologías crónicas, teniendo en cuenta el proceso de enfermería.

Esta investigación constituye una piedra angular al momento de viabilizar estrategias que puedan afrontar de una mejor manera los fenómenos de salud presentes en la población objeto, de tal manera que se fomenten cuidados de enfermería con base a los hallazgos identificados y que de igual manera convengan para minimizar factores de riesgo de tipo cardiovascular teniendo en cuenta que el análisis del contexto real en que se desarrollan las personas con THA, teniendo presentes el cumplimiento de los criterios éticos, al garantizar que no habrá manipulación intencionada de la información y que se protegerán los derechos de las personas con HTA que decidan ser participantes del estudio.

Así mismo este trabajo constituye un soporte científico investigativo y una plataforma de utilidad al momento ser consultada para posteriores investigaciones que hagan referencia al cuidado de las personas con hipertensión arterial de esta población, no sólo para enfermería, también conviene para cualquier otra profesión que analice el comportamiento y tendencias y la modificación del patrón de vida de las personas con HTA en programa de control.

1.4 OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación existente entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas inscritas y asistentes al Programa de control de hipertensión arterial de una E.S.E. de baja complejidad de atención en el municipio de Montería, año 2010.

1.4.1 OBJETIVO ESPECÍFICO

Valorar la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas inscritas y asistentes al Programa de control de hipertensión arterial de una E.S.E. de baja complejidad de atención en el municipio de Montería, año 2010.

Comparar la correlación entre el la capacidad de agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico cuando un grupo de personas ha recibido intervención por parte del proveedor de salud, frente a un grupo que no ha recibido influencia del programa de control de la HTA, con características similares a la población objeto.

1.5 DEFINICIÓN DE CONCEPTOS

1.5.1 Capacidad de agencia de autocuidado. Esta es definida por Orem⁸ como “la compleja capacidad desarrollada que permite a los adultos y a los adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación de los componentes de su demanda de auto cuidado terapéutico y finalmente, para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de auto cuidado a lo largo del tiempo”.

1.5.2 Adherencia al tratamiento. Se define como la medida en que el paciente asume las normas o consejos dados por el equipo de salud, tanto desde el punto de vista de los hábitos o estilo de vida recomendados como del propio tratamiento farmacológico prescripto, expresándose como el grado de coincidencia entre las orientaciones sugeridas por el profesional y el cumplimiento de las mismas por el paciente.⁹

1.5.2.1 Adherencia al tratamiento farmacológico. Grado al cual el comportamiento de un paciente en situación de riesgo de enfermedad cardiovascular corresponde a las recomendaciones hechas por un proveedor de cuidado de salud sea este médico o personal de enfermería, estas recomendaciones se relacionan con medicamentos: tipos de medicamentos,

⁸ RIVERA, Luz Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular. {En línea}. 2007 {29 Noviembre de 2009}. Disponible en (www.docentes.unal.edu.co/lnriveraa/docs/relación). p 4. Tomado de OREM. Dorotea. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. 4a ed. Barcelona: Masson Salvat; 1993. p.74, 54

⁹ INGARAMO, Bendersky. “Comité de hipertensión arterial: reunión de expertos en hipertensión arterial. Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo”. [En línea] 1994 -2001 [11 Agosto de 2009]. Disponible en (www.fac.org.ar/revista/01v30n4/comité/comite.pdf).

dosis, frecuencia, duración del tratamiento y recomendaciones sobre su administración en relación con horario de comidas, horarios diurnos y otros.¹⁰

1.5.2.2 Adherencia al tratamiento no farmacológico. Grado al cual el comportamiento de un paciente en situación de riesgo de enfermedad cardiovascular corresponde a las recomendaciones hechas por un proveedor de cuidado de salud sea este médico o personal de enfermería, estas recomendaciones no farmacológicas corresponden a cambios de dieta, control de peso, aumento y regulación de ejercicio físico, supresión o disminución en el hábito de fumar o de consumir alcohol.¹¹

1.5.3 Programa de Hipertensión arterial. Un proceso complejo y multidimensional cuyo objetivo debe ser la prevención primaria, la detección temprana y un tratamiento adecuado y oportuno que prevenga la aparición de complicaciones¹².

1.6 HIPOTESIS

Hi: Existe relación significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas inscritas y asistentes al Programa de control de la hipertensión arterial de una E.S.E. de baja complejidad de atención en el municipio de Montería, año 2010.

¹⁰ BONILLA Claudia. DE REALES Edilma. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: validez de contenido y validez aparente del mismo. Bogotá 2006, 141p. Trabajo de grado (Maestría en Enfermería con Énfasis en Salud Cardiovascular). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.

¹¹ *Ibíd.*, p.32.

¹² REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ministerio de la protección social. Médicos generales Colombianos, Guía de atención de la hipertensión arterial, Resolución 000412 de 2000. {En línea}. {13 Noviembre de 2010 } Disponible en (www.medicosgeneralescolombianos.com/Hipertension.htm)

Ho: No existe relación significativa entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas inscritas y asistentes al Programa de control de la hipertensión arterial de una E.S.E. de baja complejidad de atención en el municipio de Montería, año 2010.

2. MARCO TEORICO

Los conceptos tomados en este trabajo investigativo, están basados en la teoría general de Enfermería de Dorothea Orem, el cual constituye la base y referente para el abordaje de los fenómenos de salud relacionados con la capacidad de agencia de autocuidado como también la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, al igual que se integra la hipertensión arterial y los elementos que integran el programa de HTA en una empresa de salud de baja complejidad de atención.

2.1 TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS DE ENFERMERÍA

La teoría general de Enfermería está integrada por tres teorías que guardan estrecha relación entre una y otra teoría, estas son:

Teoría del autocuidado
Teoría de sistemas de enfermería
Teoría del déficit de autocuidado

2.1.1 TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

En esta teoría se expone el concepto de autocuidado, como una extensión del término poder de realización. La teoría del autocuidado que ha sido expuesta por Dorothea Orem¹³, presenta tres requisitos necesarios para conservar el autocuidado, estos son, requisitos universales, requisitos de desarrollo y los de alteraciones o desviaciones de la salud; los requisitos de autocuidado universales para hombres, mujeres y niño, mediante el mantenimiento de un aporte suficiente de aire, alimentos, agua, equilibrio entre la actividad y el descanso, un equilibrio entre la interacción social y la soledad, la provisión de cuidado asociado en los procesos de eliminación, la prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar y promoción del funcionamiento humano. Los requisitos de autocuidado de desarrollo hacen parte de las acciones que se desarrollan para

¹³ TAYLOR, Susan. OREM, Dorothea: La Teoría enfermera del déficit de autocuidado. En: MARRINER A, RAILE M. Modelos y Teorías en Enfermería. Capítulo 13. 6ª ed. Madrid España Elsevier España, S.A; 2007. p. 270.

promover la vida a lo largo del proceso del ciclo vital, es decir, desde el nacimiento hasta la senectud. En cuanto a los requisitos frente a la desviación de la salud, Orem visualiza la integralidad de la humanidad más allá del enfoque biomédico, en el que se debe considerar no solo la afectación fisiológica de la persona.

La teoría de autocuidado propone de acuerdo a Orem¹⁴, los requisitos de autocuidado tienen sus orígenes en los seres humanos y sus ambientes y algunos requisitos de autocuidado son comunes a todo ser humano, otros son específicos a los estados de desarrollo de salud de los individuos.

El autocuidado. Como se ha dicho anteriormente, el autocuidado se lleva a cabo cuando la persona es capaz de cuidarse por sí misma, como refiere Orem¹⁵, “es la acción que describe un modelo y un desarrollo, cuando se hace eficazmente, contribuye de forma específica a la integridad estructural, funcionamiento y desarrollo humano”, por ello se afirma que el autocuidado es una actividad aprendida, estas medidas de autocuidado “no son innatas”, hablando en términos generales, las actividades de autocuidado se aprenden según creencias, hábitos y prácticas que caracterizan las formas de vida del grupo a que pertenece el individuo, pero de igual manera significan la oportunidad de poder cumplir un acto en beneficio de la conservación de la integridad.

Orem, contempla el concepto “auto” como la totalidad de un individuo, incluyendo no sólo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales y el concepto “cuidado” como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma normal para él. Por tanto, el autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Este concepto integrado a la salud, expresa la búsqueda de mejores resultados en el establecimiento de prácticas que a juicio propio, aseguran el pleno desarrollo de las funciones vitales, de tal manera que el individuo asume responsabilidades para protegerse a sí mismo y se esmera por el alcance de metas a favor de su salud.

Por ello, el autocuidado permite el logro del bienestar, mantener una serie de medidas de conservación de la integridad de sí mismos como también las funciones básicas de otros, se establece desde que se tiene plena conciencia de los actos que aseguran la supervivencia para mantener la integridad, e incluye medidas básicas de protección en la conservación de la higiene, la sana

¹⁴ OREM, Op.cit., p.46

¹⁵ Ibíd., p.47

alimentación, el descanso, la interacción con el medio, la prevención de riesgos y la adopción de cambios en los patrones de vida cuando se enfrenta a procesos de alteración de la salud.

Capacidad de agencia. Esta es definida por Orem¹⁶, como “la compleja capacidad desarrollada que permite a los adultos y a los adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación de los componentes de su demanda de auto cuidado terapéutico (requisitos de auto cuidado, tecnologías, medidas de cuidados) y finalmente, para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de auto cuidado a lo largo del tiempo”,

Agente. Es definida por Dorothea Orem como “la persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tienen el poder de comprometerse en un curso de acción”¹⁷, por tanto se es agente cuando se provee cuidados de salud, ya sea así mismo a otra u otras personas.

Capacidad de agencia de autocuidado en la persona. El autocuidado es un concepto amplio que ha sido aplicado por la humanidad desde su inicio, aunque muy recientemente hablado, ello se deduce al apreciar los conceptos que trata la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, el autocuidado ha convenido para la conservación de la especie humana, ya que el carácter de auto conservación responde a un instinto natural de las personas, en el cual se desarrollan medidas de prevención y control ante los problemas que se presentan en el entorno. De acuerdo a la teoría de Dorothea Orem¹⁸, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar. El modelo de Orem, analiza la capacidad de cada individuo para ocuparse de su persona, lo cual se define como la práctica de actividades que los individuos llevan a cabo por su cuenta para mantener la vida, la salud y el bienestar. La capacidad de cuidar de sí mismo corresponde al autocuidado, en tanto que el cuidado proporcionado por otros se define como cuidado dependiente. Según el

¹⁶ Ibíd. P. 514

¹⁷ TAYLOR, Op.cit.,p. 271

¹⁸ Ibíd., p.522

modelo de Orem, la meta de la enfermería consiste en ayudar a las personas a hacer frente a sus propias necesidades de autocuidado terapéutico.

Teniendo presentes las definiciones sobre la agencia de cuidado y la capacidad de agencia de autocuidado a que hace referencia la teórica, se puede decir que la agencia en este caso el término es análogo a delegar, y el autocuidado como autorrealización, así que la agencia del autocuidado se concibe entonces en el poder de un individuo para dedicarse a producir actividades esenciales que le proporcionan cuidado, por tanto se denomina agente de autocuidado al proveedor de autocuidado.

La teoría de autocuidado de Orem describe además, los elementos que componen la capacidad de agencia de autocuidado en la persona, estos son, los elementos de poder, elementos fundamentales y elementos de operacionalización como se cita en el trabajo de Velandia¹⁹, el primer eslabón de las capacidades fundamentales y disposición, son habilidades que se utilizan cuando las personas realizan cualquier tipo de acción incluida, las de autocuidado, dentro de estas disposiciones se encuentran las habilidades básicas que pertenecen a sensaciones, percepciones, memoria y orientación.

El segundo eslabón de componentes de poder son un conjunto de capacidades que se relacionan específicamente con el compromiso de autocuidado, según Orem son 10 los componentes de poder de la agencia de autocuidado y son Máxima atención y vigilancia, con respecto a sí mismo como agente de autocuidado, a las condiciones internas y externas y a factores significativos para el autocuidado; uso controlado de la energía física, para la iniciación y continuación de las operaciones de autocuidado; control de la posición del cuerpo y sus partes; razonamiento dentro de un marco de referencia de autocuidado; motivación o metas orientadas hacia el autocuidado, toma de decisiones sobre autocuidado y la operacionalización de estas decisiones; adquisición conservación y operacionalización técnica sobre autocuidado; repertorio de habilidades (cognitivas, de percepción, de comunicación e interpersonales) para el autocuidado, orden discreto de las acciones de autocuidado; Integración de las operaciones de autocuidado con otros aspectos de la vida.

El tercer y último eslabón hace referencia a las operaciones de autocuidado, son las habilidades más inmediatas según Orem, y son:

Operaciones estimativas, de investigar condiciones y factores en uno mismo y en el ambiente que son significativas para el autocuidado; operaciones tradicionales de hacer juicios y tomar decisiones sobre lo que puede, debe y hará para

¹⁹ VELANDIA Anita. Relación entre la Capacidad de agencia de Autocuidado y la Adherencia al Tratamiento Farmacológico y no Farmacológico en personas con Factores de Riesgo Cardiovascular que asisten a consulta externa en el Hospital Tunjuelito. Bogotá, 2008, 57p Trabajo de grado (Magister en Enfermería con Énfasis en cuidado en Salud Cardiovascular) Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería

satisfacer los requisitos de autocuidado de uno mismo y operaciones productivas de ejecutar medidas para satisfacer los requisitos de autocuidado de uno mismo.

Las capacidades de autocuidado en las personas han sido estudiadas a través de la teoría del autocuidado, la cual ha servido de apoyo como referente teórico en el estudio de fenómenos de salud conexos con problemas de tipo cardiovascular, y en especial en comunidades con diagnóstico de HTA, para tal caso se han desarrollado investigaciones sobre las capacidades de agencia de autocuidado, hallándose elementos significativos para el presente estudio.

En el contexto de las investigaciones desarrolladas en esta área, se cita el trabajo desarrollado por Mónica Peñaloza²⁰, titulado “Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial de la fundación Medico Preventiva, San José de Cúcuta”, cuya población estaba conformada por docentes activos y/o pensionados, con afiliación al sistema de seguridad social privilegiado, los cuales compartían características socioculturales, en este estudio se detectó que parte de la población mostraba dificultades en realizar actividades de apoyo debido a la reducción del tiempo libre, problemas para hacer la auto revisión del cuerpo que les permitiera reconocer cambios antes de la consulta programada, notándose una mala y baja capacidad de agencia de autocuidado.

Así mismo, Rivera Luz²¹ en la publicación del estudio, llamado “Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá-Colombia”, trabajó el tema del autocuidado en personas adultas hospitalizadas en los diferentes servicios de una clínica de Bogotá, permitiendo identificar que el 53 % de las personas presentaban deficiente capacidad de agencia para el autocuidado, y suficiente capacidad en el 47% de las personas, ello se explica en el análisis de los resultados que expresa cual era el comportamiento de los participantes frente al autocuidado, hallándose una máxima atención, vigilancia, motivación, y metas orientadas hacia el autocuidado, razonamiento dentro de un marco de referencia de autocuidado, habilidades (cognitivas, de percepción, de comunicación e interpersonales) para el

²⁰ PEÑALOZA Mónica: Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial de la fundación Medico Preventiva, San José de Cúcuta. [En línea] Octubre de 2006. [16 marzo de 2009]. Disponible en: (www.enfermeria.unal.edu.corevistaarticulosxxiv2_8.pdf)

²¹ RIVERA L. Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá. En: [En línea] 27 Abril de 2009. Disponible en : (www.scielo.org.co/pdf/rsap/v8n3/v8n3a09.pdf)

autocuidado, e integración de las operaciones de autocuidado con otros aspectos de la vida; estos resultados permitieron detectar que la mayoría de los participantes consideraban que siempre podían hacer lo necesario para mantener limpio su alrededor, podían conseguir la información necesaria si su salud se ve amenazada, en estas personas era evidente el soporte social relacionado con el respaldo, motivación y apoyo para comprometerse con su propio cuidado que contribuyen a minimizar el estrés y la ansiedad, aun cuando pocas veces se podía tomar tiempo para su cuidado, esto se corroboró con la afirmación "con la actividad diaria puedo tomar tiempo para cuidarme", de igual manera los pacientes hacen alusión al mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, los datos arrojaron además, que la mayoría de los participantes casi nunca o nunca pedían dormir lo suficiente para sentirse descansado, y adicionalmente se conoció que estas personas casi nunca o nunca revisaban su cuerpo en busca de cambios, gran porcentaje de los participantes afirmaban que casi nunca o nunca realizan actividad física, que tenían dificultades para alimentarse mantener un peso correcto, sintiendo por barrera las provocaciones, el gusto y los hábitos alimenticios.

Los dos contextos investigativos mencionados, uno en un medio hospitalario y otro en un ambiente ambulatorio, descubren que existen problemas relacionados con la capacidad de autocuidado en personas con diagnóstico de HTA, esto exige continuar ahondando en otras comunidades que demuestren cual es el comportamiento de la población frente al tema, por ello en el trabajo desarrollado por Landeros sobre autocuidado²², abordado desde una metodología relacional, denominado, "Estimación de las Capacidades de Autocuidado para Hipertensión Arterial en una Comunidad Rural", se buscaba conocer la respuesta de la población que presenta HTA, en relación a un grupo sano, para tal fin, fueron seleccionados dos grupos de personas, un grupo sin HTA, y otro con HTA diagnosticada con edad promedio de 42 años, percibiendo bajas capacidades de autocuidado en personas sin HTA en comparación a las que padecen la enfermedad, ello supone que la presencia de enfermedad condiciona en los individuos a percibir diferentemente su estado de salud, probablemente relacionada con el acceso a los servicios de salud y por ende a la información recibida sobre su enfermedad, una posible explicación es que las personas sin

²² LANDEROS Erick, Et al. Estimación de las Capacidades de Autocuidado para Hipertensión Arterial en una Comunidad Rural. . {En línea}. 2004 {17 Marzo de 2009}. Disponible en (www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/FFAA2B6D-9297-4131-99EF-0CC8B7A99EC-4/0/2_7174.pdf)

Hipertensión Arterial, que se perciben sanos no consideren necesaria la posibilidad de desarrollar sus Capacidad de Autocuidado, en este sentido Orem refiere que el factor que más influye positivamente en el desarrollo de estas capacidades y habilidades en una persona adulta, es la alteración percibida de su estado de salud. Esto quiere decir que en dos comunidades que comparten iguales características pero diferente manera de percibir su salud, si se pueden apreciar más fácilmente las capacidades de autocuidado, como un aspecto positivo para su bienestar.

Cabe destacar otra experiencia que trata sobre el autocuidado pero desde la perspectiva del déficit de autocuidado en comunidades de personas con THA, en este escenario investigativo mostrado por Jiménez²³, llamado “Déficit de autocuidado y el desconocimiento de las complicaciones de la hipertensión arterial”, cuyas edades oscilaban entre 24 y 84 años, población que también fue clasificada en dos grupos de tal forma que pudieran compararse los resultados, seleccionando por una parte un grupo 100 personas con HTA y otro grupo conformado por 100 personas sin HTA, hallando capacidades dentro del total de los 200 participantes que el 38% de las personas tienen autocuidado, mientras que el 62% de las personas que no tienen autocuidado, también se identificó que el 59% conoce las complicaciones de la hipertensión arterial sistémica. Con el fin de explicar los resultados se presenta un cuadro comparativo que muestra las diferencias entre estos dos grupos de personas, ver tabla siguiente:

Cuadro comparativo sobre capacidades de autocuidado con base al estudio sobre Déficit de autocuidado y el desconocimiento de las complicaciones de la HTA tomado de Jiménez.

Personas con Hipertensión Arterial	Personas sin Hipertensión Arterial
El 51% de las personas estudiadas tenían autocuidado y conocen las complicaciones	25% de los individuos encuestados tiene autocuidado y el 45% conoce las complicaciones de la enfermedad
El 68% toma sus medicamentos en forma indicada	54% toma sus medicamentos en forma Indicada
El 57% asisten sus consultas regularmente;	39% asisten a sus consultas regularmente
El 56% consumen alimentos con alto contenido de grasas saturadas	62% consumen alimentos con alto contenido de grasas Saturadas

²³ JIMÉNEZ. Clementina. Déficit de autocuidado y el desconocimiento de las complicaciones de la hipertensión arterial. 2003 [en línea], (02 Junio 2009) disponible en (www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2003/en031c.pdf).

El 42% consumen enlatados y embutidos	32% consumen enlatados y embutidos
El 69% consumen frutas tres o más veces por semana	75% consumen frutas tres o más veces por semana
El 82% consumen verduras tres o más veces por semana	83% consumen verduras tres o más veces por Semana
El 33% le agregan sal adicional a sus alimentos	38% le agregan sal adicional a sus alimentos
El 30% dedica tiempo para hacer ejercicio diario	28% dedica tiempo para hacer ejercicio diario;
El 14% practica alguna técnica de relajación	9% practica alguna técnica de relajación
El 32% tienen el hábito de fumar;	38% tienen el hábito de fumar
El 24% ingieren bebidas alcohólicas	40% ingieren bebidas alcohólicas
El 96% conocen su peso actual	86% conocen su peso actual
El 88% conoce sus cifras de presión arterial	44% conoce sus cifras de presión arterial

Estos datos señalan que efectivamente la presencia de la enfermedad hipertensiva condiciona a la persona a mejorar su capacidad de autocuidado cuando son comparados grupos de personas que no están expuestas a la enfermedad, ratificando una vez más la posición de Dorothea Orem, al afirmar que ante la presencia de una alteración de la salud, se actúan a favor de la conservación de la integridad.

La capacidad en este sentido denota cierta representación de medición en un nivel abstracto, ya que su aplicabilidad en este tema no hace referencia a un valor nominal, pero sí más bien en el poder de realización de un acto en escala, es decir, se puede desarrollar actividades en mayor o menor proporción unos con relación a otros.

Dentro de todos los resultados que fueron arrojados también hay que tener en cuenta que las características propias de una cultura o de un grupo de la población influyen en gran medida en los resultados de una investigación, si se analizan los resultados de investigaciones mencionadas que fueron desarrolladas en comunidades de hipertensos, se encuentra que existen variaciones en cada una de las investigaciones, incluso en grupos de poblaciones que pertenecen a una misma región, pero, a grandes rasgos se identifica la presencia de un patrón de comportamiento específico en la población, citando nuevamente estos estudios

realizados, se identificó por ejemplo cierto grado de sensibilización en el autocuidado en personas con Hipertensión Arterial en control, en comparación con las personas que no tienen alteraciones por hipertensión arterial. De igual manera se encontró déficit de autocuidado en otra población hipertensa, cuyo trabajo realizado consistió en conocer el déficit del autocuidado y desconocimiento de las complicaciones de la hipertensión arterial en dos grupos de personas, por una parte 100 personas sin hipertensión y por otra parte, 100 personas diagnosticadas con el trastorno hipertensivo, en el cual se encontró que poseían mayor capacidad de autocuidado y conocimiento de las complicaciones que son producto de la enfermedad, en relación a los no hipertensos.

Los anteriores hallazgos proporcionan una fuente de datos de la situación de salud que vive la población, y como tal son el insumo necesario para el desarrollo de las intervenciones que dirige enfermería hacia la solución de problemas de salud reales o potenciales en cada población, sin un previo conocimiento científico de las condiciones de salud de un individuo o la comunidad, no se encaminaran actividades específicas que puedan satisfacer la necesidad de salud.

Tales trabajos nos llevan a deducir, que la agencia del autocuidado está influenciada por aspectos inherentes a la cultura de un grupo o una comunidad, los cuales moldean sobre manera la conducta y hábitos en la práctica de una actividad de autocuidado, aun cuando existen elementos que aportan a la actividad del autocuidado, los cuales son motivados e influenciados por parte de enfermería y el equipo de salud que acompaña a un grupo en particular, estos soportes son inválidos cuando no se ha logrado despertar en la persona cierto grado de sensibilización sobre la situación de salud del enfermo y las implicaciones que ello conlleva; en este caso, la conducta se convierte entonces en el eje de la práctica de las acciones de autocuidado. Como bien cita Orem²⁴, El funcionamiento de dos o más personas como grupo, estará afectado por las características de personalidad de los miembros de grupo, sus comportamientos y sus relaciones dentro y fuera del mismo. El concepto de grupo se usa aquí en el sentido de una reunión de personas, que tienen alguna relación entre ellas y que por algún periodo de tiempo están en comunicación, estableciéndose comparaciones separadas de otros grupos.

Agente de cuidados dependientes. Orem²⁵, considera al agente de cuidados dependientes a quien “es adolescente o adulto que acepta asumir la

²⁴ OREM, Op.cit. p.59.

²⁵MARRINER Ann, RAIILE Martha: La Teoría enfermera del déficit de autocuidado. Capítulo 14. 6ª ed. Madrid España: Elsevier España, S.A; 2007. p. 269.

responsabilidad de conocer y cubrir las demandas terapéuticas de autocuidado de otras personas importantes para él, que dependen socialmente de él, o que regula el desarrollo o ejercicio de la actividad de autocuidado de estas personas” dependientes”. En otro sentido, la agencia del cuidado no siempre es proporcionada por la misma persona, sino que es recibida de terceros, en este caso se presenta una persona que posee una condición de cuidador, sobre otra que es cuidada, dada a las condiciones de vulnerabilidad que representa la persona que es cuidada, es decir, toda persona necesita la práctica de autocuidados, siendo un requerimiento indispensable para conservar la integridad del ser, por tanto el conocimiento de los requisitos y acciones de autocuidado retoman importancia al momento de estudiar las capacidades de autocuidado de un individuo, sostiene Orem²⁶, no se puede saber la demanda de autocuidado de un individuo hasta que se calcula. En algunas situaciones un resultado eficaz de la enfermera es que los pacientes lleguen a ser capaces de calcular sus propias demandas de autocuidado terapéutico, incluso las personas que debido a su limitación de movimiento, tal vez no puedan hacer algunas de las acciones comprendidas dentro de la demanda.

Habiendo conocido y clarificado el significado de agente, se complementa el concepto de agencia de enfermería que agrega Orem²⁷, al definir que “La agencia de enfermería es la característica que capacita a personas para cubrir la posición de enfermera en grupos sociales, la provisión de Enfermería a hombres, mujeres y niños individuales o en unidades multi personal tales como familias, que requieren que las enfermeras posean capacidades especializadas que les permitan proporcionar cuidados que compensen o ayuden a compensar el déficit de autocuidados derivado de la salud o relacionado con ella. Las habilidades especializadas constituyen la agencia de enfermería.” se entiende que la agencia de enfermería está determinada en la posición que asume la enfermera como profesional de la salud cuyo objeto es el cuidado, que influencia la toma de decisiones en las personas que requieren de apoyo educativo y terapéutico, sin que ello implique dependencia de enfermería; no obstante, estas medidas no son necesariamente llevadas a cabo por la enfermera, sino por la misma persona, en este sentido, la enfermera agencia el cuidado, y la persona llamada paciente realiza acciones de autocuidado, con un común denominador, ambas partes comparten un mismo objetivo, la conservación de la salud de la persona.

La teoría del autocuidado visiona a la enfermera como un apoyo que facilita estrategias a los individuos sanos y enfermos a evitar y controlar los factores

²⁶ Orem, Op.cit., p.60

²⁷ REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ministerio de la protección social. Médicos generales Colombianos, Guía de atención de la hipertensión arterial, Resolución 000412 de 2000. {En línea}. Octubre 2010 {13 Noviembre de 2010 } Disponible en <http://www.medicosgeneralescolombianos.com/Hipertension.htm>

generadores de los problemas de salud, en este sentido se afirma que sus concepciones están basadas en los métodos de suplencia- ayuda o apoyo, en el que se considera que el individuo es capaz de facilitarse un entorno propicio para su desarrollo, reconocer y realizar acciones preventivas y correctivas de tipo físico y psicológica, en caso contrario la enfermera actúa para la satisfacciones de las necesidades del individuo, como trata la autora “la enfermedad o daños afectan no solo a las estructuras específicas y a los mecanismos fisiológicos o psicológicos, sino también al funcionamiento del ser humano, estas necesidades son identificadas como la falta de una condición física como también psicológica, la enfermera ve más allá de una condición de salud biológica, también examina los aspectos emocionales y espirituales que se derivan y hacen parte del problema de salud, en muchos casos estos aspectos podrían ser de mayor relevancia en el

2.1.2 TEORÍA DEL DÉFICIT DEL AUTOCUIDADO.

El déficit de autocuidado se plantea en la teoría de Dorothea²⁸, como “la relación entre las propiedades humanas de necesidad terapéutica de autocuidado y la actividad de autocuidado”, ello indica que el autocuidado está asociado más que a la incapacidad y la dificultad, a la poca realización de determinadas actividades de autocuidado.

Esta teoría de suplencia o ayuda, permite el crecimiento y auto reconocimiento de la persona como generadora de su propio bienestar mediado por la orientación que realiza el profesional de enfermería, como se cita en la teoría de Orem²⁹, el autocuidado “es el único sistema donde las necesidades de ayuda para un paciente están en relación con la toma de decisiones, el control del comportamiento y la adquisición de conocimiento y habilidades”³⁰, como también señala, “el paciente puede realizar, o puede y debe aprender y realizar medidas necesarias de autocuidado terapéutico de orientación externa o interna, pero no las puede llevar a cabo sin asistencia”, lo cual denota la importancia de contar con el acompañamiento y supervisión del personal de enfermería.

De igual manera la teoría de déficit de autocuidado de Dorothea Orem³¹, propone: Las personas que se suministran su propio autocuidado, o cuidan de gente dependiente, tienen capacidades especializadas para la acción.

²⁸ TAYLOR, Op.cit, p.193.

²⁹ Ibíd., p.193.

³⁰ OREM,.Op.cit. p.135.

³¹ Ibíd. p 45.

Las capacidades de un individuo de tomar parte en su propio autocuidado o el cuidado de una persona dependiente están condicionados por la edad, el estado de desarrollo, las experiencias de su vida, su estatus sociocultural, su salud y sus recursos disponibles.

La relación entre las capacidades del individuo para el autocuidado y demanda se puede definir en términos de igual a, menos que, más que. Otro aspecto que valora el autocuidado es el requisito de autocuidado de desarrollo, los cuales consisten en “tres conjuntos de requisitos, ellos:

1. La provisión de condiciones que fomentan el desarrollo
2. La implicación en el autodesarrollo
3. Prevenir o vencer los efectos de las condiciones o de las situaciones vitales que puedan afectar de manera negativa al desarrollo humano³², ello sugiere que las personas puedan enfrentar los factores de riesgos a los que se está continuamente expuesto en el medio.

Por otra parte los requisitos de autocuidado dependiente, se presentan en caso de desviación de salud, los cuales “existen para aquellas personas que están enfermas o sufren alguna lesión, incluidos los defectos y las discapacidades, para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico o tratamiento médico. Así mismo, la complejidad del cuidado dependiente aumenta según el número de necesidades que deben ser cubiertas en plazo de tiempo determinado³³, este último grupo hace alusión a los cuidados y la habilidad de cuidados que dependen de una persona capacitada para ofrecer mejores alternativas en el tratamiento a la salud.

Vemos como la agencia en el cuidado es ofrecida mediante la provisión de medidas adoptadas por una persona para beneficio de la salud, que bien puede ser asumida a su favor o en ayuda de otros, la diferencia se establece en el tipo de persona que cumple con las medidas de provisión del bienestar, cuando se realiza por sí mismos a favor de sí mismos, se habla de agencia de autocuidado, el cual depende de las capacidades físicas y la actitud que se asuma frente a la enfermedad o quebranto de la salud, en caso contrario, se hace referencia al concepto de persona dependiente de cuidado, por tanto, se es agente de cuidado cuando se ejecutan actividades para satisfacer una necesidad humana que proporciona bienestar.

³² Ibíd. p.270.

³³ Ibíd.p.270.

En este orden de ideas, la agencia de cuidado es desarrollada a favor de sí mismos, o se desarrolla en ayuda a que otra persona cumpla con los requisitos de cuidados, los cuales pueden ser ejecutados en cualquier escenario en que se desarrolla el ser humano, por lo cual se afirma que la enfermería como agente del cuidado, cumple acciones en cualquier contexto institucional de salud, como dentro y fuera del ámbito domiciliario, como sostiene Orem³⁴, “Las enfermeras pueden ir donde residen los pacientes o los pacientes pueden acudir donde está la enfermera. Desde esta perspectiva, la enfermería como servicio, puede ser clasificada en cuatro categorías; enfermería de hogar, enfermería en instituciones de centros sanitarios, enfermería lactante e infantil ambulatoria, y enfermería ambulatoria para adultos. En esta última, el paciente tiene que acudir a donde está la enfermera, y vuelve a su casa después de la visita.” En este caso específico, la agencia de cuidado se extiende desde una institución de salud hasta el hogar.

Estas actividades de autocuidado son similares con las catorce necesidades humanas básicas definidas por la enfermera teórica Virginia Henderson, dentro de la pirámide de necesidades definida por ella, los cuales buscan “promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez”. Expresando la relación que guardan entre sí estas teorías de suplencia o ayuda, pero muy diferentes en la forma de expresar sus postulados.

Paciente, muchos de las alternativas recomendadas para mejorar una condición de salud terminan por impedir una dinámica de trabajo en la persona, viendo sometida la posibilidad de abandonar el trabajo, los ingresos económicos y por ende la conservación de la tranquilidad que ello significa³⁵.

2.1.3 TEORÍA GENERAL DE SISTEMAS DE ENFERMERÍA.

Al respecto a la teoría general de sistemas Orem³⁶, afirma “ que la enfermería es una acción humana; los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados diseñados y producidos por Enfermeras mediante el ejercicio de su actividad Enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente.” Esta teoría presenta por tanto tres

³⁴ TAYLOR, Op.cit. p. 271.

³⁵ OREM, Op.cit.p.73

³⁶ TAYLOR, Op.cit. p. 273

componentes de sistemas que definen la competencia de Enfermería en relación con la persona Enferma, por una parte en el sistema compensatorio se hace referencia a el compromiso de enfermería en compensar el cuidado de la persona enferma, en el sistema Parcialmente compensatorio la persona asume mayor control sobre su autocuidado y en el sistema en proceso de restauración de la salud y en el sistema de apoyo educativo se fomenta hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

2.2 ADHERENCIA A TRATAMIENTOS

La adherencia al tratamiento permite la efectividad y eficacia del régimen terapéutico que asume el paciente, pues el cumplimiento de las prescripciones que han sido establecidas para mantener o restaurar el bienestar del paciente, son en cierta medida, acciones que transforman el estilo de vida en la forma de afrontar los hábitos de vida, en la cual se debe enfrentar un patrón dietético, ejercicio, hábitos de fumar y consumo de licor, esto sumado al acatamiento de ordenes farmacológicas. La adherencia al tratamiento terapéutico por tanto supone el establecimiento del autocuidado.

Pero, alrededor del acatamiento del programa terapéutico, existen factores que intervienen e interrumpen el cumplimiento de este, es así como surgen los problemas que motivan la no adherencia al tratamiento, ello se evidencia en los trabajos investigativos que señalan que la adherencia no solo está sujeta al cumplimiento de la terapia indicada, sino que además involucran aspectos como la oportunidad y conducta a seguir ante determinadas situaciones, como bien indica Holguín Lida³⁷, en el estudio sobre “Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial”, el cumplimiento de cualquier prescripción terapéutica implica realizar una serie de tareas que requieren no sólo saber qué hacer, sino cómo y cuándo hacerlo, no es meramente un asunto voluntario; requiere, además de una actuación eficaz, un control ambiental y beneficios contingentes al cumplimiento.

³⁷ HOLGUÍN Lyda. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: Efectividad de un programa de intervención. {En línea}. {9 Noviembre de 2009} Disponible en (www.revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/459/316.)

Así Meichenbaum y Turk (1991)³⁸, identificaron cuatro variables y múltiples factores relacionados con la adherencia al tratamiento, que son citadas en el estudio sobre Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial estas son:

- *Variables del paciente.* Características del individuo; falta de comprensión; modelo implícito del enfermar; apatía y pesimismo; no reconocer que se está enfermo o necesitado de medicación; historia previa de falta de adhesión; creencias relacionadas con la salud; insatisfacción con el profesional o el tratamiento; falta de apoyo social; medio ambiente que refuerza comportamientos de falta de adhesión; y falta de recursos.
- *Variables de la enfermedad.* Trastorno crónico con ausencia de sintomatología manifiesta; estabilidad de los síntomas; y características asociadas al trastorno (Confusión, distorsión visual, reacciones psicológicas).
- *Variables del tratamiento.* Tiempo de espera prolongado; mala reputación sobre facilidad del tratamiento; supervisión inadecuada por parte de los profesionales; características de las recomendaciones del tratamiento; complejidad del régimen terapéutico; larga duración del tratamiento; características del tratamiento; desembolso económico; características de los medicamentos; y efectos secundarios de la medicación.
- *Variables de la relación.* Comunicación inadecuada; empatía pobre; ausencia de las actitudes y conductas necesarias; insatisfacción del paciente; y supervisión inadecuada.

En este mismo estudio también sostienen que los modelos más aceptados para evaluar la conducta de adhesión están sujetos a enfoques biomédicos y conductuales, “Según Haynes et al³⁹., citados por Amigo, Fernández y Pérez (1998), los modelos biomédicos hacen referencia a una serie de características del paciente, de la enfermedad y de la relación terapéutica como parámetros predictores del incumplimiento terapéutico”, siendo estos los factores con lo que más se asocian el incumplimiento terapéutico. Con respecto a los “modelos conductuales se presentan en tres categorías: Los modelos operantes están basados en la aplicación de los principios operantes y que han promovido la utilización del moldeamiento de conductas como la planificación ambiental y el manejo de las contingencias de reforzamiento como estrategias centrales en el desarrollo de conductas de adhesión, los modelos de comunicación que buscan mejorar los procesos de recepción, comprensión y retención de mensajes como

³⁸ MEICHENBAUM Y TURK. p. 538.

³⁹ *Ibíd.*, p.538.

condición y estrategia para la promoción de la adhesión, los modelos cognitivos que están basados fundamentalmente en el modelo del aprendizaje social y en los modelos cognitivos de decisión.”

Pero cabe la pena expresar que los problemas de adherencia al tratamiento no son fundamental mente del paciente, que existe una responsabilidad en el equipo de salud que se hace partícipe en la manera de involucrarse como guía en la administración y acatamiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico.

De igual manera la familia se involucra como soporte social hacia la efectividad de un tratamiento de una enfermedad como la hipertensión arterial, donde la cronicidad de la enfermedad supone la ingesta de medicamentos y toma de medidas de cuidado para toda la vida.

Alrededor del tema de adherencia al tratamiento coexisten otras variables de estudio que son objeto de análisis, sobre el hecho se agrega que conforme al documento publicado por la OPS⁴⁰, sobre adherencia a los tratamientos a largo plazo del 2004, se cita textualmente que “varios exámenes rigurosos han hallado que en los países desarrollados, la adherencia terapéutica en pacientes que padecen enfermedades crónicas promedia solo 50%, se supone que la magnitud y la repercusión de la adherencia terapéutica deficiente en los países en desarrollo son aún mayores, dada la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de salud”, es decir que adicionalmente a los factores relacionados con el paciente, la enfermedad el tratamiento y la relación, se presentan otros factores como el entorno socioeconómico y político donde se desenvuelve la persona con la enfermedad hipertensiva. Esta situación supone además que “los pobres son más afectados desproporcionalmente”, en este documento se argumenta que bajo la condición de enfermo se es más difícil llevar a cabo un trabajo y por tanto el aprendizaje es más duro.

En todo esto el riesgo de no adherencia al tratamiento farmacológico significa una exposición a una complicación de la salud, debido a que el tratamiento en vez de haber controlado la enfermedad, está haciendo parte de un riesgo más en la medida que se expone al organismo a un tratamiento farmacológico poco eficaz.

⁴⁰ SÁBATE, Ernesto: Prevención y control de enfermedades no transmisibles, Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Catalogación por la biblioteca de la OPS, [en Línea] 2004 (5 Diciembre de 2009) Disponible en (www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf)

Como riesgos principales se mencionan los factores que presenta la OPS⁴¹, estos son:

- **Recaídas más intensas:** Las recaídas relacionadas con la adherencia deficiente a la medicación prescrita pueden ser más graves que las que ocurren mientras el medicamento se toma como fue recomendado, de modo que la adherencia deficiente persistente puede empeorar el curso general de la enfermedad y, con el tiempo, hacer que exista menos probabilidad de que los pacientes respondan al tratamiento.
- **Riesgo aumentado de dependencia:** Muchos medicamentos pueden producir dependencia grave si son tomados incorrectamente.
- **Riesgo aumentado de abstinencia y efecto rebote:** Cuando un medicamento se suspende o interrumpe bruscamente pueden ocurrir efectos adversos y posible daño. La buena adherencia desempeña una función importante al evitar problemas de abstinencia.
- **Riesgo aumentado de desarrollar resistencia a los tratamientos.**
- **Riesgo aumentado de toxicidad.** En el caso de sobre abuso de medicamentos (un tipo de falta de adherencia terapéutica), los pacientes enfrentan un mayor riesgo de toxicidad.
- **Riesgo aumentado de accidentes.** Muchos medicamentos deben tomarse junto con cambios del modo de vida que son una medida preventiva contra el mayor riesgo de accidentes, que se sabe son un efecto colateral de ciertos medicamentos.

2.2.1 Factores relacionados con la Adherencia al Tratamiento Farmacológico y no Farmacológico. En la restauración de la salud intervienen una serie de condiciones que posibilitan o dificultan la prontitud de un pronóstico asertivo y la satisfacción plena de las necesidades de la persona, como elemento esencial para obtener una condición de salud, se entiende que la capacidad de adhesión que tienen un tratamiento ante el desequilibrio de la salud condiciona enormemente la recuperación de la persona enfermera, aun más cuando la enfermedad es de tipo crónico y el tratamiento se lleva a cabo de manera prolongada como en el caso de la enfermedad hipertensiva, en donde la persona debe adoptar una serie de medidas que muchas veces son contrarias al etilo de vida inicial, en donde se ven

⁴¹ OPS., Ibíd.

involucrados diversos factores que agrupan características particulares de comportamiento en las personas frente a la HTA.

La revisión de literatura permitió clasificar cuatro grandes factores que se relacionan con la Adherencia al Tratamiento farmacológico y no farmacológico, los cuales se contemplan en el instrumento sobre evaluación de los factores que influyen en la Adherencia, agrupados en cuatro dimensiones, estos factores hacen referencia específicamente a los aspectos socioeconómicos, los eventos y relaciones relacionados con el proveedor y el equipo de salud, los factores relacionados con el tratamiento o la terapia y los factores relacionados propiamente con el paciente.

2.2.1.1 Factores relacionados con el proveedor de salud. Cabe anotar que los sistemas de salud no equiparan un único tipo de atención en salud dado la característica especial para cada régimen de atención, y que coexiste junto a estos regímenes problemas relacionados con la oportunidad y calidad en el servicio, en donde influyen variables concernientes al volumen de personas que acuden a una misma empresa de salud, la disposición del talento humano y recursos necesarios que garantice la completa atención como elementos, ubicación geográfica con respecto al sitio de atención, tales circunstancias marcan diferencias entre la atención que se puede recibir con respecto a otro.

Así mismo la OMS⁴², plantea el efecto de los servicios de salud poco desarrollados, los sistemas deficientes de distribución de medicamentos, la falta de conocimientos y adiestramiento del personal de salud en el control de las enfermedades crónicas y la falta de incentivos para ello. También trata la necesidad de que en la formulación de políticas de salud y en la actuación de los directivos sanitarios se contemplen las consecuencias de la adherencia terapéutica deficiente, para evitarlas; esta demanda impone la necesidad de elevar, el diagnóstico y la intervención en la adherencia terapéutica, a estrategia prioritaria del sistema de salud lo cual puede ser reflejado en las propuestas de objetivos y acciones de los programas de atención, prevención y control de las enfermedades.

2.2.1.2 Factores Socioeconómicos. Colombia como país subdesarrollado en donde la mayor parte de la población es pobre, se acrecientan las necesidades básicas por cubrir, donde los problemas económicos relacionados con el desempleo y la violencia social como los conflictos ocasionados por los grupos al

⁴² LIBERTAD MARTÍN. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario. 2009 Tesis de grado (Doctorado en ciencias de la salud). La Habana.

margen de la ley y el Narcoterrorismo, la corrupción política, sumados a la influencia de la depresión económica mundial, ve quebrantadas las oportunidades de mejorar las condición económica del núcleo familiar social, quien espera tener la facilidad de poder suplir los requerimientos que suplan los proceso vitales que cumplimos los seres humanos. Esta situación limita aun más las posibilidades de que una persona pobre y enferma, que adicionalmente podría carecer del beneficio de contar con una afiliación al sistema de seguridad social en salud, mantenga en su totalidad un cumplimiento de un régimen terapéutico que le acarrea en costos un costo adicional.

2.2.1.3 Factores relacionados con la persona-paciente. La actitud y comportamiento de la persona enferma, junto al núcleo familiar y social que lo rodea, determinan en gran medida el avance o control de la enfermedad, como cita consuelo⁴³, “la OMS señala que los factores relacionados con el paciente representan los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente. El conocimiento y las creencias del paciente acerca de su enfermedad, la motivación para tratarla, la confianza en su capacidad para involucrarse en comportamientos terapéuticos y las expectativas con respecto al resultado del tratamiento y las consecuencias de la adherencia deficiente, interactúan de un modo todavía no plenamente comprendido para influir sobre el comportamiento de adherencia.” Ello denota una relación directa sobre la capacidad de adherencia ante los tratamientos.

2.2.1.4 Factores relacionados con el régimen terapéutico Dentro de los factores asociados al incumplimiento del régimen terapéutico que se describe en el artículo sobre estrategias para mejorar la adherencia a los tratamientos⁴⁴, se mencionan las características de los pacientes relacionados con la edad, el género y el nivel socio económico cultural (en los que se encierran la pobreza, el nivel educativo, las condiciones de vida, accesibilidad al sistema de salud y tratamientos oportunamente, la higiene, la cultura, y el apoyo social), así mismo las características del tratamiento, en la que se incluye, la duración régimen posológico, la aceptación por parte del paciente y el costo de los tratamientos; y la naturaleza y severidad de la enfermedad, teniendo en cuenta el tipo, la gravedad y

⁴³ ORTIZ SUAREZ Consuelo. validez de constructo y confiabilidad del Instrumento factores que influyen en la adherencia a los tratamientos Farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad Cardiovascular. 2008 Tesis de grado (Magister en Enfermería con énfasis en cuidado en salud cardiovascular). Universidad Nacional de Colombia.

⁴⁴ UNIVERSIDAD DE CHILE. Estrategias para mejorar la adherencia a los tratamientos [en línea] (1 Noviembre de 2009) Disponible en: (www.plataforma.uchile.cl/fg/semestre1/_2003/medicam/-modulo3/clase3/temas /tema01.htm)

la relación médico-paciente, conocimiento insuficiente, capacidad limitada para comprender instrucciones, capacidad limitada para administrarse los medicamentos, inquietudes no resueltas de los pacientes, percepciones y creencias de los pacientes, complejidad del régimen; en términos generales, la adherencia y la no adherencia a los tratamientos depende en gran parte de las condiciones biológicas en cuanto al género, edad, y estado de salud de la persona, como también la situación socioeconómica y cultural, y a la actitud que se asuma frente a la enfermedad.

En el factor edad, cabe anotar que este influye racionalmente como bien lo indica OMS en el documento sobre adherencia terapéutica⁴⁵, la edad es un factor que se ha informado influye sobre la adherencia terapéutica, La adherencia al tratamiento por los niños y adolescentes comprende de 43 a 100%, con un promedio de 58% en los países desarrollados, varios estudios han indicado que los adolescentes se adhieren menos al tratamiento que los niños más pequeños, pues a medida que la edad aumenta, los niños tienen la capacidad cognoscitiva para llevar a cabo las tareas de tratamiento, pero siguen necesitando supervisión de sus padres. En tanto los ancianos representan 6,4% de la población mundial, la prevalencia de deficiencias cognoscitivas y funcionales en los pacientes ancianos aumenta su riesgo de adherencia deficiente.

En tanto los factores que dependen directamente del paciente, la OMS⁴⁶ refiere todos aquellos aspectos que están en función de “los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente”, es de anotar que varios de estos agentes están inmerso dentro de otros aspectos ya mencionados anteriormente, por ejemplo existe una estrecha relación entre la condición socioeconómica y la disposición para acceder a la cumplir con un régimen terapéutico farmacológico y no farmacológico, como también se conoce que las creencias y actitudes que asume el paciente están directamente vinculadas a la cultura, sobre este hecho también se agrega la influencia de la motivación, la expectativa hacia el tratamiento, la habilidad para controlar los síntomas, la presencia de conceptos que influyen negativamente sobre la salud como el temor, la dependencia, la ansiedad, el estrés, la desesperanza, y la frustración.

Otro aspecto que forma parte de las barreras que dificultan el cumplimiento. Es el conocimiento insuficiente sobre enfermedad y sus consecuencias, los tratamientos y sus efectos (beneficiosos y adversos), como también las consecuencias del incumplimiento y la capacidad limitada para comprender las instrucciones (visión,

⁴⁵ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Op, cit

⁴⁶ *Ibíd.* p2.

audición, cognoscitiva) o para administrarse correctamente el tratamiento; además de inquietudes no resueltas de los pacientes, percepciones de los pacientes, la comunicación deficiente, la complejidad del régimen, las formas farmacéuticas y el costo del tratamiento.

Existen otros factores que dependen directamente del equipo disciplinar de salud, en este sentido se resalta el documento emitido por la OMS⁴⁷, el cual informa las implicaciones que tiene el personal sanitario sobre la adherencia al tratamiento cuando “los servicios de salud poco desarrollados con reembolso inadecuado o inexistente de los planes de seguro de salud, los sistemas deficientes de distribución de medicamentos, la falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, los proveedores de asistencia sanitaria recargados de trabajo, la falta de incentivos y retroalimentación sobre el desempeño, las consultas cortas, la poca capacidad del sistema para educar a los pacientes y proporcionar seguimiento, la incapacidad para establecer el apoyo de la comunidad y la capacidad de autocuidado, la falta de conocimiento sobre la adherencia y las intervenciones efectivas para mejorarla”. Por ello la adherencia al tratamiento sugiere debe ser abordado desde una perspectiva multidimensional.

El incumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico, provocan como consecuencia “Imposibilidad de controlar o erradicar la enfermedad; la posibilidad de desarrollo de complicaciones de la enfermedad; la posibilidad de muerte; y la disminución de la calidad de vida”⁴⁸, ello desmotiva a la persona que observa en otro caso un fracaso en el tratamiento, pero también puede constituir en el aliciente para comprometerse a cumplir el régimen terapéutico.

Pero todos estos aspectos estudiados alrededor de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico se hacen visibles en la práctica, en donde son estudiados los factores que interviene en el régimen terapéutico, es así como se conoció del artículo publicado de Herrera Arleth ⁴⁹, titulado “Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo Cardiovascular”, que en la mayor proporción de pacientes de la caja de prevención social de la universidad de Cartagena están expuestos al riesgo de enfermedad cardiovascular, al identificar en este estudio, el riesgo de la persona en no adherirse al tratamiento, lo cual guarda relación con otros hallazgos encontrados con relacionados con la

⁴⁷ Ibíd. p3.

⁴⁸ Ibíd.p3.

⁴⁹ HERRERA Arleth. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo Cardiovascular Enfermería en el cuidado de la salud Cardiovascular: 2008 Enfermería., Vol. XX 10: No 36-42, p6

disponibilidad económica y la obtención oportuna de los medicamentos, por tanto estas circunstancias actuaron sobre el tratamiento, así como también influyeron de manera positiva en la adherencia, el factor relacionado con el proveedor de salud.

De igual manera, en el trabajo investigativo llevado a cabo por Contreras Astrid⁵⁰, denominado “factores que influyen en la adherencia de tratamiento farmacológicos y no farmacológicos-Sincelejo 2006”, se encontró que las personas adultas adquieren mayor conciencia de su estado de salud y están más dispuestos a cumplir con el tratamiento prescrito.

Por otra parte, la investigación desarrollada por Flores Inna⁵¹, llamado a “Factores que influyen en la adherencia a tratamientos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad Cardiovascular” desarrollado en el hospital, naval de Cartagena, se encontró que la mayor proporción de los pacientes, en la categoría de sin riesgo de no adherirse al tratamiento farmacológico y no farmacológico, se identificaron factores que influenciaron positivamente este hecho, en la medida que las personas disponían de recursos para satisfacer sus necesidades básicas, contaban con una efectiva red de apoyo social, y adquirirían oportunamente los medicamentos.

Todo lo anterior apunta a hacer creer que la enfermedad permite que se considere que una vez más, la utilidad e importancia de la teoría de autocuidado de Orem al momento de detectar las deficiencias que pueden presentar las personas con su propia salud, y bajo un padecimiento crónico como es la hipertensión arterial; la identificación de problemas que permiten a enfermería tomar medidas dirigidas específicamente hacia el foco de la situación de salud, ya sea de la persona o del colectivo.

Finalmente, estos resultados evidencian la realidad de la situación que presentan otros pacientes fuera de la investigación, como una referencia no solo permite la integración de la teoría a la práctica con la implementación de la teoría de autocuidado de Orem, sino, que se tales consideraciones estimulan la mayor participación de las personas o del paciente, como una contribución de

⁵⁰ CONTRERAS, Astrid, factores que influyen en la adherencia de tratamiento farmacológico y no farmacológicos-Sincelejo 2006. Trabajo de grado (magister en enfermería). Universidad Nacional de Colombia, facultad de Enfermería

⁵¹ FLORES, Inna. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad Cardiovascular. 2007. Trabajo de grado (Magister en Enfermería). Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería

enfermería, que ve en el cuidado la oportunidad para mejorar el bienestar, en la realización de actividades que velan por la extensión y contemplación de la vida.

Como se había señalado anteriormente, para este trabajo investigativo, se debe considerar la utilización de una teoría basada en el apoyo de las necesidades del ser humano, dado que el propósito de la misma es conocer las capacidades que tienen las personas de satisfacer sus propios requerimientos de salud y su relación con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, determinando las estrategias que los pacientes conviene para tal fin; dentro de los modelos teóricos, existen principalmente dos modelos de la escuela de las necesidades del ser, ellos son la teoría de Virginia Henderson, que trata sobre la independencia que debe alcanzar la persona en cubrimiento de sus necesidades, para lo cual se establece una escala de necesidades a las que debe responder el ser humano en beneficio propio; y en otro plano, la teoría de Dorothea Orem que está basada en la capacidad que tiene el individuo en el alcance de su propio autocuidado.

2.3 Relación entre las capacidades de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

En la revisión literaria referida a estudios previos relacionados con la correlación existente entre capacidad de agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento, se encontró un estudio realizado en Colombia desarrollado por Anita Velandia⁵², llamado “relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo cardiovascular que asisten a consulta externa en el Hospital Tunjuelito”-Bogotá, en esta población estudiada se encontró que existe correlación entre la Capacidad de agencia de autocuidado y la Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, con un valor de coeficiente correlacional de 0.413 (coeficiente de Spearman) en una escala del cero al uno, lo que indica una correlación moderada con tendencia positiva.

De igual manera se tuvo la oportunidad de identificar en este grupo, que los participantes presentaban baja capacidad de agencia de autocuidado más comúnmente en las personas con rangos de edades menores, en relación a los de mayor edad, a los que les encontró regular y buena adherencia al tratamiento;

⁵² VELANDIA Anita, relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con factores de riesgo cardiovascular que asisten a consulta externa en el Hospital Tunjuelito. 2008 106-7 p. Tesis grado (Magister en Enfermería con Énfasis en cuidado en Salud Cardiovascular)

este comportamiento guardó relación con los resultados conocidos sobre adherencia, en los que identificaron igualmente, menor adherencia en los rangos de edades menores, y mejor adherencia en las personas de mayor edad. En este caso particular se aprecia que existe relación entre la capacidad que tiene la persona para cuidarse y la aceptación y cumplimiento del tratamiento farmacológico y no farmacológico. Pero también “A pesar de poseer unas buenas capacidades de agencia de autocuidado y de adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, se observa poco desarrollo de las actividades de cuidado determinadas para cubrir los requisitos de autocuidado a largo plazo, según la teoría de autocuidado de Orem.”

Así mismo en el artículo publicado de Clara Bastidas⁵³, denominado “asociación entre la capacidad de agencia de auto cuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad coronaria”, se encontró que el valor de correlación fue de 0,515, (correlación Pearson), el cual indica una correlación directa moderada entre la agencia de auto cuidado y la Adherencia, se confirmó que la complejidad del régimen terapéutico tiene influencia en la adherencia, aun cuando en este grupo, solo se mostró en una manera leve pero positiva.

En ambas investigaciones se conoce resultados que mostraron la existencia de correlación en estos contextos, una relación positiva ente esas dos variables, en donde se ve afectado directamente el comportamiento y la respuesta de la persona frente a la otra variable, en este caso la influencia de la variable independiente capacidad de agencia de auto cuidado sobre la variable adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico.

2.4 PROGRAMA HIPERTENSION ARTERIAL

Es de considerar que el problema de la hipertensión arterial no radica solamente en la enfermedad como tal, sino en la alteración de los demás patrones de vida y prácticos como son la afección y alteración de la funcionalidad dentro de un rol social y familiar, ver afectada la salud, es motivo de preocupación, en donde muchas personas terminan disminuyendo el contacto con el medio, y la inmersión en una serie de medidas de tratamiento de manera obligada.

⁵³ BASTIDAS, C. Asociación entre las capacidades de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con alguna condición coronaria. Av Enfermería. XXV(2): 65-67, 2007 {En línea} {27 Octubre de 2009} Disponible en (www.index-f.com/rae/252/r6575.php)

Los estudios previos sobre capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial, han señalado que la presencia de la enfermedad facilita el establecimiento de medidas de conservación de su propio cuidado como una condición de vida, se integran nuevos patrones nutricionales, se realiza ejercicio físico y controla el sedentarismo y el estrés, pero en cambio, quienes permanecen “sanos”, no asumen una conducta de autocuidado en la misma intensidad, ello indica que la confirmación de una afección de la salud condiciona la persona, lo cual permite que se inclinen a corregir o mejorar acciones para conservar la salud y prevenir complicaciones. Estas conductas demuestran que la actitud frente a la enfermedad cambia en la mayoría de los casos, que la asistencia a consultas con el profesional de la salud ejerce una gran influencia en la toma de decisiones.

De acuerdo a la teoría del auto cuidado enfermería se compromete con el alcance de las metas que persigue el cuidado, desarrolla actividades para el bienestar del otro, busca la satisfacción de las necesidades del individuo o grupo de individuos; el entorno ejerce la influencia que modifica el ser, que afecta conductas y comportamientos, es la asociación entre la cultura, costumbres y tendencias personales, es un estado o condición lograda con la ejecución de actividades que fomentan el bienestar; la salud es el estado de desarrollo total de las funciones humanas, función física y mental se alcanza en el logro de las funciones biológicas y mentales, equilibrio entre el bienestar y la carencia de enfermedad; y la persona, es un ser biológico, social, integrado por sus partes, con potencial y capacidad para aprender, desarrollarse, actuar reconocerse, y autocuidarse, se visiona como un ser autónomo, que requiere de atenciones individuales, particulares de salud de interés compartido.

Enfermería como en otras oportunidades, lidera los procesos que conciernen al individuo y el colectivo, es por ello que vela por el adecuado funcionamiento de los programas de promoción y prevención, en el mantenimiento de medidas que logran minimizar riesgos y complicaciones ante las alteraciones ya existentes; en tanto que el paciente debe adoptar medidas de tratamiento terapéutico en frente los procesos que se deben enfrentar durante la enfermedad. Esta disciplina profesional a su vez se vale de un equipo de apoyo constituido por el personal auxiliar en enfermería, quien es en última quien permanece acompañando al paciente durante todo el proceso del tratamiento de la enfermedad, y aun cuando la enfermera se encuentra enfrente de las acciones que se determinan para el control de la misma, recurre en muchas oportunidades a este grupo de trabajadoras en el desempeño de las funciones. Esto ha permitido que se presenten situaciones en la que se ha disminuido la intervención directa en el trato con el paciente y la familia, donde se identifica al auxiliar en enfermería como la persona que asume las responsabilidades del servicio y la enfermera como la que vigila y supervisa el cumplimiento de deberes.

Por tanto, el compromiso de enfermería radica en velar por el servicio que se ofrece en el programa y facilitar elementos de apoyo a la persona y la familia, teniendo como indicadores el buen manejo de las cifras de la tensión arterial y la disminución de los riesgos en presentar complicaciones de la salud de origen cardiovascular.

Este interés ha permitido que se desarrollen actividades periódicas propias del programa en cada consulta atendida, empleando la detección temprana de complicaciones, en la realización de procedimientos que identifican oportunamente incapacidades y muerte, por medio del seguimiento de resultados de laboratorio clínico; y la protección específica de la persona, mediante la realización de la toma de la tensión, la educación sobre los hábitos de vida saludable, la facilitación del tratamiento farmacológico, teniendo presente las características que manifiesta la enfermedad en el predominio de manifestaciones, son únicas para cada persona hipertensa, tanto en el manejo de valores de las cifras tensionales, como en la valoración de otros factores de riesgo de la salud.

Está demostrado que las enfermedades de origen cardiovascular se presentan con mayor frecuencia bajo condiciones específicas de riesgo para la población mundial en general, dentro del contexto de la población objeto de estudio en el municipio de Montería, prevalece la pobreza, la predisposición genética sobre las personas de raza negra y factores de riesgo comportamentales, tales como el consumo de sustancias alcohólicas, alimentos ricos en sal y grasa, el tabaquismo, y la deficiencia en la práctica de ejercicio físico; tal como lo revelan investigaciones recientes realizados en comunidades afro descendiente en el que se incluyó este municipio.

A este respecto, el municipio de Montería es considerado el segundo municipio del país, donde habitan comunidades afro colombianas con un total del 35% del total de la población Colombiana⁵⁴, en este grupo de personas se identificó como tendencias específicas en salud, que un 47.1% de la comunidad presentaba antecedentes personales de enfermedades cardiovasculares, siendo la hipertensión arterial, el trastorno de mayor frecuencia con un 34.3%, en el cual se observó un gran aumento de la enfermedad en la población femenina con más del 87%⁵⁵; así mismo, se identificó un marcado aumento de los antecedentes familiares sobre esta población.

⁵⁴ AMADOR, Aura. TORREZ, Ena. Determinación de los Factores de Riesgo para enfermedad Cardioceberovascular y renal en población San Antero y San Bernardo del Viento 2005-2006 [En línea]. {31 mayo de 2009}. Disponible en: (www.academico.unicordoba.edu.co:8080/dspace/bitstream/afrocolombia-no.pdf),

⁵⁵ *Ibíd* p.21

Lo anterior señala que existe un alto riesgo sobre la población en padecer una enfermedad de tipo hipertensiva, como también un alto porcentaje de la población que la afronta; para atender los problemas de salud de tipo hipertensivo en este segundo grupo de personas, se dispone del programa de control de la hipertensión arterial como instrumento terapéutico de control de la enfermedad crónica, el cual está integrado por un equipo de salud interdisciplinario liderado por enfermería y conformado por enfermera(o), nutricionista, médico(a), trabajador social y sicólogo(o) según las necesidades del paciente, el cual incluye medidas para mantener las cifras de la tensión arterial bajo control y minimizar los riesgos de complicaciones por la enfermedad.

2.4.1 Características del Programa de hipertensión arterial. El programa de hipertensión arterial parte de parámetros de referencia los protocolos de atención dispuestos para medición y control de la tensión arterial establecidos a nivel nacional bajo las normas que contempla el estado en la norma técnica que contempla la resolución 0412 del ministerio de salud en la guía de atención para la hipertensión arterial, y con base al resultado del séptimo comité de Hipertensión Arterial que se estableció en Mayo de 2003, donde se establece que solamente hay dos estados de HTA: “Estado 1 para cifras entre 140 y 159 mmHg de sistólica y cifras de 90 a 99 mmHg para diastólica y Estado 2 para cifras superiores a 160 mmHg para sistólica y superiores a 100 mmHg para diastólica”⁵⁶.

De igual manera, la norma técnica define y contempla las actividades que hacen parte del programa, en las que se acentúan las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, las actividades de detección temprana de las alteraciones de la salud, y las actividades de protección específica. El sitio donde se preste el servicio debe disponer de un consultorio médico con los implementos necesarios para la realización de dicho control, provisto de buena iluminación, ventilación y privacidad.

El programa por su parte es definido por la norma técnica de atención, como “un proceso complejo y multidimensional cuyo objetivo debe ser la prevención primaria, la detección temprana y un tratamiento adecuado y oportuno que

⁵⁶ RUIZ, Alonso. Tratamiento Ambulatorio de la Hipertensión Arterial. En: Revista Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Cauca. Vol.; 6. No.1 (Marz-2004); p.1-5. {En línea}. { 18 noviembre de 08}, Disponible en:(www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2004/marzo-/TratamientoAmbulatorio20hipertensionB3n.html)

prevenga la aparición de complicaciones⁵⁷, creado como una estrategia dentro de las políticas gubernamentales que da cumplimiento al principio de universalidad en los servicios de salud para toda la población colombiana promulgado por la ley 100 de 1993, en el que desarrollan actividades que promueven la salud y la prevención de las complicaciones, con atención al público de forma periódica y mensual, en instituciones de baja complejidad de atención en salud, de los diferentes organismos de salud habilitados.

El programa consta de un documento técnico directriz para todas las empresas de salud que lo ofrecen, lo que le confiere el carácter de obligatoriedad en la atención, en el cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones a seguir y el orden secuencial y lógico para el adecuado diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial. Por tanto el programa de hipertensión arterial ha sido creado para ofrecer atención gratuita a todas las personas con padecimiento de hipertensión arterial con diagnóstico confirmado, con acceso al sistema general de seguridad social en salud, mediante el plan obligatorio de salud subsidiado o contributivo, o de manera independiente, para lo cual la persona debe costear los servicios de apoyo diagnóstico y farmacológico.

La tarea en llevar a cabo el control y tratamiento de la enfermedad en el programa, ha sido desde un principio una responsabilidad compartida donde interviene el paciente, la familia y el equipo de salud, y este último donde mayormente recaen las responsabilidades a juicio de la sociedad, está visto que en cada situación social crítica que involucra un problema de salud pública, se saca a colación las responsabilidades e influencia que ejercen las instituciones y equipo de salud en la solución de los problemas de interés público, ello demuestra que ante la sociedad,

El equipo del cual se apoya el profesional consta de los elementos que realizan la medición de la presión arterial, conocidos como tensiómetro, esfigomanómetro, estetoscopio, báscula, de igual manera se emplean los documentos y registros clínicos que soportan la atención que se presta al paciente.

Toma de la presión arterial: La toma de la presión arterial es el método utilizado para la detección temprana de la hipertensión arterial en los diferentes grupos de población. La unidad de medición se expresa en mm de Hg.

El esquema para la toma de presión arterial planteado es el sugerido por el Sexto Comité Conjunto Nacional (JNC VI), basado en las recomendaciones de la Asociación Americana del Corazón, la Sociedad Americana de Hipertensión y la Organización Panamericana de la Salud.

57 REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Médicos generales Colombianos, Guía de atención de la hipertensión arterial, Resolución 000412 de 2000. [en línea]: {09 agosto 08} Disponible en:(www.médicos generales colombianos.com/Hipertensión).

Como actividades específicas del programa se realiza la valoración general del paciente mediante la recopilación de datos o anamnesis y realización del examen físico, mediante la medición de los signos vitales, la auscultación cardiopulmonar, valoración rectal, abdominal, neurológica y exámenes de laboratorio. Aunque la información que arroje la anamnesis y el examen físico puede ser suficiente para llegar a un diagnóstico de la enfermedad hipertensiva, no siempre se consideraran estas dos evaluaciones médicas, ya que puede requerirse de exámenes de laboratorio que identifiquen la presencia de la patología.

Dentro de las actividades de educación impartidas a la persona y a la familia se encuentra la capacitación formal e informal sobre los factores de riesgo relacionados con la enfermedad, así también las complicaciones que produce, los efectos colaterales que se puedan advertir del tratamiento y hábitos de vida saludable. Como estrategia de socialización y herramienta de control, también se realiza la conformación de grupos o club de hipertensos, los cuales tienen por finalidad la disposición de un espacio para abordar temas que contribuyan al control de la enfermedad referentes a su enfermedad y de su interés y desarrollar actividades recreacionales mediante visitas periódicas ante una sala, salón, consultorio, o espacio que se disponga para tal fin.

Por otra parte, la medición de la tensión arterial requiere del seguimiento de una técnica adecuada que pueda garantizar que los valores obtenidos son confiables en la interpretación del estado de salud del paciente. Una vez establecido el diagnóstico definitivo de hipertensión arterial, el tratamiento de elección puede ser no farmacológico o farmacológico de acuerdo al estado de la hipertensión y los factores de riesgo asociados.

Cuando se va iniciar tratamiento la persona debe ser informada ampliamente sobre la hipertensión arterial, cuales son las cifras de presión arterial que maneja, cuales son los factores de riesgo identificados, cuales son las acciones protectoras, el tratamiento, los efectos secundarios y las posibles complicaciones. Es importante en el tratamiento de la hipertensión arterial disponer de un equipo de salud interdisciplinario (médico, personal de enfermería, nutricionista, psicólogos, etc.), capacitados y comprometidos en la educación, detección temprana y atención oportuna de la hipertensión arterial.

Tratamiento farmacológico: Pretende mantener las cifras de la tensión arterial controladas sobre los valores de 140/90 mm Hg, para la cual consume un tratamiento farmacológico adaptado las necesidades individuales de salud de la persona, motivo por el que debe acudir periódicamente a consultas médica para evaluar la salud, y de esta forma determinar la conducta a seguir.

2.4.2 Efectos de la hipertensión arterial. Repercusiones de la hipertensión arterial en el estilo de vida: La organización del ser humano como ente social con capacidad de propiciar espacios que le permiten su pleno desarrollo, se ve altamente afectada frente al padecimiento de una enfermedad de tipo crónico como lo es la hipertensión arterial, la persona debe recurrir a la capacidad de adaptación hacia nuevos estilos de vida y la transformación de los patrones comportamentales, para afrontar los problemas de salud que interfieren en la dinámica familiar y social; por una parte, se presentan cambios negativos en el estado emocional, tales como depresión, temor, ansiedad, y la frustración de sentir truncado los proyectos de vida, y la libertad e independencia en la toma de decisiones; se disminuye el potencial productivo de la persona en la medida que dejan de realizar funciones inherentes a su rol, debido a la disminución de las habilidades físicas, como consecuencia del deterioro de la salud; se presenta aislamiento del medio en que habita como consecuencia a las medidas de precaución que se deben tener en cuenta para conservar la salud. Tales alteraciones, comprometen aun más la situación de salud física de la persona con hipertensión arterial.

2.4.3 Complicaciones de la salud. El cuerpo humano por ser un conjunto integrado en todas sus partes, funciona de manera armónica para mantener el equilibrio en cada uno de los sistemas que lo conforman, por consiguiente, la alteración de uno de los componentes, repercuten directamente sobre los demás sistemas, haciendo que se aumente la gravedad de la enfermedad, máxime cuando el sistema afectado constituye un eje del que dependen los demás sistemas, como es el caso del sistema cardiovascular, el cual se distribuye a lo largo y ancho del cuerpo humano a través de una compleja red vascular, su afección por consiguiente, termina lesionando los órganos más susceptible al daño, conocidos como órganos blancos, como son el corazón, los riñones, y el cerebro.

Estas conductas del organismo, interfieren en los proyectos y calidad de vida de las personas hasta alterar la funcionalidad social y disminuir el periodo de longevidad, convirtiendo de esta situación un problema de la salud pública presente en las diversas poblaciones en el mundo.

2.4.4 factores de riesgo asociados a la Hipertensión Arterial. La HTA como enfermedad crónica tiene ligados unos factores que predisponen a la presencia de la misma, estos factores de riesgo más conocidos son⁵⁸:

⁵⁸REVISTA MÉDICA EN LÍNEA. FERRER IN CODE: Médica Enfermedades :Hipertensión [en línea].[09 marzo de 2010]. Disponible en: (www.dmedicina.com/enfermedades/enfermedades-vasculares-y-del-corazon/hipertension-arterial)

- **Edad y raza:** La edad es otro factor, por desgracia no modificable, que va a influir sobre las cifras de presión arterial, de manera que tanto la presión arterial sistólica o máxima como la diastólica o mínima aumentan con los años y lógicamente se encuentra un mayor número de hipertensos a medida que aumenta la edad. En cuanto a la raza, los individuos de raza negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión que los de raza blanca, además de tener un peor pronóstico.
- **Herencia:** cuando se transmite de padres a hijos se hereda una tendencia o predisposición a desarrollar cifras elevadas de tensión arterial. Se desconoce su mecanismo exacto, pero la experiencia acumulada demuestra que cuando una persona tiene un progenitor (o ambos) hipertensos, las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble que las de otras personas con ambos padres sin problemas de hipertensión.
- **Sexo:** Los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que éstas llegan a la edad de la menopausia. A partir de esta etapa la frecuencia en ambos sexos se iguala. Esto es así porque la naturaleza ha dotado a la mujer con unas hormonas protectoras mientras se encuentra en edad fértil, los estrógenos, y por ello tienen menos riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, en las mujeres más jóvenes existe un riesgo especial cuando toman píldoras anticonceptivas.
- **Sobrepeso:** los individuos con sobrepeso están más expuestos a tener más alta la presión arterial que un individuo con peso normal. A medida que se aumenta de peso se eleva la tensión arterial y esto es mucho más evidente en los menores de 40 años y en las mujeres. La frecuencia de la hipertensión arterial entre los obesos, independientemente de la edad, es entre dos y tres veces superior a la de los individuos con un peso normal. No se sabe con claridad si es la obesidad por sí misma la causa de la hipertensión, o si hay un factor asociado que aumente la presión en personas con sobrepeso, aunque las últimas investigaciones apuntan a que a la obesidad se asocian otra serie de alteraciones que serían en parte responsables del aumento de presión arterial. También es cierto, que la reducción de peso hace que desaparezcan estas alteraciones.

3. MARCO DEL DISEÑO

3.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo correlacional que permitió determinar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas inscritas y asistentes al Programa de control de la HTA de una E.S.E. de baja complejidad de atención en la ciudad de Montería en enero de 2010. Teniendo por finalidad la descripción de relaciones entre variables, clarificar las relaciones entre conceptos teóricos y ayudar a identificar posibles relaciones causales⁵⁹.

3.2 CONTROL DE RIESGOS DEL DISEÑO

Durante el proceso de recolección de la información se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

- *Riesgos de sesgo al aplicar el instrumento.* En tal caso, el ambiente donde se realizó la toma de información, cumplió con los requerimientos mínimos para evitar distracciones por el medio, evitando el entretenimiento por la cercanía a la televisión, música o ruidos perturbadores para la concentración, como también fue escogido un sitio con buena iluminación y ventilación, libre de distractores del medio, facilitando un medio cómodo para diligenciar las respuestas de los instrumentos. Una vez diligenciados se revisó cada instrumento, con el propósito de controlar inmediatamente las fallas del registro obtenido, lo cual permitió el correcto diligenciamiento de la base de datos.
- *Riesgo de sesgo al explicar el instrumento.* Previo a la recolección de la información la autora y la auxiliar de investigación se capacitaron referente a la metodología a emplear en la aplicación de los instrumentos a los participantes. Se verificó que los participantes comprendieran totalmente, así mismo, se comprobó que los participantes tuvieran la habilidad de lecto escritura necesaria para contestar, en caso contrario, se brindó apoyo para la comprensión del

⁵⁹ BURNS, Nancy Y GROVE, Susan. Investigación en Enfermería. El Sevier. España. Versión en español de la 3ª.Edición de la obra original en inglés Understanding Nursing Research. 2008. p. 360.

instrumento y lectura de los ítems, evitando la participación o apoyo de una segunda persona.

- *Riesgos al seleccionar la población.* Los participantes fueron seleccionados por muestreo no probabilístico, el instrumento solo fue diligenciado por las personas que cumplían con los criterios de inclusión, se contó con el apoyo de la enfermera coordinadora del programa de control de la HTA como concedora de la población objeto de estudio.
- *Riesgos al cuantificar la relación.* Se conformó un grupo testigo a manera de patrón comparativo, a fin de cotejar la cuantificación de la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas inscritas y asistentes al Programa de control de la HTA de una E.S.E, frente a la cuantificación de la misma relación en personas que no han tenido la influencia del equipo de salud, o que no han sido intervenido en aspectos relacionados con el cuidados a seguir ante la HTA.

3.3 POBLACIÓN

La población de estudio estuvo conformada por 102 personas hipertensas registradas en la base de datos de inscritos y asistentes en el Programa de control de la HTA de la E.S.E. de baja complejidad de atención en el municipio de Montería en el año 2010.

3.4 MUESTRA

La muestra fue calculada mediante expresión matemática para definir el tamaño de muestra mínimo requerido para análisis de correlación estadística entre dos variables.

Estableciendo para ello, la probabilidad de error tipo I (alfa) del 1% y la probabilidad de error tipo II (beta) del 5% y un coeficiente de correlación de 0.5670 (valor de r) derivado de la prueba piloto. Dicho cálculo arrojó como resultado la conveniencia en aplicar un número mínimo de 46 observaciones para su validez. Por lo que se definió, que la muestra del estudio estaría conformada por 50 personas inscritas y asistentes en el programa de control de la HTA de la E.S.E. de baja complejidad de atención en el municipio de Montería seleccionada para el estudio, con tiempo de permanencia en el programa superior a un año.

El tamaño de la muestra fue calculado teniendo en cuenta el objetivo central del estudio, dirigido a la cuantificación de la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas inscritas y asistentes al Programa de control de la HTA de una E.S.E, mediante el coeficiente de correlación de Pearson. Para este fin se utilizó la expresión algebraica.⁶⁰

$$n = \left\{ \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta}}{0,5 \text{Ln} \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right\}^2 + 3,$$

Siendo $z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ y $z_{1-\beta}$ percentiles de la distribución normal estándar, correspondientes a los valores de α y β como los riesgos de incurrir en error tipo I y tipo II respectivamente, asumidos para este estudio en $\alpha=$ y $\beta=$; r el coeficiente de correlación de Pearson calculado en la muestra piloto, basada en 50 pacientes inscritos y asistentes al Programa de control de la HTA de una E.S.E, cuyo resultado fue . EL cálculo arrojó como resultado un tamaño de muestra mínimo de 46 pacientes objeto de estudio, que previamente cumplieran los criterios de inclusión.

Como la muestra piloto la conformaron 50 personas inscritas y asistentes al programa de control de hipertensión arterial de una E.S.E. de baja complejidad de atención en el municipio de Montería y teniendo en cuenta que el tamaño de la muestra piloto superó al tamaño requerido, la muestra definitiva estuvo conformada por las 50 personas previamente elegidas de manera aleatoria.

Como esta muestra estuvo conformada por personas hipertensas que han permanecido por un tiempo mayor a un año en el programa, se tomó como referencia de apoyo y cotejo de la información, a un grupo testigo como una muestra paralela; es decir, un grupo de personas que no han tenido la influencia del equipo de salud, o que no han sido intervenido en aspectos relacionados con el cuidados a seguir ante la HTA, por lo tanto se tomó como referencia al grupo de personas que recientemente se inscribían en el programa de HTA. La escogencia de este grupo testigo se definió calculando el promedio de inscripciones al

⁶⁰ CELIS DE LA ROSA Alfredo de Jesús. Bioestadística. Segunda edición. Pag 170.

programa en un día, en un término máximo de dos meses. Este grupo estuvo conformado por 30 personas.

En síntesis, este estudio utilizó muestreo aleatorio simple no probabilístico, que produjo una muestra total de 80 personas, constituida por dos submuestras independientes, una de 50 de personas objeto de estudio y otra submuestra testigo de 30 personas

3.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de Inclusión

- Persona diagnosticada con HTA que asiste regularmente (cumple con las citas programadas) al Programa de control de la HTA en una ESE de baja complejidad de atención de la ciudad de Montería con más de un año de permanencia en el programa.
- Ser persona de cualquier sexo, edad y nivel socioeconómico que pueda comunicarse.
- Para el grupo testigo, persona diagnosticada con HTA en el Programa de control de la HTA en una ESE de baja complejidad de atención de la ciudad de Montería, o recientemente inscrita en el programa y que carezca de otra patología de tipo crónico relacionada con los trastornos de tipo cardiovascular que pudiera indicar que ha recibido orientación por parte de los proveedores de salud.

Criterios de Exclusión:

- Persona diagnosticada con HTA que asiste irregularmente al Programa de control de la HTA, es decir no es continuo en el cumplimiento de las citas programadas por parte del equipo de salud en una ESE de baja complejidad de atención de la ciudad de Montería.

3.6 DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

3.6.1 Escala de apreciación de las capacidades de Agencia de Autocuidado (ASA) de Isemberg y Evers.

La Escala de Apreciación de las capacidades de Agencia de autocuidado (Apraisal of Self- Care Agency scale), fue descrita por Anita Velandia y Luz Rivera⁶¹, en el artículo titulado Confiabilidad de la Escala Apreciación de la Agencia de autocuidado (ASA), en el cual detalla que la escala ha sido ampliamente estudiada en grupos de investigadoras americanas y holandesas a fin de medir el poder que tiene el individuo para realizar las operaciones productivas de la agencia de autocuidado.

Esta escala fue diseñada en 1.993 Iseberg y Evers, seguidoras de Orem, bajo la consideración de los componentes de poder como habilidades específicas que se mueven para ejecutar operaciones de autocuidado⁶².

La escala ASA, originalmente fue desarrollada en idioma inglés y ha sido utilizada en diferentes poblaciones donde su validez conceptual de la traducción se ha probado con grupos de adultos de la tercera edad en Holanda, Noruega y Dinamarca. Esta escala ha sido traducida en varios idiomas en países de Europa, Asia oriental y en Latinoamérica y validada en cada cultura. La validez de constructo se demostró por el poder del instrumento para discriminar grupos con diferencias conocidas en su nivel de dependencia. La validez externa se demostró con grupos muestrales de diferentes países con características similares en cuanto a sus capacidades de autocuidado, quienes mantuvieron medidas semejantes al responder al escala. La confiabilidad del instrumento fue mayor de 0,7 en casi la totalidad de los estudios⁶³.

La escala ASA, en idioma inglés, fue traducida al español como resultado de esta traducción algunos ítems (4, 6,13 y 16) fueron descritos en formas más simple, discreta y gramaticalmente correcta. Las instrucciones también sufrieron modificaciones para hacerlas comprensibles. Esta traducción fue aprobada por una de las autoras de la escala al considerar que la escala ASA en versión en inglés era equivalente a la escala ASA en versión en español. Para confirmar la validez y confiabilidad de ésta escala la doctora Esther Gallegos realizó un estudio descriptivo correlacional con un grupo de 192 adultos diabéticos de los cuales 120

⁶¹ RIVERA, L Y VELANDIA, A. Confiabilidad de la escala "Apreciación de la agencia de autocuidado" (ASA). Segunda versión en español, adaptada para población colombiana. En: Revista Avances en enfermería. Vol., XXVII No 1 (Ago-nov) 2009. p. 38-47

⁶² ISEBERG, M A. Teoría de enfermería del déficit del autocuidado (TEDAC): Direcciones para avanzar la ciencia de enfermería y la práctica profesional. Citada por: PARKER, Marilyn. En: Nursing Theories and Nursing practice, 2001, F.A. Davis co. Philadelphia.(Noviembre), 2001 p.4

⁶³ RIVERA ALVAREZ, LN. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidados y los factores de riesgo cardiovascular. Bogotá. 2006. p. 40. Tesis de grado (Magister en Enfermería en el cuidado de la salud cardiovascular). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.

estaban hospitalizados y 72 recibían atención ambulatoria. El estudio permitió confirmar la relación teórica entre los conceptos factores condicionantes básicos y la capacidad de agencia de autocuidado y la confiabilidad de la escala en versión española, obteniendo un valor alfa de Cronbach de 0,77 lo que significa que los ítems de la escala miden un mismo concepto (consistencia interna) y confirmo la validez conceptual de la escala al discriminar el grupo de pacientes con diabetes hospitalizados de los ambulatorios, por una diferencia de medias a favor de los segundos; además el efecto significativo de los factores condicionantes básicos sobre las capacidades de autocuidado de los adultos con diabetes reafirmó la validez conceptual de la escala ⁶⁴.

La experiencia con el uso de la escala ASA versión en español con otros grupos de personas en Centroamérica y en Colombia hicieron necesario ajustar el léxico de los ítems de la primera versión en español, sin que se les cambiara el sentido ⁶⁵. En Colombia docentes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia propusieron una segunda versión en español que fue revisada y adaptada para la población colombiana por la profesora Edilma de Reales en el año 2004, modificando la forma de redacción de los ítems de manera que quedaran más claros y comprensibles, sin cambiar el sentido de ninguno de ellos ⁶⁶.

Posteriormente en el año 2009 Velandía y Rivera ⁶⁷, realizaron la medición de la confiabilidad de la escala ASA segunda versión en español. Se aplicó la escala a 201 personas con factor de riesgo cardiovascular y se obtuvo una media de 79,12, una desviación estándar de 6,69 y una varianza de 44,78. El alfa de Cronbach total fue de 0,689 sin corrección y el estandarizado fue de 0,744. Estos resultados significan que los 24 ítems de la escala miden un mismo concepto y por tanto el instrumento posee consistencia interna.

La escala ASA, adaptada para la población colombiana conserva los 24 ítems de la versión en inglés, la forma de las respuestas fue modificada a una escala Lickert de 4 puntos; el formato de respuestas quedó con las siguientes opciones:

⁶⁴ GALLEGOS CABRIALES E. Validez y confiabilidad de la versión en español de la escala: Valoración de las capacidades de autocuidado. Desarrollo científico de enfermería.1998.V (9) p.260-266.

⁶⁵ BASTIDAS. Op.cit., p. 41.

⁶⁶ Ibíd. p. 41

⁶⁷ VELANDIA Y RIVERA. Op cit., p. 46.

nunca, que significa el valor más bajo de la agencia de autocuidado (1), casi nunca (2), casi siempre (3) y siempre(4) que significa el valor más alto.

Dentro de la escala se encuentran 21 ítems positivos y 3 ítems negativos que se orientan negativamente con respecto al ejercicio de autocuidado y se califican en forma inversa, los ítems negativos se encuentran en el numeral 6, 11 y 20 de la escala respectivamente. La evaluación del nivel de capacidades de agencia de autocuidado se hace sobre el puntaje total obtenido, sumando los valores contenidos de la respuesta de cada ítem.

La capacidad de agencia de autocuidado en la escala ASA se evalúa según las siguientes categorías:

En el rango de 24 a 43, se categorizó como Muy baja agencia de autocuidado.

En el rango de 44 a 62, se categorizó como Baja agencia de autocuidado.

En el rango de 63 a 81, se categorizó como Regular agencia de autocuidado.

En el rango de 82 a 96, se categorizó como Buena agencia de autocuidado.

La segunda versión en español de la Escala ASA adaptada para la población fue la utilizada en esta investigación (Ver anexo A).

3.6.2 Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Bonilla y De Reales versión cuatro.

El Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular fue diseñado por Bonilla y De Reales⁶⁸, en el año 2006 en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, para la elaboración del instrumento se tuvo en cuenta una previa revisión de literatura de las cinco dimensiones y subdimensiones interactivas que considera la OMS. El instrumento en su primera versión inicial cuenta con validez facial o aparente, los expertos señalaron una correspondencia entre el contenido del instrumento y los que pretende medir. También cuenta con validez de contenido de 0.91, este instrumento consta de cinco dimensiones y 72 ítems.

Posteriormente fue sometido a pruebas de mediciones de validez y confiabilidad por estudiantes de Maestría en Enfermería, obteniéndose una segunda versión en el año 2007, a partir de la validez facial se propuso un rediseño del instrumento

⁶⁸ BONILLA Y DE REALES. Op. Citp13.

logrando una segunda versión de 62 ítems y cinco dimensiones. En el año 2008 se somete el instrumento a pruebas de consistencia interna y confiabilidad de medición, mediante un estudio metodológico realizado por Rodríguez y Gómez, obteniendo un instrumento con 53 ítems y cuatro dimensiones, con validez facial, validez de contenido de 0.91, confiabilidad con coeficiente de alfa Cronbach de de 0.83 y Test de Retest estadísticamente significativo⁶⁹.

En el año 2008 Ortiz y Guaqueta⁷⁰, realizaron un estudio metodológico para determinar la validez de constructo y confiabilidad del instrumento en la versión número tres mediante un análisis factorial de tipo exploratorio que permitió establecer la correlación entre las variables y las cuatro dimensiones por método de extracción de componente principales y rotación varimax con Keiser, obteniendo finalmente un instrumento con los 24 ítems, que se evalúan en una escala de Likert de tres opciones de respuesta, nunca a veces y siempre (ver anexo B).

El instrumento versión cuatro distribuye los con 24 ítems en cuatro dimensiones así:

- | | | |
|------|--|---------|
| I. | Factores socioeconómicos | 6 ítems |
| II. | Factores relacionados con el proveedor | 8 ítems |
| III. | Factores relacionados con la terapia | 6 ítems |
| IV. | Factores relacionados con el paciente | 4 ítems |

Los factores socioeconómicos analizan los recursos económicos y de apoyo social; los factores relacionados con el proveedor: sistema y equipo de salud analizan las relaciones entre paciente, proveedor, acceso al cuidado y escenario del cuidado; los factores relacionados con relacionados con la terapia, analizan la accesibilidad, disposición, y conocimiento en cuanto a la importancia del tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico y los factores relacionados con el paciente analizan las actitudes y motivaciones del paciente.

⁶⁹ RODRIQUEZ, A Y GÓMEZ, Factores que influyen en la Adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. Bogotá. 2008, 13p Tesis de grado (Magister en Enfermería en el cuidado para la salud cardiovascular). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.

⁷⁰ ORTIZ Y GUAQUETA, Validez de constructo y confiabilidad del instrumento factores que influyen en la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. 2008, 11p. Tesis de grado (Magister en Enfermería con énfasis en cuidado en salud cardiovascular), Universidad Nacional de Colombia.

Teniendo en cuenta los rangos de valoración para determinar el comportamiento frente a la adherencia sugeridos por las autoras del instrumento Bonilla y De Reales⁷¹ , para este instrumento se determinaron los siguientes rangos:

- En ventaja para adherencia (80-100%) 38– 48
- En riesgo de no desarrollar comportamientos de adherencia (60-79%) 29-37
- No puede responder con comportamientos de adherencia (< 60%) < 29

El instrumento estima que el rango de puntuación sea de 0 a 48 puntos, dentro del instrumento existen 8 ítems que se comportan como negativos (2, 6, 10, 13, 18, 37, 38, 40, 43, 49, 52 y 53) que se interpretan de la siguiente manera: nunca= 2, a veces=1, siempre=0 y 16 ítems que se comportan como, positivos (1, 3, 7, 8, 21, 22, 23, 24, 25, 27,31 y 47) que se interpretan de la siguiente manera: nunca= 0, a veces=1, siempre=2.

3.7 PRUEBA PILOTO

La prueba piloto se realizó en la Institución de salud donde recibían atención las personas diagnosticadas con HTA inscritos y asistentes al programa y cumplían con los criterios de inclusión definidos.

Se aplicaron la Escala ASA y el Instrumento para evaluar la Adherencia al Tratamiento Farmacológico y no Farmacológico en personas con factores de riesgo cardiovascular a un total de 30 personas diagnosticas con HTA, teniendo en cuenta el número de personas inscritas y la afluencia con que estas consultan el servicio.

Esta prueba fue aplicada en un lapso de 40 a 50 minutos con ambos instrumentos.

La información se recolectó conservando las consideraciones éticas y control de riesgos que se plantean en el estudio.

En la prueba piloto se encontró que la mayor parte de las personas participantes presentaban dificultades para la lectura por el bajo nivel educativo y disminución de la agudeza visual, lo cual se controló con la lectura total de los instrumentos tal como aparece, por parte del investigador sin proporcionar sugerencias. Se dio

⁷¹ BONILLA Y DE REALES , Op.cit.134.

apoyo explicativo cuando existía poca comprensión de las opciones de respuesta especialmente en los ítems negativos tanto en la Escala ASA como en el Instrumento para evaluar la adherencia.

La prueba piloto permitió adquirir habilidad en la aplicación de los instrumentos y hacer ajustes al marco teórico y al marco de diseño y determinar el coeficiente de correlación necesario para el cálculo de la muestra del estudio. La selección aleatoria no fue posible debido a que las personas inscritas en el programa de control de la HTA sujetos de estudio no registran teléfonos y las direcciones son de confusa nomenclatura lo que hace difícil su ubicación, por lo que se decidió la selección de los participantes mediante muestreo por conveniencia.

3.8 PROCEDIMIENTOS PARA RECOLECCION DE LA INFORMACIÓN

La captación de la información correspondiente las personas sujetos de estudio se hizo en la sala de espera de la consulta externa de la ESE donde se realizó el estudio, previa autorización para la recolección de la información, a cada una de las personas se le brindó información sobre el objetivo del estudio, la importancia, los posibles beneficios del proyecto solicitando su participación de manera voluntaria mediante el consentimiento informado (Ver anexo C).

La información se recolectó conservando las consideraciones éticas y control de riesgos que se plantean en el estudio. Durante la aplicación de los instrumentos se veló porque las personas tuvieran comprensión de los ítems, se escogió un lugar que brindara la privacidad y la concentración para el buen diligenciamiento del instrumento. La identificación de las personas que participaron en el estudio se hizo mediante códigos numéricos, omitiendo datos de identificación.

El proceso de diligenciamiento de los instrumentos se realizó con una duración aproximada de 40 a 50 minutos, es decir 20 a 25 minutos por cada instrumento empleado. Una vez concluido el proceso se verificó que la totalidad de sus ítems estuvieran diligenciados.

3.9 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Una vez obtenida la información a través de la aplicación de los instrumentos se empleó el programa Excel versión 2007, para tabular, graficar y analizar los datos.

Los datos obtenidos de la aplicación de los instrumentos y referidos a la caracterización sociodemográfica de los participantes se registraron en la base de

datos diseñada en el programa Excel, para su respectivo análisis mediante la aplicación de la estadística descriptiva de las variables edad, genero, raza, nivel educativo y ocupación, obtenidos mediante la aplicación de la Ficha sociodemográfica (Ver anexo D).

Se construyó una base de datos en el programa Excel que consolidó los ítems de la escala ASA, y otra que consolidó los ítems del Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos Farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, que permitió determinar la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia a los tratamientos de cada uno de los participantes tanto en el grupo de estudio como en el grupo testigo, teniendo en cuenta la puntuación total obtenida por los participantes en cada uno de los instrumentos.

Para determinar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con HTA, se estableció la correlación entre las dos variables por medio de la estimación del coeficiente de correlación en la muestra de estudio, este mismo calculo se realizó en el grupo testigo, con el fin de identificar si existía una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos.

El coeficiente de correlación indica la relación entre las dos variables, donde el valor cero indica que no hay relación. Un valor -1 indica una relación negativa (inversa) perfecta donde una puntuación alta en una variable está correlacionada con una puntuación baja en otra variable. Un valor de +1 indica una relación positiva perfecta, donde una puntuación elevada en una variable está correlacionada con una puntuación elevada en otra variable. También existe una correlación positiva cuando una puntuación baja en una variable está correlacionada con una puntuación baja en un variable. Tradicionalmente, un coeficiente de correlación de 0,1 a 0,3 se considera una relación débil; un valor entre 0,4 y 0,5 es una relación moderada y cuando en valor es superior a 0,5 se considera una relación fuerte⁷². Consecuentemente, la interpretación de los resultados de correlación de la muestra se hizo teniendo en cuenta los conceptos definidos anteriormente

Posteriormente los resultados obtenidos se contrastaron con investigaciones científicas realizadas.

Para el análisis de los datos referidos a la información socio-demográfica se utilizaron medidas descriptivas y representación gráfica de resumen estadístico implementadas en el programa EXCEL.

⁷² BURNS, Y GROVE, Op cit, p.362.

En síntesis la naturaleza del estudio sobre las dos variables objeto de estudio para medir la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico de la persona con HTA, se estimó el coeficiente de correlación de Pearson, el cual cuantifica la relación lineal entre dos variables; un valor que se aproxima a 1 indica la existencia de una relación lineal directa y fuerte entre las variables, es decir, cuanto más se acerque el valor a 1, mayor es el valor de la correlación; el valor negativo que se aproxima al -1 indica la existencia de una relación lineal inversa y fuerte entre las variables, por tanto, cuanto más se acerca al valor de -1, mayor es el valor de la correlación; la cercanía al cero es un indicativo de la ausencia de la relación entre las variables.

3.10 ASPECTOS ETICOS

- **Aspectos Éticos relacionados con los participantes**

Para el desarrollo de esta investigación se tuvieron en cuenta los derechos de los participantes que respondían para dar cumplimiento a los lineamientos éticos y legales dispuestos por la comunidad científica internacional como nacional, en protección de derechos de las personas involucradas.

En seguimiento a los estamentos de que trata el Tribunal Nacional de Ética Enfermería en Colombia, para el presente estudio se consideró la clara y completa comunicación del proceso a cada uno de los participantes, antes, durante y posterior a la recolección de la información; así mismo, se dispuso por escrito el consentimiento informado de la persona que decidió aceptar ser parte del proceso, de tal manera que se contempló la protección de los derechos de la persona, como se indica en el de Ley 266 de 1996 y 911 de 2004 (Ley Deontológica para el Ejercicio de Enfermería en Colombia)⁷³,

El consentimiento informado es un proceso en el que el ser humano a partir de los valores de libertad, respeto, confianza, prudencia, comprensión y voluntad, y ejerciendo el principio de autonomía, toma una decisión con responsabilidad ética, por ello su aplicación fue un compromiso de la investigadora y un derecho del participante, donde se explicó a cada participante la libertad y autonomía que tienen en decidir retirarse del proceso investigativo cuando así lo considere, el

⁷³ REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 266 de 1996, Ley 911 de 2004 "Ley deontológica para el ejercicio de Enfermería en Colombia". Pagina de ética profesional N°17 p2. Bogotá D.C. Diciembre 2008

respeto acatar tanto la decisión de la persona como en aceptar su decisión y pensamientos.

Este consentimiento informado fue redactado por escrito y presentado a cada participante de acuerdo a lo conferido en el Artículo 15 de la Resolución 8430 de 1993⁷⁴, indicando en él la justificación, objetivos, procedimiento, riesgos, y garantías recibir preguntas y respuestas de la investigación; a sí mismo como está contemplado en esta misma resolución se mantendrá el derecho a la privacidad del individuo sujeto de investigación, motivo por el cual la investigadora reservará el derecho a no hacer pública la identidad del participante.

Teniendo en cuenta los parámetros que definen el riesgo que caracteriza un trabajo investigativo, y la naturaleza del presente trabajo, se afirma que este trabajo constituyó un bajo riesgo para los participantes, debido a que no fueron sometidos a ningún tipo de manipulación, física o mental como sostiene el Artículo 9 de la Resolución 8430⁷⁵, “Se considera como riesgo de la investigación la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio”, en atención a esta clasificación y teniendo presente que no se realizó manipulación alguna de las variables, como tampoco alteraciones en la conducta de los participantes, se ratifica que en este trabajo no se presentó riesgos para los participantes.

Como fundamentos éticos contemplados en toda investigación con seres humanos en el marco legal mundial, en esta investigación se dieron cumplimiento a los principios conferidos en la declaración de Helsisky, en atención a estos principios, se confirma la protección de los derechos del participante desde el inicio y momento que la persona decida vincularse voluntariamente, dando explicación clara, oportuna y previa la recolección de la información, teniendo además las debidas precauciones para proteger la integridad y confidencialidad de los participantes, como establece el numeral 22 de la declaración de Helsisky⁷⁶, “en toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir

⁷⁴ REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD. Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993. [sitio en línea]. [citado el 4 de Septiembre del 2008] http://www.unal.edu.co/viceinvestigacion/normatividad/etica_res_8430_1993.pdf

⁷⁵ *Ibíd.* Artículo 9.

⁷⁶ ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. [En línea] [17 Octubre de 2008]. Disponible en:(www.urosario.edu.co/medicina/documentos/facultades/medicinainvestigaciones/declaracionhelsinky.pdf).

información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias”, siendo estos aspectos señalados en el documento de consentimiento informado; de igual manera se sostiene en la mencionada declaración en el numeral 21⁷⁷, “deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.” Por tal motivo, el consentimiento informado se hizo en formato escrito (ver anexo C).

Además, la investigadora se comprometió a dar oportuna información de los resultados tanto a los participantes como a la E.S.E. donde se realizó el estudio. En este sentido, se ilustra el beneficio de esta investigación en la medida que los resultados aportaran información básica para el beneficio de los participantes.

Otro aspecto a considerado fue el derecho a la privacidad al asegurar la identidad en secreto, la información fue tomada en privado, contando para ello con un lugar (consultorio) que ofrecía un ambiente propicio para el desarrollo de los instrumentos libre de distractores.

- **Aspectos Éticos relacionados con la Institución de salud**

Para el desarrollo de este estudio se contó con la autorización escrita para llevar a cabo la investigación por parte de la E.S.E. de baja complejidad de atención de Montería seleccionada para la realización del estudio. El investigador se comprometió a presentar los resultados una vez finalizado el estudio.

- **Aspectos éticos relacionados con la utilización de los instrumentos**

Se tuvo en cuenta el principio ético de la honestidad intelectual, se contó con el aval de las autoras de los instrumentos, para ser utilizados en esta investigación. Del instrumento escala ASA, segunda versión en español adaptada a la población colombiana la autorización se obtuvo de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, quien conserva los derechos de autoría. Del Instrumentos para evaluar los factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con factores de riesgo cardiovascular versión 4, la autorización se obtuvo de la enfermera Claudia Bonilla, autora principal del instrumento.

⁷⁷ Ibíd.

3.11 LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Los resultados de este estudio solo se podrán generalizar en poblaciones con similares características a las que caracterizan la población de esta investigación.

4. MARCO DE ANÁLISIS

El marco de análisis de los resultados de la investigación se realizó explorando la existencia de correlación entre las dos variables objeto de estudios y describiendo inicialmente el contexto mediante el perfil socio demográfico de la población objeto, seguidamente del análisis de la relación existente entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas inscritas y asistentes al Programa de control de hipertensión arterial de una E.S.E. de baja complejidad de atención en el municipio de Montería, año 2010.

4.1.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

Los datos referidos a la caracterización socio demográfica de los participantes en cuanto a las variables género, edad, raza, nivel educativo y ocupación, se analizaron teniendo en cuenta las distribuciones de frecuencia.

Los resultados del estudio socio demográfico de los participantes revelan en cuanto al género que el 76% correspondió al género femenino (n=38) y el 24% al género masculino (n=12) (ver figura 1).

El resultado muestra que existe mayor frecuencia en el género femenino congruente con los resultados de otros estudios desarrollados en Colombia por Velandia⁷⁸, Rivera⁷⁹ y Peñaloza⁸⁰, en los cuales se señala que los problemas de salud de tipo cardiovascular fueron más frecuentes en el género femenino.

De igual manera es importante tener en cuenta que en la población de la ciudad de Montería el número de personas del género femenino supera en número al

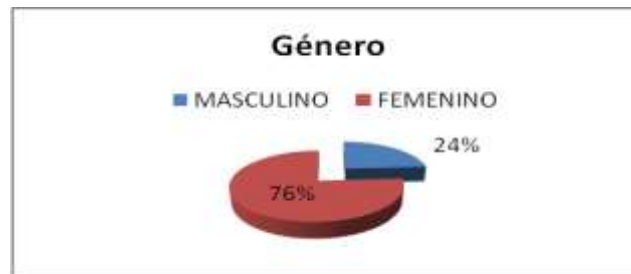
⁷⁸ VELANDIA Anita. Relación entre la Capacidad de agencia de Autocuidado y la Adherencia al Tratamiento Farmacológico y no Farmacológico en personas con Factores de Riesgo Cardiovascular que asisten a consulta externa en el Hospital Tunjuelito. Bogotá, 2008 109p. Trabajo de investigación (Magister en Enfermería con Énfasis en cuidado en Salud Cardiovascular). Universidad Nacional. Facultad de Enfermería

⁷⁹ RIVERA, Luz. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidados y los factores de riesgo cardiovascular. En: Revista AVANCES Vol. 1., No 7 (ago-nov, 2006); p1-5.

⁸⁰ PEÑALOZA Mónica: Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial de la fundación Medico Preventiva, San José de Cúcuta. [en línea] Octubre de 2006. [16 de Marzo de 2009]. Disponible en:(www.enfermeria.unal.edu.corevistaarticulosxxiv2_8.pdf)

género masculino, lo cual puede explicar los resultados obtenidos en el grupo de hipertensos.

Figura 1. Distribución según género de la muestra del estudio Relación entre la capacidad de agencia de auto cuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con HTA. Montería, 2010.



Fuente: Base de datos de investigación

Con respecto a la variable edad, se encontró una edad mínima de 26 años y una máxima de 92 años, con una edad promedio de 63 años.

Los resultados obtenidos en cuanto a la edad son similares a los reportados por Velandia⁸¹, donde se observa que en la población objeto de estudio presenta mayor concentración en el rango de edades de 65 a 79 años, equivalente al 43%, en tanto el grupo de menor proporción oscilaba en el rango de edades de 35 a 49 años, esto es el 9%, lo que indica que la extensión de los problemas de salud de tipo cardiovascular afectan la población joven. Así mismo se evidencia en este estudio que el rango en edades de menor proporción equivale a la población de menores de 35 años (2% n=1).

La figura 2, muestra la distribución de los rangos de edad en la muestra de estudio, observándose que el rango de edades más frecuentes fue el rango de mayores de 65 años (58% n=29), seguido del rango de 51 a 64 años (34% n=17).

Los resultados encontrados en el estudio de Velandia relacionados con esta variable en el grupo, muestran que los participantes con rangos de edades menores presentaban baja capacidad de agencia de auto cuidado y de igual manera se les identificó regular y buena adherencia al tratamiento.

⁸¹ VELANDIA Anita. Op cit., p. 111.

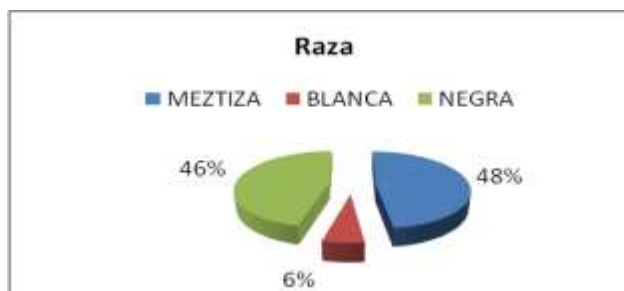
Figura 2. Distribución según edad de la muestra del estudio Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con HTA. Montería, 2010.



Fuente: Base de datos de investigación

En cuanto a la raza, se encontró mayor frecuencia en la raza mestiza (58% n=24), seguido de la raza negra (23% n=23) y una frecuencia menor en la raza blanca (6% n=3). Se debe tener en cuenta que la raza es considerada un factor de riesgo y causa en la presencia de la HTA, en la que se señala que en la raza negra existe el doble de riesgo en padecer no solo HTA, sino también otro tipo de trastornos asociados con problemas cardiovasculares, hecho que es visible en la siguiente figura.

Figura 3. Distribución según raza de la muestra del estudio Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con HTA. Montería, 2010.



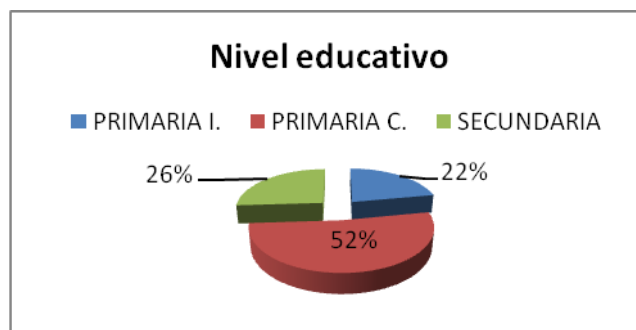
Fuente: Base de datos de investigación

Con relación a la variable nivel educativo el estudio reveló que la mayor proporción de los participantes alcanzó estudios hasta el nivel de primaria completa (52% n=26) seguido del nivel de secundaria (26% n=13) y del nivel de primaria incompleta

(22% n=11), estos los resultados dejan ver un bajo nivel educativo en todos los participantes. (Ver figura 4).

Al respecto se encontró en el estudio de Anita⁸², que ninguno de los participantes al estudio habían superado el nivel de primaria básica, considerando este nivel educativo como una desventaja dentro del tratamiento que lleva a cabo la persona en tanto se tiene un impacto en la salud a través de su influencia sobre las conductas, estilo de vida, la capacidad para resolver problemas, valores y cualidades que no dependen exclusivamente de su estado socio económico; en este mismo sentido se hace mención en el estudio de Clara Bastidas⁸³, que un nivel educativo más alto podría justificar valores altos en la capacidad de agencia de auto cuidado y la adherencia al tratamiento, Bastidas presenta esta apreciación aun cuando en su estudio no se encontró correlación entre la escolaridad y la capacidad de auto cuidado.

Figura 4. Distribución según nivel educativo de la muestra del estudio Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con HTA. Montería, 2010.



Fuente: Base de datos de investigación

Los resultados muestran que la ocupación de mayor frecuencia es la de ama de casa en un 70% (n=35) y un 30% (n=15) recibe ingresos económicos mínimos

⁸² VELANDIA Anita. Op.cit., p 112.

⁸³ BASTIDAS Clara. Op. cit., p. 9.

por oficios de tipo informal tales como vendedor ambulante y ayudantes de oficios varios (ver figura 5). De lo anterior es importante resaltar que los participantes pertenecen a un nivel socio económico bajo en un 100%, registrados en la base de datos del SISBEN en niveles 1 y 2 como lo indican las fichas de control de programa de HTA al que pertenecen.

Se identifica la ocupación como una variable influyente en la capacidad de autocuidado de la persona, cuando las demandas de trabajo ocasionadas por esfuerzo físico y psicológico terminan afectando de manera positiva o negativa la dinámica del bienestar, esta condición que está relacionada con el nivel de escolaridad y el nivel socioeconómico, se ve reflejada en la figura con una ocupación dominante que corresponde al oficio de ama de casa, se prevé que la tendencia del género está asociado a este resultado, retomando que el género 76% de los participantes corresponden al género femenino.

Figura 5. Distribución según ocupación de la muestra del estudio Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con HTA. Montería, 2010.



Fuente: Base de datos de investigación

4.2 Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con HTA. Montería, 2010.

Para analizar la existencia de relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en la muestra de estudio, se aplicaron a cada uno de los 50 participantes los dos instrumentos, que correspondían a la escala ASA y al Instrumento para evaluar la

adherencia al en la versión 4. De igual manera se hizo con los 30 participantes que conformaron el grupo testigo.

De la base de datos del estudio se tomaron las puntuaciones totales obtenidas de cada instrumento y se construyó con los datos una figura de dispersión, que permite visualizar la relación existente entre las dos variable (Ver figura 6).

Los resultados de las puntuaciones totales obtenidas por cada uno de los 50 participantes de la muestra de estudio se presentan en la tabla 1. Seguidamente se presentan las puntuaciones obtenidas en el grupo testigo en la tabla 2.

Tabla 1. Distribución según puntuación obtenida de la muestra del estudio en la adherencia al tratamiento y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con HTA. Montería, 2010.

Código del participante (1-25)	Adherencia al tratamiento	Capacidad de agencia de autocuidado	Código del participante (26-50)	Adherencia al tratamiento	Capacidad de agencia de autocuidado
1	40	71	26	34	69
2	46	80	27	43	93
3	38	83	28	34	65
4	42	84	29	38	78
5	36	68	30	37	79
6	41	79	31	41	88
7	42	87	32	42	86
8	43	84	33	39	86
9	40	69	34	41	85
10	37	76	35	37	81
11	37	72	36	39	80
12	37	77	37	43	92
13	40	73	38	41	83
14	41	75	39	37	78
15	41	73	40	36	66
16	27	28	41	40	71
17	23	34	42	40	88
18	39	63	43	43	72
19	41	73	44	43	77
20	40	78	45	44	87
21	24	29	46	42	80
22	42	91	47	42	85
23	37	76	48	38	85
24	37	70	49	42	84
25	32	62	50	43	83

Fuente: Base de datos de investigación

Tabla 2. Distribución según puntuación obtenida del grupo testigo en la adherencia al tratamiento y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con HTA. Montería, 2010.

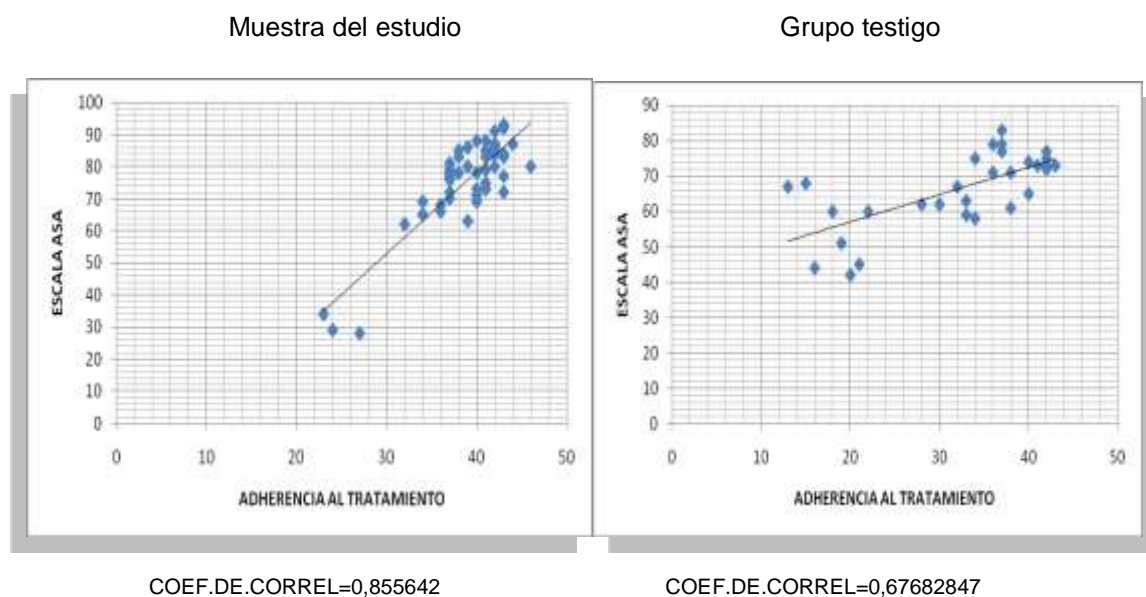
Código del participante (1-10)	Adherencia al tratamiento	Capacidad de agencia de autocuidado	Código del participante (26-50)	Adherencia al tratamiento	Capacidad de agencia de autocuidado
1	33	63	16	41	73
2	34	58	17	42	73
3	28	62	18	37	83
4	13	67	19	36	71
5	18	60	20	32	67
6	33	59	21	42	72
7	15	68	22	38	61
8	22	60	23	36	79
9	30	62	24	38	71
10	21	45	25	40	74
11	20	42	26	37	79
12	19	51	27	40	65
13	16	44	28	37	77
14	42	75	29	43	73
15	34	75	30	42	77

Fuente: Base de datos de investigación

Para determinar la relación entre la capacidad de agencia de autocuidados y la adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con HTA, se estableció la correlación entre las dos variables por medio de la estimación del coeficiente de correlación en la muestra de estudio y en el grupo testigo. Este análisis estadístico permitió determinar un coeficiente de correlación en la muestra de estudio de 0.855642 y un coeficiente de correlación en el grupo testigo de 0,67682847.

De la base de datos del estudio se tomaron las puntuaciones totales obtenidas de cada instrumento y se construyó con los datos una figura de dispersión, donde cada punto representa los resultados aportados por cada persona, lo cual permitió visualizar una relación lineal ascendente, que indica que cuanto más puntos se acercan a la línea, mayor es la afinidad que existe entre la variable capacidad de agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento (Ver figura 6); existente entre las dos variable tanto en la muestra de estudio como en el grupo testigo

Figura 6. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con HTA. Montería, 2010.



Fuente: Base de datos de investigación

El coeficiente de correlación indica la relación entre las dos variables, donde el valor obtenido indica una relación positiva, observándose que una puntuación elevada en una variable está correlacionada con una puntuación elevada en otra variable. También existe una correlación positiva cuando una puntuación baja en una variable está correlacionada con una puntuación baja en un variable. Tradicionalmente, un coeficiente de correlación de con un valor superior a 0,5 se considera una relación fuerte⁸⁴. Por lo tanto se confirma la hipótesis: *existe relación significativa entre la capacidad de agencia de autocuidados y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con HTA inscritas en el programa de control de la ESE de baja complejidad de atención de Montería, 2010.*

⁸⁴ BURNS, Nancy Y GROVE, Susan. Op cit., p. 362.

La relación que muestra el grupo testigo es lineal, pero los puntos de referencia se encuentran más dispersos el uno del otro, en este sentido se deduce que se tiene entonces una correlación positiva y en general la relación es fuerte en ambos grupos, pero que esta es aún mayor cuando la persona ha recibido la influencia del programa de control, haciendo visible que la intervención de los proveedores de salud liderado por el profesional de enfermería facilita la adherencia a los tratamientos en la medida que la persona aumenta su capacidad de agencia de autocuidado.

Este resultado muestra que una vez que la persona condice acciones de auto cuidado Proveedores de salud Los resultados del estudio revelaron que la capacidad de agencia de auto cuidados está fuertemente correlacionado con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en las personas con HTA con más de un año de permanencia en el programa de control de la HTA, esta relación se mostró positiva tanto en los participaron de la muestra, como en el grupo testigo. Esta relación revela que cuando más la persona se auto cuida, mejor se adhiere el tratamiento, por tanto cuanto más aporta enfermería en el logro del auto cuidado de las personas, más se obtiene la adherencia hacia el tratamiento, encontrando mejor respuesta en el programa.

Este resultado es similar al reportado en otros estudios similares como el de Velandia⁸⁵, que mostró una correlación moderada con tendencia positiva de 0,413 entre la capacidad de agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular que asistieron a la consulta externa del hospital de Tunjuelito y el estudio de Bastidas⁸⁶: Asociación entre la capacidad de agencia autocuidado y adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad coronaria, que mostró una correlación fuerte con tendencia positiva de 0,515 entre la capacidad de agencia de autocuidados y la adherencia al tratamiento.

Al estar el autocuidado fuertemente correlacionado con a la adherencia al tratamiento farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, es importante en la práctica profesional de enfermería es diseñar sistemas de autocuidado en este grupo de personas, para ello la disciplina de enfermería cuenta con la Teoría del Autocuidado de Orem. Las publicaciones

⁸⁵ VELANDIA, Anita. Op cit., p.150-152.

⁸⁶ BASTIDAS, Clara. Op cit., p.65-67.

evidencian que ésta teoría resulta útil para desarrollar y guiar la práctica, aporta una dirección a los resultados específicos de la enfermería relacionados con el conocimiento y la atención de las exigencias de autocuidado terapéutico, regula el desarrollo y establece los sistemas de autocuidado y de autogestión⁸⁷.

Por tanto las estrategias para fomentar el autocuidado de la salud cardiovascular que se desarrollen durante los controles que ofrece el programa de control de la HTA tenderán a adherirse al tratamiento farmacológico y no farmacológico ara el control de la HTA, beneficiándose en la medida que al aprender comportamientos de su propio cuidado podrán obtener mejor respuesta del control de su HTA y prevención de complicaciones por esta causa.

⁸⁷ TAYLOR, Susan. Op cit., p. 201.

5. CONCLUSIONES

El estudio realizado relación entre la capacidad de agencia de autocuidados y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con HTA inscritas en un Programa de control de la HTA de una ESE de baja complejidad de atención de Montería, 2010, revela que el grupo de personas de la muestra de estudio, se encuentran en un promedio de edad de 63 años con predominio del sexo femenino y se caracterizan por presentar un bajo nivel socioeconómico y educativo, lo cual es necesario tener en cuenta al conocer que en los estudios previos correlacionales entre la capacidad de auto cuidado y la adherencia a los tratamientos, señalan este aspecto como desventaja en tanto el bajo nivel educativo y ocupación interfiera en la capacidad de interpretación y mantención de recursos necesarios para su auto cuidado afín de permitir la adherencia.

La edad promedio y el bajo nivel educativo de la muestra de estudio deben ser tenidas en cuenta en el diseño de estrategias, entre ellas educativas, al considerar lo que indica Orem: “Las personas de mayor edad necesitan ayuda o asistencia debido a que sus capacidades físicas y mentales suelen estar declinando, lo que limita la selección o realización en acciones de auto cuidado”⁸⁸. “El auto cuidado necesita del aprendizaje, del uso de conocimientos, de habilidades y motivación continuada”⁸⁹. No obstante como se pudo apreciar anteriormente, la población más joven es menor en proporción a los adultos mayores.

Los resultados del estudio revelaron que la capacidad de agencia de auto cuidados está fuertemente correlacionado con la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en las personas con HTA con más de un año de permanencia en el programa de control de la HTA, esta relación se mostró positiva tanto en los participantes de la muestra, como en el grupo testigo. Esta relación revela que cuando más la persona se auto cuida, mejor se adhiere el tratamiento, por tanto cuanto más aparta enfermería en el logro del auto cuidado de las personas, más se obtiene la adherencia hacia el tratamiento, encontrando mejor

⁸⁸ OREM, D. Op cit., p 55.

⁸⁹ Ibíd. p. 97.

respuesta en el programa.

Como grupo testigo encargado de confirmar la existencia de relación entre variables, fue nombrado al grupo que no había recibido influencia del programa de control por parte de los proveedores de salud, notando que en este grupo la correlación fue menor, pero también positiva, lo cual ratifica la correlación entre variables.

Un aspecto importante de esta determinación es el diagnóstico de las capacidades que tiene la persona para participar en su auto cuidado en el momento presente o en el futuro y la evaluación de estas capacidades en relación con las demandas de la personas de auto cuidado terapéutico para lograr el control de la HTA.

Con lo anterior el profesional de enfermería tiene una base para emitir juicios sobre déficit de auto cuidados del momento y futuros y los factores que inciden en su existencia, para seleccionar métodos validos y fiables de ayuda y para planificar sistemas de enfermería que apunten hacia la adherencia del tratamiento farmacológico y no farmacológico de la HTA.

6. RECOMENDACIONES

A los proveedores de salud del Programa de control de la HTA de la E.S.E baja complejidad de atención de Montería.

Conociendo que el autocuidado influye sobre la adherencia a los tratamientos se recomienda:

Facilitar la extensión de actividades de tipo educativo del programa de atención de la HTA, hacia el núcleo familiar de las personas que pertenecen al control, conociendo que gran parte de la población tiende hacia la predisposición genética por su raza.

Focalizar la población más joven, a fin de centrar estrategias que fomentan el autocuidado conociendo de cerca que constituye un grupo menor que los adultos mayores, pero del cual se ha referido la alta incidencia de complicaciones de salud cardiovascular, en relación a las personas de mayor edad en donde se aprecia buena capacidad de agencia de autocuidado y adherencia hacia los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

A la disciplina de Enfermería

Evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y capacidad de agencia de autocuidado al ingresar la persona al programa de control de la HTA continuando con evaluaciones periódica que permitan determinar los avances que se tiene con el desarrollo del programa.

Promover la organización de programa educativo sobre el autocuidado, que incluya talleres para las personas que pertenecen al programa, donde se socialicen y se compartan experiencias de auto cuidado a las personas que ingresan al programa, con el fin de comprometer a las persona en el fomento y desarrollo del mantenimiento y restauración de la salud, teniendo presentes la condición física y edad de cada persona, bajo la dirección de los proveedores de salud de la institución de salud de baja complejidad de atención.

Fortalecer las estrategias para el autocuidado en el grupo de personas con HTA en control de la E.S.E. tomando como marco fundamental la teoría de autocuidado de Orem, que contribuya al fomento de la Capacidad de agencia de autocuidado en este grupo de personas. Para ello se requiere que los profesionales encargados de la atención de la persona reciban actualizaciones de los componentes básicos de la teoría del autocuidado, que garantice la aplicabilidad en la práctica profesional de Enfermería.

En estas situaciones también es importante que el profesional de enfermería sepa la cantidad y tipo de cooperación y coordinación necesaria para alcanzar propósitos específicos en los programas de control de la HTA que permitan el desarrollo armónico de las actividades con la finalidad de alcanzar la meta esperada. Para ello el profesional de enfermería debe tener la capacidad de ver a sus pacientes como agentes de auto cuidado con capacidades para participar en el cuidado continuo y eficaz.

Al confrontar los hallazgos que arroja esta investigación con la práctica de cuidado de enfermería, se evidencia que la población menor de 50 años equivalente al 8% del total de la población, debe considerársele un grupo específico de estudio sobre la capacidad de agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento, conociendo que los resultados generales demuestran que la población objeto muestra buena agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, conociendo que la población adulta mayor de 50 años corresponde al 82%. Llama el interés en conocer si la edad de las personas jóvenes está estrechamente ligada con la adaptación de la persona a un régimen específico terapéutico y la aceptación de este.

A nivel Administrativo e investigativo

Que los resultados de esta investigación sean utilizados para posteriores estudios que pudieran ser cuasi experimentales para evaluar los resultados de una medida de control.

Crear contactos con entes administrativas y de dirección local para socializar los resultados del trabajo como aporte para el establecimiento de programas de salud en esta población.

BIBLIOGRAFÍA

ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. [En línea] [17 Octubre de 2008]. Disponible en:(www.urosario.edu.co/medicina/documentos/facultades/medicinainvestigaciones/declaracionhelsinki.pdf).

AMADOR, Aura. TORREZ, Ena. Determinación de los Factores de Riesgo para enfermedad Cardioceberovascular y renal en población San Antero y San Bernardo del Viento 2005-2006 [En línea]. {31 mayo de 2009}. Disponible en: (www.academico.unicordoba.edu.co:8080/dspace/bitstream/afrocolombiano.pdf),

BASTIDAS, Clara. Asociación entre las capacidades de agencia de autocuidado y farmacológico y no farmacológico en personas con alguna condición coronaria. En Enfermería Vol. XXV (2).No 65-67 2007: {En línea}. {27 de Octubre de 2009} disponible en: (ww.index-f.com/rawe/252/r6575.php).

BONILLA Claudia. DE REALES Edilma. Diseño de un instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos en personas que presentan factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: validez de contenido y validez aparente del mismo. Bogotá 2006, 141p. Trabajo de grado (Maestría en Enfermería con Énfasis en Salud Cardiovascular). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.

BURNS, Nancy Y GROVE, Susan. Investigación en Enfermería. El Sevier. España. Versión en español de la 3ª.Edición de la obra original en inglés Understanding Nursing Research. 2008. p. 360.

CONTRERAS, Astrid, factores que influyen en la adherencia de tratamiento farmacológico y no farmacológicos-Sincelejo 2006. Trabajo de grado (magister en enfermería). Universidad Nacional de Colombia, facultad de Enfermería

OREM, Dorothea. Nursing: Concepts of Practice. Normas Prácticas de Enfermería. Segunda edición. Madrid: McGraw-Hill.Traducción Susan Allen. 1980 Ed. Pirámide, S.A., 1983. Madrid. ISBN: 84-368-0224-1

E.S.E. HOSPITAL SAN JERÓNIMO DE MONTERÍA. Informe estadístico año 2009.

FLORES, Inna. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad

Cardiovascular. 2007. Trabajo de grado (Magister en Enfermería). Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería

GALLEGOS CABRIALES E. Validez y confiabilidad de la versión en español de la escala: Valoración de las capacidades de autocuidado. Desarrollo científico de enfermería.1998.V (9) p.260-266.

HERRERA Arleth. Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo Cardiovascular Enfermería en el cuidado de la salud Cardiovascular: 2008 Enfermería., Vol. XX 10: No 36-42, p6

HOLGUÍN Lyda. Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: Efectividad de un programa de intervención. {En línea}. {9 Noviembre de 2009} Disponible en (www.revistas.javeriana.edu.co/index.-php/revPsycho/article/view/459/316.)

INGARAMO, Bendersky. "Comité de hipertensión arterial: reunión de expertos en hipertensión arterial. Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo". [En línea] 1994 - 2001 [11 Agosto de 2009]. Disponible en (www.fac.org.ar/revista/01v30n4/comité/comite.pdf).

ISENBERG, M A. Teoría de enfermería del déficit del autocuidado (TEDAC): Direcciones para avanzar la ciencia de enfermería y la práctica profesional. Citada por: PARKER, Marilyn. En: Nursing Theories and Nursing practice, 2001, F.A. Davis co. Philadelphia.(Noviembre), 2001 p.4

JIMÉNEZ. Clementina. Déficit de autocuidado y el desconocimiento de las complicaciones de la hipertensión arterial. 2003 [en línea], (02 Junio 2009) disponible en (www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2003/en031c.pdf).

LANDEROS Erick, Et al. Estimación de las Capacidades de Autocuidado para Hipertensión Arterial en una Comunidad Rural. . {En línea}. 2004 {17 Marzo de 2009}. Disponible en (www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/FFAA2B6D-9297-4131-99EF-0CC8B7A99EC-4/0/2_7174.pdf)

LIBERTAD MARTÍN. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario.2009 Tesis de grado (Doctorado en ciencias de la salud). La Habana.

NEGRETE Víctor. Centro de Estudios sociales y políticos de la Universidad del Sinú de Montería, publicación de la Corporación Viva la Ciudadanía. Las tres Monterías. [En línea] [9 Marzo de 2009]. Disponible en:(www

.google.com.co/search?hl=es&q=Monter%C3%ADa+381.525+habitantes&meta=c
r%3DcountryCO)

OREM, Dorothea. Nursing: Concepts of Practice. Normas Prácticas de Enfermería. Segunda edición. Madrid: McGraw-Hill. Traducción Susan Allen. 1980 Ed. Pirámide, S.A., 1983. Madrid. ISBN: 84-368-0224-1

ORTIZ SUAREZ Consuelo. Validez de constructo y confiabilidad del Instrumento factores que influyen en la adherencia a los tratamientos Farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad Cardiovascular. 2008 Tesis de grado (Magister en Enfermería con énfasis en cuidado en salud cardiovascular). Universidad Nacional de Colombia.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, E SÁBATE. Prevención y control de enfermedades no transmisibles, Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Catalogación por la biblioteca de la OPS, 2004. [En Línea]. {5 Diciembre de 2009} Disponible en:(www.paho.org/Spanish/AD-DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf)

ORGANIZACIÓN PARAMERICANA DE LA SALUD. OPS. Oficina de Información Pública. Enfermedades Cardiovasculares: más allá del corazón. 2005. Disponible en:(www.ops.org.bo/servicios).

PEÑALOZA Mónica: Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial de la fundación Medico Preventiva, San José de Cúcuta. [En línea] Octubre de 2006. [16 marzo de 2009]. Disponible en: (www.enfermería.unal.edu.corevistaarticulosxxiv2_8.pdf)

PERIÓDICO EL COLOMBIANO. 2007 [En línea] [13 Octubre de 2007], Disponible en:(www.elcolombiano.com/Banco Conocimiento/ H/ hipertensión arterial enemigo silencioso/asp.)

REPÚBLICA DE COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Guía de atención de la hipertensión Arterial. Últimas normas servicio de salud. Colombia 2009. [En línea] [24 Mayo de 2009]. Disponible en: (www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/nthipertension.htm)

REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ministerio de la protección social. Médicos generales Colombianos, Guía de atención de la hipertensión arterial, Resolución

000412 de 2000. {En línea}. {13 Noviembre de 2010 } Disponible en (www.medicosgeneralescolombianos.com/Hipertension.htm)

REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 266 de 1996, Ley 911 de 2004 “Ley deontológica para el ejercicio de Enfermería en Colombia”. Pagina de ética profesional N°17 p2. Bogotá D.C. Diciembre 2008

REPUBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD. Resolución 008430 del 4 de octubre de 1993. [En línea]. [4 Septiembre de 2008] ([www.unal.edu.co/viceinvestigacion/normatividad/etica_res_8430_1993 .pdf](http://www.unal.edu.co/viceinvestigacion/normatividad/etica_res_8430_1993.pdf))

REVISTA MÉDICA EN LÍNEA. FERRER IN CODE: Médica Enfermedades: Hipertensión [En línea].[09 marzo de 2010]. Disponible en: (www.dmedicina.com/enfermedades/enfermedades/vasculares-y-del-corazon/hipertension-arterial)

RIVERA ALVAREZ, LN. Relación entre la capacidad de agencia de autocuidados y los factores de riesgo cardiovascular. Bogotá. 2006. p. 40. Tesis de grado (Magister en Enfermería en el cuidado de la salud cardiovascular). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.

RIVERA L. Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá. En: [En línea] 27 Abril de 2009. Disponible en : (www.scielo.org.co/pdf/rsap/v8n3/v8n3a09.pdf)

RIVERA, L Y VELANDIA, A. Confiabilidad de la escala “Apreciación de la agencia de autocuidado” (ASA). Segunda versión en español, adaptada para población colombiana. En: Revista Avances en enfermería. Vol., XXVII No 1 (Ago-nov) 2009. p. 38-47

RIVERA, Luz Relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y los factores de riesgo cardiovascular. {En línea}. 2007 {29 Noviembre de 2009}. Disponible en (www.docentes.unal.edu.co/lnriveraa/docs/relación). p 4. Tomado de OREM. Dorotea. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica. 4a ed. Barcelona: Masson Salvat; 1993. p.74, 54

RUIZ, Alonso. Tratamiento Ambulatorio de la Hipertensión Arterial. En: Revista Facultad de Ciencias de la Salud Universidad del Cauca. Vol.; 6. No.1 (Marz-2004); p.1-5. {En línea}. {18 noviembre de 08}, Disponible en:([www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2004/marzo/TratamientoAmbulatorio20 hipertensionB3n.html](http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2004/marzo/TratamientoAmbulatorio20hipertensionB3n.html))

RODRIGUEZ, A Y GÓMEZ, Factores que influyen en la Adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. Bogotá. 2008, 13p Tesis de grado (Magister en Enfermería en el cuidado para la salud cardiovascular). Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería.

TAYLOR, Susan G. OREM Dorthea: La Teoría enfermera del déficit de autocuidado. En: MARRINER A, RAILE M. Modelos y Teorías en Enfermería. Capitulo 13. 6ª ed. Madrid España: Elsevier España, S.A; 2007. p. 270.

UNIVERSIDAD DE CHILE. Estrategias para mejorar la adherencia a los tratamientos [en línea] (1 Noviembre de 2009) Disponible en: (www.plataforma.uchile.cl/fg/semestre1/_2003-/medicam/modulo3/clase3-/temas/tema01.htm)

VELANDIA Anita. Relación entre la Capacidad de agencia de Autocuidado y la Adherencia al Tratamiento Farmacológico y no Farmacológico en personas con Factores de Riesgo Cardiovascular que asisten a consulta externa en el Hospital Tunjuelito. Título para optar el título de Magister en Enfermería con Énfasis en cuidado en Salud Cardiovascular-2008.

GAST Hertha, DENYES Mary et al. Self Care Agency: Conceptualization and operationalizations. Advances Nursing Science 1980,12(1) p 2-38.En: Rivera. P. 94

CELIS DE LA ROSA Alfredo de Jesús. Bioestadística. Segunda edición. Pag 170.

TANGO, traducido de Health Day, "Salud:Hispanos hipertensos" . {En línea}. 3 Mayo 2008 {13 Octubre 2009} disponible en (www.terra.com/salud/articulo/html/sal18675.htm)

ANEXOS

ANEXO A



Estudio: Relación entre las capacidades de agencia de Autocuidado y la Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con HTA. Montería, 2010.
 Investigadora: Deisy Solera Barrios. Directora: Martha Cecilia Triana

**Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidados.
 Escala ASA, segunda versión en español adaptada para a población colombiana.
 Facultad de Enfermería. Universidad nacional de Colombia.**

Código N° _____ Fecha: _____ Firma del encuestador: _____

AFIRMACION	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
1. A medida que cambien las circunstancias yo voy haciendo justes para mantener mi salud				
2. Reviso si las formas que practico habitualmente para mantener con salud son buenas				
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo Para conseguir ayudas				
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo				
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantener mi salud				
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo				
7. Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora				
8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio				
9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios				
10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser				
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego a hacerlo				
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre				
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado				
14. Cuando obtengo información sobre mi salud, pido explicaciones sobre lo que no entiendo				
15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio				
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigado con tal de mejorar mi salud				
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información acerca de los efectos secundarios				
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro				
19. Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud				
20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme				
21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer				
22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda				
23. Puedo sacar tiempo para mi				
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.				

ANEXO B



Estudio: Relación entre las capacidades de agencia de Autocuidado y la Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con HTA. Montería, 2010.
 Investigadora: Deisy Solera Barrios. Estudiante de Maestría en enfermería.
 Directora: Martha Cecilia Triana

Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (Bonilla y De Reales). Versión N° 4.

FACTORES INFLUYENTES	Nunca	A veces	Siempre
I DIMENSIÓN: FACTORES SOCIOECONÓMICOS			
1. ¿Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas?: (alimentación, salud, vivienda, educación)			
2. ¿Puede costearse los medicamentos?			
3. ¿Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta?			
6. ¿Los cambios en la dieta, se le dificultan debido al costo de los alimentos recomendados?			
7. ¿Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad?			
8. ¿Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento?			
II DIMENSIÓN: FACTORES RELACIONADOS CON EL PROVEEDOR: SISTEMA Y EQUIPO DE SALUD			
21. ¿Las personas que lo atienden responden sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento?			
22. ¿Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace?			
23. ¿Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico?			
24. ¿Recibe información sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo a sus actividades diarias?			

25. ¿En el caso que usted fallara en su tratamiento su médico y su enfermera entenderían sus motivos?			
27. ¿El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia y usted entienden?			
31. ¿El médico y la enfermera le han explicado que resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando?			
47. ¿Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos?			
III DIMENSION: FACTORES RELACIONADOS CON LA TERAPIA			
10. ¿Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento?			
13. ¿Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas?			
18. ¿Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas?			
37. ¿Cuándo mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento?			
38. ¿Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento?			
43. ¿Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar?			
IV DIMENSIÓN: FACTORES RELACIONES CON EL PACIENTE			
40. ¿Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo?			
49. ¿Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse?			
52. ¿Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud?			
53. ¿Cree que es usted el responsable de seguir el cuidado de su salud?			

Código N° _____ Fecha: _____ Firma del encuestador: _____

ANEXO C



Estudio: Relación entre las capacidades de agencia de Autocuidado y la Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con HTA. Montería, 2010.
Investigadora: Deisy Solera Barrios. Estudiante de Maestría en enfermería.
Directora: Martha Cecilia Triana

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La investigadora informa al Señor (a) Participante,

Conociendo que la hipertensión Arterial es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en la población general, se hace necesario conocer la forma como se desarrolla el cuidado y la adherencia al tratamiento en personas con hipertensión arterial que se encuentran en programa de la E.S.E. CAMU la Granja, de la red de servicios Pública Salud Sinú de Montería.

La decisión de ser un participante es voluntaria, y consiste en el diligenciamiento de dos cuestionarios o instrumentos que le serán leídos para su posterior comprensión, teniendo por objetivo conocer “la relación entre las capacidades de agencia de autocuidado y la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con hipertensión arterial en control”, siendo este un trabajo de la maestría en Enfermería con énfasis en cuidado para la salud cardiovascular. Universidad Nacional De Colombia.

Los resultados que se obtengan del estudio serán tenidos en cuenta para el planteamiento estrategias que fomenten el bienestar de las personas. Se aclara que la persona que decida participar puede desistir del proceso cuando lo requiera, y que no es una obligación permanecer como participante en contra de la voluntad propia; como también, que esto no constituye un riesgo contra la integridad de la persona, y que no tendrá gastos económicos.

La investigadora por su parte confirma que se mantendrá la privacidad de la identidad personal, debido a que la información se mantendrá bajo confidencialidad, y las identificaciones serán mantenidas a través de código numérico.

El participante consiente que habiendo recibido información sobre este proceso y habiéndome explicado mi acción en el, he decido confirmar la participación mediante este consentimiento informado, mediante mi firma a continuación:

Firma el participante (o huella dactilar ni es firmante):

_____, con C.C. N°: _____, fecha: _____

Testigo cuando la persona no puede contestar por incapacidad física o analfabetismo

_____, con C.C. N°: _____, fecha: _____

Firma de la Investigador _____, fecha: _____

ANEXO D



Estudio: Relación entre las capacidades de agencia de Autocuidado y la Adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en personas con HTA. Montería, 2010.
Investigadora: Deisy Solera Barrios. Estudiante de Maestría en enfermería.
Directora: Martha Cecilia Triana

FICHA DE CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA MUESTRA DEL ESTUDIO

Género: Masculino Femenino

Edad: _____ (años)

Raza: negra mestiza blanca

Nivel de Escolaridad: Analfabeta Primaria incompleta Primaria completa
Básica Secundaria otro _____

Ocupación: _____

Código N° _____ Fecha _____ Firma del encuestador: _____

