

# UCUENCA

## Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Médicas

Maestría en Enfermería Familiar y Comunitaria

### **FACTORES ASOCIADOS AL AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES ADULTOS CON HIPERTENSION ARTERIAL QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE GUAPAN, 2022**


Trabajo de titulación previo a la  
obtención del título de Magíster en  
Enfermería Familiar y Comunitaria

**Autor:**

María Lourdes Bermeo Minchala

**Director:**

Carmen Lucia Cabrera Cárdenas

ORCID:  0000-0003-3210-6531

**Cuenca, Ecuador**

2023-06-27

## Resumen

**Antecedentes:** la hipertensión arterial es un problema de salud pública, afecta al 30% de la población mundial adulta, es considerada como un factor de riesgo para enfermedad cardiovascular, evento cerebrovascular, insuficiencia renal y muerte prematura por las complicaciones que produce. El conocimiento de los factores asociados al autocuidado de la enfermedad permite a los profesionales de Enfermería intervenir sobre ellos para promover el autocuidado y desarrollar cuidados integrales para una mejor calidad de vida de los pacientes hipertensos.

**Objetivo:** Identificar los factores asociados al autocuidado de los pacientes Adultos con Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud de la Parroquia Guapán.

**Metodología:** Investigación cuantitativa, estudio analítico transversal, la población de estudio estuvo conformada por 160 pacientes adultos con hipertensión arterial atendidos en el Centro de Salud de la parroquia Guapán, se utilizó la escala ASA, la ficha socioeconómica del INEC; para el procesamiento de la información se utilizó el programa SPSS.

**Resultado:** El 100% de la población estudiada tienen una capacidad de autocuidado medio, mostrando mayor significancia de autocuidado con factores como: sexo femenino 70.6%, estado civil casado 66.9%, nivel de instrucción primaria incompleta 43,1% y socioeconómico medio 34.4%.

**Conclusión:** Las características de la población son similares, homogéneas en las variables sociodemográficas como: sexo, edad, condición socioeconómica, nivel de instrucción y adherencia al tratamiento, lo que ha determinado resultados afines entre la capacidad de autocuidado y los factores asociados, en el manejo de la enfermedad en la parroquia Guapán del Cantón Azogues.

*Palabras clave:* factores asociados, autocuidado, hipertensión arterial



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

**Repositorio Institucional:** <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

### Abstract

**Background:** arterial hypertension is a public health problem, it affects 30% of the world's adult population, it is considered a risk factor for cardiovascular disease, cerebrovascular event, kidney failure and premature death due to the complications it produces. Knowledge of the factors associated with self-care of the disease allows Nursing professionals to intervene on them to promote self-care and develop comprehensive care for a better quality of life for hypertensive patients.

**Objective:** To identify the factors associated with the self-care of adult patients with Arterial Hypertension who attend the Guapán Parish Health Center.

**Methodology:** Quantitative research, cross-sectional analytical study, the study population consisted of 160 adult patients with arterial hypertension treated at the Health Center of the Guapán parish, the ASA scale, the INEC socioeconomic file was used; For the information processing, the SPSS program was used.

**Result:** 100% of the studied population have a medium self-care capacity, showing greater significance of self-care with factors such as: female sex 70.6%, marital status married 66.9%, incomplete primary education level 43.1% and average socioeconomic level 34.4%.

**Conclusion:** The characteristics of the population are similar, homogeneous in sociodemographic variables such as: sex, age, socioeconomic status, level of education and adherence to treatment, which has determined similar results between self-care capacity and associated factors, in the Management of the disease in the Guapán parish of the Azogues Canton

*Keywords:* associated factors, self-care, arterial hypertension



The content of this work corresponds to the right of expression of the authors and does not compromise the institutional thinking of the University of Cuenca, nor does it release its responsibility before third parties. The authors assume responsibility for the intellectual property and copyrights.

**Institutional Repository:** <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

## Índice de contenido

Resumen:.....	2
Abstract: .....	3
Introducción.....	6
Planteamiento del problema.....	9
Justificación.....	11
Marco teórico .....	13
Marco Referencial.....	13
Marco conceptual.....	15
La hipertensión arterial .....	15
Cuadro clinico de la hipertensión arterial.....	16
Teoria de Dorothea Orem.....	17
Hipótesis .....	20
Objetivos.....	21
Objetivo general.....	21
Objetivos Específicos .....	21
Diseño metodológico .....	22
Resultados .....	25
Discusión.....	33
Conclusiones.....	36
Recomendaciones .....	37
Limitaciones .....	38
Referencias.....	39
Anexos .....	44
Anexo A. Matriz de Operacionalización de variables.....	43
Anexo B. Formulario de recolección de datos .....	46
Anexo C. Formulario de capacidad de agencia de autocuidado en pacientes hipertensos .....	47
Anexo D. Ficha Socioeconómica según el INEC.....	52

## **Agradecimiento**

Agradezco principalmente a Dios por darme la vida, por guiarme a lo largo de nuestra existencia, por ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y adversidad.

Quiero expresar mi agradecimiento a mi directora de tesis Lcda. Carmen Cabrera por la confianza, el valioso apoyo, el interés y la generosidad que me brindó a lo largo de la realización del trabajo de investigación.

También hacer extensivo mi agradecimiento a la directora de la maestría Lcda. Gladys Robalino, por haberme apoyado durante todo el proceso de la maestría para poder culminar con éxito el objetivo propuesto.

Además, agradecer al personal del centro de salud de Guapán y a todas las personas que me apoyaron y colaboraron en la realización de este trabajo de investigación.

## **Dedicatoria**

Mi tesis la dedico a mi esposo por ser mi principal apoyo y motivación en esta etapa de mi vida profesional, por demostrarme siempre su cariño y amor, a pesar de las adversidades y momentos difíciles que se presentaron durante el transcurso de mis estudios.

A mis hijos Kevin y Andrés por ser mi fuente de inspiración, la fuerza y la razón que me impulsa a seguir adelante para hacer realidad los objetivos trazados.

A toda mi familia por su apoyo constante y confianza que me brindaron siempre.

## Introducción

La hipertensión arterial (HTA), es una enfermedad crónica degenerativa, considerada como una de las principales causas prevenibles de enfermedad cardiovascular y muerte a nivel mundial con una prevalencia global entre el 30 – 45% siendo mayor en los hombres con un 24% y en las mujeres 20%, en la región de las Américas representa 250 millones; el reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS), plantea que la hipertensión es considerada como uno de los factores de riesgo clave para las enfermedades cardiovasculares, que afectan a mil millones de personas en el mundo y pueden provocar diversas complicaciones, como infartos de miocardio y accidentes cerebrovasculares que causan una alta tasa de mortalidad, aproximadamente 1,6 millones(1).

Considerada como una enfermedad crónica silenciosa, pues no siempre se acompaña de signos o síntomas determinando que pase desapercibida, desconocida para las personas que la padecen, dificultando el diagnóstico y tratamiento precoz elevándose el riesgo de complicaciones, secuelas que pueden producir discapacidad, además de repercusiones a nivel socioeconómico, considerada como una de las enfermedades crónicas no transmisibles más frecuentes a nivel mundial y nacional, siendo una de las patologías prioritarias de la atención primaria de salud(2)

La enfermedad rara vez ocurre de manera aislada, está relacionada con varios factores de riesgo como tabaquismo, inactividad física, nutrición inadecuada, dislipidemias, intolerancia a la glucosa, obesidad, patrones culturales, hábitos inadecuados y nivel de educación; todos ellos factores de riesgo no solo para hipertensión arterial sino también para enfermedades cardiovasculares que complejiza su manejo de ahí la importancia del rol de la Enfermera para un manejo integral y un seguimiento epidemiológico a partir de la intervención sobre los factores de riesgo y la promoción del autocuidado como estrategia de salud para incrementar la esperanza de vida y mejorar la calidad de vida de estos pacientes(3)

En Colombia se estima que, para el año 2020, las muertes a causa de las enfermedades cardiovasculares aumentarán en 15 a 20 % y en el año 2030, la enfermedad crónica no transmisible mencionada anteriormente, será responsable del 75% de las muertes en el mundo, es decir, se calcula que en el año 2030 morirán cerca de 23.6 millones de personas por enfermedades cardiovasculares y se pronostica que seguirán siendo la principal causa de muerte a nivel global(4).

En Ecuador, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la enfermedad cardíaca isquémica constituye la primera causa de mortalidad con un porcentaje del 10,3% de las muertes registradas en el año 2012, al igual que los infartos de miocardio que corresponden al 7,7% del total de muertes (5), estas cifras son alarmantes, lo que indica que las personas tienen un estilo de vida que favorece para el desarrollo de esta enfermedad e incluso para agravarla por las complicaciones que produce.

Al ser una enfermedad, cuya prevalencia aumenta en el país debido a la existencia de factores de riesgo modificables que están asociados y que la vuelven prevenible mediante la aplicación de estrategias de intervención educativa orientadas al empoderamiento de su propia salud para lograr una adherencia al tratamiento(6), siendo el autocuidado de la salud una de esas estrategias de prevención; en este contexto Orem define al autocuidado como una conducta que existe en situaciones concretas de vida dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar(7), además plantea que para llevar a cabo el autocuidado, el individuo puede verse afectado por factores internos y externos, denominados factores condicionantes básicos, definidos como características particulares de los individuos que afectan sus capacidades para ocuparse de su autocuidado; además, afirma que todos necesitan satisfacer una serie de requisitos para mantener la vida, la salud, bienestar y alcanzar la Capacidad de Autocuidado, proceso que se aprende durante el crecimiento y que permite mejorar el estado de salud en general (7).

Orem plantea que las actividades de autocuidado se aprenden a medida que el individuo madura y son afectados por las creencias, cultura, hábitos y costumbres de la familia y de la sociedad. La edad, el desarrollo y el estado de salud puede afectar la capacidad que tenga el individuo para realizar las actividades de autocuidado. Para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, todos los seres humanos tenemos requisitos que son básicos y comunes para el beneficio de su vida, salud y bienestar(8).

Una de las estrategias para el cuidado de la salud de los pacientes con hipertensión arterial es la educación como base para prevenir el apareamiento de complicaciones que causan discapacidad y muerte; estrategias en el cual el profesional de enfermería actúe como terapeuta, educadora y promotora del autocuidado para mejorar las condiciones de vida de los pacientes con hipertensión arterial(9).

La enfermería juega un papel fundamental en la práctica comunitaria y hospitalaria ya que ayuda a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico. Para poner en

práctica el autocuidado de la salud es importante examinar los factores que influyen, ver qué tipo de problemas de salud se presentan y conocer el déficit de autocuidado(10).

En base a todo lo mencionado sobre la hipertensión arterial, se plantea el objetivo identificar los factores asociados al autocuidado de los Adultos con Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud de la Parroquia Guapán.



### Planteamiento del problema

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial según la OMS, considerada como la primera causa de mortalidad por las repercusiones que se presentan como complicaciones de la enfermedad que conlleva a enfermedades cardiovasculares y renales sumado a la falta de control, de adherencia, estilos de vida poco saludables. La misma que afecta aproximadamente a uno de cada cuatro adultos reduciendo la esperanza de vida entre 10 y 15 años en las personas(11).

LA OPS (Organización Panamericana de la Salud) plantea una modificación del cuadro actual de la prevalencia de las enfermedades crónicas, por medio del cambio en el estilo de vida y el autocuidado, señala que la inactividad física, el consumo de bebidas alcohólicas y el tabaquismo, son los principales factores de riesgo de la hipertensión arterial, potencialmente controlables, siendo el problema significativamente mayor en el sexo masculino(12).

En Ecuador se implementó una encuesta sobre Enfermedades No Transmisibles y sus factores de riesgo (ENT/FR) que utilizó el método de vigilancia progresivo STEPS de la OPS/OMS, durante el período mayo a junio de 2018, con una muestra nacional de 6.680 adultos hombres y mujeres de 18 a 69 años, y una tasa de respuesta de 69,4%; donde la hipertensión arterial es el principal factor de riesgo para padecer enfermedades cardiovasculares, mismas que representan la principal causa de muerte en el Ecuador, estimando que al menos el 20% de la población mayor de 19 años tiene hipertensión arterial en el país, es decir, 1 de cada 5 ecuatorianos de 18 a 69 años tiene hipertensión arterial y el 45% desconoce que padece dicha enfermedad(13).

Según datos del informe de avance del cumplimiento de la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible 2019, las muertes por este tipo de enfermedad están en individuos entre los 30 y 70 años de edad, el 42,6% de personas fallecen a causa de enfermedades cardiovasculares, el 41,5% por cáncer, el 18,1% por diabetes y el 4,7% por enfermedades crónicas, ocurridas entre el 2014 y 2017 según el INEC, 2019. La tasa de mortalidad atribuida a estas enfermedades a nivel nacional, presenta una tendencia positiva, pasando de 186.5 muertes por cada 100.000 habitantes en 2014 a 195.6 muertes por cada 100.000 habitantes en el 2017, por lo que el país debe crear estrategias orientadas a reforzar las campañas de prevención de estas enfermedades y promover hábitos de vida saludables (14).

Al respecto, Dorothea Orem sostiene que el autocuidado es un fenómeno activo, una acción deliberada e intencionada, que se encuentra determinada por el conocimiento y repertorio de habilidades del individuo. La capacidad de autocuidado no es innata; por el contrario, se desarrolla a lo largo de la vida, y se encuentra influenciada por las creencias, hábitos y

prácticas que mantiene el grupo social de pertenencia. Las actividades de autocuidado se relacionan con ciertos requisitos, los cuales tienen por objetivo promover las condiciones necesarias para la vida(15).

Los factores asociados con el autocuidado de los adultos con Hipertensión Arterial, pueden influir ya sea positivamente promoviendo la capacidad de autocuidado en los pacientes mediante la educación como herramienta de prevención de complicaciones de la hipertensión arterial que pueden resultar incapacitantes lo que es preocupante; porque reduce la capacidad de autocuidado de la enfermedad que, junto con la falta de política pública de salud, vigilancia epidemiológica, la falta de información a los pacientes hipertensos, conlleva para el planteamiento este tema de investigación, con la finalidad de crear una línea de base para la intervención y la toma de decisiones al Centro de Salud en beneficio de la población Guapanence.

De acuerdo con la información revisada, se considera que existe un problema de salud a nivel nacional y local sobre el manejo de la enfermedad y la capacidad de autocuidado que poseen los pacientes con hipertensión arterial, además no se evidencian estudios realizados en esta parroquia sobre la patología y el autocuidado, con estos antecedentes nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los factores asociados al autocuidado en las personas Adultas con hipertensión arterial que acuden al centro de salud de la parroquia Guapán?

### Justificación

La presente investigación consta en las prioridades de investigación en salud planteadas por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador para el periodo 2013 – 2017 en el área 6 enfermedades cardiovasculares y circulatorias; línea de investigación; enfermedad cardiaca hipertensiva, sublínea: autocuidado de pacientes y las líneas de investigación de la Universidad de Cuenca en el área de Ciencias Médicas y de la Salud, en la línea de investigación; enfermedades crónico no transmisibles: Hipertensión Arterial.

La hipertensión arterial actualmente se considera un problema de salud pública mundial por la complejidad de su manejo, la alta prevalencia de la enfermedad que puede producir enfermedades crónicas y agudas en la población, afectando directamente su calidad de vida, la demanda en los servicios de salud y la economía a nivel global porque cuando no es controlada, existe falta de adherencia al tratamiento, requiere de cuidado de enfermería a nivel hospitalario para el manejo de la enfermedad durante el proceso de agudización de la enfermedad con un alto costo y luego cuidado a nivel comunitario para el desarrollo de acciones de salud en el autocuidado preventivo para el control de la enfermedad y disminuir el riesgo de complicaciones que pueden causar discapacidad así como acciones de promoción de la salud con el control de factores de riesgo individual, familiar y colectivo; requiriendo garantizar el acceso a servicios de salud con calidad y eficiencia, a través de la implementación de estrategias de salud como: trabajo domiciliario, conformación de equipos básico de Salud (EAS), reorganización de la prestación de servicios desde el primer nivel hacia el segundo y tercer nivel de atención, mediante unidades móviles de salud para atención puntual y ambulatoria, reduciendo tiempos y costos de desplazamiento (16).

Dentro de este trabajo de atención de salud, la enfermería juega un rol trascendental por ser el único recurso de salud que como parte de su cuidado abarca la promoción, de salud, la recuperación y los cuidados paliativos, brindando cuidado integral en situaciones de salud – enfermedad, siempre vinculado al arte de cuidar, por lo que su rol responde a la necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para cuidarse de sí misma o de las personas que dependen de ellas; deben desarrollar la capacidad de cuidados para mantener la salud y la vida.

El profesional de enfermería tiene una tarea indispensable en cuanto a las estrategias de prevención y promoción de estilos de vida saludables, debe fomentar actividades de autocuidado que permitan reducir los factores de riesgo modificables en los pacientes con hipertensión arterial; Conjuntamente comprender cuáles son las circunstancias que influyen en los estilos de vida de estas personas.

Los resultados obtenidos en el presente estudio se dieron a conocer en el centro de salud de la parroquia Guapán con la finalidad que el personal de salud implemente estrategias para la promoción y prevención en el manejo y control de la hipertensión arterial, además que les permitan implementar guías sobre la participación de manera directa en el autocuidado de los pacientes y los factores que se asocian a la enfermedad.

### Marco teórico

**Marco Referencial.** - Existen varios estudios realizados en varios países de Latinoamérica relacionados con el tema de investigación, destacándose:

Flores Danitza y Guzmán Felicia (2018), en un estudio realizado con el tema “Factores condicionantes básicos en el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial del Hospital Santa Bárbara”, con respecto a los variables que agrupan los datos sociodemográficos o factores condicionantes básicos de autocuidado considerados por Orem, se estudiaron 51 pacientes adultos con HTA. Entre ellos, constan los de edad mínima de 34 años y una máxima de 81 años, en su mayoría pertenecen al grupo de adulto mayor; en el factor condicionante sexo, donde la mayoría de los participantes corresponden al masculino con un 56,8 %; dentro del estado civil, predominó el casado con un 43,1%, siendo la pareja o cónyuge el cuidador principal. Las ocupaciones más frecuentes fueron labores del hogar con un 31,3%, seguido de entre comercio informal el 23,5 %; de los factores ambientales. La mayoría de los participantes en este estudio afirman consumir frutas y verduras diariamente en más del 50%, sin embargo, afirman que les agregan más sal a sus alimentos y realizan su actividad física de manera ocasional. De todos los participantes, solo el 17,6% recibe información respecto a cuidados en su enfermedad (17).

En la Investigación de Rocha Velázquez María, Ruiz Paloalto Ma. Laura y Padilla Raygoza Nicolás (2017), sobre la “Correlación entre factores socioculturales y capacidades de autocuidado en adulto maduro hipertenso en un área rural de México”, lo realizan con una muestra de 60 integrantes de la población de 80 adultos con HTA, representa una muestra del 75%, al ser por invitación, pudiera ser que se introdujeran sesgos de selección y del sujeto, ya que es posible que los que aceptaron participar estén más conscientes de su autocuidado. Los resultados mostrados en esta investigación permiten observar la asociación que existe entre las puntuaciones de los factores socioculturales y de la capacidad de autocuidado de las personas adultas maduras con hipertensión arterial en el lugar antes mencionado (18).

Fernández Manrique (2014), en su artículo de investigación sobre “Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores”, deja entrever los siguientes resultados: la media total ASA de los adultos mayores fue de 46,8%, desviación estándar de 4,6%; el 99,6% presentó baja agencia de autocuidado, en un rango de 24 a 59 puntos. La edad media fue de 71,6%, desviación estándar de 6,7%; el 48,8% se ubicó en un rango de 60-70 años; el 76,7% eran mujeres; el 49,2% sin escolaridad; el 42,5% viudos; el 70,4% de oficios del hogar; el 53,3% corresponden al estrato social 1; y, el 73,8% vivían con la familia (19).

Nini J. García-Castañeda y colaboradores en su estudio “Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión” de la revista colombiana 2016, se analizaron

4.248 encuestas diligenciadas por los adultos mayores, el 65,5% fueron mujeres hipertensas, el 64,1% adultos mayores joven (60 a 74 años), la subregión de Oriente (RP=1,67, IC al 95%: 1,27-2,19), la pobreza se asocia con la enfermedad, el estrato socioeconómico cero (RP=2,54, IC al 95%: 0,85-7,57), se encontró asociación con los hábitos como el consumo de alcohol, el tabaco y el estado nutricional. El 21,8% presentó prevalencia de la diabetes y el 28,3% de los adultos hipertensos manifestó que empeoró mucho la calidad de vida (20).

En la investigación realizada por Ortiz-Benavides Rina Elizabeth y colaboradores (2016), en su investigación titulada “Factores de riesgo para hipertensión arterial en población adulta de una región urbana de Ecuador”, parte de una muestra estuvo conformada por 318 individuos, de los cuales el 57,2% (n=182) correspondió al sexo femenino. La edad media de la población general fue de  $42,8 \pm 15,5$  años. Los grupos etarios más prevalentes fueron el de menos de 40 años con 44,7%, seguido del grupo de 40 a 59 años con un 39,0% y 60 años o más con 16,4%. El grupo de individuos mestizos fue el grupo étnico más prevalente con un 96,2% (n=306) (21).

Orellana y Pucha, en el estudio realizado en la ciudad de Cuenca, titulado “El autocuidado en personas hipertensas del club “Primero mi salud” Totoracocha, Cuenca 2016”, el objetivo general de este estudio fue determinar el nivel de autocuidado en las personas hipertensas, esta investigación tuvo un enfoque cuantitativo-descriptivo, con un universo de 134 hipertensos en cuyos resultados se obtuvieron que el manejo del autocuidado en las personas del Club fue el 89,6% que no consumen más de 2gr/día de sal, el 74,6% realiza actividad física, el 50,0% duerme entre 5 a 7 horas, el 100% cumple con el tratamiento farmacológico, el 99,3% acude al control médico y un 98,5% toma su medicación a diario (22).

En el estudio Factores Condicionantes Básicos en la Capacidad de Autocuidado del Paciente con Hipertensión Arterial de Contreras Miranda María y Jordán Jinez María (2011), se estudiaron a 50 pacientes adultos con HTA, comprendidos entre la edad de 47 a 91 años, de los cuales, el género masculino fue el predominante. Con relación al estado civil, la frecuencia más alta fue la categoría de casados (60%). La escolaridad predominante fue preparatoria con un 28%; la actividad desempeñada fue la categoría de empleado (54%). El 70% de los pacientes tiene una regular capacidad de autocuidado y el 74% tuvieron un patrón de vida regularmente saludable. Al correlacionar, la capacidad de autocuidado con las variables edad, se obtuvo una  $r = -0.15$  ( $p = 0.286$ ); y la de patrón de vida y edad, una  $r = -0.16$ , ( $p = 0.269$ ); por lo que ambas no presentan significancia estadística. De la correlación entre la capacidad de autocuidado con el patrón de vida, estado civil y la escolaridad, si existe significancia, ya que el valor es de  $p < 0.1$  (23).

## Marco conceptual

### La hipertensión arterial

La OMS define a la hipertensión arterial, como presión arterial sistólica igual o superior a 140 mmHg o presión arterial diastólica igual o superior a 90 mmHg, es uno de los factores de riesgo más importantes para las enfermedades cardiovasculares y la enfermedad renal crónica.

La hipertensión es considerada por la organización mundial de la Salud como una enfermedad no transmisible, de larga duración, progresión lenta, representa el principal problema de salud del siglo XXI, generando una gran carga para los sistemas sanitarios a nivel mundial; además es un factor de riesgo importante de enfermedad cardiovascular y mortalidad. Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las complicaciones de la hipertensión representan 9.4 millones de los 17 millones de muertes anuales por enfermedades cardiovasculares en todo el mundo, responsable de aproximadamente el 45% de las muertes resultantes de enfermedades cardíacas y el 51% de las muertes por accidente cerebrovascular, por lo que también es considerada como un factor de riesgo para enfermedades renales y oculares. Además se conoce que la HTA es más frecuente conforme avanza la edad (24).

Esta situación compleja de la Enfermedad determino que la Asamblea Mundial de Naciones Unidas en 2011 reconozca la magnitud de este problema de salud, así como su impacto y desafío que representaba para la vida social de la población, obligándola a declarar como una epidemia relacionada principalmente con dos causas básicas como: estilos de vida poco saludables caracterizados por la falta de actividad física, malos hábitos nutricionales, consumos nocivos a esta situación se suma un hecho demográfico esencial el incremento de la tasa de envejecimiento de la población.

La hipertensión es considerada como un factor de riesgo modificable para enfermedad cardiovascular, por lo que, es necesario crear estrategias claras basadas en la mejor evidencia científica que permita controlar esta epidemia y reducir significativamente los efectos discapacitantes de la enfermedad, mejorando la calidad de vida de estos pacientes(25).

La prevalencia de la hipertensión arterial (HTA) difiere sustancialmente entre las diferentes regiones a nivel mundial, tanto por las diferencias sociales y ambientales entre las regiones como por los criterios que se utilizan para identificarla. Dos estudios han demostrado que la prevalencia de HTA en la población estadounidense es de 32%, misma que se mantiene

relativamente constante desde 1999, siendo más elevada a nivel urbano un estudio realizado en los Estados Unidos demostró que la tasa de incidencia anual de hipertensión estandarizada por edad es de 5,4% a 8,6% para hombres y 5,6% a 8,2% para mujeres(26)

Por esta razón, la prevalencia de la enfermedad es mayor en la población adulta mayor definidas como personas que alcanzan una edad en la que deben abandonar formalmente el trabajo o se jubilan. En abril de 1994 la Organización Panamericana de la Salud, filial de la Organización Mundial de la Salud, decidió emplear el término Adulto Mayor para las personas mayores de 65 o más años (27).

### **Cuadro clínico de la hipertensión arterial.**

#### **Signos y síntomas**

En la hipertensión esencial no complicada, suelen cursar de modo totalmente asintomático. Su diagnóstico es en la mayoría de las ocasiones casual, de ahí se a etiquetado a la HTA como el “asesino silencioso”. De toda la sintomatología atribuible a la hipertensión, el síntoma más constante es la cefalea, que aparece en el 50% de los pacientes que conocen su enfermedad y en el 18% de la población hipertensa que la ignora. En la hipertensión complicada la mayoría de los síntomas y signos significativos que refiere el hipertenso son debidos a la afectación acompañante de los órganos diana, y su intensidad guarda relación directa con el grado de esta repercusión visceral. En general, las manifestaciones clínicas de la HTA pueden tener un sustrato aterosclerótico o hipertensivo según el tipo de complicaciones, aunque lo más frecuente es encontrar patología mixta, lo que puede dar lugar a una sintomatología abigarrada(28).

#### **Prevención**

La hipertensión arterial no puede ser definitivamente curada, pero existen una serie de hábitos de vida que en combinación con la acción de los medicamentos antihipertensivos, pueden llegar a controlarla de forma sustancial y evitar así sus complicaciones(29). Cabe indicar algunos de ellos:

- Los adultos mayores de 40 años deben realizar un control periódico de su tensión arterial, principalmente si existen antecedente familiares que lo han padecido.
- Deben realizar actividad física y evitar la obesidad.
- Disminuir el nivel de sal en la preparación de los alimentos.
- Reducir al mínimo la grasa animal y consumir una dieta rica en verduras, legumbres, frutas y fibras.
- Limitar la cantidad de alimentos procesados y fritos.



- Evitar el consumo de cigarrillo y mantener un control moderado en el consumo de bebidas alcohólicas.
- No ingerir en exceso bebidas excitantes o energizantes como café y el té, etc

## **Tratamiento**

Se conoce 2 estrategias considerablemente establecidas para reducir la Presión arterial como: las intervenciones en el estilo de vida y el tratamiento farmacológico. Pero actualmente están surgiendo nuevas terapias basadas en dispositivos, aunque todavía no se ha demostrado su eficacia como opción de tratamiento. No hay duda de que las intervenciones en el estilo de vida pueden reducir la Presión Arterial, pero la mayoría de los pacientes hipertensos requieren además tratamiento farmacológico(30).

## **Autocuidado**

El autocuidado es definido por la OMS como "la capacidad de individuos, familias y comunidades para promover la salud, prevenir enfermedades, mantener la salud y hacer frente a las enfermedades y discapacidad con o sin el apoyo de un proveedor de atención médica".

El autocuidado es un concepto fundamentado por Dorothea Orem en 1969. Se ha utilizado como base teórica y filosófica para promover prácticas de autocuidado dirigida por las personas sobre sí mismas. Es considerado como una actividad aprendida, que tiene la finalidad de adoptar una conducta clara en situaciones concretas de la vida, con el fin de controlar los factores que afectan el desarrollo y funcionamiento en beneficio de la salud y la vida(31).

## **Teoría de Dorothea Orem**

El modelo Teoría de Dorothea Orem fue descrita, como una teoría general de enfermería, compuesta por: Teoría del Autocuidado, que se refiere a la realización del propio autocuidado, además de explicar y justificar la necesidad de este para la salud; Teoría del Déficit de Autocuidado, que consiste en explicar cuándo y por qué la enfermería se vuelve necesaria e importante para la persona en relación al proceso de cuidar; Teoría de los Sistemas de Enfermería, que se refiere a la persona en situación de déficit de autocuidado, de modo que, para compensar, es necesario el cuidado de enfermería(32)

La Teoría de Autocuidado es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar, por lo tanto, se considera una actividad aprendida por los sujetos y encaminada hacia un objetivo específico (33).

Esta teoría considera ciertos requisitos como:

- Requisitos de autocuidado universal.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo.
- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud.
- Requisitos de autocuidado.
- Demanda terapéutica de autocuidado.

La teoría del déficit de autocuidado, indica que los factores condicionantes básicos son condiciones, atributos, características, propiedades o acontecimientos internos y externos de la persona, que afectan, por una parte a la cantidad y calidad de cuidados que requiere, entre ellos sobresalen los factores socioculturales que conciernen a las demandas de autocuidado terapéutico de las personas, limitando los requisitos de autocuidado y los medios para satisfacerlos; también, define los factores socioculturales como el sistema múltiple y complejo e interrelacionado del ambiente social y del sistema de las creencias de las personas, el seguimiento de las leyes religiosas, la experiencia vital laboral, alimentos que consume, costumbres y tradiciones, prácticas curativas o ritos por padecer una enfermedad crónica (34).

Teoría de sistemas de enfermería, son las series y las secuencias de las acciones prácticas deliberadas de las enfermeras que actúan a veces de acuerdo con las acciones de las necesidades terapéuticas de autocuidado de sus pacientes, y para proteger y regular el ejercicio o desarrollo de la actividad de autocuidado de los pacientes (35).

Estos se dividen en:

- Totalmente compensadores.
- Parcialmente compensadores.
- De apoyo y educación.

Al hablar de la capacidad de agencia de autocuidado, Dorotea Orem (1995) menciona que "Es el conjunto de poder y capacidades del individuo que le permite dañarse con el autocuidado". De la misma manera, considera que es "la capacidad compleja adquirida para satisfacer los requisitos continuos de cuidado que regulan los procesos, mantienen o promueven la integridad de la estructura humana, su funcionamiento, el desarrollo humano y la promoción del bienestar" (36).

La capacidad de agencia de autocuidado que deben desarrollar los individuos hipertensos es fundamental, ya que permite prevenir las complicaciones desencadenadas por un manejo

inadecuado de la enfermedad. Desarrollar estas habilidades (que permitan cuidar la salud) implica, que los individuos cuenten con tres elementos: (37)

- Capacidades fundamentales y disposición del autocuidado, consideradas las habilidades básicas del individuo (percepción, memoria y orientación).
- Componentes de poder, que son habilidades que impulsan al individuo, la acción de autocuidado (motivación, adquisición de conocimientos, habilidad para ordenar acciones de autocuidado y capacidad de integración del autocuidado en su vida familiar y comunitaria).
- Capacidad de operacionalizar el autocuidado, son las habilidades que permiten al individuo investigar sobre condiciones de sí mismo y del medio ambiente, que son significativos para su autocuidado, así como la toma de decisiones y la construcción de las acciones para lograr el manejo de su enfermedad (37)

Los Factores Condicionantes Básicos (FCB), son variables internas y externas que modifican la capacidad de brindar autocuidado, tanto en la calidad y cantidad de los cuidados requeridos como en la capacidad de agencia de autocuidado, pudiendo afectar la vida, la salud y el desarrollo de los individuos, algunos de estos factores fluctúan debido a que ocurren en un tiempo y lugar específico, estos son identificados en el año 1958, pero es hasta comienzos de la década de 1970 cuando son enlistados por la Nursing Development Conference Group donde son clasificados en edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, sistema de cuidado de la salud, sistema familiar, patrón de vida, ambientales, disponibilidad y adecuación de recursos como los 10 FCB propuestos por Orem, que no son absolutos, sino que pueden ser modificados cuando se identifique nuevos factores (38).

Orem, clasificó los Factores básicos Condicionantes en cuatro grupos o categorías, siendo los mismos, los descriptivos, del patrón de vida, del sistema de salud y estado de salud y del estado de desarrollo. Los descriptivos, tienen como finalidad ofrecer información sobre la persona que va a recibir los cuidados de enfermería; se incluyen en esta categoría la edad, el sexo, la residencia y sus características ambientales, los factores del sistema familiar, los factores socioculturales (nivel de educación, ocupación, experiencias laborales y vitales) y los factores socioeconómicos. Los del patrón de vida, se refieren a las medidas de autocuidado habituales que llevan a cabo las personas, es decir, cómo ocupa el tiempo, responsabilidades que asume, con quiénes convive, formas de cuidado según la enfermedad, etc. (39).

## **Hipótesis**

Existen factores asociados que pueden influir positiva o negativamente sobre la capacidad de autocuidado de los pacientes adultos con Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud Guapán, según la teoría de Dorothea Orem.

## Objetivos

### Objetivo general

- Identificar los factores asociados al autocuidado de los Adultos con Hipertensión Arterial que acuden al Centro de Salud de la Parroquia Guapán.

### Objetivos Específicos:

- Determinar las características sociodemográficas del grupo de estudio Adultos con HTA que acuden al Centro de Salud de la Parroquia Guapán.
- Identificar el nivel de autocuidado de las personas adultas con hipertensión arterial, mediante el instrumento de evaluación.
- Reconocer los factores asociados (socioeconómicos) en los pacientes adultos con hipertensión arterial, mediante el instrumento de evaluación.
- Establecer la relación entre factores asociados y autocuidado de las personas con HTA, que acuden al Centro de Salud de Guapán.

### Diseño metodológico

**Diseño del estudio:** la investigación se realizó mediante el estudio analítico transversal cuantitativo.

**Área de Estudio:** la investigación se desarrolló en el Centro de Salud de la Parroquia Guapán, perteneciente al cantón Azogues.

**Población:** se trabajó con los pacientes adultos con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud.

**Universo:** se contó con 160 pacientes adultos con hipertensión arterial del Centro de Salud de Guapán, una particularidad del universo de estudio es que tienen características sociodemográficas y socioeconómicas similares, resultado de un universo homogéneo visibilizado en los resultados obtenidos.

**Muestra:** no se aplicó fórmula estadística para determinar la muestra, debido a que se trabajó con la totalidad del universo.

#### Criterios de inclusión:

- Pacientes que firmaron el consentimiento informado.
- Pacientes con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud de Guapán.
- No tener ninguna discapacidad mental para participar en el estudio.
- Disposición a participar en el estudio.

#### Criterios de exclusión:

- Pacientes con otro tipo de patología.
- Adultos mayores con trastornos mentales.

#### Variables de estudio:

- Variable independiente: factores asociados (sociodemográficos, socioeconómicos y antecedentes familiares).
- Variables dependientes: Autocuidado en Hipertensión arterial.

#### Operacionalización de las variables:

Variables dependientes y variable independiente, definición, indicador, escala, (anexo 3).

Se realiza la dicotomización de la variable autocuidado, para sacar el porcentaje de la misma, debido a que, toda la población de estudio presenta los resultados similares, esto permite realizar la correlación con las variables sociodemográficas y socioeconómicas.

**Método, técnicas e instrumentos para la recolección de la información.**

Se realizó la visita domiciliaria a cada persona adulta con hipertensión arterial, donde se aplicó encuestas estructuradas y validadas, en el que se evaluó los factores asociados al autocuidado en las personas con hipertensión arterial.

Instrumentos: se aplicó 3 instrumentos para la recolección de los datos en las que se reflejan las variables aplicadas en el estudio.

1. Formulario elaborado por la investigadora, mismo que contiene características sociodemográficas de la población de estudio, tales como la edad, sexo, estado civil, instrucción, ocupación, con quién vive, años de enfermedad, control de peso, talla e IMC y presión arterial (Ver anexo1).
2. Ficha socioeconómica según el INEC. (Ver anexo 2).
3. Instrumento validado del Formulario de capacidad de agencia de autocuidado a pacientes hipertensos (Appraisal of Self-Care Agency- Revised ASAS), mismo que mide el tipo de autocuidado que tienen las personas adultas sobre el manejo de la hipertensión arterial. (Ver Anexo 3).

El instrumento validado del anexo 3, fue elaborado en 1983 por Isenberg y Evers, seguidoras de Orem, pertenecientes al Grupo de la Conferencia de Desarrollo de la Enfermería (NDCG), sobre las facultades del autocuidado, a fin de medir la capacidad que tiene el individuo para realizar las operaciones productivas de acuerdo a la agencia de autocuidado (40). A partir del formulario, lo que se mide es la capacidad de autocuidado de acuerdo al instrumento.

El instrumento original fue en inglés y consta de 41 ítems, agrupados en tres categorías: capacidades fundamentales, componentes de poder y capacidad de operacionalizar el autocuidado. La validez del contenido se estableció desde el análisis de la pertinencia, relevancia y redacción de los ítems con las categorías establecidas. Se analizó el IVC (índice de validez de contenido) y se procedió a modificar cada uno de ellos. El análisis de la validez aparente, se realizó teniendo en cuenta los criterios de extensión y claridad; la validez de contenido mostró un índice de 0,93, obteniendo un instrumento final con 40 ítems, así se evidencia una adecuada validez aparente y de contenido del instrumento (41).

La escala ASA ha sido traducida a varios idiomas, en países de Europa, Asia Oriental y de Latinoamérica. Este proyecto colaborativo, le dio al equipo la oportunidad de identificar conocimiento universal de enfermería y por medio de comparación transcultural, identificar conocimiento culturalmente específico (40). Esta versión en español fue

revisada y adaptada por la profesora Edilma de Reales de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, con permiso de la doctora Gallegos en 2004, modificando la forma de redacción de los ítems de manera que fueran más claros y comprensibles para la población. También fue revisada por 10 enfermeras y profesoras de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia en 2005 (40).

El cuestionario fue revisado por un experto en Lengua Española, a fin de corregir la estructura gramatical y la semántica, los ítems 4, 6, 13 y 16 fueron reescritos en forma más simple, directa y gramaticalmente correcta. La versión al español de la Escala ASA consta de 24 ítems, con una escala de Likert, es equivalente a la original en el idioma inglés, por lo que se considera que está lista para su uso en la población con una confiabilidad por alfa de Cronbach de 0.77 (42).

Las autoras Achury Diana, Sepúlveda Gloria, Rodríguez Sandra (2009), en su estudio sobre el “Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial”, realizan la descripción, construcción y validación inicial del instrumento original para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial, basándose en la teoría de autocuidado de Dorotea Orem. En el que, tras la realización de análisis factorial, lo modifican seleccionando 17 ítems agrupados en tres dimensiones como, capacidades fundamentales, componentes de poder y capacidad de operar el autocuidado, con un alfa de Cronbach de 0.75, mismo que se considera adecuado, pese a que el resultado del análisis factorial mostró que las dimensiones propuestas por los autores, no se ajustan a los factores obtenidos por el método de extracción de componentes principales (43).

**Procedimientos:** autorización, capacitación, supervisión y mediante el consentimiento informado.

**Plan de tabulación y análisis:** para el análisis de la información se utilizó el programa SPSS versión 22, presentando los resultados en tablas con un análisis descriptivo de la información mediante frecuencias y porcentajes. Para verificar el tipo de asociación entre las variables se empleó la prueba chi cuadrado considerando como valor significativo una  $p < 0.05$  con un nivel de confianza del 95%.



## Resultados

El formulario aprobado en el protocolo es validado con 40 ítems, dividido en tres dimensiones, lo que le ha influido en los resultados encontrados en contraste con formularios que tienen un menor número de ítems.

Las características del universo estudiado son similares en las dimensiones socioeconómicas según el formulario del INEC; en lo que respecta a lo sociodemográfico, hay similitud, puesto que ha determinado los resultados que describe el estudio.

- a. La inferencia fue presentada en tablas estadísticas de acuerdo con las variables.
- b. Para nuestro análisis, se empleó la estadística inferencial que permitió presentar la información respectiva.

**Tabla N°1.- Caracterización de los adultos con diagnóstico de hipertensión arterial según datos sociodemográficos.**

Variables Sociodemográficas		f	%
<b>Edad en grupos</b>	Adulto joven	16	10
	Adulto medio	36	22.5
	Adulto mayor	108	67.5
<b>Sexo</b>	Hombre	47	29.4
	Mujer	113	70.6
<b>Estado civil</b>	Soltero	18	11.3
	Casado	107	66.7
	Unión libre	2	1.3
	Divorciado	8	5
	Viudo	25	15.6
<b>Ocupación</b>	Empleado	11	6.9
	Jubilado	11	6.9

	Agricultor	34	21.3
	Ama de casa	69	43.1
	Artesano	29	18.1
	Desempleado	6	3.8
<b>Instrucción</b>	Ninguna	28	17.5
	Primaria incompleta	68	42.5
	Primaria completa	33	20.6
	Secundaria Incompleta	14	8.8
	Secundaria completa	11	6.9
	Superior	6	3.8
<b>Con vive</b>	Cónyuge	103	64.4
	Hijos	35	21.9
	Otro familiar	11	6.9
	Solo	11	6.9

**Fuente:** Formulario de datos

**Autor:** María Lourdes Bermeo

Para este estudio, participaron 160 pacientes adultos con hipertensión arterial que acuden al Centro de Salud de Guapán, en las características sociodemográficas fueron pacientes adultos, distribuidos en 3 grupos como: Adulto joven, Adulto medio y Adulto mayor, con diagnóstico de hipertensión arterial; se pudo determinar que según el grupo de edad el 67,5% fueron adultos mayores; el 70,6% pertenecen al sexo femenino, el 66,9% de estado civil casado, el 43,1% de ocupación ama de casa, según la instrucción el 43,1% tenía primaria incompleta, el 64,4% vive con el cónyuge. (tabla N°1)

**Tabla N°2.- Distribución de los adultos con diagnóstico de Hipertensión arterial según el nivel de autocuidado.**

<b>Capacidad de autocuidado</b>	Capacidad baja	0.0	0.0%
	Capacidad media	160	100%
	Capacidad Alta	0.0	0.0%

**Fuente:** Formulario de datos

**Autor:** María Lourdes Bermeo

En la variable de capacidad de autocuidado, al aplicar el instrumento validado, se obtiene como resultado de adultos con Diagnóstico de HTA, que el 100% de la población maneja un nivel medio de capacidad de autocuidado. Se puede considerar estos valores estadísticos debido a que en la parroquia Guapán existen características socioeconómicas y sociodemográficas similares (tabla N°2).

**Tabla N°3.- Distribución del nivel socioeconómico según el formulario del INEC.**

<b>Nivel socioeconómico</b>	Alto	0	0,0
	Medio alto	19	11,9
	Medio típico	55	34,4
	Medio bajo	51	31,9
	Bajo	35	21,9

**Fuente:** Formulario de datos

**Autor:** María Lourdes Bermeo

En lo referente al nivel socioeconómico de los pacientes con hipertensión arterial según el formulario estratificado del INEC, indica que el 11,9% presenta un nivel medio alto, el 34,4% presentó un nivel medio típico, seguido del 31,9% un nivel medio bajo y el 21,9% con un nivel socioeconómico bajo (tabla N°3).

**Tabla N°4.- Distribución del nivel socioeconómico según el grupo de edad, datos obtenidos en la aplicación del formulario del INEC.**

Nivel socioeconómico		Medio			
		Medio alto	típico	Medio bajo	Bajo
Edad en grupos	Adulto joven	12 75.00%	3 18.80%	0 0.00%	1 6%
	Adulto medio	7 19.40%	24 66.70%	5 13.90%	0 0.00%
	Adulto mayor	0 0.00%	28 25.90%	46 42.60%	34 31.50%

**Fuente:** Formulario de datos  
**Autor:** María Lourdes Bermeo

Relacionado al nivel socioeconómico según el grupo de edad, se evidencia que los adultos mayores con un nivel socioeconómico bajo posee el 31,5% seguido de un nivel medio bajo de 42,6%, en relación con los otros grupos de edad (tabla N°4).

**Tabla N°5.- Relación entre el autocuidado con el nivel socioeconómico.**

Nivel socioeconómico	CAPACIDAD DE AUTOCAUIDADO		Valor P
	Autocuidado bajo	medio- autocuidado alto	
Medio alto	2 (10.5%)	17 (89.5%)	.000
Medio típico	13 (23.6%)	42 (76.4%)	
Medio bajo	33 (64.7%)	18 (35.3%)	
Bajo	29 (82.9%)	6 (17.1%)	

**Fuente:** Formulario de datos  
**Autor:** María Lourdes Bermeo

Se evidencia que existe significancia entre la capacidad de autocuidado con el nivel socioeconómico, por lo que se obtiene que el valor de  $p < 0.005$ , de tal manera que se acepta la hipótesis planteada en la investigación (tabla N°5).

**Tabla N°6.- Relación entre capacidad de autocuidado con la variable edad**

EDAD GRUPOS	AUTOCUIDADO		Valor p
	EN Autocuidado bajo	medio- autocuidado alto	
Adulto joven	2 (12.5%)	14 (87.5%)	.000
Adulto medio	3 (8.3%)	33 (91.7%)	
Adulto mayor	72 (66.7%)	36 (33.3%)	

**Fuente:** Formulario de datos

**Autor:** María Lourdes Bermeo

Se evidencia que existe significancia entre la capacidad de agencia de autocuidado con la edad en grupos, por lo que se obtiene que el valor  $p < 0.005$ . (tabla N°6)

**Tabla N°7.- Relación entre capacidad de autocuidado con los factores sociodemográficos (sexo).**

SEXO	AUTOCUIDADO		Valor P
	Autocuidado bajo	medio- autocuidado alto	
Hombre	25 (53.2%)	22 (46.8%)	.408
Mujer	52 (46.0%)	61 (54.0%)	

**Fuente:** Formulario de datos

**Autor:** María Lourdes Bermeo

En relación con la variable sexo con el autocuidado, no existe significancia debido a que el valor de  $p > 0,005$  entre las variables antes mencionadas (tabla N°7).

**Tabla N°8.- Relación entre capacidad de autocuidado con los factores sociodemográficos (estado civil).**

ESTADO CIVIL	AUTOCUIDADO		Valor P
	Autocuidado medio-bajo	autocuidado alto	
Soltero	6 (33.3%)	12 (66.7%)	.001
Casado	45 (42.1%)	62 (57.9%)	
Unión libre	1 (50.0%)	1 (50.0%)	
Divorciado	3 (37.5%)	5 (62.5%)	
Viudo	22 (88.0%)	3 (12.0%)	

**Fuente:** Formulario de datos

**Autor:** María Lourdes Bermeo

En la variable estado civil con relación a la variable autocuidado, si existe significancia debido a que el valor  $p < 0.005$ . (tabla N°8)

**Tabla N°9.- Relación entre capacidad de autocuidado con los factores sociodemográficos (ocupación).**

OCUPACIÓN	AUTOCUIDADO		Valor P
	Autocuidado medio-bajo	Autocuidado alto	
Empleado	0 (0.0%)	11 (100%)	.001
Jubilado	6 (54.5%)	5 (45.5%)	
Agricultor	21 (61.8%)	13 (38.2%)	
Ama de casa	30 (403.5%)	39 (56.5%)	
Artesano	14 (48.3%)	15 (51.7%)	
Desempleado	6 (100%)	0 (0.0%)	

**Fuente:** Formulario de datos

**Autor:** María Lourdes Bermeo

En relación de la capacidad de autocuidado con la variable ocupación, en los resultados obtenidos se evidencia que si existe significancia por lo que el valor de  $p < 0.005$ , por lo que se indica que las variables antes mencionadas sí influyen en la capacidad de autocuidado de las personas con hipertensión arterial (tabla N°9).

**Tabla N°10.- Relación entre capacidad de autocuidado con los factores sociodemográficos (instrucción).**

	CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO		Valor P
	Autocuidado bajo	medio- autocuidado alto	
			.000
Ninguna	25 (89.3%)	3 (10.7%)	
Primaria incompleta	43 (63.2%)	25 (36.8%)	
Primaria completa	6 (18.2%)	27 (81.8%)	
Secundaria incompleta	3 (21.4%)	11 (78.6%)	
Secundaria completa	0 (0.0%)	11 (100%)	
Superior	0 (0.0%)	6 (100%)	

**Fuente:** Formulario de datos

**Autor:** María Lourdes Bermeo

Se evidencia que sí existe significancia entre la capacidad de autocuidado con la instrucción, por lo que se obtiene que el valor de  $p < 0.005$ . (tabla N°10)

**Tabla N°11 relación entre capacidad de autocuidado con los factores sociodemográficos (con quien vive).**

CON QUIEN VIVE	CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO		Valor P
	Autocuidado bajo	medio- autocuidado alto	
			.124
Cónyuge	46 (44.7%)	57 (55.3%)	

Hijos	16 (45.7%)	19 (54.3%)
Otro familiar	6 (54.5%)	5 (45.5%)
Solo	9 (81.8%)	2 (18.2%)

**Fuente:** Formulario de datos

**Autor:** María Lourdes Bermeo

En relación con esta variable de con quién vive, no existe significancia, por lo que el valor de  $p > 0,005$ , estos resultados indican que no influyen en el autocuidado si los pacientes viven solos o acompañados (tabla N°11).

**Tabla N°12.- Relación entre capacidad de autocuidado con el IMC.**

IMC	CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO		Valor P
	Autocuidado bajo	medio- autocuidado alto	
Normal	28 (65.1%)	15 (34.9%)	.032
Sobrepeso	28 (43.1%)	37 (56.9%)	
Obesidad	21 (40.4%)	31 (59.6%)	

**Fuente:** Formulario de datos

**Autor:** María Lourdes Bermeo

En los resultados de la variable IMC, no existe significancia debido a que el valor de  $p > 0,005$ , es decir ésta no influye en el autocuidado (tabla N°12)

**Tabla N°13.- Relación entre capacidad de autocuidado con los años de enfermedad.**

Años de enfermedad

Años de enfermedad	Autocuidado medio-bajo	Autocuidado alto	Valor p
1 a 5	19 (30.6%)	43 (69.4%)	.002
6 a 10	26 (51.0%)	25 (49.0%)	



---

11 a 1	22 (73.3%)	8 (26.7%)
16 a 20	5 (50.0%)	5 (50.0%)
21 a 25	5 (83.3%)	1 (16.7%)
26 o más	0 (0.0)	1 (100%)

---

**Fuente:** Formulario de datos

**Autor:** María Lourdes Bermeo

Con relación a la capacidad de autocuidado con las variables años de enfermedad, según los resultados obtenidos se evidencia significancia debido a que el valor de  $p < 0.005$ , por lo que se indica que las variables antes mencionadas, sí influyen en la capacidad de autocuidado de las personas hipertensas. (tabla N°13)

### Discusión

Se considera la hipertensión arterial, como una condición muy frecuente y el principal factor de riesgo modificable. En la actualidad, es uno de los mayores problemas de Salud Pública a nivel mundial, de tal forma que se relaciona con la mortalidad en todo el mundo; en el Ecuador se estima que al menos el 20% de la población mayor de 19 años tiene hipertensión arterial, es decir, 1 de cada 5 ecuatorianos de 18 a 69 años tiene hipertensión arterial y el 45% desconoce que padece dicha enfermedad (44).

La falta de cuidado ocurre muchas veces en la etapa más productiva de la vida, por lo que se traduce en una disminución significativa de los años de vida y aceleración de la mortalidad (45).

La Teoría de Orem, aclara el significado del autocuidado como la práctica de acciones realizadas que generan aportes y beneficios para el perfeccionamiento y maduración de las personas que las realizan y las desarrollan, en momentos específicos, con el objetivo de preservar la vida y el bienestar personal. Además, esta teoría se considera un fundamento para la comprensión de las condiciones y limitaciones de las personas en el desarrollo de acciones de autocuidado que pueden beneficiarse de la enfermería (32).

En los datos obtenidos con relación a la determinación de las características sociodemográficas, se puede evidenciar que la mayoría de los participantes con hipertensión arterial fueron de sexo femenino, al igual que con respecto al grupo de edad fueron en su mayoría adultos mayores. En lo que concierne al estado civil, las personas casadas padecen HTA. La mayoría del grupo investigado, en este caso, fueron amas de casa; al igual que su nivel de instrucción fue solo la Primaria incompleta, seguido de un nivel de Primaria completa. (tabla N°1)

En relación a la identificación de la capacidad de autocuidado, los resultados obtenidos, indican que todo el universo, es decir, los 160 pacientes tienen capacidad media de autocuidado, por lo que en este resultado no implica su edad, sexo, estado civil, instrucción y ocupación; datos similares se observa en el estudio de Self-care agency and factors related to this agency among patients with hypertension, en donde la investigación reveló que el nivel de agencia de autocuidado de edades de 30 a 60 años o más tiene un nivel de autocuidado moderado (46).

Con respecto a la identificación del nivel socioeconómico, según la aplicación del formulario del INEC, indica que la población de estudio presenta un nivel medio típico, seguido de un nivel medio bajo, luego con nivel bajo y finalmente con nivel alto, en comparación con el estudio Self-care behavior and related factors in older patients with uncontrolled hypertension (47), que indica que el 79,5% de los participantes tienen nivel económico medio.

Al establecer la relación entre factores asociados como el nivel socioeconómico y la capacidad de autocuidado, se aprecia que el nivel económico si está asociado al nivel de autocuidado encontrando una significancia estadística de  $p= 0.001$ , estos resultados son similares en el estudio de “Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión” de García Castañeda Niní y colaboradores (48); donde se analizaron 4.248 encuestas diligenciadas por los adultos mayores, la pobreza se asocia con la

enfermedad, el estrato socioeconómico cero (RP=2,54, IC al 95%: 0,85-7,57), se encontró asociación con los hábitos como el consumo de alcohol, el tabaco y el estado nutricional.

En la correlación entre los factores sociodemográficos y la capacidad de autocuidado, se aprecia que si existe asociación entre la edad y la capacidad de autocuidado en donde valor  $p < 0.000$ , donde se evidencia que, mientras mayor edad tenga, menor es el autocuidado y mientras más joven es, el autocuidado será más alto. Por su parte Lee y Park (2017), en su estudio, señalan que el comportamiento de autocuidado efectivo puede ayudar a reducir las complicaciones de la hipertensión, pero la tasa de compromiso con el comportamiento de autocuidado es relativamente baja entre los pacientes ancianos (49). Chunhua (2018), también señala que las conductas de autocuidado de los adultos jóvenes y de mediana edad con hipertensión son subóptimas en China (50).

En los resultados de esta investigación no se encuentra significancia estadística entre el sexo y la capacidad de autocuidado debido a que el valor  $p > 0.408$ , por lo que no afecta si es hombre o mujer para tener un buen autocuidado. Estos datos a diferencia del estudio en “Factores asociados al conocimiento y el control de la hipertensión arterial en Canarias” (51), indican que la prevalencia de hipertensión, fueron en su mayoría en los hombres (40% vs 31%,  $p < 0,001$ ), quienes también presentaron menor frecuencia de hipertensión tratada y controlada que el del sexo femenino.

También, al referirse al estado civil y la capacidad de autocuidado, se encuentra significancia estadística entre ellos, por lo que, se puede apreciar que el valor de  $p$  es  $< 0.005$ ; por lo tanto, si es casado el autocuidado es alto con relación a los viudos. Los participantes divorciados y los que carecían de fuente de información, poseen menos probabilidades de tener una buena práctica de autocuidado. Estudio similar, se puede identificar en el análisis realizado por Sewunet Ademe, Fekadu Aga y Debela Gela (2019) (52).

Con relación a la ocupación, nivel de instrucción, años de enfermedad, se observa que existe significancia estadística con la capacidad de autocuidado, por lo que el valor  $p$  es  $< 0.005$  en las amas de casa, quienes tienen un mejor autocuidado con relación a las personas con trabajos informales como los agricultores. De la misma manera, mientras más alto sea el nivel de educación mejor será su autocuidado; y, mientras más años de enfermedad tiene la persona, posee la ventaja de controlarla de un modo adecuado. En este sentido Yu-jieGuo et al. (2022), indican que el recibir educación para el autocuidado, el nivel educativo, la duración de la enfermedad, y los antecedentes familiares de hipertensión, fueron los predictores más poderosos del autocuidado entre los adultos mayores con hipertensión (53).

Según las variables sociodemográficas de ocupación, las amas de casa son las que padecen hipertensión, seguido del grupo de agricultores y artesanos. Respecto al nivel socioeconómico en su mayoría pertenecen al nivel medio típico, seguido de un nivel medio bajo, se ha analizado esta clasificación según el formulario del INEC. De los pacientes encuestados, la mayoría de los adultos mayores viven con su cónyuge. Similares resultados se pudieron observar en los estudios realizados por Doubova Svetlana V. et al. (2016), (54).

Por otra parte, Debón, et al. (2020), determinaron que la Estrategia Salud de la Familia (ESF) de Brasil, lidera las políticas y acciones de salud pública en el ámbito de la salud comunitaria, abordando la hipertensión arterial (HTA) en la atención primaria. En una muestra de 39 pacientes con HTA, exclusivamente en el grupo de intervención, que utilizó la app m-Health, se produjo un cambio en la presión sistólica y diastólica hacia niveles más adecuados (55). Con relación a los datos recolectados en la investigación, se obtiene de la presión sistólica una mediana de 120.0 y sobre la presión diastólica una mediana de 72.5, lo que indica que los pacientes tienen control en su presión arterial.

Los resultados demuestran que los pacientes con hipertensión arterial de la parroquia Guapán en su mayoría adultos mayores, mujeres, casados, con un trabajo informal, un nivel educativo bajo y con un nivel económico medio y bajo, tienen una capacidad de autocuidado medio-bajo. El personal de enfermería debe enfocarse, y aplicar el modelo teórico de Dorothea Orem a este grupo vulnerable, para implementar estrategias dirigidas específicamente a los pacientes con hipertensión arterial para mejorar su autocuidado, y así prevenir y disminuir los índices de mortalidad por esta enfermedad.

### **Conclusiones**

Al determinar las características sociodemográficas del grupo de estudio Adultos con HTA que acuden al Centro de Salud de la Parroquia Guapán y también al identificar el nivel de autocuidado, mediante el instrumento de evaluación, se puede concluir que la mayoría de los participantes en el estudio informaron que poseen prácticas de autocuidado y tienen una capacidad media de autocuidado, esto se debe a las características similares en la población de estudio; sin embargo, en los resultados obtenidos se evidencia que en algunas variables sociodemográficas tienen relación significativa con la capacidad de autocuidado.

Se puede identificar que la capacidad de autocuidado medio que predomina en los datos obtenidos se manifiesta en los adultos mayores con baja escolaridad, que tienen un trabajo informal que viven solos y mientras más años tienen, la patología, su autocuidado, es menor; además, que el nivel económico juega un papel principal para adoptar buenas prácticas de autocuidado.

Los resultados del estudio indicaron que las estrategias para los pacientes ancianos con hipertensión no controlada deben considerar los niveles educativos, de apoyo familiar y de autoeficacia de los pacientes para mejorar su autorregulación. Para examinar la adherencia a las conductas de autocuidado de los pacientes con hipertensión, los resultados deben confirmarse en el futuro, utilizando un diseño longitudinal y un muestreo aleatorio.

Además, en este estudio se establece que existe una íntima relación entre factores asociados y autocuidado de las personas con HTA, que acuden al centro de salud de Guapán. En este sentido, se cumplen las hipótesis planteadas en el estudio.

## **Recomendaciones**

Seguir desarrollando investigaciones de metodologías cuantitativas y cualitativas, que permitan tener claro sobre la problemática y la situación en la que viven, tanto el personal de salud como las usuarias con la patología que acuden a las diferentes casas de salud.

Para el primer nivel de atención en salud, es de gran importancia analizar cuál es la capacidad de agencia de autocuidado que manifiestan los pacientes con hipertensión arterial, y de esta manera dar el soporte educativo necesario de enfermería de acuerdo con las características cognitivas, emocionales y actitudinales de cada paciente con hipertensión arterial.

El éxito del tratamiento de la hipertensión requiere un compromiso sostenido con las conductas de autocuidado, como el cumplimiento de los regímenes de medicación y la dieta. La teoría del autocuidado sugiere que la autoeficacia es un factor determinante del compromiso con las conductas de autocuidado. La autoeficacia se refiere a la creencia de un individuo en su capacidad para ejecutar los comportamientos necesarios para producir logros de rendimiento específicos.

Se necesitan intervenciones específicas para mejorar la práctica del autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial.

### Limitaciones

En este estudio se pudo considerar las siguientes limitaciones:

- Acceso a la información.
- Acceso a las comunidades lejanas del estudio.
- Vías de acceso en mal estado, en las zonas más alejadas del estudio
- Analfabetismo en las personas adultas mayores

### Referencias

1. Regino - Ruenes Y, Quintero - Velásquez M, Saldarriaga - Franco JF. La hipertensión arterial no controlada y sus factores asociados en un programa de hipertensión. 2021;26(8):8. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-56332021000600648](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-56332021000600648)
2. Hidalgo-Parra Erick Antonio. Factores de riesgo para la hipertensión arterial en la población adulta de la comunidad Manglar alto, Ecuador, año 2018. 2019 [Internet]. 2(3):14. Disponible en: [http://eprints.uanl.mx/387/1/1\\_080093363.PDF](http://eprints.uanl.mx/387/1/1_080093363.PDF)
3. Sapino Estela, Álvarez Vaz Ramón. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en funcionarios de una institución bancaria del Uruguay. 2016;31(2):246-55.

4. Gómez LA. Las enfermedades cardiovasculares: un problema de salud pública y un reto global. *Biomédica* [Internet]. 30 de junio de 2011 [citado 18 de abril de 2022];31(4):469. Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/626>
5. Cruz Medina Andrés, Martínez Oñate Santiago. Conocimiento y práctica en el autocuidado de pacientes hipertensos. 2019 [Internet]. junio de 2019;3:12. Disponible en: [file:///C:/Users/LENOVO/Downloads/Dialnet-ConocimientoYPracticaEnElAutocuidadoDePacientesHip-7097525%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/LENOVO/Downloads/Dialnet-ConocimientoYPracticaEnElAutocuidadoDePacientesHip-7097525%20(1).pdf)
6. Ortega Cerda Juan José, Sánchez Herrera Diana, Rodríguez Miranda Oscar Adrián, Ortega Legazpi Juan Manuel. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. 2018;16(3).
7. Ydalsys Naranjo Hernández, Dr. José Alejandro Concepción Pacheco, Lic. Miriam, Rodríguez Larreynaga. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. 2017. 2017;19(3):11.
8. Flores– Danitza & Guzmán–Felicia. Factores condicionantes básicos en el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial del Hospital Santa Barbara. junio 2018. junio de 2018;16(17):10.
9. Prado Solar Liana, González Reguera Maricela, Paz Gómez Noelvis, Romero Borges Kareli. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. 2014 [Internet]. diciembre de 2014;36(6):11. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242014000600004](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004)
10. Navarro Peña Y, Castro Salas M. Modelo de Dorothea Orem Aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de Enfermería. 2010;14. Disponible en: 1695-6
11. Lira C. Impacto de la Hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 1 de marzo de 2015 [citado 18 de noviembre de 2021];26(2):156-63. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S071686401500036X>
12. Tapia BP, Cristina V, Guzmán MR, Concepción I. Autocuidado y nivel de conocimiento en el adulto mayor con hipertensión arterial del Hospital de salud- Nuevo Chimbote, 2015. :76.
13. Ministerio de Salud Pública. ENCUESTA STEPS ECUADOR 2018 MSP, INEC, OPS/OMS [Internet]. Quito-Ecuador: MSP; 2018 p. 66. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/10/INFORME-STEPS.pdf>
14. Garcés LM. PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA. :245.
15. Ofman SD. Autocuidado en pacientes hipertensos esenciales en tratamiento. 2013;(108):16.
16. Planifica Ecuador 2019. Informe de avance del Cumplimiento de la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible 2019. Quito-Ecuador; 2019 jul p. 245.
17. v16n17\_a04.pdf [Internet]. [citado 21 de noviembre de 2021]. Disponible en: [http://www.scielo.org.bo/pdf/rcti/v16n17/v16n17\\_a04.pdf](http://www.scielo.org.bo/pdf/rcti/v16n17/v16n17_a04.pdf)
18. Rocha Velázquez ME, Ruiz Palo alto Ma L, Padilla Raygoza N. Correlación entre factores socioculturales y capacidades de autocuidado en adulto maduro hipertenso en un área

- rural de México. Acta Univ [Internet]. 20 de septiembre de 2017 [citado 19 de noviembre de 2021];27(4):52-8. Disponible en: <http://148.214.150.50/index.php/acta/article/view/1086>
19. Vista de Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores [Internet]. [citado 25 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35846/36656>
  20. Nini J. García-Castañeda, , Doris Cardona-Arango, Ángela M. Segura-Cardona, María O. Garzón-Duque. Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión. 2016;23 .numero 6:528-34. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-cardiologia-203-articulo-factores-asociados-hipertension-arterial-el-S012056331600070X>
  21. Ortiz-Benavides RE, Torres-Valdez M, Sigüencia-Cruz W, Añez-Ramos R, Salazar-Vílchez J, Rojas-Quintero J, et al. Factores de riesgo para hipertensión arterial en población adulta de una región urbana de Ecuador. Revista Peruana Medical Exp Salud Pública [Internet]. 3 de junio de 2016 [citado 18 de noviembre de 2021];33(2):248. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2214>
  22. 1263-Tesis Reyes y Segura. pdf [Internet]. [citado 15 de diciembre de 2021]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/36246/1/1263-TESIS-REYES%20Y%20SEGURA.pdf>
  23. Contreras Miranda María de Jesús, Jordán Jinéz María Lourdes. Factores Condicionantes Básicos en la Capacidad de Autocuidado del Paciente con Hipertensión Arterial. 2011 [Internet]. 9(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-020.pdf>
  24. Práctica de autocuidado de la hipertensión y factores asociados en pacientes en instalaciones de salud pública de la ciudad de Dessie, Etiopía [Internet]. [citado 18 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6341627/>
  25. Ministerio de Salud Publica del Ecuador. Hipertensión arterial. 2019.
  26. LA Cruz Maria, Kluttig Alexander, Hartwin Saskia, Loer Markus, Tiller Daniel, Greiser Karin H, Werdan Karl,Haerting Johannes. Prevalence and Incidence of Hypertension in the General Adult Population. 2015;94(22).
  27. id218018.pdf [Internet]. [citado 15 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/11/733154/id218018.pdf>
  28. Ocharan-Corcuera Julen, Espinosa-Furlong Maria del Carmen,. Hipertensión arterial. Definición, clínica y seguimiento. Gaceta Medica de Bilbao. 2016;113(4):162-70.
  29. Berenguer Guarnaluses Lazaro Jorge. Algunas consideraciones sobre la hipertensión arterial. 2016;20(11).
  30. Williams Bryan et al. Guía ESC/ESH 2018 sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arteria. Revista Española Cardiología. 2019;72(2):78.
  31. Guato Torres Patricia, Mendoza Parra Sara. Autocuidado del cuidador informal de personas mayores en algunos países de Latinoamérica: Revisión descriptiva. 2022;11(2):18.



32. Araújo de Carvalho Eloísa, Tarcísio Tércio das Neves Júnior, Alves Nogueira Issadora Lorena, Jordão de Assis Silva Carlos, Rêgo de Queiroz Ana Angelíca, Paiva de Menezes Rejane Maria. Autocuidado de usuarios con enfermedades crónicas en la atención primaria a la luz de la teoría de Orem. 2022 [Internet]. (68):15. Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/508511/328341>
33. Marcos Espina Miriam Paula, Tizón Bousa Eva. Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. 2013;24(4):168-77. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v24n4/05\\_notas.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v24n4/05_notas.pdf)
34. GME09317.pdf [Internet]. [citado 15 de diciembre de 2021]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v19n3/GME09317.pdf>
35. Raile Alligood Martha, Marriner Tomey Ann. Modelos y teorías de enfermería. septima. España: elsevier; 2011.
36. Bastidas Sanchez Clara Victoria. Asociación entre la capacidad de la agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad coronaria. 2007. 25(2).
37. Achury Beltran Luisa Fernanda, Achury Saldaña Diana Marcela, Rodriguez Colmenares Sandra Monica, Sepúlvera Gloria, Padilla Velasco Martha Patricia, Leuro Amaña Jenny Marcela, Martinez Maria Angelica, Soto Rodriguez Jenny Astrid, Almonacid Lever Yarissell, Sosa Angelica María, Camargo Becerra Liliana Enith. Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. 2012;14(2):61-83.
38. Ruiz Valencia Luis Felipe, Gordillo Sierra Alisson Michelle, Galvis Lopez Clara Rocio. Factores condicionantes básicos en cuidadores informales de pacientes crónicos en el domicilio. 2019. 10(3).
39. Fernandez Alba Rosa, Manrique Abril Fred Gustavo. Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. 2011 [Internet]. 29(1). Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002011000100004](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002011000100004)
40. Arias Anita Velamdia, Rivera Álvarez Luz Nelly. Confiabilidad de la escala «Apreciación de la agencia de autocuidado» (ASA), segunda versión en español, adaptada para población colombiana [Internet]. 2008. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12953/13671>
41. Achury DM, Sepúlveda G, Rodríguez SM. Validez de apariencia y de contenido de un instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial. Investiga en Enfermería Imagen Desarrollo [Internet]. enero de 2008 [citado 16 de marzo de 2023];93+. Disponible en: <https://link.gale.com/apps/doc/A253059268/IFME?u=anon~3d2752c2&sid=bookmark-IFME&xid=5f2740fe>
42. Abril Fred Manrique, Fernandez Alba, Velandia Anita. Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado (ASA) en Colombia. septiembre-diciembre 2009. 9(3).
43. Achury Diana Marcela, Sepúlvera Gloria Judith, Rodriguez Sandra Monica ,. Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión

- arterial. julio-diciembre, 2009, [Internet]. 11(2):9-25. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145220480002.pdf>
44. Guerrero Martín Roberto Carlos. Intervención Educativa sobre Hipertensión Arterial en Adolescentes y Adultos Jóvenes, Corralito, enero-diciembre, 2020. [Internet]. [Holguín]: Universidad de Ciencias Médicas de Holguín "MARIANA GRAJALES COELLO"; 2020. Disponible en: [file:///C:/Users/LENOVO/Downloads/Tesis\\_Roberto\\_Carlos.pdf](file:///C:/Users/LENOVO/Downloads/Tesis_Roberto_Carlos.pdf)
  45. Alfonso Príncipe Jose Claro, Salabert Tortoló Idalmi, Alfonso Salabert Iria, Morales Díaz Mariuska, García Cruz David, Acosta Bouso Anilexys. La hipertensión arterial: un problema de salud internacional. julio -agosto 2017 [Internet]. 39(4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242017000400013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000400013&lng=es)
  46. Asiye Durmaz Akyol; Yurdanur Çetinkaya; Gülcan Bakan; Selda Yaralı; Sittika Akkuş. Self-care agency and factors related to this agency among patients with hypertension. 2007;16(4):Asiye Durmaz Akyol; Yurdanur Çetinkaya; Gülcan Bakan; Selda Yaralı; Sittika Akkuş (2007). Self-care agency and factors related to this agency among patients with hypertension., 16(4), 679-687. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01656.x.
  47. EunJu Leea, Euna Park. Self-care behavior and related factors in older patients with uncontrolled hypertension. 2017. 31 de agosto de 2017;43(6):607-21.
  48. García Castañeda Nini J, Cardona Arango Doris, Segura Cardona Angela, Garzón Duque María,. Factores asociados a la hipertensión arterial en el adulto mayor según la subregión. Diciembre 2016 [Internet]. 23:528-34. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S012056331600070X>
  49. Lee E, Park E. Self-care behavior and related factors in older patients with uncontrolled hypertension. Contemp Nurse. 2 de noviembre de 2017;53(6):607-21.
  50. Ma C. An investigation of factors influencing self-care behaviors in young and middle-aged adults with hypertension based on a health belief model. Heart Lung. marzo de 2018;47(2):136-41.
  51. María C. Rodríguez Pérez, Antonio Cabrera de León, Raquel M. Morales Torres, Santiago Domínguez Coello, José J. Alemán Sánchez, Buenaventura Brito Díaz, Ana González Hernández, Delia Almeida González,. Factores asociados al conocimiento y el control de la hipertensión arterial en Canarias. 2012 [Internet]. 2012;65(3):234-40. Disponible en: (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893211008499>)
  52. Ademe S, Aga F, Gela D. Hypertension self-care practice and associated factors among patients in public health facilities of Dessie town, Ethiopia. BMC Health Serv Res. diciembre de 2019;19(1):51.
  53. Yu-Jie Guo , Xiao-Yun Hu , Hong-Juan Ji , Qiao Zhao , Long-Yuan Wang , Xiao-Yan Zhou , Jue Tang , Lei Yang , Xiang-Chao Sun. The status and predictors of self-care among older adults with hypertension in China using the Chinese version of Self-Care of Hypertension Inventory - A cross-sectional study. 11 Enero 2022 [Internet]. enero de 2022;9(2):1241-61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35014206/>
  54. Doubova, Svetlana V; Martinez-Vega, IP; Aguirre-Hernandez, R; Perez-Cuevas, R. Association of hypertension-related distress with lack of self-care among hypertensive

patients. 2016 [Internet]. 22:51-64. Disponible en: <https://www.webofscience.com/wos/woscc/full-record/WOS:000387997900007>

55. Debon R, Bellei EA, Biduski D, Volpi SS, Alves ALS, Portella MR, et al. Effects of using a mobile health application on the health conditions of patients with arterial hypertension: A pilot trial in the context of Brazil's Family Health Strategy. *Sci Rep.* 7 de abril de 2020;10(1):6009.

## Anexos

### Anexo A. Matriz de operacionalización de variables

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
<b>Características sociodemográficas</b>	Conjunto de Características biológicas, socioeconómicas y culturales presentes en una población sujeta a estudio que pueden ser medibles	Edad	Grupo etario	Adulto joven
				Adulto maduro adulto mayor
		Sexo	Tipo de sexo	Femenino
				Masculino
		Ocupación	Tipo de ocupación	Empleado
				Jubilado

				Agricultor		
				Ama de casa		
				Artesano		
				Desempleado		
		Instrucción	Tipo de instrucción			Ninguna
						Primaria Incompleta
						Primaria Completa
						Secundaria incompleta
						Secundaria Completa
						Superior
		Estado Civil	Condición Legal			Soltero
						Casado
						Unión Libre
						Divorciado
						Viudo
<b>Autocuidado de la hipertensión arterial</b>	Aspectos fundamentales o habilidades que las personas practican para el mantenimiento de la salud o el control de factores de riesgo cuando hay una patología de base mediante acciones de cuidado para mantener la condición de salud, bienestar, estilos de vida y prevenir complicaciones discapacitantes.	Nivel de Conocimientos	Conocimientos sobre la Enfermedad, riesgo y complicaciones	Bueno		
				Regular		
				Malo		
				Fuente de Conocimiento		
		Hábitos Nutricionales	Tipo de dieta			Verduras
						Legumbres
						Granos
						Frutas

				Lácteos bajos o sin grasa
				Dieta asódica
				Dieta hiposódica
				Alcohol
				Cigarrillo
		Hábitos Recreativos	Tipo de Habito	Horas de Sueño
				Actividad Recreativa
		Actividad Física	Tipo de actividad Física	Caminata
				Gimnasio
		adherencia al Tratamiento	Acciones que realiza	Controles de Salud
				Toma de Medicación
				Actividad Recreativa
				Actividad Física
				Dieta
Nivel socioeconómico	Es una medida total económica y sociológica que combina la preparación laboral de una persona, de la posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas, basada en sus ingresos, educación y empleo	Personal	Ficha socioeconómica del INEC	A Alto B Medio Alto C+ Medio Típico Medio Bajo D Bajo

## Anexo B. Formulario de recolección de datos

### Características Sociodemográficas

Número	Pregunta	Opciones para la respuesta					
1	Edad	Adulto joven	Adulto Maduro	Adulto Mayor			
2	Sexo	1. Hombre	2. Mujer				
3	Estado civil	1. Soltero	2. Casado	3. Unión libre	4. Divorciado	5. Viudo	
4	Ocupación	1. Empleado	2. Jubilado	3. Agricultor	4. Ama de casa	5. Artesano	6. Desempleada
5	Instrucción	1. Ninguna	2. Primaria Incompleta	3. Primaria Completa	4. Secundaria Incompleta	5. Secundaria Completa	6. Superior
6	¿Con quién vive?	1. Cónyuge	2. Hijos	3. Otro familiar	4. Solo		
7	¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron hipertensión?	.... años					
9	¿Dónde controla su presión arterial?	1. Centro de Salud	2. Hospital	3. Clínica privada			
10	¿Dónde controla su peso?	1. Centro de Salud	2. Hospital	3. Clínica privada			
11	¿Cuál es su peso?	..... kg					
12	¿Cuál es su talla?	.....cm					

## Anexo C. Formulario de capacidad de agencia de autocuidado en pacientes hipertensos.

Numero	Pregunta	Opciones de respuesta				
		1	2	3	4	5
1	¿Siento que mi estado de ánimo me permite cuidarme?	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
2	¿Cuando duermo de 6-8 horas diarias, me siento descansado?	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
3	¿Olvido tomarme mis medicamentos?	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
4	¿Olvido las citas médicas?	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
5	¿Confío en el personal de Enfermería?	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
6	¿Invierto tiempo en mi propio cuidado?	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
7	Considero que una tensión arterial de 140/90 mmHg es adecuada?	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
8	¿Conozco que la tensión arterial alta y el dolor de cabeza y en el pecho indica que estoy presentando alguna complicación?	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
9	¿Considero importante realizar ejercicios?	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
10	¿Cuándo estoy enfermo busco, ayuda en mis amigos?	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
11	¿Cuándo estoy enfermo busco, ayuda en mi familia?	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre

12	¿Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad?	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
13	¿Considero que conozco cómo actuar y las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial?	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
14	¿Considero que conozco la hora, dosis y cuidados de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial?	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
15	Cuando inicio un nuevo medicamento, solicito al profesional de enfermería me proporcione la información necesaria de la correcta administración.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
16	Cuando inicio un nuevo medicamento, solicito al médico me proporcione información necesaria de la correcta administración.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
17	Cuando siento alguna reacción desfavorable con el medicamento que tomo para controlar la presión arterial, lo suspendo.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre



18	Cuando me siento bien, decido suspender los medicamentos	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
19	Considero que la cantidad máxima de sal que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son 2 cucharaditas de sal.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
20	Complemento mi tratamiento con medicina homeopática.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
21	Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
22	Considero que el médico me escucha y aclara mis inquietudes.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
23	Considero que el profesional de enfermería me escucha y aclara mis inquietudes.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
24	Mi enfermedad ha limitado las actividades en mi vida diaria.	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
25	¿Conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad?	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
26	¿Camino diariamente como mínimo 30 minutos?	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
27	¿Realizo cambios según las necesidades para mantener la salud y manejar	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre

	adecuadamente la enfermedad?					
28	Cuando tengo alguna limitación física, social o emocional para desplazarme a diferentes lugares, ¿solicito ayuda?	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
29	¿Realizo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado?	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
30	¿Me esfuerzo para enfrentar las dificultades que me generan estrés en mi vida diaria?	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
31	¿Evalúo si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar y el de mi familia?	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
32	Cuando siento que le falta sal a las comidas ¿le agrego un poco?	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
33	¿Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasa?	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
34	¿Consumo bebidas alcohólicas?	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
35	¿Consumo cigarrillos?	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
36	¿Tengo dificultades con el tratamiento cuando tomo más de 4 medicamentos diarios?	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
37	Cuando tengo dificultades	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre

	económicas, no puedo adquirir alimentos y medicamentos necesarios.					
38	¿He tenido dificultades con el acceso a las consultas, controles y adquisición a los medicamentos?	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
39	¿Si presento dolor de cabeza, tensión alta o dolor en el pecho acudo inmediatamente al hospital?	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre
40	¿Siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual?	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Casi siempre	5 Siempre

## Anexo D. Ficha socioeconómica según el INEC.

Características de la vivienda	
1. ¿Cuál es el tipo de vivienda?	Puntaje
Suite de lujo.	59
Cuartos en casa de inquilinato.	59
Departamento en casa o edificio.	59
Casa/ Villa.	59
Mediagua	40

Rancho	4
Choza, Covacha y Otros.	0
<b>2. El material predominante de las paredes exteriores de la vivienda es de:</b>	
Hormigón	59
Ladrillo o bloque	55
Adobe / tapia	47
Caña revestida o bareque/ Madera	17
Caña no revestida / Otros materiales	0
<b>3. El material predominante del piso de la vivienda es de:</b>	
Duela, parquet, tablón o piso flotante	48
Cerámica, baldosa, vinil o marmetón	46
Ladrillo o cemento	34
Tabla sin tratar	32
Tierra, Caña/ Otros materiales	0
<b>4. ¿Cuántos cuartos de baño con ducha de uso exclusivo tiene el hogar?</b>	
No tiene cuarto de baño exclusivo con ducha en el hogar.	0
Tiene 1 cuarto de baño exclusivo con ducha.	12
Tiene 2 cuartos de baño exclusivo con ducha.	24
Tiene 3 o más cuartos de baño exclusivo con ducha.	32
<b>5. El tipo de servicio higiénico con que cuenta este hogar es:</b>	
No tiene	0
Letrina	15

Con descarga directa al mar, río, lago, o quebrada.	18
Conectado a pozo ciego.	18
Conectado a pozo séptico.	22
Conectado a red pública de alcantarillado.	38
<b>Acceso a tecnología</b>	
<b>1. ¿Tiene este hogar servicio de internet?</b>	
No	0
Si	45
<b>2. ¿Tiene computadora de escritorio?</b>	
No	0
Si	35
<b>3. Tiene computadora portátil</b>	
No	0
Si	39
<b>4. ¿Cuántos celulares activados tienen en este hogar?</b>	
No tiene celular nadie en el hogar.	0
Tiene 1 celular.	8
Tiene 2 celulares.	22
Tiene 3 celulares.	32
Tiene 4 o más celulares.	42
<b>Posesión de bienes</b>	
<b>1. ¿Tiene este hogar servicio de teléfono convencional?</b>	

No	0
Si	19
<b>2. ¿Tiene cocina con horno?</b>	
No	0
Si	29
<b>3. ¿Tiene refrigeradora?</b>	
No	0
Si	30
<b>4. ¿Tiene lavadora?</b>	
No	0
Si	18
<b>5. ¿Tiene equipo de sonido?</b>	
No	0
Si	18
<b>6. ¿Cuántos Tv a colores tienen en este hogar?</b>	
No tiene TV a color en el hogar.	0
Tiene 1 TV a color.	9
Tiene 2 TV a color.	23
Tiene 3 o más TV a color.	34
<b>7. ¿Cuántos vehículos de uso exclusivo tiene este hogar?</b>	
No tiene vehículo exclusivo para el hogar.	0
Tiene 1 vehículo exclusivo.	6
Tiene 2 vehículos exclusivo.	11

Tiene 3 o más vehículo exclusivo.	15
<b>Hábitos de consumo</b>	
<b>1. ¿Alguien en el hogar compra vestimenta en centros comerciales?</b>	
No	0
Si	6
<b>2. ¿En el hogar alguien ha usado internet en los últimos 6 meses?</b>	
No	0
Si	26
<b>3. ¿En el hogar alguien utiliza correo electrónico que no es del trabajo?</b>	
No	0
Si	27
<b>4. ¿En el hogar alguien está registrado a una red social?</b>	
No	0
Si	28
<b>5. Exceptuando los libros de texto o manuales de estudio y lecturas de trabajo. ¿Alguien del hogar ha leído algún libro completo en los últimos 3 meses?</b>	
No	0
Si	12
<b>Nivel de educación</b>	
<b>1. ¿Cuál es el nivel de instrucción del jefe del hogar?</b>	
Sin estudios.	0

Primaria incompleta.	21
Primaria completa.	39
Secundaria incompleta.	41
Secundaria completa.	65
Hasta 3 años de Educación Superior.	91
4 o más años de Educación Superior (sin postgrado).	127
Post grado.	171
<b>Actividad económica del hogar</b>	
<b>1. ¿Alguien en el hogar está afiliado o cubierto por el seguro del IESS (general, voluntario o campesino) y/o seguro del ISSFA o ISSPOL?</b>	
No	0
Si	39
<b>2. ¿Alguien en el hogar tiene seguro de salud privada con hospitalización seguro de salud privado sin hospitalización, seguro internacional, seguros municipales y de Consejos Provinciales y/o seguro de vida?</b>	
No	0
Si	55
<b>3. ¿Cuál es la ocupación del jefe del hogar?</b>	
Personal directivo de la Administración Pública y de empresas.	76
Profesionales científicos e intelectuales.	69
Técnicos y profesionales de nivel medio.	46
Empleados de oficina.	31
Trabajador de los servicios y comerciantes.	18



Trabajador calificado, agropecuarios y pesqueros.	17
Oficiales, operarios y artesanos.	17
Operadores de instalaciones y máquinas.	17
Trabajadores no calificados.	0
Fuerzas Armadas.	54
Desocupados.	14
Inactivos.	17
TOTAL	

Grupo socioeconómico	
A Alto	De 845,1 A 1000 puntos
B Medio Alto	De 696,1 A 845 puntos
C+ Medio Típico	De 535,1 A 696 puntos
Medio Bajo	De 316,1 A 535 puntos
D Bajo	De 0 A 316 puntos