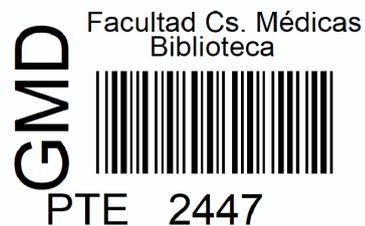


UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ENFERMERIA

Capacidad de agencia de autocuidado y Calidad de vida, según edad y sexo en pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial que asisten a los Consultorios Externos de una Obra Social Sindical de Villa Constitución

Por: Enf. Paola Zulma Raquel Diaz

Director: Lic. Matías Catania Sciardalacqua

Docente Asesor: Lic. Simón Acosta

Consultor: Sr. Omar Medina

Rosario, 29 de noviembre de 2022

Protocolo de investigación para regularizar la actividad académica Taller de Investigación

*Por eso les digo que todo lo que pidan en oración,
crean que lo recibirán, y así será.*

Marcos 11:24 “creeré”

Agradecimientos

Mi infinito y primer agradecimiento es para mí Dios, el cual me dio fortaleza, paz, tranquilidad, entendimiento, en cada momento de tensión, de dudas e inquietud al realizar este proyecto de investigación.

A mi familia, en especial a mi mamá Miriam, a mis hijas Madelaine y Stefani, por su apoyo incondicional, acompañamiento durante todo este proceso de aprendizaje, por respetar mis tiempos de estudio, mis ausencias en ciertas ocasiones, por guardar silencio cuando lo necesitaba, y secando cada lagrima cuando pensé que no llegaba con lo que se me solicitaba, y por brindarme palabras de ánimo y perseverancia.

A mi yerno federico, por su compañía y ayuda incondicional en mis momentos de desesperación, a mi papá y hermanos del grupo de oración Equipo Apostólico, por su apoyo ferviente en oración ante cada pedido mío.

A mi docente asesor Simón Acosta y consultor Omar Medina por su apoyo en cada asesoría, por brindarme acompañamiento y enseñanza en todo momento.

A mi director Matías Catania, por su confianza, y brindarme palabras de aliento en cada instancia del trabajo.

¡¡¡A todos les digo Muchas Gracias!!!

Resumen

La capacidad de agencia de autocuidado es la percepción de las personas sobre sus habilidades, actitudes, conductas que ayudan a promover la salud; en los pacientes hipertensos, estas acciones de autocuidado ayudan a mejorar y mantener la calidad de vida de las mismas, aportando satisfacción, bienestar en las áreas de salud física, psicológica, relaciones sociales, relaciones con el medio ambiente e independencia.

El objetivo general es describir la relación que existe entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida, según edad y sexo de los pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial que asisten a los consultorios externos de cardiología de una Obra Social Sindical de la localidad de Villa Constitución en los meses de enero y febrero de 2023.

El abordaje metodológico será cuantitativo, mediante un tipo de estudio no experimental, descriptivo, de corte transversal y prospectivo. La población estará conformada por 80 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial seleccionados mediante un muestreo No probabilístico accidental por cuotas. Se utilizará para la recolección de datos, la técnica de encuesta y como instrumentos el cuestionario de Capacidad de Agencia de Autocuidado en Pacientes con Hipertensión Arterial y el MINICHAL para Calidad de vida. Para el plan de análisis, el proceso de tabulación de los datos se codificará en computadora mediante la utilización de un software estadístico EPI INFO, se aplicará estadísticas descriptivas, mediante un análisis univariado y bivariado, donde los datos se representarán mediante gráficos circular; barras adosadas y tabla de doble entrada.

Palabras claves: Capacidad de agencia de autocuidado - Calidad de vida - Pacientes con hipertensión arterial.

Índice General

Resumen	3
Índice General	4
Introducción	5
Propósito de la investigación:.....	12
Formulación del problema.....	12
Hipótesis.....	12
Objetivo general	12
Objetivos específicos.....	12
Marco teórico	14
Material y métodos.....	30
Tipo de estudio a realizar	30
Sitio y contexto de la investigación.....	30
Población y muestra	31
Técnica e instrumento de recolección de datos	32
Operacionalización de variables:.....	33
Prueba Piloto	35
Principios Bioéticos.....	36
Personal a cargo de la recolección de datos	36
Plan de análisis	36
Cronograma de actividades	40
Bibliografía.....	41
Anexos.....	44
I. Guía de convalidación de sitio	45
II. Instrumento de la recolección de datos	47
III. Resultado del estudio exploratorio	52
IV. Resultado de la prueba piloto del instrumento	53

Introducción

La calidad de vida, es temática histórica y trascendente en las personas de hoy, se define como el bienestar, la felicidad, la satisfacción y la capacidad de un individuo para actuar y ser activo en su vida; su percepción es muy subjetiva, está influenciada por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo. En las personas mayores, es de especial importancia ya que pierden ciertas capacidades físicas; la mayoría padecen enfermedades crónicas no transmisibles que son la principal causa de morbilidad y mortalidad entre los ancianos en los países desarrollados y en desarrollo. La hipertensión arterial (HTA) es la causa más común, donde un inadecuado control de la presión arterial, la dieta con alta ingesta de sal, ricas en grasa, un estilo de vida sedentaria, la obesidad, el consumo de alcohol y el hábito de fumar, repercuten directamente en la condición de vida del adulto mayor, así como el deterioro físico y la aparición de nuevas enfermedades que influyen en la percepción del individuo, afectándolos emocionalmente, perjudicando así su calidad de vida. La necesidad de mejorar la prevención y el control de la hipertensión arterial, es un hecho que debe ser prioritario en el sistema de salud, ejecutando estrategias nuevas y efectivas con medidas de promoción y educación para reducir su incidencia en la población. Esto promoverá un envejecimiento saludable y mejorará la calidad de vida. (Díaz & Viton Castillo, 2020)

La HTA afecta tanto a hombres como mujeres, 1 de 4 adultos es hipertenso y no lo sabe, en Argentina el 36% de la población adulta presenta niveles altos de presión arterial, el 38,8% desconoce su condición y de los que la conocen, solo una minoría está bien controlada. A su vez, posee una característica especial, es mayor conforme aumenta la edad, ante ello existe una estimación en cuanto a las edades y el riesgo en porcentajes, estableciendo que el 12,2 % afecta a menores de 35 años y aumenta al 77,4% en mayores de 65 años. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se estima que en la actualidad la HTA afecta entre el 25 y el 30% de la población mundial, y que en América Latina y el Caribe entre el 20% y 40% de los adultos. (Sociedad Argentina de Hipertension Arterial, 2017)

Además, la HTA es un importante problema de salud pública a nivel mundial y un importante factor de riesgo cardiovascular, que se asocia a tener una alta probabilidad de complicaciones. La prevalencia actual de HTA en Argentina es del 36,3%, siendo los hombres (43,67%) significativamente mayor que las mujeres (30,39%). El 38,8% de los hipertensos (casi 4 de cada 10) no conocían su enfermedad, significativamente más en los hombres (47,1%) que en las mujeres (29,3%), y mayoritariamente entre los jóvenes. El 55,5% de los hipertensos reciben tratamiento farmacológicamente. El 24,2% del total de los pacientes hipertensos (conocidos y desconocidos) tienen la presión arterial bajo control, mayormente más las mujeres (33,0%) que en

los hombres (16,6%). El 50,4% de los hipertensos cumplen con su tratamiento y la buena adherencia se asoció con un mayor grado de control. Sin embargo, a medida que aumenta el riesgo de un paciente con el tiempo, aumenta el beneficio de un control adecuado de la presión arterial y otros factores de riesgos. Para hacer frente a la grave epidemiología de la HTA y sus complicaciones se debe actuar regularmente como equipo de atención en salud, utilizando las herramientas diagnósticas y terapéuticas disponible para esta epidemia y demostrar resultados distintos y que la mayoría de los pacientes hipertensos estén adecuadamente controlados y poder proporcionarles un mejor pronóstico en la actualidad. (Delucchi & Obregon , 2017)

Según la OPS, la HTA con una prevalencia de 12,6% en mayores de 15 años, se ha convertido en el mayor factor de riesgo de enfermedad cardiovascular y la segunda causa de muerte tanto en hombres como en mujeres mayores de 45 años, estos datos son alarmantes en cuanto a los años de vida saludable perdidos, el número de años productivos, discapacidad física, los costos para las personas y las instituciones de atención médica; por lo cual se hace necesario, la prevención, detección temprana y el tratamiento rápido y adecuado, necesarios para reducir las complicaciones de las enfermedades cardiovasculares. Es fundamental promover actividades de autocuidados, para que las personas puedan manejar mejor su enfermedad y realizar acciones de autocuidados. Orem propuso dos conceptos importantes, primero la agencia de autocuidado, que se considera, el poder de un individuo para participar en las actividades valiosas y productivas necesarias para el autocuidado; para el desarrollo de esta agencia, los pacientes deben ser capaces de ejercer el autocuidado; por lo tanto, surgió un segundo concepto, la capacidad de agencia de autocuidado, definida como las habilidades de desarrollo complejas, que permiten a los adultos y jóvenes diferenciar, entre los factores que deben controlarse o abordarse, para regular sus vidas, sus acciones y decidir que puede y debe hacerse con respecto a la regulación, para descubrir los componentes de sus necesidades de autocuidados terapéuticos, y hacer acciones de cuidados a lo largo del tiempo. La capacidad de agencia de autocuidado, que deben llevar a cabo los pacientes hipertensos, son fundamentales para prevenir las complicaciones derivadas por el mal manejo de la enfermedad. Realizar estas acciones permiten mantener y cuidar la salud mejorando la calidad de vida. (Achury Beltran, y otros, 2012)

En Brasil se realizó una investigación con el objetivo de analizar la relación entre la alfabetización en salud y la calidad de vida en adultos diagnosticado con hipertensión arterial, atendidos por la estrategia salud de la familia en el municipio de Picos, estado de Piauí. Se estableció un estudio analítico, transversal, en el periodo de enero a junio de 2019. La población en estudio quedo conformada por 251 adultos que se obtuvo mediante un muestreo por conveniencia, cuyo criterio de inclusión es que debían estar registrado en la unidad seleccionada,

con diagnóstico de hipertensión arterial entre 18 y 59 años y estar en condiciones de responder los instrumentos. Para la recolección de datos se utilizaron tres instrumentos, un cuestionario de datos sociodemográficos y clínicos, el Test of Functional Literacy in Adults (S-TOFHLA) que permite categorizar la alfabetización en salud, en tres niveles: inadecuada, marginal y adecuada compuesto por 36 preguntas con cuatro alternativas de respuesta y el Mini Cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (MINICHAL) que evalúa la calidad de vida en los individuos conformado por 17 preguntas clasificado en dos dimensiones estado mental y manifestaciones somáticas evaluadas a través de una escala Likert.

Los resultados muestran que predominó el sexo femenino en un 73,7%, con edad entre 40 y 60 años en un 87,3%, con nivel de educación de primaria incompleta en un 38,9%, solo 4 individuos refirieron no haber asistido a la escuela, en relación al estado civil un 66,1% refiere estar en unión libre, los que poseen ingreso mensual de 1 a 2 salarios mínimos en un 30,3%. En cuanto a la clasificación clínica, los que presentaban sobrepeso fue del 40,4%, con perímetro de cintura alterado del 60% y sedentarismo con un 68,9%. Con respecto al nivel de alfabetización en salud el 82,1% de los participantes resultó ser inadecuado o marginal y solo el 17,9% se clasificó como adecuado. Referido al análisis de correlación entre la lectoescritura y las dimensiones de la calidad de vida dio como resultado entre el estado mental y la percepción del paciente una correlación positiva débil, entre la aritmética y la lectura correlación positiva moderada y entre el estado mental y manifestaciones somáticas correlación positiva moderada.

En conclusión, el estudio reveló que el análisis de la relación entre las variables alfabetización en salud y calidad de vida de los pacientes hipertensos no se encontró significación estadística. Estos hallazgos pueden permitir aumentar el desarrollo de políticas públicas dirigidas a proporcionar que los pacientes hipertensos mantengan su salud y a la vez que los profesionales de la salud puedan visualizar situaciones en las que los individuos están insertos y los puntos precisos de intervención para realizar un abordaje holístico e integral. (Moura Borges, y otros, 2022)

Una investigación realizada en Tamaulipas México, planteó como objetivo identificar la relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en adultos mayores con Hipertensión Arterial, mediante un estudio descriptivo, correlacional y de corte transversal. A través de un muestreo por conveniencia la población se conformó por 130 adultos mayores de 60 años que vivían en su contexto familiar y con diagnóstico de hipertensión arterial, pertenecientes al centro comunitario Las Culturas de la jurisdicción sanitaria III en Matamoros. La recolección de datos para medir el funcionamiento familiar se realizó mediante la entrevista donde se aplicó como instrumento el Test de APGAR familiar el cual valora 5 áreas referidas a la adaptabilidad,

cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutoria evaluadas a través de una escala Likert; y el cuestionario Whoqolbref de la Organización Mundial de la Salud para medir la calidad de vida, compuesto por 26 ítems, evaluando con una escala de 1 al 5 la percepción general del individuo sobre la calidad de vida, su satisfacción de salud y dimensiones específicas que explora las áreas física, psicológica, social y ambiental. Los resultados muestran que de los 130 adultos con hipertensión arterial el 76,2% pertenece al género femenino, el 58,5% vive con su pareja marital, el 20% indicó que pertenece a grupos sociales y el 86,2% practican una religión. En relación a la calidad de vida la dimensión más afectada fue la ambiental; con respecto al funcionamiento familiar demuestra que el 85,4% presenta una funcionalidad familiar normal, el 8,5% funcionalidad familiar moderada y el 6,2% funcionalidad familiar grave. En cuanto a la salud el 33,8% reflejó alta satisfacción, el 51,5% media y el 14,6% baja. Se determinó que a mayor funcionalidad familiar mayor es la calidad de vida global, psicológica, social y ambiental. La calidad de vida fue diferente de acuerdo al género, escolaridad, estado civil, el pertenecer a un club social y practicar una religión (Duran Badillo , y otros, 2022)

A su vez, un estudio realizado en Ecuador, tuvo como objetivo describir las características sociodemográficas y clínica de los pacientes adultos y adultos mayores hipertensos atendidos en el Distrito de Salud Chambo-Riobamba en el periodo de noviembre 2017-marzo 2018. Mediante un estudio descriptivo, transversal con enfoque mixto, a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia, la población en estudio quedó conformada por 287 individuos con diagnóstico de hipertensión arterial con edades igual o superior a 20 años; para la recolección de datos se utilizó la encuesta y como instrumento un cuestionario cerrado denominado Escala de calidad de vida y Satisfacción en pacientes (ECVS-P) conformado por 16 preguntas con respuesta politómica que permitió describir las características sociodemográficas y clínica de los pacientes, explorando sobre aspectos físicos, clínicos, funcionales, psicológicos, económicos, laborales, sociales y familiares. Respecto a la satisfacción del paciente indaga sobre los recursos materiales para su asistencia, el cuidado de su salud y el trato que recibe por parte del equipo sanitario. Los resultados obtenidos evidencian que predominó en el grupo etario comprendido entre 65 y 79 años con un 42,56%, el género femenino en un 69,15%, la religión católica con un 82,46%, la etnia mestiza el 76,06%, estado civil casado con un 48,40%, referente a la convivencia con su esposo/a el 42,02%, nivel de estudio básico 47,35%, y como profesión ama de casa en un 43,62%.

Con respecto a las características clínica asociada a la hipertensión arterial se observó la no existencia de consecuencias derivadas de dicha entidad, pero es importante mostrar que solo en un menor porcentaje los pacientes refieren complicaciones, las mismas se asocian con problemas de visión, cefaleas; y constituye la primera causa de invalidez parcial o total. En la dimensión

calidad de vida, prevalecieron aquellas que causan cambios en la vida del adulto mayor hipertenso con el 83,51%, las que provocan limitación para realizar ejercicios en un 73,93%, las que causan limitación para la realización de actividad física en un 71,28%, las que originan problemas económicos con el 60,11% y las que generan limitaciones para trabajar en un 66,49%. Referido a la satisfacción del paciente con la atención de salud el 53,19% respondió de forma afirmativa, mientras que el 54,79% se siente conforme con el trato que le brinda el personal de salud. La valoración de satisfacción referida a su propia vida en los adultos mayores fue del 80,3%. (Gafas Gonzales, y otros, 2019)

Por otra parte, un estudio se centró en identificar los factores condicionantes básicos que se asocian al autocuidado de pacientes internado con hipertensión arterial en el Hospital Santa Barbara de la ciudad de Sucre, Bolivia. La investigación se realizó mediante un estudio descriptivo, transversal, su población estuvo constituida por los pacientes internados perteneciente a las salas de internación de los servicios de geriatría y medicina interna, cuya muestra quedo conformada por 51 pacientes adultos con hipertensión arterial, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario estructurado en dos partes; en la primera parte se examinaron datos sociodemográficos, modificándose a los factores condicionantes básicos, y en la segunda parte se utilizó la escala de Evaluación de la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial desarrollada por Achuri y colaboradores, basado en el modelo teórico de Dorothea Orem. Como resultado de este estudio se obtuvo que el promedio de edad fue de 62,7 años, con una edad mínima de 34 años y una máxima de 81 años, perteneciendo en su mayoría al adulto mayor; con respecto al sexo, los participantes en su mayoría fueron de sexo masculino con un 56%, en el estado de salud con el 43,1% padecen enfermedades cardíacas como base, un 45,1% de todos ellos presentan presión arterial grado I en un 48,8%. Sobre los factores de orientación sociocultural con un 56,8% pertenecen al área rural, su nivel de escolaridad es de nivel primario en un 54,8%; respecto de los factores de sistema de salud el tratamiento es farmacológico en un 61,0%; sobre los factores familiares el estado civil casado prevaleció con un 43,1%.

Se evidencia una sólida asociación entre los factores condicionantes básicos y la capacidad de autocuidado, por la cual, al aumentar la edad la capacidad de autocuidado disminuye, ya que el envejecimiento es un importante factor que condiciona las capacidades físicas, intelectuales y emocionales. Los factores condicionantes básicos como estado de salud, escolaridad incompleta, el consumo de alimentos ricos en nutrientes e ingesta de sal y el sexo masculino correspondió con una baja capacidad de autocuidado. Respecto a la educación que brinda enfermería evidenció que

nunca o casi nunca se proporciona información sobre la enfermedad y efectos secundarios del tratamiento farmacológico. (Flores & Guzman, 2018)

Otro estudio realizado en Manabí (Ecuador), tuvo como objetivo determinar la relación entre el conocimiento y la práctica en el autocuidado de los pacientes hipertensos durante el segundo semestre del 2018. Se estableció un tipo de investigación transversal de correlación, la población en estudio fue de 138 pacientes hipertensos y se implementó un programa de capacitación en conocimientos y prácticas en el autocuidado de pacientes hipertensos, con el propósito de generar una cultura asociada al autocuidado y prevención de enfermedades. El programa se realizó en sesiones basadas en conocimiento sobre las teorías del autocuidado, manejo de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA), riesgos de la hipertensión arterial, factores de prevención como alimentación, deportes, vida saludable, asistencia a control médico y valoración de la escala ASA. Se obtuvo como resultado que existe relación entre el conocimiento y prácticas en el autocuidado en pacientes hipertensos, que permite concluir que el paciente se encuentra en un estado consciente de responsabilizarse de su autocuidado en base a la hipertensión arterial y adoptar conductas personales que tengan consecuencias no solo en beneficio propio sino también en beneficio de la familia y la sociedad ecuatoriana, dada su capacidad para mejorar las expectativas y la calidad de vida. (Oñate Martínez & Cruz Medina, 2019)

En el Hospital de Alta Complejidad el Cruce, se realizó una investigación con el objetivo de indagar las actividades de autocuidados que implementan los pacientes con hipertensión arterial referente a su enfermedad, en el periodo de los meses de febrero a junio de 2018 internados en el servicio de unidad de cuidados intermedios, mediante un estudio descriptivo, exploratorio de corte transversal. A través de un muestreo por conveniencia, la población en estudio quedó conformada por 37 pacientes con hipertensión arterial, mayores de 50 años internados por otras patologías de origen. Para la recolección de datos se utilizó un cuestionario semiestructurado, con preguntas de múltiples opciones y preguntas abiertas que se entregaron a los pacientes y una encuesta al personal de enfermería a los fines de indagar las estrategias que implementan para promover el autocuidado.

El resultado de esta investigación demostró que al relacionar las variables control de presión arterial, fue hallado que del total de los pacientes que refirieron que nunca se controlaban la presión arterial el 80% contaban con primario completo, el 10% con secundario incompleto y el restante 10% con el secundario completo; y del total de pacientes que a veces se controla la presión arterial el 40% contaba con secundario incompleto y el 60% restante con secundario completo, mientras que los que casi siempre se controlaban la presión arterial el 43,4% contaba con secundario incompleto y el 56,6% con secundario completo, evidenciando que a mayor nivel de instrucción se incrementa el autocuidado en el aspecto de control de presión arterial. Al

relacionar el nivel de instrucción con el cumplimiento de la dieta se ha encontrado que los que casi siempre tenían dificultad para cumplir con la misma el 80% tenía primario completo y el 20% restante con secundario completo, los que a veces tenían dificultad el 61,9% contaban con secundario incompletos y el 38,1% secundario completo, en tanto del total de los que nunca tenían dificultad para cumplir con la dieta el 100% contaba con secundario completo. Al definir la relación que existe entre el cumplimiento de la dieta y el nivel de ocupación del total de los que refirieron que casi siempre tenían dificultad para cumplirla el 50% era jubilado.

En conclusión, como fuente integrada de aspectos emocionales, intelectuales y sociales, los seres humanos implementan estrategias para mantener su estructura y función, cooperando cada vez más para mejorar el nivel y la calidad de vida. Una de esas estrategias es el autocuidado, que puede verse comprometido si una persona está en riesgo de tener presión alta. Las condiciones de enfermedad pueden provocar cambios en el estilo de vida y factores psicosociales como ansiedad, estrés, aislamiento social e influir en sucesos de eventos coronarios o la muerte, por lo que el individuo desarrolla el autocuidado para mantener la salud, conservarla y preservarla. El autocuidado individual es visto como una responsabilidad y un derecho hacia sí mismo y la sociedad, así como una estrategia prioritaria para alcanzar el objetivo del equipo de salud de sensibilizar a toda la población sobre estrategias de atención de cuidados que tengan en cuenta las circunstancias económicas y sociales de la población. (Gona, Priore, Ramirez, Lujan, & Ojeda, 2018)

Para concluir, en la provincia de Santiago de Cuba se realizó una investigación con el objetivo de caracterizar a los pacientes con hipertensión arterial, mediante un estudio descriptivo y transversal, cuya población estuvo conformada por 210 pacientes con hipertensión arterial seleccionados por un muestreo aleatorio simple de 30 consultorios del municipio de Santiago de Cuba. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, ocupación, color de piel, tiempo de evolución de la enfermedad, antecedentes médicos personales, valoración nutricional, así como seguimiento y tratamiento. Para la recolección de datos se utilizó la entrevista donde se obtuvieron datos primarios e historia de salud personal y para la evaluación del control de la presión arterial en la población se aplicó una encuesta como instrumento. Se obtuvo como resultado que predomina el sexo femenino en un 64,8%, los grupos etarios de 65-79 años con el 38,1% y de 50-64 años en un 31,9%, la edad media fue de 61,1 años. Sobre los antecedentes personales la diabetes fue representada con un 30% seguida por el tabaquismo en un 20,9%, así como sobrepeso y obesidad con el 44,3% según evaluación nutricional, el 57,1 % tenía la enfermedad desde hacía 10 años, el 85,7 % estaba destinado a terapia no farmacológica, el 79,5 % no hacía ejercicio y el 50,5 % se clasificó como controlado. Se concluye que la falta de control de la presión arterial en las

poblaciones hipertensas de la Región las predispone a complicaciones cardiovasculares, con consecuencias para el individuo, la familia y la sociedad (Soler Santana, Brossard Cisneros, & Vaillant Rodriguez, 2020).

Propósito de la investigación:

Esta investigación se realiza con el propósito de dar a conocer los resultados obtenidos a las autoridades para que tengan conocimientos acerca de cómo influye en la calidad de vida de las personas con diagnósticos de hipertensión arterial la capacidad de agencia de autocuidados, con el fin de proponer estrategias para implementar programas educativos para la salud proporcionando información y herramientas que les permita tomar decisiones independientes para mejorar la calidad de vida, y a la misma vez, hacer partícipe al entorno familiar para fortalecer el autocuidado diario en cada uno de las personas con HTA.

La educación al sujeto con hipertensión arterial es un componente fundamental para el autocuidado ya que le permite comprender mejor la enfermedad y sus consecuencias, contribuyendo a una adecuada adherencia al tratamiento y, por consiguiente, una mejor calidad de vida.

Formulación del problema

¿Qué relación existe entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida, según edad y sexo de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que asisten a los Consultorios Externos de Cardiología de una Obra Social Sindical, de la localidad de Villa Constitución en los meses de enero y febrero de 2023?

Hipótesis

Los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial de sexo femenino, mayores a 50 años, tendrán una mayor capacidad de agencia de autocuidado y mejor será su calidad de vida.

A mayor capacidad de agencia de autocuidado mejor será la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.

Objetivo general

Describir la relación que existe entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida, según edad y sexo de pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial que asisten a los consultorios externos de cardiología de una Obra Social Sindical de la localidad de Villa Constitución en los meses de enero y febrero de 2023.

Objetivos específicos

- Determinar la edad y el sexo de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.

- Determinar cuál es la capacidad fundamental y disposición del autocuidado en los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial según el sexo y la edad.
- Describir el componente de poder en relación a la capacidad de agencia de autocuidado según sexo y edad de los pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial.
- Determinar la capacidad de operacionalizar el autocuidado según sexo y edad de los pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial.
- Identificar el estado de ánimo y las manifestaciones somáticas en relación a la calidad de vida según sexo y edad de los pacientes con hipertensión arterial.
- Describir la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.

Marco Teórico

El concepto de calidad de vida comenzó a remontarse en los EEUU después de la segunda guerra mundial, como un intento de los investigadores de esa época de conocer la percepción de las personas si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras. Fue ampliamente utilizado en la década del 60 cuando los científicos sociales comenzaron a estudiar la calidad de vida, mediante la recolección de información y datos objetivos como el estatus socioeconómico, el nivel de educación, o el tipo de vivienda, que a menudo eran indicadores insuficientes. (Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012)

Mas adelante, en los últimos años del siglo XX, se incrementó notablemente la importancia por el estudio de la calidad de vida, se ha considerado que después de satisfacer las necesidades básicas de la población al menos en países desarrollados o primer mundo, y al menos en grandes segmentos de ciudadanos de estos países, ha llegado el momento de intentar mejorar la calidad de vida. En contraposición, en que los países en desarrollo son muy diferentes la situación, y la mayoría de las personas no han podido satisfacer sus necesidades básicas. Por lo tanto, el concepto de calidad de vida se debe considerar en el seno de una perspectiva cultural, ya que es un concepto que cambia con las culturas, las épocas y los grupos sociales. (Ardila, 2003)

Asimismo, el concepto de Calidad de Vida se utiliza por primera vez a fines de los años 60, en la investigación científica de la asistencia social benéfica con los trabajos del grupo Wolganf Zapf, allí se definió el concepto como la correlación de un determinado nivel de vida objetivo en una población determinada con valoración subjetiva (satisfacción, bienestar). Luego en las próximas décadas el término calidad de vida se utilizó igualmente para nombrar aspectos distintos de la vida como el estado de salud, función física, bienestar físico (síntomas), satisfacción con la vida, felicidad, adaptación psicosocial y bienestar general.

Para la medicina en un contexto filosófico del concepto de calidad de vida, existen al menos dos grandes contradicciones: el deslizamiento de la medicina a la biología y la contradicción dialéctica entre la medicina biológica actual y su teoría individualista de la persona de mercado, consumidores (ajena a la medicina), y la otra, es el contraste entre la cantidad y calidad, el hecho de que la calidad se oponga entre sí, hay referencias y diferentes grados de dificultad de ordenación y algunas cualidades que no se dejan agregar.

En general, la calidad de vida se refiere a un conjunto de circunstancias que ayudan a que la vida sea placentera y valiosa, así como también tener un nivel de felicidad o satisfacción de la cual disfruta una persona especialmente en relación con la salud y sus áreas.

Por eso, también de reciente construcción, la calidad de vida se comprende al del bienestar subjetivo, incluidas las valoraciones cognitivas y ánimo positivo y negativo. (Fernandez Lopez, Fernández-Fidalgo, & Cieza, 2010, págs. 169-170)

La percepción de situaciones y condiciones que un individuo tiene que experimentar en su ambiente depende de su interpretación del entorno, valores y metas. Varios antecedentes señalan la calidad de vida desde diferentes definiciones multidimensionales. Levi y Anderson, en 1980, afirmaron que es una medida compuesta de bienestar y felicidad física, mental y social, satisfacción y recompensa percibida por cada individuo o grupo. En ese mismo año Szalai señaló al respecto, que es una evaluación subjetiva de las buenas o satisfactorias cualidades de la vida en general. En el año 1990 Celia y Tulska la definieron como la apreciación y satisfacción que el individuo hace de su vida con su nivel actual de funcionamiento en comparación con lo que creen posible y real. En 1992 Quinteros lo llamó un indicador multidimensional del bienestar material y espiritual dentro de un marco social y cultural dado. Asimismo, en 1995 Felce y Perry, la definieron como la calidad de circunstancias de la vida, como la satisfacción que uno siente. Se considera estas condiciones de vida como una combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, la calidad de las condiciones de una persona y la satisfacción que experimenta, una combinación de condiciones de vida y satisfacción personal, que consiste en valores personales, deseos y expectativas. La calidad de vida es una combinación de elementos objetivos y subjetivos, referido a los elementos objetivos (bienestar material, una considerada salud objetiva, relaciones armoniosas con el medio ambiente y la sociedad) subjetivos (expresión emocional, productividad personal, intimidad, seguridad y salud percibida). De manera similar, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como la percepción que cada persona tiene de su lugar, metas, expectativas, estándares y preocupaciones en sus vidas en relación con la cultura y el sistema de valores en el que vive. Este es un concepto amplio que incluye elementos, como la salud física, estado mental, grado de independencia, relaciones sociales humanas y sus relaciones con el medio ambiente que le rodea. (Nava Galán, 2012)

Otra definición de calidad de vida se refiere a la manera en que la persona percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural, y en el sistema de valores en el que vive, asimismo también en relación con sus objetivos, criterios, expectativas de vida y preocupaciones, equilibrado por su estado de salud, física y psicológica, la forma en que vive, su nivel de independencia, las relaciones sociales, factores ambientales, normas, valores, costumbres y creencias. (Organización Mundial de la Salud, 1996)

La Calidad de Vida relacionada a la salud es un aspecto de la calidad de vida, referida a la salud física de los individuos para aclarar los resultados específicos de la evaluación clínica y la

toma de decisiones de tratamientos. El uso básico de este concepto comenzó en los EEUU hace unos 30 años, y combinó dos líneas de investigación, una la clínica de la medición de estado funcional y la otra psicológica de la salud mental y del bienestar.

Así pues, la salud en los seres sociales depende esencialmente de un intercambio interpersonal favorable en forma de recompensa material o emocional y de aprobación intelectual. La visión sociológica de la calidad de vida nos recuerda que el individuo no es el único fin de la medicina, sino también la salud de la población. En teoría, sabemos que los sistemas con ciertas características se vuelven visibles solo cuando miramos el sistema completo y no sus elementos individuales. Esto también se aplica a la investigación en salud, donde no entendemos completamente los determinantes de la salud de la población simplemente infiriendo de la información obtenida de individuos, desafiando las perspectivas individuales limitadas que parecen dominar el estudio actual de la calidad de vida. La desigualdad social es un ejemplo de este argumento. La pregunta final es si debemos tratar al individuo, al organismo como un todo, como una unidad, y quizás la unidad de la vida humana sea el grupo y no el individuo. (Fernandez Lopez, Fernández-Fidalgo, & Cieza, 2010, págs. 170-184)

Como el concepto de Calidad de Vida es complejo e incluye el bienestar físico, psicológico y social percibido por un individuo, el bienestar, la satisfacción y la recompensa, así pues, se amplía su concepto relacionado con la salud porque es un aspecto importante ya que afecta a otros elementos y valores de la calidad de vida en general. Desde un punto de vista subjetivo, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es la percepción del estado físico, emocional y social de una persona en un momento dado, reflejando la satisfacción con la situación de la persona a su nivel fisiológico (síntomas generales, análisis, disfunción, sueño, respuesta sexual) emocionales (tristeza, incertidumbre, desilusión, miedo) y sociales (ámbito familiar, situación escolar, situación laboral, amistad, relaciones sociales en general, economía, inclusión en la sociedad, actividades de ocio, etc.). (Vinaccia, Quiceno, Gomez, & Montoya , 2007)

Así, se comienza a ver que cuando se trata de salud y enfermedad, la calidad de vida se refiere a la satisfacción de una persona con los aspectos físicos, conectado con la presencia y gravedad de los síntomas de la enfermedad y/o relacionada con el tratamiento, el aspecto emocional que incluye las respuestas emocionales a la enfermedad, la hospitalización y/o manejo de los síntomas, y lo social, que incluye las limitaciones funcionales que interfieren en la adaptación social de la persona enferma. La importancia de la calidad de vida en las personas enfermas, es la consideración del paciente no solo como individuo enfermo sino como persona en interacción. Desde esta posición la calidad de vida significa, tratar de hacer que la enfermedad inevitable, implique el menor cambio posible o deterioro de la autonomía, y que produzcan el

mínimo cambio en su vida normal o cotidiana. (Varela Arebalo, Arrivillaga Quintero, Caceres, Correa Sanchez, & Holguin Palacios, 2005)

También es muy importante tener conocimiento sobre la calidad de atención que se les brinda a los pacientes respecto a su consulta, enfermedad, tratamiento; para este tema Donabedian (1984) define a la calidad como los logros de importantes beneficios de la atención médica, con riesgos menores para el paciente, señala que se interpreta de dos aspectos; una es la técnica referida a la aplicación de la ciencia y la tecnología médica para que rinda un beneficio para la salud en lo máximo, y la otra, es la interpersonal que mide el nivel de apego, valores, normas, aspiraciones y expectativas de cada paciente. (Torres, 2011)

Así en la actualidad la calidad de vida se convirtió en un indicador que reconoce la efectividad de tratamientos e intervenciones en el área de la salud. Es el análisis cuantitativo del impacto de la enfermedad crónica en el funcionamiento físico, social y emocional de las personas, su impacto en los síntomas y el bienestar, cuando estos no pueden ser observados directamente, se pueden confeccionar y usar instrumentos compuesto por preguntas y asumir que el verdadero valor de la calidad de vida se puede evaluar a través de mediciones indirectas. Roca-Cusachs, Ametlla, Fernández, hicieron importantes contribuciones para su medición, confeccionando un instrumento válido, confiable y específico como es el cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL) que cuenta con 55 ítems, y un alfa de Cronbach de 0.89 y 0.96, modificado en base a la reducción de los ítems en España en el 2001 quedando 16, para mejorar su aplicación y viabilidad. Su validez y confiabilidad fue realizada por la población de Brasil con un alfa de Cronbach de 0.88 y llamado MINICHAL que mide las dos dimensiones que integran la Calidad de Vida las cuales son; el Estado de Ánimo (EA) comprendido como una actitud o disposición en la vida emocional. No es una situación emocional transitoria, es un estado, una forma de permanecer, de estar, cuya duración es prolongada y destaca sobre el resto del mundo psíquico y las Manifestaciones Somáticas (MS), las cuales se hacen presente cuando una persona siente ansiedad extrema exagerada a causa de síntomas físicos. La persona tiene pensamientos, sensaciones y comportamientos tan intensos relacionados con los síntomas que siente que no puede hacer algunas de las actividades de su vida diaria. La creación de este instrumento que contiene estas dos dimensiones ya mencionadas, está basada en la teoría de la crisis, de Moos y Shaefer (1984), que propone que las consecuencias de las alteraciones de los patrones establecidos de funcionamiento social y personal, como la enfermedad, se basan en patrones de respuestas preexistentes. Una crisis se genera cuando los acontecimientos no son tan extremos o importante que los patrones de afrontamiento habituales resultan inadecuados y, de esta manera, las personas perciben un exagerado sentimiento de ansiedad, temor y estrés. Las personas no pueden soportar un estado de

crisis por demasiado tiempo, entonces adoptan nuevos modos de respuestas, y entre esos modos existen algunas formas de afrontamientos que pueden conducir a una adaptación sana, pero algunas otras pueden provocar ajustes insanos y un deterioro psicológico. La crisis es un punto de desviación en la calidad de vida de una persona, puede tener como resultado un ajuste saludable ante el suceso o bien una adaptación psicológica insana. (Castro, 2018, págs. 4-6)

Para desarrollar el tema sobre los patrones de afrontamiento que tiene el individuo en una crisis, Moos y Shaefer (1993) nos dan a conocer en el Modelo Transaccional donde hablan que el afrontamiento es un mediador entre el individuo y los resultados de bienestar y salud, parten de un concepto integral del afrontamiento y combinan dos enfoques para desarrollarla.

El primero de ellos, denominado Foco del Afrontamiento, es la orientación de una persona y su actividad en respuesta a un estresor, por ejemplo, una persona enfoca el problema y hace esfuerzos activos para poder resolverlo (focalizado en el problema) o trata de evitar el problema y se focaliza en el manejo de las emociones que le produce (el foco se sitúa en las emociones). Las respuestas desde el foco de afrontamiento se dividen en; aproximativas vs evitativas.

Y el segundo es el Método de afrontamiento, segundo enfoque, que la persona utiliza, es decir, si una respuesta implica esfuerzos principalmente cognitivos o conductuales. Hay formas diferentes en que una persona puede resolver la situación (método cognitivo) o también puede realizar esfuerzos conductuales en busca de ayuda, guía o consejo (método conductual). Las respuestas desde el método de afrontamiento se dividen en: cognitivas vs conductuales. (Calderón Garrido & Ferreira García, 2022)

En el caso de la hipertensión arterial, en aquellos individuos que la padecen, se produce un colapso progresivo, sistémico y negativo debido a complicaciones crónicas en el sistema circulatorio, que impacta sobre la calidad de vida de los pacientes hipertensos, reduciéndose significativamente debido a la complejidad y condición de la enfermedad, por ejemplo los eventos cerebrovasculares reducen la supervivencia debido a la baja adherencia al tratamiento, lo que afecta tanto a la calidad de vida que provoca la propia enfermedad como a la baja sintomatología que proporciona. Por lo tanto, la calidad de vida es la suma de sensaciones subjetiva asociada al bienestar. Hornqvist en 1982 lo relacionó con los aspectos del funcionamiento individual que pueden verse afectados por una enfermedad o tratamiento e incluye las siguientes dimensiones, físicas, psicológicas, social, actividades, material y estructuras. En estas condiciones, el cuidado de enfermería enfrenta enormes desafíos, retos, que visualizan nuevas intervenciones para mejorar la calidad de vida de las personas con este trastorno. Son innumerables los estudios que demuestran la eficacia de las intervenciones de enfermería basadas en educar y enseñar a las personas a través de métodos de trabajo y modelos de cuidados. (Castro, 2018, págs. 6-7)

La Hipertensión Arterial (HTA) sigue siendo la principal causa de muerte en todo el mundo, es un factor de riesgo importante de las enfermedades cardiovasculares (ECV), su prevalencia va en aumento. Sin embargo, el grado de conocimiento y control de la HTA en Argentina, se ha mantenido constante en los últimos 10 años, resultado que se obtiene mediante un estudio llamado RENATA, que se realiza con el fin de mejorar el grado de conocimiento y control de la HTA en Argentina.

La HTA, es una enfermedad de etiología multifactorial que es manejable y reduce la calidad y esperanza de vida. La presión arterial se asocia en forma positiva, lineal y consistentemente con el riesgo cardiovascular (RCV). La presión sanguínea consiste en la medición de; presión arterial sistólica (PAS), esta presión corresponde al valor máximo de la presión arterial cuando el corazón se contrae (sístole). Es la presión de la sangre que expulsa el corazón sobre la pared de los brazos y presión arterial diastólica (PAD), esta presión corresponde el valor mínimo de la presión arterial cuando el corazón está en diástole o entre latidos cardiacos. Esto se refiere a la capacidad que tienen los vasos sanguíneos de distenderse o contraerse en función del volumen y presión que reciben (distensibilidad arterial) es el efecto de presión que ejerce la sangre sobre la pared del vaso. La presión arterial se mide en milímetro de mercurio (mm Hg) y se registra en forma de dos números separado por una barra. Los valores normales de la presión arterial se consideran en; óptimo con presiones sistólicas menor a 120mmhg y diastólica menor a 80mmhg; normales con presiones sistólicas entre 120-129mmhg y/o diastólica entre 80-84mmhg y limítrofes con presiones sistólicas entre 130-139mmhg y/o diastólica entre 85-89mmhg. Pero dado el aumento significativo del riesgo asociado con la PAS >140mmHg, PAD >90mmHg o ambos, estos valores se consideran el umbral para el diagnóstico. Y en función a estos valores se definió tres grados de HTA; hipertensión **grado 1**, presión sistólica 140-159mmhg y/o diastólica 90-99mmhg; hipertensión **grado 2**, presión sistólica 160- 179mmhg y/o diastólica 100-109mmhg; hipertensión **grado 3**, presión sistólica igual o mayor a 180mmhg y/o diastólica igual o mayor a 110mmhg y la hipertensión sistólica aislada, presión sistólica igual o mayor a 140mmhg y diastólica menor a 90mmhg. Sin embargo, el riesgo es constante, aunque menor, a partir de valores más bajos, y el riesgo global es mayor cuando la hipertensión se asocia con otros factores de riesgo cardiovascular.

La HTA se clasifican en primaria y secundaria; la primaria o esencial, una de la causa principal y que es muy importante porque refuerza el posible origen de la HTA son los antecedentes de familiares directos con hipertensión. Y la secundaria, son otros casos que puede ser causada por problemas endocrinos (hipertiroidismo, hipotiroidismo), hiperparatiroidismo, enfermedades renales o de las arterias renales, la edad, síndrome de Cushing, embarazo, coartación

de la aorta, síndrome de apneas del sueño o la HTA asociadas al sistema nervioso central, medicamentos y suplementos, entre otros. (Marin, Bendersky, & Paez, 2018)

Debido a que la HTA, es un trastorno por el cual los vasos sanguíneos tienen constantemente una presión elevada, la sangre se distribuye desde el corazón a todo el cuerpo por medio de los vasos sanguíneos. Con cada latido, el corazón bombea sangre a los vasos, así la presión arterial se genera por la fuerza de la sangre que empuja las paredes de los vasos sanguíneos (arterias) cuando el corazón bombea; cuanto más alta es la presión, más dificultad tiene el corazón para bombear. La HTA es una enfermedad crónica no transmisible que puede incrementar enfermedades cardiovasculares, renales, cerebrales y otras, afecta a más de uno de cada cuatro hombres y una de cada cinco mujeres, o sea a más de 1000 millones de personas. La morbilidad por HTA es extremadamente alta en los países de ingresos bajos y medianos, una de las causas es el aumento de los factores de riesgos en las poblaciones en estos últimos decenios.

Parte de la población hipertensa no experimenta síntomas e ignoran que tienen un problema, los síntomas pueden incluir cefaleas, sangrado nasal, ritmo cardíaco irregular, cambios en la visión y zumbido en los oídos, otros síntomas de gravedad son, fatiga, náuseas, vómitos, confusión, angustia, dolor en el pecho y dolor muscular. Sino tiene tratamiento, la HTA puede provocar dolor de pecho persistente (angina de pecho), ataques cardíacos, arritmia cardíaca e insuficiencia cardíaca, que puede dar lugar a la muerte súbita. También puede provocar accidentes cerebrovasculares al obstruir las arterias que llevan la sangre y el oxígeno al cerebro, y lesiones renales que pueden ocasionar insuficiencia renal. La HTA produce daño al corazón por la causa del endurecimiento de las arterias y la disminución del flujo sanguíneo y el oxígeno hacia el corazón.

Ante la presencia de esta enfermedad es muy importante tener conocimientos de los factores de riesgos que desencadenan la HTA, entre ellos están, los no modificables, constituidos por, antecedentes familiares de HTA, ser mayor de 65 años de edad y la ocurrencia de enfermedades como la diabetes mellitus y nefropatías. Los factores de riesgos modificables son las dietas con excesivo consumo de sal, escaso consumo de frutas y hortalizas, dieta rica en grasas saturadas y grasas (colesterol, triglicéridos), el consumo de alcohol y tabaco, sedentarismo, la falta de ejercicio físico, el estrés y sobrepeso u obesidad, las condiciones de vida, el trabajo de cada individuo influye como factores de riesgo conductuales, si estos factores de riesgo se modifican, es una de las mejores maneras de prevenir y/o controlar la HTA y así evitar complicaciones como las enfermedades asociadas al corazón, el cerebro, los riñones y otros órganos. (Organización Mundial de la Salud, s.f.)

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que la presión arterial alta afecta a mil millones de personas en todo el mundo y puede provocar ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares. Los investigadores atribuyen que la presión arterial alta es la causa por la cual nueve millones de personas mueren cada año. A su vez, el control adecuado de las cifras de la presión arterial mediante medidas de cambios en los hábitos y estilos de vida, y la terapia con medicamentos antihipertensivos, puede reducir el accidente cerebrovascular en hombres y mujeres mayores. (Osorio-Bedoya & Amariles, 2018, págs. 209-210)

En relación a los tratamientos sugeridos para la HTA se encuentra el no farmacológico y el farmacológico. El no farmacológico, que suele ser difícil de implementar, esto se debe a que implican cambios en los hábitos y comportamientos que suelen estar profundamente arraigados en los individuos dentro de una sociedad o comunidad. Aún más difícil es mantener estos hábitos y cambios de comportamientos a lo largo del tiempo. A veces ciertas estructuras comunitarias o sociales son en si las mismas estructuras que resisten el cambio y su persistencia en el tiempo. Dentro de la intervención no farmacológica se tratará principalmente la disminución del consumo del sodio dietario. Además, la dieta DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertensión*) y la dieta mediterránea, tiene o pueden tener un efecto de una ingesta dietaria de determinados iones, optimización del peso, actividad física, el tabaquismo, el consumo de alcohol y bebidas con cafeína.

Históricamente, el primer tratamiento relativamente efectivo para la presión arterial alta fue la llamada dieta del arroz, que se caracterizaba por un contenido muy bajo de sodio, solo 230mg/día (0,5 g de sal/día), se compone principalmente de arroz blanco y frutas. La dieta, aunque controvertida, ganó reputación en ese momento para estabilizar con éxito a algunos pacientes con HTA maligna, insuficiencia renal en etapa terminal e insuficiencia cardíaca grave. Pero una dieta tan estricta es extremadamente difícil de mantener a medio y largo plazo. Por lo tanto, se recomienda una restricción moderada de sodio para personas con diagnóstico de HTA, eso se traduce a unos 2,4g de sodio al día lo que equivale aproximadamente a unos 6g de sal. Alcanzar este objetivo y mantenerlo en el tiempo no es tan difícil como puede parecer a primera vista, sobre todo teniendo en cuenta que la mayor parte del sodio que consumimos en nuestra dieta diaria proviene de alimentos procesados. Esto significa que los alimentos en su estado natural no contienen alimentos ricos en sodio. Se estima que alrededor del 75% de ingesta de sodio proviene de alimentos procesados. Por lo tanto, en la mayoría de los casos, tratar de evitar los alimentos procesados y no agregar sal innecesaria a los alimentos una vez servidos para lograr una disminución moderada de sodio en la dieta.

Un estudio clásico demuestra el beneficio potencial de una intervención no farmacológica al observar reducciones significativas en la presión arterial sistólica en la dieta DASH. Es decir, la dieta DASH resultó en una reducción de la presión arterial independientemente de la ingesta de sodio. Pero, si ingiere menos sodio al mismo tiempo, su presión arterial bajaría aún más. A continuación se detalla las características de la composición alimentaria de la dieta DASH; frutas medianas 4-5 porciones/día; verduras 4-5 porciones/día; lácteos bajos en grasa leche o yogurt 2-3 porciones/día; granos integrales (rebanada de pan integral) 6-8 porciones/día; carnes magras, aves y pescado (1 porción = 90g) < 2 porciones/día; legumbres, nueces y semillas (1 porción = ½ taza) 4-5 porciones/semana; grasas y aceite vegetales (1 porción = 1 cucharada de té) 2-3 porciones/día; dulce y azúcar (1 porción = 1 cucharada de azúcar o mermelada) <5/semana.

Se ha demostrado que la dieta mediterránea, que puede ser más similar a la dieta latinoamericana, reduce la incidencia de eventos cardiovasculares, en un ensayo clínico aleatorizado en el que solo se incluyeron pacientes con alto riesgo cardiovascular como parte de la prevención primaria. Aunque el estudio no fue diseñado específicamente para evaluar los efectos beneficiosos sobre la presión arterial, si esto aumenta la probabilidad de que esta dieta sea beneficiosa para este propósito. Lo mismo ocurre con una dieta rica en potasio, tiene un efecto beneficioso en la reducción de la presión arterial; por lo tanto, una dieta rica en potasio puede reducir la presión arterial en 3,5/2,0 mmHg en la población general; las frutas y verduras son excelentes fuentes de potasio. En relación al peso corporal, el sobrepeso y la obesidad favorecen notablemente a la HTA, esta misma se asocia particularmente con la acumulación de grasa visceral (abdominal), generalmente llamado síndrome metabólico; por lo tanto, es importante medir la circunferencia abdominal en pacientes que se evalúan para prevenir o tratar la presión alta. Por eso es muy importante para complementar con la dieta en estos pacientes hipertensos, realizar actividad física regularmente, la misma reduce la posibilidad de desarrollar la HTA, incluso en personas con antecedentes de familiares con presión alta. Además, puede mejorar el control de la presión arterial en personas que ya tiene presión arterial alta, también disminuye la mortalidad cardiovascular; los individuos sedentarios deben comenzar a realizar ejercicios en forma gradual.

Para la mayoría de las personas, se recomienda efectuar actividad física aeróbica por 30 minutos varios días en la semana. Con respecto al consumo de alcohol, se ha demostrado que beber con moderación, ofrece cierta protección contra ataques cardíacos y los accidentes cerebrovasculares; la dosis diaria no debe exceder en la mujer los 200ml y en el varón puede ser hasta el doble de lo recomendado para las mujeres; por otra parte, en cuanto a beber té, hay un pequeño ensayo clínico aleatorio muestra que beber hasta tres tazas de té negro/día puede reducir ligeramente la presión arterial. Otro hábito como es el de fumar (tabaquismo), aumenta la presión

arterial sistólica diurna, aumenta la catecolamina en la orina; después de fumar la presión se eleva durante los próximos 15 o 30 minutos, por eso se recomienda dejar el hábito de fumar, ya que tiene una importancia crucial en sufrir un infarto agudo de miocardio. (Soto, 2018)

Con respecto al tratamiento farmacológico, se utilizan medicamentos de gran importancia terapéutica en la hipertensión arterial entre los cuales se encuentran los de primera línea y se refieren a cinco grupos y son: betabloqueadores, los cuales su mecanismo se basa en la disminución del gasto cardiaco y de la producción de angiotensina-II, inhiben la liberación de renina y el bloqueo de los receptores adrenérgicos presinápticos, que reducen la actividad vasomotora central, proveen beneficios antihipertensivos de primera línea; diuréticos, son de suma importancia terapéutica en la HTA, reducen la presión arterial y a la vez disminuye la mortalidad y morbilidad asociadas a la HTA; diuréticos tiazídicos son agentes de primera línea, utilizados en la terapia de la HTA y se demostró que reduce la morbilidad y mortalidad cardiovascular, también se agregan que son fármacos de bajo precio; diuréticos de ASA, inhiben la reabsorción de cloro y sodio desde la porción ascendente del asa de Henle en el túbulo renal y se utilizan en situaciones en la que es necesaria una diuresis mayor y rápida; diuréticos ahorradores de potasio, bloquean los canales de sodio epitelial, y se utilizan para la HTA en segunda línea, en pacientes que tienen indicado otros diuréticos; antagonista de calcio, estos medicamentos dilatan las arterias coronarias y periféricas sin poner en riesgo el corazón o la contractibilidad del musculo cardiaco; IECA, estos fármacos bloquean la conversión de angiotensina-I a angiotensina-II, que es un vasoconstrictor, lo cual disminuye sistemáticamente la presión de los vasos sanguíneos, volumen sanguíneo sin producir efectos en la frecuencia cardiaca mediada por estimulación refleja; y ARA-II, son una clase nueva de hipertensivos que se utilizan en la práctica clínica, bloquean la activación de los receptores de angiotensina-II y se utilizan cuando los efectos adversos de los IECA no se toleran. cada tratamiento es individualizado, acorde a las características clínica de cada paciente.

Uno de los aspectos fundamentales que colabora en los objetivos terapéuticos de la HTA es la adherencia al tratamiento, aquí es de suma importancia brindar educación e información que se le da a cada persona sobre el uso adecuado de cada medicamento, y de la importancia de mejorar la adherencia para mejorar su bienestar, en compañía de comportamientos saludables, dieta equilibrada y actividad física favorecen a una buena calidad de vida. (Osorio-Bedoya & Amariles, 2018, págs. 213-216)

Hoy en día, se vive en un entorno que cambia muy rápidamente, se ve cómo influye en la salud de la población del mundo entero factores poderosos como urbanización acelerada y desordenada, la exposición prolongada al estrés, pérdidas de ingresos (trabajo), la educación, la vivienda, dificultades familiares, personales, propagación de estilos de vidas malsanos,

envejecimiento de la población. Los problemas de salud son los mismos tanto para países ricos como pobres, y uno de los ejemplos más notables son las enfermedades no transmisibles. (Chan, 2013, págs. 5-14)

En cuanto a ambos sexos, masculino y femenino, la HTA es una condición médica crónica común en el cuidado primario y es un factor de riesgo cardiovascular modificable, que reduciendo los niveles de presión arterial previene la morbimortalidad. Si bien el sexo masculino tiene mayores niveles de presión arterial en todos los rangos de grupo etarios en comparación al sexo femenino, las mujeres entrando en edad avanzada tiene una prevalencia mayor a la HTA y en la mayoría de los casos es menos controlada. (Urrea, 2018)

Por eso la importancia de conocer la población hipertensa a través de cómo se conforman los rangos etarios y se toma como referencia las etapas de desarrollo de Erik Erikson, la cual afirma, que el ser humano con un desarrollo sano debe pasar por 8 etapas desde la infancia hasta la edad adulta tardía. La persona enfrenta cada etapa, y se espera que domine cada reto. El éxito se basa en la culminación de etapas anteriores para seguir en la siguiente, si los retos no culminan con éxitos en alguna de ellas pueden aparecer problemas en el futuro. Los principales elementos de la teoría de Erikson son; Identidad del yo, nuestra identidad del yo está en constante cambios debido a las nuevas experiencias e información que adquirimos a través de nuestra interacción diaria con los demás. Competencia, se cree que un sentido de competencia motiva conductas y acciones. Conflictos, se cree que la gente experimenta en cada etapa un conflicto que sirve como punto de inflexión en su desarrollo. Es importante mencionar que Erikson realiza sus trabajos, siguiendo las teorías de los estadios de Freud. Afirma que el desarrollo funciona con principios epigenéticos. Cada etapa comprende algunas funciones o tareas que son psicosociales por naturaleza y contiene un tiempo óptimo y adecuado. Si transitamos bien un estadio, llevamos con nosotros mismos ciertas fuerzas o virtudes psicosociales que nos servirán de ayuda en los próximos estadios de nuestra vida, si sucede lo contrario, sino nos van bien, se puede desarrollar algo perjudicial o malignidades y así pondremos en peligro nuestro desarrollo faltante.

Erikson elaboró estadios entre los cuales se encuentran el estadio VI Adulthood Joven, que comprende la edad de los 18 a los 29 años, plantea que en este estadio lo principal es lograr un cierto grado de intimidad, estar cerca de otras personas, como ejemplo amigos, amantes, participar en la sociedad y tener una actitud opuesta a mantenerse en aislamiento. El estadio VII Adulthood-Media, incluye el periodo comprendido entre los 30 y 50 y tantos años, en este estadio es importante lograr un equilibrio adecuado entre la productividad y el estancamiento. La productividad es una ampliación del amor hacia el futuro, es tener una preocupación sobre la próxima generación y las futuras. Considera que la enseñanza, la escritura, las ciencias, las artes,

la inventiva y el activismo social complementan la tarea de la productividad. El estadio VIII Adulthood Tardía o Madurez es la última etapa, es la forma directa y menos suave de la vejez, tiene comienzo desde la jubilación comprende la edad mayor a 50 años, alrededor de los 60 años, establece que es bueno llegar a este estadio y que, si no lo llegamos a lograr, es que existieron problemas anteriores que atrasaron nuestro desarrollo. Lo principal en este estadio es lograr una integridad yoica con un mínimo de desesperanza. (Guerri, 2021)

En cada etapa de la vida, como fuente integradora de aspectos emocionales, intelectuales y sociales, el ser humano desarrolla las estrategias necesarias para mantener su estructura y función, contribuyendo cada vez a un mejor nivel y calidad de vida. Una de esas estrategias es el autocuidado, que puede verse comprometido si una persona está en riesgo de padecer o tiene presión arterial alta. Los estados de enfermedad provocan cambios en el estilo de vida y factores psicosociales, como depresión, hostilidad, ansiedad, aislamiento social y estrés, que pueden influir en la ocurrencia de eventos coronarios o muerte, por lo que los individuos desarrollan autocuidados adquiridos para mantener la salud, así como cuidarla y protegerla.

El tratamiento para la HTA, se caracteriza por un impacto emocional significativo, cambios necesarios en el estilo de vida y la capacidad de agencia de autocuidados que las personas y sus familias necesitan para reducir los factores de riesgo cardiovascular; entre las medidas de protección que forman parte del tratamiento de la HTA, se encuentran; actividad física, adaptación a nuevos regímenes nutricionales, peso corporal ideal, reducción del consumo de alcohol y tabaco, adherencia a la medicación, como ya se desarrolló anteriormente y manejo de las respuestas psicológicas.

El autocuidado es un valor inherente de todo ser humano, visto como un deber y un derecho hacia sí mismo y la sociedad, es una estrategia que responde a los objetivos y prioridades del personal de enfermería, adoptando tendencias hacia el autoconocimiento y empoderamiento de las personas y la sociedad de su propia salud, reconociendo la existencia de factores culturales, educativos y socioeconómicos que afectan en la capacidad de autocuidado e influyen en el autocuidado.

Además, puede considerarse un complemento de los servicios de salud brindados por profesionales, donde la responsabilidad se comparte con el usuario, como una herramienta útil para la promoción de la salud y prevenir eventos coronarios, como infarto agudo de miocardio y angina de pecho y/o eventos cerebrovasculares, condiciones que alteran la salud, que pueden conducir a una calidad de vida reducida, que resulta en un alto costo económico y social.

Por otro lado, el autocuidado como tema de interés humano general, se ha consolidado en la sociedad moderna, lo que ha llevado a los enfermeros/as a fortalecer y construir aportes

investigativos sobre este tema, así como a buscar validación de conceptos y resultados. (Rivera Alvarez, 2006)

Por eso, es importante para la población hipertensa tener presente como uno de los pilares importante, el Autocuidado, el cual es definido por Dorothea Oren como un fenómeno activo el cual requiere que cada individuo sea capaz de usar tanto la razón para entender su estado de salud, como también sus habilidades en tomar decisiones y así elegir un curso apropiado.

Para desarrollar la capacidad de agencia de autocuidado de las personas se tomó la teoría de enfermería de Dorothea Oren, la cual explica el concepto del autocuidado refiriendo que es una actividad aprendida por los individuos orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida sobre las personas en sí misma, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

La teoría define requisitos que representan objetivos formalizados para alcanzar los resultados deseados de autocuidados entre ellos están; **los universales**, que son los requisitos comunes para todos los individuos en general, entre ellos incluyen, conservación del agua, el aire y la eliminación, provisión de alimentos, mantener equilibrio entre la actividad, el descanso, la interacción social, la soledad, prevención de riesgos y favorecer el bienestar y al desarrollo de la promoción de los grupos sociales. **De desarrollo**, entendida como las etapas del desarrollo que representan promoción de procesos vitales, prevenir situaciones que puedan afectar negativamente el desarrollo del ciclo vital y en caso **de desviación de salud**, son la razón de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con incapacidad o enfermedad crónica.

Para desarrollar esta habilidad humana llamada capacidad de agencia de autocuidado que es definida como; la compleja capacidad desarrollada, permiten a los adultos y jóvenes ver los factores que deben controlarse o tratarse, para regular el funcionamiento y desarrollo, decidir qué se puede y se debe hacer con respecto a la regulación, descubrir su necesidad de tratamiento, los componentes del autocuidado y finalmente desarrollar metas que se centren en actividades de cuidados para lograr cumplir requisitos de autocuidados a través del tiempo.

La capacidad de agencia de autocuidados que deben realizar las personas hipertensas es primordial, porque previene futuras complicaciones cuando se realiza un manejo inadecuado de la enfermedad. Cada individuo hipertenso debe poder desarrollar habilidades, las cuales deben detallan en tres dimensiones. La primera de ellas, denominada capacidades fundamentales y disposición del autocuidado que son las habilidades básicas del individuo como la percepción, memoria y orientación. La segunda componente de poder, son las habilidades que impulsan al individuo a la acción de autocuidarse, como la motivación, tener la habilidad de ordenar acciones

de autocuidados tanto en su vida familiar como también en la comunidad y adquisición de conocimientos. La tercera capacidad de operacionalizar el autocuidado, son las habilidades que le permiten al individuo investigar sobre su situación y del medio ambiente, poder tomar decisiones y construir acciones para alcanzar u mejor manejo de su enfermedad. (Achury, Sepúlveda, & Rodríguez , 2009, págs. 12-13)

Orem también establece la teoría del déficit de autocuidado, la cual establece que los individuos están sujetos a las limitaciones derivadas de su salud, no pueden realizar el autocuidado en forma continua, o lo realizan ineficazmente. Cuando existe este déficit de autocuidado es la condición para la intervención de enfermería. Los enfermeros pueden compensarlo por medio del sistema de enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, cumple con el autocuidado y compensa la incapacidad del paciente, implica dependencia total. Protege al paciente. Parcialmente compensatorio, se aplica medidas de autocuidados y ayuda al paciente si este lo necesita y así satisfacer las necesidades de autocuidado y de Apoyo educativo – desarrollo, el individuo necesita orientación y enseñanza para las acciones de autocuidados, enfermería actúa ayudando al individuo al desarrollo de la actividad de autocuidados. El tipo de sistema se refiere al grado participación del individuo en ejecutar su autocuidado, regularlo o rechazar el cuidado terapéutico.

Orem define el objetivo de la enfermería como, ayudar a las personas a realizar y mantener actividades de autocuidados personales para mantener la salud y la vida, recuperarse de una enfermedad y/o hacer frente a los efectos de esa enfermedad. Afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

Asimismo, definió 4 conceptos metaparadigmáticos; Persona, el ser humano es un organismo biológico, psicológico, y en interacción con su medio, al que está sometido, tiene la capacidad de crear, comunicar y realizar actividades beneficiosas para sí y para los demás. Salud, significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona, desarrollo progresivo e integrado del ser humano como unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. El entorno representa todos los factores externos que influyen sobre las personas en la iniciativa de emprender los auto cuidados o sobre su capacidad de ejercerlos. El concepto de enfermería para Orem es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según su requerimiento, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales.

El autocuidado es la acción que va dirigida a cuidar nuestra salud, tener iniciativa propia que se orienten al bienestar físico y psicológico. Reconocer que somos responsables de nuestro

propio bienestar y que se extienda más allá de nuestra individualidad, que también se pueda extender hacia la familia, comunidad.

Orem aborda al individuo de manera integral, sitúa cuidados básicos como ayudar al ser humano, a mejorar su calidad de vida. El autocuidado son acciones que realiza el individuo para controlar factores internos y externos que pueden exponer la vida o desarrollo posterior. Cada profesional de enfermería para la aplicación del modelo de Orem debe estar presente: indagar los factores, problemas de salud y el déficit de autocuidado, recoger datos sobre los problemas, valoración del conocimiento, analizar dichos datos para la intervención de enfermería. Diseñar y planificar la forma de capacitar y animar el individuo que participe activamente del autocuidado de salud. Aplicar la acción de enfermería y asumir el papel de cuidador u orientador. (Raile Alligood, 2014, págs. 232-248) (Naranjo Hernández, Concepción Pacheco, & Rodríguez Larreynaga, 2017)

Existen muchas teorías de enfermería que abordan el cuidado, su explicación, la educación hacia los individuos en como promoverlo, como la aplicación de los mismos en su vida cotidiana ayudan a mejorar la salud, mantenerla, recuperarla. Cada individuo es diferente en cuanto al entorno que lo rodea.

Una de las teorías de enfermería como la de Martha Rogers, define a la persona como un sistema abierto de procesos continuos en su entorno, que interactúan e intercambian entre sí, lo define como ser unitario e integrado con campos de energía infinito y pandimensionales. Rogers define a la salud como un valor definido por la cultura de la persona por lo tanto sería un estado de armonía o bienestar. Así el estado de salud puede no ser ideal, pero constituir el máximo estado posible para una persona, por lo tanto, el potencial de máxima salud es variable.

Para Rogers la enfermería es una profesión aprendida y la define como una ciencia y como un arte, que se centra en el interés de las personas y por el mundo en que viven, su entorno.

El objetivo del modelo de Rogers es procurar y promover una interacción armónica entre el hombre y su entorno. Las enfermeras que sigan este modelo deben fortalecer la consciencia e integridad de los seres humanos y dirigir los patrones de interacción existentes entre el hombre y su entorno para conseguir el máximo potencial de salud. Es un marco distinto e innovador en el que planificar y aplicar la práctica enfermera, en donde a su vez el ser humano también participa en el beneficio de su propio bienestar. (Raile Alligood, 2014, págs. 213-231)

Otra teoría que marca el rol de enfermería en ayudar a mejorar la salud en la población es la de Madelaine Leninger, la misma refiere que las acciones y decisiones de los profesionales de asistencia, en apoyo y capacitación para ayudar a cada persona a reorganizarse, que realicen modificación y cambios en su vida, para que puedan obtener resultados positivos, diferentes y

beneficiosos. Los cuidados en enfermería constituyen un objetivo distinto, primordial, unificado en favor a cada individuo. (Raile Alligood, 2014, págs. 405-429)

Asimismo, la teoría de Margaret A. Neuman, según su opinión, la responsabilidad de enfermería profesional, consiste en establecer una relación primaria con cada persona, con el objetivo de poder identificar las necesidades de cuidados de salud y así poder facilitar su capacidad de acción y de las tomas de decisiones que lleven a un resultado de bienestar para cada individuo. (Raile Alligood, 2014, págs. 430-450).

Para Helen Erikson, Evelyn Tomlin y Mary An Swain, el autocuidado de cada individuo implica el uso de conocimiento, en donde hasta un cierto nivel una persona sabe lo que ha hecho o realizado para caer enfermo, reducido su eficacia o interferido en su crecimiento, como también sabe lo que podrá curarlo. Los recursos que son internos, así como los recursos adicionales que se movilizan mediante la acción de autocuidados, que estos mismos le ayudan a recuperar, mantener y promover un nivel óptimo de salud holística y la acción que es el desarrollo y la utilización del conocimiento y los recursos del autocuidado. (Raile Alligood, 2014, págs. 482-504)

Florence Nighthingale, precursora de la enfermería profesional contemporánea y creadora del primer modelo conceptual de enfermería, su teoría se centró en el entorno saludable para el individuo, este mismo era necesario para la aplicación de cuidados de enfermería adecuados para la recuperación/mantenimiento de la salud. Hoy en la actualidad siguen vigente sus elementos esenciales al entorno, como el aire puro (ventilación), el agua potable, la higiene, el calor, la luz, la tranquilidad y una dieta adecuada. Define a la salud como la sensación de sentirse bien, y tener la capacidad de utilizar facultades para vivir, manteniéndola a través del control del entorno para prevenir enfermedades. Su descripción llevó a la enfermería de salud pública hacia el concepto moderno de promoción de la salud. La función de la enfermera está dirigida a en brindar cuidados, mejorar el entorno para favorecer a su recuperación, enseñando a las personas a prevenir enfermedades e infecciones y mantener su salud. Estos cuidados son dirigidos a todas las personas enfermas, sanas, independientemente de sus orígenes, nivel social, creencias. Nighthingale considera que las personas cooperarían con la enfermera con la intención de gozar de buena salud, en modificar su entorno para prevenir la enfermedad. (Raile Alligood, 2014, págs. 60-77)

Material y Métodos

Tipo de estudio

La investigación tendrá un abordaje Cuantitativo porque es secuencial y probatorio, cada paso precede al siguiente y no puede omitir los pasos, es de orden estricto, aunque se puede reformular alguna fase. Se define y parte de una idea, se formulan los objetivos, la pregunta de investigación y de allí se establecen las hipótesis, se identifican las variables y se define un plan para probarlas (diseño). Se miden variables en un contexto determinado, se analizan las medidas obtenidas mediante métodos estadísticos y se extraen una serie de conclusiones sobre la o las hipótesis. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2018, págs. 4-5)

El tipo de estudio será No Experimental porque no se realizará manipulación de la variable independiente capacidad de agencia de autocuidado, es decir, no se genera intencionalmente situaciones provocadas por parte del investigador ya que los fenómenos se observarán en su entorno natural para su análisis.

Según el alcance de los resultados el estudio será de tipo descriptivo porque el estudio está dirigido a determinar cómo se presentará la situación de las variables que se estudiarán en la población. La presencia o ausencia de la capacidad de agencia de autocuidado, la frecuencia con que ocurre y la incidencia en la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, que asisten a los consultorios externos de una Obra Social Sindical en los meses de enero y febrero del año 2023.

En relación a la cantidad de mediciones que se les realizará a las variables será Transversal, ya que los datos se recopilan en un único momento y su propósito es describir variables y analizar su ocurrencia. Respecto a la ocurrencia de los hechos y registro de la información será Prospectivo; ya que el registro de la información será a medida que ocurran los hechos, es decir, se parte de una causa en busca del efecto. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2018, pág. 154)

Sitio y contexto de la investigación

Para seleccionar el sitio, se confeccionó y aplicó una guía de convalidación de sitio, que da como resultado la elección del sitio apropiado para realizar la investigación (Ver Anexo I). Se aplicó en dos instituciones privadas, de las cuales una accedió favorablemente a la realización de la investigación, mientras que la otra institución brindo sus motivos para no realizarla. En relación a los resultados del estudio exploratorio (Ver Anexo III) queda seleccionada la institución privada que accedió a la investigación, donde allí están presente los criterios de elegibilidad, es decir, las variables que se pretenden medir, la población con las características seleccionadas y el número

es adecuada para el tipo de abordaje elegido, accesibilidad a la institución y disponibilidad del ambiente para la aplicación del instrumento.

El sitio seleccionado, se encuentra en la ciudad de Villa Constitución de la provincia de Santa Fe. El contexto donde se llevará a cabo la investigación está constituido por consultorios externos, donde se trabajará con un consultorio de Cardiología y un consultorio de Enfermería; solicitando colaboración de los cardiólogos, con el propósito de conocer y poder entrevistar a la población en estudio, explicándole sobre el proyecto de la investigación.

Es una obra social de empleados metalúrgicos, la cual se solventa de los aportes de dichos empleados, cuenta con 23 consultorios externos, con todas las especialidades para atención primaria, farmacia, laboratorio, kinesiología, odontología, diagnóstico por imagen (radiología, mamografía, ecografías), y quirófanos para atención quirúrgica ambulatoria; también dispone de ambulancias propias para traslados urbanos e interurbanos.

Población y muestra

La población en estudio estará conformada por todos los pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial, que asistan a los consultorios externos de una Obra Social Sindical.

La unidad de análisis será cada uno de los pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial mayor de 20 años, que asistan a los Consultorios externos de una Obra Social Sindical para su control cardiológico.

Los criterios de exclusión serán para aquellos pacientes que asistieron a cursos de capacitación, información o charlas sobre hipertensión arterial, los que posean algún familiar directo profesional de la salud que les haya brindado información sobre hipertensión arterial y educación sobre autocuidados, también aquellas personas que padezcan enfermedades que les impidiera responder al cuestionario (enfermedades con retardo mental, demencia).

Tamaño de la población: En base a los resultados obtenidos del estudio exploratorio (Ver Anexo III) el número aproximado de población con el que se contará durante el tiempo establecido para la recolección de datos será de 80 participantes. Para ello, se realizará una estrategia de muestreo No Probabilística, ya que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación o los propósitos del investigador, más que por un criterio estadístico de generalización.

La técnica de muestreo será accidental ya que la unidad de análisis es por conveniencia buscando individuos con determinadas características y se establecerá, teniendo en cuenta atributos de la población, cuotas de 40 hombres y 40 mujeres.

Validez externa del estudio: los resultados obtenidos solo podrán generalizarse para la población en estudio, ya que existen limitaciones para generalizar los hallazgos debido a que se realizará en un solo sitio y el tipo de muestreo seleccionado es No probabilístico.

Técnica e instrumento de recolección de datos

Para medir todas las variables en estudio se utilizará como técnica la encuesta, recogiendo datos objetivos y precisos, utilizando como instrumento de recolección de datos un cuestionario, constituido por un conjunto de preguntas, clasificándose en auto administrados. (Ver Anexo II)

La aplicación de la técnica encuesta, tiene sus ventajas como la de tener mayor tiempo para ser meditados las respuestas al no exigirse tiempo en la realización, tiene mayor libertad de expresión, las desventajas pueden ser que el participante presente cambio de humor o estado general y así las respuestas pueden verse afectadas, contestarlo implica cierto nivel de comprensión.

El instrumento cuestionario tiene las ventajas de ser poco costoso, y abarca una mayor cobertura en la población, menor tiempo en la recolección de datos, puede ser anónimo, fácil de analizar y comparar, menor riesgo de distorsiones producidas por el investigador y mayor tiempo para reflexionar sobre las respuestas por parte del encuestado. La desventaja que presenta es la que no nos proporciona información detallada sobre el participante, excepto en las variables medidas, exclusión de quien no sabe leer y escribir, formularios incompletos y no poder ayudar al informante con explicaciones complementarias.

Los instrumentos a utilizar en esta investigación son:

Para medir la variable Capacidad de agencia de autocuidado se utilizará el cuestionario Capacidad de Agencia de Autocuidado en Pacientes con Hipertensión Arterial, elaborado por Diana Marcela Achury, Gloria Judith Sepúlveda, Sandra Mónica Rodríguez basándose en la teoría de autocuidado de Dorotea Orem, (Achury, Sepúlveda, & Rodriguez , 2009, págs. 9-25), conformado por 17 ítems agrupados en tres dimensiones, capacidades fundamentales, componentes de poder y capacidad de operar el autocuidado, cuya opción de respuesta será mediante una escala de tipo Likert con cinco opciones, referidas a nunca, casi nunca, a veces, casi siempre y siempre. Para completarlo deberá leer cada pregunta, marcar con una cruz la opción que considere correcta y que lo identifica con su accionar cotidiano y la frecuencia con la que se dedica a cada una de ellas.

Para medir la variable Calidad de Vida en pacientes con hipertensión arterial se utilizará el cuestionario MINICHAL, es una versión reducida del cuestionario específico y validado sobre calidad de vida para la hipertensión arterial (CHAL), (Badia, y otros, 2002) compuesto por 16 ítems agrupados en dos dimensiones, estado de ánimo y manifestaciones somáticas, cuyo formato de recolección de datos será mediante una escala de tipo Likert de cuatro opciones de respuestas

referida a no, en absoluto; si, algo; si, bastante y si, mucho. Para completarlo deberá leer atentamente cada pregunta y responder marcando con una cruz las afirmaciones con la que se reconoce y describe mejor durante la última semana, incluyendo el día de hoy.

En relación a las variables simples Edad y Sexo se agregarán en el encabezado del instrumento, Capacidad de Agencia de Autocuidado en Pacientes con Hipertensión Arterial.

Operacionalización de variables:

✓ **Edad:** tipo cuantitativa, función independiente, escala de medición de razón.

Indicador:

- Será la edad en años según refiera el encuestado.

✓ **Sexo:** tipo cualitativa simple, función independiente, escala de medición nominal.

Indicadores:

- Masculino
- Femenino

✓ **Capacidad de agencia de autocuidado:** tipo cualitativa compleja, función independiente, escala de medición ordinal.

Definición conceptual: estructura compleja de capacidad desarrollada que permite a los adultos y adolescentes, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo para decidir lo que puede y debería hacerse, con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinadas para cumplir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo.

Dimensión 1: Capacidad fundamental y disposición del autocuidado

Definición conceptual: considerados las habilidades básicas del individuo en la percepción, memoria y orientación.

Indicadores:

- Mi estado de ánimo permite cuidarme
- Cantidad de horas de descanso diario
- Cantidad de tiempo invertido en mi propio cuidado

Dimensión 2: Componente de poder

Definición conceptual: son habilidades que impulsan el individuo a la acción de autocuidarse; motivación, adquisición de conocimientos, habilidad para ordenar acciones de autocuidados y capacidad de la integración del autocuidado en su vida familiar y comunitaria.

Indicadores:

- Realiza ejercicio
- Busca información y orientación sobre el manejo de la enfermedad
- Conoce cómo actúan y las reacciones desfavorables que tienen los medicamentos antihipertensivos
 - Solicita información al personal de enfermería sobre la correcta administración ante el inicio de un nuevo medicamento

Dimensión 3: Capacidad de operacionalizar el autocuidado

Definición conceptual: corresponde a las habilidades que le permiten al individuo investigar sobre condiciones de sí mismo y del medio ambiente, que son significativos para su autocuidado, así como la toma de decisiones y construcción de las acciones para lograr el manejo de su enfermedad.

Indicadores:

- Tiene conocimiento de la cantidad de sal que debe consumir diariamente
- Utiliza para su tratamiento terapias alternativas
- Siente que el personal de enfermería escucha y aclara inquietudes
- Conoce las complicaciones derivadas de la enfermedad
- Realiza caminatas diariamente
- Está pendiente a realizar cambios para mantener la salud y manejo adecuado de la salud
- Realiza dieta para mantener su peso corporal adecuado
- Evalúa medidas tomadas con respecto a su enfermedad para garantizar su propio bienestar y el de la familia
 - Incorpora a su dieta verduras, frutas, fibras y baja en grasa
 - Siente que su enfermedad dificulta su desarrollo adecuado en su vida sexual

✓ **Calidad de vida:** tipo cualitativa compleja, función dependiente, escala de medición ordinal

Definición conceptual: percepción de un individuo de su situación de vida, puesto que, en su contexto de su cultura y sistemas de valores, en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. (OMS)

Dimensión 1: Estado de animo

Definición conceptual: el estado de ánimo es una actitud o disposición en la vida emocional. No es una situación emocional transitoria. Es un estado, una forma de permanecer, de estar, cuya duración es prolongada y destaca sobre el resto del mundo psíquico.

Indicadores:

- Dificultad para conciliar el sueño

- Dificultad para continuar con sus relaciones sociales habituales
- Resulta difícil entenderse con la gente
- Siente que no está jugando un papel útil en la vida
- Incapaz de tomar decisiones y empezar cosas nuevas
- Sensación de sentirse agobiado y con tensión
- Sensación de que la vida es una lucha continua
- Sentimientos de ser incapaz de disfrutar de sus actividades habituales de cada día
- Sensación de agotamiento y sin fuerzas
- Sensación de sentirse enfermo

Dimensión 2: Manifestaciones somáticas

Definición conceptual: se presenta cuando una persona siente ansiedad extrema exagerada a causa de síntomas físicos. La persona tiene pensamientos, sensaciones y comportamientos tan intensos relacionados con los síntomas que siente que no puede hacer algunas de las actividades de su vida diaria.

Indicadores:

- Dificultad al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente
- Hinchazón de tobillos
- Orina más a menudo que lo normal
- Tos irritante o picor en la garganta
- Sequedad en la boca
- Dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo
- Sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo

Prueba Piloto

La prueba piloto de los instrumentos, se aplicó en una población de similares características a la de la investigación, pero que no formarán parte de la población en estudio, con la finalidad de identificar algunos ítems o preguntas mal formuladas, que causen molestia al sujeto de estudio; verificar si es correcto el ordenamiento y presentación de las preguntas o ítems, si las opciones de respuestas son correcta para medir las variables en estudio y aspectos que pudieran resultar pocos claros en el momento de la administración. (Ver Anexo IV)

Con esta verificación previa se puede realizar modificaciones al instrumento en cuanto a la instrucción de la aplicación como a la forma de redacción de las preguntas o ítems. A su vez, permite considerar aspectos referidos a las condiciones en las que se administrará, en especial el ambiente, ruidos, temperatura, presencia de observadores y la privacidad del participante.

Principios Bioéticos

Autonomía: se asegurará a los participantes el derecho a la autodeterminación y a la información completa y clara sobre la investigación a realizar. Se le explicará en forma verbal y escrita la descripción de los objetivos y procedimientos del estudio, que su participación será voluntaria libre de coerción y coacción, que podrá negarse a participar, retirarse del estudio cuando lo considere o negarse a responder cuando considere que se invade su intimidad sin que ello implique alguna represalia. Para ello se le otorgará el consentimiento informado, documento que contiene la información necesaria sobre la investigación en estudio. (Ver Anexo II)

Beneficencia/No maleficencia: Se refiere a la máxima sobre todo no dañar, por lo cual, se asegurará que, durante el proceso de investigación, los sujetos que conforman el estudio no estarán expuestos a daños físicos ni psicológicos teniendo en cuenta que los beneficios siempre deberán superar los efectos indeseables. Se intentará generar el máximo beneficio posible y se evitará cualquier situación que suponga un riesgo para las personas. En todo el proceso se garantizará la confidencialidad de los datos de los participantes y se les brindará a la institución y participantes los resultados obtenidos del estudio

Justicia: Se asegurará el derecho de los sujetos a un trato justo y a preservar su intimidad. El reclutamiento y la selección de los participantes se hará de manera equitativa con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad sin poner en situación de riesgo a una persona para beneficiar únicamente a otro, se buscará la distribución equitativa tanto de los costos como de los beneficios por la participación en el estudio de investigación.

Personal a cargo de la recolección de datos

La recolección de datos estará a cargo de la autora de la presente investigación, ante esto no se contará con la presencia de colaboradores ya que no es necesario por la cantidad de participantes que se necesita para la realización de la investigación; el lugar asignado por la institución será en el consultorio de enfermería, el mismo es espacioso, con ambiente climatizado frío/calor, escritorio y sillas para brindar comodidad al participante del estudio. Se asistirá los días lunes, miércoles y viernes en el horario de 8 a 10 hs. La investigadora una vez que haya entregado el cuestionario y explicado el procedimiento del mismo, permanecerá presente el tiempo necesario que conlleve la aplicación del cuestionario en cada participante, por si se generan dudas o inquietud ante alguna pregunta.

Plan de análisis

Se realizará el agrupamiento de los datos por variable seleccionada y sus correspondientes dimensiones (tabulación). El proceso de tabulación se codificará en computadora mediante la

utilización de un software estadístico EPI INFO 7.25 CDC de los EEUU, patrocinado por la OPS y OMS, y se establecerá un índice para reconstruir cada variable.

La tabulación de los datos obtenidos de la medición de la variable Capacidad de agencia de Autocuidado, sus indicadores serán codificados asignándoles un valor a cada opción de respuesta quedando: nunca = 1; casi nunca = 2; a veces = 3; casi siempre = 4 y siempre = 5. Luego se establecerá una escala por cada dimensión y su posterior reconstrucción de la variable quedando de la siguiente manera; para la dimensión capacidad fundamental y disposición del autocuidado, constituida por tres indicadores, se podrá obtener un valor mínimo de 3 y un máximo de 15 puntos.

Ante ello se establecerá la siguiente escala.

- ✓ De 3 a 6 = baja capacidad de autocuidado
- ✓ De 7 a 11 = mediana capacidad de autocuidado
- ✓ De 12 a 15 = alta capacidad de autocuidado

Para la dimensión componentes de poder, constituida por cuatro indicadores, se podrá obtener un valor mínimo de 4 y un máximo de 20 puntos.

Se establecerá la siguiente escala:

- ✓ De 4 a 9 = baja capacidad de autocuidado
- ✓ De 10 a 14 = mediana capacidad de autocuidado
- ✓ De 15 a 20 = alta capacidad de autocuidado

Para la dimensión capacidad de operacionalizar el autocuidado, constituida por diez indicadores, se podrá obtener un valor mínimo de 10 y un máximo de 50 puntos.

Se establecerá la siguiente escala:

- ✓ De 10 a 25 = baja capacidad de autocuidado
- ✓ De 26 a 37 = mediana capacidad de autocuidado
- ✓ De 38 a 50 = alta capacidad autocuidado

La interpretación de capacidad global de autocuidado se establecerá de la siguiente manera:

- ✓ De 17 a 28 = baja capacidad de autocuidado
- ✓ De 29 a 56 = mediana capacidad de autocuidado
- ✓ De 57 a 85 = alta capacidad de autocuidado

Los puntajes altos reflejan el comportamiento de autocuidados saludables, por el contrario, puntaje bajo representan conductas pocos saludables. Para el análisis de datos se utilizarán, distribución de frecuencia, porcentaje, medidas de tendencia central (mediana y moda).

Para la tabulación de los datos obtenidos de la medición de la variable Calidad de Vida, sus indicadores se codificarán las respuestas asignando un valor a cada una de ellas, quedando determinadas de la siguiente manera: no, en absoluto = 0, si, algo = 1, si, bastante = 2 y si, mucho

= 3. Luego se establecerá una escala por cada dimensión y su posterior reconstrucción de la variable quedando de la siguiente manera; para la dimensión estado de ánimo, constituida por diez indicadores, se podrá obtener un valor mínimo de 0 y un máximo de 30 puntos.

Ante ello se establecerá la siguiente escala

- ✓ De 0 a 9 = buena calidad de vida
- ✓ De 10 a 19 = regular calidad de vida
- ✓ De 20 a 30 = mala calidad de vida

Para la dimensión manifestaciones somáticas, constituida por seis indicadores, se podrá obtener un valor mínimo de 0 y un máximo de 18 puntos.

Se establecerá la siguiente escala

- ✓ De 0 a 6 = buena calidad de vida
- ✓ De 7 a 12 = regular calidad de vida
- ✓ De 13 a 18 = mala calidad de vida

La interpretación para la puntuación global de la calidad de vida se establecerá de la siguiente manera

- ✓ De 0 a 16 = buena calidad de vida
- ✓ De 17 a 32 = regular calidad de vida
- ✓ De 33 a 48 = mala calidad de vida

Los puntajes bajos reflejan la buena calidad de vida, por el contrario, puntajes altos representan mala calidad de vida. Para el análisis de datos se utilizarán, distribución de frecuencia, porcentaje y medidas de tendencia central (mediana y moda)

Para la variable edad, se recolectará el dato según el encuestado refiera, para aplicar las medidas de tendencia central que serán: modo, mediana y media y la medida de variabilidad desvío estándar. Luego se cualificará en rangos etarios, según la clasificación de grupos etarios según la teoría de Erik Erikson, quedando de la siguiente manera:

- ✓ Adulto-joven: de 18 a 29 años
- ✓ Adulto medio: de 30 a 50 años
- ✓ Adulto tardío: mayor a 50 años.

Para la tabulación de los datos obtenidos de la medición de la variable Sexo, se codificarán asignando un símbolo a cada categoría, quedando determinado de la siguiente manera:

- ✓ Femenino = 1
- ✓ Masculino = 2

La clasificación seguirá los parámetros de análisis para esta escala de medición, según distribución de frecuencia, porcentaje y moda.

Se utilizará estadísticas descriptivas, para cada una de las variables, describiendo y detallando los indicadores que se destacan con mayor o menor frecuencia relativo a cada dimensión y variable, para luego poder describir la relación entre variables, considerando el alcance del estudio.

El tipo de análisis será univariado, porque se realizará la descripción del comportamiento de cada variable en estudio, se utilizará gráfico circular para las variables edad y sexo, ya que es adecuada para mostrar distribución de frecuencias y porcentajes; y bivariado porque realizará la descripción de relaciones entre dos variables. Se utilizará gráficos de barras adosadas para las dimensiones capacidad fundamental, disposición del autocuidado y capacidad de operacionalizar el autocuidado según sexo y edad; será de igual representación de barras adosadas para el componente de poder en relación a la capacidad de agencia de autocuidado según edad y sexo; y para identificar el estado de ánimo y las manifestaciones somáticas en relación a la calidad de vida según sexo y edad, dichas barras se utilizan para comparar dos o más variables y la altura es proporcional al número de frecuencia que representan. Para la relación de las variables calidad de vida y la capacidad de agencia de autocuidado se utilizará una tabla de doble entrada la cual permite visualizar los datos que se cruzan.

Se contará con la colaboración de un profesional en estadísticas.

Cronograma de actividades

Actividades	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo
Recolección de los datos					
Procesamiento y análisis de datos					
Elaboración de la conclusión y discusión					
Realización del informe final					
Difusión de los resultados					

Bibliografía

- Achury Beltran, L. F., Achury Saldaña, D. M., Rodriguez Colmenares, S. M., Sepulveda, G., Padilla Velasco, M. P., Leuro Umaña, J. M., . . . Camargo Becerra, L. E. (2012). Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. *Investigacion en Enfermeria Imagen y desarrollo*, 14(2), 63-83. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145226758005.pdf>
- Achury, D. M., Sepúlveda, G. J., & Rodriguez, S. M. (2009). Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145220480002>
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: Una definicion integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 35(2), 161-164. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
- Badia, X., Roca-Cusachs, A., Dalfó, A., Gascón, G., Abellán, J., Lahoz, R., . . . Velasco, O. (2002). Validation of the short form of the Spanish Hypertension Quality of Life Questionnaire (MINICHAL). Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12581551/>
- Calderón Garrido, C., & Ferreira García, E. (2022). *CRI-A. Evaluación del afrontamiento del estrés*. Barcelona : universidad de Barcelona . Obtenido de <https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox?projector=1>
- Castro, C. (2018). Consejería personalizada de enfermería para la mejora del cumplimiento terapéutico, calidad de vida y cifras tensionales en el paciente hipertenso. *Rev Enferm Inst Mex Seguro*, 26(1). Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim181b.pdf>
- Chan, M. (2013). *información general sobre la hipertension en el mundo*. Organización Mundial de la Salud. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf;jsessionid=6C133865C412A788677A8CD45141F425?sequence=1
- Claudia Cancio Bello Ayes, A. L. (2020). *Autocuidado; una aproximación teórica al concepto*. Habana Cuba: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/informespsicologicos/article/view/200/101>.
- Dalfó Baqué, A., Badia Llach, X., & Roca Cusachs, A. (2002). *Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL)*. Aten Primaria. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13026230>
- Delucchi, A., & Obregon, S. (15 de mayo de 2017). *Sociedad Argentina de Cardiología*. Obtenido de Día Mundial de la Hipertensión Arterial: <https://www.sac.org.ar/institucional/dia-mundial-de-la-hipertension-arterial/>
- Diaz, J. C., & Viton Castillo, A. A. (2020). Calidad de vida asociada a la hipertensión arterial en el adulto mayor. *Revista médica electrónica Scielo*, 42(3), 1960-1963. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242020000301960
- Duran Badillo, T., Herrera, J. L., Salazar Barajas, M. E., Mireles Alonso, M. A., Saavedra, M. O., & Ruiz Cerino, J. M. (7 de Abril de 2022). Funcionamiento familiar y calidad de vida en adultos mayores con hipertension arterial. *Ciencia y enfermeria*, 28(3), 1-10. Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532022000100203&script=sci_arttext

- Fernandez Lopez, J. A., Fernández-Fidalgo, M., & Cieza, A. (2010). LOS CONCEPTOS DE CALIDAD DE VIDA, SALUD Y BIENESTAR ANALIZADOS. *Revista Especial Salud Pública*, 84(2), 169-184. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v84n2/especial4.pdf>
- Flores , D., & Guzman, F. (2018). Factores condicionantes básicos en el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial del Hospital Santa Barbara. *Revista Ciencia, Tecnología e Innovación*, 16(17), 991-1000. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2225-87872018000100004&script=sci_arttext
- Gafas Gonzales, C., Figueredo Villa , k., Salazar Granizo, Y. E., Brossard Peña, E., León Insuasti, M. C., & Pérez Columbié, R. L. (2019). Caracterización de pacientes hipertensos del Distrito de Salud Chambo-Riobamba. *Revista Cubana de Enfermería*, 35(3), 2611. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192019000300002&script=sci_arttext&tlng=en
- Gona, C., Priore, M., Ramirez, M., Lujan, J., & Ojeda, G. (11 de Diciembre de 2018). *Autocuidados de pacientes hipertensos en el Hospital El Cruce, durante el 2018*. Florencio Varela. Obtenido de <http://repositorio.hospitalelcruce.org/xmlui/handle/123456789/728>
- Guerri, M. (2021). *PsicoActiva*. Obtenido de La Teoría del Desarrollo Psicosocial de Erik Erikson: <https://www.psicoactiva.com/blog/la-teoria-del-desarrollo-psicosocial-erik-erikson/>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. (2018). *Metodología De La Investigacion Sexta edición* (sexta ed.). México: Mc Graw Hill Education.
- Marin, M., Bendersky, M., & Paez, O. (2018). *Consenso Argentino de Hipertension Arterial*. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Hipertension Arterial. Obtenido de <http://saha.org.ar/files/documents/CONSENSO-SAHA-2.pdf>
- Moura Borges, F., Wellington Costa Lima, E., Nunes Carvalho, G. C., De Oliveira Lima, L. H., Gomes Machado, A. L., & Vilarouca Da Silva, A. R. (5 de mayo de 2022). RELACIÓN ENTRE ALFABETIZACIÓN EN SALUD Y CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL. *Ciencia y enfermería*, 28(6). Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532022000100206&script=sci_arttext&tlng=pt
- Naranjo Hernández, Y., Concepción Pacheco, J. A., & Rodríguez Larreynaga, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), 1-11. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/espirtuana/gme-2017/gme173i.pdf>
- Nava Galán, M. G. (2012). La calidad de vida: Análisis multidimensional. *Enfermería Neurológica*, 11(3), 129-137. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123c.pdf>
- Oñate Martinez, S., & Cruz Medina, A. (2019). Conocimiento y practica en el autocuidado de pacientes hipertensos. *Revista arbitrada interdisciplinaria de ciencias de la salud*, 3(6), 786-797. Obtenido de <https://fundacionkoinonia.com.ve/ojs/index.php/saludyvida/article/view/435>
- Organizacion Mundial de la Salud . (1996). ¿Que calidad de vida? *La gente y la salud*, 17, 385-387. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organizacion Mundial de la Salud. (s.f.). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de https://www.who.int/es/health-topics/hypertension#tab=tab_3

- Osorio-Bedoya, E., & Amariles, P. (2018). Hipertensión arterial en pacientes de edad avanzada: una revisión estructurada. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25(3). Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S012056331830024X>
- Raile Alligood, M. (2014). *Modelos y teorías en enfermería* (octava ed.). Barcelona : Elsevier. Obtenido de <http://camedsi.ar/index.php/s/5JKmb54FKw4qpYT>
- Rivera Alvarez, L. (2006). Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 8(3), 235-247. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/v8n3/v8n3a09.pdf>
- Simonetti , G., Nores , R., Viña, N., Duhalde , W., Acosta , S., Cordoba, N., . . . Alegrechy, A. (2020). *Debates Bioeticos*. Rosario.
- Sociedad Argentina de Hipertension Arterial*. (2017). Obtenido de Advierten que en la Argentina 1 de cada 4 adultos es hipertenso y no lo sabe: <https://www.saha.org.ar/prensa/detalle/advierten-que-en-la-argentina-1-de-cada-4-adultos-es-hipertenso-y-no-lo-sabe>
- Soler Santana, R., Brossard Cisnero, M., & Vaillant Rodriguez, M. (2020). Caracterización de pacientes con hipertensión arterial en la provincia de Santiago de Cuba. *Infomed Santiago de Cuba*, 174-184. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/3684/368463016002/>
- Soto, J. R. (2018). Tratamiento no farmacologico de de la Hipertension Arterial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(1), 61-68. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864018300051>
- Torres, M. (2011). Modelo de Calidad de la Atención Médica de Avedis Donabedian. *Infocalser*. Obtenido de [http://infocalser.blogspot.com/2011/10/modelo-de-calidad-de-la-atencion-medica.html#:~:text=Donabedian%20\(1984\)%20define%20calidad%20como,la%20t%C3%A9cnica%20y%20la%20interpersonal.](http://infocalser.blogspot.com/2011/10/modelo-de-calidad-de-la-atencion-medica.html#:~:text=Donabedian%20(1984)%20define%20calidad%20como,la%20t%C3%A9cnica%20y%20la%20interpersonal.)
- Urrea, J. (2018). Hipertensión arterial en la mujer. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25(1), 13-20. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563317302590>
- Urzúa , A., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>
- Varela Arebalo, M. T., Arrivillaga Quintero, M., Caceres, D. E., Correa Sanchez, D., & Holguin Palacios, L. E. (2005). Efectos benéficos de la modificación del estilo de vida en la presión arterial y la calidad de vida en pacientes con hipertensión. *Acta Colombiana de psicología*, 14(5), 69-85. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v8n2/v8n2a06.pdf>
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Gomez, A., & Montoya , L. M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 3(2), 203-211. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67930202>

Anexos

ANEXO 1

I. Guía de convalidación de sitio

1. ¿La institución accederá a que se permita realizar la investigación?
2. ¿La institución permitirá que se publiquen los resultados de la investigación?
3. ¿se realizó o se realiza estudios de investigación en la institución sobre la incidencia de la enfermedad crónica no transmisible hipertensión arterial?
4. ¿Con cuántos consultorios cardiológicos cuenta la institución?
5. ¿Qué días de atención brindan los consultorios cardiológicos?
6. ¿Qué horarios de atención tienen los consultorios de cardiología?
7. ¿Con cuántos cardiólogos cuenta la institución?
8. ¿Cuántas personas concurren a los consultorios de cardiologías mensualmente con diagnóstico de hipertensión arterial?
9. ¿Cuál es el porcentaje de hombres y mujeres que concurren a los consultorios de cardiología para su control de hipertensión arterial?
10. ¿Cuáles son las edades más frecuentes de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que concurren al consultorio de cardiología?
11. ¿Con que frecuencia se realizan los controles en pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial?
12. ¿La institución cuenta con servicios de estadísticas sobre enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial)?
13. ¿La institución dispone de un espacio donde se pueda aplicar el cuestionario seleccionado para la recolección de datos en la población en estudio?
14. ¿la institución permite el acceso a las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial para tener conocimiento del proceso del tiempo que tiene dicha enfermedad en los mismos?
15. ¿Con que otros servicios cuenta la institución en relación a estudios complementarios para el control de la hipertensión arterial?
16. ¿Se realiza en la institución programas de promoción en salud? Si es afirmativa ¿Cuáles son?
17. ¿Se realizan charlas de prevención de enfermedades crónicas como lo es la hipertensión arterial? Si es afirmativa ¿Cada cuánto tiempo se realizan? ¿Es para la población en general o solo para los afiliados a la institución?



FACULTAD
DE
CIENCIAS MÉDICAS

Universidad Nacional de Rosario

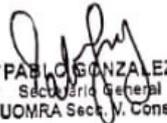
----Quien suscribe, Lic. Acosta, Simón docente de la Actividad Académica Taller de Investigación de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, certifica

que..... DIÁZ, PAOLA, DNI 26.503.297

.....
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.-----

El mismo/a deberá relevar datos de las Instituciones de Salud con el objeto de realizar sus trabajos prácticos en esta actividad académica.-----

A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los..... 19 días del mes de julio, 2022


PABLO GONZALEZ
Secretario General
UOMRA Sect. V. Const.


ACOSTA SIMÓN
LIC. EN ENFERMERÍA
Mat. 3502

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558
Fax 341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

ANEXO II

II. Instrumento de recolección de datos

Cuestionario Capacidad de agencia de autocuidado, para evaluar e identificar el autocuidado en pacientes con Hipertensión Arterial

Instrucciones: lea atentamente cada pregunta y responda con una (X) la opción correcta que usted cree que lo identifica con su accionar cotidiano. Contiene preguntas acerca de acciones de autocuidados, la frecuencia con la que usted se dedica a cada una de ellas.

Edad:Sexo: Femenino () Masculino ()

<u>PREGUNTAS</u>		N U N C A	C A S I N U N C A	A V E C E S	C A S I S I E M P R E	S I E M P R E
		<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
<u>1</u>	Considero importante realizar ejercicios					
<u>2</u>	Invierto tiempo en mi propio cuidado					
<u>3</u>	Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad					
<u>4</u>	Considero que la cantidad máxima de sal que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son dos cucharaditas					
<u>5</u>	Conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad					
<u>6</u>	Realizo cambios según las necesidades para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad					
<u>7</u>	Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibras y baja en grasas					

<u>8</u>	Evalúo si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar y el de mi familia					
<u>9</u>	Realizo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado					
<u>10</u>	Siento que mi estado de ánimo me permite cuidarme					
<u>11</u>	Cuando duermo 6-8 horas diarias, me siento descansado					
<u>12</u>	Considero que conozco como actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial					
<u>13</u>	Cuando inicio un nuevo medicamento solicito al profesional de enfermería que me proporcione información necesaria sobre la correcta administración					
<u>14</u>	Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas					
<u>15</u>	Considero que el personal de enfermería me escucha y aclara mis inquietudes					
<u>16</u>	Camino diariamente como mínimo, 30 minutos					
<u>17</u>	Siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual					

Cuestionario de Calidad de Vida en Hipertensión Arterial (MINICHAL)

Instrucciones: lea atentamente cada pregunta y responda marcando con una (X) las afirmaciones con la que usted se reconoce. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor, cómo se ha sentido durante esta última semana, incluyendo el día de hoy?

PREGUNTAS	OPCIONES			
	No, en absoluto	Sí, algo	Sí, bastante	Sí, mucho
1. Ha tenido dificultades para conciliar el sueño				
2. Ha tenido dificultades para continuar con sus relaciones sociales habituales				
3. Le ha resultado difícil entenderse con la gente				
4. Siente que no está jugando un papel útil en su vida				
5. Se siente incapaz de tomar decisiones y empezar nuevas cosas				
6. Se ha notado constantemente agobiado y en tensión				
7. Tiene la sensación de que la vida es una lucha continua				
8. Se siente incapaz de disfrutar sus actividades habituales cada día				
9. Se ha sentido agotado y sin fuerzas				
10. Ha tenido la sensación de que estaba enfermo				
11. Ha notado dificultades al respirar o sensación de falta de aire sin causa aparente				
12. Se le han hinchado los tobillos				
13. Ha notado que orina más a menudo				
14. Ha notado sequedad de boca				
15. Ha notado dolor en el pecho sin hacer ningún esfuerzo				

16. Ha notado una sensación de entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo				
--	--	--	--	--

Consentimiento informado

A través del presente documento, acepto participar voluntariamente en la investigación titulada “Capacidad de agencia de autocuidado y Calidad de vida, según edad y sexo de pacientes con diagnóstico de Hipertensión arterial que asisten a los Consultorios Externos de una Obra Social Sindical de Villa Constitución”. Cuyo objetivo es describir la relación que existe entre la capacidad de agencia de autocuidado y la calidad de vida, según edad y sexo de pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial. Declaro que he sido informado por la enfermera Diaz, Paola de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario (UNR), que mi participación contribuirá con información importante para la realización de este estudio de investigación.

Sé que mis respuestas a estos instrumentos serán guardadas con estricta confidencialidad y que ellas serán analizadas científicamente dentro del conjunto total de respuestas proporcionadas por las personas que participen, sin hacer referencia a la información entregada por ninguna persona en particular.

Declaro haber sido informado(a) que mi participación en este estudio será completamente voluntaria y que no recibiré ningún tipo de retribución económica por ella.

Entiendo, además, que tengo derecho a negarme a participar o a suspender y dejar inconclusa mi participación cuando así lo desee, sin que deba explicar tal acción.

Manifiesto tener conocimiento que no habrá ninguna consecuencia desfavorable a mi persona y salud.

He sido informado además que, si lo deseo, podré conocer los resultados globales del estudio, una vez terminado.

En consecuencia, por el presente documento, otorgo mi consentimiento voluntario e informado para participar en el estudio arriba descrito.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____

ANEXO III

III. Resultado del estudio exploratorio

El sitio seleccionado para la realización de la investigación es una Institución privada llamada Consultorios Externos de una Obra Social Sindical que pertenece a la ciudad de Villa Constitución, provincia de Santa Fe, que está constituida por consultorios con distintas especialidades, incluida Cardiología, que es la especialidad que nos brindará la posibilidad de llegar a la población hipertensa en estudio.

Se entrego a las autoridades la carta solicitando permiso para la realización de la investigación y así aplicar la guía de convalidación se sitio. Se obtuvo la autorización y la aceptación por parte de los directivos de la Institución para el ingreso y así implementar la entrevista al referente del lugar.

La institución dispone de un consultorio de cardiología, donde sus días de atención son de lunes a sábados distribuidos en horarios rotativos. La institución cuenta con la atención de cuatro especialistas en cardiología. Al establecimiento concurren mensualmente 310 personas con diagnósticos de hipertensión arterial aproximadamente, y el porcentaje en cuanto a hombres es de un 60% y en mujeres un 40%, de distintas edades, siendo las más frecuentes desde 30 a 85 años. Su control mensual depende de cada paciente, a mayor edad, mayores niveles de presión arterial, y que presentan enfermedades asociadas como por ejemplo la diabetes, según el riesgo cardiovascular que tenga y daños en los órganos blancos, se necesita controles cada dos o tres meses, jóvenes y con solo diagnóstico de hipertensión arterial, dos controles anuales. La institución cuenta para realizar estudios complementarios para el diagnóstico de la hipertensión arterial, para su seguimiento y control, como un laboratorio, consultorio de ecografía para la realización de Doppler de cuello, ecocardiograma, un consultorio para realizar ergometrías, y un consultorio para la toma de presión y la realización de estudios MAPA. Cuenta con un consultorio de enfermería que es amplio, climatizado y tiene comodidad para la aplicación del cuestionario, también permite el acceso a las historias clínicas de los pacientes con HTA. En la institución no se realizó anteriormente estudios de investigación sobre ninguna enfermedad, ni programas o charlas sobre prevención de enfermedades crónicas no transmisibles como tampoco cuenta con servicios de estadísticas sobre patologías.

Al efectuar el estudio exploratorio se convalidó el sitio seleccionado ya que reúne los requisitos para la investigación.

ANEXO IV

IV. Resultado de la prueba piloto del instrumento

Se realizó la prueba piloto de los instrumentos en el sitio elegido, luego de la aplicación de la guía de convalidación de sitio, se tomaron seis pacientes con diagnósticos de hipertensión arterial con similares características a la de la población en estudio, de los cuales tres eran hombres y tres mujeres de distintas edades.

La prueba piloto es necesaria para evaluar la redacción de las preguntas, ítems, si están bien formuladas, si son entendibles al lector, si brindan la información que se pretende medir, lo que significa un control a la validez del instrumento.

La prueba piloto se realizó en el consultorio de enfermería, asignado por la institución, en un ambiente climatizado, amplio, tranquilo y cómodo, que cuenta con un escritorio, sillas, para la comodidad del paciente. Se comenzó explicando a cada paciente sobre el estudio a realizar, entregando el consentimiento informado a cada uno de ellos, y luego de la decisión de los pacientes en participar voluntariamente de la investigación, se les hace entrega de los dos cuestionarios, explicando su forma de llenado y a la vez comunicarle que mi presencia estará para cualquier duda que genere cada pregunta de ambos cuestionarios. Los mismo fueron bien interpretado por cada participante, las preguntas fueron entendibles para cada uno de ellos, el tiempo que llevó cada cuestionario en responderse fue aproximadamente de 10 minutos, quedando un total de 20 minutos para los dos cuestionarios.

Mediante esta prueba piloto se pudo comprobar la validez del instrumento, fue aceptado por cada participante seleccionado, a través de la claridad de cada pregunta no hay necesidad de modificar ninguna pregunta, y los resultados que se obtuvieron de la prueba piloto, comprueban que ambos cuestionarios miden las variables en estudio.



FACULTAD
DE
CIENCIAS MÉDICAS

Universidad Nacional de Rosario

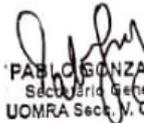
----Quien suscribe, Lic. Acosta, Simón docente de la Actividad Académica Taller de Investigación de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, certifica

que.....Díaz, Paola, DNI 26.503.297.....

..... es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.....

El mismo/a deberá relevar datos de las Instituciones de Salud con el objeto de realizar sus trabajos prácticos en esta actividad académica.....

A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los.....19 días del mes de Julio, 2022.....


PABLO GONZALEZ
Secretaría General
UOMRA Secc. M. Const.


ACOSTA SIMÓN
LIC. EN ENFERMERÍA
Mat. 3502

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558
Fax 341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar