

Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores*

Self-care agency and basic conditioning factors in the elderly

Autocuidado e fatores básicos condicionantes em adultos maiores

ALBA ROSA FERNÁNDEZ**, FRED GUSTAVO MANRIQUE-ABRIL***

Resumen

La agencia de autocuidado es la capacidad que posee un individuo para cuidar de sí mismo; en ella pueden influir unos elementos que son propios de la persona o del ambiente en que vive, llamados factores básicos condicionantes.

Objetivo: determinar la agencia de autocuidado y los factores básicos condicionantes en adultos mayores con hipertensión arterial, de Tunja, Boyacá, Colombia.

Metodología: estudio descriptivo, de corte transversal, con 240 adultos mayores, realizado en julio de 2009. Se usó la Escala ASA para valorar la agencia de autocuidado y la ficha de datos sociodemográficos y salud (DSDS). Los datos se analizaron en SPSS, versión 15.0.

Resultados: la media total ASA de los adultos mayores fue de 46,8, desviación estándar de 4,6; el 99,6% presentó “baja agencia de autocuidado”, en un rango de 24 a 59 puntos. La edad media fue de 71,6, desviación estándar de 6,7; el 48,8% se ubicó en un rango de 60-70 años de edad; 76,7% eran mujeres; 49,2% sin escolaridad; 42,5% viudos; 70,4% de oficios del hogar; 53,3% correspondían al estrato social 1; 73,8% vivían con la familia. El 21,7% estaba afiliado a Caprecom. El 23,8% presentaba problemas renales; el 71,3% reportó deficiencias visuales; el 78,3% cursaba con tensión arterial media normal y el 84,2% con pulso normal. El 72% del sexo femenino se ubicó en un rango de diámetro abdominal en riesgo (mayor de 80 cm).

Conclusión: los adultos mayores presentaron baja agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes que ameritan la atención por enfermería.

Palabras clave: anciano, autocuidado, enfermería, enfermedad crónica, hipertensión (Fuente: DeCs Bireme)

* El presente artículo es producto de las consideraciones metodológicas de la tesis *Efecto de una intervención educativa de enfermería en el fortalecimiento de la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso ambulatorio de Tunja, Boyacá, Colombia*, que sirvió como requisito para optar al título de doctora en Enfermería en la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, con el apoyo financiero de la Universidad de los Andes de Mérida, Venezuela.

** Investigadora principal, licenciada en Enfermería, profesora asociada, Escuela de Enfermería, Universidad de los Andes, Mérida, Venezuela, doctora en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia, magíster en Gerencia Educativa. Grupo Investigación en Salud Pública (UPTC) arfernandez@unal.edu.co Bogotá, Colombia

*** Tutor de la tesis y coautor, enfermero, Ph. D., profesor asociado, Universidad Nacional de Colombia, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC), Grupo de Gerencia en Enfermería, Grupo de Investigación en Salud Pública (GISP-UPTC-Universidad de Boyacá), fgmanriquea@unal.edu.co Bogotá, Colombia

Recibido: 03-12-09

Aprobado: 20-08-10

Abstract

Self-care agency is the capacity of an individual to take care of him/herself; elements of the individual or the environment he/she lives in may have influence, these are called basic conditioning factors.

Purpose: To determine the self-care agency and basic conditioning factors in old patients with hypertension in Tunja, Boyacá, Colombia.

Methods: Descriptive cross section study with 240 senior patients carried out in July 2009. ASA scale was used to assess self-care agency and the social-demographic and health data card (DSDS). Data were analyzed in SPSS, version 15.0.

Results: The total ASA mean of seniors was 46,8, standard deviation of 4,6; 99,6% showed "low self-care agency", within a range of 24 to 59 points. Average age was 71,6, standard deviation of 6,7; 48,8% were located within an age range of 60-70 years; 76,7% were women; 49,2% with no school education; 42,5% widowed; 70,4% housewives; 53,3% corresponded to social strata 1; 73,8% lived with their families. 21,7% were affiliated to Caprecom. 23,8% had kidney problems; 71,3% reported visual deficiencies; 78,3% presented normal average blood pressure and 84,2% normal heart beat. 72% of females were within a risky abdominal diameter range (higher than 80 cm).

Conclusion: Seniors showed low self-care agency and basic conditioning factors deserving nursing care.

Keywords: aged, self care, nursing, chronic disease, hypertension

Resumo

Autocuidado é a capacidade dos indivíduos para exercer cuidados sobre si mesmos. Nesta capacidade podem influir fatores pessoais ou ambientais que são chamados de fatores básicos condicionantes.

Objetivo: Determinar a capacidade do autocuidado e dos fatores básicos condicionantes em adultos maiores que sofrem de hipertensão arterial, de Tunja, Boyacá, na Colômbia.

Metodologia: Estudo descritivo e transversal, com a participação de 240 adultos maiores, feito em julho de 2009. A Escala ASA foi utilizada para valorar a capacidade de autocuidado e a ficha de dados sócio-demográficos e de saúde (DSDS). Os dados foram analisados no SPSS, versão 15.0.

Resultados: A média total ASA dos adultos maiores foi de 46,8; mostrando um desvio padrão de 4,6. 99,6% da população apresentaram uma "baixa capacidade do autocuidado", numa faixa de 24 a 59 pontos. A média de idade foi de 71,6 anos; o desvio padrão foi de 6,7; 48,8% da população pertenciam à faixa etária de 60-70 anos; 76,7% eram mulheres, 49,2% não tinham educação escolar; 42,5% eram viúvos, 70,4% trabalhavam como empregados domésticos; 53,3% pertenciam ao estrato social 1; 73,8% moravam com as suas famílias. 21,7% es-

tavam afiliados ao Caprecom. 23,8% apresentaram problemas renais; 71,3% reportaram deficiências visuais; 78,3% apresentavam uma média de tensão arterial normal e 84,2% apresentavam um pulso normal. 72% das fêmeas da população apresentam um diâmetro abdominal que as põe em risco (mais de 80 cm.)

Conclusão: Os adultos maiores apresentaram uma baixa capacidade de autocuidado e dos fatores básicos condicionantes que precisam da atenção da enfermagem.

Palabras chave: idoso, autocuidado, enfermagem, doença crônica, hipertensão

INTRODUCCIÓN

La situación demográfica del adulto mayor es uno de los fenómenos que mayor interés viene despertando en las políticas sociales de salud y de economía en el ámbito mundial (1, 2). El Departamento Nacional de Estadística –DANE– (3) en 2006 determinó que Colombia contaba con 41 468 384 habitantes, es decir, representa el tercer país de Latinoamérica con mayor población; de los cuales, el 51,4% eran mujeres y el 48,6% hombres. El 75% de la población estaba ubicada en el área urbana y el 25% en la rural. La esperanza de vida se situó en 72,5 años, 77,5 para mujeres y 70,7 para hombres (4). El 9,1% (3 778 000) de la población total era mayor de 60 años, el 54% pertenecía al género femenino y el 46% al masculino (5).

El progresivo aumento de la población de edad avanzada está obligando a los sistemas de salud de todos los países a diseñar estrategias que respondan a las crecientes demandas de este colectivo, debido a algunos problemas que lo caracterizan, como su morbimortalidad, donde prevalecen las enfermedades crónicas, entre ellas, la hipertensión arterial (HTA), debidas a las modificaciones en los estilos de vida, como el alto consumo de sal, la obesidad, el tabaquismo, el sedentarismo, el estrés y una mayor expectativa de vida de la población (6, 7), situación que lleva a que este grupo poblacional sea el principal consumidor de recursos sanitarios, de camas hospitalarias, de reingresos, y se señala como el primer consumidor de diversos medicamentos (8).

En Colombia, los departamentos con mayor proporción de población mayor, 63,12%, son los de Boyacá, Caldas, Tolima, Quindío, Risaralda y Cundinamarca (6). En el departamento de Boyacá, la HTA es la primera causa de morbilidad por consulta externa en la población pobre y vulnerable de 60 y más años (17,5%) (9). Este aumento

ha hecho que se considere en la actualidad una epidemia; es causa de diversas complicaciones, como accidentes vasculares encefálicos, infarto del miocardio, insuficiencia cardiaca, daño ocular y renal, y discapacidades (10, 11).

El presente estudio se desarrolló en Tunja, capital del departamento de Boyacá, Colombia; para el 2008 reportó una población de 164 676 habitantes, 156 689 (95,1%) se distribuyeron en la zona urbana, 52,5% eran mujeres y 47,5% hombres. Del total de la población, 12 284 (7,4%) eran adultos mayores, de 60 y más años (9), de los cuales el 26% pertenecía a los estratos más bajos del Sistema de Identificación de Beneficiarios (Sisbén) (12), lo que los calificó como población vulnerable, en estado de desprotección o amenaza en su condición psicológica, física y mental.

En Tunja, la HTA se encontró entre las primeras causas de morbimortalidad en adultos mayores, y se identificaron como principales factores de riesgo el sedentarismo, los malos hábitos alimenticios, el consumo excesivo de grasas y de sal y la falta de cultura para la utilización de los servicios de salud (9).

En este municipio, los beneficiarios del régimen subsidiado se encuentran distribuidos en las empresas promotoras de salud solidaria (EPS), como la Caja de Previsión Social de Comunicaciones –Caprecom–, la Caja de Compensación Familiar de Boyacá y Casanare

–Comfaboy–, la Comunidad Participativa con Transparencia Administrativa –Comparta–, entre otras (9). Estas empresas, junto con las instituciones de atención como el Centro de Salud Sede Caja de Previsión de Tunja, que pertenece a la Empresa Social del Estado Santiago de Tunja (ESE), ofrecen programas de controles para pacientes hipertensos (13).

Así como ha ido creciendo la población de adultos mayores, también se han aumentado las enfermedades crónicas en este grupo poblacional; la baja prioridad que se da a la vejez en las políticas sociales y de salud obliga a los adultos mayores a depender más de su propio esfuerzo, organización y protagonismo, así como del apoyo solidario de la familia y de la comunidad para satisfacer sus necesidades básicas y de la responsabilidad de enfermería con este grupo etario en el fortalecimiento de la agencia de autocuidado a fin de prevenir o controlar las complicaciones propias de esta patología.

De la teoría de enfermería de déficit de autocuidado de Orem, se revisó el concepto agencia de autocuidado, definido como “el poder para ocuparse en el autocuidado, que se desarrolla en el curso de la vida diaria a través del proceso espontáneo del aprendizaje” (14). Se ayuda a su desarrollo con la curiosidad intelectual, con la instrucción y la supervisión de otros y mediante la experiencia en la realización de medidas de autocuidado (14).

La agencia de autocuidado se formalizó como una estructura surgida de la combinación de tres partes: las capacidades para realizar operaciones de autocuidado estimativas, transicionales y productivas, los diez componentes de poder que capacitan para la realización de operaciones de autocuidado y las capacidades fundamentales y disposiciones que se articulan con los componentes de poder en su relación con las capacidades operativas (14, 15).

Teóricamente, los elementos de la estructura de la agencia de autocuidado están presentes en los individuos y se relacionan con la intención de llevar a cabo una conducta dada (14); por ejemplo, las personas con HTA, con el tiempo desarrollan ciertas habilidades para mantener atención hacia sí mismo como agente de autocuidado; entre ellas se encuentra la adquisición de información para conocer la acción y las dosis de sus medicamentos para el control de la presión arterial; para precisar los alimentos que contienen sodio y decidir evitarlos; se motivan a practicar ejercicio, y así mantener cifras arteriales normales; de esta manera, sus estilos de vida empiezan a cambiar junto con el de sus familiares.

Sin embargo, a veces, a pesar de que la agencia de autocuidado esté desarrollada, no puede hacerse operativa totalmente; es decir, que por alguna razón la persona tiene la capacidad para cuidar de su salud, pero no lleva a la práctica el uso de la misma. A este respecto, la teoría de déficit de autocuidado explica que el desarrollo, la calidad y el nivel de agencia de autocuidado están afectados por elementos internos y externos al individuo conocidos como factores básicos condicionantes (FBC), que son propios de la persona o del ambiente en que vive.

Orem (14) clasificó los FBC en cuatro grupos o categorías: los descriptivos, del patrón de vida, del sistema de salud y estado de salud, y del estado de desarrollo. Los descriptivos tienen como finalidad ofrecer información sobre la persona que va a recibir los cuidados

enfermeros; se incluyen en esta categoría la edad, el sexo, la residencia y sus características ambientales, los factores del sistema familiar, los factores socioculturales (nivel de educación, ocupación, experiencias laborales y vitales) y los factores socioeconómicos. Los del patrón de vida se refieren a las medidas de autocuidado habituales que llevan a cabo las personas: cómo ocupa el tiempo, responsabilidades que asume con quienes convive, formas de cuidado según la enfermedad.

Los del sistema de salud y estado de salud, incluyen los aspectos anatómicos, fisiológicos y psicológicos, agrupados en las características del sistema de salud, y las condiciones de salud identificadas y documentadas por el profesional de la salud, por el paciente y por los miembros de la familia. Por último, los del estado de desarrollo se relacionan con las capacidades de autogobierno observadas por enfermería y descritas por la persona sobre las condiciones de vida actuales o sobre los factores que afectan estas capacidades negativamente (14).

La revisión de las investigaciones realizadas a nivel mundial sobre la temática de autocuidado demuestra el interés de la disciplina de enfermería por estudiar la agencia de autocuidado y los FBC en personas con enfermedades crónicas; Gallegos (16), en un estudio descriptivo, concluyó que los pacientes hospitalizados debían recurrir a profesionales calificados para recibir el cuidado requerido y que existía un conjunto de FBC que impactaban las capacidades de autocuidado de los pacientes. Asimismo, Hong (17), en un estudio descriptivo, correlacional, comparativo, en 97 pacientes (57 hospitalizados y 40 ambulatorios), encontró diferencia estadística significativa entre el promedio de los tipos de conocimiento sobre autocuidado en pacientes hipertensos, relacionados con nutrición, ejercicio, control de peso, y las características de los sujetos, como edad, raza, historia familiar, hospitalización, nivel educativo, ocupación. Otro hallazgo relevante es que los FBC ocupación, lugar de residencia, sexo y edad no tuvieron efecto significativo en la agencia de autocuidado de los pacientes hipertensos, mientras que el nivel educativo y los ingresos económicos sí lo tuvieron (18).

No obstante, en Tunja, aparentemente no hay investigaciones enfocadas en estos temas, específicamente en adultos mayores con hipertensión arterial. El objetivo de este artículo fue determinar la agencia de autocuidado y

los FBC en adultos mayores con hipertensión arterial, de Tunja, Colombia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una investigación cuantitativa, de corte transversal, durante julio de 2009; de un total de 1024 adultos mayores inscritos en los programas de hipertensos de los centros de salud de Tunja, Colombia, participaron en el estudio 240; el muestreo fue no probabilístico a conveniencia, según los siguientes criterios de inclusión: de 60 años y más, de estratos sociales bajos; inscritos en programas de hipertensos, sin problemas mentales diagnosticados ni enfermedades en etapa terminal, como el cáncer, que los limitaran a participar en el estudio.

Se contó tanto con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, como con el permiso de las autoridades pertinentes de los centros de salud de Tunja, para obtener los registros de la población a estudiar y llevar a cabo la investigación. La participación de los adultos mayores fue voluntaria, mediante la firma del consentimiento informado, posterior a la información ofrecida sobre la investigación.

Para obtener la información acerca de los FBC de los adultos mayores, se aplicó el formato de datos sociodemográficos y de salud (DSDS) elaborado por los autores, el cual consta de tres partes. En la primera se encuentran los datos de identificación: código (un número que se le asignó a cada participante), cédula de ciudadanía, dirección, teléfono. La segunda parte correspondió a los FBC descriptivos: edad, sexo, nivel educativo, estado civil, ocupación, estrato social, convivencia con la familia; y la tercera parte que comprendió los FBC relacionados con el sistema de salud (empresa promotora de salud a la que estaba inscrito) y el estado de salud: enfermedades agregadas (problemas cardíacos, renales, diabetes); deficiencias que presentaba (motoras, visuales, auditivas), valores de los signos vitales (tensión arterial media, TAM, y pulso); y las medidas antropométricas (peso, talla, diámetro abdominal, índice de masa corporal, IMC).

La escala para valorar la agencia de autocuidado (ASA, por sus siglas en inglés, que corresponden a Appraisal of Self-Care Agency Scale), originalmente se basa en la estructura de la agencia de autocuidado; sin embargo, no se han reportado dimensiones explícitas

(15, 19). Estudios transculturales han revelado propiedades psicométricas aceptables de la escala ASA en diversas poblaciones, a nivel internacional (20); en Hong Kong el análisis factorial con rotación *quartimax* mostró 7 factores que explicaban el 70% de la varianza total, consistencia interna de 0,72 (21); en Suecia el análisis factorial de segundo orden de 4 factores explicó el 50% de la varianza, 0,68 de consistencia interna (22), y en México, donde se realizó la primera versión al español, la confiabilidad de esta escala por alfa de Cronbach fue de 0,77 (16). Las pruebas psicométricas de la escala ASA original mostraron una confiabilidad de 0,67-0,90 para el coeficiente alfa (23).

En el presente estudio, para determinar la agencia de autocuidado se utilizó la escala ASA, adaptada por Reales (24, 25), que consta de una escala Likert de 4 apreciaciones (nunca 1, casi nunca 2, casi siempre 3 y siempre 4), en un rango de 24 a 96 puntos, considerando que los ítems 6, 11 y 20 son negativos; se realizó el ajuste a estos ítems, antes de hacer la suma total. Esta versión del ASA fue validada por los autores tanto con datos secundarios (23) como con los datos de la actual investigación.

El análisis de los componentes principales de la escala ASA ha mostrado a nivel internacional una estructura conformada por entre cuatro y siete factores que explicaron la varianza total en un rango de 50% a 70% (21, 22). En Colombia se ha mostrado una situación muy parecida, una estructura conformada por nueve factores (*eigenvalue*), mayores de 1, que revelaron el 65,87% de la varianza total, con datos secundarios (23), y el 58,46% con datos de la presente investigación; comparable a lo encontrado por Soderham (22).

La consistencia interna, valorada con alfa de Cronbach, se encontró en 0,74 tanto con los datos secundarios (23) como con los del presente estudio; resultados ubicados en los rangos 0,72-0,90 reportados en estudios internacionales (21, 26); es considerada una consistencia fuerte según lo sugerido por Sánchez (27) para validación de escalas de medición en salud, índices entre 0,7 y 0,9. Por consiguiente, la versión de Reales de la escala ASA se considera un instrumento válido y confiable para valorar la capacidad de agencia de autocuidado en adultos mayores con enfermedades crónicas en el contexto colombiano.

La escala ASA valora si una persona puede conocer sus necesidades generales actuales de autocuidado;

asimismo, mide solo la operatividad del autocuidado, y hasta el momento no hay evidencia que demuestre la diferencia entre la baja y la alta agencia de autocuidado. En el ámbito nacional, en varias investigaciones, a la segunda versión en español se le han asignado diferentes rangos, de manera arbitraria, debido a que desde su origen ha sido catalogada como unidimensional (15, 19). Se han establecido dos categorías, suficiente y deficiente agencia de autocuidado, según corte de la media total de la escala ASA aplicada a personas con hipertensión arterial hospitalizadas (24); también se ha catalogado, según la distribución de la mediana, de acuerdo con los puntajes de los ítems (25) y, de manera equívoca, se han otorgado rangos (28) que no corresponden a lo sugerido por autores como Evers (19) y Gast (15) en cuanto al mínimo y al máximo puntaje posible.

En el presente estudio se asignaron dos categorías: “baja agencia de autocuidado” a los adultos mayores con hipertensión que obtuvieron un rango de 24 a 59 puntos, hacia la izquierda de la escala Likert, y “alta agencia de autocuidado” a quienes se ubicaron entre 60 y 96 puntos, hacia la derecha de la escala Likert, siguiendo el principio de la media.

Se llevó a cabo un estudio previo en dos comunidades de Boyacá (Tunja y Soracá), con el fin de comprobar que las instrucciones y los ítems de la escala ASA eran comprendidos por los adultos mayores, realizar los ajustes en el formato de datos sociodemográficos y de salud (DSDS) y estimar las medias y la desviación estándar para calcular el tamaño de la muestra de la investigación principal (29).

Los datos se analizaron en SPSS versión 15.0[®], se usó estadística descriptiva, calculando las medidas de tendencia central y de dispersión de cada una de las variables cuantitativas expresadas en medias, desviación estándar, mediana, moda, mínimo, máximo, y en frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas.

RESULTADOS

Agencia de autocuidado de los adultos mayores con hipertensión arterial, en Tunja

En la tabla 1 se observa que los adultos mayores con hipertensión arterial de esta ciudad, reportaron una media

total general del ASA de 46,8 (DS 4,6); el 99,6% presentó “baja agencia de autocuidado”, en un rango de 24 a 59 puntos, según las categorías establecidas en el estudio para la escala ASA.

Factores básicos condicionantes

Los FBC descriptivos se presentan en la tabla 2, donde se detecta que los adultos mayores presentaron una edad media de 71,6 (DS 6,7), mínima 60, máxima 90; 48,8% se ubicaron en el rango de edad de 60-70 años; 76,7% pertenecían al sexo femenino; sin escolaridad 49,2%; 42,5% eran viudos; 70,4% de oficios del hogar; 53,3% estaban asignados al estrato social 1; 73,8% vivían con la familia.

Tabla 1. ASA total general y rangos según arbitrariedad

Valores del ASA	Adultos mayores con hipertensión arterial (n = 240)	
ASA total general	46,8	(4,6)
Media y DS*		
Mediana	47	
Rangos ASA (f y %)**	239	(99,6)
Baja 24-59	1	(0,4)
Alta 60-96		

* DS = desviación estándar;

** f = frecuencia y % = porcentaje.

Tabla 2. Factores básicos condicionantes descriptivos

Factores básicos condicionantes descriptivos	Adultos mayores con hipertensión arterial (n = 240)	
Edad		
Media y DS*	71.6	(6.7)
Mínima	60	
Máxima	90	
Rango de edad (f y %)**		
60-70	117	(48.8)
71-80	101	(42.1)
81 y +	22	(9.2)

Factores básicos condicionantes descriptivos	Adultos mayores con hipertensión arterial (n = 240)	
Sexo (f y %)		
Masculino	56	(23.3)
Femenino	184	(76.7)
Nivel educativo (f y %)		
Sin escolaridad	118	(49.2)
Primaria	110	(45.8)
Secundaria	12	(5.0)
Estado civil (f y %)		
Casado	70	(29.2)
Soltero	68	(28.3)
Viudo	102	(42.5)
Ocupación (f y %)		
Pensionado	11	(4.6)
Activo	7	(2.9)
Hogar	169	(70.4)
Ninguna	53	(22.1)
Estrato social (f y %)		
Estrato 1	128	(53.3)
Estrato 2	112	(46.7)
Vive con la familia (f y %)		
Si	177	(73.8)
No	63	(26.2)

* DS = desviación estándar;

** f = frecuencia y % = porcentaje

Los FBC del sistema de salud y del estado de salud se observan en las tablas 3 y 4. Según la tabla 3, la empresa promotora de salud solidaria (EPS-S) que garantizaba la atención en salud a los adultos mayores de Tunja era la Caja de Previsión Social de Comunicaciones (Caprecom), con un 21,7% de afiliados. Los participantes en el estudio presentaron 23,8% de problemas renales, 71,3% de deficiencias visuales y el 78,3% cursaba con tensión arterial media normal y 84,2% con pulso normal.

Tabla 3. Factores básicos condicionantes del sistema de salud y del estado de salud

Factores básicos condicionantes de salud	Adultos mayores con hipertensión arterial (n = 240)				
Del sistema de salud	EPS-S* (f y %)**				
	Caprecom	52	(21,7)		
	Comfaboy	43	(17,9)		
	Comparta	48	(20,0)		
	Emdis	36	(15,0)		
	Camfamiliar	23	(9,6)		
	Otro	38	(15,8)		
Del estado de salud	Enfermedades que presenta (f y %)	Sí		No	
	Problemas cardiacos	56	(23,3)	184	(76,7)
	Problemas renales	57	(23,8)	183	(76,3)
	Diabetes	33	(13,8)	207	(86,3)
	Deficiencias que presenta (f y %)	Sí		No	
	Motoras	99	(41,3)	141	(58,8)
	Visuales	171	(71,3)	69	(28,8)
	Auditivas	83	(34,6)	157	(65,4)
Signos vitales	Rango de tensión arterial media TAM (mm Hg)*** (f y %)				
	Baja (55-69,9)	8	(3,3)		
	Normal (70-105)	188	(78,3)		
	Alta (105,1-130)	44	(18,3)		
	Rango de pulso por minuto (f y %)				
	Bajo < 60	28	(11,7)		
	Normal 60-90	202	(84,2)		
Alto > 90	10	(4,2)			

* EPS-S empresa promotora de salud solidaria
 Caprecom Caja de Previsión Social de Comunicaciones
 Comfaboy Caja de Compensación Familiar de Boyacá y Casanare
 Comparta Comunidad Participativa con Transparencia Administrativa
 Emdis Empresa Mutual para el Desarrollo Integral de la Salud
 Comfamiliar Caja de Compensación Familiar

** f = frecuencia y % = porcentaje

*** milímetros de mercurio

En la tabla 4 se detecta que los adultos mayores presentaron una media del peso de 60,2 (DS 10,1), mínimo de 37, máximo de 87 kilogramos; el 72% del sexo femenino se ubicó en un rango de diámetro abdominal

en riesgo (mayor de 80 cm); la media del IMC fue de 26,8 (DS 4,5), 62,9% con sobrepeso, determinado por el IMC 25-50 kg/m²; en el otro extremo, un 4,6% presentó bajo peso.

DISCUSIÓN

La agencia de autocuidado en los adultos mayores con hipertensión arterial de manejo ambulatorio en Tunja fue baja; hallazgo similar por Guevara (30), quien en un estudio preexperimental, con pacientes hipertensos, encontró en la preprueba que las capacidades de autocuidado de los mismos eran deficientes; resultado semejante al de Sánchez (31). Orem (14) refiere que esta capacidad se afecta por la presencia de FBC en los individuos para satisfacer las demandas de autocuidado de todos los requisitos de autocuidado, o pueden significar un obstáculo para su cobertura. Igualmente, la autora establece que la agencia de autocuidado varía en los individuos dentro de una gama con respecto a su desarrollo desde la infancia hasta la ancianidad, con el estado de salud, con el nivel educativo, con las experiencias de vida en la medida en que permiten el aprendizaje, la exposición a influencias culturales y el uso de recursos en la vida diaria.

Orem (14) manifiesta que enfermería, como un servicio humano, se ocupa de ofrecer un conocimiento especializado a las personas que requieren un positivo autocuidado. Se entiende que la enfermera debe comprender los conceptos que constituyen la teoría de déficit de autocuidado para poder desarrollar en los adultos mayores la agencia de autocuidado y que existen FBC que son propios de la persona o del ambiente en que vive, que afectan la cantidad, la calidad y la propia capacidad de cuidar de sí mismo que esta persona requiere.

Los FBC han reportado un efecto significativo en la agencia de autocuidado, en especial el nivel educativo y el socioeconómico (16, 18, 32); en adultos que sufren algún padecimiento, el FBC del estado de salud se constituye en un factor determinante de la agencia de autocuidado (16). Para Orem (14), la edad y el estado de salud son factores que afectan las capacidades de agencia de autocuidado de los individuos. También establece que el autocuidado, como una conducta aprendida, se va desarrollando progresivamente en la vida humana, bajo la rutina de las actividades de la vida diaria, siguiendo un patrón normal, pero, cuando la persona enferma, este patrón cambia, limitando la agencia de autocuidado.

Tabla 4. Factores básicos condicionantes del estado de salud

Medidas antropométricas	Adultos mayores con hipertensión arterial (n = 240)	
Valores de medidas antropométricas. Peso (kg)*		
Media y DS**	60,2	(10,1)
Mediana	60,0	
Moda	65,0	
Mínimo	37,0	
Máximo	87,0	
Talla (cm)		
Media y DS	1,50	(0,07)
Mediana	1,50	
Moda	1,45	
Mínima	1,15	
Máxima	1,74	
Rango de diámetro abdominal (cm)*** (f y %)****		
Masculino		
En riesgo (mayor de 90)	31	(12,9)
Normal (menor de 89)	25	(10,4)
Femenino		
En riesgo (mayor de 80)	172	(72,0)
Normal (menor de 79)	12	(5,1)
Índice de masa corporal (kg/m ²)*****		
Media y DS	26,8	(4,5)
Mediana	26,3	
Moda	21,7	
Mínima	18	
Máxima	41,4	
Rango de IMC (f y %)		
Bajo peso (16-19,9)	10	(4,2)
Peso normal (20-24,9)	79	(32,9)
Sobrepeso (25-50)	151	(62,9)

* kg = kilogramo;

** DS = desviación estándar;

*** cm = centímetros;

**** f = frecuencia y % = porcentaje;

***** kg/m² = kilogramos sobre metros cuadrados.

De los resultados obtenidos sobre los FBC descriptivos, en relación con la edad son comparables con otros estudios (32, 33), indicando que los adultos mayores con hipertensión arterial, de Tunja, estaban en una edad de autonomía, por lo general activos, vitales y vigorosos (34); en Colombia, la mayor parte de los adultos mayores se mantienen activos, aunque no implique remuneración económica (35).

El sexo femenino fue mayor que el masculino, lo cual es congruente con otras investigaciones (31, 36), tal vez porque en las mujeres la hipertensión arterial está asociada con la menopausia (37). Igualmente tiene una estrecha relación con lo planteado en la situación demográfica, que en los adultos mayores, así como en la población en general, el sexo femenino predomina sobre el masculino (5); también se explica por el índice de viudez en Colombia: mientras que es de 13% para los hombres, en las mujeres es de 43%, es decir, hay cerca de tres veces más viudas (35) en el grupo de adultos mayores.

Respecto al nivel educativo, se reportó sin escolaridad, estuvo en concordancia con lo planteado por Ávila (36). En Colombia, el nivel educativo de los adultos mayores es, en promedio, algo inferior a los seis años de estudios formales (35).

Con relación al estado civil, la mayoría eran viudos, similar a lo reportado por Backman (37), pero diferente a lo planteado por Dulcey (35): que el 75% de los adultos mayores es casado, mientras que el 12% es viudo. El mayor porcentaje se ocupaba de oficios del hogar, lo que guarda relación con ser en su mayoría de sexo femenino y personas mayores; este resultado coincide con otras investigaciones (30, 31). El total de la muestra perteneció a estrato social bajo (1 y 2); igual resultado obtuvieron otras investigaciones (16); según Thomas, las cifras de tensión elevadas se presentan más en grupos de bajo nivel socioeconómico (38).

Un alto porcentaje vivía con la familia; lo que coincidió con Guevara (30). En Colombia, por lo menos en uno de cada cuatro hogares vive una persona mayor de 60 años (35). El resultado difirió de lo reportado en otras investigaciones (33, 37), donde la mayoría de los adultos mayores eran independientes o vivían solos; esta comparación estuvo limitada por el área geográfica y el contexto cultural de los estudios.

Todos los adultos mayores estaban afiliados a una empresa promotora de salud solidaria (EPS-S); el mayor porcentaje a la Caja de Previsión Social de Comunicaciones (Caprecom). Este dato no se pudo comparar debido a que no se encontraron investigaciones con este reporte. El pertenecer a las EPS-S garantiza que los adultos mayores estén inscritos en programas de hipertensos (39).

El mayor porcentaje presentó problemas renales, como patologías agregadas a la hipertensión arterial, lo que no coincidió con autores como Sánchez (31), Conn (40), quienes encontraron los problemas cardiacos en los pacientes que cursaban con hipertensión y con otros estudios que reportaron la diabetes como enfermedad agregada (18, 33).

Las deficiencias visuales estuvieron presentes en la mayoría de los participantes del estudio, al igual que lo reportado por Swanlund (41); los estudios revisados que trabajaron específicamente con este grupo de personas no tomaron en consideración tal deficiencia. La literatura menciona que las deficiencias visuales empiezan a ser notables entre los 55 y los 65 años de edad, para lo cual se requiere de ayudas técnicas como los anteojos o gafas (42). Junto a la disminución de la agudeza visual propia del proceso de envejecimiento, se agrega el posible daño ocular por la hipertensión arterial (43).

La tensión arterial media, considerada dentro de los valores normales, indica un resultado que guarda estrecha relación con los controles que reciben los adultos mayores en los programas de hipertensos. Lo reportado no tiene relación con Landeros (44), quien obtuvo cifras altas de tensión arterial. El pulso se consideró dentro de los valores normales, que coinciden en gran manera con Guevara (30).

En cuanto al peso, según los rangos del IMC, la mayoría de los adultos mayores presentaron sobrepeso, pero también hubo un pequeño porcentaje con bajo peso; otros investigadores (16) igualmente encontraron sobrepeso, considerado como un factor de riesgo que genera mayores problemas en el paciente hipertenso.

Con relación al diámetro abdominal, el sexo femenino reportó un rango mayor de 80 cm, lo que significa que la adulta mayor con acumulación de grasa alrededor del vientre (con forma de manzana) tiene más probabilidades de sufrir enfermedades y complicaciones

relacionadas con el peso, principalmente de tipo cardiovascular y metabólico (45).

A pesar de que estas medidas antropométricas se consideran de riesgo para las complicaciones de la hipertensión arterial, son pocos los estudios para comparar; solo un 33% de los artículos que investigaron esta enfermedad crónica incluyeron el peso o el índice de masa corporal (38).

La muestra intencional, los criterios relacionados con la edad, el estrato social bajo, el estado de salud, pueden limitar la validez externa del estudio, aspectos que se deben considerar en futuras investigaciones.

CONCLUSIONES

La investigación reveló el uso de la teoría de enfermería de déficit de autocuidado, para determinar la agencia de autocuidado de los adultos mayores hipertensos en Tunja; sin embargo, hacen falta más estudios con énfasis en este concepto, sobre todo en los países latinoamericanos, especialmente en Colombia, y con poblaciones de adultos mayores.

Los hallazgos de la investigación mostraron que los adultos mayores con hipertensión arterial en Tunja presentan FBC que ameritan la atención por enfermería, ya que su identificación y comprensión permiten determinar la agencia de autocuidado y direccionar estrategias para prevenir o controlar las complicaciones propias de la enfermedad crónica.

Los resultados representan un pequeño pero importante aporte al profesional de enfermería interesado en la investigación acerca del comportamiento de los FBC en la agencia de autocuidado de los adultos mayores, llevando a cabo el análisis con mayor profundidad de los datos obtenidos que direccionen el estudio de las enfermedades crónicas, con el fin de expandir el cuerpo de conocimientos de la disciplina de enfermería, y que contribuya al diseño y la implementación de programas e intervenciones de enfermería, basadas en evidencia, con énfasis en los estilos de vida saludables, como una estrategia importante para la educación en salud de los pacientes hipertensos, y como una ayuda en la práctica de enfermería.

Como señala Zavala (46), los programas de promoción y prevención apuntan a capacitar a los usuarios con enfermedades crónicas en el autocuidado de su

enfermedad; en las evaluaciones de estos programas se ha detectado que aumentan la satisfacción y la motivación del usuario en la medida en que se le permite un mayor grado de autonomía; asimismo, se reporta el costo-beneficio que significa esta experiencia tanto para el usuario como para la institución.

Orem (14) establece que la persona enferma puede necesitar conocimientos especializados y más esfuerzos para su autocuidado; en ese caso es necesaria la ayuda de enfermería en ofrecer esos conocimientos y recomendaciones basados en la ciencia y en la tecnología médica para que el juicio del paciente sobre el autocuidado sea válido.

En tal sentido, enfermería debe ser un agente de inclusión social, generadora de cambios, sobre todo en el grupo poblacional de adultos mayores. Una contribución disciplinar en la región de Tunja, dado que la hipertensión arterial ocupa los primeros lugares en morbilidad y mortalidad de esta población, es que enfermería oriente la atención hacia la educación para la salud, reduciendo los factores de riesgo, promoviendo estilos de vida saludables, fortaleciendo la agencia de autocuidado y, por ende, en el estado de salud y el bienestar de este grupo de la comunidad tunjana, ya que disminuirían en él las complicaciones de la enfermedad crónica, la hospitalización, los reingresos y la dependencia de medicamentos antihipertensivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Briceño R. Longevidad. México: McGraw-Hill; 2000.
- (2) Pinazo S, Sánchez M. Gerontología: actualización, innovación y propuestas. España: Pearson, Prentice Hall; 2005.
- (3) Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Dirección de Censos y Demografía. Censo general 2005 [consultado el 6 de agosto de 2007]. En: http://dane.gov.co/files/censo2005/cente_tiempo.pdf
- (4) Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Proyecto sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en los países iberoamericanos. Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador y México. España; 2008 [consultado el 18 de junio de 2009]. En: http://www.oiss.org/IMG/pdf/situacion_necesidades_y_demandas_de_las_personas_mayores_en_Bolivia_Colombia_Costa_Rica_Ecuador_y_Mexico_ampliado_marzo_2008_.pdf
- (5) Caro P. Evaluación de las políticas públicas para envejecimiento y vejez en el departamento de Boyacá, 1992-2007.

[Tesis de magíster en Salud pública]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina; 2008.

- (6) González M. Análisis de situación de enfermedades no transmisibles seleccionadas, 2006: indicadores trazadores. Colombia: Ministerio de Protección Social; 2007 [consultado el 26 noviembre de 2008]. En: <http://www.minproteccionsocial.gov.co/vbecontent/library/documents/DocNewsNo15417DocumentNo2662.PDF>
- (7) Manrique F, Martínez A, Ospina J. Crecimiento poblacional y políticas públicas. Apuntes del Cenes 44. 2007; 27(44): 150-162.
- (8) Millán I, Roca A, Blanco K. La capacidad y percepción de autocuidado, una estrategia de elección para alcanzar una longevidad satisfactoria. Correo Científico Médico de Holguín. 2007; 114(4 Suppl. 1) [consultado el 26 de agosto de 2008]. En: <http://www.cocmed.sld.cu/no114sp/ns114rev3.htm>
- (9) Acuerdo Municipal 0019 de 13 de junio de 2008, por medio del cual se adopta el Plan de Desarrollo 2008-2011: Para Tunja lo mejor. Tunja, Colombia: El Concejo; 2008.
- (10) Gobernación de Boyacá, Secretaría de Salud. Boletín Epidemiológico Boyacá Sesalud 2007. Tunja: La Gobernación; 2007.
- (11) Barrera M, Guzmán T, Lancheros L. Diabetes mellitus e hipertensión arterial: aspectos médicos y nutricionales. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2006.
- (12) Gobernación de Boyacá. Sistema de identificación de potenciales beneficiarios de programas sociales Sisben. El mejor Sisben para Tunja. Estadísticas julio 2009 [consultado el 22 febrero de 2009]. En: <http://www.tunja.gov.co/index.php?idcategoria=8652>
- (13) Alcaldía mayor de Tunja. Empresa Social del Estado Santiago de Tunja. Tunja: Alcaldía Mayor de Tunja; 2007, 1-15.
- (14) Orem D. Nursing. Concepts of Practice, 6.^a ed. St. Louis, Missouri: Mosby; 2001.
- (15) Gast H, et al. Self-care agency: Conceptualizations and operationalizations. Adv Nurs Sci. 1989; 12(1):26-38.
- (16) Gallegos E. Validez y confiabilidad de la versión en español de la Escala: valoración de las capacidades de autocuidado. Desarrollo Cientif de Enferm. 1998; 6(9): 260-266.
- (17) Hong T. Defining and measuring self-care knowledge deficits in hypertensive patients. Self-Care, Depend-Care and Nursing. 2009; 17(1):29-31.
- (18) Durmaz A, et al. Self-care agency and factors related to this agency among practices with hypertension. J Clin Nurs. 2007; 16:679-687.
- (19) Evers G, et al. Validity testing of the Dutch translation of the Appraisal of the Self-Care Agency ASA Scale. Int J of Nurs Stud. 1993; 30(4):331-342.

- (20) Muñoz C et ál. La medición de los autocuidados: una revisión de la bibliografía. Enferm Clin. 2005; 15(2):76-87.
- (21) Fok M, et al. Contextualizing the Appraisal of Self-care Agency Scale in Hong Kong. Contemp Nurse. 2002; 12(2):124-134.
- (22) Soderhamn O, Evers G, Hamrin E. A Swedish version of the appraisal of Self-Care Agency (ASA) scale. Scand J Caring Sci. 1996; 10(1):3-9.
- (23) Manrique-Abril F, Fernández A, Velandia A. Análisis factorial de la escala valoración de agencia de autocuidado (ASA) en Colombia. Aquichan. 2009; 9(3):222-235.
- (24) Rivera L. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. Rev salud pública. 2006; 8(3):235-247.
- (25) Bastidas C. Asociación entre la capacidad de la agencia de autocuidado y la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con alguna condición de enfermedad coronaria, 2006. Av enferm. 2007; 25(2):65-75.
- (26) Sousa V, et al. Factor analysis of the appraisal of self-care agency scale in American adults with diabetes mellitus. Diabetes Educ. 2008; 34(1):97-108.
- (27) Sánchez R, Echeverri J. Validación de escalas de medición en salud. Rev salud pública. 2004; 6(3):302-318.
- (28) Peñaloza M. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial de la Fundación Médico Preventiva, San José de Cúcuta, 2004. Av enferm. 2006; 24(2):63-79.
- (29) Fernández A, Manrique F. Efecto de la intervención educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia, Suramérica. Rev Cienc Enferm. 2010; 16(2): 83-97
- (30) Guevara R. Impacto educativo de enfermería en la capacidad de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. Desarrollo Cientif Enferm. 2003; 11(7):206-210.
- (31) Sánchez C. Influencia del apoyo educativo de enfermería en el autocuidado del paciente con cardiopatía isquémica. Desarrollo Cientif Enferm. 2004; 12(2):36-40.
- (32) Soderhamn O, Lindercrona C, Ek A. Ability for self-care among home dwelling elderly people in a health district in Sweden. Int J Nurs Stud. 2000; 37:361-368.
- (33) Jaarsma T, et al. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: The effect of a supportive educational intervention. Heart Lung. 2000; 29(5):319-330.
- (34) Papalia D, Wendkos S, Duskin R. Desarrollo humano, 8.^a ed. Colombia-México: McGraw-Hill; 2001.
- (35) Dulcey E et ál. Envejecimiento, comunicación y política. Colombia: Ministerio de Comunicaciones, Centro de Psicología Gerontológica (Cepsiger); 2004.

- (36) Backman K, Hentinen M. Model for the self-care of home-dwelling elderly. *J Adv Nurs*. 1999; 30(3):564-572.
- (37) Thomas S, et al. A review of nursing research on blood pressure. *J Nurs Scholarship*. 2002; 34(4):313-321.
- (38) Ávila H, et ál. Intervención de enfermería en el autocuidado con apoyo educativo en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Cult cuid*. 2006; 10(20):141-146.
- (39) Ministerio de la Protección Social. Política nacional de envejecimiento y vejez, 2007-2019. Bogotá: El Ministerio; 2007.
- (40) Conn V, et al. Searching for the intervention in intervention research reports. *J Nurs Scholarship*. 2008; 40(1):52-59.
- (41) Swanlund S, et al. Keys to successful self-management of medications. *Nurs Sci Quar*. 2008; 21(3):238-246.
- (42) Warner K, Willis S. *Psicología de la vejez adulta y la vejez*, 5.^a ed. Madrid: Pearson, Prentice Hall; 2003.
- (43) Organización Panamericana de la Salud. *La hipertensión arterial como problema de salud comunitario*. Washington: OPS; 1990.
- (44) Landeros E, et ál. Estimación de las capacidades de autocuidado para la hipertensión arterial en una comunidad rural. *Rev Enferm*. 2004; 12(2):71-74 [consultado el 26 de agosto de 2008]. En: <http://www.est-capacidad-AutocuidadoHT.pdf>
- (45) Barrera M, Guzmán T, Lancheros L. *Diabetes mellitus e hipertensión arterial: aspectos médicos y nutricionales*. Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2006.
- (46) Zavala M, et ál. Funcionamiento social del adulto mayor. *Rev Cienc Enferm*. 2006; 12(2):53-62.