

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
FILIAL - JAÉN



**“CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO
EN EL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL. HOSPITAL EsSALUD - II JAÉN, 2016”**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA:

BACH. ENF. MARIANELLA ARTEAGA CASTAÑEDA

ASESORAS:

DRA. ALBILA BEATRÍZ DOMINGUEZ PALACIOS

DRA. ELENA VEGA TORRES

JAÉN - PERÚ

2017

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA
FILIAL JAÉN**



**CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN
EL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL.HOSPITAL EsSALUD-II JAÉN, 2016**

TESIS

**Para optar el Título Profesional de:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA:

Bach. Enf. Marianella Arteaga Castañeda

ASESORAS:

Dra. Albila Beatriz Domínguez Palacios

Dra. Elena Vega Torres

JAÉN, PERÚ

2017

COPYRIGHT © 2017 by
Arteaga Castañeda Marianella
Todos los derechos reservados

Arteaga Castañeda M. 2017. **Capacidad de agencia de autocuidado en el adulto mayor con hipertensión arterial. Hospital EsSalud-II Jaén, 2016/**

Marianella. 56 Páginas.

Escuela Académico Profesional de Enfermería

Asesoras: Dra. Albila Beatriz Domínguez Palacios

Dra. Elena Vega Torres


Disertación académica en enfermería-UNC 2017

Capacidad de agencia de autocuidado en el adulto mayor con hipertensión arterial.
Hospital EsSalud-II Jaén, 2016

AUTORA: MARIANELLA ARTEAGA CASTAÑEDA
ASESORAS: ALBILA BEATRIZ DOMÍNGUEZ PALACIOS
ELENA VEGA TORRES

Tesis evaluada y aprobada para la obtención del título de
Licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional de
Cajamarca por los siguientes miembros:

JURADO EVALUADOR


.....
M.C.s. Segunda Manuela Cabellos Alvarado.
PRESIDENTE


.....
Mg. Emiliano Vera Lara
SECRETARIO


.....
M.C.s. Doris Elizabeth Bringas Abanto
VOCAL

Jaén 2017, Perú

Se dedica este trabajo a:

A Dios por haberme dado la vida y permitirme haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

Madre Georgina por ser la persona que me ha acompañado durante todo mi trayecto estudiantil y de mi vida.

Mi padre Gilberto quien con sus consejos ha sabido guiarme para culminar mi carrera profesional.

Marianella Arteaga Castañeda

Se agradece a:

A mis profesores de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca-Filial Jaén, por haber contribuido de manera eficiente en mi formación profesional. Siempre los recordaré.

Al Hospital II EsSalud que de una u otra forma colaboraron para la elaboración de este trabajo.

A la Dra. Elena Vega Torres y Dra. Albila Domínguez Palacios por su apoyo incondicional para llevar a cabo esta tesis, por las horas de acompañamiento más allá de las aulas.

A Sor Verónica, Franklin, Clovis, Mireille, Shirley y Luis por acompañarme en este camino, por compartir conmigo alegrías y tristezas y por su motivación constante.

A los adultos mayores por su contribución al dar respuesta al cuestionario y con su aporte ha sido posible este estudio.

Marianella Arteaga Castañeda

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
LISTA DE TABLAS	viii
LISTA DE ANEXOS	ix.
GLOSARIO	x.
RESUMEN	xi
SUMMARY	xii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1. Planteamiento del problema.....	3
1.2. Objetivos.....	5
1.3. Justificación	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1. Antecedentes de la investigación.....	7
2.2. Base teórica conceptual.....	10
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	28
3.1. Tipo y diseño de estudio.....	28
3.2. Población.....	28
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	29
3.4. Procesamiento y análisis de datos.....	30
3.5. Consideraciones éticas.....	30
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	31
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
ANEXOS	45

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características generales del adulto mayor con hipertensión arterial.	33
Tabla 2. Capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor con hipertensión arterial en la dimensión disposición para actuar.	34
Tabla 3. Capacidad de agencia del adulto mayor con hipertensión arterial en la dimensión asume compromiso.	35
Tabla 4. Capacidad de agencia del adulto mayor con hipertensión arterial en la dimensión actúa.	36

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
Anexo 1.	Escala de evaluación de capacidad de autocuidado	46
Anexo 2	Guía para juicio de expertos	48
Anexo 2a	Formato de identificación de los jueces	49
Anexo 2b	Carta para evaluación a juicios de expertos	50
Anexo 2c	Prueba binomial Juicio de expertos	51
Anexo 3	Consentimiento Informado	52
Anexo 3a	Compromiso de confidencialidad	53
Anexo 4	Repositorio Digital Institucional Formulario de Autorización	54

GLOSARIO

Hospital EsSalud. Centro asistencial de nivel II del Seguro Social de Salud (EsSalud), que brinda prestaciones de salud a la población asegurada y su derecho habientes del ámbito de jurisdicción asignada.

Características demográficas y sociales: Datos personales y sociales que describen el perfil del adulto mayor: Edad, sexo, estado civil, escolaridad, con quien vive, cuidador, red de apoyo.

RESUMEN

Título: Capacidad de agencia de autocuidado en el adulto mayor con hipertensión arterial. Hospital EsSalud-II Jaén, 2017

Marianella Arteaga Castañeda¹

Albila B. Domínguez Palacios²

Elena Vega Torres³

La investigación tuvo como objetivo determinar la capacidad de agencia de autocuidado en el adulto mayor con hipertensión arterial atendido en el Hospital de EsSalud-II Jaén. La población de estudio estuvo conformada por 60 adultos mayores a quienes se les aplicó un cuestionario. Se concluye que: Los adultos mayores en su mayoría son de sexo femenino, de estado civil casado, con nivel de instrucción secundaria y dedicada a un trabajo independiente. Viven con su conyugue y su red de apoyo social lo constituye básicamente el club del adulto mayor y en menor medida sus hijos. Al describir la capacidad de agencia de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial, en las dimensiones: disposición para actuar, asume compromisos y actúa; Solo a veces las asumen, de lo que se deduce que necesitan de mayor información y apoyo para lograr su empoderamiento respecto a su situación. Los adultos mayores tienen nivel de agencia de autocuidado medio.

Palabras Clave. Capacidad de agencia de autocuidado, autocuidado, hipertensión arterial

¹ Bachiller en enfermería aspirante al título de Licenciada de Enfermería

² Doctora en salud Pública. Profesora principal de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNC.

³ Doctora en Salud Pública. Profesora principal de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UNC.

SUMMARY

Title: Self-care agency capacity in the elderly with hypertension. Hospital EsSalud-II Jaén, 2017

Marianella Arteaga Castañeda¹

Albila B. Domínguez Palacios²

Elena Vega Torres³

The research aimed to determine the capacity of self care agency in the elderly with hypertension attended at the Hospital EsSalud-II Jaén. The study population consisted of 61 older adults who were given a questionnaire. It is concluded that: The elderly are mostly female, married, with secondary education and dedicated to independent work. They live with their spouse and their network of social support is basically the club of the older adult and to a lesser extent-their children. In describing the capacity of self-care agency in older adults with hypertension, in the dimensions: willingness to act, takes on commitments and acts; Only sometimes they assume them, from which it follows that they need more information and support to achieve their empowerment regarding their situation. Older adults have an average self care agency level.

Keywords. Capacity of agency self-care, self-care, hypertension

¹Bachelor in nursing aspiring to the title of Graduate in Nursing

²Doctor in Public Health. Professor, Faculty of Health Sciences, UNC.

³Doctor in Public Health. Professor, Faculty of Health Sciences, UNC.

INTRODUCCIÓN

La agencia de autocuidado es la capacidad que posee el adulto mayor con hipertensión arterial para cuidar de sí mismo; en ella pueden influir elementos que son propios de la persona o del ambiente en que vive, llamados factores básicos condicionantes¹.

La hipertensión arterial es un problema de salud pública de primer orden en el mundo y se constituye en un importante factor de riesgo cardiovascular asociado a una mayor probabilidad de complicaciones².

En la mayoría de los países, la población de edad mayor de 60 años se está incrementando más rápido que cualquier otro grupo; este aspecto, generado por el aumento de la esperanza de vida y por el descenso de la tasa de fecundidad así como los avances en la atención médica, impone un reto para la sociedad y los sistemas de salud, ya que es en este período del ciclo de la vida cuando se presentan, en mayor medida, las enfermedades crónicas, causadas por el deterioro funcional y por las interacciones propias de las dolencias³.

El adulto mayor está expuesto a diversas enfermedades no transmisibles las que han duplicado su incidencia en los últimos años, tanto en países desarrollados como en desarrollo, muchas de ellas prevenibles a través de actividades de autocuidado. Sin embargo, no existe evidencia científica sobre la capacidad de agencia de autocuidado en adultos mayores a nivel local. En ese sentido se ha visto en la necesidad de realizar una investigación que tiene por objetivo determinar la capacidad de agencia de autocuidado en el adulto mayor con hipertensión arterial atendido en el Hospital de EsSalud-II Jaén.

El estudio es de tipo descriptivo transversal, que permitirá al profesional de la salud especialmente al enfermero, desarrollar programas que promuevan el autocuidado en las personas adultas mayores con hipertensión arterial basados en la teoría del déficit de autocuidado de Orem.

La principal limitación, está relacionada con la generalización de los resultados, al no haberse considerado una muestra probabilística.

El estudio está organizado en Introducción, el primer capítulo, problema de investigación que contienen la definición y delimitación del problema, pregunta de investigación, los objetivos, y la justificación. El segundo capítulo, marco teórico que comprende los antecedentes de la investigación y la base teórica, hipótesis de la investigación, variables. El tercer capítulo, marco metodológico que describe el tipo y diseño de estudio, la población de estudio, técnicas e instrumentos de recolección de datos, procesamiento y análisis de datos y los criterios éticos. El cuarto capítulo, presenta los resultados y discusión. Finalmente se presentan las conclusiones y las recomendaciones.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema

En el mundo, la tercera parte de la población adulta sufre de hipertensión arterial⁴ y a pesar de las distintas opciones terapéuticas disponibles en la actualidad de comprobada eficacia y seguridad, es preocupante que menos del 55% de las personas hipertensas no reciban tratamiento alguno ⁵.

En América Latina, según una investigación publicada por Therapeutic Advances in Cardiovascular, cada año mueren cerca de 18 millones de personas a causa de enfermedades cardiovasculares, 8 millones atribuidas a la hipertensión y 80% de estas muertes ocurren en países en desarrollo ⁶.

En Colombia, la prevalencia de la hipertensión arterial entre la población de quince años de edad es del 12,6%. Está se ha convertido en el primer factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares y en la segunda causa de muerte en hombres y mujeres mayores de 45 años. Estos datos son alarmantes si se tiene en cuenta la pérdida de años de vida saludable, años productivos, incapacidad física, costos para la persona y las instituciones de salud², siendo importante las medidas de prevención, la detección temprana y el tratamiento oportuno y adecuado para disminuir las complicaciones derivadas de las enfermedades cardiovasculares.

En España, Achury et al.⁷ encontró que el 81,2% de los pacientes presentan una capacidad de agencia de autocuidado media, lo que indica que a pesar que los pacientes con hipertensión arterial poseen algunas habilidades que les permita discernir acerca de los factores que deben controlar para promover su salud y su

cuidado, estas habilidades son insuficientes para lograr una adecuada adherencia al tratamiento.

En ese sentido, es necesario que los adultos mayores adopten conductas permanentes de autocuidado que facilite el autoconocimiento, el empoderamiento y el desarrollo de la capacidad de las personas para tomar decisiones sobre su salud.

En el Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)⁸ en el año 2013, destaca que la prevalencia general de hipertensión arterial fue de 23,7%; en varones 13,4% y en mujeres 10,3%. En mayores de 60 años la prevalencia fue de 48%, lo que indica que a medida que avanza la edad se incrementa el nivel de hipertensión en toda la población; estudios como el realizado en Trujillo por Cayhuaray et al.⁹ muestran que los factores condicionantes básicos del autocuidado en el adulto mayor con hipertensión arterial son inadecuados en el 88%. En la provincia de Jaén y sus distritos en el año 2015 se registraron 3,819 casos de hipertensión arterial en los adultos mayores de 60 años¹⁰.

En el Hospital EsSalud–II Jaén, durante la atención al adulto mayor, se observa que el personal de salud realiza diversas actividades dirigidas al control de las enfermedades y prevención de complicaciones de la hipertensión arterial; pero no existe evidencia empírica que muestre cuál es su capacidad de agencia de autocuidado de estos pacientes.

Durante la entrevista algunos enfermeros señalan que los pacientes asisten a sus controles mensuales, reciben el tratamiento farmacológico, pero no hay adherencia al medicamento. Así mismo, no aplican conductas saludables en

alimentación y ejercicios, constituyéndose en factores que influyen en la capacidad de agencia de autocuidado.

A partir de la situación descrita, se planteó la siguiente interrogante: ¿Cuál es la capacidad de agencia de autocuidado en el adulto mayor con hipertensión arterial atendido en el Hospital de EsSalud-II Jaén, 2016?

1.2. Objetivos

Objetivo general

Determinar la capacidad de agencia de autocuidado en el adulto mayor con hipertensión arterial atendido en el Hospital de EsSalud-II Jaén.

Objetivos específicos

Describir las características sociodemográficas del adulto mayor con hipertensión arterial.

Describir las dimensiones de la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor con hipertensión arterial.

Medir la capacidad global de agencia de autocuidado del adulto mayor con hipertensión arterial.

1.3. Justificación

Las enfermedades no transmisibles han duplicado su incidencia en los países en vías de desarrollo, generalmente en áreas urbanas, donde las personas están expuestas al sedentarismo, dieta rica en grasas, carbohidratos y al estrés; todo esto unido a enfermedades crónicas como la hipertensión arterial.

En ese sentido, la investigación se justificó tanto en el ámbito teórico como en el práctico; en el ámbito teórico porque permitió tener un panorama general de la capacidad de agencia de autocuidado de la población participante, con esto se profundizará los conocimientos de los lectores. En el ámbito práctico facultará al profesional de la salud especialmente al enfermero, desarrollar programas que promuevan el autocuidado en las personas adultas mayores con hipertensión arterial.

Además, esta investigación tiene relevancia porque no existen estudios a nivel local sobre la capacidad de agencia de autocuidado en el adulto mayor con hipertensión arterial, lo cual será el punto de partida para otros estudios en esta línea de investigación científica.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Achury et al.⁷ en el estudio sobre Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel, realizado en Colombia el año 2012 encontraron que, los pacientes que tuvieron un nivel medio de capacidad de agencia de autocuidado, eran casados, con estudios de bachillerato, jubilados, contaban con un cuidador y una red de apoyo. Los pacientes con una baja capacidad de agencia de autocuidado tenían un nivel de escolaridad bajo y una ocupación independiente; se podría pensar que ello se relaciona con una menor capacidad de adquirir los conocimientos para el manejo de su enfermedad, a la vez que poseen menos tiempo para llevar a cabo las acciones de autocuidado, puesto que su mayor parte de tiempo está dedicado al trabajo y al cumplimiento de las responsabilidades económicas y familiares.

Fernández⁴ en Colombia en la investigación sobre agencia de autocuidado y factores condicionantes básicos en adultos mayores en el año 2011, encontró que en la pre prueba las capacidades de autocuidado eran deficientes; la capacidad se vio afectada por la presencia de Factores Condicionantes Básicos (FBC). La autora estableció que la agencia de autocuidado varía en los individuos 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.

Otro estudio, realizado en Colombia en el año 2010 por Rivera¹¹ acerca de la Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial

hospitalizadas en una clínica de Bogotá, encontró que el 53% de las personas hospitalizadas con HTA presentaron deficiente capacidad de agencia para el autocuidado y un 47% tuvo suficiente capacidad de agencia para el autocuidado.

En Chile, Araneda et al.¹² en su estudio “Capacidad de autocuidado del adulto mayor, hospitalizado en los servicios de medicina y cirugía del hospital Herminia Martín de Chile en el año 2008 señalaron que, los factores sociodemográficos no son estadísticamente significativos con la capacidad de autocuidado. Sin embargo, un 20% de los adultos mayores hospitalizados son medianamente independientes y dependientes, lo que significa que este grupo de personas necesitan además de la atención de Enfermería para la o las patologías que presentan ayuda para satisfacer sus necesidades esenciales para el autocuidado. El grado de deterioro del estado de salud mental es directamente proporcional al nivel de dependencia de autocuidado.

Fernández⁴ en el estudio Efecto de una intervención educativa de enfermería en el fortalecimiento de la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso ambulatorio de Tunja en el año 2010, en Colombia mostró que, el factor que influye positivamente en el desarrollo de las capacidades de agencia de autocuidado es la alteración percibida del estado de salud; cuando las personas se perciben sanas, no se preocupan por su salud, hasta que reconocen que ésta puede estar en peligro. En la medida que se mejoren las capacidades de agencia de autocuidado en los pacientes hipertensos, se promueve la satisfacción de los requisitos de autocuidado de desviación de la salud y a su vez la prevención de enfermedades coronarias y eventos cerebrovasculares.

Flores¹³ en la investigación Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial, en México, mostró que, los participantes del estudio eran de sexo femenino (80,1%), la edad promedio fue 56,6 años, reportaron baja escolaridad e ingreso económico (69,2%). La capacidad de agencia de autocuidado de los pacientes fue muy buena 57,4% y buena 42,6%; sin embargo, la capacidad en el mantenimiento del consumo de alimentos fue suficiente y el componente soledad e interacción social se encontraron muy baja y baja esta última también fue obtenida en el funcionamiento y desarrollo personal.

En Perú, el año 2013 Foarranga¹⁴ en el estudio acerca del Conocimiento y práctica de autocuidado domiciliario en pacientes adultos con hipertensión arterial, en consultorios externos de cardiología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen – EsSalud, encontró que los pacientes en un alto porcentaje (99%) conocen los alimentos que deben de consumir diariamente y los signos y síntomas de la enfermedad, el 98% sabe que deben de realizar caminatas durante el día, 94% conocen que deben descansar durante el día y un porcentaje significativo de 70% desconocen los daños ocasionados por la hipertensión y que se agravan a través del tiempo, 28% desconocen que la hipertensión arterial aumenta con la edad, sexo y obesidad. En cuanto a la práctica de autocuidado 69% se controlan su presión arterial, el 77% realizan caminatas durante el día y 87% tienen una alimentación que contiene frutas y verduras.

Rodríguez¹⁵ en su trabajo de investigación sobre Nivel de autocuidado y estilo de vida del adulto con hipertensión arterial en el policlínico El Porvenir realizado en el año 2010, obtuvo los resultados siguientes: El 2% de adultos con hipertensión arterial presentaron un nivel de autocuidado bajo, el 40% un nivel de autocuidado

medio y 58% un nivel de autocuidado alto. El 6% tuvo un nivel de estilo de vida inadecuado, 94% mostraron un nivel de estilo de vida adecuada.

2.2 Base teórica

2.2.1 Capacidad de agencia de autocuidado

Etimológicamente el autocuidado está conformado por las palabras: auto del griego αὐτο que significa "por uno mismo", y cuidado del latín cogitātus que significa "pensamiento" lo que sería entonces el cuidado propio. Este constructo es muy utilizado en la disciplina de enfermería, desde que Dorotea Orem lo conceptualizó en la Teoría General de Enfermería, la cual tiene tres sub teorías (autocuidado, déficit de autocuidado y sistemas de enfermería)¹⁶.

Esta teórica define autocuidado como el conjunto de acciones intencionadas y aprendidas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior.

Coppard¹⁷ señala que el autocuidado comprende todas las actividades individuales dirigidas a mantener y mejorar la salud, y las decisiones de utilizar tanto los sistemas de apoyo formales de salud como los informales. Desde esta perspectiva, son actividades de autocuidado, el control personal de la temperatura, el pulso o la presión arterial, la realización de actividades físicas con regularidad, exámenes periódicos, la asistencia a las citas de salud, la ingestión de medicamentos de acuerdo con la prescripción médica, el abandono del hábito de fumar, el control de la glucosuria y el cumplimiento de dietas especiales, entre otras.

La Organización Mundial de la Salud (OMS)¹⁸ definió el autocuidado como una práctica que la persona realiza consigo misma por voluntad propia, implica responsabilidad del propio individuo en relación a las decisiones que toma y

acciones que emprende, permite identificar comportamientos que nos preparan mejor para el día a día y está relacionado con el estilo de vida.

Sosa¹⁹ define autocuidado como práctica que involucra todas las etapas de crecimiento en las que la persona debe trabajar cotidianamente para lograr un desarrollo armónico y equilibrado. Además, debe tener un significado real para la persona, para desear vivir bien, explorar los cuidados que puede realizar para mantenerse saludable ante una enfermedad de por medio. Es necesario, que por sí misma desarrolle la conciencia que le permita construir su autocuidado. La decisión de cuidarse implica hacer un esfuerzo por el autoconocimiento, significa identificar el valor de sí mismo como persona.

Dorothea Orem, citada por Achury⁶ propone que para que el paciente logre el autocuidado debe desarrollar una habilidad humana llamada "capacidad de agencia de autocuidado", definida como el desarrollo de la compleja capacidad que permite a las personas discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, y así decidir lo que puede y debería hacer con respecto a autocuidado. Habilidad que es desarrollada en el curso de la vida diaria por medio de un proceso espontáneo de aprendizaje que incluye: atender, entender, regular, adquirir conocimientos, tomar decisiones y actuar.

Por su lado Amartya Sen²⁰ define capacidad de agencia "lo que una persona es libre de hacer si lo considera importante". Tiene un valor intrínseco: "Actuar libremente y ser capaz de elegir". La agencia es una especie de proceso de libertad, tiene que ver con los procesos e impacta en el bienestar de las personas.

Restrepo²⁰ señala que la capacidad de agencia es una resultante del compromiso de las personas con la responsabilidad de asumir su propio desarrollo. El desarrollo como movimiento hacia lo mejor y más digno es un movimiento responsable.

Teóricamente la capacidad de agencia de autocuidado comprende tres elementos estructurales: en el primero, las personas desarrollan capacidades fundamentales y se disponen para el autocuidado; posteriormente elaboran componentes de poder que permiten comprometerse con el autocuidado; y finalmente operacionalizan acciones de manera permanente. Este cuidado de sí mismo incluye conocer cuando la acción es requerida, cuál es la apropiada, la elección de un determinado curso de acción y la decisión de actuar²².

La agencia de autocuidado puede estudiarse en relación con las capacidades del individuo como ser integral, racional, biológico y emocional, que entran en juego cuando el ser humano realiza algún tipo de acción incluyendo su repertorio de habilidades y la clase de conocimiento sobre su salud para ocuparse de una gama de conductas concretas¹¹.

Orem¹ denominó factores básicos condicionantes (FBC) a los factores internos y externos que modifican la capacidad de la persona para cuidarse, entre ellos: la edad, el sexo, la etapa evolutiva de desarrollo, los patrones de vida, las condiciones socioeconómicas, los factores socioculturales, el sistema familiar, el medio ambiente, el estado de salud y el sistema de salud.

Se ha desarrollado una serie de estrategias orientadas a la prevención, el manejo y la minimización de complicaciones, en donde la educación es un componente esencial del cuidado de enfermería orientado hacia la promoción, la conservación

y el restablecimiento de la salud, para lo cual es importante brindarle información que responda a las necesidades individuales para generar un cambio de comportamiento que permita alcanzar objetivos terapéuticos, mejorar y mantener la calidad de vida, impedir las complicaciones y muertes conservando la autonomía y el empoderamiento de las personas enfermas.

Investigaciones han evaluado la importancia de una intervención educativa por parte de enfermería en pacientes con enfermedades crónicas y su familia, demostrando disminución en la mortalidad, en el número de reingresos y una disminución en los costos de manejo de los pacientes sometidos a la intervención²³.

En este sentido, para la disciplina de enfermería ha sido de interés contar con instrumentos validados y con buen poder psicométrico que sean capaces de detectar cambios en la capacidad de agencia de autocuidado de los pacientes. Dentro de las escalas que se han empleado a nivel mundial en individuos con diferentes enfermedades crónicas que requieran el desarrollo de capacidades específicas para el mejoramiento de las actividades de autocuidado, se encuentra el Appraisal of Self care Agency Scale ASA de Evers, instrumento que mide el poder de los componentes del autocuidado en individuos de población general y que está basada en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Orem. La ASA fue traducida y validada al español por Gallegos, en pacientes con insuficiencia cardiaca, mostrando una confiabilidad p de 0,77²⁴.

La autora define capacidad de agencia de autocuidado en el adulto mayor, como la capacidad que tiene el adulto mayor para asumir su propio cuidado respecto a la HTA con libertad, compromiso y responsabilidad.

El estudio evaluará la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes hipertensos, con un instrumento basado en el modelo teórico de Dorotea Orem, validado por Achury et al.⁶ en Colombia. Está conformado por 17 ítems de pregunta cerrada que incluyen tres dimensiones:

Capacidades fundamentales: considerados las habilidades básicas del individuo (percepción, memoria y orientación).

Componentes de poder o compromiso: son habilidades que impulsa al individuo a la acción de auto cuidarse, (motivación, adquisición de conocimientos, habilidad para ordenar acciones de autocuidado y capacidad de integración del autocuidado en su vida familiar y comunitaria).

Capacidad para operacionalizar o para actuar: 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.

Cuenta con una escala de respuesta tipo Likert con cuatro opciones, donde 1=nunca, 2= a veces y 3=siempre.

La capacidad de agencia se clasificará en:

Capacidad de agencia alta

Capacidad de agencia media

Capacidad de agencia baja

2.2.2 Hipertensión arterial: Aspectos generales.

La hipertensión arterial es un problema en la salud de las personas, la cual va generando pérdida de años de vida saludable y productiva. Generalmente produce incapacidad física, altos costos para el individuo y las instituciones de salud. La hipertensión es uno de los principales factores que contribuyen a causar cardiopatías y accidentes cerebrovasculares, que en conjunto representan la causa más importante de muerte prematura y discapacidad²⁵.

La hipertensión arterial (HTA) es conocida como presión alta. Esta enfermedad es producida por un aumento de la presión sanguínea en las arterias. La presión alta es un peligro para el corazón, el cerebro y los riñones si no se controla de forma adecuada. Para saber si una persona es hipertensa o no, se requiere de 3 mediciones de la presión arterial en donde esta se encuentre elevada por arriba de las cifras normales en 3 ocasiones diferentes en 3 días distintos. La presión sanguínea de 120/80 es la normal y la deseable en un adulto sano. La hipertensión arterial se convierte en un mal peligroso que afecta significativamente la salud y la longevidad de la población si no reciben tratamiento^{26,27}.

La hipertensión, se define por la presencia de valores de presión arterial superiores a la normalidad: presión arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg y/o presión arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg. Sin embargo, en el adulto mayor, algunos autores sugieren cifras de PAS ≥ 160 mmHg y PAD ≥ 90 mmHg para hipertensión sistodiastólica. En el caso de la hipertensión sistólica aislada, se refieren cifras de PAS ≥ 140 mmHg con PAD menor de 90 mmHg. Una PAS = 140 - 160 mmHg se considera presión arterial sistólica limítrofe y probablemente requiere tratamiento en los menores de 85 años. Los datos sobre tratamiento antihipertensivo para pacientes en este grupo de edad con este mismo rango son aún inconsistentes.

En la fisiopatología de la hipertensión arterial en el adulto mayor, son centrales los cambios en la resistencia vascular periférica para el desarrollo, tanto de la hipertensión esencial como de la hipertensión sistólica aislada. Sin embargo, el fenómeno parece ser multifactorial²⁶.

La HTA, está asociada con factores genéticos, estilos de vida y con la edad, es por ello que, puede ser prevenible y controlable a pesar de los esfuerzos de los entes dispensadores de salud. En tal sentido, para su control y prevención, no se ha logrado concientizar a los jóvenes y a los adultos maduros sobre la importancia de cambiar sus estilos de vida y promover el autocuidado. Los factores asociados a la hipertensión son: Tener padres o hermanos con esta enfermedad, diabetes, poca o nula actividad física, sobrepeso, fumar y consumir bebidas alcohólicas, consumir excesiva sal, y tener mucho estrés.

El control de la hipertensión arterial es un proceso complejo y multidimensional cuyo objetivo es la prevención, detección temprana, tratamiento oportuno y adecuado que disminuya el riesgo de complicaciones; por eso es importante la promoción del autocuidado a través de la educación.

Hay varios aspectos del comportamiento y de los estilos de vida personal que se asocian con mayor probabilidad a la ocurrencia de hipertensión arterial, éstos se clasifican como factores de riesgo no modificables y factores de riesgo modificables. Sobre los últimos se puede influir para erradicarlos o cambiarlos parcialmente, estos al actuar en conjunto producen hipertensión arterial.

Entre los factores de riesgo modificables, destacan:

Consumo de alcohol. Numerosos estudios epidemiológicos han mostrado que ha mayor consumo de alcohol mayor nivel de presión arterial. Se ha demostrado que

tres o cuatro tragos de alcohol diarios elevan la presión arterial, independientemente de la existencia de otros factores de riesgo.

La obesidad. Enfermedad en la que la cantidad de grasa corporal esta aumentada, el principal mecanismo de este aumento es la ruptura de un equilibrio entre el aporte calórico alimenticio y el requerimiento energético. La hipertensión es dos veces más en personas obesas que en las que no lo son. La presión arterial está condicionada no sólo por el exceso de peso desde las etapas juveniles, sino por la tendencia al aumento durante los cincuenta años, aunque la persona haya sido delgada durante su juventud.

La obesidad infantil predispone a la hipertensión arterial en la edad adulta, por lo tanto, se debe iniciar programas de adelgazamiento en estos grupos de edad.

Sedentarismo. Es otro factor de riesgo asociado a la hipertensión, el individuo sedentario asimila más calorías de las que gasta, lo que produce un desequilibrio energético. Se ha comprobado que las personas sedentarias adquieren más alimentos que quienes son activamente físicos. La actividad física ligera dentro de una rutina diaria no se considera ejercicio regular y no produce los efectos deseados.

El estrés. El estrés crónico y la continua tensión suele ser un factor de riesgo de la HTA. La tendencia creciente al individualismo y a un ambiente impersonal se ha perdido el soporte emotivo que ofrece la colectividad la cual permite discutir, compartir, realizar actividades recreativas y disipar las consecuencias negativas del estrés y de las tensiones emocionales.

Consumo de cigarrillo. Es el factor de riesgo más serio para la salud, porque el consumo del tabaco en todas sus formas coadyuva en el desarrollo de las complicaciones de la hipertensión arterial, entre ellas las enfermedades coronarias²⁶.

2.2.3 Medidas de autocuidado respecto a la hipertensión arterial.

Las acciones de autocuidado que debe realizar el adulto mayor para controlar la HTA están referidas a:

-Control de peso corporal. El peso debe controlarse de forma periódica haciéndolo preferentemente en la misma báscula, a la misma hora, con el menor número de ropa posible.

-Restricción del sodio y el control de los lípidos en la dieta. Una reducción en la ingesta de sodio, de tal manera que no se sobrepasen los 100 mmol/día, disminuirá significativamente los niveles de presión arterial, especialmente la sistólica, por la especial sensibilidad sódica que se observa en personas mayores. La reducción de sal en las personas mayores hace disminuir la Presión Arterial (PA) más que en los individuos jóvenes²⁶.

-Una reducción en la ingesta de sodio, de tal manera que no se sobrepasen los 100 mmol/día, disminuirá significativamente los niveles de presión arterial, especialmente la sistólica, por la especial sensibilidad sódica que se observa en personas mayores.

-Reforzar o aumentar la actividad física. El ejercicio es un factor importante tanto en la prevención de la hipertensión como en el mejoramiento de la calidad de vida. El ejercicio físico practicado regularmente y de acuerdo con las condiciones

de cada individuo debe considerarse como un elemento indispensable en la consecución de hábitos de vida saludables apropiados y como un factor de control de los riesgos de la HTA y sus complicaciones.

Si el ejercicio físico se practica con una frecuencia, regularidad, intensidad regular, puede producirse en el organismo los siguientes beneficios: Disminución de la frecuencia cardiaca, aumento de la eficiencia en el trabajo del músculo cardiaco, mejoramiento de la distribución del flujo periférico, aumento del retorno venoso, fortalecimiento de los músculos de la respiración, disminución de cifras de LDL, triglicéridos y colesterol, entre otros.

En adultos mayores, se recomienda ejercicios que no demande exagerado desgaste energético y no se provoque marcado trauma articular. Algunos de ellos son: natación, ciclismo, baile, caminata y aeróbicos de bajo impacto, durante 30 a 45 minutos varias veces a la semana.

-Cambiar el estilo de alimentación: Puede mitigarse el hambre por medio de alimentos voluminosos con bajo contenido calórico. En este grupo de alimentos están las hortalizas, frutas. Disminuir el consumo de carnes rojas e incluir lácteos descremados, pescado, aceite de maíz, ajonjolí, maní, oliva y girasol. Evitar frituras y reducir el consumo de sal. Eliminar alimentos ahumados, embutidos y enlatados, y no abusar del té y del café.

-No consumir ningún alimento fuera del horario establecido para las comidas; cambiar la forma de cocción de los alimentos y no ingerir alimentos fritos. Consumir alimentos en cantidades moderados y en función de las necesidades, actividad física y edad. Incluir una ensalada en cada alimento, utilizar productos lácteos descremados; incluir agua por lo menos un litro y medio al día; comer

espacio y masticar bien los alimentos. Así mismo, se debe disminuir la cantidad de alimento a partir de la tercera década posible.

-La medición de la Presión Arterial (PA). En el adulto mayor debe realizarse con un cuidado especial para evitar aumentos artificiales y preferentemente a primera hora de la mañana o por la tarde, evitando tomas inmediatamente después de las comidas. Debe medirse en ambos brazos, pues en caso de haber obstrucción unilateral por aterosclerosis, podríamos pasar por alto el diagnóstico. La posición del paciente debe ser sentado y con la espalda apoyada o en decúbito supino (después de reposo por 5 min) y de ser posible, hacer mediciones inmediatamente después de que se ponga de pié, para valorar la presencia de hipotensión ortostática. La PAS debe primero ser estimada mediante palpación, ya que la desaparición transitoria de los ruidos de Korotkoff es frecuente en este grupo de personas.

-El control de la dieta, el peso corporal y la implementación de un programa de ejercicio físico, son aspectos muy importantes para el control de la HTA. El éxito depende de cada individuo ya que es el único que puede hacer los cambios necesarios en su estilo de vida y garantizar un estado de salud óptimo y la eficacia de intervenciones del personal de salud. Es necesario que cambie sus hábitos alimenticios, sus preferencias, que deje aquellas costumbres nocivas y adquiera otras sanas.

-En general la persona adulta deberá: Adoptar una dieta adecuada; disminuir el consumo de sal; reducir de peso si es elevado; evitar el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco; practicar regularmente ejercicios físicos; eliminar alimentos

grasosos, enlatados, ahumados o embutidos y tomar el medicamento indicado por el médico.

-La educación del paciente hipertenso es el elemento primordial para el mejor control de la Hipertensión Arterial (HTA), pues le permite la aceptación del propio estado de salud, comprender mejor su enfermedad y las consecuencias, el aprendizaje que requiere convivir con una patología crónica, facilita una adecuada adhesión al tratamiento y una larga supervivencia con mejor calidad de vida. Corresponde al enfermero, desarrollar acciones educativas de promoción de salud y prevención de enfermedades, frente a este factor de riesgo, se considera que elevando el conocimiento de la persona y del familiar sobre hipertensión arterial (HTA) como enfermedad crónica no trasmisible, se le dotará de una herramienta de inestimable valor para su control.

-Tomar puntualmente las medicinas que él medico recete. Siguiendo estrictamente los horarios y dosis indicadas. El hecho de que se encuentre bien no quiere decir que pueda dejar, reducir o modificar su medicación. Tomar exactamente como le ha dicho el médico. Es la mejor manera de tener la presión controlada. Solo la persona hipertensa puede controlar su presión. Hacerlo es fácil e importante. La hipertensión es un factor de riesgo para la salud, un factor que no puede eliminarse, pero que se puede controlar.

-Determinar con exactitud los niveles reales de colesterol en sangre, a través de exámenes de laboratorio interpretados por el médico. El exceso de grasa disminuye la capacidad de elasticidad de los vasos y propicia mayor fuerza de contracción del corazón.

-Acudir periódicamente al médico. Para que el paciente siga la evolución del padecimiento, a la vez que aclare dudas y proporcione nueva información de interés. Durante la visita, el paciente informa sobre cualquier circunstancia extraña que pudiera aparecer a lo largo del tratamiento²⁸.

2.2.4 Adulto mayor

La Organización Mundial de la salud (OMS)²⁸ Según la OMS las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 años viejas o ancianas, y los que sobre pasan los 90 años se denominan grandes, viejos o longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llama de forma indistinta persona de la tercera edad.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), considera adulto mayor a las personas de más de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS)²⁹ considera como personas adultas mayores, a aquellas que tienen 60 años de edad a más, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento.

2.2.5 Teoría del autocuidado de Dorotea Orem

Orem¹ define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

1) Teoría del Autocuidado

Define tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez. Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud.

2) Teoría de déficit de autocuidado.

Esta teoría es el núcleo del modelo de Orem, establece que las personas están sujetas a las limitaciones relacionadas o derivadas de su salud, que los incapacitan para el autocuidado continuo, o hacen que el autocuidado sea ineficaz o incompleto. Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, o sea, cuando la persona no tiene la capacidad y no desea emprender las acciones requeridas para cubrir las demandas de autocuidado.

La existencia de un déficit de autocuidado, es la condición que legitima la necesidad de cuidados de enfermería. Los enfermeros establecen qué requisitos son los demandados por el paciente, seleccionan las formas adecuadas de cubrirlos y determinan el curso apropiado de la acción, evalúan las habilidades y capacidades del paciente para cubrir sus requisitos, y el potencial del paciente para desarrollar las habilidades requeridas para la acción.

Cuando existe el déficit de autocuidado, los enfermeros pueden compensarlo por medio del Sistema de Enfermería, que puede ser: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo. El tipo de sistema dice del grado de participación del individuo para ejecutar su autocuidado, regular o rechazar el cuidado terapéutico. Una persona o grupo puede pasar de un Sistema a otro en cualquier circunstancia, o puede activar varios sistemas al mismo tiempo.

3) Teoría de los sistemas de enfermería

Se explican los modos en que los enfermeros pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- _ Sistema parcialmente compensador: cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte del enfermero, bien por motivos de limitación o incapacidad, por tanto el paciente y el enfermero(a) interactúan para satisfacer las necesidades de autocuidado en dependencia del estado del paciente, limitaciones psicológicas y físicas. El paciente puede realizar algunas acciones como cepillarse los dientes y alimentarse, pero dependen del enfermero(a) para desplazarse hasta el baño, bañarse o vestirse.

- _ Sistema totalmente compensador: cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado. Implica una dependencia total. Ejemplo: los cuidados que se realizan a un paciente inconsciente y también en pacientes en reposo absoluto.

- _ Sistema de apoyo educativo: cuando el individuo necesita orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado; el enfermero ayuda al paciente con su apoyo y orientación sobre las medidas que sean necesarias para que el individuo sea capaz de realizar su autocuidado.

La teoría de Orem promueve la promoción y el mantenimiento de la salud a través de acciones educativas, además de la capacidad que debe tener el profesional de enfermería de definir en qué momento el paciente puede realizar su propio autocuidado y cuando debe intervenir para que el mismo lo logre, además de ofrecer un cuerpo teórico para que estos profesionales expliquen los diferentes fenómenos que pueden presentarse en el campo de la salud, también sirve como referente teórico, metodológico y práctico para los profesionales que se dedican a la investigación³⁰.

2.3. Hipótesis

La capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor con hipertensión arterial atendido en el hospital EsSalud Jaén, es baja.

2.4. Variable de estudio

Capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor con hipertensión arterial.

2.5. Operacionalización de la variable

Título: Capacidad de Agencia de autocuidado en el adulto mayor con hipertensión arterial de Jaén, 2016								
No	Variable	Definición operacional	Dimensión	Indicador	Ítem	Escala de medición	Fuente	Instrumento
01	Capacidad de agencia de autocuidado en el adulto mayor con HTA.	Es la capacidad que tiene el adulto mayor de asumir su propio cuidado respecto a la HTA con libertad, compromiso y responsabilidad. Comprende tres dimensiones: capacidades fundamentales, componentes de poder y capacidad de operacionalizar.	Capacidades fundamentales (Disposición)	Percepción Memoria Interés Motivación	1) Nunca 2) A veces 3) Siempre	Ordinal	Adulto mayor	Escala de medición de la Capacidad de agencia
			Componentes de poder (asume compromiso)	Capacidad para aprender Búsqueda de Información	1) Nunca 2) A veces 3) Siempre	Ordinal	Adulto mayor	Escala de medición de la Capacidad de agencia
			Capacidad de operacionalizar (actúa)	Ejercicio físico Alimentación Medicación Relajación Control médico	1) Nunca 2) A veces 3) Siempre	Ordinal	Adulto mayor	Escala de medición de la Capacidad de agencia
02	Características sociodemográficas y sociales del adulto mayor	Datos personales y sociales que describen al adulto mayor:		Edad Sexo Estado civil Escolaridad Vive con	Años cumplidos 1) Femenino 2) Masculino 1) Casado 2) Soltero 3) Viudo 4) Unión Libre 1) Ninguno 2) Primaria 3) Secundaria	Razón Nominal Nominal Ordinal Nominal	Adulto mayor Adulto mayor Adulto mayor	

				Cuidador	4) Superior	Nominal	Adulto mayor	
				Red de apoyo	1) Conyugue 2) Familia 3) Hijo/hija 4) Solo	Nominal	Adulto mayor	
					1) Conyugue 2) Hijo/ hija 3) Otro familiar 4) Tercera persona 5) No tiene		Adulto mayor	
					1) Grupo de amigos 2) Grupo religioso 3) Grupo institucional			

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo y diseño de estudio

La investigación se enmarca en una investigación de enfoque cuantitativo, de alcance descriptivo, diseño transversal.

Descriptivo porque es un estudio observacional, en el cual no se interviene o manipula el factor de estudio, es decir se describió el fenómeno en estudio en condiciones naturales, en la realidad.

Diseño transversal porque en un solo momento se registró el nivel de la capacidad de agencia de autocuidado de los adultos mayores con hipertensión arterial³¹.

3.2. Población

Estuvo conformada por todos los adultos mayores atendidos en el Hospital EsSalud II–Jaén durante el IV Trimestre del año 2016.

Criterios de inclusión:

Adultos mayores con diagnóstico de hipertensión

Adultos mayores de ambos sexos

Atendidos en el Hospital EsSalud II–Jaén.

Criterios de exclusión:

Adulto mayor que por su estado de salud no le permitió estar en condiciones de responder el instrumento.

La población de estudio quedó conformada por 60 adultos mayores.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se utilizó fue la encuesta y como instrumento la escala de evaluación de la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso (Anexo 1), el cual fue elaborado por Achury et al⁷. Estuvo constituido por 17 ítems que determinan la capacidad de agencia de autocuidado global, con una escala sumativa tipo likert que constó de tres opciones de respuesta, donde: 1 es nunca, 2 a veces, y 3 siempre, que determinan los rangos para evaluar el grado de capacidad de autocuidado.

Para determinar la variable capacidad de agencia de autocuidado se trabajarán los siguientes puntos de corte.

Capacidad de agencia alto:	40 - 51 puntos
Capacidad de agencia medio:	29 - 39 puntos
Capacidad de agencia baja:	17 - 28 puntos

Para la ejecución del estudio se solicitó el permiso al director del Hospital General de Jaén con el fin de obtener la autorización correspondiente para aplicar el instrumento a los participantes del estudio de acuerdo a los criterios de inclusión. Se dispuso de un ambiente adecuado que permitió la privacidad.

Para comprobar la validez del instrumento se sometió a la opinión de tres jueces expertos en el tema, quienes analizaron y evaluaron la estructura del instrumento elaborado por Achury et al⁷ lo que permitió mejorar la pertinencia, la coherencia y claridad de las preguntas de acuerdo a los objetivos y al objeto de estudio (Anexo 2).

3. 4. Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de la información se hizo en forma electrónica utilizando el programa SPSS versión 21. Los datos fueron presentados en tablas de frecuencia, distribuciones y estadísticos descriptivos que permitió realizar el análisis e interpretación de los datos.

3.5. Consideraciones éticas.

Principio de respeto:

Permitió reconocer la capacidad de las personas para tomar sus propias decisiones. A partir de la autonomía se protegió su dignidad y su libertad. Los participantes del estudio decidieron libremente si participan o no en la investigación, a través del proceso del consentimiento informado (Anexo 3).

Principio de justicia:

Los participantes del estudio fueron tratados con amabilidad y respeto sin perjuicios, sin discriminaciones. Se estableció un espacio para aclarar dudas y los acuerdos establecidos fueron cumplidos por la investigadora.

Principio de beneficencia

Se trata del deber ético de buscar el bien para las personas participantes en una investigación, con el fin de lograr los máximos beneficios y reducir al mínimo los riesgos de los cuales deriven posibles daños o lesiones.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

1. Características demográficas y sociales del adulto mayor

Tabla 1. Características generales del adulto mayor con hipertensión arterial

	Indicadores	N (60)	%
Edad	60 – 65	9	15,0
	66 – 71	9	15,0
	72 – 77	14	23,3
	78 – 90	28	46,7
Sexo	Femenino	32	53,3
	Masculino	28	46,7
Estado civil	Casado	45	75,0
	Soltero	4	6,7
	Viudo	7	11,7
	Divorciado	4	6,7
Ocupación	Empleado	6	10,0
	Desempleado	12	20,0
	Independiente	26	43,3
	Jubilado	16	26,7
Grado de instrucción	Ninguno	3	5,0
	Primaria	17	28,3
	Secundaria	24	40,0
	Superior	16	26,7
Con quién vive	Conyugue	43	71,7
	Hijo	9	15,0
	Otro familiar	4	6,7
	Tercera persona	1	1,7
	Solo	3	5,0
Red de apoyo	Conyugue	11	18,3
	Hijos	16	26,7
	Otro familiar	0	0,0
	Otro (Club del adulto mayor)	33	55,0

En la tabla 1, se observa las características demográficas y sociales del adulto mayor con hipertensión arterial que participaron en el estudio. La mayor

frecuencia se ubica en el grupo de edad entre los 78 a 90 años de edad (46,7%). Un poco más de la mitad pertenecen al sexo femenino (53,3%). Las tres cuartas partes son de estado civil casado (75%). Su escolaridad es de nivel secundario (40,0%), seguido del nivel superior (26,7%) y tienen una ocupación independiente (43, 3%). Viven con su conyugue 71,7% y con sus hijos 15%. Su red de apoyo social lo constituye básicamente el club del adulto mayor (55%) y en menor medida sus hijos (26,7%).

2. Descripción de la capacidad de agencia de autocuidado según dimensiones

Tabla 2. Descripción de la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor con hipertensión arterial en la dimensión disposición para actuar.

Nº	Indicadores	Nunca (%)	A veces (%)	Siempre (%)
01	Realizo cambios según mis necesidades para mantener mi salud y manejar adecuadamente mi enfermedad.	0,0	90,0	10,0
02	Evalúo si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad, me garantizan bienestar y el de mi familia.	8,3	78,3	13,4
03	Considero importante realizar actividad física	13,3	61,7	25,0
04	Mi estado de ánimo me permite cuidarme	1,7	68,3	30,0
05	Siento que mi enfermedad ha influido negativamente en mi vida sexual.	11,7	83,3	5,0

En la tabla 2, se muestra que las personas hipertensas entre 25 a 30%, consideran que es importante realizar actividad física y que su estado de ánimo les permite cuidarse. Por otro lado, un alto porcentaje manifiesta que “a veces”, realiza cambios según sus necesidades; “a veces”, siente que su enfermedad ha influido negativamente en su vida sexual; de igual modo solo “a veces”, evalúa, si las

medidas que ha tomado respecto a su enfermedad le garantizan bienestar personal y familiar.

Tabla 3. Descripción de la capacidad de agencia del adulto mayor con hipertensión arterial en la dimensión asume compromiso

N _o	Indicadores	Nunca (%)	A veces (%)	Siempre (%)
01	Busco información y orientación sobre mi enfermedad	16,7	68,3	15,0
02	Cuando inicio un nuevo medicamento solicito información sobre la correcta administración	3,3	58,4	38,3
03	Busca conocer las complicaciones derivadas de la enfermedad	26,7	51,7	21,6
04	Considero que la cantidad máxima de sal que puedo utilizar en la preparación y consumo de alimentos, son 2 cucharaditas al día	1,7	50,0	48,3
05	Busca conocer cómo actúan los medicamentos que tomo para controlar la presión arterial y las reacciones desfavorables	20,0	71,7	8,3

En la tabla 3, se muestra que un 48% de los pacientes con hipertensión asumen compromiso “siempre”, respecto a la cantidad de sal que debe utilizar en la preparación de sus alimentos y un 38% buscan información sobre la correcta administración de un nuevo medicamento. Sin embargo, “a veces”, busca conocer cómo actúan los medicamentos y sus reacciones adversas (71,7%); busca información y orientación sobre su enfermedad (68,3%) y “a veces”, busca conocer las complicaciones de su enfermedad (51,7%).

Tabla 4. Descripción de la capacidad de agencia del adulto mayor con hipertensión arterial en la dimensión actúa

N _o	Indicadores	Nunca (%)	A veces (%)	Siempre (%)
01	Mi dieta diaria contiene verduras, frutas, fibra, y es baja en grasas	3,3	60,0	36,7
02	Asisto a mi chequeo médico de acuerdo a las citas	-	33,3	66,7
03	Camino diariamente como mínimo 30 minutos	10,0	55,0	35,0
04	Consumo agua por lo menos un litro al día	-	56,7	43,3
05	Dedico unas horas a la semana a mi cuidado	3,3	73,4	23,3
06	Integro a mi tratamiento la medicina complementaria	51,7	46,7	1,6
07	Cuando duermo entre 6 a 8 horas diarias, me siento descansado	8,3	55,0	36,7

Con relación al comportamiento de los ítems sobre la capacidad de agencia en la dimensión actúa, en la tabla 4, se muestra que un alto porcentaje de usuarios refieren que “siempre” asisten a su chequeo médico de acuerdo a las citas (66,7%); consume agua por lo menos un litro al día (43,3%); Cuando duerme entre 6 a 8 horas diarias, se sienten descansados (36,7%) su dieta diaria contiene verduras, frutas, fibra, y es baja en grasas (36,7%). Pero, “a veces” caminan como mínimo 30 minutos al día (55,0%); 73,4% dedican unas horas a la semana a su cuidado. Nunca (51,7%) usan medicina complementaria. Esta es la dimensión mejor evaluada, en relación a las anteriores.

3. Capacidad de agencia de autocuidado

Tabla 5. Capacidad de agencia del adulto mayor con hipertensión arterial

Dimensiones	Alto	Medio	Bajo
Disposición para actuar	17,0	76,0	7,0
Asume compromiso	26,0	50,0	14,0
Actúa	35,0	54,0	11,0
Total	11,0	60,0	26,0

Con respecto a la capacidad de agencia de autocuidado, se encontró que el 60,0% de las personas con hipertensión arterial poseen una capacidad de agencia de autocuidado media.

4.2. DISCUSIÓN

Respecto al primer objetivo: Características demográficas y sociales del adulto mayor con hipertensión arterial atendido en un Hopsital EsSalud II Jaén, la mayor distribución corresponde al sexo femenino, estado civil casado, nivel de instrucción secundaria y trabajo independiente. Viven con su conyugue; la red de apoyo social lo constituye básicamente el club del adulto mayor y en menor medida sus hijos.

Algunos hallazgos sobre las características demográficas, coinciden y otras difieren de los reportados por Achury et al.⁷ en el estudio sobre capacidad de agencia de autocuidado realizado en Colombia, donde los participantes eran casados. El grado de escolaridad fue superior al encontrado en esta investigación, en este país los adultos mayores cursaron hasta el bachillerato. Respecto al aspecto social, una alta proporción de participantes contaban con un cuidador y una red de apoyo social institucional.

Fernández⁴ sostiene que la capacidad de agencia se ve afectada por la presencia de Factores Condicionantes Básicos (FBC), estableció que la agencia de autocuidado varía, con el estado de salud, nivel educativo y las experiencias de vida.

El nivel de escolaridad alcanzado, podría estar relacionado con una menor capacidad de adquirir los conocimientos para el manejo de su enfermedad. Así mismo, al ejercer un trabajo independiente, su tiempo se acortaría para llevar a cabo las acciones de autocuidado, puesto que su mayor parte de tiempo está dedicado al trabajo y al cumplimiento de las responsabilidades económicas y familiares según lo sostiene Achuray et al ⁷.

Flores¹³ en la investigación Capacidad de agencia de autocuidado en paciente hipertensos en México, mostró que, los participantes del estudio eran del sexo femenino (80,1%) reportaron baja escolaridad. Estos hallazgos corroboran los encontrados en esta investigación.

Finalmente, de los resultados se deduce que las instituciones de salud a nivel de Latinoamérica, están generando redes de apoyo social, como una estrategia para mejorar el autocuidado y la calidad de vida de las personas adultas mayores.

Respecto al segundo objetivo; Describir la capacidad de agencia de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial, en las dimensiones disposición para actuar, asumir compromisos y actúa; en las tres muestran una capacidad de agencia media. Por un lado, el adulto mayor, presenta disposición media para asumir cambios acerca del manejo adecuado de su enfermedad, porque redundan en su tranquilidad, bienestar personal y el de su familia, siente que su enfermedad influye negativamente en su vida sexual.

Por otro lado, asume compromisos respecto a su alimentación e información respecto a su tratamiento: considera que la cantidad máxima de sal que puede utilizar en la preparación y consumo, son 2 cucharaditas al día y cuando inicia un nuevo medicamento solicita información sobre la correcta administración, pero, solo algunas veces busca conocer cómo actúan los medicamentos y las reacciones desfavorables que se pueden deducir de su consumo.

En la dimensión actúa, su capacidad de agencia para el autocuidado está referida al control médico periódico y al consumo de agua de acuerdo a las indicaciones del médico y personal de enfermería. Asiste a sus chequeos médicos de acuerdo a sus citas y consumen agua por lo menos un litro al día. Sin embargo, a veces dedican unas horas semanales a su cuidado; y en ocasiones su dieta diaria contiene verduras, frutas, fibra, y es baja en grasas. A veces caminan como mínimo 30 minutos al día; sin embargo, un porcentaje superior al 30% si lo hacen.

Fanarraga¹⁴ en Perú, muestra altos porcentajes de capacidad de autocuidado en pacientes hipertensos, donde un 69% de personas se controlan su presión arterial, el 77% realizan caminatas durante el día y el 87% tienen una alimentación que contiene frutas y verduras, resultados que difieren del estudio.

En cuanto al tercer objetivo: Capacidad global de autocuidado, El resultado alcanzado en la investigación fue media (61%). Estos hallazgos difieren de lo reportado por Rivera¹⁰ en Colombia, quién encontró que el 53% de las personas con HTA presentaron deficiente capacidad de agencia para el autocuidado. Flores¹² en México, quién muestra una capacidad de agencia de autocuidado muy

bueno (57,4%) y buena (42,6%). Así mismo en Perú, Rodríguez¹⁴ encontró que el 58% de adultos mayores tienen un nivel de autocuidado alto y un 40% medio.

El nivel de autocuidado alcanzado por los participantes del estudio, está relacionado con los indicadores de las dimensiones: “disposición para actuar” y “asume compromiso”, que en su mayoría los realiza esporádicamente. El éxito depende de cada individuo ya que es el único que puede hacer los cambios necesarios en su estilo de vida y garantizar su estado de salud. Como dice, Amartya Sen²⁰ una persona hace, lo que considera importante y lo que tiene un valor intrínseco para él.

Para que el adulto mayor actúe con autonomía y sea capaz de elegir lo que debe o no hacer, la educación para la salud es esencial. Es importante brindarle información que responda a las necesidades individuales, y que le permita generar cambios de comportamiento para alcanzar objetivos terapéuticos, mejorar y mantener su calidad de vida, este es uno de los objetivos fundamentales del cuidado enfermero, que necesita ser reforzado, para alcanzar niveles óptimos de autocuidado.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Los adultos mayores en su mayoría son de sexo femenino, de estado civil casado, con nivel de instrucción secundaria y dedicada a un trabajo independiente. Viven con su conyugue y su red de apoyo social lo constituye básicamente el club del adulto mayor y en menor medida sus hijos.

Al describir la capacidad de agencia de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial, en las dimensiones: disposición para actuar, asume compromisos y actúa; Solo a veces las asumen, de lo que se deduce que necesitan de mayor información y apoyo para lograr su empoderamiento respecto a su situación.

Los adultos mayores tienen nivel de agencia de autocuidado medio.

5.2. RECOMENDACIONES

Se recomienda a los profesionales de salud realizar investigaciones de mayor nivel de profundidad (Correlacionales, aplicativos, investigación acción), para aumentar los conocimientos sobre el tema y lograr cambios en los comportamientos de los adultos mayores.

Al personal de enfermería, diseñar y ejecutar programas de educación permanente, para lograr aprendizajes significativos en las personas adultas mayores, para que haciendo uso de su libertad puedan tener una disposición positiva, adquieran el compromiso y desarrollen practicas saludables en el mejoramiento y cuidado de su salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández A, Manrique F. Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores. Colombia; 2010. [Consultado 2 agosto de 2016]. Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35846/37059>
2. Ministerio de la Protección Social de Colombia, Organización Panamericana de la Salud (OPS). Indicadores básicos. Situación de salud en Colombia; 2008. [Consultado 2 agosto de 2016]. Disponible en <http://www.minproteccionsocial.gov.co>.
3. Alvarado A, Lamprea L, Murcia K. La nutrición en el adulto mayor: una oportunidad para el cuidado de enfermería. *Enfermería universitaria* Vol. 7 (1); 2017 [Acceso, 10 agosto, 27. Disponible en: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706317300398?_rdoc=1&_fmt=high&_origin=gateway&_docanchor=&md5=b8429449ccfc9c30159a5f9aeaa92ffb#bibl0005
4. Fernández A. Fortalecimiento de la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso ambulatorio de Tunja-Boyacá. [Tesis doctoral]. Colombia: Facultad de enfermería Programa doctorado en enfermería universidad nacional de Colombia; 2010. [Consultado 3 de agosto de 2016] Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n2/art_09.pdf
5. National Institutes of Health. The sixth report of Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of Blood Pressure. Washington: NHI Publication; 2007.
6. Garcés B. Incidencia y Medidas preventivas de hipertensión arterial en docentes de Instituciones Educativas Básica, Media y Superior de los Cantones Salinas y La Libertad en la provincia de Santa Elena. *Revista ciencias pedagógicas e innovación*. [Internet]. 2008 - 2009 [Consultado 3 de agosto, 2014]. Disponible en: <http://upse.edu.ec/rcpi/index.php/no-1-octubre-2012/84-incidencia-y-medidas-preventivas-de-hipertension-arterial-en-docentes-de-instituciones-40-educativas-basica-media-y-superior-upse-de-los-cantones-salinas-y-lalibertad-en-la-provincia-de-santa-elena>.

7. Achury L, Achury D, Rodriguez S, Sepúlveda G, Padilla M, Lauro J. Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. Artículo de investigación España. [internet]; 2013. [Consultado 4 de agosto 2016]. Disponible:<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2293/html>
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática -INEI. Proyecciones de población por provincias, cantones, áreas, sexo y grupos de edad; 2013 [consultado 5 de agosto, 2016] Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/Estadisticas/Estadisticas/IndicadoresSalud/Demograficos/Poblaciontotal/Pobvidmacros.Asp>.
9. Cayhuaray R, Peláez Y. Factores condicionantes básicos del autocuidado en el paciente con hipertensión arterial. Hospital Belén de Trujillo; 2014. [Consultado 6 de agosto 2016]. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1682/1/re_enfer_fac.basicos-autocuidado-hipertension_datos.pdf.
10. Dirección General de Salud. Morbilidad general por categorías según grupo etario y sexo. Jaén; 2015.
11. Rivera L. Capacidad de Agencia de Autocuidado en personas con Hipertensión arterial hospitalizada en una clínica de Bogotá, Colombia; 2011. [Consultado 8 de agosto 2016]. Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v8n3/v8n3a09>
12. Araneda G, Isla X, Jiménez M. Capacidad de autocuidado del adulto mayor, hospitalizado en los servicios de medicina y cirugía. Enfermería y humanidades. [Internet]. 2008. [Consultado 8 de agosto 2016]. Disponible en: <http://culturacuidados.ua.es/article/view/2000-n7-8-capacidad-de-autocuidado-del-adulto-mayor-hospitalizado-en-los-servicios-de-medicina-y-cirurgia-del-hospital-herminda-martin-de-chillan-chile>
13. Flores B, Gómez O. Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. [tesis para optar el título de enfermería]. México: Universidad Veracruzana Unidad Docente Multidisciplinario de Ciencias de la Salud y Trabajo Social Facultad De Enfermería México; 2008.[consultado 10 de agosto] disponible en: <http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/626/1/TESIS%20FINAL.pdf>
14. Fanarraga J. Conocimiento y práctica de autocuidado domiciliario en pacientes adultos con hipertensión arterial, en consultorios externos de cardiología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen -EsSalud [tesis para optar el título de enfermería]. Perú: Universidad Ricardo Palma; 2013.

[consultado 13 de agosto 2014] Disponible en:
http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/276/1/Fanarraga_jr.pdf

15. Rodríguez M. Nivel de autocuidado y estilo de vida del adulto con hipertensión arterial del policlínico el porvenir [tesis para optar el título de enfermería]. Perú: Red Asistencial de Salud la Libertad Policlínico el Porvenir; 2010. [consultado 13 de agosto 2014]. Disponible en:
<http://documents.mx/documents/nivel-de-autocuidado-y-estilo-de-vida-del-adulto-con-hipertension-arterial-del-policlinico-el-porvenir-2010.html>
16. Gásquez M. Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad de Medellín. Enfermería Global. [Internet].2013. [Consultado 14 de agosto de 2016]; N° .30. Disponible en:
<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n30/docencia4.pdf>
17. Coppard citado por Can A. Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo. [internet]. 2015. [Consultado 23 de agosto de 2016] Disponible en: [file:///C:/Users/Personal/Downloads/Dialnet-AutocuidadoEnLasPersonasMayoresDeLaCiudadDeSanFran-5364683%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Personal/Downloads/Dialnet-AutocuidadoEnLasPersonasMayoresDeLaCiudadDeSanFran-5364683%20(1).pdf)
18. Organización Mundial de la Salud (OMS). Claves para un buen envejecer 2013. Manual de autocuidados. [Consultado 26 de agosto de 2016] disponible en :
<http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/ManualAutocuidado.pdf>
19. Sosa M. Sentido y significancia de prácticas de autocuidado ante el riesgo de cáncer cervico-uterino en mujeres mexicanas sanas. [Internet]. 2008. Enfermería universitaria. [Consultado 27 de agosto de 2016] disponible en:
<file:///C:/Users/Personal/Downloads/30151-64196-2-PB.pdf>
20. Sen A. Revista de Desarrollo Humano. HUMANUM [consultado 28 de agosto 2016]; No 69. Disponible en: <http://www.ophi.org.uk/wp-content/uploads/Agencia.pdf?0a8fd7>
21. Restrepo D. Aportes del enfoque de las capacidades. Brasil; 2013[consultado 29 de agosto 2016]. Disponible en:
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n12/v29n12a03.pdf>
22. Vega OM, Suarez J, Acosta S. Agencia de autocuidado en pacientes hipertensos del Hospital Erasmo Meoz. Rev. colomb. Enferm. 2015. Volumen 10: 45-56.

23. Ochoa de Molina O. Control de los factores de riesgo de la hipertensión arterial. Universidad de Antioquía, Medellín – Colombia; 2010
24. Prado LA, González M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. [online]; 2014, vol.36, (6) pp. 835-845. ISSN 1684-1824.
25. Organización Panamericana de la Salud, organización Mundial de la Salud. Hipertensión arterial. Guía de diagnóstico y manejo; 2009
26. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre salud del mundo. Ginebra; 2013. [Consultado 05 de setiembre 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf
27. Colman J. Participación del profesional de enfermería en la promoción de hábitos de salud y el Autocuidado destinados a prevenir complicaciones por hipertensión arterial. [Tesis de licenciatura]. Paraguay: Universidad tecnológica Intercontinental. 2013 [Consultado 05 de setiembre]. Disponible en: <http://utic.edu.py/investigacion/attachments/article/79/Tesis%20completa%20de%20Jos%C3%A9%20Colm%C3%A1n.pdf>
28. Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización de las Naciones Unidas (ONU) citado por Quintanar A. análisis de la calidad de vida en los adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo: a través del instrumento whoqol-bref [Tesis de licenciatura]. Actopan: universidad autónoma del estado de Hidalgo. 2010 [Consultado 08 de setiembre]. Disponible en: http://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf
29. Organización Mundial de la Salud (OPS) citado por Ramírez A. Problemática del adulto mayor. [Internet]; 2012. [Consultado 05 de setiembre]. Disponible en: <http://problematikaadultosmayores.blogspot.pe/2012/05/definicion-de-adulto-mayor-por-isis.html>
30. Hernández, Fernández, Batista. Metodología de la Investigación. Caracas: Mc. Graw Hill; 2003.
31. Hernández R. Metodología en investigación clínica. Tipos de estudios [diapositiva]. Salamanca; 2016. 48 diapositivas.

ANEXOS

Anexo 1

ESCALA PARA EVALUAR LA CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL

Instrucciones

Señor (a), soy bachiller de Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, me encuentro realizando un estudio de investigación sobre la Capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor con hipertensión arterial, por lo cual solicito su colaboración para contestar sinceramente los enunciados que se presentan a continuación. La información proporcionada permitirá incrementar el conocimiento sobre el problema de estudio y así poder incentivar la mejora del programa del adulto mayor.

De antemano agradezco su comprensión y colaboración.

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRAFICAS Y SOCIALES

Edad (años cumplidos): _____

Género:

1. femenino 2. Masculino

Estado civil:

1. Casado 2. Soltero 3. Divorciado 4. Viudo

Ocupación:

1. Empleado 2. Desempleado 3. Independiente 4. Jubilado

Grado de instrucción:

1. Ninguno 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior

Vive con:

1. conyugue 2. hijo(a) 3. Otro familiar 4. Tercer persona 5. Solo

Red de apoyo:

1. Conyugue 2. Hijos 3. Otro familiar 4. Otro

II. CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO

N°	Ítems	Nunca	A veces	Siempre
1	Mi estado de ánimo me permite cuidarme			
2	Cuando duermo entre 6 a 8 horas diarias, me siento descansado			
3	Dedico unas horas a la semana a mi cuidado			
4	Considero importante realizar actividad física			
5	Busco información y orientación sobre mi enfermedad			
6	Conozco como actúan los medicamentos que tomo para controlar la presión arterial y las reacciones desfavorables			
7	Cuando inicio un nuevo medicamento solicito información sobre la correcta administración			
8	Considero que la cantidad máxima de sal que puedo utilizar en la preparación y consumo de alimentos, son 2 cucharaditas al día.			
9	Integro a mi tratamiento la medicina complementaria			
10	Conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad			
11	Camino diariamente como mínimo 30 minutos			
12	Consumo agua por lo menos un litro al día			
13	Realizo cambios según mis necesidades para mantener mi salud y manejar adecuadamente mi enfermedad.			
14	Asisto a mi chequeo médico de acuerdo a las citas			
15	Evalúo si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad, me garantizan bienestar y el de mi familia.			
16	Mi dieta diaria contiene verduras, frutas, fibra, y es baja en grasas			
17	Siento que mi enfermedad ha influido negativamente en mi vida sexual.			

ANEXO 2

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

GUIA PARA JUICIO DE EXPERTOS

Guía para la realización de un juicio de expertos.

1. Definir el objetivo del juicio de expertos
2. Selección de los jueces
3. Explicitar tanto las dimensiones como los indicadores que está midiendo cada uno de los ítems de la prueba. Esto le permitirá al juez evaluar la relevancia, la suficiencia y la pertinencia del ítem.
4. Especificar el objetivo de la prueba
5. Establecer los pesos diferenciales de las dimensiones de la prueba
6. Diseño de formato, se debe diseñar de acuerdo con los objetivos de la evaluación.
7. Calcular la concordancia entre jueces, utilizando los estadísticos más convenientes.

ANEXO 2a

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

FORMATO DE IDENTIFICACION DE LOS JUECES

Título del proyecto

Autora.....

Asesoras.....

Nº	Nombres y apellidos	Grado Académico Especialidad	Cargo	Institución Área laboral	Teléfono
1					
2					
3					

Jaén,..... de ... de 201...

ANEXO 2b

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

CARTA PARA EVALUACIÓN DEL INSTRUMENTO A TRAVÉS DE JUICIOS DE EXPERTOS

Señor

Estimado....., usted ha sido considerado para participar en la evaluación de un instrumento para investigación sobre, por tal motivo hago llegar la presente documentación referida a la investigación y el formato que servirá para que usted pueda calificar los ítems y sus apreciaciones en cada uno de ellos.

Agradeceré sus valiosos aportes que permitirán mejorar el instrumento y obtener información válida, en los resultados y conclusiones de la investigación científica, siendo este proceso, un criterio requerido para toda investigación.

Por lo que a continuación sírvase identificar el ítem o pregunta y conteste marcando con un aspa en la casilla que usted considere conveniente y además puede hacernos llegar alguna otra apreciación en la columna de observaciones.

Anexo 2c

**PRUEBA BINOMIAL DE JUICIO DE EXPERTOS
CONCORDANCIA ENTRE JUECES**

Ítems	JUECES			Total	Valor Bimodial
	J1	J2	J3		
1	1	1	1	3	0,009
2	1	1	1	3	0,009
3	1	1	0	2	0,062
4	1	1	1	3	0,009
5	1	1	1	3	0,009
6	1	1	1	3	0,009
7	1	1	1	3	0,009
8	1	1	0	2	0,062
9	1	1	1	3	0,009
10	1	1	1	3	0,009

P<0,05

Anexo 3



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
FILIAL JAÉN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada capacidad de agencia de autocuidado en el adulto mayor con hipertensión arterial.

Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que por la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confío en que la investigación utilizara adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

.....

Firma del Paciente

Anexo 3a



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
FILIAL JAÉN

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

Estimado señor

La investigadora del estudio para el cual Ud. ha manifestado su deseo de participar, habiendo dado su consentimiento informado, se compromete con usted a guardar la máxima confidencialidad de información, así como también le asegura que los hallazgos serán utilizados solo con fines de investigación y no le perjudicaran en lo absoluto.

ATTE

Marianella Arteaga Castañeda.

ANEXO 7

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
"NORTE DE LA UNIVERSIDAD PERUANA"
Av. Atahualpa N° 1050

Repositorio Digital Institucional

Formulario de Autorización

1. Datos del autor

Nombres y Apellidos: Marianella Arteaga Castañeda

DNI/Otros N°: 70039654

Correo Electrónico: Marianella127 @hotmail.com

Teléfono: 999679352

2. Grado, título o especialidad

Bachiller

Título

Magister

Doctor

3. Tipo de investigación¹:

Tesis

Trabajo Académico

Trabajo de Investigación

Trabajo de Suficiencia profesional

Título: CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO
MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.HOSPITAL EsSALUD-II JAÉN,
2016

Asesor: Dra. Albila Beatriz Domínguez Palacios
Dra. Elena Vega Torres

Año: 2017

Escuela Académica/Unidad: Escuela Académico Profesional De Enfermería Filial
Jaén

¹Tipo de Investigación

Tesis: Para Título Profesional de licenciada en Enfermería

4. Licencia

a. Licencia Estándar

Bajo los siguientes términos autorizo el depósito de mi trabajo de Investigación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Nacional de Cajamarca.

Con la autorización de depósito de mi trabajo de investigación, otorgo a la Universidad Nacional de Cajamarca una Licencia no Exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner disposición del público mi trabajo de investigación, en forma físico o digital en cualquier medio, conocido por conocer, a través de los diversos servicios provistos de la universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de la UNC, colección de Tesis, entre otros, en el Perú y en el extranjero, por el tiempo y veces que se considere necesarias, y libre de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Nacional de Cajamarca podrá reproducir mi trabajo de investigación en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad y respaldo y preservación.

Declaro que el trabajo de investigación es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad comparativa, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, así mismo, garantizo que dicho trabajo de investigación no infringe derechos de autor de terceras personas. La Universidad Nacional de Cajamarca consignara en nombre del/los autor/es del trabajo de investigación, y no hará ninguna modificación más que la permitida en la presente licencia.

Autorizo el deposito (marque con un X)

Si, autorizo que se deposite inmediatamente.

Si, autorizo que se deposite a partir d la fecha (dd/mm/aa): _____


No autorizo

b. Licencias Creative Commons²:

Autorizo el deposito (marque con un X)

Si autorizo el uso comercial y las obras derivadas de mi trabajo de investigación.

No autorizo el uso comercial y tampoco las obras derivadas de mi trabajo de investigación.

 Firma	<u>29 / 08 / 17</u> Fecha
--	------------------------------

² Licencias Creative Commons: las licencias Creative Commons sobre su trabajo de investigación, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, siempre y cuando reconozcan la autoría correspondiente. Todas las Licencias Creative Commons son de ámbito mundial. Emplea el lenguaje y terminología de los tratados internacionales. En consecuencia, goza de una eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral

