



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TEMA: Autocuidado de pacientes hipertensos, enfocado en la teoría de Dorothea Orem, Hospital Delfina Torres de Concha, 2019

Trabajo de grado previo a la obtención del título de Licenciatura en Enfermería

AUTOR: María Fernanda Jaramillo Caranqui
DIRECTOR: Msc. María Fernanda Valle Dávila

IBARRA-2019

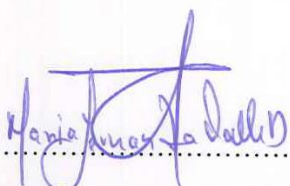
APROBACIONES

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

En calidad de Directora de la tesis de grado titulada “Autocuidado de pacientes hipertensos, enfocado en la teoría de Dorothea Orem, Hospital Delfina Torres de Concha, 2019” de autoría de Jaramillo Caranqui María Fernanda para obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 15 días del mes de octubre de 2019.

Lo certifico:



MSc. María Fernanda Valle Dávila

C.C: 1003032099

DIRECTORA



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA

**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE
LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	0401953559		
APELLIDOS Y NOMBRES:	Jaramillo Caranqui María Fernanda		
DIRECCIÓN:	Mira, barrio San Nicolas		
EMAIL:	maferjaramillo10@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:	062281066	TELÉFONO MÓVIL:	0961722153
DATOS DE LA OBRA			
TÍTULO:	“Autocuidado de pacientes hipertensos, enfocado en la teoría de Dorothea Orem, Hospital Delfina Torres de Concha, 2019		
AUTOR (ES):	Jaramillo Caranqui María Fernanda		
FECHA:	2019-10-15		
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO			
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO		
TITULO POR EL QUE OPTA:	Licenciatura en Enfermería		
ASESOR /DIRECTOR:	MSc. María Fernanda Valle Dávila		

2. CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 15 días del mes de octubre de 2019.

LA AUTORA



.....
María Fernanda Jaramillo Caranqui

C.C.: 0401953559

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCCS-UTN

Fecha: Ibarra, 15 de octubre del 2019

MARÍA FERNANDA JARAMILLO CARANQUI, “AUTOCUIDADO DE PACIENTES HIPERTENSOS, ENFOCADO EN LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM, HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, 2019” TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra 09 de octubre del 2019

DIRECTORA: MSc. María Fernanda Valle Dávila

El principal objetivo de la presente investigación fue, determinar la práctica de autocuidado del paciente hipertenso enfocado en la teoría de enfermería de Dorothea Orem en el Hospital Delfina Torres de Concha.

Entre los objetivos específicos se encuentran:

- Determinar las características sociodemográficas de la población de estudio.
- Identificar las actividades de autocuidado desarrolladas por pacientes hipertensos.
- Diseñar una guía para mejorar el autocuidado enfocado en la teoría de enfermería de Dorothea Orem.

Fecha: Ibarra, 15 de octubre del 2019.

MSc. María Fernanda Valle Dávila

Directora

María Fernanda Jaramillo Caranqui

Autora

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación es dedicado al amor del creador; ya que ha guiado cada uno de mis pasos y siempre me ha orientado por el buen camino.

A mis padres de manera especial a una mujer trabajadora, tierna, perseverante, amorosa, sincera que me ha brindado tanto amor, paciencia; mi madre Laura Caranqui quien ha sido el pilar fundamental para el cumplimiento de todos mis objetivos y metas propuestas y esta es una de ellas; sin ella hubiese sido imposible lograr mis sueños.

A mis hermanos, quienes día a día estuvieron conmigo incondicionalmente dándome fuerza, ánimo, acompañándome en mis tareas; también dedico este trabajo a una persona muy especial que siempre ha estado conmigo brindándome su apoyo incondicional, en los momentos difíciles cuando he querido desertar quien me ha dado su amor, apoyo afecto a quién ha depositado toda su confianza en mí.

A mi tutora Mcs María Fernanda Valle quién ha depositado sus conocimientos en mí y a contribuido de manera incondicional para la elaboración del presente trabajo investigativo.

María Fernanda Jaramillo Caranqui

AGRADECIMIENTO

A Dios por bendecir mi vida y cada uno de mis pasos a mi familia por ser un pilar fundamental, y ayudarme a seguir siempre con mis sueños a saber brindarme su apoyo de manera incondicional en mi formación profesional.

Es fundamental agradecer de manera especial a la Msc. María Fernanda Valle, directora del presente trabajo investigativo, por acoger mi trabajo de grado y dirigirme con sus amplios conocimientos y experiencia laboral; también me ha brindado su apoyo, confianza y dedicación en mi trabajo a la vez su capacidad para guiar mis ideas, para obtener un buen resultado.

Quiero expresar también mi más sincero agradecimiento a la Universidad Técnica del Norte específicamente a la Carrera de Enfermería donde me pude formar como profesional, cabe mencionar a todos los docentes de mi carrera universitaria que con sus conocimientos y aportes educativos siempre me brindaron la plena seguridad para ser una profesional; a su vez a la Msc. Eva López por guiar mi trabajo de grado y compartirme sus conocimientos.

Al Hospital Delfina Torres de Concha especialmente al servicio de Medicina Interna por darme la apertura y apoyo necesario para el desarrollo de la investigación; cabe destacar el aporte de la Mcs Darmin Altafuya docente de internos rotativos en Esmeraldas por su apoyo incondicional por ser más que una docente una amiga.

María Fernanda Jaramillo Caranqui

ÍNDICE GENERAL

APROBACIONES	ii
CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
TEMA:	xiv
CAPÍTULO I.....	1
1. Problema de la Investigación	1
1.1. Planteamiento del Problema	1
1.2. Formulación del Problema.....	3
1.3. Justificación	4
1.4. Objetivos.....	6
1.4.1. Objetivo General	6
1.4.2. Objetivos Específicos	6
1.5. Preguntas de Investigación	6
CAPÍTULO II	7
2. Marco Teórico.....	7
2.1. Marco Referencial.....	7
2.1.1. Efecto de la intervención educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia, Suramérica, 2013.....	7

2.1.2.	Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. España, 2015.....	8
2.1.3.	Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. Bogotá, 2014.	8
2.1.4.	La capacidad de autocuidado en el control del paciente hipertenso. México, 2014.	9
2.1.5.	Factores sociodemográficos y capacidad de autocuidado del paciente adulto con hipertensión y diabetes. Pesqueda, 2017.	10
2.2.	Marco Contextual	10
2.2.1.	Historia	10
2.2.2.	Actualidad	11
2.2.3.	Misión.....	12
2.2.4.	Visión	12
2.2.5.	Ubicación.....	12
2.3.	Marco Conceptual.....	12
2.3.1.	Teorías de Enfermería de Dorothea Orem.....	12
2.3.2.	Hipertensión Arterial	16
2.4.	Marco Legal y Ético	24
2.4.1.	Marco Legal	24
2.4.2.	Marco Ético	27
□	Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería.	28
	CAPÍTULO III.....	30
3.	Metodología de la Investigación	30
3.1.	Diseño de la Investigación.....	30
3.2.	Tipo de la Investigación.....	30
3.3.	Localización y Ubicación del Estudio	31
3.3.1.	Universo	31
3.3.2.	Muestra	31
3.3.3.	Criterios de inclusión.....	32
3.3.4.	Criterios de Exclusión	32
3.4.	Operalización de variables.....	33

3.5. Método de recolección de información	38
3.5.1. Encuesta.....	38
3.6. Análisis de información	38
CAPÍTULO IV	39
4. Resultados de la investigación	39
CAPÍTULO V	48
5. Conclusiones y Recomendaciones.....	48
5.1. Conclusiones	48
5.2. Recomendaciones.....	49
Anexo 1, instrumento de la investigación	50
Anexo 2, Archivo fotográfico	54
Anexo 3, Guía de mejora (portada).....	56
BIBLIOGRAFÍA	57

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Gráfico 1. Datos sociodemográficos	39
Gráfico 2. Dimensión de capacidades fundamentales.....	41
Gráfico 3. Dimensión componentes de poder	43
Gráfico 4. Dimensión capacidad para operacionalizar	45

RESUMEN

AUTOCUIDADO DE PACIENTES HIPERTENSOS, ENFOCADO EN LA TEORÍA DE DOROTHEA OREM, HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, 2019.

Autor: María Fernanda Jaramillo Caranqui

Correo electrónico: maferjaramillo10@hotmail.com

El autocuidado se define como la actitud y aptitud del individuo para realizar de forma voluntaria y sistemática; actividades dirigidas a conservar la salud y prevenir enfermedades en el medio donde se desenvuelve. Objetivo: determinar la práctica de autocuidado del paciente hipertenso enfocado en la teoría de enfermería de Dorothea Orem en el Hospital Delfina Torres de Concha. Estudio de abordaje cuantitativo no experimental, tipo descriptivo y transversal. El muestreo estuvo constituido por 69 pacientes hipertensos del área de Medicina Interna. Se aplicó como instrumento el “cuestionario validado por la agencia de autocuidado”, el mismo que consta de 17 ítems agrupados en tres dimensiones: capacidades fundamentales, componentes de poder y capacidad para operacionalizar. Resultados: el 65% de la población posee un rango etario de 65 años o más, el 59% posee instrucción primaria o ninguna y el 35% vive solo. En relación a las actividades de autocuidado la práctica de la dimensión de capacidades fundamentales se cumple según la escala “a veces”. La dimensión de componentes de poder, destaca que el 68% de los encuestados consideran importante realizar ejercicio y el 65% solicita información sobre la correcta administración de medicamentos. La dimensión de capacidades para operacionalizar indica que el 64% de los pacientes hipertensos conoce las complicaciones derivadas de la enfermedad. Se concluye que los pacientes hipertensos aplican mayoritariamente de forma esporádica “a veces” las actividades de autocuidado en las tres dimensiones.

Palabras clave: Autocuidado, Hipertensión, Capacidades fundamentales, Componentes de poder, Capacidades para operacionalizar.

ABSTRACT

SELF-CARE OF HYPERTENSIVE PATIENTS, FOCUSED ON THE THEORY OF DOROTHEA OREM, IN THE DELFINA TORRES DE CONCHA HOSPITAL, 2019.

Author: María Fernanda Jaramillo Caranqui

Email: maferjaramillo10@hotmail.com

Self-care is defined as the attitude and aptitude that human beings have to do activities which are aimed to maintain health and prevent diseases in a voluntary and systematically way. Objective: To determine the self-care practice of hypertensive patients, focused on the nursing theory of Dorothea Orem at Delfina Torres de Concha Hospital. This research had a Non-experimental quantitative approach, with a descriptive and transversal type. The sampling was composed of 69 hypertensive patients from Internal Medicine area. To collect data, it was necessary to apply a questionnaire which was validated by the self-care agency. This had 17 items grouped into dimensions such as: fundamental abilities, power components and operationalization. Results: 65% of population is between 65 years of age or more, 59% have primary education and 35% of people live alone. On the other hand, talking about self-care activities, the practice of fundamental abilities is carried out according to “sometimes” scale. The dimension of power components shows that 68% of people who were surveyed consider that it is important to do exercise and 65% of them request information about the correct administration of medicine. The dimension of abilities to operationalize shows that 64% of patients know the complications derived from this disease. To conclude, it is important to say that hypertensive patients sometimes apply self-care activities in all three dimensions.

KEY WORDS: Self-care, Hypertension, Fundamental abilities, Power components, operationalize.

TEMA:

Autocuidado de pacientes hipertensos, enfocado en la teoría de Dorothea Orem,
Hospital Delfina Torres de Concha, 2019

CAPÍTULO I

1. Problema de la Investigación

1.1.Planteamiento del Problema

Los esfuerzos a nivel mundial para combatir a las enfermedades no transmisibles han tomado fuerza a partir de la Declaración Política de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles. La Organización Mundial de la Salud elaboró un Plan de Acción Mundial 2013-2020, con la finalidad de crear acciones dirigidas a la prevención y control de enfermedades no transmisibles (1).

Los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud buscan un marco de acción mundial para la prevención y control de mencionadas enfermedades tomando en cuenta los principales factores de riesgo. Uno de los objetivos previstos es una reducción considerable del número de personas hipertensas (2). La hipertensión arterial es considerada un asesino silencioso porque rara vez causa síntomas en sus etapas iniciales y mucha gente está sin diagnosticar. Si se la detecta en forma temprana y si se trata correctamente, es posible minimizar el riesgo de ataque al corazón, insuficiencia cardíaca, accidente cerebrovascular e insuficiencia renal (3).

La hipertensión es una patología muy común en éstos días, siendo una de las principales causas de mortalidad y morbilidad, tomando en cuenta que es el principal factor de riesgo para un accidente vascular de manera prematura, afecta aproximadamente a 250 millones de personas en América Latina y, en la mayoría de los países, las tasas del control de la presión arterial son inaceptablemente bajas (4).

El autocuidado se define como la actitud y aptitud para realizar de forma voluntaria y sistemática actividades dirigidas a conservar la salud y prevenir enfermedad, esto es

muy importante ya que contribuye de forma directa en la recuperación de pacientes hipertensos y en el seguimiento rígido del tratamiento terapéutico; de la misma manera si no existe un autocuidado eficiente se pueden dar complicaciones relacionadas a la patología e incluso la muerte (5).

La capacidad de agencia de autocuidado que deben desarrollar los individuos hipertensos es fundamental, ya que permite prevenir las complicaciones desencadenadas por un manejo inadecuado de la enfermedad. En Bogotá Colombia se realizó un estudio sobre la capacidad de autocuidado del paciente hipertenso; en el cual se encontró que el 81,22 % de los pacientes presentó una capacidad de agencia de autocuidado media; tan solo el 10,61 % tuvo una capacidad de agencia de autocuidado alta, y el restante 8,16 % presentó una capacidad de agencia de autocuidado baja (6). En el presente estudio se puede evidenciar la deficiencia de autocuidado de los pacientes hipertensos en países en vías de desarrollo y a su vez se justifica el alto índice de mortalidad gracias a las complicaciones derivadas de la tensión arterial alta.

Casi ocho millones de personas mueren cada año en el mundo por causa de la hipertensión arterial. El 80% de los casos ocurren en países en vías de desarrollo, según la Sociedad Internacional de Hipertensión. En América Latina, el país con la mayor prevalencia de hipertensión es el Ecuador y la primera causa de muerte es la enfermedad cardiovascular secundaria. Un 46% de la población ecuatoriana tiene hipertensión arterial y, lo triste del asunto es que solamente un 15% de esa población hipertensa, tiene un control adecuado de sus cifras de presión arterial (7).

Considerando a la hipertensión como un problema de salud a nivel mundial ha surgido la iniciativa de realizar el presente proyecto de investigación; tomando en cuenta que en la provincia de Esmeraldas existe un gran número de pacientes que asisten a las casas de salud con éste diagnóstico; con mencionado antecedente se analizará la práctica de autocuidado del paciente hipertenso con el enfoque de enfermería de Dorothea Orem en el Hospital Delfina Torres de Concha; para de ésta forma contribuir

con el cumplimiento del primer objetivo del Plan Nacional de Desarrollo Toda una Vida “Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas”.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuál es la práctica de actividades de autocuidado de pacientes hipertensos, enfocado en la teoría de Dorothea Orem, Hospital Delfina Torres de Concha, 2019?

1.3. Justificación

Los problemas hipertensivos son un problema muy relevante hoy en día, debido a que es notable ver personas que asisten a las instituciones de salud con hipertensión y cada vez son más jóvenes; este problema constituye la principal causa de morbilidad y mortalidad en el mundo; al no ser controlada las personas con esta patología corren el riesgo de desarrollar una angina de pecho o un infarto de miocardio; muchas veces no se la trata de la forma adecuada y puede desencadenar en problemas de insuficiencia renal e incluso se pueden desarrollar problemas a nivel cerebral.

Dorothea Orem desarrolló la teoría de enfermería enfocada en el autocuidado; siendo una contribución constante del individuo a su propia existencia; es por ello que la presente investigación tiene como objetivo determinar la práctica de autocuidado del paciente hipertenso enfocada en la teoría de enfermería de Dorothea Orem en el Hospital Delfina Torres de Concha; lo cual es de mucha importancia debido a que se debe mejorar el estilo de vida y evaluar si el paciente está capacitado de forma adecuada para cumplir con el tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico en el proceso de su enfermedad.

La solución de mencionado problema conlleva un arduo estudio y un amplio trabajo de campo, basado en la práctica de autocuidado del paciente hipertenso, en la educación tanto al paciente y a la familia; para ello se realiza un estudio cuantitativo no experimental de tipo descriptivo y transversal; también se hará uso de un cuestionario de autocuidado basado en la teoría de la propulsora de enfermería Dorothea Orem; cabe mencionar que como contribución se elabora y entrega una guía educativa a la población de estudio.

Considerando los aspectos mencionados anteriormente se ha optado por realizar el presente proyecto, el cuál es factible ya que existen pacientes con hipertensión arterial en el Hospital Delfina Torres de Concha y se cuenta con la apertura y apoyo necesario

por parte de la institución; y también es viable ya que se cuenta con el presupuesto y un instrumento validado por la agencia de autocuidado para la investigación.

Al realizar el presente trabajo investigativo serán beneficiarios directos el autor debido a que logrará ejercer el rol investigativo de enfermería poniendo en práctica todos los conocimientos adquiridos en su preparación, los pacientes hipertensos del hospital Delfina Torres de Concha considerando que se logrará mejorar su capacidad de autocuidado y con ello mejorar su calidad de vida, la Universidad técnica del Norte ya que el trabajo investigativo será un referente de preparación y trabajo universitario; mientras los beneficiarios indirectos son las futuras generaciones de estudiantes en la rama de la salud tomando como un referente para futuras investigaciones el presente trabajo.

1.4.Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar la práctica de autocuidado de pacientes hipertensos enfocado en la teoría de enfermería de Dorothea Orem en el Hospital Delfina Torres de Concha.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Determinar las características sociodemográficas de la población de estudio.
- Identificar las actividades de autocuidado desarrolladas por pacientes hipertensos.
- Diseñar una guía para mejorar el autocuidado enfocado en la teoría de enfermería de Dorothea Orem.

1.5.Preguntas de Investigación

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población de estudio?
- ¿Qué actividades de autocuidado son desarrolladas por pacientes hipertensos?
- ¿Una guía contribuirá a mejorar el autocuidado enfocado en la teoría de enfermería de Dorothea Orem?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1.Marco Referencial

2.1.1. Efecto de la intervención educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia, Suramérica, 2013.

Incremento de la población adulto mayor en los países en vías de desarrollo ha generado alteraciones en los sistemas de atención de salud y en el nivel económico para el manejo de la hipertensión arterial (8).

La finalidad del estudio fue evaluar el efecto de una intervención educativa de enfermería en el fortalecimiento de la agencia de autocuidado de adultos mayores hipertensos, mediante un estudio piloto de diseño cuasiexperimental con preprueba y posprueba; con una muestra de 40 adultos mayores inscritos en programas de hipertensos (8).

Se usó la escala para valorar la agencia de autocuidado (ASA), antes y después de la intervención; teniendo como resultado de la intervención educativa, al mes aumentó la agencia de autocuidado en 26,4 puntos y 1,9 puntos en el grupo experimental y control respectivamente, cuando se usó medición basal; 20,5 y 1,2 cuando se controló el efecto basal (8).

El efecto de la intervención educativa de enfermería fue positiva en cuanto logró mejorar la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Tunja, Colombia y por ende mejor pronóstico de su enfermedad crónica. El instrumento per se no logró cambios significativos en el autocuidado. El estudio piloto aportó valiosos ajustes a la investigación principal (8).

2.1.2. Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. España, 2015.

La hipertensión arterial se ha convertido en un problema de salud pública a nivel mundial; el propósito de este estudio fue determinar el efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente hipertenso en una institución de segundo nivel por lo cual se realizó un estudio de intervención pre y postest, con la participación de 83 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial (9).

Se aplicó el instrumento “Evaluación de la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso ”al inicio del estudio y tres meses posteriores a la implementación del plan educativo, el cual mejoró tanto la capacidad de agencia de autocuidado global como sus rangos, encontrando significancia estadística con un valor de probabilidad menor de 0,002 y de 0,0001 respectivamente; el plan educativo generó un cambio estadísticamente significativo en la capacidad de agencia de autocuidado global de los pacientes con hipertensión arterial, así como en los cambios del rango de autocuidado (9).

2.1.3. Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. Bogotá, 2014.

Se describe la construcción y validación inicial de un instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial, basándose en la teoría de autocuidado de Dorotea Orem. Consta de 17 ítems agrupados en tres dimensiones (capacidades fundamentales, componentes de poder y capacidad de operar el autocuidado) (6).

El instrumento fue aplicado a 159 personas con diagnóstico de hipertensión arterial. Se estableció la validez del constructo a través del análisis factorial y la consistencia interna por medio del test estadístico alfa de Cronbach. Resultados: El análisis psicométrico de este estudio mostró un índice de confiabilidad para el cuestionario

total de 0,75 el cual se considera adecuado; a pesar de que el resultado del análisis factorial mostró que las dimensiones propuestas por los autores no se ajustan a los factores obtenidos por el método de extracción de componentes principales (6).

Este instrumento se convierte en una herramienta de valoración de enfermería que puede ser útil para evaluar capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. Es importante continuar con el proceso de validación, dado que la evidencia empírica apoya la evaluación del constructo general, pero no por dimensiones según lo propuesto en el modelo de Dorotea Orem (6).

2.1.4. La capacidad de autocuidado en el control del paciente hipertenso. México, 2014.

En los últimos años se ha observado a nivel mundial un crecimiento importante en la prevalencia de las enfermedades crónicas esenciales del adulto; mediante el presente estudio transversal analítico se evaluó la asociación entre la capacidad de autocuidado y el control de la presión arterial; se estudiaron hipertensos controlados y descontrolados, cada grupo con 79 pacientes (10).

Como instrumento se utilizó la escala de medición de los factores condicionantes básicos y capacidad de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial; la capacidad de autocuidado fue buena en 73.4% de los hipertensos controlados y en 3.8% de los descontrolados; el 91.2% de los controlados y 67.9% de los descontrolados presentaron un sistema familiar positivo (10).

Como conclusión es importante identificar desde las primeras visitas a los pacientes que tienen déficit en la capacidad de autocuidado con el fin de establecer en forma oportuna estrategias educativas conductuales que favorezcan el manejo de los FCB y la adopción de hábitos de vida saludables asegurando, en gran parte, el control de la hipertensión arterial (10).

2.1.5. Factores sociodemográficos y capacidad de autocuidado del paciente adulto con hipertensión y diabetes. Pesqueda, 2017.

El presente estudio de Investigación de tipo cualitativo de diseño descriptivo, corte transversal, se realizó con la finalidad de establecer la influencia de los factores sociodemográficos que permanece la enfermedad y la capacidad de autocuidado en pacientes adultos hipertensos y/o diabéticos que acuden al establecimiento de Salud Pesqueda; la población para este estudio fue de 20 pacientes; teniendo como resultados que la edad según el autocuidado de la población estudiada esta fue mayor de 55 años, siendo el nivel de autocuidado bueno en 80 por ciento y en menor de 36 años con un nivel de autocuidado deficiente; existe una correlación significativa entre el grado de instrucción y el autocuidado (11).

Los artículos descritos anteriormente han sustentado el marco teórico de este estudio. un referente de metodología y también se ha logrado tener un instrumento validado por la agencia del autocuidado para realizar la investigación.

2.2.Marco Contextual

2.2.1. Historia

El 23 de marzo de 1936 comenzó a ofrecer sus servicios el Hospital “Delfina Torres de Concha” en un terreno donado por la matrona Esmeraldeña doña Delfina Torres Vda. De Concha, sus instalaciones eran una casona rudimentaria, construida de paredes de caña guadua y techo de paja, acondicionada por la Junta de Asistencia Pública encargada de los servicios de salud de ese período; 4 años más tarde se reestructuró para dar lugar a dos salas una de hombres y otra de mujeres y niños (12).

En 1950 aún el local no contaba con agua potable ni luz eléctrica, el agua provenía de fuentes no garantizadas y la luz se obtenía por medio de Petromax. En 1958 se instalaron dos salas para niños, dos para mujeres y dos salas para hombres, un centro quirúrgico, una sala de partos y una farmacia, su construcción era mixta; desde 1963 a

1966 el hospital fue dirigido por la Junta Militar del Gobierno, contaba con 5 médicos, una enfermera, dos auxiliares de enfermería y una administradora (13).

En 1970 este local fue reducido a escombros producto de un incendio provocado por una persona con trastornos mentales, debido al flagelo la atención se brindaba en las instalaciones del Hospital Franklin Tello, ubicado en la calle Colón entre Ecuador y Venezuela. 16 años después, en 1982, el Dr. Francisco Huerta, Ministro de Salud de esa época lo reinauguró en su antiguo terreno. En los años 90 a través del proyecto MODERSA se interviene para su remodelación (14).

2.2.2. Actualidad

El Hospital General Delfina Torres de Concha (HDTC) como entidad de salud de referencias, atiende pacientes de toda la provincia de Esmeraldas. En la actualidad atiende las 24 horas del día, todos los días del año con 201 camas para hospitalización y 30 para emergencia (14).

Al momento cuenta con 23 subespecialidades, lo que permite una atención oportuna de calidad y con calidez, como consecuencia de la gran demanda de servicios ciudadanos se implementaron las atenciones en: Endocrinología, Neurología, otorrinolaringología, Urología, Neurocirugía, Hematología, Dermatología, cirugía plástica y reconstructiva, otorrinolaringología y nefrología; además de sala de quemados, Centro Quirúrgico, Centro Obstétrico, Esterilización y Farmacia (12).

En el presente Hospital de Esmeraldas Sur se han incrementado varias áreas con la finalidad de determinar las diversas patologías que presentan los usuarios, el Delfina Torres de Concha cuenta con un equipo de apoyo de diagnóstico como laboratorio clínico e imagenología, con tecnología de punta para radiografías, tomografías simples y contrastadas, mamografías, audiometrías, electrocardiogramas, Rx, etc (12)..

2.2.3. Misión

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social (15).

2.2.4. Visión

Ser reconocidos por la ciudadanía como hospitales accesibles, que prestan una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente (15).

2.2.5. Ubicación

El hospital Delfina Torres de Concha se encuentra ubicado en la provincia de Esmeraldas, cantón Esmeraldas, en la parroquia Simón Plata Torres en la avenida el Ejército y Jorge Quiñonez (13).

2.3.Marco Conceptual

2.3.1. Teorías de Enfermería de Dorothea Orem

- **Biografía**

Dorothea Elizabeth Orem nació y se crio en Baltimore, Maryland en 1914. Inició su carrera enfermería en la Providence Hospital School of Nursing en Wasington, DC, donde recibió un diploma en enfermería a principios de la década de 1930. En 1934 entró a la Universidad Católica de América, donde obtuvo en 1939 un Bachelor of

sciences en Nursing Education, y en 1946 un Master of sciences in Nurse Education (16).

Sus primeros años de práctica en enfermería los pasó en el Providence Hospital, Washington, DC (1934-1936-1942) y el Hospital de San Juan, Lowell, Massachusetts (1936-1937). Después de recibir títulos avanzados, Orem se centró principalmente en la enseñanza, investigación y administración. Se desempeñó como director de la Escuela de Enfermería del Providence Hospital en Detroit, Michigan 1945-1948, donde también enseñó ciencias biológicas y enfermería (1939-1941). En la Universidad Católica de América, Orem se desempeñó como profesor asistente (1959-1964), profesor adjunto (1964-1970) y decano de la Escuela de Enfermería (1965-1966) (17).

Como consultor de plan de estudios, Dorothea E. Orem trabajó con las escuelas, departamentos y divisiones de la enfermería en las universidades y escuelas superiores como la Universidad de Alberta, George Brown College de Artes Aplicadas y Tecnología, la Universidad del Sur de Mississippi, la Universidad de Georgetown, Incarnate Word College, El Paso Community College, el Colegio Médico de Virginia, y el Instituto Técnico de Washington (18).

También se desempeñó como consultor de plan de estudios para la Oficina de Educación de Estados Unidos Departamento de Salud, Educación y Bienestar Social, Sección enfermera práctica en 1958, 1959 y 1960, a la División de Hospitales y Servicios Institucionales, el Consejo de Salud del Estado de Indiana desde 1949 para 1957, y para el Centro de Experimentación y Desarrollo en Enfermería, el Hospital Johns Hopkins, 1969/71, y Director de Enfermería, Wilmer Clinic, el Hospital Johns Hopkins, 1975-1976 (19).

El primer libro publicado de Dorothea E. Orem fue Nursing Concepts of Practice en 1971. Mientras preparaba y revisaba Concept formalization in Nursing: Process and Product, Dorothea E. Orem fue editora de la NDCG (1973,1979). En 2004 se reeditó la segunda edición y fue distribuida por la International Orem Society for Nursing

Science and Scholarship. Las siguientes ediciones de Nursing: concepts of Practice se publicaron en 1980, 1985, 1991, 1995, y 2001. Dorothea E. Orem se jubiló en 1984 y siguió trabajando, de forma individual o con sus colaboradores, en el desarrollo de la teoría enfermera del déficit de autocuidado (19).

La Georgetown University le confirió a Orem el título honorario de Doctor of science en 1976. Recibió el premio Alumini Association Award for Nursing Theory de la CUA en 1980. Entre los demás títulos recibidos se encuentran el Honorary Doctor of Science, Incarnate Word College, en 1980; el Doctor of Humane Letters, Illinois Wesleyan University (IWU), en 1988; el Linda Richards Award, National League for Nursing, en 1991, y el Honorary Fellow of the American Academy of Nursing en 1992. Fue nombrada doctora Honoris causa de la Universidad de Missouri en 1998. Falleció el 22 de junio de 2007, Savannah, Georgia, Estados Unidos (16).

- **Teorías de enfermería**

Dorothea Orem es una enfermera que enfatiza que ningún autor en particular ha influenciado su modelo, pero manifiesta haberse sentido inspirada por varias teorizadoras de la enfermería. Ha descrito la teoría general del autocuidado. Dicha teoría consta de tres teorías relacionadas: la del autocuidado, la del déficit de autocuidado y la de sistemas de enfermería (20).

- **Teoría del autocuidado**

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: “el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar” (21).

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

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

Requisitos de auto cuidado 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 auto cuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud (22).

- **Teoría del déficit de autocuidado**

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera (23).

- **Teoría de los sistemas de enfermería**

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

Sistemas de enfermería totalmente compensadores: la enfermera suplente al individuo.

Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: el personal de enfermería proporciona autocuidado.

Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda (18).

2.3.2. Hipertensión Arterial

- **Generalidades**

La hipertensión arterial es el trastorno crónico más común, en la actualidad la prevalencia mundial se estima en alrededor de 1 000 millones de individuos. Casi 7 100 millones de muertes anuales son atribuibles de manera directa o como consecuencia cercana de esta enfermedad. La tensión arterial es la presión con que circula la sangre por el interior de las arterias y se expresa a través de diferentes técnicas de medición como tensión sistólica y tensión diastólica (24).

La primera corresponde a la fuerza de expulsión del corazón y la rigidez de las grandes arterias, la segunda coincide con el momento de dilatación cardiaca. Cuando esta presión es excesiva, aparece la hipertensión arterial, la cual es un importante factor de riesgo para el desarrollo de un gran número de otras condiciones, entre las que destacan infarto del miocardio, insuficiencia cardiaca, eventos cerebrovasculares y enfermedad renal. La hipertensión arterial es prácticamente asintomática, de ahí que algunos la denominen “el enemigo silencioso” dado que en muchas ocasiones sólo pueda identificarse en el curso del examen físico de un paciente. En efecto, la hipertensión arterial se define como la elevación de la presión arterial igual o arriba de 140/90 mm Hg, el diagnóstico se establece cuando se encuentra esta cifra en dos o más ocasiones distintas (25).

- **Fisiopatología**

Se señala que la tensión arterial depende del gasto cardiaco por la resistencia vascular periférica, ya que como se sabe de acuerdo con la ecuación hidráulica aquélla es igual

al producto de ambos. Sin embargo, ninguno de ellos la controla de manera absoluta porque éstos a su vez dependen de muchos otros factores fisiológicos (24).

- **Función del sistema nervioso en el control de la presión arterial.** Una de las funciones más importantes del sistema nervioso es la de producir aumentos rápidos de la presión arterial. Con este fin, las funciones vasoconstrictoras y cardioaceleradoras del sistema nervioso simpático son estimuladas, y se produce inhibición de las señales inhibitorias vagales parasimpáticas, los dos efectos se unen y producen aumento de la presión arterial (26).
- **Los barorreceptores** se localizan en las paredes de las grandes arterias: aórticas y carotídeas, y son sensibles a cambios de presión, responden con mayor eficacia a los aumentos bruscos de la presión arterial. Los barorreceptores carotídeos se estimulan por el estiramiento de las paredes de los vasos debido a la presión sanguínea. Un aumento en la presión arterial estimula a estos barorreceptores por lo que se inhibe el centro vasomotor bulbar y excita el vago. A la inversa, al disminuir el estiramiento disminuye la actividad de los barorreceptores (27).
- **Mecanismo de los quimiorreceptores** Los quimiorreceptores son células localizadas en los cuerpos aórticos y carotídeos que poseen una adecuada irrigación sanguínea y le permite detectar modificaciones en la concentración de oxígeno, dióxido de carbono e hidrógeno. Las señales transmitidas desde los quimiorreceptores al centro vasomotor lo estimulan, y aumenta la actividad simpática de manera conjunta con el aumento del gasto cardíaco, la resistencia vascular periférica y la presión arterial (25).

A nivel de las aurículas y de las arterias pulmonares existen unos receptores de estiramiento llamados receptores de baja presión, los cuales detectan cambios de presión por aumento de volumen en las zonas de baja presión, desencadenando reflejos paralelos a los barorreceptores. El aumento de

volumen en las aurículas provoca dilatación refleja de las arteriolas aferentes de los riñones y otras arteriolas periféricas (24).

La disminución de la arteriola aferente provoca un aumento de la intensidad del filtrado glomerular con disminución del volumen sanguíneo, disminución del gasto cardíaco y disminución de la presión arterial. El aumento de volumen de las aurículas transmite señales al hipotálamo, lo que disminuye la vasopresina y la resorción de agua (24).

- **El sistema renina-angiotensina** es un elemento importante de los mecanismos interrelacionados que regulan la hemodinámica y el equilibrio de agua y electrolitos. Los factores que activan el sistema son la disminución del volumen sanguíneo, la perfusión renal y la concentración de sodio en plasma (27).
- **El sistema fundamental para el control de la presión arterial a largo plazo es el mecanismo renal de los líquidos corporales.** Este mecanismo tiene un elemento central o propio que es la diuresis por presión. Un incremento de la presión arterial provoca una pérdida del volumen del líquido extracelular debido a un aumento en la eliminación de agua y sales, todo lo cual provoca una disminución del volumen sanguíneo y, por tanto, del retorno venoso y del gasto cardíaco con la consecuente baja en la presión arterial (25).

En cambio, una disminución en la presión arterial provoca una baja presión en las arteriolas renales y de la actividad neural simpática, lo cual estimula la producción de renina que, a su vez, aumenta la producción de angiotensina II, la cual produce aumento en la retención de agua y electrolitos, estimula la síntesis y secreción de aldosterona (27).

- **Factores de riesgo**

Factores de riesgo modificables

Modificación al estilo de vida recomendados en la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial

- **Control de peso:** En caso de obesidad se tiene que favorecer una educación para el control de peso. Disminuir el consumo de sodio a menos de 100 mmol/día (6 g de NaCl). Practicar en forma regular el ejercicio físico de tipo aeróbico de 30 a 40 minutos/día la mayor parte de la semana (28).
- **Suspender el uso del tabaco:** Reducir la ingesta de grasa poliinsaturada y de alimentos ricos en colesterol. Por cada kilogramo que se logre reducir de peso corporal se traducirá en una disminución de la presión arterial de 1.6 a 1.3 mm Hg en número considerable de pacientes (29).
- **Alcohol:** El alcohol puede producir una elevación aguda de la presión arterial mediada por activación simpática central cuando se consume en forma repetida y puede provocar una elevación persistente de la misma. Si se limita el consumo de alcohol, no se produce una elevación de la presión arterial y pueden mejorar el nivel de colesterol de HDL (lipoproteínas de alta densidad) (30).
- **Actividad física:** El efecto antihipertensivo del ejercicio incluye una disminución de la estimulación simpática al potenciar el efecto de los barorreceptores, también se ha descrito que disminuye la rigidez de las arterias e incrementa la sensibilidad a la insulina. El hacer ejercicio aumenta las lipoproteínas de alta densidad (DHL) y reduce las de baja densidad (LDL) (31).

- **Ingesta de sodio:** El mecanismo por el cual la restricción de sodio disminuye la presión arterial parece estar asociado a una reducción moderada en la cantidad de catecolaminas circulantes. El consumo de sodio por día recomendado en una dieta normal debe ser de 100 mmol/día, lo que equivale a dos gramos de sodio o seis gramos de sal de mesa. Los principales condimentos ricos en sodio son: Sal de ajo y cebolla, ablandadores de carne, consomé en polvo, polvo para hornear, salsa de soya, catsup, salsa inglesa, aderezos ya preparados, otros como alimentos embutidos, productos de salchichería y enlatados (32).
- **Ingesta de potasio:** El mecanismo antihipertensivo propuesto en la ingesta de potasio, incluye un aumento en la diuresis, así como un efecto vasodilatador, al aumentar la actividad de la bomba $\text{Na}^+/\text{K}^+ - \text{ATPasa}$. Los suplementos orales de potasio sólo deben darse a los pacientes que cursan con hipocalemia secundaria al tratamiento con diuréticos (29).
- **Uso del tabaco:** El tabaco es un poderoso factor que acelera la aterosclerosis y el daño vascular producido por la hipertensión arterial. El tabaco incrementa los niveles de colesterol sérico, la obesidad y agrava la resistencia a la insulina (31).
- **Consumo de cafeína:** La ingesta de cafeína en forma de café, té o refrescos de cola, pueden provocar elevaciones agudas de la presión arterial, es importante restringir su consumo (31).
- **Cambios en la dieta** Comer demasiada grasa, especialmente las grasas saturadas eleva los niveles de colesterol en sangre, las grasas saturadas se encuentran principalmente en los alimentos de origen animal como: carne, leche entera, quesos y mantequilla, limitar el consumo de margarina, aderezos, carnes rojas, de pollo y pescado a 6 onzas diarias y aumentar el consumo de fibra alimenticia ayuda a reducir el colesterol (28).

Factores de riesgo no modificables

- **Historia familiar:** El riesgo es mayor si existen antecedentes familiares de enfermedades del corazón. Su riesgo es aún más alto si un pariente cercano murió joven por un ataque al corazón (29).

- **Sexo:** El ser varón es un factor de riesgo para cardiopatía isquémica e hipertensión arterial. Entre los 35 y 40 años se tiene una mortalidad por esta enfermedad de cuatro a cinco veces más que en la mujer. En la mujer posmenopáusica existe mayor prevalencia de hipertensión arterial, así como un deterioro del perfil lipídico, con aumento del colesterol y las lipoproteínas de baja densidad (29).

- **Raza:** Estudios longitudinales han demostrado que la raza negra es la de mayor incidencia, pero actualmente por los cambios en el ritmo de vida y la no modificación de los factores de riesgo está aumentando la incidencia en las demás etnias (28).

- **Tipos de hipertensión arterial**

Hipertensión arterial primaria: La hipertensión arterial primaria, esencial o idiopática, es la forma más común, constituye 92 a 95% de los casos de hipertensión arterial en la población general. No se conoce su etiología debido a la gran variedad de sistemas que intervienen en la regulación de la presión arterial (adrenérgicos, centrales o periféricos, renales, hormonales y vasculares) y las complejas interacciones que existen entre ellos (24).

Hipertensión arterial secundaria: Cuando la elevación de la presión arterial es debida a una causa conocida, se denomina hipertensión arterial secundaria, pues implica la presencia de padecimientos identificables. Las principales causas de la hipertensión arterial secundaria son:

- **Renales:** Glomerulonefritis, lupus eritematoso sistémico, insuficiencia renal, tumores, malformaciones, estenosis de la arteria renal, pielonefritis, nefropatía diabética.
 - **Cardiovascular:** Coartación de aorta, hipoplasia de aorta abdominal.
 - **Endocrinas:** Hiperplasia adrenal, hiperaldosteronismo, feocromocitoma, hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, síndrome de Cushing.
 - **Fármacos:** Anticonceptivos, eritropoyetina, glucocorticoides, ciclosporina, calcitonina, cocaína.
 - **Ambientales:** Ruido, estrés, dieta rica en sodio.
 - **Gestación:** Eclampsia, preeclampsia (27).
- **Principales complicaciones**

La presión excesiva en las paredes arteriales causada por la presión arterial alta puede dañar sus vasos sanguíneos, así como los órganos de su cuerpo. La presión arterial alta incontrolada puede conducir a:

- **Ataque al corazón.** La presión arterial alta puede causar endurecimiento y engrosamiento de las arterias (aterosclerosis), lo que puede conducir a un ataque cardíaco (33).
- **Accidente vascular cerebral.** Cuando la arteriosclerosis afecta a los vasos del cerebro, puede ocurrir un bloqueo de sangre a alguna parte del cerebro por una estrechez o un coágulo (trombosis cerebral), o una rotura de un vaso (hemorragia cerebral). Todo ello es mucho más frecuente en hipertensos, y el riesgo disminuye al tratar la HTA (34).

- **Aneurisma.** El aumento de la presión arterial puede hacer que los vasos sanguíneos se debiliten y se abomben, formando un aneurisma. Si un aneurisma se rompe, puede ser mortal (33).
- **Insuficiencia cardíaca.** Para bombear la sangre contra la presión más alta en sus vasos, el músculo del corazón se engrosa. Eventualmente, el músculo engrosado puede tener dificultad para bombear suficiente sangre para satisfacer las necesidades de su cuerpo, lo que puede conducir a insuficiencia cardíaca (33).
- **Vasos sanguíneos debilitados y estrechados en sus riñones.** Esto puede impedir que estos órganos funcionen normalmente. La quinta parte de la sangre bombeada por el corazón va a los riñones, estos filtran los productos de deshecho y ayudan a mantener los valores químicos adecuados; también controlan el balance de ácidos, sales, y agua. Los riñones son especialmente sensibles a las variaciones en el flujo sanguíneo que resultan de la HTA y de sus complicaciones (35).

No pueden funcionar bien si el flujo decrece, así que el flujo bajo hace que secreten más del enzima renina, que hace que se constriñan todas las arterias del cuerpo, subiendo la TA en un intento de restaurar este flujo renal. Sin embargo, en última instancia, lo que se produce es un círculo vicioso que termina en más HTA y peor función renal, hasta llegar al fallo renal (33).

- **Engrosamiento o rotura de los vasos sanguíneos en los ojos.** Esto puede resultar en pérdida de la visión.
- **Síndrome metabólico.** Este síndrome es un grupo de trastornos del metabolismo de su cuerpo, incluyendo el aumento de la circunferencia de la cintura; Triglicéridos altos; Baja lipoproteína de alta densidad (LAD), el colesterol "bueno"; presión sanguínea alta; Y altos niveles de insulina.

Estas condiciones lo hacen más propenso a desarrollar diabetes, enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares (35).

- **Problemas con la memoria o la comprensión.** La presión arterial alta incontrolada también puede afectar su capacidad de pensar, recordar y aprender, problemas de la memoria o de conceptos de comprensión son más comunes en personas con presión arterial alta (35).

2.4. Marco Legal y Ético

2.4.1. Marco Legal

La legislación vigente nacional con sus instrumentos jurídicos protege ampara y garantiza a los trabajadores de la salud, en el marco legal que fundamenta el presente estudio citamos a las siguientes leyes:

- **Constitución Política de la República del Ecuador**

Art. 32.-La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (36).

- **Ley Orgánica de Salud**

Siendo la atención de salud con un enfoque intercultural un aspecto central del Modelo de Atención de Salud en el Ecuador, el proyecto ayuda a fortalecer el derecho a la salud y su protección como lo establece en:

Art. 10: De dicha ley que señala “Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley” (37).

Art.13: Los planes y programas de salud para los grupos vulnerables señalados en la Constitución Política de la República, incorporarán el desarrollo de la autoestima, promoverán el cumplimiento de sus derechos y se basarán en el reconocimiento de sus necesidades particulares por parte de los integrantes del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en general (37).

- **Plan Nacional Toda una Vida**

Objetivo 1: Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas

El garantizar una vida digna en igualdad de oportunidades para las personas es una forma particular de asumir el papel del Estado para lograr el desarrollo; este es el principal responsable de proporcionar a todas las personas individuales y colectivas, las mismas condiciones y oportunidades para alcanzar sus objetivos a lo largo del ciclo de vida, prestando servicios de tal modo que las personas y organizaciones dejen de ser simples beneficiarias para ser sujetos que se apropian, exigen y ejercen sus derechos (38).

Por otra parte, la salud se constituye como un componente primordial de una vida digna, pues esta repercute tanto en el plano individual como en el colectivo. La ausencia de la misma puede traer efectos intergeneracionales. Esta visión integral de la salud y sus determinantes exhorta a brindar las condiciones para el goce de la salud de manera integral, que abarca no solamente la salud física, sino también la mental. La salud mental de las personas requiere significativa atención para enfrentar problemáticas crecientes, como los desórdenes relacionados con la depresión y la ansiedad, que limitan y condicionan las potencialidades de una sociedad para su desarrollo (38).

Además, los retos y necesidades actuales nacen de los cambios en el perfil demográfico y epidemiológico. Las principales causas de mortalidad están vinculadas con enfermedades crónicas e infecciosas, a las que se añaden enfermedades derivadas de la desnutrición y el sobrepeso, que son indicadores de estilo de vida, acceso a alimentos y patrones de consumo. Es importante enfocar los esfuerzos contra las enfermedades que se pueden prevenir y, a la vez, promover que la ciudadanía adopte hábitos de consumo saludables y realice actividad física (38).

Políticas

1.2 Generar capacidades y promover oportunidades en condiciones de equidad, para todas las personas a lo largo del ciclo de vida.

1.5 Fortalecer el sistema de inclusión y equidad social, protección integral, protección especial, atención integral y el sistema de cuidados durante el ciclo de vida de las personas, con énfasis en los grupos de atención prioritaria, considerando los contextos territoriales y la diversidad sociocultural.

1.6 Garantizar el derecho a la salud, la educación y al cuidado integral durante el ciclo de vida, bajo criterios de accesibilidad, calidad y pertinencia territorial y cultural. (38).

2.4.2. Marco Ético

- **Código de Ética**

Artículo 4.- Compromisos

El proceder ético compromete a los servidores/as del Ministerio de Salud Pública a:

Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud de toda la población, entendiendo que la salud es un derecho humano inalienable, indivisible e irrenunciable, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado (39).

- **Código de Helsinki.**

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica" (40).

La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente (40).

El bienestar del sujeto debe estar siempre por encima de los intereses de la ciencia y de la sociedad. Se reconoce que cuando un potencial participante en una investigación es incompetente, física y/o mentalmente incapaz de consentir o es un menor, el consentimiento debe darlo un sustituto que vele por el mejor interés del individuo (40).

- **Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería.**

El Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética. Los Elementos del Código son:

1.- La Enfermera y las personas: La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería. Proporcionando: cuidados, respeto, brindando información y confidencialidad.

2.- La Enfermera y la práctica: La enfermera observará en todo momento normas de conducta personal a fin de fomentar confianza. Empleará tecnología y avances científicos.

3.- La Enfermera y la profesión: La enfermera aplicará normas de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería, contribuyendo al desarrollo de conocimientos profesionales.

4.- La Enfermera y sus compañeros de trabajo: La enfermera adoptará las medidas adecuadas para preservar a las personas familias y comunidades cuando un compañero u otra persona pongan en peligro su salud (41).

- **Código de ética de enfermería**

Capítulo II. De los deberes de las y los enfermeros para con las personas

“Art. 2.- Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado”.

“Art. 3.- Mantener una relación estrictamente profesional con la persona, en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias”.

“Art. 4.- Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud”.

“Art. 5.- Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona”.

“Art. 6.- Comunicar a la persona los riesgos cuando existan, y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros”.

“Art. 7.- Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio y de prevención del daño, y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona”.

“Art. 8.- Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad” (42).

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1. Diseño de la Investigación

Cuantitativo; debido a que se utilizó la recolección y análisis de información a través de instrumentos validados; para de esta manera contestar las preguntas de investigación elaboradas previamente, se considera la medición numérica y la estadística para conocer con exactitud de dimensiones o de los patrones de comportamiento de la población de estudio para de esta manera generalizar los resultados (43).

No experimental es aquella que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para analizarlos con posterioridad. En este tipo de investigación no hay condiciones ni estímulos a los cuales se expongan los sujetos del estudio. Los sujetos son observados en su ambiente natural (44).

3.2. Tipo de la Investigación

El tipo de investigación a ejecutarse es descriptiva, analítica y transversal.

- Descriptiva ya que el trabajo investigativo describió las principales cualidades de la población de estudio y el modelo de autocuidado impartido por Dorothea Orem (44).
- Transversal porque se observó en un momento dado los sucesos o factores de este estudio (43).

3.3. Localización y Ubicación del Estudio

Esta investigación se llevó a cabo en la provincia de Esmeraldas, cantón Esmeraldas, parroquia Simón Plata Torres en el Hospital Delfina Torres de Concha en el servicio de Medicina Interna.

3.3.1. Universo

De acuerdo a registros de la bitácora del servicio de Medicina Interna hasta el mes de junio del año 2019 se encontraron aproximadamente 84 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial.

3.3.2. Muestra

Considerando que el referente de la población es numeroso y se encuentra dispersa se tomó la muestra en el servicio de Medicina Interna de Hospital Delfina Torres de Concha; la cual se ha realizado mediante un muestreo y constó de 69 pacientes hipertensos.

n = Tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población

Z = Nivel de confiabilidad

q = Probabilidad de éxito

q = Probabilidad de fracaso

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{E^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$
$$n = \frac{84 * (1,96)^2 * 0,5 * 0,5}{(0,05)^2 * (84 - 1) + (1,96)^2 * 0,5 * 0,5}$$

$$n = 69,08 = 69 \quad (44).$$

3.3.3. Criterios de inclusión

- Pacientes hipertensos que son atendidos en el servicio de Medicina Interna
- Pacientes que tengan una valoración de Glasgow igual a 15/15.

3.3.4. Criterios de Exclusión

- Pacientes hipertensos que no aceptaron voluntariamente formar parte de la investigación.

3.4.Operalización de variables

- Objetivo: Determinar las características sociodemográficas de la población de estudio.

VARIABLES	DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Características sociodemográficas	Son los conjuntos de características biológicas, socioeconómicas, culturales que están presentes en la población sujeta a estudio (45).	Género	Características sexuales	Masculino Femenino
		Edad	Años cumplidos	25-34 años 35-64 años 65 años o más
		Estado civil	Según determinación del registro civil	Soltero Casado Unión libre Viudo
		Ocupación	A lo que se dedica	Empleado Desempleado Independiente Jubilado

		Escolaridad	Grado de instrucción	Ninguna/primaria Bachillerato Universitario
		Cuidador	Persona quien lo cuida	Cónyuge Hijo/hija Padre/madre Ninguna
		Red de apoyo	Grupo al que pertenece	Grupo hospitalario Grupo religioso Grupo social Ninguno
<ul style="list-style-type: none"> Objetivo: Identificar las actividades de autocuidado desarrolladas por pacientes hipertensos. 				
		Capacidades fundamentales	El paciente siente que su estado de ánimo le permite cuidarse.	Nunca A veces Siempre

Autocuidado	Se puede definir como la actitud y aptitud para realizar de forma voluntaria y sistemática; actividades dirigidas a conservar la salud y prevenir enfermedades (5).	Habilidades básicas del individuo (percepción, memoria y orientación) (6).	Dormir de 6 a 8 horas diarias, le permite sentirse descansado.	Nunca A veces Siempre
			Inversión de tiempo en el autocuidado.	Nunca A veces Siempre
	Componentes de poder	Habilidades que impulsan el individuo a la acción de autocuidarse (motivación, adquisición de conocimientos, habilidad para ordenar acciones de autocuidado y capacidad de integración del	El paciente considera importante realizar ejercicio.	Nunca A veces Siempre
			Se busca información y orientación sobre el manejo de la enfermedad.	Nunca A veces Siempre
			Conocimiento sobre reacciones desfavorables de los medicamentos que toma actualmente para controlar la presión arterial.	Nunca A veces Siempre
			Al iniciar un nuevo medicamento solicita al profesional de enfermería información necesaria	Nunca A veces Siempre

		autocuidado en su vida familiar y comunitaria) (6).	de la correcta administración.	
		<p>Capacidad para operacionalizar</p> <p>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</p>	El paciente considera que la cantidad máxima de sal que puede utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son 2 cucharaditas.	Nunca A veces Siempre
			Reemplaza su tratamiento por terapias alternativas.	Nunca A veces Siempre
			El profesional de enfermería escucha y aclara inquietudes del paciente.	Nunca A veces Siempre
			Conocimiento sobre las complicaciones derivadas de la enfermedad.	Nunca A veces Siempre
			Camina diariamente como mínimo 30 minutos.	Nunca A veces Siempre

		toma de decisiones y construcción de las acciones para lograr el manejo de su enfermedad (6).	El encuestado realiza cambios según las necesidades para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad.	Nunca A veces Siempre
			Se realiza cambios en la dieta para mantener un peso adecuado.	Nunca A veces Siempre
			El paciente evalúa si las medidas que ha tomado en el manejo de su enfermedad permiten garantizar su bienestar y el de su familia.	Nunca A veces Siempre
			Consumo de comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas.	Nunca A veces Siempre
			La enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de la vida sexual.	Nunca A veces Siempre

3.5.Método de recolección de información

3.5.1. Encuesta

Este cuestionario es un instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial, basándose en la teoría de autocuidado de Dorotea Orem. Consta de 17 ítems agrupados en tres dimensiones (capacidades fundamentales, componentes de poder y capacidad de operar el autocuidado). Métodos: el instrumento fue aplicado a 159 personas con diagnóstico de hipertensión arterial; se estableció la validez del constructo a través del análisis factorial y la consistencia interna por medio del test estadístico alfa de Cronbach en el año 2014 (6).

Resultados: El análisis psicométrico de este estudio mostró un índice de confiabilidad para el cuestionario total de 0,75, el cual se considera adecuado; a pesar de que el resultado del análisis factorial mostró que las dimensiones propuestas por los autores no se ajustan a los factores obtenidos por el método de extracción de componentes principales. Conclusión: Este instrumento se convierte en una herramienta de valoración de enfermería que puede ser útil para evaluar capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial (6).

3.6.Análisis de información

Para el análisis de información se hará uso del programa Microsoft Excel con sus planillas de cuadros estadísticos para ingresar la información y para su respectiva tabulación se utilizará el programa IBM SPSS.

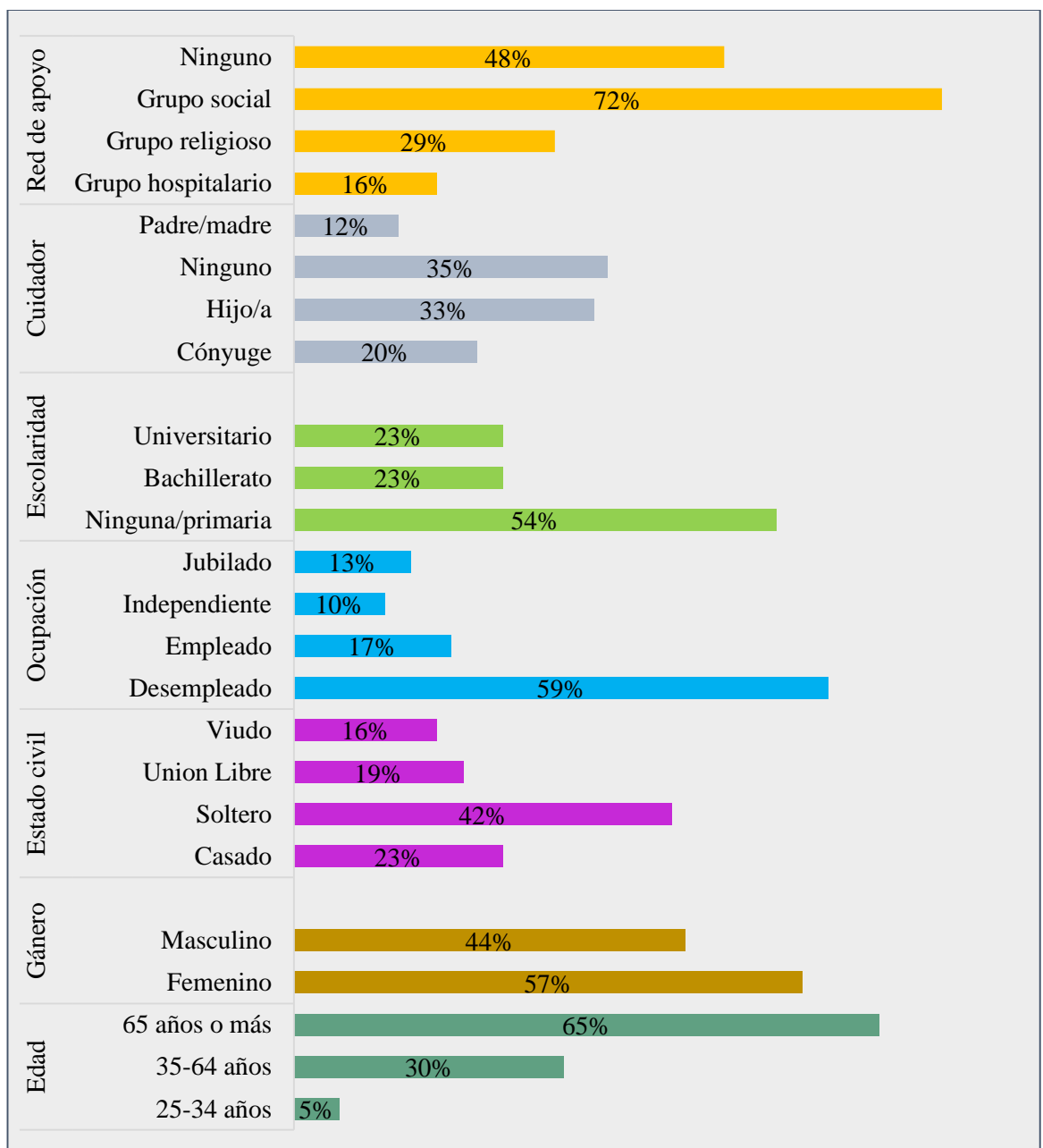
CAPÍTULO IV

4. Resultados de la investigación

A continuación, se presentan los principales resultados de la investigación:

4.1. Características sociodemográficas

Gráfico 1. Datos sociodemográficos



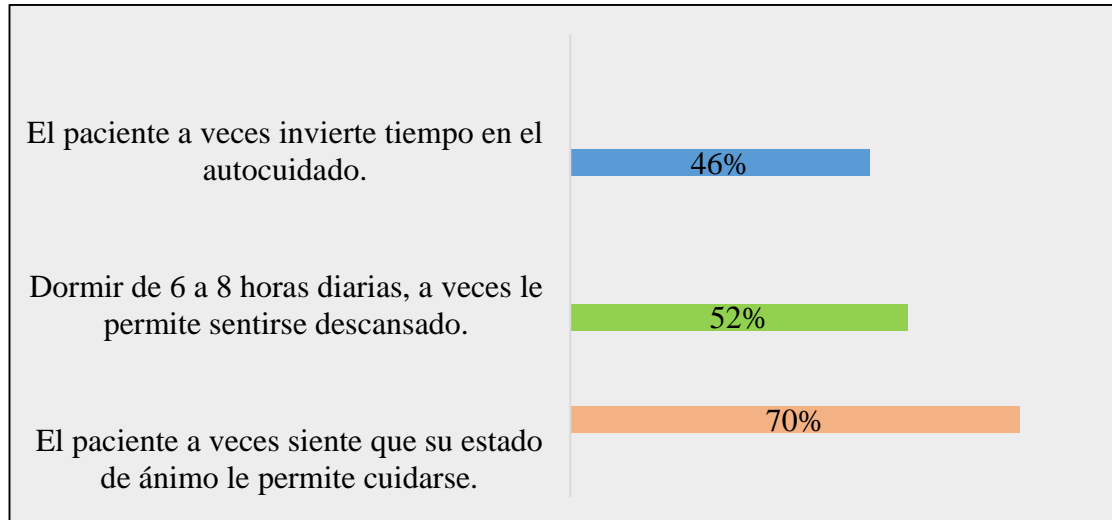
La edad de la población de estudio oscila entre un rango etario de 25 y 86 años de edad, encontrándose mayoritariamente el 65% de 65 años o más. El 57% del grupo de estudio pertenece al sexo femenino, predomina el estado civil soltero con un 42% y el 59% actualmente se encuentran desempleados. Según Salazar la presión arterial muestra un incremento progresivo con la edad y el modelo de hipertensión cambia, se observa que la presión arterial sistólica muestra un incremento continuo mientras que la presión diastólica comienza a declinar a partir de los 50 años en ambos sexos; por lo cual esta patología tiene mayor incidencia en adultos mayores (46). En el presente trabajo se evidenció lo mencionado en la investigación.

En cuanto al nivel de instrucción, mayoritariamente el 54% posee instrucción primaria o ninguna. Según Krueger una mejor educación se asocia a una vida más larga, porque aquellos que tienen mayor nivel educativo son más propensos a tener los recursos y el conocimiento para seguir unos comportamientos más saludables, ganar más dinero y vivir con menos estrés crónico (47). Al encontrar en el estudio mayoritariamente un bajo nivel de escolaridad se puede deducir que los pacientes no tienen una buena práctica de autocuidado por la falta de conocimiento y recursos.

En relación al acompañamiento familiar el 35% vive solo y en su mayoría el 48% no pertenece a ninguna red de apoyo. Según Dos Santos la presencia de la familia junto al enfermo y el apoyo social es favorable, al transmitirle tranquilidad, fuerza y coraje, permitiéndole al paciente sentirse seguro y amparado en la convivencia con la enfermedad (48). El grupo de estudio es muy vulnerable ya que mayoritariamente no presenta apoyo tanto familiar como social, por lo cual es más difícil conllevar la enfermedad, tener un buen autocuidado y llevar un buen régimen terapéutico.

4.2. Actividades de autocuidado

Gráfico 2. Dimensión de capacidades fundamentales



Según la dimensión de capacidades fundamentales se enfoca en tres factores inversión de tiempo del paciente en su autocuidado, descanso y sueño de seis a ocho horas diarias y estado anímico del paciente, se ha tomado en cuenta para su análisis la mayor incidencia de respuesta en la escala Likert.

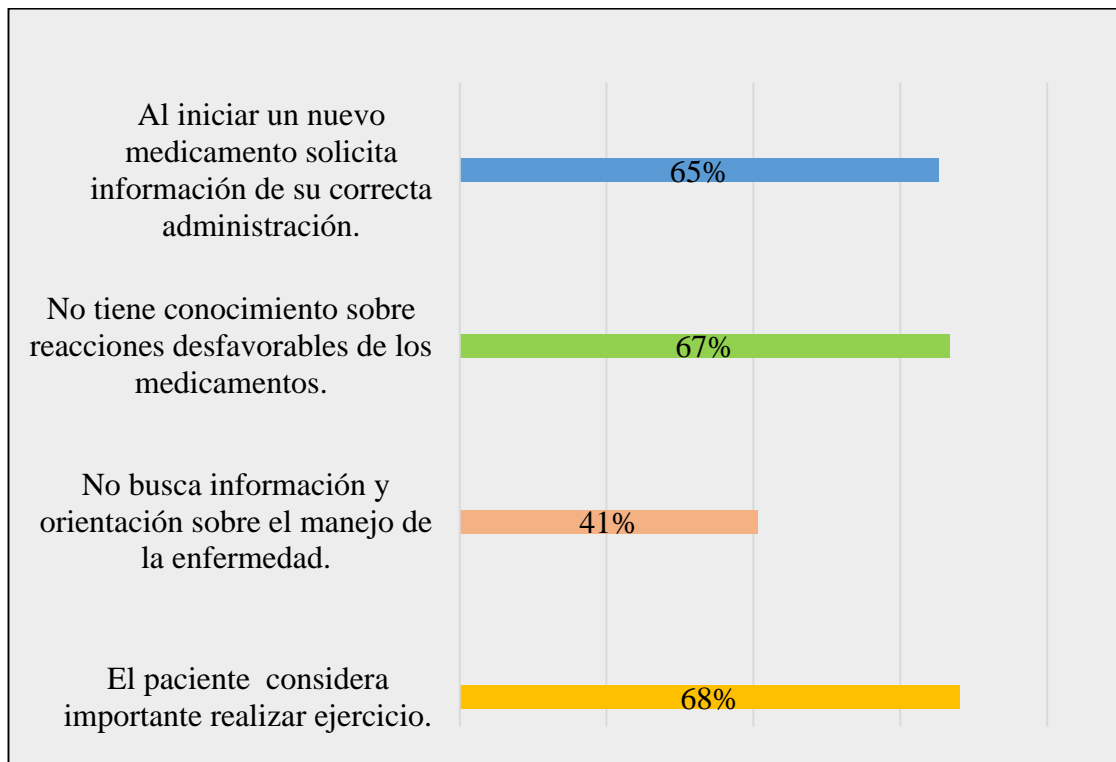
En un 70% la población de estudio manifestó en relación a las capacidades fundamentales de su autocuidado, sentir que su estado de ánimo a veces le permitió cuidarse. Según Pérez las emociones y el estrés tienen una importante función adaptativa, sin embargo, bajo determinadas condiciones, el estrés puede generar estados emocionales negativos como la ansiedad y la depresión que pueden tener un papel desencadenante o agravante en determinados trastornos como la hipertensión arterial (49). El estado anímico de la población de estudio es regular de forma intermitente; no es permitente un estado de ánimo favorable; ya que no tiene el apoyo necesario para conllevar su enfermedad; lo cual influye en las cifras de tensión arterial y con el paso de tiempo puede causar graves complicaciones.

En cuanto al factor descanso y sueño, el 52% expresa que dormir de 6 a 8 horas al día a veces permite el descanso. Según Gonzales las personas que duermen 5 horas o menos por noche pueden tener un mayor riesgo de desarrollar presión arterial alta o

empeoramiento ya que el sueño ayuda a la sangre a regular las hormonas del estrés y ayuda al sistema nervioso a mantenerse saludable; con el tiempo, la falta de sueño podría dañar la capacidad del cuerpo de regular las hormonas del estrés, lo que lleva a tener un aumento en la presión arterial (50). Los pacientes hipertensos hospitalizados no logran un adecuado descanso debido a varios factores como el estrés, insomnio, dolencias, malestar; lo cual influye en la secreción de las hormonas del estrés y con ello alteran las cifras de tensión arterial.

Mayoritariamente el 46% de los pacientes hipertensos a veces invierten tiempo en el autocuidado. Según Jiménez el tratamiento no farmacológico de la hipertensión tiene que ver con la capacidad de autocuidado del paciente que, de acuerdo con la teoría de Dorothea Elizabeth Orem, se define como una conducta que existe en situaciones concretas de la vida dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar (51). El autocuidado es pilar fundamental del tratamiento de la hipertensión e incluso puede llegar a reemplazar al tratamiento farmacológico gracias a la gran influencia en las cifras de tensión arterial.

Gráfico 3. Dimensión componentes de poder



La dimensión de componentes de poder abarca cuatro factores: la importancia de realizar ejercicio, información y orientación sobre el manejo de la enfermedad, conocimiento sobre las reacciones desfavorables de los medicamentos e información sobre su correcta administración, se ha tomado en cuenta para su análisis la mayor incidencia de respuesta en la escala Likert.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación en los componentes de poder se destaca que el 68% de los pacientes hipertensos consideran importante realizar ejercicio. Según Dos Santos los principales mecanismos responsables de bajar la presión arterial después del ejercicio son la disminución del gasto cardíaco y resistencia vascular periférica; la importancia de cada uno de estos mecanismos varía según el hipertenso de perfil individual. En ancianos, la reducción de la presión ocurre generalmente debido a la disminución del gasto cardíaco, mientras que, en individuos más jóvenes, esta disminución está más ligada a la reducción de la resistencia vascular periférica (52). La población de estudio destaca un aspecto positivo al reconocer la importancia de la actividad física ya que fisiológicamente tiende a reducir los niveles

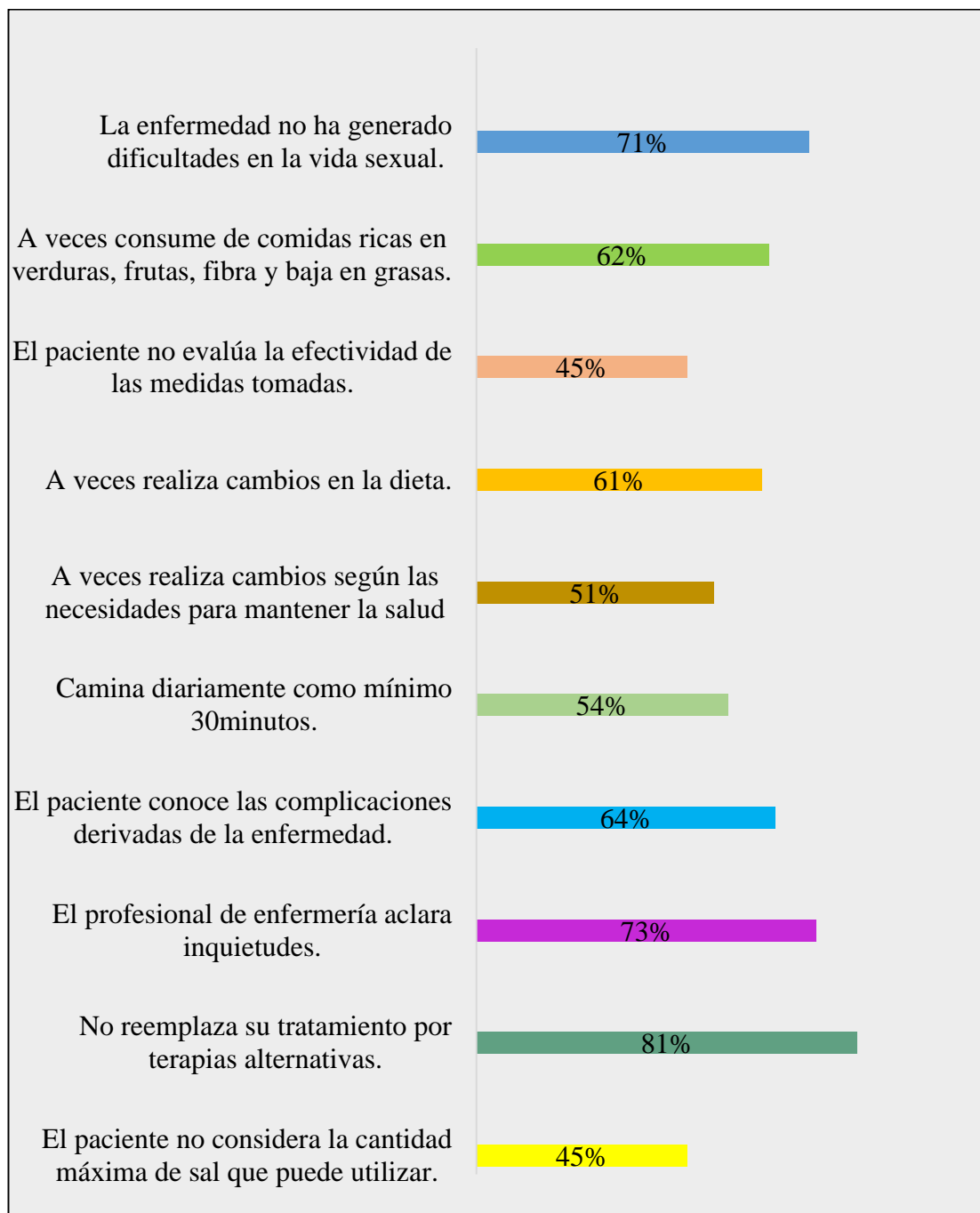
de tensión arterial lo cual es indispensable en el autocuidado. Hay que tener en cuenta que el restante tiene dificultades en su movilidad por lo cual existe una limitación importante para realizar ejercicio físico.

El 41% de los pacientes no buscan información y orientación sobre el manejo de su enfermedad, y el 67% tampoco conoce las reacciones desfavorables de los medicamentos. Según Vega el nuevo enfoque de la promoción de la salud es un proceso que habilita a los sujetos para el mejoramiento y o control sobre su salud, las redes de apoyo social, fortaleciendo el autocuidado, su capacidad de elección sobre las maneras más saludables de vivir y de creación de ambientes favorables a la salud (53). La falta de conocimiento sobre la enfermedad y las reacciones adversas de los medicamentos influye en el tratamiento; ya que, si el paciente presenta un efecto adverso, pensará que el fármaco es perjudicial para su salud y dejará de tomarlo.

Estas actitudes influyen negativamente en la práctica de autocuidado del paciente. Según estos resultados es indispensable la conformación de grupos de apoyo dentro de las unidades asistenciales dirigidas por profesionales de salud que se enfoquen en la educación sobre prácticas de autocuidado.

Cabe destacar que el 65% de la población al iniciar un nuevo medicamento solicita información sobre su correcta administración. Según García seguir una prescripción o adherencia terapéutica es un proceso complejo que está influido por múltiples factores ampliamente estudiados, tales como no adquirir la medicación prescrita, tomar dosis incorrectas, o en intervalos incorrectos, olvidar de tomar una o más dosis e, incluso, interrumpir el tratamiento antes de tiempo (54). La población de estudio manifiesta una actitud muy buena al solicitar información sobre la administración de los medicamentos; ya que esta manera estos cumplen su mecanismo de acción de forma adecuada y favorecen al control de la tensión arterial.

Gráfico 4. Dimensión capacidad para operacionalizar



La dimensión capacidad para operacionalizar se enfoca en varios factores: consumo de sal, práctica de terapias alternativas, el profesional de enfermería escucha las inquietudes, complicaciones derivadas de la enfermedad, camina diariamente 30 minutos al día, realiza cambios para mantener la salud, dieta y dificultades en la vida

sexual; se ha tomado en cuenta para su análisis la mayor incidencia de respuesta en la escala Likert.

De acuerdo a los resultados obtenidos el 45% de los pacientes hipertensos no considera la cantidad máxima de sal que debe utilizar. Según Santillán en condiciones normales, cuando la presión sube el riñón aumenta la excreción de sal, pero si baja el riñón retiene sal; de esta manera, se controla la presión arterial al regular el volumen circulante de sangre. Sin embargo, en los pacientes con hipertensión no existe la adecuada comunicación ya que el riñón recibe información de que la presión arterial está baja cuando, en realidad, está normal, por lo que activa mecanismos para retener sal y subir la presión (55). En este sentido la población de estudio al no consumir una adecuada cantidad de sal tiende a aumentar sus niveles de tensión arterial y con ello puede sufrir complicaciones vasculares y renales.

En cuanto al tratamiento el 81% de la población de estudio manifiesta no reemplazarlo con terapias alternativas. Según Hernández los tratamientos alternativos, como la meditación trascendental, la biorretroalimentación y la respiración guiada parecen reducir la hipertensión en algunas personas (56). De acuerdo a lo investigado la población de estudio no practica terapias alternativas, debido a la falta de información, poca cooperación por parte del cuidador y en algunos casos por vergüenza.

Se debe tomar en cuenta que existen varios factores que intervienen en el régimen terapéutico entre ellos la búsqueda de información considerando que el 73% manifiesta que el personal de enfermería escucha y aclara sus inquietudes y el 64% conoce las complicaciones derivadas de su enfermedad. Según Ortellado la hipertensión arterial sigue siendo un desafío para la salud pública por su elevada frecuencia, y se reconoce como el principal factor de riesgo cardiovascular modificable, ya que está fuertemente relacionado con el infarto agudo de miocardio y el accidente cerebrovascular, que son las principales causas de mortalidad (57). La población de estudio busca información con profesionales de salud y conoce las complicaciones derivadas de la enfermedad; éste es un aspecto positivo ya que pese al nivel de instrucción el paciente trata de obtener información de sus fuentes más cercanas.

En relación al estilo de vida el 54% de los pacientes caminan diariamente como mínimo 30 minutos al día. No hay que darse tanta prisa, andando también se llega a la salud. Un estudio norteamericano acaba de mostrar que caminar rápido puede reducir el riesgo de presión arterial alta, colesterol alto y diabetes tanto como correr (58). La población de estudio en su mayoría destaca el practicar actividad física; mientras el restante no la practica por varios factores; entre ellos la falta de interés y en algunos casos presentar limitaciones en el movimiento.

En relación a la dieta el 61% a veces realiza cambios en su dieta al consumir comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas. Hacer cambios en su dieta es una forma comprobada de ayudar a controlar la hipertensión arterial. Estos cambios también pueden ayudar a bajar de peso y disminuir su probabilidad de sufrir una cardiopatía y un accidente cerebrovascular (59). La población de estudio solo a veces tiene una dieta saludable; esto se da en su mayoría a la falta de conocimientos y al bajo nivel económico.

La hipertensión arterial no ha generado dificultad en la vida sexual de los pacientes hipertensos encuestados en un 71%. Según reconoce la literatura médica, con el tiempo este comportamiento anormal de la presión daña el revestimiento de los vasos sanguíneos, y hace que las arterias se endurezcan y estrechen, lo que limita el flujo en el ser humano, y puede originar una disfunción eréctil (60). Se puede concluir que la población de estudio no evidencia problemas en su vida sexual a causa de la hipertensión.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

- Entre las principales características de la población de estudio se encontró que la mayoría de pacientes hipertensos en el área de Medicina Interna son adultos mayores, de sexo femenino, predomina el estado civil solteros y actualmente se encuentran desempleados. En cuanto al nivel de instrucción poseen instrucción primaria o ninguna; en relación al acompañamiento familiar mayoritariamente no lo tiene y no pertenecen a ninguna red de apoyo.
- Se identificaron las siguientes actividades de autocuidado desarrolladas por pacientes hipertensos: en cuanto a la dimensión de capacidades fundamentales, a veces desarrollan las actividades de autocuidado; en la dimensión de componentes de poder se destaca que los encuestados consideran importante realizar ejercicio y al iniciar un nuevo medicamento solicitan información sobre su correcta administración; mientras en la dimensión de capacidades para operacionalizar se destaca que el profesional de enfermería escucha y aclara las inquietudes y la población de estudio conoce las complicaciones derivadas de la enfermedad.
- Se elaboró una guía enfocada en la teoría de enfermería de Dorothea Orem para mejorar la práctica de autocuidado en pacientes hipertensos hospitalizados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Delfina Torres de Concha.

5.2.Recomendaciones

- A los profesionales de enfermería promociónen el autocuidado, sustentado dentro de la teoría de Dorothea Orem para fortalecer intervenciones propias de la disciplina.
- Al Hospital Delfina Torres de Concha se recomienda la formación de un grupo hospitalario de pacientes hipertensos; y de esta manera se les incentive a practicar el autocuidado, mediante la educación continua y el asesoramiento tanto al paciente como a la familia.
- Al servicio de Medicina Interna se pide considere al egreso del paciente hipertenso la educación tanto al paciente como al familiar sobre actividades de autocuidado utilizando la guía enfocada en la teoría de enfermería de Dorothea Orem.

Anexo 1, instrumento de la investigación

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por **MARÍA FERNANDA JARAMILLO CARANQUI**, de la **Universidad Técnica del Norte**. La meta de este estudio es: Determinar la práctica de autocuidado del paciente hipertenso enfocado en la teoría de enfermería de Dorothea Orem en el Hospital Delfina Torres de Concha.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente **15 minutos** de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Agradezco de ante mano su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por **MARÍA FERNANDA JARAMILLO CARANQUI**. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es determinar la práctica de autocuidado del paciente hipertenso enfocado en la teoría de enfermería de Dorothea Orem en el Hospital Delfina Torres de Concha.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente **15 minutos**.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a maferjaramillo10@hotmail.com al teléfono 0961722153.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puede contactar al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha



UNIVERSIDAD TÉCNICA EL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

El presente cuestionario tiene como objetivo determinar la práctica de autocuidado del paciente hipertenso enfocado en la teoría de enfermería de Orem en el Hospital Delfina Torres de Concha; los resultados del presente cuestionario son de utilidad exclusiva para desarrollar un trabajo de investigación.

Instrucciones: A continuación, le presentamos una serie de preguntas, lea cuidadosamente, se solicita responder con absoluta sinceridad, marcando con una (x) correctamente en cada una de las preguntas según su criterio.

Características generales:

Edad:

Sexo:

- a) Femenino ()
- b) Masculino ()

Estado civil:

- c) Soltero ()
- d) Casado ()
- e) Divorciado ()
- f) Unión libre ()
- g) Viudo ()

Ocupación:

- a) Empleado ()
- b) Desempleado ()
- c) Independiente ()
- d) Jubilado ()

Escolaridad:

- a) Ninguna/ Primaria ()
- b) Bachillerato ()
- c) Universitario ()

Cuidador:

- a) Cónyuge ()
- b) Hijo/hija ()
- c) Padre/madre ()
- d) Otro familiar ()
- e) Otro ()

Red de apoyo:

- a) Grupo hospitalario ()
- b) Grupo religioso ()
- c) Grupo social ()
- d) Ninguno ()

Actividades de autocuidado:

AFIRMACIONES		NUNCA	A VECES	SIEMPRE
		1	2	3
1	Siento que mi estado de ánimo me permite cuidarme			
2	Cuando duermo 6-8 horas diarias, me siento descansado			
3	Invierto tiempo en mi propio cuidado			
4	Considero importante realizar ejercicio			
5	Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad			
6	Considero que conozco como actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial			
7	Cuando inicio un nuevo medicamento solicito al profesional de enfermería me proporcione información necesaria de la correcta			

	administración			
8	Considero que la cantidad máxima de sal que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son 2 cucharaditas			
9	Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas			
10	Considero que el profesional de enfermería me escucha y aclara mis inquietudes			
11	Conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad			
12	Camino diariamente como mínimo 30 minutos			
13	Realizo cambios según las necesidades para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad			
14	Realizo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado			
15	Evalúo si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar y el de mi familia			
16	Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas			
17	Siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual			

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 2, Archivo fotográfico





Anexo 3, Guía de mejora (portada)



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

GUÍA AUTOCUIDADO DE PACIENTES HIPERTENSOS SEGÚN
DOROTHEA OREM



AUTOR(A): María Fernanda Jaramillo
DIRECTOR(A): MSc. María Fernanda Valle

IBARRA - ECUADOR, 2019

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo, Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial Ginebra: Communication; 2013.
2. OMS-OPS. Información general sobre hipertensión en el mundo. [Online].; 2013 [cited 2018 Diciembre 15. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf;jsessionid=BBFC25538A1AF7266F44A33D1F2BD4DC?sequence=1.
3. OMS, OPS. La OPS/OMS insta a las personas en las Américas a chequear su presión arterial para prevenir infartos y accidentes cerebrovasculares. [Online].; 2014 [cited 2018 Abril 20. Available from: http://www.paho.org/ecu/index.php?option=com_content&view=article&id=1209:la-opsoms-insta-a-las-personas-en-las-americas-a-chequear-su-presion-arterial-para-prevenir-infartos-y-accidentes-cerebrovasculares&Itemid=360.
4. Carissa F. Etienne. La hipertensión en América Latina. Sanar. 2013.
5. Portalfarma. Autocuidado. [Online]. [cited 2019 mayo 05. Available from: <https://www.portalfarma.com/Paginas/default.aspx>.
6. Diana Marcela Achury-Saldaña Sandra Mónica Rodríguez. Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. Aquichan. Vol. 13, No. 3, 363-372. 2013.
7. MSc. Roberto Rafael Pérez Moreno. En América Latina, el país con la mayor prevalencia de hipertensión es el Ecuador. Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas. 2015.

8. Alba Rosa Fernández. Efecto de la intervención educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá. Scielo. 2013.
9. Diana Marcela Achury, Gloria Judith Sepúlveda. Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. redalyc. 2015.
10. Rafael Leyva-Jiménez, Omar Efraín Venegas-Escobedo, Alfredo Guadalupe Medel-Delgado. La capacidad de autocuidado en el control del paciente hipertenso. medigraphic. 2014.
11. Esquivel Quiñe, Ana María. Factores sociodemográficos y capacidad de autocuidado del paciente adulto con hipertensión y diabetes. Universidad Nacional de Trijillo. 2017 Mayo.
12. Ministerio de Salud Pública. Hospital General Esmeraldas Sur Delfina Torres de Concha. [Online].; 2013 [cited 2018 Diciembre 10. Available from: <http://www.hdtc.gob.ec/portal/index.php/hospital/historia>.
13. Juan Pacheco Luque. 82 años del hospital Delfina Torres de Concha. [Online].; 2018 [cited 2018 Diciembre 10. Available from: <https://lahora.com.ec/esmeraldas/noticia/1102146327/82-anos-del-hospital-delfina-torres-de-concha>.
14. Ministerio de Salud Pública. Hospital General Delfina Torres de Concha. [Online].; 2013 [cited 2018 Diciembre 10. Available from: <https://www.salud.gob.ec/hospital-general-delfina-torres-de-concha/>.
15. Ministerio de Salud Pública. Hospital general Esmeraldas Sur Delfina Torres de Concha. [Online].; 2018 [cited 2018 Diciembre 12. Available from: <http://www.hdtc.gob.ec/portal/index.php/hospital/mision-y-vision>.

16. Dr.C. Ydalsys Naranjo Hernández , Dr.C. José Alejandro Concepción PachecoI, Lic. Miriam Rodríguez LarreynagaII. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Scielo. 2017; 19(3).
17. Iraima Arrechedora. Lifeder. [Online].; 2017 [cited 2019 Mayo 05. Available from: <https://www.lifeder.com/dorothea-orem/>.
18. Anónimo. Congreso historia de la enfermería. [Online].; 2015 [cited 2019 mayo 05. Available from: <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/dorothea.html>.
19. Martha Raile Alligood, Ann Marriner Tomey. Modelos y teorías en enfermería. novena edición ed. Italia: Elsevier; 2019.
20. Delia Esperanza Sillas González, Ma. Lourdes Jordán Jinez*. Autocuidado elemento esencial en la práctica de enfermería. Práctica clínica. 2014 Marzo; 19(2).
21. Definición de Autocuidado. [Online].; 2015 [cited 2019 Mayo 95. Available from: <https://conceptodefinicion.de/autocuidado/>.
22. MSc. Liana Alicia Prado Solar, Lic. Maricela González Reguera, MSc. Noelvis Paz Gómez, Lic. Karelía Romero Borges. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Scielo. 2016.
23. Dr.C. Ydalsys Naranjo Hernández1, Dr.C. José Alejandro Concepción Pacheco, Lic. Miriam Rodríguez Larreynaga. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Infomed. 2017; 19(3).
24. Pierre Mitchel Aristil. Manual de farmacología básica clínica México: Mc Graw Hill; 2013.
25. Sergio Alberto Viruete Cisneros. Manual de conocimientos básicos de farmacología Guadalajara; 2015.

26. Gustavo Rinaldi, Fernando de la Serna. Bases fisiológicas: Regulación de la presión arterial. [Online].; 2015 [cited 2019 mayo 05. Available from: <http://fhu.unse.edu.ar/carreras/obs/anatomo/hta.pdf>.
27. MSc. José Claro Alfonso Príncipe, MSc. Idalmi Salabert Tortoló, Dra. Iria Alfonso Salabert. La hipertensión arterial: un problema de salud. Scielo. 2017.
28. Benjamín Huerta Robles. Factores de riesgo para la hipertensión arterial. Archivos de cardiología de México. 2014.
29. Lourdes Rodríguez Domínguez, Vivian Herrera Gómez, Juan M. Torres Prieto y René I. Ramírez Peña. Factores de riesgo asociados con la hipertensión arterial en los trabajadores de la oficina central del MINBAS. Scielo. 2016.
30. Dra. Niurka Aurora Ali Pérez, Dr. Jaime Fernando Reyes Ali, Dr. Norberto Ramos Labrada, Dra. Maiyenis Herrada Cuevas y Lic. Ricardo García Álvarez. Principales factores de riesgo de la hipertensión arterial en trabajadores del Banco de Sangre Provincial "Renato Guitart Rosell". Scielo. 2018; 22(4).
31. Antonio Coca, Cristina Sierra. Causas y factores de riesgo de la Hipertensión Arterial. Portal Clinic. 2015.
32. Comisión honoraria para la salud cardiovascular. Factores de riesgo. Cardiosalud. 2014.
33. Geo Salud. Complicaciones de la hipertensión arterial. [Online].; 2018 [cited 2019 mayo 05. Available from: https://www.geosalud.com/hipertension/hta_complicaciones.htm.
34. Family doctor. Presión arterial elevada (Hipertensión). [Online]. [cited 2019 mayo 05. Available from: <https://es.familydoctor.org/condicion/hipertension-arterial/>.
35. Pedro Enrique Miguel Soca; Yamilé Sarmiento Terue. Hipertensión arterial, un enemigo peligroso. Scielo. 2014.

36. Gobierno Ecuatoriano. Constitución de la república del Ecuador. [Online].; 2008 [cited 2018 Mayo 20. Available from: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf.
37. Congreso Nacional. Ley Orgánica de Salud. [Online].; 2015 [cited 2018 06 17. Available from: https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf.
38. Consejo nacional de Planificación. Plan Nacional de Desarrollo toda una vida Quito; 2017-2021.
39. Ministerio de Salud. Código de Ética. [Online].; 2013 [cited 2019 Enero 14. Available from: http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Doc_Codigo_Etica.pdf.
40. Asamblea Médica Mundial. Declaración de Helsinki. [Online].; 2013 [cited 2019 Enero 14. Available from: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>.
41. O G. Derechos del Paciente. [Online].; 2012 [cited 2019 Enero 14. Available from: <http://www.salud.gob.ar/dels/printpdf/73>.
42. HMAS. Código de ética de enfermería. [Online].; 2011 [cited 2019 Enero 14. Available from: <http://hmasqueretaro.mx/pdf/codigo-etica-enfermeros.pdf>.
43. Martyn Shuttleworth. El diseño de la investigación cuantitativa constituye el método experimental común de la mayoría de las disciplinas científicas. [Online].; Sin fecha [cited 2019 mayo 05. Available from: <https://explorable.com/es/disenio-de-la-investigacion-cuantitativa>.

44. Ecured. Investigación no experimental. [Online]. [cited 2019 mayo 05. Available from: https://www.ecured.cu/Investigaci%C3%B3n_no_experimental.
45. Rabines Juárez, Ángel Orlando. Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescentes. [Online].; 2015 [cited 2019 Mayo 14. Available from: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/Rabines_J_A/CAP%C3%8DTULO1-introduccion.pdf.
46. Pedro Martín Salazar Cáceres, Aida Rotta Rotta, Fanny Otiniano Costa. Hipertensión en el adulto mayor. Scielo. 2016.
47. Marín C. La falta de educación mata. El mundo. 2015 julio.
48. Rosana dos Santos Costa. CONTRIBUCIÓN FAMILIAR EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Latino Enfermagem. 2014.
49. Osana Pérez. Influencia del estrés y las emociones en la hipertensión arterial esencial. Scielo. 2014.
50. Inés Gonzales. No dormir aumenta la presión arterial ¿mito o verdad? [Online].; 2018 [cited 2019 agosto 27. Available from: <https://www.msn.com/es-us/salud/noticias-medicas/no-dormir-aumenta-la-presi%C3%B3n-arterial-%C2%BFmito-o-verdad/ar-AAAf699>.
51. Rafael Leyva-Jiménez. La capacidad de autocuidado en el control del paciente hipertenso. Scielo. 2015.
52. Genesson dos Santos Barreto. La importancia de la actividad física en hipertensos. nucleo do conhecimento. 2017 Octubre.
53. Vega M. Agencia de autocuidado en hipertensos usuarios de un hospital universitario en Colombia. Scielo. 2013.

54. Dr. Avelino Plá García, I Dra. Miriam Gloria Elizalde Gálvez. Utilización de medicamentos antihipertensivos en el municipio de Jovellanos, provincia Matanzas. Scielo. 2016 Agosto; 38.
55. María Luisa Santillán. Consumo alto en sal, causante de la hipertensión arterial. Ciencia Unam. 2014.
56. Mario Hernández Cueto. El ejercicio y las terapias alternativas podrían ayudar a reducir la presión arterial. Infomed. 2013.
57. Consenso Paraguayo de Hipertension Arterial. Sociedad Paraguaya de Cardiología. 2016.
58. Anónimo. Vale con caminar: reduce el riesgo de hipertensión, colesterol y diabetes tanto como correr. 20 Minutos. 2014.
59. Edwin Osorio. Hipertensión arterial en pacientes de edad avanzada: una revisión estructurada. Science Direct. 2017.
60. Mayte María Jiménez. ¿Sexualidad vs hipertensión arterial? Cuba hora. 2015.
61. Achury Beltrán, Luisa Fernanda; Achury Saldaña, Diana Marcela; Rodríguez Colmenares, Sandra Mónica; Sepúlveda Carrillo, Gloria Judith; Padilla Velasco, Martha Patricia; Lauro Umaña, Yenny Marcela; Martínez, María Angélica; Soto Rodríguez, Jenny Astrid. Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una en una institución de segundo nivel, Bogotá. Revista científica Javierina. 2015 Julio; 14(2).