

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA-LEON**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE ENFERMERÍA**



Monografía para optar al Título de Licenciada en Ciencias de Enfermería

**Título:** Agencia de Autocuidado y Técnicas de Afrontamiento del Estrés en pacientes con Hipertensión Arterial inscritos en el programa de crónicos del centro de Salud Perla María Norori. Enero – Febrero 2013.

**Elaborado por:**

Bra. Dulce María Oviedo Martínez.

Bra. Lisette Mercedes Tercero García.

**Tutoras:**

Lic. Francisca Canales Quezada.

Lic. Emma Vargas.

León, Agosto 2013

**“A la libertad por la universidad”**

## **DEDICATORIA**

A Dios padre celestial que siempre derrama bendiciones especialmente sabiduría, paciencia, entendimiento, respeto y comprensión durante el trascurso de mi vida.

A mis padres por su incondicional apoyo moral y económico en mi proceso educativo.

A mis maestros porque me han guiado pasó a paso en la búsqueda de nuevas esferas del conocimiento

**Dulce María Oviedo Martínez**

## **DEDICATORIA**

Primeramente a Dios por haberme permitido llegar hasta este punto; por enseñarme el camino correcto para lograr alcanzar el objetivo que tiene para mí, por su amor y bondad incondicional.

A mi madre por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor. A mi padre por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor. A mis hermanos por apoyarme en momentos difíciles y enseñarme que la vida es linda. A todos aquellos que ayudaron directa o indirectamente a realizar este documento

A mi maestra por su apoyo ofrecido en este trabajo, por haberme transmitidos los conocimientos obtenidos y haberme llevado pasó a paso en el aprendizaje

**Lisette Mercedes Tercero García**

## **AGRADECIMIENTO**

Agradecemos en primer lugar a Dios padre celestial todo poderoso, por acompañarnos y guiarnos por el buen camino durante todo el proceso de nuestra formación profesional y por permitirnos cumplir cada uno de nuestros triunfos.

A nuestros padres por darnos su amor sincero e incondicional y apoyarnos en nuestras decisiones, estando a nuestro lado en momentos llenos de alegría como de tristeza.

A nuestros maestros que con su dedicación nos han alimentado con el pan del conocimiento y nos han enseñado a ser mejores profesionales.

Son muchas las personas que han formado parte de nuestra vida profesional a las que nos encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de nuestra vida. Algunas están aquí y otras en nuestros recuerdos y en nuestro corazón, sin importar en donde estén queremos darles las gracias por formar parte de nosotras, por todo lo que nos han brindado y por todas sus bendiciones.

## RESUMEN

El objetivo de ésta investigación fué determinar la agencia de autocuidado y técnicas de afrontamiento ante el estrés, que practican los pacientes relacionado a la estabilidad de la hipertensión arterial. La investigación es cuantitativa, de corte transversal. La población de estudio fueron 100 pacientes; en donde la muestra fue el 100% de la población.

El instrumento fué una entrevista con preguntas cerradas, en donde se midió los aspectos socio demográfico y 2 instrumentos donde se evaluó Agencia de Autocuidado, y las técnicas de afrontamiento al estrés. La información se recolectó, visitando casa a casa explicando el objetivo del estudio. Se analizaron los datos de cada variable, los resultados se presentan a través de tablas; gráficos.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes: predominó el grupo de edades entre 61-70 años, la mayoría del sexo femenino y amas de casa, con escolaridades mayoritariamente primarias y con estado civil mayoritariamente casados. El 47 % de los pacientes presentó capacidad de autocuidado media; 35% alta, 18 % baja. En el afrontamiento activo, 13% nunca practican un afrontamiento activo, 36% a veces, 28% casi siempre, y 23% siempre. En el pasivo 31% nunca ha practicado; 35% a veces, 18% casi siempre y 16% siempre.

Se concluyó que; la mayoría de los pacientes hipertensos se encuentran en el grupo etareo de 61-70 años, posee una capacidad de agencia de autocuidado media. Además la mayoría de pacientes a veces practican afrontamiento activo como pasivo.

Los términos claves: Hipertensión arterial, agencia de autocuidado, técnicas de afrontamiento del estrés

## INDICE

Contenido	Pág.
I.INTRODUCCION.....	1
II.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	4
III.OBJETIVOS .....	5
IV.MARCO TEORICO .....	6
V.DISEÑO METODOLÓGICO.....	21
VI.RESULTADOS .....	26
VII.DISCUSION .....	30
VIII.CONCLUSIÓN .....	38
IX.RECOMENDACIONES .....	39
X. BIBLIOGRAFIA .....	40
XI.ANEXOS .....	45

## I.INTRODUCCION

La enfermedad cardiovascular (ECV) es uno de los mayores problemas de salud pública en el mundo, siendo la primera causa de mortalidad al ocasionar 17 millones de muertes al año. <sup>(1)</sup> <sup>(2)</sup> A nivel mundial 13% de las personas mueren cada año a causa de hipertensión. <sup>(3)</sup> Además un 62% de los accidentes cerebrovasculares y un 49% de las cardiopatías isquémicas son causadas por la mismas. <sup>(4)</sup> <sup>(5)</sup> En general, aparece más precozmente en hombres con edades cercanas a los 35 años. En mujeres se presenta alrededor de los 40. <sup>(6)</sup> Se estima que existen 600 millones de pacientes portadores de hipertensión arterial en el mundo y 420 millones corresponden a países en vías de desarrollo. <sup>(7)</sup>

En Latinoamérica 31 de 35 países se encuentran afectados por enfermedades cardiovasculares, como por ejemplo; en México, se han reportado 98.881 personas con problemas cardiovasculares. <sup>(2)</sup> El control de la hipertensión arterial, está determinado por diferentes aspectos, como por ejemplo; la respuesta del paciente ante un nuevo cambio en su estilo de vida y las capacidades que este tiene para ocuparse de su autocuidado, de reflexionar y guiar las acciones beneficiosas para sí mismos y así mantener un adecuado estado de salud.

En Cuba la prevalencia de la HTA dentro de la población urbana y rural alcanzó el 30% y el 15%, respectivamente, lo cual indica que existe un sobre registro a nivel nacional de acuerdo con la tasa de prevalencia en pacientes dispensarizados. <sup>(8)</sup> En Perú la prevalencia de la hipertensión arterial es de 23.7%, en mayores de 18 años, lo que correspondería a 3. 650.000 habitantes, estimado en base al censo 2005, con un predominio de hipertensos varones de 13.4% sobre hipertensas mujeres de 10.3%. <sup>(9)</sup> En Córdoba, Argentina el 29.9% de la población presentó hipertensión arterial (mujeres 27.9% y varones 32.4%). <sup>(10)</sup> En Nicaragua la prevalencia de Hipertensión es de un 25%, siendo el sexo femenino el de mayor afectación con 28.8% y con mayor % de no diagnosticados en mayores de 65 años, (17.9%). <sup>(11)</sup>

En Nicaragua, la hipertensión arterial se ha incrementado como problema de salud pública, situación debida a cambios en el perfil demográfico, socioeconómico y epidemiológico, <sup>(3)</sup> Usualmente no puede curarse, pero sí puede controlarse. <sup>(4)</sup>

En León la hipertensión arterial, afecta en gran medida a las personas de edad avanzada, con problemas de obesidad y estilo de vida inadecuados; ya que este departamento se caracteriza, por el consumo de comidas grasosas e ingesta de bebidas alcohólicas; costumbres que predisponen a diversos tipos de enfermedades cardiovasculares, como la hipertensión arterial, siendo esta una enfermedad crónica que precisa de tratamiento durante toda la vida, según características propias de cada paciente y de un programa de control en el nivel de atención primaria, aspectos que predisponen a los pacientes a desarrollar periodos de estrés, que a menudo aumenta el riesgo de nuevas complicaciones (arteriosclerosis, cardiopatía hipertensiva, etc. ).

El personal de enfermería, de la unidad de salud Perla María Norori refiere que hay un aumento en la incidencia de pacientes hipertensos asociado a complicaciones que dificultan a un más el éxito del tratamiento. Es por ello que en este trabajo investigativo se abordará la agencia de autocuidado y las técnicas de afrontamiento del estrés de los pacientes; relacionado a la hipertensión arterial.

Estudios realizados sobre la hipertensión arterial en la UNAN León, por Pérez Yubelka (2007), destaca que los pacientes hipertensos tienen conocimiento acerca de su patología, pero no han adquirido conciencia de un manejo adecuado de su enfermedad. <sup>(9)</sup>. Sin embargo; Salmerón (2010), <sup>(9)</sup> menciona, que los pacientes hipertensos, asistentes del programa de dispensarizados del centro de salud Perla María Norori practican estilos de vida que benefician su autocuidado. <sup>(12)</sup>

La hipertensión arterial no respeta edades ni condición social o económica, y es la principal causa de mortalidad. Es una afección silenciosa que consiste en el aumento crónico de la presión sanguínea, no presenta síntomas por mucho tiempo y si no es tratada, puede provocar complicaciones severas como un infarto cardiaco o una hemorragia cerebral.

A pesar de que existen discrepancias en relación con el fenómeno de hipertensión, parece haber un acuerdo generalizado respecto a la multicausalidad de la misma. Entre las causas de este trastorno están las relacionadas con el estrés provocado por variables psicosociales, las cuales pueden generar un estado de hipertensión arterial generalizada. Las prácticas de autocuidado es un aspecto determinante en la salud de estos pacientes, ya que contribuyen a la reducción de diversos factores desencadenantes de esta patología, por ejemplo (consumo de sal y sedentarismo). <sup>(5)</sup>

Por lo que es de gran importancia conocer la agencia de autocuidado y técnicas de afrontamiento del estrés que practican los pacientes en relación a la hipertensión arterial. Los resultados se darán a conocer a: la directora y al personal de enfermería del centro de salud Perla María Norori, para que busquen estrategias encaminadas a mejorar las técnicas de afrontamiento del estrés y el autocuidado para obtener una mejor calidad de vida.

## **II.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La hipertensión arterial, constituye el motivo más común de consulta en cualquiera de los diferentes niveles de atención a la salud, es la primera causa de muerte, incluso provoca minusvalías transitorias y permanentes en la sociedad, día a día va incrementando y atacando silenciosamente a la población vulnerable, su prevención y control representan un reto en la salud pública del país, por lo que se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es la Agencia de Autocuidado y Técnicas de Afrontamiento del Estrés en pacientes con Hipertensión Arterial inscritos en el programa de crónicos del centro de Salud Perla María Norori. Enero – Febrero 2013?

### **III.OBJETIVOS**

#### **General:**

Determinar la Agencia de Autocuidado y Técnicas de Afrontamiento del Estrés en pacientes con Hipertensión Arterial inscritos en el programa de crónicos del centro de Salud Perla María Norori. Enero – Febrero 2013.

#### **Específico:**

1. Caracterizar socio- demográficamente a los pacientes inscritos en el programa de crónicos.
2. Determinar la Agencia de Autocuidado que practican los pacientes con Hipertensión Arterial.
3. Describir las Técnicas de Afrontamiento del estrés que practican los pacientes con Hipertensión Arterial.

## IV.MARCO TEORICO

### Palabras claves

**Agencia de autocuidado:** capacidad que poseen las personas a cuidar de sí mismos con el fin de mantener la buena salud y bienestar, la cual presenta variaciones según los ciclos vitales de los individuos, el estado de salud, el nivel educativo, las experiencias de vida como promotoras de aprendizaje y el entorno cultural. <sup>(14)</sup>

**Técnica de afrontamiento del estrés:** Acción o actividad que el individuo puede poner en marcha, ante cualquier tipo de problema con el fin de enfrentarse a una determinada situación, para conseguir alivio, recompensa y equilibrio

**Hipertensión arterial:** La OMS considera hipertensión a aquella presión arterial sistólica igual o superior a 140 mm/Hg y/o una presión arterial diastólica igual o superior a 90 mm/Hg. <sup>(13)</sup>

. <sup>(15)</sup>

### Agencia de autocuidado que tienen los pacientes con hipertensión arterial

La agencia de autocuidado es la capacidad humana para ocuparse del autocuidado se desarrolla en el curso de la vida diaria, a través del proceso de aprendizaje, siendo variable de acuerdo a las condiciones de cada individuo. Esta puede examinarse en relación con las capacidades del individuo <sup>(1)</sup>, como ser integral, racional, biológico y emocional <sup>(16)</sup>; incluyendo su repertorio de habilidades y la clase de conocimiento que tienen y usan para ocuparse de un rango de conductas específicas. Además está influenciada, tanto por las características internas, como la edad, estado de salud, así como por numerosos factores externos, como la cultura y sus recursos, estos se denominan factores básicos condicionantes. <sup>(1)</sup>

La agencia es la práctica constante de ocuparse de sí y cuidar de sí mismo, esto no solo se refiere de una actitud de autoconciencia, si no que va más allá, pretende el autoconocimiento y empoderamiento del individuo sobre su salud y de sí mismo. <sup>(16)</sup> Esta se presenta como un conjunto de decisiones, acciones y estrategias que asume

una persona para mantener y mejorar su estado de salud, para prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de la enfermedad. <sup>(17)</sup>

A medida que se ejecutan estas acciones, se desarrolla la estructura de la agencia de autocuidado, lo que permite que la persona determine lo que requiere, tome la decisión de llevarlo a cabo e identifique los efectos de esas acciones o medidas. Al realizar cuidados de enfermería se debe tener la habilidad de ver a los pacientes como agentes de autocuidado y diagnosticar sus capacidades para ocuparse en el cuidado continuo y efectivo, debido a que la perseverancia en el autocuidado puede necesitar de apoyo en cuanto a conocimientos y desarrollo de acciones adecuadas. <sup>(14)</sup>

Según el modelo de Orem el autocuidado es la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir, ya que concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante con la capacidad de reflexionar y guiar las acciones beneficiosas para sí mismos. Desde ésta perspectiva, el autocuidado contribuye a lograr una mejor adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, de la hipertensión arterial, ya que es uno de los problema de salud pública más importante en los países desarrollados y que con frecuencia tiene complicaciones letales si no se recibe tratamiento. <sup>(18)</sup>

Tipos de habilidades para tener una agencia de autocuidado desarrolladas por Orem:

**Capacidades fundamentales y disposición:** consisten en habilidades básicas del individuo como la sensación, percepción, memoria y orientación.

**Capacidades de poder:** (capacidades que facilitan el autocuidado). Son capacidades específicas que se relacionan con la habilidad del individuo para comprometerse en el autocuidado, la valoración de salud, energía y conocimiento del autocuidado.

**Capacidades para operaciones de autocuidado:** son las habilidades del ser humano más inmediatas; Orem las clasifica en:

Operaciones estimativas: el individuo investiga condiciones y factores de sí mismo y del medio ambiente que son significativas para su autocuidado.

Operaciones Transicionales: el individuo toma juicios y decisiones sobre lo que puede, debe hacer y haría para encontrar los requisitos de autocuidado.

Operaciones productivas: el individuo construye medidas para satisfacer los requisitos de autocuidado por sí mismo. <sup>(19)</sup>

Una base para la agencia de autocuidado es que el paciente hipertenso entienda el proceso de la enfermedad y la forma en que los cambios en su estilo de vida y los medicamentos puedan controlar la hipertensión. <sup>(20)</sup> La hipertensión se define arbitrariamente como los valores persistentes de presión sanguínea sistólica mayor de 140 mmHg y diastólica que rebasa los 90 mmHg. En ancianos, se define como equivalente a valores de 160/ 90 mmHg, en el mismo orden. Siendo una causa importante de insuficiencia cardiaca, accidente cerebro-vascular e insuficiencia renal.

Entre los factores que incrementan los riesgos de la hipertensión arterial están:

**Factores de riesgo mayor:** tabaquismo, dislipemias, diabetes mellitus

**Factores de riesgo menor:** edad (> 60 años), sexo (hombres y mujeres postmenopáusicas), antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular (mujeres < 65 años / hombres < 55 años), obesidad, escasa actividad física. <sup>(21)</sup>

La mayoría de los hipertensos no presentan ningún síntoma concreto derivado del aumento de la presión arterial y solo se reconocen durante el curso de la exploración física. Los cuales suelen dividirse en 3 categorías:

**Hipertensión arterial en sí misma** Cefalea comúnmente localizada en región occipital, se presenta al despertar el paciente en la mañana y desaparece espontáneamente unas horas después. Otros síntomas presentes son: palpitaciones, tinnitus, fatiga fácil e impotencia sexual

**Enfermedad vascular hipertensiva** Epistaxis, Hematuria, visión borrosa, episodios de debilidad muscular en miembros o vértigos debidos a isquemia cerebral transitoria, angina de pecho y disnea debidos a insuficiencia cardiaca.

**Enfermedad de base en el caso de la hipertensión secundaria.** Poliuria polidipsia y debilidad muscular debidos a hipopotasemia en pacientes con Aldosteronismo primario o aumento de peso labilidad emocional y facies característica en el Síndrome de Cushing. Cefalea episódica, palpitaciones, diaforesis y vértigos posturales en el Feocromocitoma. <sup>(22)</sup>

### **Medidas de autocuidado**

La enfermera debe apoyar y enseñar al paciente a cumplir con el régimen terapéutico a llevar cabo los cambios necesarios en el estilo de vida, tomar los medicamentos según prescripciones y hacer citas regulares de seguimiento con el proveedor de servicios de salud para vigilar el avance e identificar y tratar cualquier complicación de la enfermedad o el tratamiento. <sup>(20)</sup>

Además, el autocuidado puede considerarse como un complemento de los servicios de salud ofrecidos por los profesionales, donde se comparte la responsabilidad con el usuario, como herramienta útil para la promoción de salud y prevención de eventos coronarios como el Infarto agudo de Miocardio y la Angina de pecho y/o evento cerebro vascular, situaciones de alteración de la salud que generan deterioro de la calidad de vida, que conllevan a un alto costo tanto económico como social. <sup>(16)</sup>

Una práctica de autocuidado básica en los pacientes hipertensos es que estén utilizando una técnica de medición adecuada, ya que cuando los individuos participan en sus propios cuidados, se aumenta la retroalimentación y tienen una mayor sensación de control. <sup>(20)</sup>

#### **A. AUMENTO DE LA ACTIVIDAD FISICA**

La enfermera ayuda al paciente a elaborar y cumplir con un régimen adecuado de ejercicio pues la actividad regular es un factor importante en la reducción de peso, así

como una medida que reduce la presión arterial en caso de que no halla pérdida de peso. <sup>(20)</sup>

El entrenamiento regular de 3 a 4 veces por semana de 30 a 45 minutos de marcha rápida, bailar, nadar, andar en bicicleta estática baja la presión arterial y la reactividad de la misma; por tanto reduce el riesgo de enfermedad cardiovascular y la mortalidad total. <sup>(21)</sup>. Además Contribuye a una sensación de bienestar general, aumenta la ilusión de vivir, la alegría y el optimismo, mejora la imagen de sí mismo/a, reduce tensiones, estrés y ansiedad, por lo tanto, mejora el estado de ánimo y disminuye la apatía. <sup>(17)</sup>

## B. HORAS ADECUADAS PARA DORMIR

No dormir lo suficiente puede afectar tu trabajo, concentración, memoria, humor, relaciones, e incluso aumentar el riesgo de accidentes y los problemas de salud.

### Horas recomendadas de sueño por día

<b>Edad</b>	<b>Horas por noche</b>	
Adolescentes (13-17 años)	8,5-9,25	
Adultos	7-9	
Adultos mayores	7-9	(23)

## C. REDUCCION DEL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

Tanto el alcoholismo como la hipertensión arterial son enfermedades diferentes pero si se unen aumentan aún más el riesgo de determinadas enfermedades. La ingesta de alcohol elevada entre 0.75 a 1 gr. de etanol/kg de peso; produce un aumento en la presión sistólica y diastólica, ya que este altera una serie de hormonas que aumentan la frecuencia cardíaca y lesionan las paredes arteriales; aumentando así los niveles de tensión arterial.

Incluso el consumo moderado de alcohol puede producir un efecto sobre la presión arterial subiéndola por encima de los valores normales (70/140 mmHg). Este riesgo aumentaría si el consumo de alcohol es excesivo. <sup>(24)</sup>

#### D. TABAQUISMO

El paciente hipertenso debe eliminar el hábito de fumar, no porque el fumar se relacione con la hipertensión, sino porque cualquiera con hipertensión arterial tiene mayor riesgo de sufrir cardiopatía, que se incrementa aún más con el tabaquismo. <sup>(20)</sup> Ya que este acelera el pulso y disminuye la capacidad de la sangre para transportar oxígeno, así como también altera el colesterol y daña directamente las arterias por favorecer la aterosclerosis. <sup>(25)</sup>

#### E. CAMBIOS ALIMENTICIOS

El paciente debe consultar con un dietista que le ayude a desarrollar un plan para perder peso, ya que la alimentación juega un papel muy importante en el cuidado y prevención de la hipertensión;<sup>(20)</sup> Un elemento fundamental es la disminución del aporte de grasas en la dieta por la asociación de las dislipidemias como factor de riesgo para enfermedad coronaria. <sup>(1)</sup>

Por lo tanto una alimentación equilibrada con una rutina de ejercicio habitual puede ayudar a controlar esta enfermedad. Esta debe ser rica en frutas y vegetales con un alto contenido en fibra, calcio, potasio, vitamina c y ácidos grasos esenciales. Debe ser pobre en sodio, colesterol, grasas saturadas y grasas trans se debe consumir bastante pescado y carnes magras con grasas de buena calidad.

Se recomienda:

Verduras y frutas de todo tipo de colores y en abundancia, utilizar cereales integrales como: trigo, arroz, cebada, o productos amasados con harina integral, lácteos descremados como: leche, yogur y queso.

Alimentos ricos en calcio, ya que protegen nuestro corazón debido a que relaja las arterias y nos ayuda a mantener un equilibrio entre el sodio y el potasio. Las fuentes ricas en calcio son: espinacas, leche, queso, yogurt, huevos, etc. <sup>(26)</sup>

F. ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC); es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo.

Clasificación	MC (Kg/m <sup>2</sup> )	
	Valores principales MC (Kg/m <sup>2</sup> )	Valores adicionales
<b>Infra peso</b>	<b>&lt;18,50</b>	<b>&lt;18,50</b>
<b>Delgadez severa</b>	<16,00	<16,00
<b>Delgadez moderada</b>	16,00 - 16,99	16,00 - 16,99
<b>Delgadez aceptable</b>	17,00 - 18,49	17,00 - 18,49
<b>Normal</b>	18,50-24,99	18,50-22,99
		23,00-24,99
<b>Sobrepeso</b>	<b>≥25,00</b>	<b>≥25,00</b>
<b>Pre obeso</b>	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49
		27,50 - 29,99
<b>Obeso</b>	<b>≥30,00</b>	<b>≥30,00</b>
<b>Obeso tipo I</b>	30,00 - 34,99	30,00 - 32,49
		32,50 - 34,99
<b>Obeso tipo II</b>	35,00 - 39,99	35,00 - 37,49
		37,50 - 39,99
<b>Obeso tipo III</b>	<b>≥40,00</b>	<b>≥40,00</b>

(27)

#### G. REDUCCION DEL CONSUMO DE SAL

La enfermera debe explicarle al paciente que las glándulas gustativas tardan de 2 a 3 meses en adaptarse a los cambios en el consumo de sal.

La sal contribuye a que el organismo, retenga más líquido, lo que produce una presión sobre las arterias y es el responsable del aumento de la presión arterial. Al aumentar la ingesta de sal, se aumenta la presión osmótica sanguínea al retenerse agua,

aumentando así la presión sanguínea. <sup>(28)</sup> Por lo que en pacientes hipertensos se recomienda el consumo máximo de 2 gramos (1- 2 cucharaditas) de sal al día, considerando lo contenido en los alimentos y la cantidad que se agrega en las preparaciones. <sup>(29)</sup>

#### H. REDUCCIÓN DEL CONSUMO DE CAFEÍNA

La cafeína es un estimulante del sistema nervioso central, el sistema respiratorio, aparato cardiovascular y permite a algunos músculos mayor facilidad en la contracción. Es probablemente la droga más popular en uso. Sus efectos son complejos y a veces antagónicos, (oposición a la fuerza y movimiento que genera otro musculo) <sup>(30)</sup>. Dosis elevadas pueden provocar: arritmia cardiaca, nerviosismo, irritabilidad, insomnio, palpitaciones. <sup>(31)</sup>

### TRATAMIENTO HIPERTENSIVO

El régimen terapéutico es responsabilidad del paciente. Sin embargo la enfermera debe brindar información escrita sobre los efectos esperados y los secundarios de los medicamentos. Cuando ocurren efectos secundarios el paciente debe entender la importancia de informarlos y saber ante quien debe hacerlo. <sup>(20)</sup>

El objetivo principal del tratamiento en el paciente hipertenso no es el mero control de la presión arterial (PA), sino reducir al máximo el riesgo de presentar complicaciones cardiovasculares a largo plazo. <sup>(32)</sup> Los medicamentos utilizados en el control de los pacientes con HTA, en el centro de salud Perla María Norori son:

**Enalapril:** dosis inicial de 5 mg PO al día. Dosis de mantenimiento de 10- 20 mg PO al día con dosis máxima de 40 mg PO al día. Puede dividirse la dosis máxima en 2 tomas al día si el control es inadecuado con dosis única. En pacientes con insuficiencia renal o que están tomando diuréticos debe iniciarse con dosis de 2.5 mg al día.

El uso de Enalapril genera efectos, menores que necesitan atención médica como: hipotensión, erupciones de piel con o sin prurito, fiebre o artralgia. También podemos encontrar aunque con menos frecuencia: angioedema de extremidades, cara, labios,

mucosa, lengua, glotis, y laringe, dolor torácico, hipercalemia, neutropenia, agranulocitosis. Con mayor frecuencia podemos encontrar: tos seca y persistente, cefalea y con menos frecuentes: diarrea, pérdida del gusto (reversible después de 2-3 meses), fatiga, náuseas. <sup>(33)</sup>

**Atenolol:** Iniciar con 25-50 mg PO una vez al día, aumentando cuando sea necesario y si el paciente lo tolera, a 50 mg dos veces al día o bien 100 mg 1 vez al día después de la primera semana de iniciado el tratamiento. Su efecto es evidente en la primera a segunda semana.

Entre los efectos adversos que ocasiona el uso de atenolol están los: menos frecuentes: bradicardia sintomática (vértigo), broncoespasmo (disnea o sibilancia), insuficiencia cardíaca congestiva (sudoración de tobillos, pies, piernas, disnea), Depresión mental, circulación periférica reducida. Raros: reacciones alérgicas, arritmias, lumbalgia o artralgia, dolor torácico, confusión, alucinaciones, leucopenia, hipotensión ortostática, erupción psoriasiforme, trombocitopenia y frecuentes que necesitan atención médica si son persistentes: capacidad sexual reducida, somnolencia, trastornos del sueño, cansancio o debilidad inusual. <sup>(33)</sup>

**Alfa-metil-dopa:** Iniciar con 250 mg PO 2-3 veces al día; si es necesario, realizar aumentos graduales a intervalos de 2 días a más, hasta un máximo de 3g al día. Efectos adversos: en el uso de este medicamento se pueden manifestar efectos que necesitan atención médica, entre estos están los más frecuentes: edema periférico caracterizado por sudoración de pies y parte inferior de las piernas. Menos frecuentes: fiebre medicamentosa (inicia poco tiempo después de la administración de medicamento), alteraciones neurológicas como depresión mental o ansiedad, pesadillas o sueños vívidos inusuales.

**Captopril:** iniciar con 12.5 mg 2 veces al día por vía oral, incrementando gradualmente a intervalos de 2- 4 semanas de acuerdo a la respuesta. Es preferible dar la primera dosis al acostarse. Una dosis inicial de 6.25 mg 2 veces al día es recomendada si captopril se da en adición a un diurético o en ancianos; si es posible hay que tener el

diurético 2-3 días antes de introducir el Captopril. La dosis usual de este fármaco es de 50 mg 3 veces al día. El uso de captopril puede generar efectos:

Graves y poco frecuentes como por ejemplo: rash cutáneo con o sin prurito, fiebre, artralgia. Efectos graves y raros: angioedema de las extremidades, cara, labios, membranas mucosas, lengua, glotis y laringe, dolor precordial, hipercalemia, proteinuria, neurotopenia, pancreatitis. Leves y frecuentes como: tos seca y persistente, Cefalea. <sup>(33)</sup>

**Hidralacina:** iniciar con 20-25 mg PO dos veces al día en los primeros 2-4 días, seguido de 50 mg PO 2 veces al día el resto de la semana. En la segunda semana, 100 mg 2 veces al día. La hidralicina provoca efectos: graves y poco frecuentes como: reacciones alérgicas, angina pectoris, vasculitis cutánea, linfadenopatía, neuritis periférica, retención de agua, sodio y edema, lupus eritematoso sistémico, glomerulonefritis. Graves y raros: discrasias sanguínea incluyendo agranulocitosis, leucopenia y purpura. Leves y frecuentes: anorexia, diarrea, cefalea, taquicardia, náusea o vómito, palpitaciones

**Nifedipina:** iniciar de 30-60 mg/día (liberación sostenida), y aumentar hasta 120 mg/día si es necesario. En Hipertensión severa se indica 10 mg vía oral, puede repetirse a los 20 minutos. El uso de Nifedipina provoca efectos frecuentes: cefalea, rubor, hipotensión arterial, taquicardias, palpitaciones, sensación de calor, mareos, vértigos, cansancio, edema maleolar. Ocasionales: nicturia, náuseas, constipación o diarreas, impotencia, ginecomastia, depresión mental, letargo, dolor en los ojos. <sup>(33)</sup>

Por lo cual se requiere un enorme esfuerzo por parte de los pacientes con hipertensión para cumplir con las modificaciones recomendados a su estilo de vida y para tomar con regularidad los medicamentos prescritos. El esfuerzo que se requiere para seguir el plan terapéutico puede parecer poco razonable para algunos, sobre todo cuando no tienen síntomas sin los medicamentos, por lo tanto la educación continua y la motivación suelen ser necesarias para permitir a los pacientes formular un plan aceptable que les ayude a vivir con la hipertensión y cumplir con el plan de tratamiento. <sup>(20)</sup>

## **Técnicas de afrontamiento del estrés que practican los pacientes con hipertensión arterial.**

El estrés es considerado como un factor de riesgo ya que la reacción de este es muy compleja y la constituye una serie de acontecimientos de tipo neural, muscular, cardiovascular, inmunológico y hormonal, afectando así la salud sico-física del paciente hipertenso.

Algunos autores describen el afrontamiento como la estrategia para tratar con la amenaza (estrés), afrontar no significa solucionar, sino que incluye lo que se hace y también lo que se piensa, es la adaptación ante cualquier tipo de dificultad percibida para conseguir alivio, recompensa o equilibrio; por lo tanto son conductas instrumentales y capacidades de solución de problemas de las personas que conllevan las demandas de la vida y las metas. <sup>(34)</sup>

La manera de afrontar y vivir las diferentes situaciones estresantes va a ser diferente para cada paciente, dependen principalmente de los recursos disponibles y de las limitaciones que puedan dificultar el uso de dichos recursos en el contexto de una interacción determinada, en caso de la HTA el afrontamiento se refiere a la respuesta cognitivas y conductuales que los pacientes hipertensos ponen en marcha para hacer frente a situaciones estresantes de manera que origine el menor impacto posible en su salud psico-física , ya que a medida que avanza la enfermedad, los síntomas cobran más importancia y supone una amenaza para la salud cardiovascular del paciente. <sup>(34)(35)</sup>

Existen 2 tipos de afrontamiento: pasivo; que hace referencia a las formas de evitación o escape ante las situación que se está presentando e implica falta de compromiso con la situación problemática, por ejemplo se mantienen alejadas de otras personas, se culpan por sus problemas, etc. y el afrontamiento activo; que son aquellos esfuerzos realizados para hacer frente al problema de forma directa y comprende actividades particularmente dirigidas a la modificación o minimización del impacto negativo o búsqueda de un significado del suceso de tal manera que resulte menos desagradable. Por ejemplo: asistir con mayor frecuencia a actos religiosos. <sup>(36)</sup>

De acuerdo al tipo de afrontamiento hacia el estrés que adopte el individuo se pueden desarrollar diversas estrategias; como por ejemplo:

### 1. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Esta estrategia puede describirse como la secuencia de acciones orientadas a solucionar el problema, teniendo en cuenta el momento oportuno para analizarlo e intervenirlo. Una de las técnicas para solucionar un problema es la planificación o resolver el problema, en la que se movilizan estrategias cognitivas analíticas y racionales para alterar la situación y solucionar el problema. <sup>(37)</sup>

### 2. APOYO PROFESIONAL

Esta estrategia se describe como el empleo de recursos profesionales para tener mayor información sobre el problema y sobre las alternativas para enfrentarlo. Se considera como un tipo de apoyo social, ya que permite conocer y utilizar los recursos disponibles y mejorar el control percibido de la salud. El objetivo principal de este es informar a los pacientes sobre aspectos médicos y psicológicos:

Aspectos médicos: es la explicación del concepto de presión arterial, cómo se regula, los órganos y mecanismos que intervienen en su control, los factores de riesgo, las conductas preventivas y los diferentes modos de tratamiento.

Aspectos psicológicos: consiste en clarificar términos como ansiedad, estrés, ira, afrontamiento de problemas, hábitos de vida, y su relación con los cambios en la presión arterial. <sup>(37)</sup>

### 3. EVITACIÓN EMOCIONAL

Esta estrategia se refiere a la movilización de recursos enfocados a ocultar o inhibir las propias emociones. El objetivo de esta estrategia es evitar las reacciones emocionales valoradas por el individuo como negativas por la carga emocional o por las consecuencias o por la creencia de una desaprobación social si se expresa.

#### 4. REACCIÓN AGRESIVA

Esta estrategia hace referencia a la expresión impulsiva de la emoción de la ira, dirigida hacia sí mismo, hacia los demás o hacia los objetos, la cual puede disminuir la carga emocional que presenta la persona en un momento determinado, ya que algunos individuos necesitan sentirse verdaderamente mal antes de pasar a sentirse mejor, llegando a autoreprocharse o a emplear cualquier otra forma de autocastigo. <sup>(37)</sup>

#### 5. EVITACIÓN COGNITIVA

A través del empleo de esta estrategia, se busca neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores, por medio de la distracción y la actividad.

Evitando pensar en el problema propiciando otros pensamientos o realizando otras actividades. Dentro de esta estrategia están: la desconexión mental; se refiere al uso de pensamientos distractores para evitar pensar en la situación del problema; el distanciamiento, refiere la supresión cognitiva de los efectos emocionales que el problema genera. <sup>(37)</sup>

#### 6. NEGACIÓN

Describe la ausencia de aceptación del problema y su evitación por distorsión o desfiguración del mismo en el momento de su valoración, <sup>(37)</sup> el paciente no cree lo que le está sucediendo y vive en un mundo de fantasía con el fin de no hacer frente al problema.

#### 7. USO DE SUSTANCIAS

Se intenta olvidar, resolver o apartar el problema mediante el uso de drogas o consumo de alcohol <sup>(36)</sup>.

#### 8. ABANDONO DE RESOLUCIÓN/ RENUNCIA

No se hace parte del problema, no se asume el mismo y lo único que se pretende es dejar que las cosas pasen de manera normal sin hacer frente a la situación, ni comprometerse con la misma.

## 9. PLANTEAMIENTO/ PLANIFICACIÓN

Esta estrategia de afrontamiento incluye la formulación de un proceso y pasos a seguir para controlar la situación.

## 10. ACEPTACIÓN

El individuo reconoce el problema por el que está atravesando y puede actuar de manera activa o pasiva.

## 11. REEVALUACION POSITIVA

Es la manera en la que se reevalúa el problema y se aprende de él, tratando de encontrarle un nuevo sentido y una nueva solución a través del aprendizaje de la experiencia vivida.

## 12. USA EL SENTIDO DEL HUMOR

Utilizado para no pensar en el problema de forma negativa y de esta manera robarle importancia. <sup>(36)</sup>

La risa estimula nuestra afectividad positiva, favoreciendo así nuestra capacidad de ser cooperativos y limitando los pensamientos negativos. Es un reductor de ansiedad, tensión y depresión. Reduce el nivel de estrés; ya que causa una reducción de cortisol y adrenalina (hormonas del proceso de estrés). <sup>(38)</sup>

## 13. APOYO SOCIAL

Esta estrategia refiere el apoyo proporcionado por el grupo de amigos, familiares u otros, centrado en la disposición del afecto, recibir apoyo emocional e información para tolerar o enfrentar la situación problema, o las emociones generadas ante el estrés. La integración en redes sociales puede aportar beneficios directos relativos a la autoestima, experiencias de control, experiencias de afecto, desarrollo personal, empleo del sistema sanitario, y, en definitiva, mejora de la salud física y mental.

Entre las técnicas de socialización están: asistir a ambientes sociales, preguntar siempre cosas a los demás, hablar claro y alto, compartir las emociones, tanto la risa como la pena y la rabia. <sup>(37)</sup>

## 14. RELIGIÓN

El rezo y la oración se consideran como estrategias para tolerar el problema o para generar soluciones ante el mismo. La creencia en un Dios, puede influir sobre la actividad de afrontamiento, tanto en dirección como en intensidad. <sup>(37)</sup>

Estas diversas estrategias de afrontamiento que los individuos despliegan ante situaciones estresantes, pueden o no ser efectivas, esto dependerá de si dichas estrategias ayudan a resolver el problema, ya sea cambiando las condiciones ambientales o modificando la percepción de las mismas o del manejo de las respuestas emocionales. El resultado del afrontamiento (efectivo o inefectivo), tendrá un impacto importante en la vida cotidiana, de tal modo que un paciente, con HTA, experimentara cambios en diferentes esferas de su vida y dependiendo del tipo de afrontamiento podrá manejar favorable o desfavorablemente dichos cambios.

Cuando estas estrategias no son efectivas los pacientes pueden presentar un sin número de trastornos psicológicos, entre ellos los más comunes son la depresión, la ansiedad, o el estrés. <sup>(34)</sup>

## V.DISEÑO METODOLÓGICO

### **Tipo de estudio**

El diseño de la investigación fué cuantitativo, descriptivo y de corte transversal

Cuantitativo: porque los resultados se miden en forma numérica

Descriptivo: porque describe las variables en estudio dando repuesta a los objetivos de la investigación

De corte transversal: porque se estudió las variables simultáneamente haciendo un corte en el tiempo.

### **Área de estudio**

Centro de salud Perla María Norori, sector No1, con un total de 302 pacientes crónicos, de los cuales 125, son Hipertensos. Los límites de esta unidad son:

### **Límites**

Al Norte: con la Cuarta Sección

Al Sur: con el Instituto Nacional de Occidente

Al Este: con Guadalupe

Al Oeste: con la cancha del Rpto. Emir Cabeza.

### **Unidad de análisis:**

pacientes inscritos en el programa de crónicos “ Hipertensión Arterial” en el sector No 1 (Barrio Emir Cabeza, San Sebastián, Bella Vista, Chácaras) del centro de salud Perla María Norori.

### **Población de estudio**

Para la realización del estudio se tomó el 100%(125) de los pacientes censados, encontrándose sólo 100 pacientes, el cual fué la población real del estudio y que son

atendidos en el programa de crónicos (Hipertensión arterial), del centro de salud Perla María Norori, sector 1.

### **Criterios de inclusión**

1. Paciente que sea hipertenso
2. Pacientes de ambos sexos.
3. Pacientes activos al programa de crónicos del centro de salud

### **Variable de estudio**

Dependiente: Hipertensión Arterial

Independientes:

- Agencia de autocuidado
- Técnicas de afrontamiento

### **Prueba piloto**

Se realizó una prueba piloto, con el objetivo de mejorar las inconsistencias del instrumento y evitar sesgo en la información, la que fué dirigida a personas de un sector diferente a la seleccionada, para el estudio, siempre y cuando estas cumplieran con las características de la población investigarse.

### **Técnica de recolección de datos**

Para recolectar la información se utilizó, una entrevista estructurada con preguntas cerradas, para facilitar las respuestas de la población en estudio, donde se midió los aspectos socio demográfico. Además se hizo uso de 2 instrumentos validados por otros autores para obtener información de la variable agencia de autocuidado, y las técnicas de afrontamiento al estrés, lo que le dió mayor validez y confiabilidad al estudio, los pacientes con problemas de lectura y escritura se les ayudó al llenado del instrumento.

En el caso de la variable Autocuidado, se utilizó la Evaluación de Agencia de Autocuidado, desarrollada por Diana Marcela, Gloria Sepúlveda, Sandra Rodríguez; basados en el modelo teórico de Dorotea Orem. El cuestionario estuvo conformado por

17 ítems, en los cuales se midieron tres dimensiones: capacidades fundamentales (consisten en habilidades básicas del individuo como la sensación, percepción, memoria y orientación.), capacidades de poder (son capacidades específicas que se relacionan con la habilidad del individuo para comprometerse en el autocuidado, la valoración de salud, energía y conocimiento del autocuidado); y capacidad para operacionalizar (habilidades que permiten al individuo investigar sobre condiciones de sí mismo y del medio ambiente, que son significativos para su autocuidado, así como la toma de decisiones y la construcción de las acciones para lograr el manejo de su enfermedad) <sup>(19)</sup>, además cuenta con una escala de respuesta tipo Likert con 5 opciones donde 1= nunca, 2= casi nunca; 3= a veces, 4= casi siempre y 5= siempre; que determinan los rangos para evaluar el grado de capacidad de autocuidado, en donde la puntuación de 17-28 Baja, 29-56 Media, 57-85 Alta. El índice de confiabilidad del cuestionario fue medido por el alfa de Cronbach, con un valor de 0.99, el cual se considera adecuado.

Para evaluar la segunda variable se utilizó el instrumento Brief Cope Inventory originado a partir del modelo de estrés transaccional de Lazarus y Folkman estudio llevado a cabo por Vargas-Manzanares Sandra Paola, estudiante de enfermería y autorizado por la Biblioteca General de la Universidad Javeriana, dicho instrumento evaluó las siguientes formas de afrontamiento conductual, cognitivo y emocional, y el tipo de afrontamiento utilizado, ya sea activo o pasivo, en donde el activo abarca: planeamiento (14-25), reformulación positiva (12-17), humor (18-28), aceptación (20-24), apoyo emocional (5-15) , apoyo instrumental (10-12) ; en el pasivo encontramos: renuncia(6-16), auto distracción (1-19) , negación (3-8), religión (22-27), uso de sustancias (4-11), auto culpa u descarga emocional (13-26).

El tipo de respuesta es de escala Likert, en donde 1= nunca, 2= a veces, 3= casi siempre, 4=siempre. En el estudio se utilizó variables categóricas, con 3 rangos, mediante la suma de los ítems de las técnicas de afrontamiento, en donde se calculó la media y desviación estándar del grupo con el objetivo de obtener dos puntos de corte, mediante el programa de Excel y las siguientes formulas:  $+ \text{media} + 0.75x \text{ desviación estándar}$  y  $+ \text{media} - \text{desviación estándar} \times 0.75$ , resultados que nos permitió

obtener la siguiente clasificación del nivel de afrontamiento del estrés de los pacientes hipertensos en dónde; 0-56, se considera bajo, de 57- 76. Medio, y los mayores a 77 altos. El alfa de Cronbach total para el estudio validado fue de 0.97, el cual se considera adecuado.

### **Métodos de recolección de información**

Se estableció contacto con la institución de salud donde se realizó el estudio, para obtener los permisos necesarios y así aplicar el instrumento con previas direcciones brindadas, por el censo que tiene cada sector, se visitó casa a casa informando a los participantes de forma verbal y escrita la descripción de los objetivos, beneficios y su autonomía para continuar o retirarse cuando considere pertinente, así como la confiabilidad de la información recolectada.

### **Procesamiento de la información**

La información se procesó en el programa aplicativo SPSS versión 15, Microsoft Word y Excel.

### **Análisis de la información**

El análisis de la información se realizó a través, del índice de consistencia interna alfa de cronbach, los valores superiores a 0.8 son considerados aceptables, por lo que los 2 instrumento utilizados en el estudio cumplieron con los valores establecido para su confiabilidad y consistencia; para el análisis de los resultados se utilizó porcentajes por medio de frecuencia, cruce de variables, valorando la capacidad del nivel de Autocuidado en bajo, medio y alto. Además se utilizó la prueba estadística chi cuadrado para evaluar la relación entre variable. Cuando  $X^2$  es menor de 0.05, se dice que hay relación entre variables, pero cuando es mayor de 0.05 son independientes una de otra variable, en las técnicas de afrontamiento se valoró por medio de porcentaje de frecuencia el nivel de afrontamiento en bajo, medio y alto, para evaluar en qué medida están enfrentando su enfermedad.

La información será presentada a través de tablas y gráficos; para facilitar la comprensión de los resultados.

## **Aspectos éticos**

Consentimiento informado: la participación de los individuos en estudio fue totalmente voluntario, previo se hizo una breve explicación acerca de los objetivos de investigación.

Anonimato: la información brindada por el informante se utilizó con fines de estudio, por lo que es totalmente anónimo

Privacidad: la entrevista se realizó en un lugar donde el entrevistado se sintió cómodo, seguro, al momento del conversatorio.

## VI.RESULTADOS

En cuanto a los resultados del estudio en la variable **sociodemográficos** de los 100 entrevistados se observa lo siguiente:

En relación a la edad de los pacientes 9 (9 %), están entre las edades de 30-40 años, 11 (11%), entre 41-50, 24 (24%) entre 51-60 años, 30 (30%), entre 61- 70, 24 (24%) entre 71-80), 2 (2%), entre 81-90. Con respecto al sexo de los pacientes 41 (41%) corresponden al sexo masculino, 59 (59%) al sexo femenino. En cuanto a la ocupación de los pacientes 55 (55%), son ama de casa, 13 (13%) son campesinos, 17 (17%) profesionales, 8 (8%) jubilado, 7 (7%) no trabaja.

Con respecto a la escolaridad de los pacientes 18 (18%) es analfabeta, 37 (37%) alcanzo la primaria, 22 (22%) la secundaria, 23 (23%) es universitario. En relación al estado civil de los pacientes 8 (8%) es soltero, 47 (47%) casado, 45 (45%) acompañado. En cuanto al número de hijos, 32 (32%) tienen de 0-2 hijos, 61 (61%) de 3-5 hijos, 7 (7%) de 6-9 hijos. En relación al principal apoyo para cuidar la salud de los pacientes 27 (27%) cuentan con su esposo, 31 (31%) con sus hijos, 3 (3%) con sus nietos, 39 (39%) solamente contaban con ellos mismos. **(Tabla N<sup>o</sup>1)**

Con respecto a la **agencia de autocuidado de los pacientes hipertensos**

En el estudio se encontró que el 47 % (n = 47) de los pacientes presentó una capacidad de agencia de autocuidado media; tan solo el 35% (n = 35) de los pacientes tuvo una capacidad de agencia de autocuidado alta, y el restante 18 % (n = 18) pacientes presentó una capacidad de agencia de autocuidado baja **(Tabla N<sup>o</sup>2)**

En relación al IMC de los pacientes 15 (15%) se encuentran con un índice de masa adecuado, 42 (42%) están en pre obeso, 2 (2%) se encuentran obesos, 25 (25%) están en obeso tipo I, 7 (7%) obeso tipo II, 5 (5%) obeso tipo III. **(Tabla N<sup>o</sup>3)**

En cuanto a la clasificación de la capacidad de agencia de autocuidado en relación a la edad de los entrevistados. Los pacientes entre las edades de 30-40, 2 (22%) tienen una capacidad de autocuidado bajo, 5 (56%) medio, 2 (22%) alto. Entre 41-50 años 2

(18%) tienen una capacidad de autocuidado baja, 3 (27%) medio, 6 (55%) alto. Entre 51-60 años 6 (25%) tienen una capacidad de autocuidado bajo, 12 (50%) medio, 6 (25%) alto. Entre 61-70 años, 2 (7%), tienen una capacidad de agencia de autocuidado bajo, 14 (46%) medio, 14(47%) alto. Entre 71-80 años 6 (25%) tienen una capacidad de agencia de autocuidado bajo, 11 (46%) medio, 7 (29%) alto. Entre 81-90 años 2 (100%) tienen una capacidad de autocuidado medio. **(Tabla N<sup>0</sup>4)**

Con respecto clasificación de la agencia de autocuidado, en relación al sexo de los pacientes, de los 41 masculinos, 8 (19%) tienen una capacidad de autocuidado bajo, 12 (29%) medio, 21 (52%) alto, de los 59 femeninos 10 (17%) tienen una capacidad de autocuidado bajo, 35 (59%) medio, 14 (24%) alto. Con un valor de chi cuadrado de .007. **(Gráfico N<sup>0</sup>1)**

En cuanto a la clasificación de la capacidad de agencia de autocuidado, en relación a la ocupación de los pacientes, de las ama de casa, 9 (16%) tienen una capacidad de autocuidado bajo, 34 (62%) medio, 12 (22%) alto. De los campesinos 2 (15%) tienen una capacidad de autocuidado bajo, 4 (31%) medio, 7 (54%) alto. De los profesionales 4 (24%) tienen una capacidad de autocuidado bajo, 2 (12%) medio, 11 (64%) es alto. De los jubilado 3 (38%), tienen una capacidad de autocuidado bajo, 2 (25%) medio, 3 (37%) alto. De los pacientes que no trabajan 5 (71%) tiene una capacidad de autocuidado medio, 2 (29%) alto. Con un valor de chi cuadrado de .006. **(Gráfico N<sup>0</sup>2)**

En cuanto a la clasificación de agencia de autocuidado, en relación al nivel de escolaridad, de los pacientes analfabetos 33 (33%) tienen un nivel de autocuidado bajo, 45 (45%) medio, 22 (22%) alto, de los pacientes que terminaron la primaria 13 (13%) tienen un nivel de autocuidado bajo, 49 (49%) medio, 38 (38%) alto, de los pacientes que terminaron la secundaria 82 (82%) tienen un nivel de autocuidado medio, 18 (18%) alto, de los pacientes universitarios 30 (30%) tienen un nivel de autocuidado bajo, 13 (13%) medio, 57 (57%) alto. **(Gráfico N<sup>0</sup>3)**

### **Técnicas de afrontamiento del estrés de los pacientes hipertensos**

En relación al afrontamiento activo, de los 100 entrevistados; 13 (13%), nunca practican un afrontamiento activo, 36 (36%) a veces, 28 (28%) casi siempre, 23 (23%) siempre.

En cuanto al afrontamiento pasivo 31 (31%) nunca ha practicado afrontamiento pasivo, 35 (35%) a veces, 18 (18%) casi siempre, 16 (16%) siempre. **(Grafico N<sup>o</sup> 4)**

Con respecto a la clasificación del nivel de afrontamiento del estrés, en relación a la edad de los pacientes, de los 9 entre 30-40 años, 2 (22%) tienen un nivel de afrontamiento bajo, 4 (45%) medio, 3 (33%) alto, de los 11 entre 41-50 años 2 (18%) tienen un nivel de afrontamiento bajo, 8 (73%) medio, 1 (9%) alto, de los 24 entre 51-60 años 7 (29%) tienen un nivel de afrontamiento bajo, 11 (46%) medio, 6 (25%) alto, de los 30 entre 61-70 años, 2 (7%) tienen un nivel de afrontamiento bajo, 23 (76%) medio, 5 (17%) alto, de los 24 entre 71-80 años 6 (25%) tienen un nivel de afrontamiento bajo, 15 (62%) medio, 3 (13%) alto, de los 2 entre 81-90 años, 1 (50%) tienen un nivel de afrontamiento bajo, 1 (50%) alto. **(Tabla N<sup>o</sup> 5).**

En relación a la clasificación del nivel de afrontamiento del estrés, en relación a la ocupación de los pacientes, de las 55 ama de casa , 8 (15%) tienen un nivel de afrontamiento bajo, 34 (62%) medio, 13 (24%) alto, de los 13 campesinos, 2 (15%) tienen un nivel de afrontamiento bajo, 9 (69%) medio, 2 (15%) alto, de los 17 profesionales 5 (29%) tienen un nivel de afrontamiento bajo, 8 (47%) medio, 4 (23%) alto, de los 8 jubilado,3 (38%) tienen un nivel de afrontamiento bajo, 5 (62%) medio, de los 7 que no trabajan ,2 (29%) tienen un nivel de afrontamiento bajo, 5 (71%) medio. **(Tabla N<sup>o</sup> 6).**

En cuanto a la clasificación del nivel de afrontamiento del estrés en relación al estado civil de los pacientes, de los 8 solteros, 6 (75%), tienen un nivel de afrontamiento medio, 2 (25%) alto, de los 47 casados ,12 (25%) tienen un nivel de afrontamiento bajo, 23 (50%) medio, 12 (25%) alto, de los 45 acompañados, 8 (18%), tienen un nivel de afrontamiento bajo, 32 (71%) medio, 5 (11%) alto. **(Tabla N<sup>o</sup> 7).**

Con respecto a la reformulación positiva, de los 100 entrevistados; 10 (10%), tratan de ser positivas, 39 (39%) a veces, 31 (31%) casi siempre, 20 (20%) siempre. Además 15 (15%) nunca busca algo bueno o positivo de la situación, 33 (33%) a veces, 30 (30%) casi siempre, 22 (22%) siempre. **(Grafico N<sup>o</sup> 5)**

En cuanto a la frecuencia con que es aceptada la enfermedad por los pacientes, 10 (10%) nunca aceptan esta situación como una realidad de la vida, 22 (22%) a veces, 45 (45%) casi siempre, 23 (23%) siempre, en cambio en el ítems aprendo a vivir con el diagnostico de HTA 8 (8%) nunca han aprendido, 40 (40%) a veces, 31 (31%) casi siempre, 22 (22%) siempre. **(Grafico N<sup>o</sup> 6)**

En relación a la búsqueda y aceptación de apoyo emocional, de los 100 entrevistados; 12 (12%) nunca han buscado apoyo, 27 (27%) a veces, 39 (39%) casi siempre, 22 (22%) siempre, en comparación al ítems recibo y acepto el apoyo de alguien 11 (11%) nunca han recibido y aceptado apoyo, 26 (26%) a veces, 29 (29%) casi siempre, 34 (34%) siempre. **(Grafico N<sup>o</sup> 7)**

Con respecto al consumo de sustancias psicoactivas según el sexo de los pacientes; en los varones 44 (44%) nunca han consumido de estas sustancias, 42 (42%) a veces, 10 (10%) casi siempre, 4 (4%) siempre, en cambio en las mujeres 60 (60%) nunca hacen algo, 30 (30%) a veces, 8 (8%) casi siempre, 2 (2%) siempre. **(Grafico N<sup>o</sup> 8)**

En cuanto a la forma de distracción que tienen los pacientes hipertensos para afrontar la enfermedad, 11 (11%) nunca se han dedicado a alguna actividad, 35 (35%) a veces, 24 (24%) casi siempre, 30 (30%) siempre, en comparación con en el ítems hago algo para pensar menos en la situación; 12 (12%) nunca lo hacen; 29 (29%) a veces, 39 (39%) casi siempre, 34 (34%) siempre. **(Grafico N<sup>o</sup> 9)**

En relación a si los pacientes renuncian al manejo de la enfermedad, 41 (41%) nunca se dan por vencidos, 42 (42%) a veces, 16 (16%) casi siempre, 1 (1%) siempre, en comparación con el ítems admito que no puedo con la situación de HTA 38 (38%) nunca lo admiten, 52 (52%) a veces, 7 (7%) casi siempre, 3 (3%) siempre. **(Grafico N<sup>o</sup> 10)**

## VII.DISCUSION

En relación a la variable datos demográficos de la población en estudio se observa que predominó el grupo de edades entre 61-70 años, en donde la mayoría era del sexo femenino. En cuanto a la ocupación se observa que gran parte de la población en estudio es ama de casa, en relación a la escolaridad la mayoría de los entrevistados llega a la primaria. En la muestra, en general, predominó el estado civil casado, de los cuales la mayoría tiene de 3-5 hijos, en donde el mismo paciente es la principal red de apoyo para su propio cuidado.

Según Álvarez Luz (2012); la agencia de autocuidado es la práctica constante de ocuparse de sí y cuidar de sí mismo, esto no solo se refiere de una actitud de autoconciencia, si no que va más allá, pretende el autoconocimiento y empoderamiento del individuo sobre su salud y de sí mismo. Además Sánchez Ana (200) menciona que esta se presenta como un conjunto de decisiones, acciones y estrategias que asume una persona para mantener y mejorar su estado de salud, para prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de la enfermedad.

Se considera que la mayoría de los entrevistados se encuentran en un grupo de edad avanzada, los cuales cuentan con un nivel académico relativamente bajo e incluso no cuentan con un apoyo familiar para cuidar de su salud, por lo que probablemente no cuentan con la suficiente habilidad para ocuparse de sí mismo en el curso de la vida diaria.

### **I. Agencia de autocuidado de los pacientes relacionado a la hipertensión arterial**

En cuanto a la agencia de autocuidado de los pacientes hipertensos se obtuvo que:

La mayoría de los entrevistados tienen una capacidad de autocuidado media. Para esto Alba Fernández (2009), menciona que la agencia de autocuidado es la capacidad que poseen las personas de cuidar de sí mismos con el fin de mantener la buena salud y bienestar; lo que probablemente significa que la población en estudio logran reflexionar sobre las correctas medidas de autocuidado, pero no llevan a la práctica sus conocimientos; lo cual demuestra que el paciente con hipertensión arterial posee

algunas habilidades que le permiten analizar acerca de los factores que favorecen su salud; pero no han logrado alcanzar un compromiso permanente al cumplimiento del tratamiento terapéutico y no terapéutico.

Con respecto al IMC de los pacientes, se encontró que predominaron los pre obeso. Según Álvarez Luz (2012); la agencia de autocuidado es la práctica constante de ocuparse de sí misma y cuidar de sí mismo, esto no solo se refiere de una actitud de auto cuidarse, si no que va más allá, pretende el autoconocimiento y empoderamiento del individuo sobre su salud y de sí mismo. Además Ana Sánchez (2000) menciona que la agencia de autocuidado se presenta como un conjunto de decisiones, acciones y estrategias que asume una persona para mantener y mejorar su estado de salud, para prevenir, diagnosticar y atenuar el impacto negativo de la enfermedad. Según la OMS (2008), el IMC es una medida de asociación entre el peso y la talla del individuo.

Según los datos encontrados en nuestro estudio los pacientes hipertensos no llevan a la práctica actividades que les ayude a mantener un peso adecuado; como por ejemplo: realizar camitas diarias de 30 minutos, sin embargo hay que tomar en cuenta que la mayoría de estos pacientes son de edad avanzada, y además la mayoría de las población son del sexo femenino y amas de casa, dedicadas al cuidado del hogar, hijos y nietos.

En cuanto a la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la edad de los pacientes se encontró que en la capacidad de agencia de autocuidado BAJO predominó el grupo etario de 51-60 años, sin embargo en la clasificación MEDIO y ALTO el grupo etario que obtuvo mayor prevalencia fue el 61-70 años. Según Cruz Carine (2011), la agencia de autocuidado está influenciada, tanto por las características internas, como la edad, estado civil, así como por numerosos factores externos, como la cultura y sus recursos.

Posiblemente las experiencias y los conocimientos juegan un papel importante en esta relación, ya que los pacientes en este grupo etario probablemente han desarrollado una estructura de agencia de autocuidado en base al cuidado continuo y efectivo ejecutado a lo largo de su vida. El valor de ji cuadrado para este aspecto reporto; >

0.05; por lo tanto concluimos que hay independencia entre la agencia de autocuidado y la edad de los pacientes; resultados que indican que no importa la edad de los pacientes para obtener un adecuado autocuidado, ya que la disposición y la habilidad de los individuos para ejecutar acciones en pro de su salud, es la base para obtener una adecuada agencia de autocuidado.

Con respecto a la relación entre la capacidad de agencia de autocuidado, y el sexo de los pacientes, se encontró que en la clasificación de capacidad de autocuidado BAJO y MEDIO predominó el sexo femenino (siendo la mayoría de la población); sin embargo el sexo masculino obtuvo mayor prevalencia en la capacidad de autocuidado alto. Según la encuesta multinacional de Diabetes e Hipertensión (2007), en Nicaragua la prevalencia de hipertensión es de un 25%, siendo el sexo femenino el de mayor afectación con 28.8% y con mayor porcentaje de diagnosticados en mayores de 65 años. Los datos del estudio reflejan que el sexo masculino tiene mayor habilidad de autocuidarse que el sexo femenino, valor que confirma el ji cuadrado ya que para este aspecto reportó 0.007, por lo tanto se observa que existe relación entre el sexo de los pacientes y la capacidad de agencia de autocuidado, lo que probablemente signifique que las mujeres, muchas veces tienen mayores obligaciones en el hogar y velan por la salud de los demás dejando para después su estado de salud.

En cuanto a la clasificación de la capacidad de agencia de autocuidado en relación a la ocupación de los pacientes, se encontró que los profesionales tienen una mayor capacidad de autocuidado, seguido en un menor porcentaje los campesinos. Según Cruz Carine (2011) la agencia de autocuidado debe examinarse en relación a las capacidades del individuo lo que incluye un repertorio de habilidades y la clase de conocimientos que tienen y usan para ocuparse de un rango de conductas específicas. Además el control de la hipertensión arterial, está determinada por diferentes aspectos, como por ejemplo: el tiempo que el paciente tiene para su propio cuidado, la respuesta del paciente ante un nuevo cambio en su estilo de vida y las capacidades que este tiene para ocuparse de su autocuidado.

Posiblemente los profesionales cuentan con un mayor nivel de conocimientos y se encuentran preparados para afrontar y manejar de forma adecuada los nuevos cambios

en su estilo de vida, sin embargo la mayoría de los campesinos logran ejercer un correcto autocuidado, lo que probablemente significa que a pesar de no contar con estudios profesionales tiene la disposición de ejercer actividades en pro de su salud; lo que se relaciona con la teoría ya que el individuo debe tener un repertorio de habilidades y una clase de conocimiento para lograr una adecuada agencia de autocuidado, ejemplo que observamos en nuestro estudio; ya que los profesionales cuentan con el conocimiento y los campesinos con la disposición de aprender a cuidar su salud. El valor de ji cuadrado para este aspecto reporto 0.006. Por lo tanto concluimos que existe relación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la ocupación de los pacientes.

En la relación entre la clasificación de la capacidad de agencia de autocuidado y el nivel de escolaridad de los pacientes, se encontró que en la clasificación de autocuidado alto predominaron los universitarios. Según Alba Fernández (2009); la agencia de autocuidado es la capacidad que poseen las personas a cuidar de sí mismos, la cual presenta variaciones según los ciclos vitales de los individuos, el estado de salud, el nivel académico y las experiencias de vida.

En nuestro estudio los universitarios tienen una mayor agencia de autocuidado probablemente cuentan con un mayor nivel de conocimientos y con la disposición de actuar correctamente en función de la mejora de su salud. El valor de ji cuadrado para este aspecto reporto  $< 0.05$ . Por lo tanto concluimos que existe relación entre capacidad de agencia de autocuidado y el nivel de escolaridad de los pacientes.

## **II. Técnicas de afrontamiento del estrés de los pacientes hipertensos**

Con respecto a las técnicas de afrontamiento del estrés de los pacientes hipertensos, se obtuvo que:

La mayoría de los pacientes a veces tienen un afrontamiento activo y pasivo. Según Gómez Patricia (2008) existen 2 afrontamientos: pasivo y activo; el pasivo hace referencia a las formas de evitación o escape ante las situaciones que se están presentando e implica falta de compromiso con la situación problemática, por ejemplo se mantienen alejadas de otras personas, se culpan por sus problemas, etc. y el afrontamiento activo; son aquellos esfuerzos realizados para hacer frente al problema de forma directa y comprende actividades particularmente dirigidas a la modificación o minimización del impacto negativo o búsqueda de un significado del suceso de tal manera que resulte menos desagradable. Por ejemplo: asistir con mayor frecuencia a actos religiosos, lo que probablemente significa que los pacientes hipertensos tratan de afrontar los problemas que conlleva su enfermedad, tanto de manera activa como pasiva, intentando manejar de manera adecuada el estrés.

En relación a la clasificación del nivel de afrontamiento del estrés y la edad de los pacientes; se obtuvo que los pacientes entre las edades de 30-40 años son los que tienen un alto nivel de afrontamiento del estrés. Según Casco Karen (2009) y Hernández Juliana (2008); la manera de afrontar y vivir las diferentes situaciones estresantes va a ser diferente para cada paciente, dependiendo principalmente de los recursos disponibles y de las limitaciones que puedan dificultar el uso de dichos recursos. Será que este grupo etario cuenta con un mayor apoyo de familiares o cuentan con un alto autoestima, que le permiten solucionar de manera adecuada las amenazas de la vida diaria y lograr una adaptación ante los cambios que trae el diagnóstico de Hipertensión arterial.

Con respecto a la clasificación del nivel de afrontamiento del estrés y la ocupación de los pacientes, se obtuvo que tanto en el nivel de afrontamiento alto predominaron las amas de casa; seguido de los profesionales. Según Casco Karen (2009) y Hernández Juliana (2008); los pacientes hipertensos ponen en marcha técnicas de afrontamiento para hacer frente a situaciones estresantes de manera que origine el menor impacto

posible en su salud psico-física, ya que a medida que avanza la enfermedad, los síntomas cobran más importancia y supone una amenaza para la salud cardiovascular del paciente. Datos que probablemente se relacionara al acceso que tienen las ama de casa para dedicarse a actividades de distracción; que le permite evaluar los efectos negativos del estrés ante su enfermedad y a la vez analizar los pasos adecuados para disminuirlos.

En cuanto a la relación de la clasificación del nivel de afrontamiento del estrés y el estado civil de los pacientes; en el nivel de afrontamiento alto predominan tanto los casados como los solteros. Según Sandra Vargas (2009); el apoyo social refiere el apoyo proporcionado por el grupo de amigos, familiares u otros, centrado en la disposición del afecto, recibir apoyo emocional e información para tolerar o enfrentar la situación problema, o las emociones generadas ante el estrés. Lo relevante de esta relación radica en la importancia del apoyo social en dicho proceso que se puede expresar en muchos sentidos como apoyo emocional; apoyo informativo e incluso apoyo material o instrumental brindado por las diferentes personas que rodean a la paciente y que busca ofrecerle estabilidad o equilibrio para afrontar el estrés.

### **En cuanto a los ítems de afrontamiento activo**

En relación a la reformulación positiva, la mayoría de los pacientes a veces ponen en práctica este aspecto. Según González David (2011); la reformulación positiva es la manera en la que se reevalúa el problema y se aprende de él, tratando de encontrarle un nuevo sentido y una nueva solución a través del aprendizaje de la experiencia vivida. Resultados que probablemente indican que los pacientes hipertensos a veces analizan el problema intentando solucionar de forma positiva las situaciones estresantes, a través de su conocimiento científico o empírico; aspecto algo negativo para afrontar de manera adecuada las situaciones estresantes; ya que la mayoría de los pacientes no evalúan los aspectos negativos que conlleva el diagnóstico de hipertensión arterial en su vida como positivos.

Con respecto a si el paciente acepta la enfermedad, la mayoría de los entrevistados casi siempre aceptan la situación como una realidad de la vida, sin embargo un

porcentaje considerable a veces aprenden a vivir con el diagnóstico de HTA. Según Gómez Patricia (2008), la aceptación es cuando el individuo reconoce el problema por el que está atravesando y puede actuar de manera activa o pasiva. Datos que probablemente indican que los entrevistados no han aceptado esta patología como parte de su vida, lo que disminuye las capacidades del individuo a solucionar factores estresantes para así obtener paz, alivio o tranquilidad y así obtener una mejor calidad de vida.

En relación a la búsqueda y aceptación de apoyo emocional, la mayoría de los pacientes casi siempre buscan apoyo emocional y un porcentaje considerable siempre reciben y aceptan el apoyo de alguien. Según Vargas Sandra (2009), la integración de redes sociales puede aportar beneficios de afecto, desarrollo personal, autoestima, experiencias de control, experiencias de afecto, desarrollo personal y en definitiva mejora de la salud física y mental. Aspectos que indican que probablemente los pacientes cuentan con un hombro que los apoya en momentos difíciles, dándoles aliento para seguir adelante y vencer los obstáculos que originan un nuevo cambio de vida, con el objetivo de disminuir las complicaciones de la Hipertensión arterial.

### **Con respecto a los ítems de afrontamiento pasivo**

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas, la mayoría de los pacientes nunca han hecho uso de este tipo de sustancias. Según Gómez Patricia (2008); los pacientes intentan olvidar, resolver o apartar el problema mediante el uso de drogas o consumo de alcohol. Datos que posiblemente indican que los pacientes en estudio no utilizan ningún tipo de sustancias para olvidar los problemas de la vida cotidiana, aspecto positivo en relación al autocuidado de los pacientes ya que este tipo de sustancias suelen alterar los valores normales de la presión arterial.

En relación a la autodestrucción, la mayoría de los pacientes a veces se dedican a alguna tarea para distraerse, sin embargo un porcentaje considerable casi siempre hacen algo para pensar menos en la situación. Según Vargas Sandra (2009), a través de esta estrategia se busca neutralizar los pensamientos negativos, por medio de la distracción y la actividad, evitando pensar en el problema mediante el uso de

pensamientos distractores. A través los resultados obtenidos en el estudio, se demuestra que probablemente los pacientes hipertensos se dedican a actividades de distracción; como por ejemplo: ver televisión, escuchar la radio, ir a misa, platicar con sus hijos o nietos; lo que contribuye a afrontar de manera pasiva las situaciones estresantes, contribuyendo a disminuir el impacto negativo de la enfermedad.

Con respecto al abandono o renuncia, de los 100 entrevistados la mayoría de los pacientes a veces se dan por vencidos y admiten que no pueden con la situación. Según Gómez Patricia (2008), la renuncia se da cuando la persona no se hace parte del problema, no se asume el mismo y lo único que se pretende es dejar que las cosas pasen de manera normal sin hacer frente a la situación, ni comprometerse con la misma. Dato curioso ya que a pesar que los pacientes cuentan con el apoyo emocional de algún familiar, estos se dan por vencidos ante los problemas relacionados a la patología y deciden dejarlo pasar y no luchar para lograr vencer los obstáculos de la vida, aspecto preocupante ante el manejo terapéutico de la enfermedad ya que si el paciente renuncia al cumplimiento del tratamiento pone en riesgo su propia vida.

## VIII.CONCLUSIÓN

Al finalizar el estudio, se llegó a la conclusión que:

1. La mayoría de los pacientes se encuentran entre el grupo de edades de 51-60 años, de los cuales predominó el sexo femenino, de estas la mayoría logró culminar la primaria, prevaleciendo los casados, siendo su principal apoyo para cuidar su salud ellos mismos.
2. La mayoría de los pacientes hipertensos, posee una capacidad de agencia de autocuidado media.
3. La mayoría de los pacientes practican tanto afrontamiento activo como pasivo, y las amas de casa tienen mayor afrontamiento del estrés.

## **IX.RECOMENDACIONES**

### **A la directora del centro de salud:**

Capacitar al personal de enfermería en técnicas y teoría básica sobre afrontamiento del estrés en pacientes crónicos (hipertensión arterial).

Monitorear al personal de enfermería con el objetivo de identificar el tipo de consejería personalizada brindada a cada paciente inscrito en el programa de crónicos.

### **Al personal de enfermería:**

Capacitar al paciente, con el objetivo de mejorar la calidad de autocuidado y afrontamiento del estrés

## X. BIBLIOGRAFIA

1. Cruz Carine. Asociación de los factores básicos condicionantes del autocuidado y la capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial que asisten a consulta externa del hospital universitario la samaritana. [En línea]. 2011. [Fecha de acceso 27 06 2012]. URL disponible: <http://www.bdigital.unal.edu.com>
2. Armas de Hernández, Mario José Red de Revistas Científicas de América Latina Caracas, Venezuela; vol. 1. [En línea]. 2006 [fecha de acceso 27 de junio de 2012]. URL disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf>.
3. Arguello Marco. Hipertensión, principal causa de muerte en Nicaragua [en línea]. 2011. [fecha de acceso 9 de junio de 2012]. URL disponible: [http://www.elnuevodiario.com.ni/contactoend/105560\\_](http://www.elnuevodiario.com.ni/contactoend/105560_)
4. Garita García Orlando Juan. El nuevo diario marzo. [en línea]. 2004. [fecha de acceso 9- de junio del 2012]. URL disponible: <http://archivo.elnuevodiario.com.ni>
5. León Gomero Oscar Alberto. Análisis de la hipertensión arterial. [en línea]. 2006. [Fecha de acceso 2 de junio de 2012]. URL disponible: <http://www.monografias.com>
6. Clínica santa maría. Cardiología. [en línea]. 2010. [Fecha de acceso 9 de junio 2012]. URL disponible: <http://www.clinicasantamaria.cl/cardiologia/descripcion.htm>.
7. Rojas Ramos Odnamar José. Hipertensión arterial prevalencia y factores de Riesgo. Hospital universitario "Ruíz y Páez". Ciudad Bolívar. [en línea]. 2007. [fecha de acceso 8 de agosto 2012]. URL disponible: <http://ri.biblioteca.udo.edu.ve>

8. Sellen Crombet, Joaquín. Hipertensión arterial: diagnóstico, tratamiento y control. [en línea] Cuba: Editorial Universitaria, 2007. [fecha de acceso 3 de junio de 2012]. URL disponible: <http://www.librosabiertos.org/bitstream>.
9. Régulo Agustí Epidemiología de la hipertensión arterial en el Perú. [en línea] 2006. Fecha de acceso [3 de junio 2012]. URL disponible: <http://www.scielo.org.pe/pdf>.
10. Cortez Jerónimo. Epidemiología de la hipertensión arterial en la ciudad de Córdoba, argentina. [en línea]. 2005. [Fecha de acceso 9 de junio de 2012]. URL disponible: <http://www.fac.org.ar/revista/99v28n1/nigro/nigro.htm>.
11. Encuesta Multinacional de Diabetes e Hipertensión y sus factores de riesgo [diapositiva]. Managua, Nicaragua, CAMDI 2007. 20 diapositivas. URL disponible: [www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/nic-consulta-07-encuesta.ppt](http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/nic-consulta-07-encuesta.ppt)
12. Salmerón Jirón Dulce María. Conocimiento y práctica de estilos de vida que inciden en el autocuidado de pacientes hipertensos del centro de salud Perla María Norori. [Tesis para optar al título de Lic. Enfermería]. León. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua: UNAN LEON. 2010.
13. Martínez Fernández. Revista de Enfermería. Albacete. Nº 15. Abril, [en línea]. 2002. [Fecha de acceso 28 04 2012]. URL disponible en <http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista.htm>.
14. Fernández Alba. Agencia de autocuidado. [en línea] 2009. [Fecha de acceso 30 de abril de 2012]. URL disponible: <http://www.histosaluduptc.org/ojs-2.2.2/in>
15. Miranda Anthony. Estilos y Estrategias de afrontamiento en adolescentes. [en línea] 2006. [Fecha de acceso 20 de abril del 2012]. URL disponible: <http://www.hhv.gob.pe/revista/2006/.pdf>.

16. Álvarez Luz. Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá, Colombia. [en línea]. 2012. [Fecha de acceso 2 de julio de 2012]. URL disponible: <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v8n3/v8n3a09.pdf>.
17. Sánchez Ana. Manual de prevención y autocuidado para las personas adultas mayores. 2000. [Fecha de acceso 4 de julio 2012]. URL disponible: [http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/prev\\_autocuidado\\_adultos.pdf](http://www.sideso.df.gob.mx/documentos/prev_autocuidado_adultos.pdf)
18. Navarro Peña. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. [En línea]. Chile. 2010. [fecha de acceso 2 de julio de 2012]. URL disponible: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n19/clinica3.pdf>
19. Espinoza Victoria. Capacidad de Agencia de Autocuidado de las personas portadoras de VIH/ SIDA, en una fundación de Bogotá en el periodo comprendido entre Agosto a Noviembre. [En línea]. 2008. [Fecha de acceso 5 de julio de 2012]. URL disponible: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis12.pdf>
20. Suddarth Brunner. Enfermería Médico Quirúrgico. Mc Graw- Hill. Interamericana. 2005
21. Restrepo Jorge. Cardiología, 6<sup>a</sup> edición. Editorial Manufactured in Colombia. 2002.
22. Harrison. Tinsley. Principios de medicina interna 16<sup>a</sup> edición. Editorial: Alejandro Bravo Valdez. 2006
23. Tylenol. Cómo dormir bien para tener buena salud. [En línea]. 2009. [Fecha de acceso 9 de Mayo del 2012]. URL disponible: <http://www.tylenolprofessional.com>
24. Innata. Hipertensión y alcohol. [en línea]. 2012 [fecha de acceso 9 de Mayo de 2012]. URL disponible: <http://remedios.innatia.com/html>

25. García Adriana. Guía para el público lo que todos debemos saber sobre hipertensión arterial. [en línea]. 2005. [Fecha de acceso 2 de julio 2012]. URL disponible: <http://www.cardiosalud.org/.pdf>
26. Martínez Daniel. Dieta para la Hipertensión. [en línea]. 2012. [Fecha de acceso 24 de Mayo 2012]. URL disponible: <http://www.botanical-online.com/.htm>
27. OMS. Tabla de IMC [En línea]. 2008. [Fecha de acceso 7 de mayo 2012]. URL disponible: <http://www.colegioaltamira.cl/tabla-de-imc-segun-la-oms>
28. García Azucena. La sal y su consumo. [En línea]. 2010. [Fecha de acceso 5 de Mayo 2012]. URL disponible: <Http://www.consumer.es/web/es/alimentacion/Page=3>
29. Obando Carmen. Conocimiento, actitudes que tiene los pacientes hipertensos en relación al autocuidado, que asisten al centro de Salud Dr. Roberto Cortes. Chinandega, Agosto- Noviembre. 2007. [Monografía para optar al título de Lic. En Ciencias de Enfermería]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua- UNAN-LEON. 2007.
30. Caire Víctor. Psicoestimulantes y Alucinógenos. [En línea]. 2008. Fecha de acceso [30 de junio 2012]. URL disponible: <http://www.med.ufro.cl/Recursos/.pdf>
31. Tagliafico Gabriel. El Aparato Circulatorio en relación al Consumo de Cafeína. [En línea]. 2008. Fecha de acceso [30 de junio de 2012]. URL disponible: <http://www.monografias.com/.pdf>

32. Méndez Rafael. Manual de hipertensión Arterial. En la práctica clínica de atención primaria. [en línea]. 2006. Fecha de acceso [12 de junio 2012]. URL disponible: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTCardioHTA/20091.pdf>
33. Ministerio de salud. Formulario nacional de medicamentos. 6<sup>a</sup> edición. Empresa de Insumos no médicos. 2005.
34. Casco Karen y Jeans María. Estrategias de afrontamiento y nivel de depresión en los pacientes con Cáncer de mama del Hospital Escuela Dr. Oscar Danilo Rosales. [Tesis para optar al título de Licenciada en Psicología]. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN- León. Enero- Octubre 2009.
35. Hernández Suárez Juliana. Diferencias en las estrategias de Afrontamiento de acuerdo a variables Sociodemográficas y el tiempo de Diagnóstico en pacientes hipertensos Del centro médico corpas Niza. [en línea]. 2008. [fecha de acceso 15 de abril de 2012]. URL disponible: [http://www.usbbog.edu.com/Nuestra\\_Universidad.pdf](http://www.usbbog.edu.com/Nuestra_Universidad.pdf)
36. Gómez Patricia. Diferencias en las estrategias de Afrontamiento de acuerdo a variables Sociodemográficas y el tiempo de Diagnóstico en pacientes hipertenso Del centro médico corpas Niza. [En línea]. 2008. [Fecha de acceso 16 de Mayo 2012]. URL disponible: [132.248.9.1:8991/hevila/.../2008/vol2/no1/6.pdf](http://132.248.9.1:8991/hevila/.../2008/vol2/no1/6.pdf)
37. Vargas Sandra. Confiabilidad del instrumento Brief cope Inventory en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. Bogotá. Colombia. [En línea]. 2009. [Fecha de acceso 16 de Mayo de 2012]. URL disponible: <http://www.javeriana.edu.com/tesis11.pdf>
38. Gonzales David. Boletín calidad de vida. Reír y sonreír. [En línea]. 2011. [Fecha de acceso 29 05 2012]. URL disponible: <http://notimonserrate.files.wordpress.com/pdf>

# **XI.ANEXOS**

## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

**Tabla. N° 1**

**Descripción de variables sociodemográficas en los pacientes con hipertensión arterial**

<b>Edad</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
30 – 40	9	9
41 – 50	11	11
51 – 60	24	24
61 – 70	30	30
71 – 80	24	24
81 – 90	2	2
Total	100	100
<b>Sexo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Masculino	41	41
Femenino	59	59
Total	100	100
<b>Ocupación</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ama de casa	55	55
Campesino	13	13
Profesional	17	17
Jubilado	8	8
No trabaja	7	7
Total	100	100
<b>Escolaridad</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Analfabeta	18	18
Primaria	37	37
Secundaria	22	22
Universitario	23	23
Total	100	100

Fuente: entrevista

**Continuación de la variable sociodemográfica**

<b>Estado Civil</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Soltero	8	8
Casado	47	47
Acompañado	45	45
Total	100	100
<b>Número de hijos</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
0-2	32	32
3-5	61	61
6-9	7	7
Total	100	100
<b>Principal apoyo para cuidar su salud</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Esposo	27	27
Hijos	31	31
Nieto	3	3
Usted	39	39
Total	100	100

Fuente: entrevista

## AGENCIA DE AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

**Tabla. N° 2**

### Clasificación de la Capacidad de Agencia de Autocuidado

Clasificación	n	%
Bajo	18	18
Medio	47	47
Alto	35	35
Total	100	100

Fuente: entrevista

**Tabla. N° 3**

### IMC de los pacientes hipertensos

IMC	n	%
Normal 18.5 - 24.99	15	15
Sobre peso > 25	4	4
Pre obeso 25 - 29.99	42	42
Obeso >30	2	2
Obeso tipo I 30 - 34.99	25	25
Obeso tipo II 35 - 39.99	7	7
Obeso tipo III > 40	5	5
Total	100	100

Fuente: entrevista

**Tabla. N° 4**

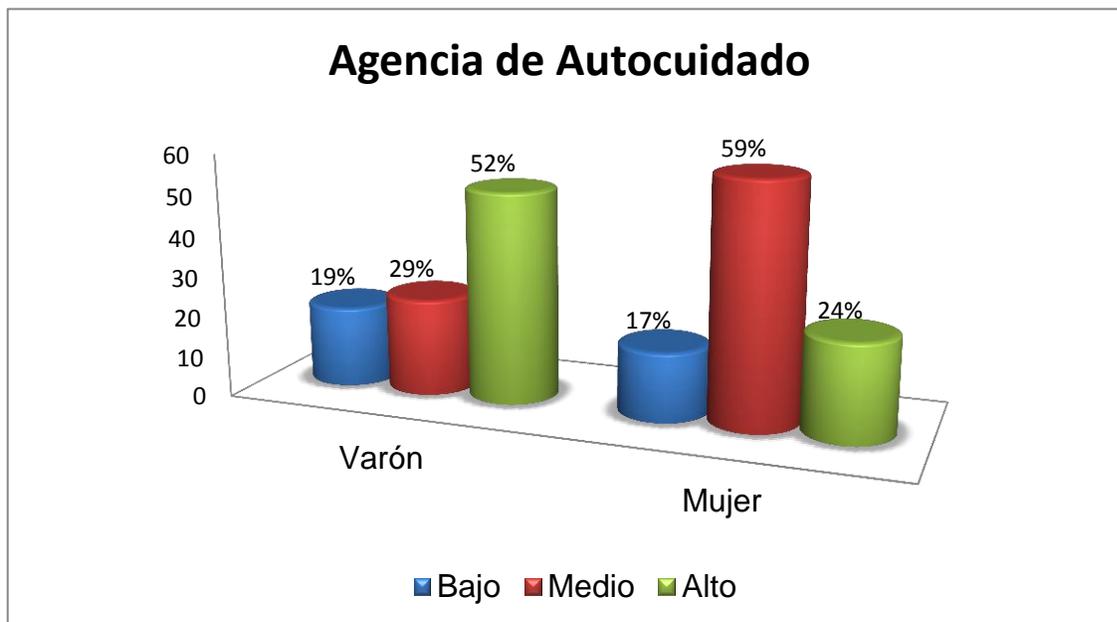
**Edad relacionada a la Capacidad de Agencia de Autocuidado en los pacientes hipertensos.**

Edad	Capacidad de agencia de autocuidado								Chi (p,valor)
	Bajo		Medio		Alto		Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
30 - 40	2	22	5	56	2	22	9	9	> 0.05
41 - 50	2	18	3	27	6	55	11	11	
51 - 60	6	25	12	50	6	25	24	24	
61 - 70	2	7	14	46	14	47	30	30	
71 - 80	6	25	11	46	7	29	24	24	
81 - 90	0	.0	2	100	0	.0	2	2	
Total	18	18	47	47	35	35	100	100	

Fuente: entrevista

**Gráfico. N° 1**

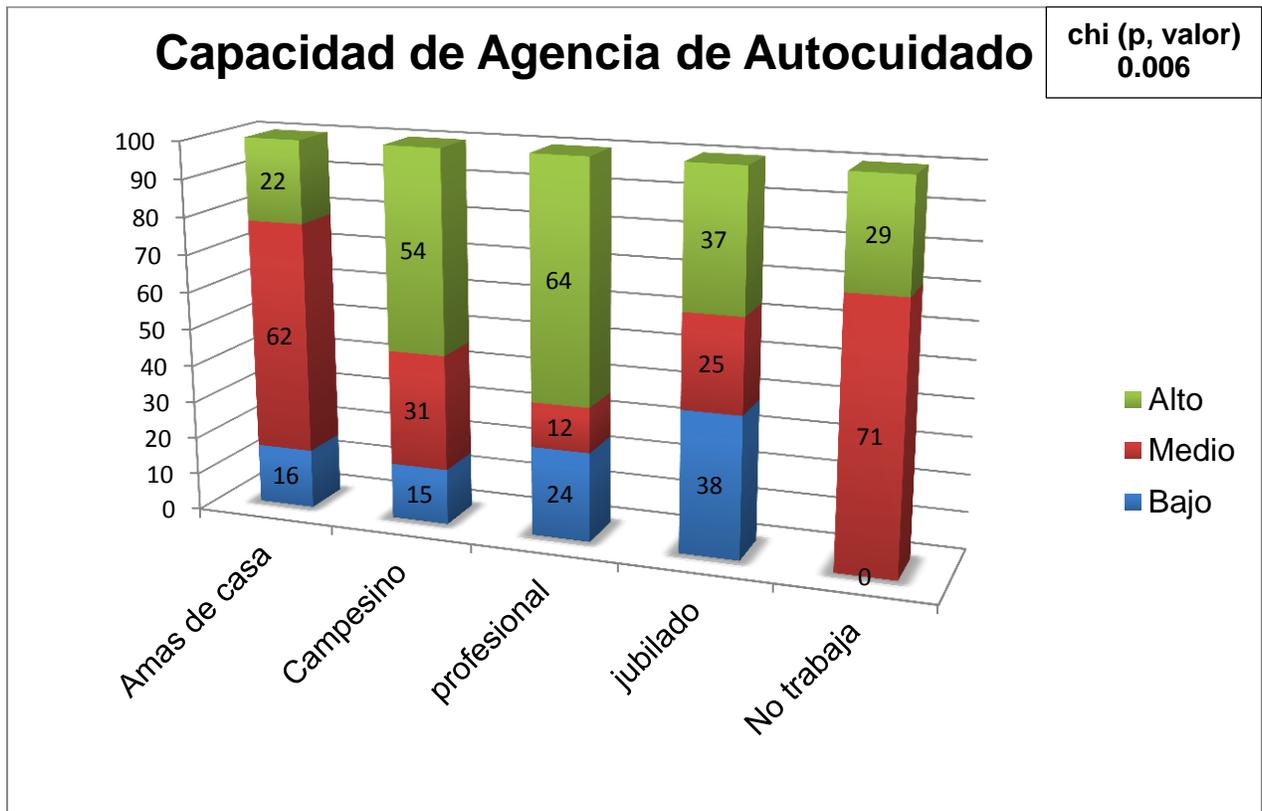
**Niveles de Autocuidado según el sexo de los pacientes con hipertensión**



Fuente: entrevista

Gráfico. N° 2

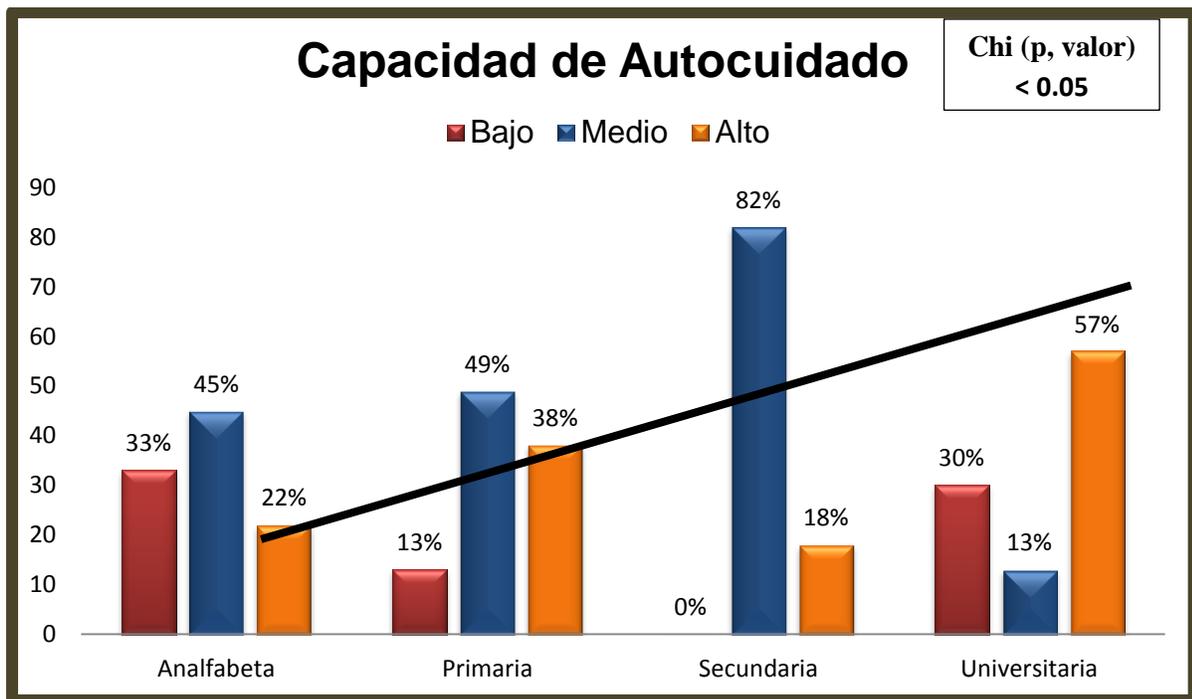
Ocupación en relación a la Capacidad de Agencia de Autocuidado de los pacientes Hipertensos



Fuente: entrevista

Gráfico. N° 3

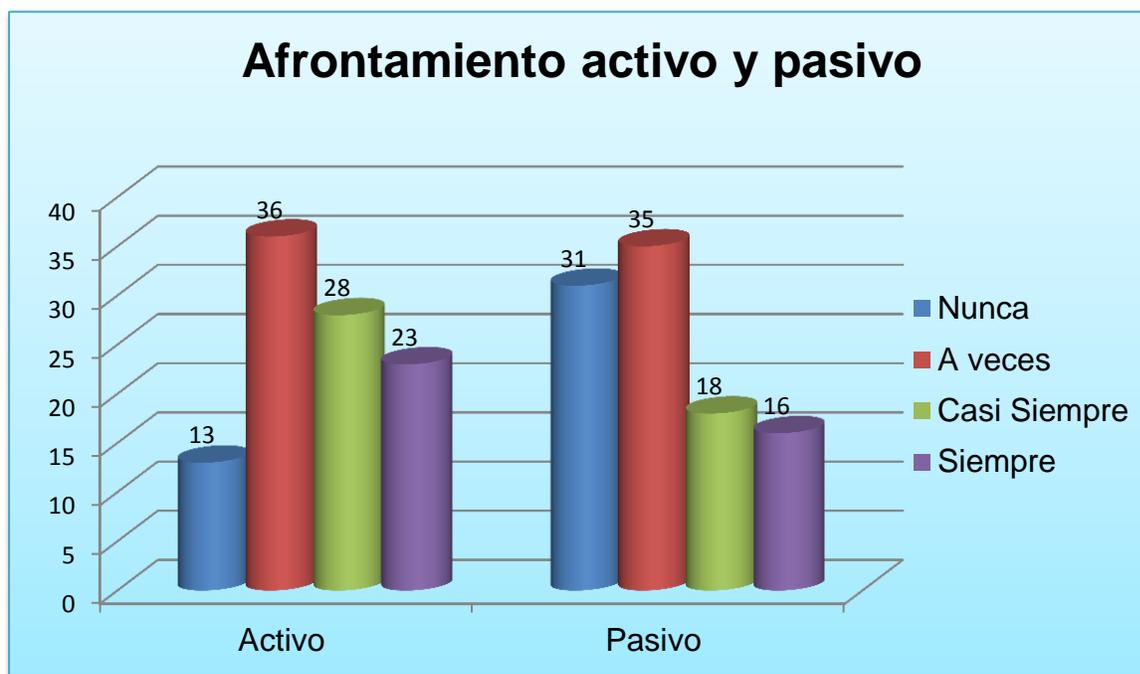
Niveles de Autocuidado según la escolaridad de los pacientes con hipertensión



Fuente: entrevista

## TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Gráfico. N° 4



Fuente: entrevista

Tabla. N° 5

**Edad relacionada al nivel de afrontamiento del estrés de los pacientes hipertensos**

Edad	Clasificación del nivel de afrontamiento del estrés							
	Bajo		Medio		Alto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
30 - 40	2	22	4	45	3	33	9	9
41 - 50	2	18	8	73	1	9	11	11
51 - 60	7	29	11	46	6	25	24	24
61 - 70	2	7	23	76	5	17	30	30
71 - 80	6	25	15	62	3	13	24	24
81 - 90	1	50	0	.0	1	50	2	2
Total	20	20	61	61	19	19	100	100

Fuente: entrevista

**Tabla. N° 6**

**Ocupación con el nivel de afrontamiento del estrés de los pacientes hipertensos.**

<b>Ocupación</b>	<b>Clasificación del nivel de afrontamiento del estrés</b>							
	<b>Bajo</b>		<b>Medio</b>		<b>Alto</b>		<b>Total</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Ama de casa	8	15	34	62	13	24	55	55
Campesino	2	15	9	69	2	15	13	13
Profesional	5	29	8	47	4	23	17	17
Jubilado	3	38	5	62	0	.0	8	8
No trabaja	2	29	5	71	0	.0	7	7
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>61</b>	<b>61</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: entrevista

**Tabla. N° 7**

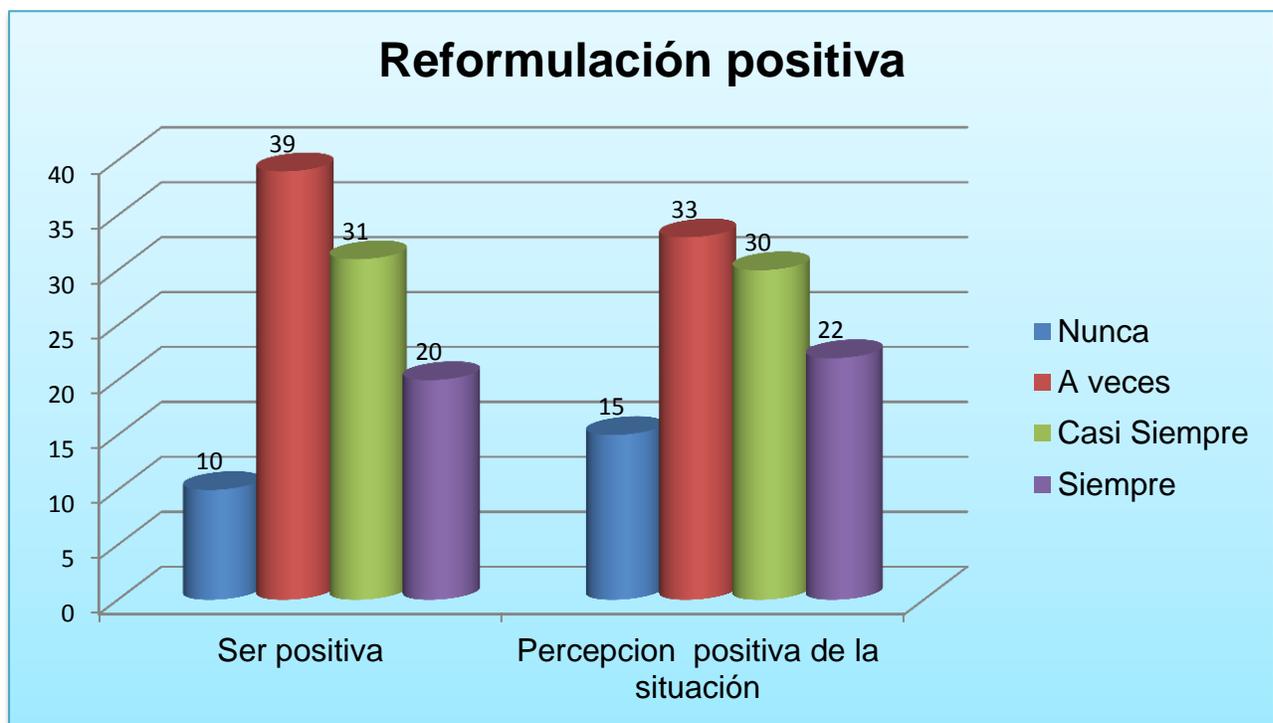
**Estado Civil en relación al nivel de afrontamiento del estrés de los pacientes hipertensos.**

<b>Estado Civil</b>	<b>Clasificación del nivel de afrontamiento del estrés</b>							
	<b>Bajo</b>		<b>Medio</b>		<b>Alto</b>		<b>Total</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Soltero	0	.0	6	75	2	25	8	8
Casado	12	25	23	50	12	25	47	47
Acompañado	8	18	32	71	5	11	45	45
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>20</b>	<b>61</b>	<b>61</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: entrevista

## Técnicas de Afrontamiento Activo al estrés, que utilizan los pacientes hipertensos

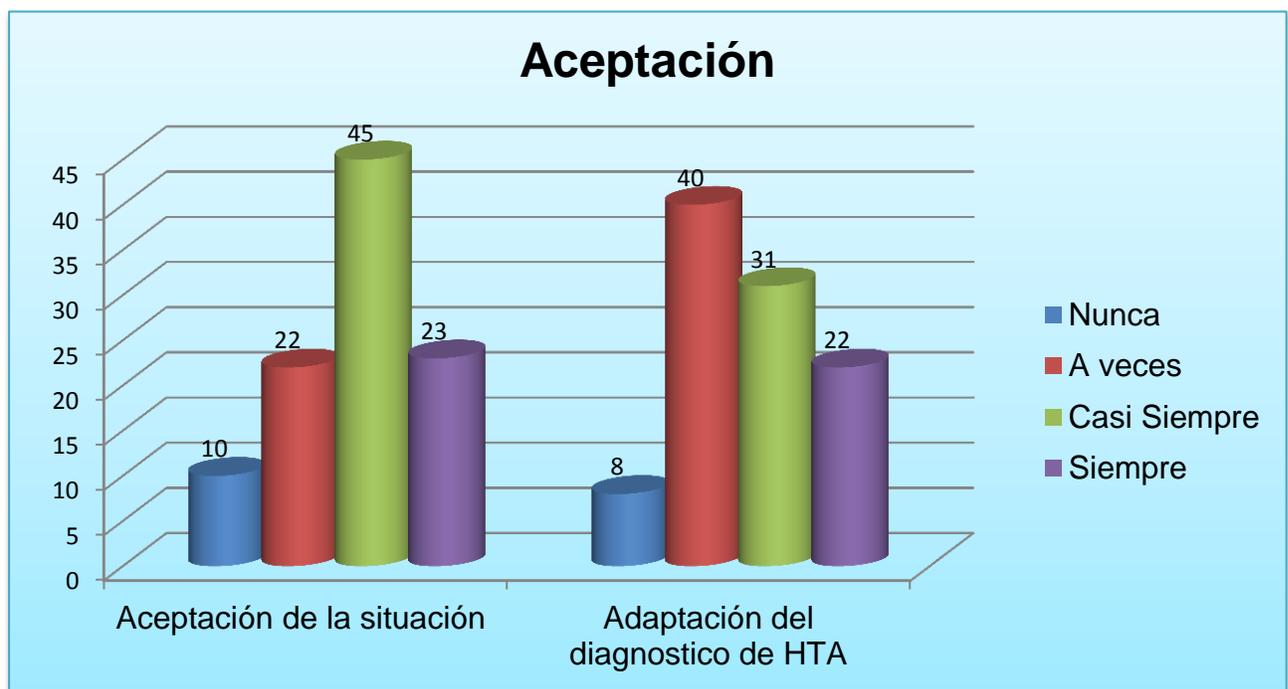
Gráfico. N° 5



Fuente: entrevista

**Gráfico. N° 6**

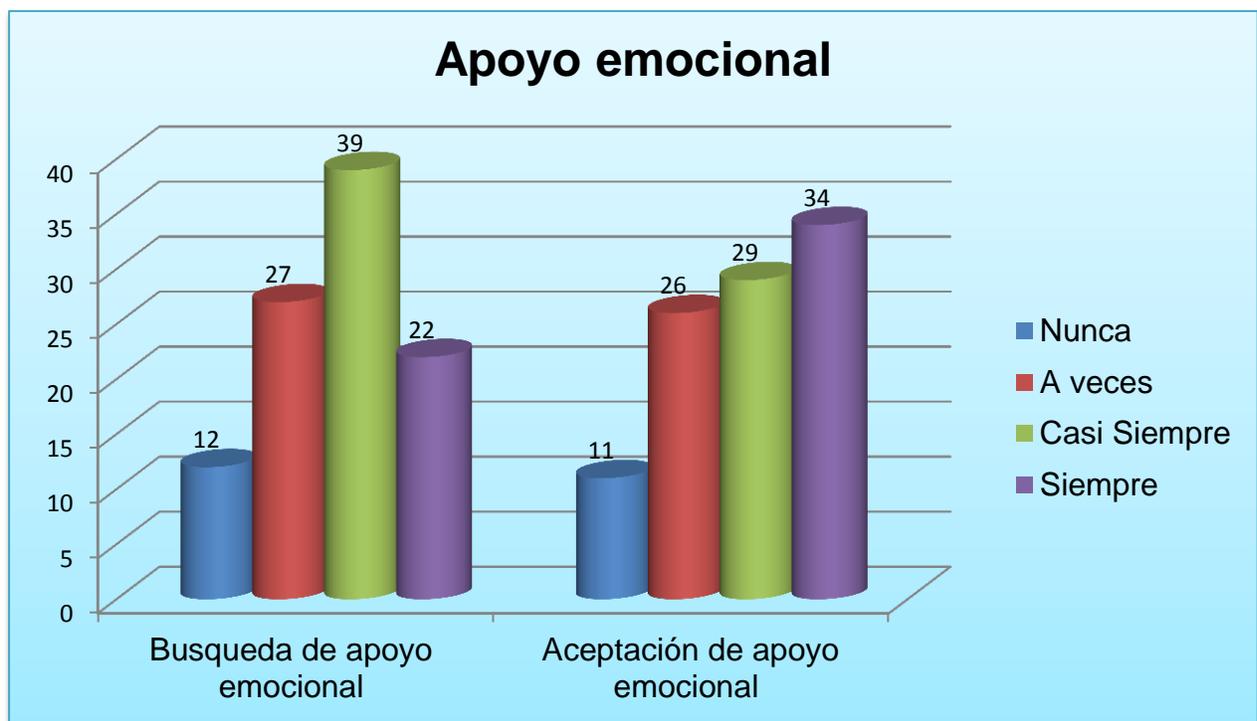
**Frecuencia con que es aceptada la enfermedad en los pacientes**



Fuente: entrevista

**Gráfico. N° 7**

**Búsqueda y aceptación de Apoyo emocional**

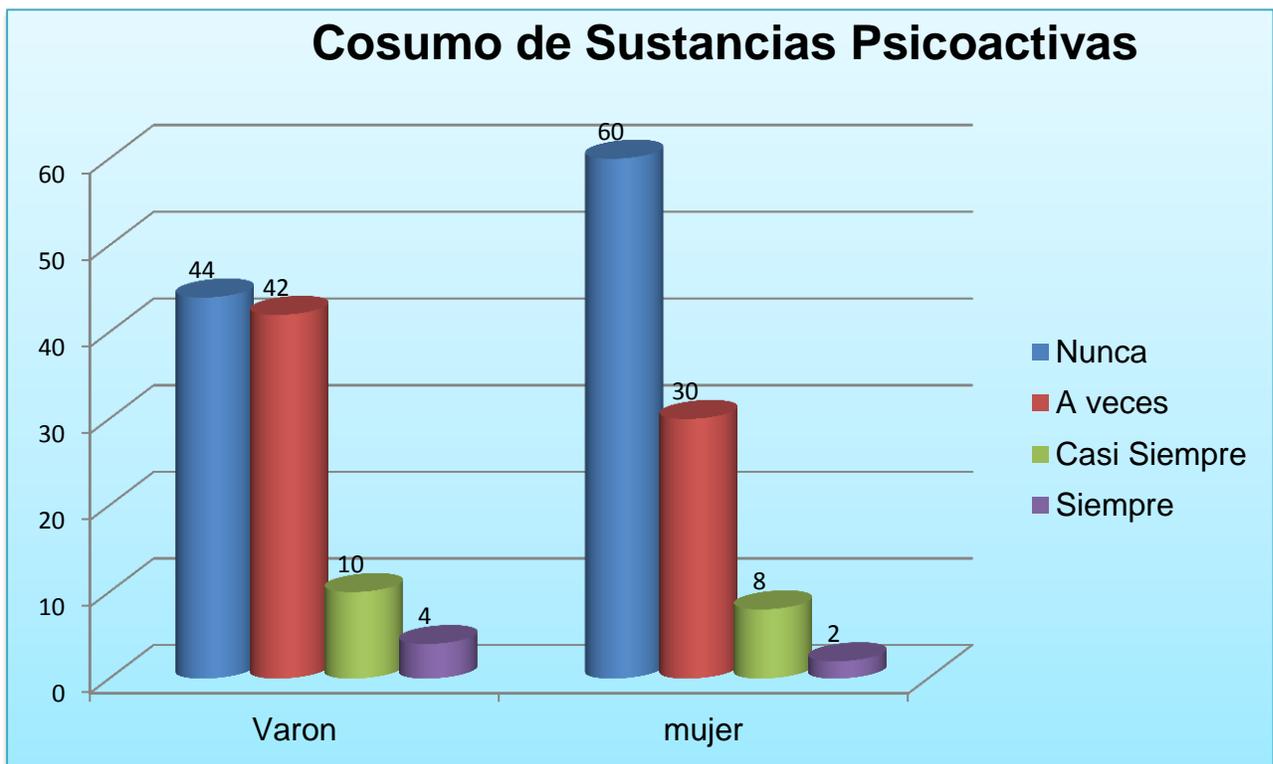


Fuente: entrevista

## Técnicas de Afrontamiento Pasivo al estrés, que utilizan los pacientes hipertensos

Gráfico. N° 8

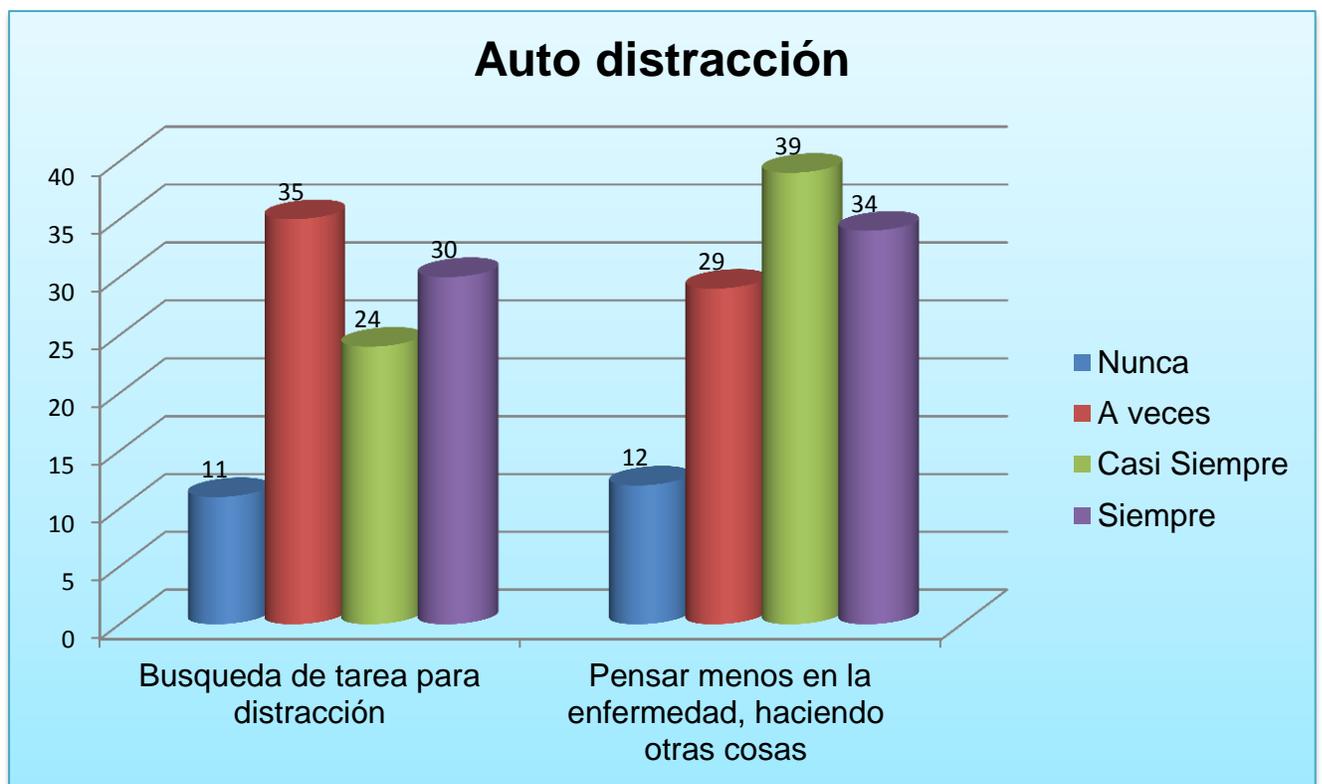
Consumo de Alcohol y Tranquilizantes en paciente hipertensos de ambos sexos.



Fuente: entrevista

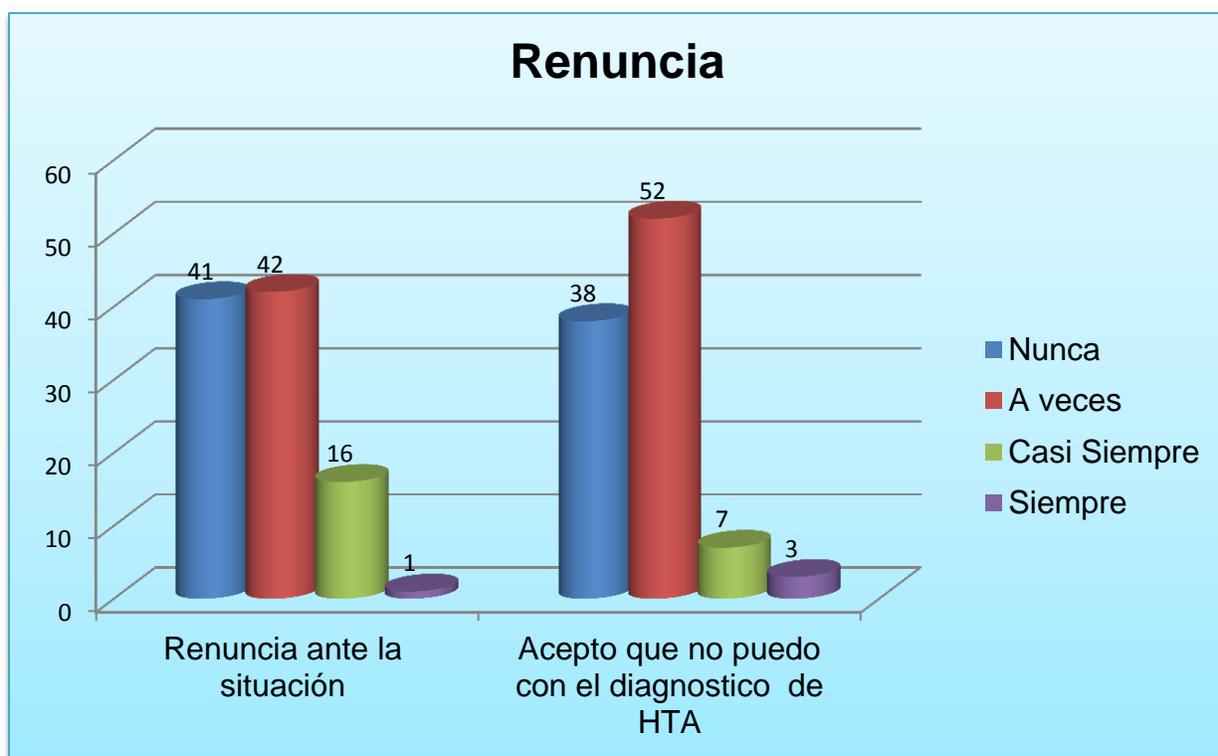
**Gráfico. N° 9**

**Forma de distracción para afrontar la enfermedad en los pacientes hipertensos**



Fuente: entrevista

Gráfico. N° 10



Fuente: entrevista

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA**

**UNAN-LEON**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

Estimado señor (a), la presente entrevista es anónima, la cual tiene como objetivo obtener información sobre la agencia de cuidado y técnicas de afrontamiento del estrés que practican los pacientes hipertensos atendidos en el programa de crónicos del Centro de Salud Perla María Norori, los resultados serán utilizados con fines de estudio, para ello le pedimos su cooperación y que responda con sinceridad, de antemano le agradecemos su participación. Gracias.

Ficha No

I. Caracterización demográfica

**Edad** \_\_\_\_\_

**Sexo**

Femenino

Masculino

**Ocupación**

Ama de casa

Campesino

Profesional

Jubilado

No trabaja

Otros \_\_\_\_\_

**Nivel de escolaridad**

Analfabeta

Primaria

Universitario

Secundaria

**Estado civil**

Soltero

Casado

Acompañado

**Número de hijos** \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_

Talla: \_\_\_\_\_

I.M.C: \_\_\_\_\_

¿Quién es su principal apoyo para cuidar su salud?

Esposo

Hijos

Sobrino

Nieto

Usted

No tiene

Otro \_\_\_\_\_

## II. Agencia de autocuidado que practican los pacientes en relación a la hipertensión arterial

A continuación se presentan una serie de ítems en los cuales se evaluará la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial, luego de leer y analizar cada afirmación, marcar con una "X" la casilla que usted considere conveniente.

Afirmación	Nunca	Casi nunca	A veces	Casi Siempre	Siempre
Siento que mi estado de ánimo me permite cuidar mi salud					
Cuando duermo 6-8 horas diarias, siento que descanso					
Invierto tiempo en mi propio cuidado					
Considero que realizar ejercicio, es importante para mejorar mi salud					
Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad					
Considero que conozco las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial					

<b>Afirmación</b>	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>A Veces</b>	<b>Casi Siempre</b>	<b>Siempre</b>
Cuando inicio un nuevo medicamento solicito al profesional de enfermería que me proporcione información necesaria sobre la correcta administración					
Considero que la cantidad máxima de sal que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son dos cucharaditas					
Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas (remedios caseros).					
Considero que el profesional de enfermería me escucha y Aclara mis inquietudes con respecto a mi enfermedad.					
Conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad					
Camino diariamente, como mínimo, 30 minutos.					
Realizo cambios en mi vida según las necesidades para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad					

<b>Afirmación</b>	<b>Nunca</b>	<b>Casi nunca</b>	<b>A Veces</b>	<b>Casi Siempre</b>	<b>Siempre</b>
Realizo cambios en mi dieta (verduras, frutas, fibra y baja en grasas), para mantener un peso adecuado					
Evalúo si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar y el de mi familia					
Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas y bajas en grasas.					
Siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual					

### III. Técnicas de afrontamiento del estrés que practican los pacientes en relación a la hipertensión arterial.

El presente cuestionario “BRIEF COPY INVENTORY”, consta de una serie de ítems en los cuales se evaluarán las técnicas de afrontamiento del estrés que practican los pacientes en relación a la hipertensión arterial. Encierre en un círculo el número que considere conveniente.

Valores de la escalas de respuestas

1= Nunca    2= A veces    3= casi siempre    4= Siempre

Afirmaciones	Clarificación			
1. Me dedico a alguna tarea para distraerme y no preocuparme por la situación que me está pasando	1	2	3	4
2. Me esfuerzo por hacer algo para resolver la situación	1	2	3	4
3. Pienso que esta situación no es real, que no me pasa a mi	1	2	3	4
4. Tomo una bebida alcohólica para sentirme mejor	1	2	3	4
5. Busco apoyo emocional y afecto de alguien	1	2	3	4
6. Me doy por vencida o me siento incapaz al no poder resolver la situación que estoy viviendo	1	2	3	4
7. Hago todo lo posible para poder cambiar o mejorar la situación	1	2	3	4
8. Me niego a creer lo que me está pasando	1	2	3	4
9. Digo lo que siento y expreso mis sentimientos o me disgusta por alguna situación	1	2	3	4
10. Busco ayuda y consejo de otras personas	1	2	3	4
11. Tomo medicamentos (tranquilizantes) para pasarla mejor	1	2	3	4
12. Trato de ser positiva y aprender de las situaciones difíciles.	1	2	3	4
13. Me crítico a mí misma	1	2	3	4
14. Trato de hacer un plan para saber qué hacer en mi situación.	1	2	3	4
15. Recibo y acepto el apoyo y la comprensión de alguna persona	1	2	3	4
16. Admito que no puedo con la situación de hipertensión y dejo de enfrentarla	1	2	3	4
17. Busco algo bueno o positivo de la situación que estoy viviendo	1	2	3	4
18. Hago bromas sobre lo que pasa	1	2	3	4

19. Hago algo para pensar menos en mi situación	1	2	3	4
20. Acepto esta situación como una realidad de la vida, que me toca vivir	1	2	3	4
21. Le cuento a alguien lo que pasa y como me siento	1	2	3	4
22. Trato de encontrar consuelo en una religión o creencia espiritual.	1	2	3	4
23. Busco ayuda de otras personas para saber más de la situación y recibir apoyo	1	2	3	4
24. Aprendo a vivir con el diagnóstico de hipertensión y sus tratamientos.	1	2	3	4
25. Pienso mucho en cuales son los pasos que tendría que seguir para resolver esta nueva situación de diagnóstico de hipertensión	1	2	3	4
26. Me culpo a mí misma por lo que me pasa	1	2	3	4
27. Rezo, oro o medito	1	2	3	4
28. Tomo la situación difícil con humor.	1	2	3	4