

Estimación de las capacidades de autocuidado para hipertensión arterial en una comunidad rural

¹Landeros-Olvera Erick Alberto, ²García-Rojas José Manuel, ³Flores-López Nadia Consuelo, García-Carlón Alejandra, Vidal-Sánchez Daniela, Vázquez-Pérez Adex

¹Master en Ciencias de Enfermería. Coordinador de la Especialidad en Enfermería Cardiovascular ENEO-UNAM, ²Licenciado en Enfermería. Profesor de la UAM-Xochimilco. Especialista en el INCan SS. ³Estudiantes de Licenciatura en Enfermería de la UAM-Xochimilco

Palabras clave

- Capacidades de Autocuidado,
- Hipertensión Arterial

Resumen

Introducción: Las Capacidades de Autocuidado (CAC) están determinadas conceptualmente por Orem en la teoría del Déficit de Autocuidado. En las personas, es el desarrollo de habilidades especializadas que les permiten cuidar de su salud, estas tienen un profundo significado cultural y pueden ser adquiridas de forma intencional en

estados de salud o enfermedad en el individuo.

Objetivo: Estimar las capacidades de autocuidado (CAC) para hipertensión arterial en personas de 20 a 69 años de una comunidad rural.

Metodología: A través de la visita domiciliaria en una comunidad rural del estado de Morelos, se hizo la selección en dos momentos hasta completar un total de 120 personas, en las que bajo consentimiento informado y previa estandarización de los procedimientos de medición clínica con base en la NOM-030-SSA2-1999, se realizó la medición y registro de la presión arterial. Para la valoración de las CAC se aplicó la versión en español de la Escala Estimativa de Capacidades de Autocuidado.

Resultados: Dicha población presenta una edad promedio de 42 años, predominando el sexo femenino; se identificaron cifras de presión arterial por arriba de los estándares establecidos en 16.6% de la población estudiada, en la cual se identificó una mejor capacidad de autocuidado que en las personas que presentaron cifras dentro de los rangos estándares de normalidad.

Conclusiones: Con la aplicación de la escala estimativa de capacidad de autocuidado se logró identificar que las personas con hipertensión perciben mejor sus Capacidades de autocuidado que las que no la presentan.

Summary

Esteem of self-care capacities for arterial hypertension in countryside

Introduction: Self-care capacities are conceptually determined by Orem, in the self-care deficit theory. The development of specialized abilities let people to care about their health. They have a deep cultural meaning and it could be acquire by an intentional way in health or illness statements on people.

Objective: To estimate the self-care capacities for arterial hypertension on people from 20 to 69 years old in a rural community.

Methodology and methods: During a home visit in a rural community at Morelos state in Mexico, a selection to get a total of 120 persons was made with its improvement and previous procedure standardization for clinical measurement done in base with NOM-030-SSA2-1999, measurement and registry of blood pressure were done either. For self-care capacities valuation, the spanish version of the self-care capacities scale was applied.

Results: The community presents an average age of 42 years old, predominating feminine genre, numbers of arterial pressure were identified above from the established standards on 16.6% of the studied population, in which was identified a better self-care capacity than people who presented numbers in the normal standard ranks.

Conclusion: Applying the self-care capacities scale it was possible to identify people with hypertension who perceived on a better way their self-care capacities than with the people who does have it.

Key words

- Self-care capacities
- Arterial hypertension

Correspondencia:

Erick Alberto Landeros Olvera
Calle Cuauhnicol, Manzana 25, Lote 15, Col. Ruiz Cortínez, Del. Coyoacán CP
04630 Teléfono 56188567 e-mail: erick_landeros@mexico.com

Introducción

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es un problema de salud pública,^{1,2} según datos de la Organización Mundial de la Salud, en América Central y México, el incremento relativo en la mortalidad secundaria al grupo de enfermedades crónicas no transmisibles fue de casi 56% de 1970 a 1980, de este grupo particularmente la HAS es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia y en conjunto constituyen la principal causa de muerte en población mexicana.³ En este contexto epidemiológico, se han realizado diversos estudios para establecer la prevalencia y magnitud del problema, los valores fluctúan desde 10.2% a 26.9%. En esas variaciones influyen de manera importante tanto los factores sociales y culturales inherentes a las poblaciones estudiadas, como las diferentes metodologías que se emplean y que impiden comparar los resultados y establecer con precisión la evolución de la hipertensión en México.⁴ Al respecto, la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas notificó una prevalencia de HAS en 1991 de 24.6% y en 1993 esa cifra se incrementó a 26.6%; de una población adulta de 20 a 69 años, encontró que 41% conocía su condición de hipertenso (diagnóstico médico previo con o sin tratamiento antihipertensivo), de los cuales 21% eran tratados con medicamentos y de estos el 30.5% tenían cifras arteriales bajo control,⁵ esto quiere decir, que por cada paciente conocido existe otro no detectado ya que se reconoce al estrés ambiental de las grandes urbes como un factor de riesgo para enfermedad hipertensiva.^{5,6} En poblaciones rurales, la prevalencia fluctúa entre 7.7% y 10.0% estas variaciones dependen, además de la estructura de la población y de la metodología empleada, de las características de los sujetos de estudio, que en el área rural varían considerablemente de una región a otra.⁷

Luego entonces, la importancia e impacto de la HAS en la salud de la población se centra en el nivel de desa-

rrrollo y productividad de un país al afectar a sujetos en etapas económicamente productivas y en las repercusiones sobre la esperanza y calidad de vida, traducidos en años potenciales perdidos; y aún cuando la HAS es de fácil diagnóstico y tratamiento efectivo, en sus inicios las personas pueden ser asintomáticas, debido a esta condición se considera el factor de riesgo más relevante para enfermedad cardiovascular, vascular cerebral y nefropatía principalmente.^{8,9} El conocimiento de este y otros factores de riesgo son claves en la prevención, manejo y control de la HAS.

Por otro lado, a pesar de que existen evidencias acerca de las dificultades que enfrentan las personas para modificar conductas nocivas en la preservación de la salud,¹⁰ existen estrategias dirigidas a población abierta y a grupos de alto riesgo que consiste fundamentalmente en educar sobre los propios factores de riesgo y la forma en que estos se pueden modificar para prevenir, disminuir o controlar los efectos de la hipertensión arterial. Muchas modificaciones activas en la conducta y estilos de vida pueden llevarse a cabo con un costo mínimo para el paciente y en su caso reducir las dosis de medicamentos empleadas.

Es aquí cuando cobra un real significado el concepto Capacidades de Autocuidado (CAC), en el cual las personas requieren desarrollar habilidades especializadas que les permitan cuidar de su salud. Estas capacidades o habilidades se adquieren de forma intencional y tienen un profundo significado cultural,^{11,12} mismos que pueden ser utilizados para potencializar dichas capacidades y llevar a cabo planes de autocuidado que coadyuven en la prevención de padecimientos crónico degenerativos como la hipertensión arterial.

Según la teoría, el concepto cuenta con tres elementos estructurales; las capacidades fundamentales, los componentes de poder y las capacidades especializadas para operar el autocuidado. El instrumento estima sola-

mente los componentes de poder, considerados como aquellas habilidades que impulsan la acción de autocuidado.

1. Habilidad para mantener la atención con respecto a uno mismo como agente de autocuidado y de los factores externos
2. Habilidad para controlar el uso de la energía
3. Habilidad para controlar la posición corporal
4. Habilidad para razonar dentro de un marco de autocuidado
5. Motivación al autocuidado
6. Habilidad para tomar decisiones sobre el cuidado de uno mismo
7. Habilidad para adquirir conocimiento técnico sobre autocuidado
8. Repertorio de habilidades diversas para llevar a cabo operaciones de autocuidado
9. Habilidad para ordenar acciones de auto cuidado
10. Habilidad para integrar el autocuidado en la vida individual, familiar y comunitaria.

Es importante mencionar que teóricamente, las capacidades de autocuidado pueden estar desarrolladas, pero no operar; es decir, que por alguna razón la persona tiene las habilidades para cuidar de su salud pero no hace uso de ellas. Esta situación puede estar relacionada con la forma en que las personas perciben su estado de salud, lo que a su vez afecta en sus CAC. En otras palabras, cuando las personas se perciben sanas, aparentemente no se preocupan por su salud hasta que reconocen o perciben que su salud puede estar en peligro.¹⁹

Ello motivó a la realización de este estudio con el propósito de valorar y comparar el comportamiento de las CAC en la población adulta de 20 a 69 años de una comunidad rural. Bajo la premisa de que el concepto Capacidades de Autocuidado, es un recurso importante para profundizar en la comprensión del valor del autocuidado en personas adultas.

Metodología

Durante un periodo de seis meses se realizó un estudio exploratorio en la comunidad rural de Amatlán de Quetzalcóatl, colindante al oeste con Tezoztlán, al sur con Tlayacapan y al este con Huitzilac y Cuernavaca en el estado de Morelos. La comunidad cuenta con escuela de educación primaria y un programa de tele secundaria, servicios públicos limitados y un centro de salud.

La población de interés la constituyen personas adultas entre 20 y 69 años, de ambos sexos, que viven en dicha comunidad. De forma aleatoria se seleccionaron los hogares o casas y después a las personas; excluyendo a quienes se negaron a participar o que previo a la medición de presión arterial hubiesen fumado, ingerido café, haber realizado ejercicio y bajo alguna condición de estrés. Con base en los registros del centro de salud se identificó con anterioridad a personas diagnosticadas con HAS. Dando un total de 120 participantes.

La recolección de la información se llevó a cabo por alumnos de licenciatura en enfermería y bajo previo consentimiento informado de los participantes, tal como lo marcan las disposiciones de la Ley General de Salud en materia de Investigación, Art. 14, fracción V.¹³

Primero, se realizó la toma y registro de la presión arterial, previa estandarización del procedimiento entre los participantes y con base en los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999.¹⁴

Segundo, a través de una entrevista con tiempo estimado de 30 minutos, se aplicó la versión en español¹⁵ de la Escala Estimativa de Capacidades de Autocuidado validada en población mexicana,^{9,16-18} la cual consta de 24 reactivos para valorar la percepción de los participantes sobre sus propias habilidades para cuidar de si mismo, de acuerdo a elementos que derivan de los componentes de poder y de estructura conceptual de las capacidades de autocuidado de Orem.

Previo lectura y comprensión de cada uno de los reactivos, cada persona señaló su respuesta en la representación de la escala del instrumento, el patrón de respuesta tipo Likert, incluyó cuatro opciones: En total desacuerdo = 1, desacuerdo = 2, acuerdo = 3, y en total acuerdo = 4. Los reactivos se ponderaron en una escala de 0 a 100 puntos, donde los puntajes más altos corresponden a una mayor Capacidad de Autocuidado.

Los datos se analizaron con estadística descriptiva, frecuencias simples y porcentajes.

Resultados

Del total de la población estudiada, se encontró un promedio de edad de 42 años, predominando las mujeres en 82%. Se reportan cifras de presión arterial por encima de los rangos permitidos en 16.6%.

De las personas con HAS se identificó un nivel de Capacidad de Autocuidado mayor (84 puntos) que en las personas sin HAS (69 puntos) figura 1.

Conclusiones

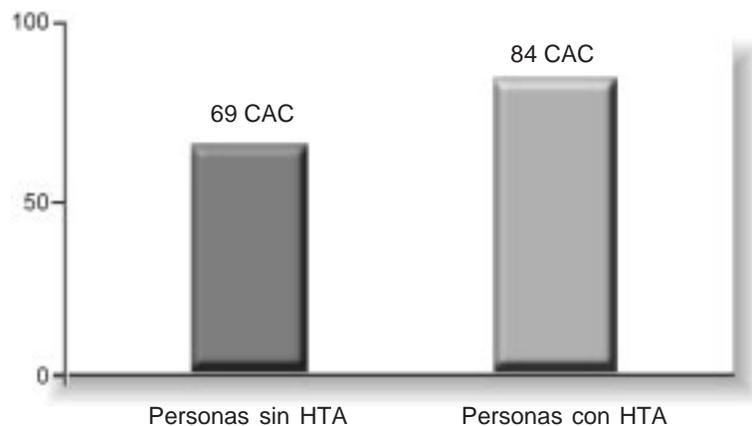
El grupo de personas sin HAS percibe sus capacidades de autocuidado (que

teóricamente las habilita para mantenerse en un estado de salud aceptable), relativamente más bajo que las personas con HAS. Al parecer la presencia de enfermedad condiciona en los individuos una percepción diferente de su estado de salud, probablemente relacionada con el acceso a los servicios de salud y por ende a la información recibida sobre su enfermedad, una posible explicación es que las personas sin HTA, que se perciben sanos no consideren necesaria la posibilidad de desarrollar sus CAC, en este sentido Orem refiere que el factor que más influye positivamente en el desarrollo de estas capacidades y habilidades en una persona adulta, es la alteración percibida de su estado de salud.

Agradecimientos:

A los miembros de la comunidad de Amatlán de Quetzalcóatl, Morelos.
A la Coordinación de enfermería de la UAM-Xochimilco.
Al Centro de Salud de la Comunidad y a la Dirección General de los Servicios de Salud del estado de Morelos.
A Esther Gallegos Cabriales PhD, coordinadora del Doctorado en Ciencias de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Figura 1. Puntaje Total de Capacidades de Autocuidado en personas con y sin HAS en la comunidad de Amatlán de Quetzalcóatl



Referencias Bibliográficas

1. Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, (INEGI) Centro Nacional de Población. México. 1999.
2. Centro Comunitario de Atención Primaria a la Salud. Diagnóstico de Salud. México. CCOAPS, 1999.
3. Centro de Vigilancia Epidemiológica. Boletín informativo Secretaría de Salud. Casos nuevos de Enfermedades no Transmisibles. Epidemiología. Sistema Único de Información. 2002: 41, 1718.
4. Cruz CM. Panorama Epidemiológico de la Hipertensión Arterial en México. Archivos de Cardiología de México. Vol. 71. Supl. 1/ Enero-Marzo 2001: S192-S197.
5. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. Dirección General de Epidemiología. México. 1996.
6. Weatley D. Estrés y Corazón. Compañía Editorial Continental. 1995. 2: 12-25.
7. Guerrero-Romero JF; Rodríguez-Morán M. Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en la población rural marginada. salud publica de méxico. 1998. Vol. 40 (4): 339-346.
8. Huerta RB. Factores de Riesgo para la Hipertensión Arterial. Archivos de Cardiología de México. Vol. 71. Supl. 1/ Enero-Marzo 2001: S208-S210.
9. Chávez R. Factores de Riesgo Lipídicos. Pautas en Cardiología Preventiva, Sociedad Mexicana de Cardiología. 2002. 2: 1-6.
10. Zamora J. Estado de Salud y Autocuidado en Adultos Expuestos a Enfermedad Cardiovascular. Tesis de Maestría. Universidad Autónoma de Nuevo León. México. 2002.
11. Landeros E. Capacidades de autocuidado y percepción del estado de salud en personas con y sin obesidad. Tesis de Maestría. Universidad Autónoma de Nuevo León. México 2002.
12. Gallegos E, Cárdenas V, Salas M. Capacidades de Autocuidado en Pacientes con DM2. Investigación y educación en enfermería. 1999. 2: 13-27.
13. Secretaría de Salubridad y Asistencia. Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. México. Editorial Porrúa. 1987.
14. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999. Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.
15. Gallegos E. Validez y Confiabilidad de la Versión en Español de la Escala: Capacidades de autocuidado. Desarrollo Científico en Enfermería. 1998. (9): 260- 266.
16. Gallegos E. Validación de la Escala. Capacidades de Autocuidado en Población Mexicana. Investigación inédita. Universidad Autónoma de Nuevo León. México. 1995.
17. Evers C; Isenberg M; Philpsen H; Senten M; Browns G. Validity testing of the Dutch translation of the Appraisal of the Self-Cares Agency A.S.A. Scale. International Journal of Nursing Studies. 1989. 30: 331-342.
18. Da Silva V. Autocuidado y Calidad de Vida de Adultos Mayores en Áreas Urbano Marginadas de Monterrey. Tesis de Maestría. Universidad Autónoma de Monterrey. México. 1997.
19. Orem DE. Nursing Concepts of Practice. Ed. Mosby-Doyma. 5ª edición. USA. 1995. 