

# Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel<sup>1</sup>

Luisa Fernanda Achury Beltrán<sup>2</sup>, Diana Marcela Achury Saldaña<sup>3</sup>,  
Sandra Mónica Rodríguez Colmenares<sup>4</sup>, Gloria Sepúlveda<sup>5</sup>,  
Martha Patricia Padilla Velasco<sup>6</sup>, Jenny Marcela Leuro Umaña<sup>7</sup>,  
María Angélica Martínez<sup>8</sup>, Jenny Astrid Soto Rodríguez<sup>9</sup>,  
Yarissell Almonacid Lever<sup>10</sup>, Ángela María Sosa<sup>11</sup>,  
Liliana Enith Camargo Becerra<sup>12</sup>

SICI: 0124-2059(201212)14:2<63:CDAAPH>2.0.TX;2-7

SICI: 2027-128X(201212)14:2<63:CDAAPH>2.0.CO;2-G

- 1 Artículo de investigación. Recibido: 26 de noviembre de 2011. Revisado: 4 de julio de 2012. Aceptado: 15 de agosto de 2012.
- 2 Enfermera. Especialista en Enfermería en Cuidado Crítico. Docente Facultad de Enfermería Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Correo electrónico: achuryl@javeriana.edu.co.
3. Magister en Enfermería en el Cuidado de la Salud Cardiovascular, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Profesora asistente Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
4. Magister en Política Social, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Profesora asistente Facultad de Enfermería, Pontificia Universidad Javeriana.
5. Magister en Epidemiología, Universidad Federal de São Paulo, Brasil. Profesora asistente, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.
6. Enfermera, Fundación Universitaria del Área Andina, Bogotá, Colombia. Supervisora Prevención y Promoción Javesalud.
7. Enfermera, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Departamento Prevención y Promoción, Javesalud.
8. Enfermera, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia. Departamento Prevención y Promoción, Javesalud.
9. Enfermera, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia. Departamento Prevención y Promoción, Javesalud.
10. Enfermera, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Departamento Prevención y Promoción, Javesalud.
11. Especialista en Administración en Salud, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Especialista en Salud Pública, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia. Coordinadora de Programas Preventivos, Javesalud.
12. Enfermera, Universidad de La Sabana, Colombia. Departamento Prevención y Promoción, Javesalud.

## Resumen

El objetivo de este estudio fue determinar la capacidad de agencia de autocuidado en 245 pacientes hipertensos que asistieron a una institución de segundo nivel de atención en el 2010, mediante el desarrollo de un estudio descriptivo de tipo transversal con la aplicación del instrumento *Evaluación de la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso*. Se encontró que el 81,22% (n = 199) y el 8,16% (n = 20) de los pacientes presentaron una capacidad de agencia de autocuidado media y baja respectivamente, y tan solo el 10,61% (n = 26) de los pacientes presentó una capacidad de agencia de autocuidado alta. Ello indicaría que aunque el paciente con hipertensión arterial posee algunas habilidades que le permiten discernir acerca de los factores que debe controlar para promover su salud y su cuidado, son insuficientes para lograr una adecuada adherencia al tratamiento, ya que para alcanzar un compromiso y participación en este, es necesario que existan conductas permanentes de autocuidado que faciliten el autoconocimiento, el empoderamiento del individuo y el desarrollo de la capacidad de tomar decisiones sobre su salud. La percepción del paciente de su estado de salud es fundamental para el desarrollo de las capacidades de autocuidado; por eso es fundamental que el profesional de enfermería intervenga de acuerdo con las capacidades del individuo, para autocuidarse promoviendo apoyo educativo que le permita al paciente modificar su comportamiento, adquirir conocimiento y habilidad.

*Palabras clave:* capacidad de agencia de autocuidado, paciente hipertenso.

*Palabras clave descriptor:* hipertensión arterial, autocuidado en salud, estudios de validación.

## Self-Care Agency Capacity in Patients with Diagnostic of High Blood Pressure in a Second Level Institution

### Abstract

The objective of this study was to determine the self-care ability on 245 hypertensive patients who attended to a secondary level institution in 2010. This was done by developing a descriptive cross-sectional study with the application of the "Assessment self-care ability instrument in hypertensive patients" (*Evaluación de la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso*). We found that 81.22% (n = 199) and 8.16% (n = 20) of the patients presented a medium and low Self-care ability respectively, and only the 10.61% (n = 26) of the patients presented a high self-care ability. This would indicate that, although the patient with hypertension has some abilities that let him/her discern about the factors that he/she should control to promote his health and health care, they are insufficient to achieve an adequate adherence to the treatment. In order to have their commitment and participation, it is necessary to have permanent self care behaviors to facilitate the self-awareness, the empowerment of the individual and the development of the capacity to make decisions about their health. The patient's perception of his health is critical to the development of the self care abilities, so it is essential that the nurse intervene in accordance with the individual's capacities to self-care, by promoting educational support to allow the patient to modify his behavior, acquiring knowledge and skill.

*Key words:* self-care ability, hypertensive patient.

*Key words plus:* Hypertension, Self-care in health, Validation studies.

## Capacidade de agência de autocuidado no paciente com hipertensão arterial em uma instituição de segundo nível

### Resumo

O objetivo deste estudo foi determinar a capacidade de agência de autocuidado em 245 pacientes hipertensos que compareceram a uma instituição de segundo nível de atenção em 2010, mediante o desenvolvimento de um estudo descritivo de tipo transversal com a aplicação do instrumento *Avaliação da capacidade de agência de autocuidado no paciente hipertenso*. Encontrou-se que 81,22% (n = 199) e 8,16% (n = 20) dos pacientes apresentaram uma capacidade de agência de autocuidado média e baixa respectivamente, e somente 10,61% (n = 26) dos pacientes apresentou uma capacidade de agência de autocuidado alta. Isso indicaria que, o paciente com hipertensão arterial possui algumas habilidades que lhe permitem discernir sobre os fatores que deve controlar para promover sua saúde e seu cuidado, são insuficientes para conseguir uma adequada aderência ao tratamento, já que para alcançar um compromisso e participação neste, é preciso que existam condutas permanentes de autocuidado que facilitem o autoconhecimento, o empoderamento do indivíduo e o desenvolvimento da capacidade de tomar decisões sobre sua saúde. A percepção do paciente de seu estado de saúde é fundamental para o desenvolvimento das capacidades de autocuidado; por isso é fundamental que o profissional de enfermagem intervenha de acordo com as capacidades do indivíduo, para autocuidar-se promovendo apoio educativo que permita ao paciente modificar seu comportamento, adquirir conhecimento e habilidade.

*Palavras chave:* capacidade de agência de autocuidado, paciente hipertenso.

*Palavras chave descriptor:* hipertensão, auto-cuidado em saúde, estudos de validação.

## Introducción

La hipertensión arterial es un problema de salud pública de primer orden en todo el mundo y se constituye en un importante factor de riesgo cardiovascular, asociado a una mayor probabilidad de complicaciones. En Colombia, según la Organización Panamericana de la Salud, la prevalencia de la hipertensión arterial entre la población mayor de quince años de edad es del 12,6% y se ha convertido en el primer factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares y en la segunda causa de muerte en hombres y mujeres mayores de 45 años (1). Estos datos son alarmantes si se tiene en cuenta la pérdida de años de vida saludable, años productivos, incapacidad física, costos para el individuo y las instituciones de salud, por lo que se hace necesaria la prevención, la detección temprana y un tratamiento oportuno y adecuado que disminuya las complicaciones derivadas de las enfermedades cardiovasculares.

Es importante promover acciones de autocuidado que permitan a las personas un mejor manejo de su enfermedad y así desarrollar acciones de autocuidado. Orem propone dos conceptos importantes: el primero, la *agencia de autocuidado*, considerado “el poder de un individuo para dedicarse a actividades estimativas y de producción esenciales para el autocuidado”. Para desarrollar esta agencia el paciente necesita la habilidad de ocuparse del autocuidado; por esto surge el segundo concepto, la *capacidad de agencia de autocuidado*, definido como la compleja capacidad desarrollada que permite a los adultos y adolescentes discernir los factores que deben controlarse o tratarse con el propósito de regular su propio funcionamiento y decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y para realizar las actividades de cuidado determinadas, a fin de cumplir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo (2-4).

La capacidad de agencia de autocuidado que deben desarrollar los individuos hipertensos es fundamental, ya que permite prevenir las complicaciones desencadenadas por un manejo inadecuado de la enfermedad. Desarrollar estas habilidades (que permitan cuidar la salud) implica que los individuos cuenten con tres elementos:

- *Capacidades fundamentales y disposición del autocuidado*: consideradas las habilidades básicas del individuo (percepción, memoria y orientación).
- *Componentes de poder*: habilidades que impulsan el individuo, la acción de autocuidado (motivación, adquisición de conocimientos, habilidad para ordenar acciones de autocuidado y capacidad de integración del autocuidado en su vida familiar y comunitaria).
- *Capacidad de operacionalizar el autocuidado*: 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.

La operacionalización del concepto de capacidad de agencia de autocuidado ha sido avalada por la comunidad científica de enfermería y ha sido adaptada por investigadores mediante el desarrollo de algunas escalas para su medición (5,6), como es el caso del instrumento *Evaluación de la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso*, utilizado para el desarrollo de esta investigación.

## Materiales y métodos

Se realizó un estudio descriptivo transversal con el objetivo de determinar la capacidad de agencia de autocuidado de 245 pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial que asistieron a consulta de control ambulatorio en una institución de segundo nivel durante el 2010. Se utilizó un muestreo no probabilístico para obtener la muestra.

Para recolectar datos se empleó el instrumento *Evaluación de la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso* (7), el cual fue elaborado por Achury y cols. Está constituido por 17 ítems que determinan la capacidad global de agencia de autocuidado, con una escala sumativa tipo likert que consta de cinco opciones de respuesta, donde 1 es nunca, 2 es casi nunca, 3 es a veces, 4 es casi siempre y 5 es siempre, que determinan los rangos para evaluar el grado de capacidad de autocuidado (tabla 1) con una validez y confiabilidad de 0,75 (7).

Este instrumento fue incluido en el *software* de la historia clínica de la institución de segundo nivel y aplicado durante la consulta de enfermería, previa autorización y firma del consentimiento informado por cada participante. La duración de la aplicación del instrumento por cada persona fue de aproximadamente de treinta minutos. Posterior al diligenciamiento del instrumento, el *software* determinaba inmediatamente los niveles de capacidad de agencia de autocuidado en que se encontraba el paciente. Los datos obtenidos se ordenaron y analizaron utilizando el programa estadístico SPSS versión 19.0.

**TABLA 1.** Rangos ponderales para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado

Puntaje	Capacidad de agencia de autocuidado
17-28	Baja
29-56	Media
57-85	Alta

FUENTE: Instrumento Evaluación Capacidad Agencia de Autocuidado en el Paciente Hipertenso.

## Resultados

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

Respecto a las variables sociodemográficas, se encontró que la mayoría de los participantes corresponden al género femenino. En la muestra, en general, predominó el estado civil casado, siendo el cónyuge el cuidador principal y la principal red de apoyo la familia. Las ocupaciones más frecuentes fueron la jubilación y el hogar, y predominó como escolaridad el bachillerato y la primaria (tabla 2).

**TABLA 2.** Descripción de variables sociodemográficas en los pacientes con hipertensión arterial

<b>Sexo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Femenino	175	71,43
Masculino	70	28,57
<b>Estado Civil</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Casado	230	93,88
Soltero	12	4,90
Viudo	3	1,22
<b>Ocupación</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Jubilado	101	41,23
Ama de casa	57	23,27
Empleado	31	12,66
Desempleado	29	11,84
Independiente	25	10,22
Estudiante	1	0,41
No responde	1	0,41
<b>Escolaridad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Primaria	80	30,65
Bachillerato	79	32,25
Universitario	34	13,88
Ninguna	26	10,61
Técnico	22	8,99
Posgrado	4	1,63
<b>Cuidador</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Cónyuge	109	44,49
Hijos	98	40,00
Otro familiar	28	11,43
Otro (vecinos o amigos)	6	2,45
No responde	4	1,63

<b>Red de apoyo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Familia	157	64,06
Grupo de amigos	30	12,24
Grupo religioso	29	11,84
No responde	16	6,53
Grupo social	11	4,49
Grupo hospitalario	2	0,82
<b>Vive con</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Pareja	124	50,61
Otro familiar	80	32,65
Solo	30	12,24
Hijos	9	3,67
Padre/madre	2	0,83
<b>Índice de masa corporal (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Normal: 18,5-24,9	61	24,89
Sobrepeso: 25-29,9	102	41,64
Obesidad I: 30-34,9	70	28,57
Obesidad II: 35-39,9	12	4,9
<b>Presión arterial</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Normal	106	43,27
Prehipertensión	83	33,88
Hipertensión I	31	12,65
Hipertensión II	25	10,2

FUENTE: resultados del estudio.

## Descripción de la capacidad de agencia de autocuidado global de los pacientes con hipertensión arterial

A continuación se presentan los resultados obtenidos utilizando estadística descriptiva. Para este análisis se tuvieron en cuenta los rangos ponderales de la capacidad de agencia de autocuidado establecidos en el instrumento.

En el estudio se encontró que el 81,22% (n = 199) de los pacientes presentó una capacidad de agencia de autocuidado media; tan solo el 10,61% (n = 26) de los pacientes tuvo una capacidad de agencia de autocuidado alta, y el restante 8,16% (n = 20) pacientes presentó una capacidad de agencia de autocuidado baja (tabla 3).

Con el propósito de conocer los aspectos que permiten orientar el cuidado de enfermería que promueva y fortalezca la capacidad de agencia de autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial, la tablas 4, 5, 6 y 7 presentan el comportamiento de los ítems evaluados en el total de los participantes con mejor y bajo puntaje, respectivamente.

**TABLA 3.** Descripción de la capacidad de agencia de autocuidado global de los pacientes con hipertensión arterial

Nivel	Núm. de pacientes (n =245)	Porcentaje
Alta	26	10,61
Media	199	81,22
Baja	20	8,16

FUENTE: resultados del estudio.

**TABLA 4.** Porcentajes de los ítems de la capacidad de agencia de autocuidado con mejor puntaje: a veces, casi nunca y nunca

Ítems		A veces		Casi nunca		Nunca	
		N	%	N	%	N	%
8	Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas	3	1,22	11	4,49	230	93,88
17	Siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual	32	13,06	10	4,08	161	65,00

FUENTE: resultados del estudio.

**TABLA 5.** Porcentajes de los ítems de la capacidad de agencia de autocuidado con mejor puntaje: siempre y casi siempre

Ítems		Siempre		Casi siempre	
		N	%	N	%
3	Considero importante realizar ejercicio	123	50,20	57	23,27
1	Cuando duermo 6-8 horas diarias, me siento descansado	83	33,88	79	32,24
15	Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas	51	20,82	83	33,88
2	Invierto tiempo en mi propio cuidado	67	27,35	63	25,71
9	Considero que el profesional de enfermería me escucha y aclara mis inquietudes	39	15,92	87	35,51
14	Evalúo si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar y el de mi familia	60	24,49	64	26,12

FUENTE: resultados del estudio.

**TABLA 6.** Porcentajes de los ítems de la capacidad de agencia de autocuidado con bajo puntaje: a veces, casi nunca y nunca

Ítems		A veces		Casi nunca		Nunca	
		N	%	N	%	N	%
7	Considero que la cantidad máxima de sal que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son dos cucharaditas de sal	33	13,47	30	12,24	160	65,31
5	Considero que conozco cómo actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial	55	22,45	95	38,78	70	28,57
4	Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad	73	29,80	80	32,65	38	15,51
6	Cuando inicio un nuevo medicamento solicito al profesional de enfermería me proporcione información necesaria de la correcta administración	30	12,20	24	9,80	112	45,71
10	Conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad	75	30,61	56	22,86	33	13,47
11	Camino diariamente como mínimo 30 minutos	80	32,65	33	13,47	20	8,16
13	Realizo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado	87	35,51	24	9,80	22	8,98
12	Realizo cambios según las necesidades para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad	91	37,14	32	13,06	9	3,67

FUENTE: resultados del estudio.

**TABLA 7.** Porcentajes de los ítems de la capacidad de agencia de autocuidado con bajo puntaje: siempre y casi siempre

Ítem		Siempre		Casi siempre	
		N	%	N	%
16	He tenido dificultades con el acceso a las consultas, controles y adquisición de medicamentos	88	35,92	72	29,39

FUENTE: resultados del estudio

La tabla 8 muestra la relación entre el índice de masa corporal (IMC) y el nivel de capacidad de agencia de autocuidado. El estudio encontró que el 36 y 56% de los pacientes con alta capacidad agencia de autocuidado tenían un IMC normal o sobrepeso, respectivamente; mientras que el 52,7 y el 18,2% de los pacientes con baja capacidad de agencia de autocuidado se encontraban en obesidad grado I y II, respectivamente. En este aspecto el coeficiente de correlación de Pearson reportó un valor de 0,691, con lo cual no es posible afirmar que exista una fuerte correlación.

En cuanto a la relación entre la presión arterial (PA), según la clasificación del Séptimo Consenso de la Joint Commission, y el nivel de capacidad de agencia de autocuidado (tabla 9), el estudio mostró que el 44% de los pacientes con alta capacidad agencia de autocuidado tenía unas cifras de presión arterial normal o en prehipertensión; mientras que en la medida en que descende la capacidad de agencia de autocuidado aumenta la cantidad de pacientes con hipertensión grado I y II, de 4 y 8% a 10,4 y 31%, respectivamente. El coeficiente de correlación de Pearson para este aspecto reportó 0,713, por lo cual no es posible afirmar que exista una fuerte correlación.

**TABLA 8.** Relación entre el índice de masa corporal y el nivel de capacidad de agencia de autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial

<b>Rango IMC Nivel CAA</b>	<b>Normal (18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Sobrepeso (25-29,9 kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Obesidad I (30-34,9 kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Obesidad II (35-39,9 kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Total</b>
Alto	9 = 36%	14 = 56%	2 = 8%	0%	25
Medio	46 = 27,9%	78 = 47,3%	39 = 23,6%	2 = 1,21%	165
Bajo	6 = 10,9%	10 = 18,2 %	29 = 52,7%	10 = 18,2%	55
Total	61	102	70	12	245

FUENTE: resultados del estudio.

**TABLA 9.** Relación entre la presión arterial y el nivel de capacidad de agencia de autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial

<b>Rango PA Nivel CAA</b>	<b>Normal (&lt;120/80 mm Hg)</b>	<b>Prehipertensión (120-139/80-89 mm Hg)</b>	<b>Hipertensión I (140-159/90-99 mm Hg)</b>	<b>Hipertensión II (&gt;160/&gt;100 mm Hg)</b>	<b>Total</b>
Alto	11 = 44%	11 = 44%	1 = 4%	2 = 8%	25
Medio	84 = 44%	66 = 34,5%	27 = 14,2%	14 = 7,3%	191
Bajo	11 = 38%	6 = 20,6%	3 = 10,4%	9 = 31%	29
Total	106	83	31	25	245

FUENTE: resultados del estudio.

## Discusión

Los pacientes incluidos en el estudio corresponden en su mayoría al sexo femenino, con una edad promedio de 68 años. Estas variables se correlacionan con estudios como el de Rivera en el 2006 (8), donde se encontró que el 60% de los participantes eran del género femenino con una edad mínima de 31 años y una edad máxima de 77 años.

Al revisar la base de datos del estudio, se encontró que los pacientes que tuvieron un nivel medio de capacidad de agencia de autocuidado, eran casados, con estudios hasta el bachillerato, jubilados y contaban con un cuidador y una red de apoyo. Estos resultados coinciden con otros estudios (8), donde se destaca que una escolaridad alta permite desarrollar una mejor capacidad de agencia de autocuidado, al igual que la red de apoyo, puesto que se convierte en el principal elemento de motivación y, de esta forma, se promueve el empoderamiento del paciente en el manejo de la enfermedad; así mismo, la jubilación podría generar mayor tiempo de dedicación para ejercer las actividades de autocuidado, puesto que sus responsabilidades laborales son menores y cuenta con más tiempo para sí mismo.

Llama la atención que los pacientes con una baja capacidad de agencia de autocuidado tenían un nivel de escolaridad bajo y una ocupación independiente; se podría pensar que ello se relaciona con una menor capacidad de adquirir los conocimientos para el manejo de su enfermedad, a la vez que poseen menos tiempo para llevar a cabo las acciones de autocuidado, puesto que su mayor parte de tiempo esta dedicado al trabajo y al cumplimiento de las responsabilidades económicas y familiares.

La capacidad global de agencia de autocuidado en la población estudiada se encontró predominantemente “media”, lo cual demuestra que el paciente con hipertensión arterial posee algunas habilidades que le permiten discernir acerca de los factores que debe controlar para promover su salud y su cuidado; sin embargo, esto es insuficiente para lograr una adecuada adherencia al tratamiento, ya que para alcanzar un compromiso y participación en su tratamiento es necesario que existan conductas permanentes de autocuidado que faciliten el autoconocimiento, el empoderamiento del individuo y el desarrollo de la capacidad de tomar decisiones sobre su salud (10,11). Por esta razón es necesario medir la capacidad de agencia de autocuidado como una actividad dentro de la atención al paciente con hipertensión y desarrollar estrategias para que los pacientes con capacidad de agencia de autocuidado media consigan un nivel alto, planteando metas dentro del equipo asistencial y evaluando su efectividad.

Lograr que todos los pacientes con hipertensión arterial alcancen una “alta” capacidad de agencia de autocuidado es fundamental y se convierte en un reto para el ejercicio del profesional de enfermería, ya que permite prevenir las complicaciones desencadenadas por un manejo inadecuado de la enfermedad en el paciente.

Respecto al análisis de los ítems, se evidenció que los de mayor puntaje estaban relacionados con el no reemplazo del tratamiento por terapias alternativas (ítem 8), un adecuado desarrollo de la vida sexual (ítem 17), la importancia de la realización de ejercicio (ítem 3), el sueño durante 6-8 horas diarias (ítem 1), el consumo de dietas balanceadas (ítem 15), la dedicación de tiempo al autocuidado (ítem 2), la relación y la confianza entre el paciente y el profesional de enfermería (ítem 9) y la evaluación de las medidas tomadas en relación con el bienestar familiar y propio (ítem 14).

El estudio demostró que el 93,8% de los pacientes nunca reemplaza su tratamiento por una terapia alternativa. Esto se convierte en un aspecto muy positivo en su autocuidado, puesto que otros estudios sí han encontrado porcentajes significativos en el uso de terapias alternativas para el control de la hipertensión arterial, como la fitoterapia, lo cual genera en algunas oportunidades interacciones con el tratamiento farmacológico o abandono de este (12,12). Por otro lado, un factor que influye para que el paciente utilice estas terapias son las recomendaciones de la familia, y en su gran mayoría es automedicado; sin embargo, otros estudios han mostrado que el paciente con hipertensión arterial podría complementar su tratamiento con terapias alternativas orientadas por personal calificado bajo seguimiento de su médico (14).

En el ítem que indagó sobre las dificultades en el desarrollo de la vida sexual que la hipertensión arterial haya podido generar, el estudio mostró que el 65% de los pacientes nunca experimentó dificultades; mientras que el 13% reportó dificultades, a veces. Es llamativo que este ítem generó el mayor porcentaje de ausencia de respuesta, con un 6,5%, lo cual deja ver que es un aspecto inexplorado todavía y que genera incomodidad a los pacientes encuestados. No obstante, es una situación que no se debe descuidar, pues los estudios demuestran importantes tasas de incidencia y prevalencia de dificultades en la vida sexual en la población hipertensa.

En el estudio realizado por Duncan y cols. (15), en el 2000, las mujeres, independientemente del tipo de tratamiento, manifestaron alteraciones en la vida sexual, debidas a la disminución de la lubricación vaginal, la disminución de los orgasmos y el incremento de dispareunia, en comparación con las mujeres no hipertensas. Resultados similares fueron obtenidos en el estudio realizado por Okeahialam y Obeka, en el 2002 (16), donde el 40,5% de las mujeres experimentó disminución de la libido. Es importante tener en cuenta que las disfunciones en la vida sexual también afectan a los hombres, quienes en un 48%, en el estudio de Hanon y cols. (17), reportaron dificultades asociadas a disminución del interés y en el placer.

El ítem que evaluó la importancia de realizar ejercicio mostró que el 50,2% siempre y el 23,27% casi siempre realizan la actividad física recomendada. Este es un componente fundamental en el control de su

enfermedad, pues la literatura reporta que el ejercicio puede reducir la presión arterial (4,7 mm Hg, la presión sistólica, y 3,1 mm Hg, la diastólica); así como favorecer la reducción del peso y los lípidos, las resistencias vasculares periféricas, las concentraciones de catecolaminas, y aumentar la autoestima (18). Según el estudio realizado por Cuitiva (19), los motivos que llevan a que los adultos mayores practiquen la actividad física están relacionados con factores motivacionales, como la percepción de bienestar físico, la percepción social de un buen estado salud y el reconocimiento de sí mismo.

El 33,8% y el 32,2% de los pacientes manifestaron, siempre y casi siempre, dormir de seis a ocho horas y sentirse descansados, respectivamente. Este es un aspecto fundamental que afecta el autocuidado del paciente, pues una de las principales alteraciones del sueño en el adulto mayor con hipertensión arterial es el insomnio, problema que puede estar asociado con estados de depresión o a la falta de actividad durante el día, lo que genera malestar y ansiedad (20). Según Múnera (21), entre los principales factores que con frecuencia producen alteraciones en los estadios del sueño están la edad, las temperaturas externas, el ambiente de la habitación, el consumo de sustancias (como alcohol o tabaco), e incluso los medicamentos prescritos para su tratamiento. Ello genera insatisfacción en el mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, dado que el descanso mejora la capacidad de atención, concentración, coordinación y el estado de ánimo.

Al indagar sobre el consumo de una dieta rica en verduras, frutas, fibra y baja en grasas, se encontró que el 33% y el 20% de los pacientes lo realizan casi siempre y siempre, respectivamente. Este aspecto se considera indispensable en el manejo de la hipertensión arterial, porque influye de forma directa en el control de la presión y, a su vez, tiene un impacto significativo en el control del peso, aspecto que también desempeña un papel decisivo en el control de la presión arterial. Esta afirmación concuerda con los resultados del estudio realizado por Moore y cols. (22), según los cuales, tras doce meses de consumo de una dieta DASH (enfoces alimenticios para detener la hipertensión), se obtuvieron resultados positivos sobre la reducción del peso y de la presión arterial; del mismo modo, resultados similares fueron obtenidos en el estudio realizado por el grupo Premier (23,24), donde el consumo de la dieta DASH propició una reducción de 11,6 mm Hg en la presión arterial sistólica y 6,4 mm Hg en la presión arterial diastólica, de manera que se observó una prevalencia de presión arterial óptima (120/80 mm Hg) en el 35% de los pacientes.

En relación con el ítem que determina el tiempo que el paciente invierte en su propio autocuidado, se encontró que el 53% invertía tiempo en su propio cuidado; sin embargo, el 47% no lo hacía. Es fundamental que el profesional de enfermería promueva y motive al paciente para que dedique suficiente tiempo al desarrollo de diferentes acciones que incluyan las dimensiones emocional, física, estética e intelectual, para la bús-

queda del bienestar integral, y para el desarrollo de las habilidades cognitivas y sociales. Por esto se hace necesario que los adultos se empoderen y asuman el autocuidado en su vida cotidiana (25).

Respecto a la confianza entre el profesional de enfermería y el paciente se evidenció que un 35% casi siempre y un 15,9% siempre confiaban en el profesional de enfermería; sin embargo, llama la atención que el 37,9% no sentía confianza con la enfermera, de tal forma que no se establecía un espacio de interacción y relación terapéutica. La interacción enfermera-paciente cobra importancia, pues se ha observado que proporcionar la información necesaria de modo que favorezca y garantice unos mínimos de comprensión por parte del paciente contribuye a mejorar el autocuidado (26). De igual forma, la satisfacción del paciente, desde el punto de vista afectivo y su relación establecida con la enfermera, se han asociado a un notable incremento del cumplimiento terapéutico (27).

Al evaluar si las medidas que el paciente toma en el manejo de su enfermedad le permiten garantizar su bienestar y el de su familia, el estudio demostró que ello ocurría casi siempre y siempre en el 26% y el 24%, respectivamente. Estos resultados reflejan un aumento en el compromiso que el paciente hipertenso tiene con su propio autocuidado y el de su núcleo familiar, comportamiento indispensable en el adecuado control y manejo de la hipertensión arterial, donde los parientes cumplen un papel crucial en la adherencia al tratamiento.

Los ítems de menor puntaje que predominaron estaban relacionados con el bajo consumo de sal (ítem 7), el conocimiento sobre los efectos adversos del tratamiento farmacológico (ítem 5), el conocimiento sobre el manejo de la enfermedad (ítem 4), la obtención de información sobre los nuevos tratamientos y su correcta administración (ítem 6), la obtención de información sobre complicaciones derivadas la enfermedad (ítem 10), las dificultades experimentadas con el acceso a las consultas y los medicamentos (ítem 16), la importancia del ejercicio durante 30 minutos diarios (ítem 11), la realización de cambios para el mantenimiento de un peso adecuado (ítem 13) y la realización de cambios para el mantenimiento de la salud y la mejora de la enfermedad (ítem 12).

Se encontró que un 65,3% y un 12,4% de los pacientes nunca y casi nunca conocían la cantidad máxima de sal que podían consumir. Este es un hallazgo alarmante, puesto que la dieta es un pilar fundamental en el tratamiento no farmacológico, y gracias a esta reducción de sodio se pueden disminuir 3,9 mm Hg la presión sistólica y 1,9 mm Hg la presión diastólica (28). Otro factor que puede influir para que el paciente no esté al tanto de la cantidad de sal es el desconocimiento por parte de los profesionales de enfermería sobre los gramos máximos de sal que puede consumir y su equivalencia con los alimentos diarios que consume y la sal utilizada (29).

El 38,7% y el 28,5% de los pacientes casi nunca y nunca conocían los efectos secundarios del tratamiento farmacológico. Este hallazgo

podría estar condicionado por el déficit de información por parte del profesional de enfermería o información poco estructurada. El conocimiento del tratamiento farmacológico se constituye en una directriz que permite mejorar la calidad de vida, reducir complicaciones y la progresión de la enfermedad (30).

El 32,65% y el 15,51% de los pacientes casi nunca y nunca respectivamente buscan información sobre el manejo de su enfermedad. Es fundamental que el paciente con hipertensión arterial busque información que le permita conocer y manejar su enfermedad, a fin de que adquiera un papel activo en su autocuidado y logre la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico (31,32).

Referente al ítem donde al iniciar un nuevo medicamento el paciente solicita información y orientación sobre la correcta administración, el 45,71% y el 12,2% nunca y a veces lo realizan. Esta cifra es inquietante, puesto que el tratamiento farmacológico del paciente hipertenso requiere con frecuencia cambiar o adicionar medicamentos; así mismo, es fundamental que el paciente conozca de una forma estructurada los efectos secundarios, el horario ideal y las interacciones con algunos alimentos para obtener un adecuado control de la enfermedad.

En el ítem que indaga el conocimiento sobre las complicaciones derivadas de la enfermedad, se encontró que el 30,6% y el 22,8% de los pacientes algunas veces y casi nunca conocían las complicaciones. Es fundamental que el paciente conozca que si no existe un adecuado autocuidado que le permita adherirse al tratamiento, se desencadenarán una serie de complicaciones que pueden dejarle secuelas importantes o incluso la muerte (33).

El estudio reveló que el 35%, el 29% y el 19% de los pacientes poseen dificultades en el acceso a las consultas, controles y adquisición de medicamentos siempre, casi siempre y a veces, respectivamente. Ello hace necesaria la implementación de diversas estrategias que promuevan una mejora en este aspecto. Estas dificultades se convierten en factores que pueden comprometer el autocuidado y la adherencia que tienen los pacientes al tratamiento, pues el adecuado control de la hipertensión arterial depende de la disponibilidad de medicamentos que se tengan y los ajustes realizados a la medicación y al resto de conductas no farmacológicas que, como parte del tratamiento, se promueven en los controles médicos. Todo ello, finalmente, impacta de manera positiva en la reducción de las complicaciones cardiovasculares que se puedan producir como consecuencia de la hipertensión arterial (34).

Por otro lado, en el ítem que evalúa si el paciente camina diariamente mínimo 30 minutos, se obtuvo que 32,6% algunas veces, el 13,4% casi nunca y el 8,10% nunca caminaba durante este tiempo. Algunos estudios muestran que la persona con hipertensión arterial y con mayor índice de actividad y ejercicio posee una mayor capacidad de agencia de autocuidado. Esto se puede explicar, porque cuando la persona comprende y perci-

be la importancia de realizar una práctica de actividad diaria, consciente y constante, integra las habilidades de la agencia de autocuidado a las que hace referencia Orem (capacidades fundamentales y disposición, componentes de poder y capacidades para operaciones de autocuidado) para lograr la satisfacción de los requisitos de autocuidado, tanto universales como aquellos requisitos en estado de alteración de la salud (34).

Otro punto importante corresponde a las barreras percibidas para la realización del ejercicio, como son las limitaciones económicas, el estrés, las provocaciones, el gusto, los problemas de salud sin resolver, la falta de tiempo por trabajo u otras ocupaciones, los síntomas limitantes de la enfermedad coronaria como fatiga o cansancio (factor situacional), la pereza y la falta de disciplina (factor de percepción acerca de sí mismo: autoconcepto) (36).

En cuanto al ítem que evalúa la realización de cambios en la dieta para mantener un peso adecuado, el estudio arrojó como resultados que el 35% de los pacientes, a veces, realizan dichos cambios; mientras que el 8,98% y 9,8% los realizan nunca y casi nunca, respectivamente. Estos hallazgos guardan relación con algunos estudios (19) en los cuales se muestra que los pacientes hipertensos tienen dificultades para mantener un peso adecuado por diversos factores, como las provocaciones, el gusto y los hábitos alimenticios. De esta forma, es importante resaltar el papel que el profesional de enfermería tiene en la intensificación de la educación en este aspecto, ya que existen pruebas de la importancia del consumo de una dieta adecuada no solamente en el control del peso, sino en la reducción de la presión arterial, pues ellos encontraron un descenso de 4,2 libras de peso, 6,8 mm Hg en la tensión arterial sistólica y 2,1 mm Hg en la tensión arterial diastólica tras doce meses de adherencia a la dieta DASH.

El estudio reflejó que un 37% de los pacientes, a veces, realiza cambios según las necesidades para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad; entre tanto, el 3,67% y el 13,6% nunca y casi nunca llevan a cabo este tipo de cambios, respectivamente. Esto refleja que menos del 50% de los pacientes estudiados tiene una tendencia positiva hacia modificaciones en la vida cotidiana que ejerzan resultados benéficos en su salud. Los resultados del estudio contrarrestan, en alguna medida, los hallazgos de la investigación realizada por Rivera (8), donde el 54% de los pacientes siempre son capaces de hacer cambios o ajustes cuando tienen problemas y el 27% casi siempre, lo que demuestra que más de la mitad de los pacientes hipertensos posee habilidades para comprometerse en su autocuidado y realizar los ajustes que se consideren necesarios.

El comportamiento del índice de masa corporal no mostró una fuerte correlación con los niveles de capacidad de agencia de autocuidado. Se observó que en los participantes con alta y media capacidad predominó el sobrepeso, y que en los pacientes con baja capacidad, la obesidad.

A pesar de que se encontró un alto porcentaje de pacientes con capacidad de agencia de autocuidado media, la mayoría presentó sobrepeso. Tales hallazgos se relacionan con los resultados de los ítems que evalúan el conocimiento (ítem 3) y la realización (ítem 11) de actividad física regular. Se encontró que los pacientes consideran importante la actividad física, pero no la hacen.

El comportamiento de la presión arterial no mostró una fuerte correlación con la capacidad de agencia de autocuidado, pues la mayoría de los pacientes con capacidad de agencia de autocuidado alta y media presentaron presión arterial normal; mientras que los participantes con capacidad de agencia de autocuidado baja evidenciaron cifras de presión arterial no controladas.

## Conclusiones

1. Las variables sociodemográficas, como el sexo, el grado de escolaridad, el estado civil, la red de apoyo y la presencia del cuidador han mostrado una influencia importante en el desarrollo de una mayor capacidad de agencia de autocuidado de cada individuo.
2. Al ser la hipertensión arterial la principal causa de mortalidad y morbilidad, se debe buscar que el paciente alcance una alta capacidad de agencia de autocuidado a partir del conocimiento y realización de forma voluntaria de actividades que le permitan mantener su salud y mejorar su calidad de vida.
3. El profesional de enfermería debe centrar su atención en el desarrollo de intervenciones que promuevan el autocuidado, a partir de la identificación de los ítems de menor puntaje, como la cantidad sugerida del consumo de sal, la realización de ejercicio de forma regular y el conocimiento sobre los efectos adversos del tratamiento farmacológico y el manejo de su enfermedad, así como del nivel global de capacidad de agencia de autocuidado.
4. Las investigaciones que demuestren cuáles son los factores que determinan las dificultades en el acceso a las consultas, los controles y las adquisición de medicamentos son necesarias, ya que esto se considera un factor decisivo en la completa adherencia del paciente al tratamiento de la enfermedad y de manera directamente proporcional sobre la capacidad de agencia de autocuidado.
5. Los profesionales de enfermería, como parte del equipo interdisciplinario, deben promover la motivación en los pacientes hipertensos mediante diferentes intervenciones (educativas o de acompañamiento) que favorezcan de forma global la adherencia del paciente al tratamiento y a su autocuidado.
6. El profesional de enfermería no debe descuidar el aspecto sexual de los pacientes hipertensos, porque si bien es un elemento poco investigado todavía y que genera incomodidad en los individuos,

- influye de manera importante en la calidad de vida y en la adherencia de los pacientes al tratamiento de la enfermedad.
7. La relación profesional de enfermería-paciente es un elemento indispensable, porque favorece el intercambio de información, la resolución de dudas y la comprensión por parte del paciente de los conocimientos proporcionados por el profesional, así como el establecimiento de una relación terapéutica y la adquisición de conductas de autocuidado que se ven reflejadas en la capacidad de agencia.
  8. El profesional de enfermería debe continuar fortaleciendo los aspectos en los cuales el paciente demuestra suficiente autocuidado, como dormir de seis a ocho horas diarias, el consumo de dietas balanceadas, la dedicación de tiempo al autocuidado y la evaluación de las medidas tomadas en relación con el bienestar propio y el de la familia, de manera que se mantenga o mejore la capacidad de agencia de autocuidado de los pacientes hipertensos.
  9. La realización de más estudios que permitan confirmar la correlación entre el índice de masa corporal y la presión arterial con la capacidad de agencia de autocuidado se recomienda, dado que el índice de correlación de Pearson en estos aspectos fue menor de uno.

## **Agradecimientos**

A Javesalud, al doctor Iván González Ortiz, al doctor Carlos Tobar, a la enfermera Ángela Sosa, a la enfermera Martha Padilla y a todo su grupo por su apoyo permanente, en el desarrollo del estudio, y por permitir el acercamiento con los participantes del estudio.

## **Referencias**

1. Ministerio de la Protección Social de Colombia, Organización Panamericana de la Salud (OPS). Indicadores básicos 2008: situación de salud en Colombia [internet]. Disponible en <http://www.minproteccionsocial.gov.co>.
2. British Hypertension Society. Guidelines for hypertension management (BHS-IV): summary. *BMJ*. 2004;328:634-40.
3. Saounatsou M, Patsi O, Fasoí G, Stylianou M, Kavga A, Economou O et al. The influence of the hypertensive patient's education in compliance with their medication. *Public Health Nurs* [internet]. 2001;18(6):436-42. DOI. 10.1046/j.1525-1446.2001.00436.x?cookieSet=1.
4. Achury DM, Rodríguez SM, Sepúlveda G. Capacidad de agencia de autocuidado en la personas con hipertensión arterial. *Actualizaciones en Enfermería*. 2008; 11(1):15-21.
5. Dickinson DB, Havas S. Reducing the population burden of cardiovascular disease by reducing sodium intake. *Arch Intern Med*

- [internet]. 2007 [citado 2007 jun 10];167(14):1460. Disponible en: <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1312719121&sid=9&Fmt=2&clientId=23922&RQT=309&VName=PQD>.
6. Don't forget hypertension. *Lancet* [internet]. 2007 [citado 2007 jun 17];369(9575):1764. Disponible en: <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1283571531&sid=9&Fmt=4&clientId=23922&RQT=309&VName=PQD>.
  7. Achury DM, Rodríguez SM, Sepúlveda G. Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de auto-cuidado en pacientes con hipertensión arterial. *Revista Actualizaciones de Enfermería*. 2009;11(2):9-25.
  8. Rivera LN. Capacidad de agencia de auto-cuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2006;8(3):235-47.
  9. Fernández AR, Manrique AF. Efecto de la intervención educativa en la agencia de auto-cuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia, Suramérica. *Ciencia y Enfermería*. 2010;XVI(2):83-97.
  10. Landeros EA, García JM, Flores NC, G CA, Vidal SD, Vázquez PA. Estimación de las capacidades de auto-cuidado para hipertensión arterial en una comunidad rural. *Rev Enferm IMSS*. 2004;12(2):71-4.
  11. Peñaloza M. Capacidad de agencia de auto-cuidado en personas con hipertensión arterial de la Fundación Médico Preventiva, San José de Cúcuta, 2004. *Av Enferm*. 2006;24(2):63-79.
  12. Jacques J, Crapanne JB, Dancer H, Masson JL. Aportación de la homeopatía en el tratamiento de la hipertensión. *Terapéutica Homeopática*. 2004;2(1):224-8.
  13. Petter A, Smet P. Herbal remedies. *N Engl J Med*. 2002;347(25):2046-56.
  14. Gállego RA, Guerrero DJ, Montoya BG, Orrego AJ, Ortiz P. Frecuencia de empleo de terapias alternativas en pacientes hipertensos en la ciudad de Manizales. *Arch Med Manizales*. 2007;14:7-17.
  15. Duncan LE, Lewis C, Jenkins P, Pearson TA. Does hypertension and its pharmacotherapy affect the quality of sexual function in women? *Am J Hypert*. 2000;13(6):640-7.
  16. Okeahialam BN, Obeka NC. Sexual dysfunction in female hypertensives. *J Natl Med Assoc* [internet]. 2006 april;98(4):638-40. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2569242/?tool=pubmed>.
  17. Hanon O, Mounier-Vehier C, Fauvel JP, Marquand A, Jaboureck O, Justin EP, et al. Sexual dysfunction in treated hypertensive patients: results of a national survey. *Arch Mal Coeur Vaiss*. 2002;95(7-8):673-7.
  18. Riesgos y beneficios del ejercicio físico en la hipertensión arterial. *Sístole* [internet]. 2011 [citado 2011 jun 19]; 56-9. Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico/publicaciones/sistole238/56-59.pdf>.

19. Cuitiva MM. Nivel de actividad física y motivos que llevan a un grupo de adultos de la unidad básica de atención Ramajal de Bogotá a practicarla [trabajo de grado]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2001.
20. Dois A, Masalán P, Leyton P. Enfermería para el autocuidado en personas con problemas del sueño. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2003;21(2):16-30.
21. Múnera R. Patología del sueño: Hospital General Elda-Alicante. España [internet]. [Citado 2011 jun 16]. Disponible en: <http://www.mederid.com/spo/ranoninsomnio.htm>.
22. Moore JT, Alsabeeh N, Apovian CM, Murphy MC, Coffman GA, Cullum-Dugan D, et al. Weight, blood pressure, and dietary benefits after 12 months of a web-based nutrition education program (DASH for health): longitudinal observational study. *J Med Internet Res* [internet]. 2008;10(4):e52. Disponible en: <http://www.jmir.org/2008/4/e52/>.
23. Group of the Premier Collaborative Research Group. Effects of comprehensive lifestyle modification on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial. *JAMA* [internet]. 2003;289(16). Disponible en: <http://jama.ama-assn.org/content/289/16/2083.long>.
24. Lin PH. The PREMIER intervention helps participants follow the dietary approaches to stop hypertension dietary pattern and the current dietary reference intakes recommendations. *J Am Diet Assoc* [internet]. 2007;107(9):1541-51. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002822307013636>.
25. Uribe T. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Medellín: Universidad de Antioquia; 2000.
26. Ingaramo RA, Vita N, Bendersky M, Arnolt M, Bellido C, Piskorz D et al. Estudio Nacional sobre Adherencia al Tratamiento (ENSAT). *Rev Fed Arg Cardiol*. 2005;34:104-11.
27. Muñoz MC, Cabrero GJ, Richart MM, Orts CM, Cabañero MM. La medición de los autocuidados: una revisión bibliográfica. *Enfermería Clínica*. 2005;15(2):76-87.
28. Hacıhasanoglu R, Gözüml S. The effect of patient education and home monitoring on medication compliance, hypertension management, healthy lifestyle behaviours and BMI in a primary health care setting. *J Clin Nurs*. 2011;20(5-6):692-705.
29. Tobe SW, Pylpchuk G, Wentworth J. Effect of nurse-directed hypertension treatment among First Nations people with existing hypertension and diabetes mellitus: the Diabetes Risk Evaluation and Microalbuminuria (DREAM 3) randomized controlled trial. *CMAJ*. 2006;174:1267-71.

30. Jayasinghe J. Non-adherence in the hypertensive patient: can nursing play a role in assessing and improving compliance? *Can J Cardiovasc Nurs.* 2009;19(1):7-12.
31. Saito I, Nomura M, Hirose H, Kawabe H. Use of home blood pressure monitoring and exercise, diet and medication compliance in Japan. *Clinical and Experimental Hypertension.* 2010;32(4):210-3. DOI: 10.3109/10641961003667922.
32. Velandia A, Rivera L. Agencia de auto-cuidado y adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular. *Rev Salud Pública.* 2009;11(4):538-548.
33. Marín F, Rodríguez M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Pública Mex.* 2001;43(4):336-9.
34. Viera AJ, Kshirsagar AV, Hinderliter AL. Lifestyle modifications to lower or control high blood pressure: is advice associated with action? The behavioral risk factor surveillance survey. *J Clin Hypertens.* 2008;10(2):105-11.
35. Ramiro A, Sánchez MA, Baglivo H, Velázquez C, Burlando G, Kohlmann O, Jiménez J, et al. Guías latinoamericanas de hipertensión. *Arterial Rev Chil Cardiol.* 2010;29:117-44.
36. Gutiérrez J. Tratamiento de la hipertensión arterial: cambio de estilo de vida. *Colombia Médica.* 2011;32(2):99-102.

