

EFFECTIVIDAD DEL MODELO DE CONCIENTIZACIÓN DE PAULO FREIRE
COMO ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA PROMOVER LA CAPACIDAD DE
AGENCIA DE AUTO CUIDADO DEL ADULTO JOVEN HIPERTENSO, DEL
GRUPO “HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y JUVENTUD” DE LA RED SOCIAL
FACEBOOK, EN EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2013

JULIETH CAROLINA ESTUPIÑÁN AREVALO
NAILA LIZETH FERNÁNDEZ DUARTE
LIZETH YOLANDA QUINTÍN ANGEL



PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA
BOGOTÁ, D. C.
2013

EFFECTIVIDAD DEL MODELO DE CONCIENTIZACIÓN DE PAULO FREIRE
COMO ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA PROMOVER LA CAPACIDAD DE
AGENCIA DE AUTO CUIDADO DEL ADULTO JOVEN HIPERTENSO, DEL
GRUPO “HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y JUVENTUD” DE LA RED SOCIAL
FACEBOOK, EN EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DE 2013

JULIETH CAROLINA ESTUPIÑÁN AREVALO
NAILA LIZETH FERNÁNDEZ DUARTE
LIZETH YOLANDA QUINTÍN ANGEL

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de:
Enfermera Profesional

Asesora
SANDRA MÓNICA RODRÍGUEZ
Enfermera Especialista en Cardiorrespiratorio
Magíster en Política Social



PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CARRERA DE ENFERMERÍA
BOGOTÁ, D. C.
2013

NOTA DE ADVERTENCIA

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de grado. Solo velara que no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque los trabajos de grado no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellos el anhelo de buscar la verdad y la justicia”.

*Artículo 23 de la Resolución N° 13 de Julio de 1946
Pontificia Universidad Javeriana*

Nota de aceptación

Firma Presidente del jurado

Firma Jurado

Firma Jurado

Bogotá D. C., Mayo 09 de 2013.

DEDICATORIA

Cada triunfo logrado se lo dedico a Dios y a mi familia (mama, papa, y hermanos), por ser parte fundamental en mi vida, por brindarme su amor y respeto en cada etapa que he vivido, por su educación y formación como una mujer integra, y llena de valores. Por todo esto una y mil gracias.

Carolina

Este gran esfuerzo que he hecho en mi vida, y que sé me esperarán muchos más quiero dedicarlo a Dios, este trabajo y la culminación exitosa de mi carrera es una pequeña muestra de lo mucho que puedo lograr a pesar de cada adversidad que Él ha puesto en mi camino y que con certeza sé que las ha puesto para hacer de mí una mujer fuerte y victoriosa, a Él toda mi gratitud por no abandonarme un solo segundo de mi vida y por darme las grandes bendiciones que día a día recibo con lealtad en mi corazón.

También a mi madre por ser aquella mujer valiente y luchadora que gracias a Dios me acompaña en cada batalla de mi vida, ella está siempre en la derrota y la gloria, gracias madre por hacer de mi lo que hoy soy. Te amo

Naila

A mis padres, mi hermana, y mi familia porque creyeron en mí y porque me sacaron adelante, dándome ejemplos dignos de superación y entrega, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi carrera, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final.

Lizeth

AGRADECIMIENTOS

A Dios principalmente por permitirme culminar una etapa más en mi vida, guiándome por el mejor camino y fortaleciéndome como una mujer profesional.

A mi familia la cual siempre estuvo apoyándome y buscando las mejores palabras de aliento cuando este camino se hacía difícil. Por darme la oportunidad de tener una carrera y emprender una vida con valores, respeto y responsabilidad.

A cada una de mis amigas y compañeras que conocí en el transcurso de esta etapa, aprendiendo el valor de la amistad. Gracias por la paciencia y tolerancia que depositaron en mí.

A Sandra Mónica nuestra asesora, quien fue la base para este trabajo, por su apoyo, consejos y darnos aliento cuando decaíamos.

A cada una de las personas que colaboraron para culminar este proyecto, por sus enseñanzas y aprendizajes.

Por último a la Pontificia Universidad Javeriana por darnos las herramientas para salir a enfrentarnos a un futuro próspero, donde la educación brindada nos será útil para ser personas integrales.

Carolina

Doy gracias a Dios por darme la gran oportunidad y privilegio de alcanzar este logro en mi vida, por ser mi padre, amigo, confidente y luz de mi vida, también por permitirme conocer a mis compañeras para formar este grupo investigativo que a pesar de las dificultades, exigencia y compromiso que requirió este trabajo de grado aprendimos a ser pacientes, tolerantes, comprensibles y muy buenas compañeras.

A mis padres porque con su amor y la bendición de Dios me trajeron a este mundo para brindarme siempre lo mejor, por preocuparse por la formación de mis valores y mi educación hoy con agrado y gratitud reconozco este esfuerzo para ellos por ser los guías de mi vida.

A mi hermana por brindarme su apoyo y sus caricias en las noches de vela que pasé durante todo este tiempo para terminar mi amada carrera.

Al Joven Harol Jurado por estar a mi lado en los momentos más difíciles, por ser el motor que me impulsa a entregar lo mejor de mí y por ser el apoyo incondicional de mi vida y de mi familia. Gracias amor.

A mi asesora, la profesora Sandra Mónica Rodríguez por dejarnos esta gran enseñanza, por ser la persona que nos motivó, por ser quién siempre nos mantuvo con la certeza de ser las mejores y por estar al tanto de cada paso de este proceso.

Al epidemiólogo el Doctor David Rincón por asesorarnos y darle el valor metodológico que sustenta el compromiso y seriedad con que se realizó este trabajo de grado.

Al grupo **Hipertensión arterial y juventud** de la red social Facebook, por su atención y colaboración, gracias a ellos fue posible la realización de este trabajo.

A todos mis profesores por formarme tanto personal como profesionalmente en este arduo y satisfactorio peldaño que he alcanzado del largo recorrido que aún falta.

A la Pontificia Universidad Javeriana por acogerme en su facultad de enfermería, donde aprendí a ver mi profesión como aquella que reúne conocimiento intelectual, espíritu investigativo, liderazgo, carisma, bondad, virtud de cuidado, calidez humana y corazón.

Mil gracias a todos los que hicieron posible este ideal y a Dios por ser la fortaleza de mi corazón y mi vida.

Naila

Dedico esta tesis primero a Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y poder lograr mis objetivos.

A mi familia, mi papá, mi mamá y mi hermana por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la constante motivación la cual me ha permitido ser una persona de bien, pero sobre todo por su amor incondicional.

A mis compañeras y amigas de carrera en quienes deposite mi cariño, confianza, alegrías, tristezas y lágrimas durante todo este trayecto, claves en el proceso de aprendizaje y vida.

A mi asesora de proyecto Sandra Mónica Rodríguez por su dedicación, paciencia, orientación en la dirección de este trabajo.

A la Facultad de Enfermería y a todas mis profesoras de carrera, personal administrativo que durante mi recorrido fueron personas importantes para mi formación académica y personal.

Finalmente a la Pontificia Universidad Javeriana y el Hospital Universitario San Ignacio, instituciones que nos ofrecen a nosotros los estudiantes una educación integral y holística velando por el bienestar del estudiante, por formar personas y profesionales capaces de aportar y contribuir con el crecimiento de mi país Colombia.

Gracias a Todos.

Lizeth

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	16
1. ANTECEDENTES.....	19
2. DESCRIPCIÓN DE PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN.....	28
3. DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS	32
4. OBJETIVOS.....	36
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	36
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	36
5. PROPÓSITOS	37
6. MARCO TEÓRICO	38
6.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EDUCACIÓN EN SALUD.....	38
6.2 CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTO-CUIDADO	53
6.2.1 Modelo del déficit de autocuidado.....	55
6.2.1.1 Teoría de los sistemas enfermeros.....	59
6.2.1.2 Teoría del déficit de autocuidado	60
6.2.1.3 Teoría del autocuidado	61
6.3 MODELO DE CONCIENTIZACIÓN DE PAULO FREIRE	62
6.4.1 Tipos de conciencia.	65
6.4.1.1 Conciencia mágica.....	65
6.4.1.2 Conciencia ingenua	65
6.4.1.3 Conciencia crítica.....	65
6.4.2 Fases para el Desarrollo de la Conciencia.....	66
6.4.3 Tipos de intervención.....	67
6.4.3.1 Intervención orientada.....	67
6.4.3.2 Intervención Estructurada	68
6.4.3.3 Intervención Concreta	68
7. METODOLOGÍA	69

7.1 MÉTODO	69
7.2 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA	69
7.2.1 Universo.....	69
7.2.2 Población.....	69
7.2.3 Muestra.....	70
7.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	70
7.4 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN	70
7.4.1 Hipótesis Nula.....	70
7.4.2 Hipótesis Alterna.....	70
7.5 FUENTES Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	71
7.6 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO.....	71
7.7 DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA.....	72
8. ASPECTOS ÉTICOS.....	78
9. ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	80
9.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DEL ADULTO JOVEN HIPERTENSO PERTENECIENTE AL GRUPO “HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y JUVENTUD” DE LA RED SOCIAL FACEBOOK DEL PERIODO FEBRERO MAYO DE 2013.....	81
9.2 CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO Y SU RELACIÓN CON LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	84
9.3 CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO JOVEN HIPERTENSO PERTENECIENTE AL GRUPO “HIPERTENSION ARTERIAL Y JUVENTUD” DE LA RED SOCIAL FACEBOOK. BOGOTA 2012-1 (PRETEST) Y 2013-1 (POSTEST).....	100
9.3.1 Análisis de los ítems con mayor diferencia porcentual entre los años comparados (2012-1 y 2013-1).....	104
10. CONCLUSIONES	116
11. RECOMENDACIONES.....	119
12. LIMITACIONES.....	120
BIBLIOGRAFÍA.....	121
ANEXOS.....	129

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años según edad en el ámbito nacional. Encuesta nacional de salud (ENS 2007).....	24
Tabla 2. Clasificación de hipertensión arterial -HTA según Joint National Committee (JNCVII)	43
Tabla 3. Tratamiento Farmacológico en Hipertensión Arterial	46
Tabla 4. Cambio en el estilo de vida y efecto sobre la presión arterial	49
Tabla 5. Distribución porcentual de variables sociodemográficas: género, edad, y nivel educativo del adulto joven hipertenso perteneciente al grupo “hipertensión arterial y juventud” de la red social Facebook. Bogotá, 2012 Vs 2013	81
Tabla 6. Distribución porcentual de variables sociodemográficas: estrato socioeconómico, estado civil, ocupación y con quien vive del adulto joven hipertenso perteneciente al grupo “hipertensión arterial y juventud” de la red social Facebook. Bogotá 2012 Vs 2013.....	83
Tabla 7. Distribución porcentual por género relacionado con la	85
Tabla 8. Distribución porcentual por edad relacionada con la	86
Tabla 9. Distribución porcentual por género femenino según rangos de edad, relacionado con la.....	87
Tabla 10. Distribución porcentual por género masculino según rangos de edad, relacionado con la.....	88
Tabla 11. Distribución porcentual por nivel de escolaridad relacionado con la	90
Tabla 12. Distribución porcentual por estrato socioeconómico relacionado con la	92
Tabla 13. Distribución porcentual de estado civil relacionado con la	94
Tabla 14. Distribución porcentual por ocupación relacionada con la	96
Tabla 15. Distribución porcentual con quién vive relacionado con la.....	98

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Prevalencia específica por edad y ajustadas por edad de la hipertensión entre los adultos de 18 años y más: Estados Unidos, 2009-2010.	22
Grafica 2. Niveles del consumo de sodio en Estado Unidos.....	44
Gráfica 3. Distribución porcentual de las preguntas del instrumento que evalúa la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) del adulto joven hipertenso del grupo “hipertensión arterial y juventud” de la red social Facebook. Bogotá 2012.....	102
Gráfica 4. Distribución porcentual de las preguntas del instrumento que evalúa la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) del adulto joven hipertenso del grupo “hipertensión arterial y juventud” de la red social Facebook. Bogotá 2013-1.....	103
Gráfica 5. Porcentajes 2012 vs. 2013 de la pregunta: “Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas” del instrumento capacidad de agencia de autocuidado (CAA) del adulto joven hipertenso del grupo hipertensión arterial y juventud de la red social Facebook. Bogotá 2013.....	105
Gráfica 6. Porcentajes 2012 vs. 2013 de la pregunta: “conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad” del instrumento capacidad de agencia de autocuidado (CAA) del adulto joven hipertenso del grupo hipertensión arterial y juventud de la red social Facebook. Bogotá 2013	106
Gráfica 7. Porcentajes 2012 vs. 2013 de la pregunta: “Siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual” del instrumento capacidad de agencia de autocuidado (CAA) del adulto joven hipertenso del grupo hipertensión arterial y juventud de la red social Facebook. Bogotá 2013.....	108
Gráfica 8. Porcentajes 2012 vs. 2013 de la pregunta: “evaluó si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar y el de mi familia” del instrumento capacidad de agencia de autocuidado (CAA) del adulto joven hipertenso del grupo hipertensión arterial y juventud de la red social Facebook. Bogotá 2013.....	109
Gráfica 9. Porcentajes 2012 vs. 2013 de la pregunta: “considero que la cantidad máxima de sal que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos es de 2 cucharaditas” del instrumento capacidad de agencia de autocuidado (CAA) del adulto joven hipertenso del grupo hipertensión arterial y juventud de la red social Facebook. Bogotá 2013	110

Gráfica 10. Porcentajes 2012 vs. 2013 de la pregunta: “considero importante realizar ejercicio” del instrumento capacidad de agencia de autocuidado (CAA) del adulto joven hipertenso del grupo hipertensión arterial y juventud de la red social Facebook. Bogotá 2013 112

Gráfica 11. Distribución porcentual global del nivel de capacidad de agencia de autocuidado (CAA) 2012 vs. 2013 en el adulto joven hipertensos del grupo hipertensión arterial y juventud de la red social Facebook. Bogotá 2013 114

LISTA DE FIGURAS

Pág.

Figura 1. De los sistemas enfermeros básicos organizados según la relación entre la acción del paciente y la enfermera.....	60
---	----

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Instrumento Caracterización Socio-Demográfica	130
Anexo B. Instrumento Capacidad Agencia de Auto-Cuidado.....	131
Anexo C. Consentimiento Informado	134

INTRODUCCIÓN

Esta investigación surgió a partir de la creación del grupo de “Hipertensión arterial y juventud” conformado en año 2012 por medio de la red social Facebook como estrategia que facilita la comunicación y el intercambio de contenidos entre los usuarios especialmente en la población joven, dado que es una tendencia dentro de la nueva tecnología. Este grupo fue conformado con el fin de identificar la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) en el adulto joven hipertenso, pues siendo conocedores de la problemática actual y del aumento de hipertensión en la población adulta joven; la cual fue evaluada por las estudiantes de la facultad de enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana Amortegui Monica y Gutierrez Diana en el trabajo titulado “*Capacidad de agencia de autocuidado del adulto joven hipertenso del grupo Hipertensión arterial y juventud de la red social Facebook, marzo-abril de 2012*”. Para ello se convocó a los participantes del grupo residentes en Bogotá, a una reunión donde se aplicó el instrumento de Capacidad de Agencia de Autocuidado en pacientes con Hipertensión arterial validado por Diana Marcela Achury, Sandra Mónica Rodríguez y Gloria Judith Sepúlveda. En este trabajo se identificó que el nivel de capacidad de agencia de auto-cuidado para el grupo fue de medio-bajo; y los ítems que individualmente presentaron menor nivel de capacidad de agencia de autocuidado. Esta identificación con el fin intervenir con una estrategia educativa; para mejorar los ítems con nivel bajo, fortalecer los ítems con nivel alto, y por ende mejorar el nivel de capacidad de agencia de autocuidado.

Con base en los resultados obtenidos, se diseñó la estrategia educativa para la población adulta joven hipertensa, realizada por la estudiante de la facultad de enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana Cárdenas Ruth en el segundo periodo del 2012, en el trabajo de grado “*Diseño de una estrategia educativa basada en el modelo de concientización de Paulo Freire para promover la*

capacidad de agencia de auto-cuidado en el adulto joven hipertenso". La estrategia se planteó con base en el "Modelo de concientización" de Paulo Freire; reconocido educador brasileiro del siglo XX, quien trabajo la educación con el objetivo de convertir al hombre en agente de su propia liberación, a través de la toma de conciencia de su realidad de manera crítica y comprometido con el cambio social¹. En palabras de Freire *"la verdadera educación es praxis: reflexión y acción del hombre sobre el mundo para transformarlo"*². Con este modelo que involucra la práctica, teoría y práctica se pretende mejorar la capacidad de agencia de autocuidado de los adultos jóvenes por medio del diálogo, el uso de imágenes y la educación que buscan sensibilizar a los adultos jóvenes llevándolos por un proceso en el cual puedan ver como su comportamiento actual influye en el desarrollo de su enfermedad positiva o negativamente, y apoyados en el conocimiento científico puedan determinar si realizan cambios en sus conductas para disminuir el impacto de la enfermedad o si mantienen aquellas identificadas como protectoras, lo que a futuro representara una mejor calidad de vida.

Para el desarrollo de la estrategia se plantearon tres sesiones, cada una a su vez subdividida en cinco fases, según el modelo de Freire, el cual fue adaptado para el propósito de la misma, conservando los principios del modelo original, el cual es presentado en el marco teórico de este trabajo. Para ello se trabajó con 30 adultos jóvenes Hipertensos que vivieran en Bogotá, con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA), que estuvieran recibiendo tratamiento farmacológico, que pertenecieran al grupo "Hipertensión Arterial y Juventud" de la red social Facebook y que asistieron a los talleres de capacitación sobre Capacidad de Agencia de Auto-cuidado, dictados en Bogotá por las estudiantes de último semestre de enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana en el primer periodo de 2012.

¹ De Araujo Freira Ana Maria. O reencontro de Paulo Freire com a universidade de Brasilia. Linhas Criticas; Brasilia. DF, v 18, n. 37. Pag 628, set/des. 2012

² Heinz, Peter Gerhardt. Paulo Freire 1921 – 1997. Perspectivas: revista trimestral de educación comparada (París, UNESCO: Oficina Internacional de Educación), vol. XXIII, nos 3-4, 2008, pág. 464.

Dando continuidad a los trabajos realizados, esta investigación tiene como objetivo determinar la efectividad de la estrategia educativa, para la mejorar la capacidad de agencia de auto-cuidado en el adulto joven hipertenso. El trabajo se desarrolló el primer periodo de 2013. Se continuó con la interacción con el grupo por medio de la red; utilizando videos, artículos, y solución de preguntas para mantener su motivación e interés por la participación en el mismo. En el mes de marzo, se informó a los participantes del grupo sobre la necesidad de realizar tres encuentros con el fin de brindarles educación, sobre la enfermedad, los síntomas, factores de riesgo, tratamiento farmacológico y no farmacológico, factores protectores, posibles complicaciones y medidas preventivas. A principios del mes de abril se realizaron los tres encuentros a los que asistieron 30 personas del grupo Hipertensión arterial y juventud de la red social Facebook que habían sido participantes de la medición pre realizada en el primer periodo del 2012.

En el tercer encuentro posterior a la actividad programada se aplicó nuevamente instrumento de capacidad de agencia de autocuidado para obtener los resultados pos-intervención.

Finalmente se hizo la comparación de los datos porcentuales obtenidos en el primer periodo del 2012 de capacidad de agencia de autocuidado (CAA) realizados por Amortegui y Gutierrez, reconocidos para este trabajo investigativo como resultados pre-intervención y los datos obtenidos en el primero periodo del 2013 del presente trabajo tomados como pos-intervención, donde para fines analíticos se abordaron las diferencias porcentuales que resaltaron con mayor importancia durante estos dos momentos encontrando que, la Capacidad de agencia de autocuidado en general Baja fue del 20% y 0%, para la media 46% y 10 % y para la alta 37% y 90% de los años 2012 y 2013 comparados respectivamente.

1. ANTECEDENTES

La hipertensión arterial sistémica es uno de los problemas de salud más importantes en los países industrializados por su alta prevalencia, alrededor del 25% de la población padece esta enfermedad aumentando los índices de comorbilidad en el adulto joven. Antes de los cincuenta años de edad, la enfermedad es más común en hombres que en las mujeres, pero a partir de este límite, las mujeres tienden a ser más hipertensas que los hombres³, debido a que en la menopausia hay una disminución de estrógenos, ocasionando cambios a nivel arterial, mayor sensibilidad al consumo de sal y aumento de peso.

Es más común en la edad adulta, con una frecuencia máxima entre 40 y 50 años y su aparición antes de los 30 o después de los 60 obliga a descartar hipertensión arterial (HTA) secundaria. Esta enfermedad se presenta más en personas de raza negra que en blanca, ello ocurre por igual en ambos sexos y en todos los grupos de edad. Las complicaciones como el accidente cerebro vascular (ACV) y la enfermedad coronaria, son también más comunes y severas que en la raza blanca⁴.

Se le considera una de las enfermedades más prevalentes en el mundo, y especialmente en los países de bajos y medianos ingresos. Datos recientes de la Organización mundial de la salud (OMS) y del Banco Mundial destacan la importancia de las enfermedades crónicas, tales como la hipertensión, como limitación al logro de un buen estado de salud. Se debe agregar que, para la mayoría de los países estrategias deficientes en la atención primaria en salud son obstáculos principales para el logro del control de la presión arterial. Es más, la epidemiología de la hipertensión y enfermedades relacionadas, los recursos, las

³ Alcasena, M. S.; Martínez, J.; Romero, J. Hipertensión arterial sistémica. Fisiopatología. *Anales Servicio de Cardiología, Hospital de Navarra*, 21(1). Recuperado de:

<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol21/suple1/suple2a.html>

⁴ *Ibíd.*

prioridades en salud, y el estado socioeconómico de la población, varían considerablemente en diferentes regiones y países⁵, produciendo en la población hipertensa menos acceso al tratamiento de su enfermedad, y consigo una menor capacidad de agencia de autocuidado, careciendo de un buen estado de salud.

En Argentina “La Segunda Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo del Ministerio de Salud de Argentina” realizada en el 2009 indica que el 34,8% de la población tiene hipertensión. Lo que ha sido atribuido al alto consumo de sal al día, además de otros factores como el estrés y las preocupaciones⁶.

En Brasil la población hipertensa esta entre el 25% y 35% de la población total, de la cual el 50.8% tiene conciencia de lo que es esta enfermedad, pero solo el 40.5% recibe tratamiento el cual no parece ser satisfactorio ya que de este porcentaje solo el 10.2% logra tener un control de la enfermedad⁷.

En Chile, la hipertensión arterial es la principal causa de enfermedad, tanto en hombres como en mujeres. Estimaciones para el año 2004, señalan que la hipertensión arterial fue responsable de 257.814 años de vida perdidos por muerte prematura o discapacidad. El grupo donde se produce la mayor carga corresponde al de 20-59 años⁸.

Teniendo en cuenta la “Encuesta Nacional en Salud (ENS) 2010”, el 26,9% de la población chilena mayor a 15 años presenta presión arterial elevada (promedio de

⁵ Sánchez, R., et al. (2010) Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. Rev Chil Cardiol, (29), 117-144. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v29n1/art12.pdf>

⁶ Ferrante, D. (Marzo 2011) Encuesta nacional de factores de riesgo 2009 argentina. Evolución de la epidemiología de las enfermedades crónicas no transmisibles en argentina. Estudio de corte transversal. Rev Argent Salud Pública, 2(6), 34-41. Recuperado de: <http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/articulos/volumen6/encuesta-nacional.pdf>.

⁷ Gobierno de Chile. (2012) Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. Encuesta nacional de salud 2010 (ENS 2010). Objetivo estratégico # 2: Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos. Recuperado de: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/b89e911085a830ace0400101650115af.pdf>.

⁸ Ibíd.

tres mediciones mayores a 140 mmHg sistólica, o mayores a 90 mmHg diastólica, o normotenso pero en tratamiento farmacológico), con mayor prevalencia en hombres (27,9% y 25,0% respectivamente). También se observa una gradiente creciente según la edad: 2,6%, 13%, 43,8% y 74,6% en el grupo de 15-24, 25-44, 45-64 y 65 y más años⁹.

Con base en “**La guía Latinoamericana de Hipertensión Arterial del 2010**”, el 28.7% de la población ecuatoriana tiene hipertensión arterial (HTA), pero solo el 6.7% está controlada porcentaje muy bajo, teniendo en cuenta que el 23% de la población afirma que se encuentra en tratamiento; esto comparado con México que cuenta con 30.8% de hipertensos de los cuales el 23% se encuentran actualmente en tratamiento y el 19.2% está controlada¹⁰; lo que deja ver grandes problemáticas en cuanto al resultado esperado del tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Según un estudio realizado sobre la Prevalencia de Hipertensión Arterial en Perú en el año 2006 a adultos de ambos sexos y mayores de 18 años; se obtuvo que el 50,8% de la población total correspondió a varones y 49,2% a mujeres, con un promedio de edad de 43,5 años para varones y 40,7 años para mujeres lo que muestra una problemática en la población presente en la población adulta joven.¹¹

Según el “*Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial 2001*” para Uruguay y Venezuela el panorama no es muy distinto, ya que ambos cuentan con el mismo porcentaje de hipertensión que equivale al 33% de la población total en cada uno de los países; de la cual el 12% de uruguayos y el 11% de

⁹ Gobierno de Chile. (2012) Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. Encuesta nacional de salud 2010 (ENS 2010). Objetivo estratégico # 2: Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos. Recuperado de: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/b89e911085a830ace0400101650115af.pdf>.

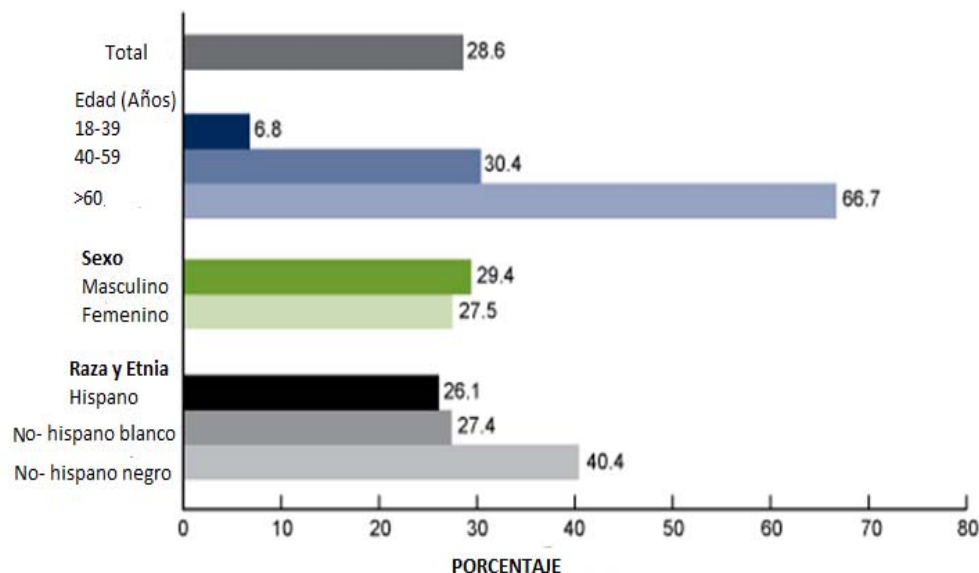
¹⁰ Sánchez, R., et al. (2010) Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. Rev Chil Cardiol, (29), 117-144. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v29n1/art12.pdf>

¹¹ Agusti, R. (2006) Epidemiología de la Hipertensión Arterial. Acta Medica Peruana, 23(2), 71-75. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96623205>.

venezolanos se encuentran en tratamiento farmacológico dejando ver que en ambos países mas de la mitad de la población hipertensa no se adhieren a ningún tratamiento.¹²

Según la gráfica N° 1 tomada de “*The National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES) III en EEUU*” muestra que entre el año 2009 y 2010, la prevalencia de hipertensión fue del 6,8% entre los de 18-39, el 30,4% de los de edad 40-59, y el 66,7% para los mayores de 60 años lo que deja ver que la HTA no es un problema único en adulto mayor sino que también afecta a otras poblaciones como el adulto joven.¹³

Gráfica 1. Prevalencia específica por edad y ajustadas por edad de la hipertensión entre los adultos de 18 años y más: Estados Unidos, 2009-2010.



Fuente: Yoon, S.; Burt,V.; Louis, T. (Octubre 2012) Hypertension Among Adults in the United States, 2009–2010. *NCHS Data Brief*, (107). Recuperado de: <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db107.pdf>

¹² Ramos, F. (2001) Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial. *Journal of Hipertensión*, 6(2), 1-27. Recuperado de: http://www.sac.org.ar/files/files/cc_latam_hta.pdf

¹³ Yoon, S.; Burt,V.; Louis, T. (Octubre 2012) Hypertension Among Adults in the United States, 2009–2010. *NCHS Data Brief*, (107). Recuperado de: <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db107.pdf>.

Por otro lado en España el 40% de la población total es hipertensa y según la Fundación Española del Corazón (FEC), la elevada cifra de España, al igual que la de otros países con el mismo nivel de desarrollo, se explica por el envejecimiento de la población, la mayor supervivencia con patologías cardiovasculares y el aumento de otros factores de riesgo¹⁴.

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad que se pensaba que afectaba a mayores de 65 años, cuya prevalencia se sitúa en el 60%. Sin embargo y según la Sociedad Española de Cardiología (SEC) en cualquier edad es importante el control de la presión arterial ya que en jóvenes y niños la prevalencia de la hipertensión arterial (HTA) va cada vez más en aumento. El 30% de los jóvenes y entre el 3 y el 7% de la población infantil presentan la enfermedad”¹⁵.

En Colombia según **La Encuesta Nacional de Salud (ENS 2007)** en la población entre 18 a 69 años el 11,1% refirió haber tenido diagnóstico médico de hipertensión, el 5,5% de la población de ese grupo de edad fue diagnosticada como hipertensa en dos ó más consultas médicas y estaba consumiendo medicamentos para el control de la enfermedad. La prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 64 años según edad en el ámbito nacional muestra que entre los 18-29 años el 13.8% de hombre son hipertensos y el 4.2% corresponde a la población femenina, entre las personas hipertensas de 30-39 años 23.8% son hombres y el 11.3% son mujeres y ya en edades entre 40-49 años el 29.4% corresponde a los hombres y el 20.7% son mujeres lo que evidencia que existe una mayor prevalencia en hombres en comparación a la de la mujer como lo muestra la tabla 1.

¹⁴ Fundación Española del Corazón (FEC). (2011) *Hipertensión Arterial en el mundo 2011, prevalencia HTA España 2011*. Recuperado de: <http://www.xenfacil.com/temas/17-may-2011-d%C3%ADa-mundial-de-la-hipertensi%C3%B3n-madrid-esp%C3%B1a.572/>.

¹⁵ *Ibíd.*

Tabla 1. Prevalencia de hipertensión arterial en personas de 18 a 69 años según edad en el ámbito nacional. Encuesta nacional de salud (ENS 2007).

Edad	Hombres	Hombres	Mujeres	Mujeres	Total	Total
	Normal	Hipertensos	Normal	Hipertensos	Normal	Hipertensos
18-29	86,2%	13,8%	95,8%	4,2%	91,7%	8,3%
30-39	76,2%	23,8%	88,7%	11,3%	83,5%	16,5%
40-49	70,6%	29,4%	79,3%	20,7%	75,5%	24,5%
50-59	60,0%	40,0%	61,1%	38,9%	60,6%	39,4%
60-69	40,5%	59,5%	41,6%	58,4%	41,1%	58,9%
Total	72,2%	27,8%	80,9%	19,1%	77,2%	22,8%

Fuente: Ministerio de protección social de Colombia. (2009) Encuesta nacional de salud 2007 Nacional. Bogotá, D. C.: Colciencias. Recuperado de: www.minsalud.gov.co/.../ENCUESTA%20NACIONAL.pdf.

Con el panorama anterior y los datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud del 2007 en Colombia, actualmente se observa una perspectiva preocupante en cuanto al fenómeno de las Enfermedades Crónicas que ponen en riesgo el desarrollo y la posibilidad de cada cual de cumplir de la mejor manera su proyecto de vida, lo que lo transforma en una prioridad para el Estado y la ciudadanía. Además se tiene dentro de los objetivos incrementar la proporción de personas con hipertensión arterial controlada o con adecuada adherencia al tratamiento¹⁶.

Es por esto que las campañas educativas dirigidas a la población de alto riesgo, pueden contribuir a mejorar la capacidad de agencia de autocuidado logrando que

¹⁶ Ministerio de protección social de Colombia. (2009) Encuesta nacional de salud 2007 Nacional. Bogotá, D. C.: Colciencias. Recuperado de: www.minsalud.gov.co/.../ENCUESTA%20NACIONAL.pdf.

las personas accedan a tratamiento, y logren un control adecuado teniendo en cuenta que la hipertensión arterial (HTA) es factor de riesgo importante para otras enfermedades como la cardiopatía isquémica, la insuficiencia cardiaca, la enfermedad cerebro vascular, la enfermedad vascular periférica, la insuficiencia renal y otras¹⁷. Por ende la determinación de los factores de riesgo en la población de adultos jóvenes, adquiere especial relevancia, porque permite identificar su vulnerabilidad y contribuye a focalizar las estrategias de prevención al constituir un grupo más susceptible de cambiar conductas y establecer hábitos de vida más saludable que permitan retrasar o minimizar la aparición de enfermedades crónicas en años posteriores¹⁸.

Por lo tanto la hipertensión arterial (HTA), es un serio problema de salud a nivel mundial, su efectivo control constituye un reto para el médico, enfermeras, instituciones sanitarias y los programas de salud de los pueblos y gobiernos. Se hace necesario aplicar medidas de control de la presión arterial, orientar a las poblacionales sobre modificaciones en el estilo de vida y un mejor y más actual conocimiento de la terapéutica antihipertensiva por parte de los profesionales que tienen la responsabilidad de atender a los pacientes hipertensos, para combatir a este "enemigo silencioso"; que como factor de riesgo cardiovascular ocasiona tantas muertes e incapacidades cuando no es controlado adecuadamente. La detección de "nuevos hipertensos" mediante encuesta y búsqueda activa en la población, el tratamiento multidisciplinario en los "hipertensos refractarios" y la estrecha relación médico paciente, podrán contribuir a alcanzar mejores y más efectivos controles de esta afección¹⁹. Por lo que es importante proyectar acciones que favorezcan la salud, con un equipo exitoso se lograra una adherencia de la

¹⁷ Castillo Herrera, J. A.; Villafranca Hernández, O. (2009) La hipertensión arterial primaria en edades tempranas de la vida, un reto a los servicios de salud. *Rev Cubana Inves Biomed*, 28(3), 147-157. Recuperado de: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d9da0bb6-424b-4951-beba-1c9c1347a3b3%40sessionmgr11&vid=4&hid=9>.

¹⁸ Bustos, P.; Amigo, H.; Arteaga, A.; Acosta, A.; Rona, R. (Sept. 2003) Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en adulto joven. *Rev Med Chile*, 131(9), 973-980. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000900002&script=sci_arttext.

¹⁹ *Ibíd.*

comunidad aumentando la participación de la población para generar un impacto en la salud.

No obstante, se hace necesario diseñar una estrategia individual, para detectar y controlar con medidas específicas en los servicios asistenciales, a los individuos con uno o varios factores de riesgo²⁰. Para ello es fundamental la implementación de promoción y prevención en salud conllevando a mejorar estilos de vida y aumentando la capacidad de agencia de auto cuidado.

De acuerdo a esto, la educación en salud se constituye en una herramienta para el desarrollo de estilos de vida saludables, permitiendo a través de esta, la incorporación de conductas favorables, con un proceso de comunicación interpersonal dirigido a proporcionar la información necesaria para que la persona realice un examen crítico de su problema de salud y a la vez se responsabilice de las decisiones de su comportamiento y de los efectos directos o indirectos que tienen estos sobre su salud física y psíquica²¹. Por lo tanto, la educación en salud se convierte en un elemento primordial para el adecuado control de la hipertensión arterial lo que permite comprender mejor la enfermedad y las consecuencias de esta.

Al incorporar la educación, el personal sanitario brinda promoción de la salud y prevención de la enfermedad, utilizándolo como un mecanismo para concientizar a las personas sobre la necesidad de asumir cambios en su capacidad de agencia de autocuidado, lo que a futuro les será representado en una mejor calidad de vida.

Para el profesional de enfermería brindar educación le permite al paciente realizar un cambio de perspectiva en su enfermedad para que así mismo tenga las

²⁰ Castillo Herrera, J. A.; Villafranca Hernández, O. (2009) La hipertensión arterial primaria en edades tempranas de la vida, un reto a los servicios de salud. *Rev Cubana Inves Biomed*, 28(3), 147-157. Recuperado de: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d9da0bb6-424b-4951-beba-1c9c1347a3b3%40sessionmgr11&vid=4&hid=9>.

²¹ Redondo, P. (2004) *Introducción a la Educación para la salud*. Universidad de Costa Rica. Recuperado de: <http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/quinta.pdf>.

herramientas para crear un cambio en su vida y tomar una decisión que fortalezca una mejor adherencia al tratamiento que se requiera.

Al realizar una adecuada percepción del riesgo de sufrir hipertensión arterial o poseer la capacidad latente de padecerla, exige al profesional de enfermería diseñar y ejecutar una estrategia a nivel poblacional, con medidas de educación y promoción de salud dirigidas a la disminución de las cifras de presión arterial y de otros factores de riesgo asociados a la hipertensión en la población, principalmente el sedentarismo, las dislipoproteinemias, el elevado consumo de sal, el tabaquismo, el alcoholismo y la obesidad.

Por lo tanto, es preciso implementar un proceso educativo que incorpore conocimientos, habilidades, prácticas personales y comunitarias que permitan cambios a nivel comportamental. Como lo demuestro el estudio de Rodríguez Carmela y colaboradores en el estudio “eficacia de una intervención educativa grupal sobre cambios en los estilos de vida en hipertensos en atención primaria: ensayo clínico aleatorio”²² donde la educación grupal se presenta como una estrategia efectiva para la promoción de la salud, control de factores de riesgo, modificación de estilos de vida y riesgo cardiovascular en personas hipertensas; esto favoreciendo condiciones óptimas para el cambio hacia un estilo de vida más saludable y permite modificar aspectos cognitivos, a pesar de que nunca podrá sustituir a la educación individual dadas las características individuales de cada paciente y la evolución de la propia enfermedad. La intervención grupal facilita el cambio de actitudes frente a su enfermedad, da la posibilidad de expresar sus miedos y temores ante otras personas con problemas parecidos, disminuye el nivel de ansiedad y facilita la comunicación entre pacientes y con el personal sanitario.

²² Carmela, Rodríguez. Martín. Eficacia de una intervención educativa grupal sobre cambios en los estilos de vida en hipertensos en atención primaria: un ensayo clínico aleatorio. Rev Esp Salud Pública 2009. Recuperado de: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol83/vol83_3/R_S833C_441.pdf

2. DESCRIPCIÓN DE PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Con los antecedentes y datos estadísticos presentados se deduce que la hipertensión arterial (HTA), es el aumento de la presión arterial en forma crónica. Es una enfermedad que no da síntomas durante mucho tiempo y, si no se trata, puede desencadenar complicaciones severas como un infarto al miocardio, una hemorragia o trombosis cerebral lo que se puede evitar si se controla adecuadamente. Las primeras consecuencias de la hipertensión la sufren las arterias, que se endurecen a medida que soportan la presión arterial alta de forma continua, se hace mas gruesas y puede dificultarse el paso de sangre a través de ellas²³.

Estadísticamente se puede ver la complejidad de la problemática en salud, con relación a la hipertensión arterial, es importante tener en cuenta que más del 90% del tratamiento antihipertensivo se gasta en países de altos ingresos, mientras que los países de bajos y medianos ingresos, a pesar de tener una carga de enfermedad más de cinco veces mayor que los países de altos ingresos, tienen acceso a solo el 10% de los recursos globales de tratamiento. Los parámetros de costo-efectividad, costo-beneficio y costo-utilidad del tratamiento de la hipertensión en la población general son muy afectados por la presencia de comorbilidades y complicaciones²⁴.

Es por esto que la hipertensión arterial (HTA) es una entidad en la que el profesional de salud deben realizar el seguimiento en la toma de tensión arterial, la educación para el desarrollo de habilidades, capacidades, aptitudes y actitudes

²³Jiménez y Villegas, C.; López-Solache, G. Pichardo-León, C. Déficit de autocuidado y el desconocimiento de las complicaciones de la hipertensión arterial. Revista mexicana de Enfermería Cardiológica, 11(1), 11-17. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2003/en031c.pdf>.

²⁴Sánchez, R., et al. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. Rev Chil Cardiol, 20(1), 117-144. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-85602010000100012&script=sci_arttext

que brinden al individuo fortalecimiento en la percepción y autoestima en cuanto a la salud y bienestar tomando herramientas útiles para mejorar estilos de vida en todos los ámbitos en los que se desarrolla socialmente.

Por todo lo anterior, el conocimiento de la enfermedad y el adquirir información acerca de cómo cuidarse es una herramienta que permite tanto a la persona como al profesional de enfermería actuar desde el campo de la promoción y la prevención, donde se generen cambios de vida a estilos saludables, se promueva la reducción de factores como el stress, la depresión e irritabilidad evitando complicaciones a largo plazo; Y que de ser necesario se logre adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, para así tener un control de las cifras tensionales.

Para esto, se propone fortalecer la Capacidad de Agencia de Autocuidado (CAA) de los jóvenes, la cual es definida por Orem como la práctica de actividades que los individuos realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar, en donde enfermería debe identificar las capacidades potenciales de autocuidado del individuo para satisfacer necesidades con el fin de mantener la vida y la salud, recuperar daños de la enfermedad y manejar efectos adversos.

Sin embargo, el buen funcionamiento que el ser humano necesita para mejorar su salud se ve afectado, porque la hipertensión impone una enorme carga económica y social a causa de las comorbilidades asociadas y de las complicaciones crónicas que pueden afectar la salud y la calidad de vida. De ahí la importancia de intervenir en las estrategias en educación en salud que permitan disminuir los índices de comorbilidades y evitar fallecimientos prematuros que aumenten las estadísticas de morbilidad. La educación en salud beneficia a la población con presencia de enfermedades crónicas ya que aumenta la demanda en los controles, ayuda a incorporar al paciente en su enfermedad y fortalece el vínculo

de enfermera-paciente, cumpliendo con el objetivo de mejorar la calidad de vida y preparar al paciente para su autocuidado.

Por lo que la justificación de este trabajo se enfoca en mejorar la Capacidad de a agencia de autocuidado (CAA) del adulto joven hipertenso perteneciente al grupo Hipertensión y juventud de la red social Facebook, implementado la estrategia educativa basada en el modelo del pedagogo, psicólogo y filósofo Paulo Freire quien en sus inicios de pedagogía se interesó por una educación humanista que buscara la integración del individuo a su realidad nacional, definiendo la educación como un proceso destinado no a la domesticación si no a la liberación del individuo, a través del desarrollo de su conciencia crítica permanente, que le permita al hombre captar la situación de opresión a la que se halla sometido y entenderla como limitante y transformable. Una educación liberadora es donde el hombre ha de encontrarse a sí mismo, aprende a tomar conciencia del mundo que le rodea y a reflexionar sobre él para descubrir las posibilidades de reestructurarlo y modificarlo. La función del educador será entonces la de despertar y ayudar a desarrollar la conciencia crítica de los educandos. Por lo tanto la educación liberadora problematiza y desmitifica la realidad, fundada en una actitud dialógica que rompe con la dialéctica tradicional educador/educando, en la cual ambos pueden aprender y enseñar en su reflexión y acción crítica sobre el mundo, convirtiéndose en seres de la praxis.

Igualmente, otro aporte importante de la investigación, es la implementación y evaluación de nuevas estrategias educativas fundamentadas en modelos como el de Paulo Freire dadas a conocer por medio de nuevas herramientas de comunicación como las redes sociales o espacios virtuales de comunicación como Facebook en donde la población joven está inmersa lo que facilita la transmisión informativa.

¿Cuál es la efectividad del modelo de concientización de Paulo Freire como estrategia educativa para promover la capacidad de agencia de autocuidado del adulto joven hipertenso, del grupo “Hhipertensión arterial y juventud” de la red social Facebook, en el periodo de febrero a abril de 2013?

3. DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS

EFFECTIVIDAD: la capacidad o habilidad que puede demostrar una persona, para cambiar conductas en pro de su autocuidado. Para este estudio se aplicó la prueba de chi cuadrado con dos grados de libertad y un nivel de confianza de 0.05, tomando como valor de referencia 5.9 en la tabla de valores críticos de la distribución del Chi Cuadrado, dada la diferencia del tamaño de la muestra entre los periodos comparados.

CONCIENTIZACIÓN SEGÚN PAULO: consiste en un proceso humano que se instaura precisamente cuando la conciencia se hace reflexiva. No es solo la toma de conciencia sino la profundización de la toma de conciencia, que lleva consigo un acercamiento crítico al mundo. Consiste por lo tanto, en el desarrollo crítico de la toma de conciencia. Desarrollo que no puede existir fuera de la praxis, sin el acto “acción reflexión” (Cfr. El mensaje de Paulo Freire. Teoría y práctica de la liberación).

Concientizar quiere decir guiar al adulto a un estado de conciencia que no corresponde ya al contexto histórico en el que vive, a otro estado de conciencia que le permita una participación efectiva, objetiva y crítica dentro del proceso histórico del que forma parte y donde debe asegurarse su posición como sujeto y no como objeto de este mismo proceso (Cfr. Método “Paulo Freire” de alfabetización en Brasil).

Para efectos de este trabajo concientización será el proceso a través del cual en el desarrollo de cada sesión se llevará a las personas y al grupo, a realizar un acto reflexivo basado en sus conocimientos, creencias y la educación brindada, para

que determinen que cambios pueden y deben realizar para mejorar la capacidad de agencia de autocuidado²⁵.

ESTRATEGIA EDUCATIVA: son los métodos, técnicas, procedimientos y recursos que se planifican de acuerdo con las necesidades de la población a la cual va dirigida y que tiene por objeto hacer más efectivo el proceso de enseñanza-aprendizaje²⁶.

Para dar respuesta a la parte operativa de la definición de términos de este trabajo se definirán algunos conceptos dado que estos conforman parte de la definición de la estrategia educativa y a su vez se verán desarrollados en la metodología del presente trabajo.

- **Método:** es una palabra que proviene del término griego *methodos* (“camino” o “vía”) y que se refiere al medio utilizado para llegar a un fin (18). Para el propósito de este trabajo los métodos serán todas aquellas estrategias educativas utilizadas para lograr en el adulto joven hipertenso un cambio en su comportamiento habitual sobre la forma como ve y maneja su tratamiento farmacológico como no farmacológico.
- **Técnica:** para efectos de este trabajo será la manera de presentar los contenidos y el modo de utilización del material didáctico.
- **Procedimiento:** es un término que hace referencia a la acción que consiste en proceder, que significa actuar de una forma determinada. El procedimiento, en este sentido, consiste en seguir ciertos pasos o fases predefinidas para desarrollar la estrategia de manera eficaz.

²⁵ Arroyo, J. (1978) *Paulo Freire: su ideología y su método*. Zaragoza: Hechos y Dichos.

²⁶ Pacheco, M. (2008) Estrategias de enseñanza. En: Educar.Org. Recuperado de: <http://portal.educar.org/foros/estrategias-de-ensenanza>.

- **Recurso:** Medios por los cuales se dispone para llevar a cabo la estrategia.

CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO: según Dorothea Orem, es la capacidad de actuar autónoma (implícita aquí la responsabilidad) y deliberadamente, y en forma de cuidado hacia uno mismo; hablar de agencia supone introducirse en el mundo complejo del ser humano y su proceso de toma de decisiones para el mantenimiento de su salud y la realización de acciones que contribuyan al bienestar consigo mismo, con los otros y con su entorno²⁷. Lo cual para este estudio fue medido con el instrumento de capacidad de agencia de autocuidado aplicado antes y después de la intervención utilizada.

ADULTO JOVEN HIPERTENSO: según la American Health Association (AHA) en el consenso de 2009, se define como adulto joven hipertenso a aquellas personas que se encuentran entre los 18 a los 45 años, con cifras tensionales mayores o iguales a 140/90 mmHg. Para este estudio los adultos jóvenes hipertensos son los participantes del grupo hipertensión y juventud de la red social Facebook.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se considera hipertensión arterial a aquella presión arterial sistólica igual o superior a 140 mm Hg y/o una presión arterial diastólica igual o superior a 90 mm Hg²⁸.

REDES SOCIALES: es una herramienta social que pone en contacto a personas usuarias con sus amigos y otras personas que trabajan, estudian y viven cerca de ellos.²⁹

²⁷ Alligood, M.; Marriner Tomey, A. (2011) Modelos y teorías en enfermería. España: Elsevier.

²⁸ Nieto Martínez, E.; Fernández Martínez, M.; Cabrera Solé, R.; Turpin Lucas, C. Detección de subformas de hipertensión arterial por monitorización ambulatoria de la presión arterial. Utilidad clínica. Revista de Enfermería, (15). Recuperado de:

http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2015/numero15/dtecc_HTA.htm.

²⁹ SEO Colombia. (2012) Estadísticas de Facebook en Colombia. Recuperado de:

<http://www.seocolombia.com/blog/redes-sociales/>.

FACEBOOK: es una comunidad virtual donde sus usuarios interactúan con personas de todo el mundo con quienes encuentran gustos o intereses en común. Funciona como una plataforma de comunicaciones que permite conectar gente que se conoce o que desea conocerse, y que les permite centralizar recursos, como fotos y vídeos, en un lugar fácil de acceder y administrado por los usuarios mismos³⁰

Para esta investigación fue el medio de comunicación entre los investigadores y participantes del estudio.

³⁰ Castro, L. (2012) *¿Qué es una red social?*. About.com. Recuperado de <http://aprenderinternet.about.com/od/RedesSociales/g/Que-Es-Una-Red-Social.htm>

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la efectividad del modelo de concientización Paulo Freire como intervención educativa para promover la capacidad de agencia de auto cuidado del Adulto Joven Hipertenso del grupo Hipertensión Arterial y Juventud de la Red Social Facebook.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar socio–demográficamente a los adultos jóvenes hipertensos que pertenecen al grupo de hipertensión arterial y juventud, en el periodo de Febrero a Mayo de 2013.
- Mostrar los resultados por variables sociodemográficas de la capacidad de agencia de autocuidado del adulto joven hipertenso en los periodos 2012-1 y 2013-1.
- Comparar los niveles de Capacidad de Agencia de Autocuidado del adulto joven hipertenso antes y después de realizar la intervención educativa basada en modelo de concientización de Paulo Freire.

5. PROPÓSITOS

- Aportar información al personal salud, sobre estrategias educativas en el adulto joven hipertenso.
- Crear una inquietud en los profesionales de la salud que genere nuevas estrategias educativas.
- Fomentar estrategias de educación en salud, que promuevan cambios en la capacidad de agencia de autocuidado del adulto Joven Hipertenso por medio de las tendencias actuales de comunicación como Facebook.

6. MARCO TEÓRICO

Este marco teórico, se desarrollará teniendo en cuenta los siguientes aspectos: una revisión sobre hipertensión arterial (HTA), capacidad de agencia de auto-cuidado (CAA), modelo de déficit de auto-cuidado y sus tres líneas principales (Teoría de los sistemas enfermeros, teoría del déficit de auto-cuidado y teoría de auto-cuidado) además se dará a conocer el modelo de Paulo Freire el cual es la base fundamental de la estrategia educativa aplicada para mejorar la capacidad de agencia de auto-cuidado de los adultos jóvenes hipertensos tomados en cuenta para este estudio.

6.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y EDUCACIÓN EN SALUD

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Hipertensión Arterial (HTA) se constituye el primer riesgo de muerte en la mujer y el segundo para los varones en el mundo occidental. Se estima que el 50% de las enfermedades cardiovasculares (ECV) se puede atribuir a la elevación de la presión arterial (PA), siendo el principal riesgo de ictus e insuficiencia cardíaca³¹.

La mayoría de las complicaciones relacionadas con la hipertensión arterial (HTA) son prevenibles, pero las bajas tasas de conocimiento y control de la hipertensión por parte de profesionales y pacientes hacen más dramática la situación actual en salud pública³².

De acuerdo con los lineamientos del Ministerio de Protección Social colombiano, en su momento, en el Decreto 3039 de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, las enfermedades crónicas no transmisibles

³¹ Molina Díaz, R., et al. (2006) Manual de hipertensión arterial en la práctica clínica de atención primaria. Andalucía: Sociedad Andaluza de Medicina de Familia. Recuperado de: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTCardioHTA/20091.pdf>.

³² Fundación Española del Corazón (FEC). Op. cit.

ocupan el primer puesto entre las principales causas de enfermedad, discapacidad y muerte en la población colombiana, sobrepasando incluso las causadas por lesiones externas (violencia y accidentes). Es así como los programas del Ministerio de la Protección Social, las Secretarías de Salud Departamentales, Distritales y Municipales han venido fortaleciendo las acciones y estrategias entorno al control y seguimiento de estos eventos, sin embargo se siguen priorizando las intervenciones y recursos en el control de las enfermedades transmisibles a través de diversos programas verticales, dejando en segundo plano los recursos que den prioridad a la educación en cambio de hábitos y estilos de vida saludables que promuevan la reducción de las enfermedades cardiovasculares en Colombia³³.

Muchas intervenciones eficaces, y costo-efectivas para prevenir la hipertensión arterial aún no se implementan en nuestro país a pesar de la evidencia de que son razonablemente financiables. No es necesariamente por falta de recursos, sino en buena medida, por la falta de reconocimiento de los tomadores de decisiones sanitarias que promuevan e impulsen políticas públicas favorables generadoras de impacto económico y social contra la epidemia de enfermedades crónicas en general y de las cardiovasculares en particular.

Según el Sistema de Salud colombiano, es realmente muy poco el tiempo que se dispone en los servicios de atención para llevar un adecuado seguimiento de la enfermedad hipertensiva en personas jóvenes diagnosticadas, pues se consideran más importantes este tipo de patologías en personas de edades más avanzadas ya que todos los estudios, guías y protocolos tienden a asociar la hipertensión arterial con el adulto mayor debido a que estos últimos poseen adicionalmente

³³ Alcaldía de Santiago de Cali. (2011) *Boletín informativo del programa de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) de la secretaria de salud pública municipal de Santiago de Cali 2011*. Recuperado de: http://calisaludable.cali.gov.co/saludPublica/2011_EstilosdeVida/BOLETIN_CRONICAS_2011.pdf.

otros factores de riesgo que agudizan la probabilidad de presentar un evento cardiovascular³⁴.

Basado en lo anterior se deben implementar estrategias educativas permanentes y continuas en el tiempo, con el fin de lograr que el paciente joven con patología crónica no transmisible tome conciencia de las prácticas de autocuidado que debe incluir a su nuevo rol social, implemente hábitos saludables cotidianos y posea elementos sólidos para que conozca y se adhiera al tratamiento, y no lo abandone ya que este debe durar por el resto de su vida y de ello depende evitar las complicaciones a largo plazo³⁵.

El boletín informativo del Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) de la Secretaria de Salud Pública Municipal de Santiago de Cali 2011, registra el comportamiento de la hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus (DM) según edad y sexo, donde demuestra que para todos los grupos de edad son las mujeres las que más aportan casos, y en el caso de hipertensión arterial (HTA) en el grupo de 45 a 65 años la proporción de mujeres es más del doble de la proporción de hombres, además este mismo grupo registra en mayor cantidad pacientes incluidos en los programas de control, sin embargo resaltan porcentajes de personas menores de 45 años que están incluidos en un 18% a programas de hipertensos, 25% a programas de diabéticos y 7% a programas de enfermedad renal crónica³⁶.

Es evidente la falta cobertura en programas de control y seguimiento de hipertensión a los más jóvenes que la padecen, pues en ellos se marcan y determinan pautas tempranas de autocuidado en salud que van a generar disminución en las tasas de hospitalizaciones, complicaciones de la enfermedad y

³⁴ Guerrero, R.; Gallego, A.; Becerri, V. (2011) Sistema de salud Colombia. *Salud pública de México*, 53(2).

³⁵ Ministerio de protección social de Colombia. (2009) *Encuesta nacional de salud 2007. Op. cit.*

³⁶ Ministerio de protección social de Colombia. (2009) *Encuesta nacional de salud 2007. Op. cit.*

muerdes prevenibles en una edad que aunque es más avanzada es aún muy productiva y de sostenimiento familiar y social.

En el mismo boletín informativo de Cali, en el periodo analizado de 2008 a junio de 2010, las hospitalizaciones por complicaciones renales y cardiovasculares como el infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular y otras enfermedades cardiovasculares incluidas allí (angina de pecho, aneurismas, aterosclerosis, hipertensión esencial, embolia y trombosis) según el código internacional de enfermedades (CIE), marcaron cifras porcentuales así: La mitad de hombres eran mayores de 65 años, el 39% estaban en el grupo de 45-64 años y el 11% eran menores de 45 años. En el grupo de las mujeres más de la mitad eran mayores de 65 años, el 33% estaban en el grupo de 45-64 años y el 14% eran menores de 45 años. Del total de hospitalizaciones registradas en el periodo, 1615 terminaron en muerte, de las cuales 550 es decir el 34% eran menores de 65 años³⁷.

Es notorio que con el transcurrir del tiempo, los cambios sociales y culturales y la agitación diaria por el cumplimiento de obligaciones y responsabilidades en las diferentes instituciones de la sociedad, se agudizan los inadecuados hábitos en salud que se implementan culturalmente desde la niñez-adolescencia y juventud que por consecuente van a tener relevancia tanto en el aumento de las tasas de morbilidad de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) específicamente hipertensión en jóvenes como el aumento las tasas de mortalidad por complicaciones cardiovasculares reflejadas paralelamente en edades más tempranas de lo que comúnmente se encuentra en la literatura.

Es por esto que la hipertensión arterial (HTA) se define como la elevación mantenida de la presión arterial (PA) por encima de los valores normales sin embargo se debe tener en cuenta que cuando se quiera diagnosticar a una persona hipertensa se deben determinar los valores de normalidad y enfermedad de forma individualizada por lo que tanto el Séptimo Informe del Joint National

³⁷ Ministerio de protección social de Colombia. (2009) *Encuesta nacional de salud 2007*. Op. cit.

Comittee (JNCVII) de 2003 como el Informe de la organización mundial de la salud (OMS) del mismo año consideran como límites de la normalidad una presión arterial Sistólica (PAS) de 140 y/o una presión arterial diastólica (PAD) de 90 mmHg³⁸.

La hipertensión arterial (HTA) es ya un factor de alto riesgo, prevalente para las ECV en el mundo industrializado. Está resultando un problema de salud común su incremento en todo el mundo debido al aumento de factores que contribuyen a su desarrollo como la obesidad, la inactividad física y una dieta no sana.

La arterioesclerosis acelerada es un acompañante constante de la hipertensión arterial (HTA). Así pues, no es sorprendente que los factores de riesgo independientes asociados al desarrollo de las arterioesclerosis, por ejemplo, concentraciones elevadas de colesterol sérico, intolerancia a la glucosa y tabaquismo, aumentan significativamente el efecto de la hipertensión arterial (HTA) sobre la tasa de mortalidad, con independencia de la edad, el sexo o la raza.

En relación con la dieta, la gran mayoría de estudios concluyen que la enfermedad es más común en las personas obesas, a las que conservan su peso normal. Algunas situaciones, como aquellas relacionadas con alteraciones en la liberación de insulina, suele ser más peligrosa que la obesidad sola, puesto que se asocian también con alteraciones en la concentración plasmática de glucosa, lípidos y uratos, cuadro conocido como el síndrome metabólico.

Estudios hechos en personas obesas ha demostrado que la sola disminución de peso es suficiente para controlar la enfermedad, sin necesidad de recurrir a

³⁸ Joint National Committee. (2003) *Séptimo Informe sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial*. Recuperado de <http://www.sld.cu/servicios/hta/doc/JNC-7esp.pdf>

tratamiento farmacológico (por cada kilo de peso que se disminuye, la tensión sistólica desciende en 1,6 mmhg y la diastólica de 1,3 de mmhg)³⁹.

Las decisiones sobre el control de los hipertensos deberían tomar en cuenta no sólo la clasificación de PA (Tabla 2), sino también la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular, daño en órganos vulnerables, y condiciones clínicas asociadas.

Tabla 2. Clasificación de hipertensión arterial -HTA según Joint National Committee (JNCVII).

CATEGORIA	SISTOLICA	DIASTOLICA
Normal	<120	<80
Prehipertension	120-139	80-89
Hipertensión estadio 1	140-159	90-99
Hipertensión estadio 2	≥ 160	≥ 100

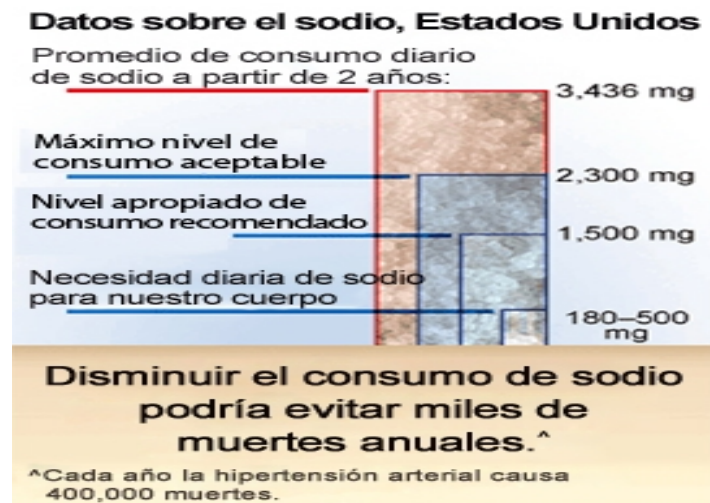
Fuente: Joint National Committee. (2003) *Séptimo Informe sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial*. Recuperado de <http://www.sld.cu/servicios/hta/doc/JNC-7esp.pdf>

Estudios recientes se han dedicado a ver la influencia de otros factores importantes como el consumo de sal en la dieta, marcando la relación entre la reducción del consumo de 12 a 13 gr diarios, tanto en normo como en hipertensos, en la reducción de las cifras tensionales. Sin embargo, la elaboración de los alimentos suele tener una composición excesiva en sodio, por lo que hay actualmente algunas iniciativas gubernamentales para disminuir el sodio en los alimentos elaborados.

³⁹ Joint National Committee. (2003) *Séptimo Informe sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial*. Recuperado de <http://www.sld.cu/servicios/hta/doc/JNC-7esp.pdf>

La mayoría de guías de hipertensión aconsejan la dieta Enfoques Dietéticos para Reducir la Hipertensión; en inglés Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) rica en vegetales y frutas y muy bajos niveles de sodio. Estas dietas reducen por sí solas de forma importante las cifras tensionales, sobre todo en las personas con factores de riesgo acompañantes. En países como Estados Unidos el consumo de sodio es elevado lo que ha causado que la primera y tercera causa de muerte sea las enfermedades cardíacas y cerebrovasculares presentes especialmente en personas hipertensas; es por esto que el Instituto de Medicina recomienda 1500mgr (2 cucharaditas) de sodio al día como el nivel de consumo adecuado como lo muestra la gráfica 2.

Grafica 2. Niveles del consumo de sodio en Estado Unidos.



Fuente: Centro para el y la prevención de enfermedades (CDC). Prevención de enfermedades crónicas y la promoción de la salud hoja de datos sodio. 2011.

Por otro lado también se ha evidenciado que el consumo de cafeína incrementa la presión arterial (PA) a corto plazo. Sin embargo, el consumo de dosis moderadas de café a largo plazo no se ha relacionado con un aumento de las cifras tensionales a diferencia del alcohol el cual tiene un efecto dosis-dependiente sobre la hipertensión arterial (HTA); es mayor con cifras elevadas de presión arterial (PA) y ocasiona alta morbimortalidad, fundamentalmente hemorragias

subaracnoideas e intracerebrales. Sin embargo a pesar de la identificación de todos estos factores causales de hipertensión arterial (HTA), incluyendo el exceso de peso corporal, el exceso de sodio en la dieta, la actividad física reducida, el inadecuado consumo de vegetales, frutas y potasio, y un excesivo consumo de alcohol, tan solo un 20% de la población se compromete a realizar ejercicio físico adecuado a diario⁴⁰.

En pacientes de riesgo cardiovascular añadido bajo o moderado, el tratamiento farmacológico se iniciará con una dosis baja del fármaco elegido y se planteará una reducción lenta y gradual de la presión arterial (PA). La meta de este tratamiento es disminuir las presiones sistólica y diastólica a 140/90 o menos. Con este propósito se dispone de varios medicamentos antihipertensivos. Cuando se eligen correctamente estos medicamentos, se puede tratar adecuadamente a la mayoría de pacientes hipertensos.

Dada la diversidad demográfica, epidemiológica y de recursos sanitarios y económicos en el mundo, las recomendaciones sobre el tratamiento inicial han de ser necesariamente flexibles. Por lo que se debe tomar decisiones de acuerdo a la población teniendo en cuenta “las características de la hipertensión, factores de riesgo cardiovascular, daño de órgano blanco, acceso del paciente a la medicación, grado de información o prejuicios frente al tratamiento, comorbilidades, la variabilidad de la respuesta, la evidencia reunida sobre el potencial de cada grupo de fármacos para reducir el riesgo cardiovascular y todo factor que pueda influir a corto o largo plazo en la adherencia al tratamiento crónico”⁴¹.

⁴⁰ Molina Díaz, R., et al. (2006) *Manual de hipertensión arterial en la práctica clínica de atención primaria*. Andalucía: Sociedad Andaluza de Medicina de Familia. Recuperado de: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTCardioHTA/20091.pdf>

⁴¹ Gonzales Camaño, A. (s.f.) Tratamiento farmacológico antihipertensivo 2012. Sociedad mexicana para el estudio de la hipertensión arterial. Recuperado de: <http://www.lancet.mx/FASCICULOS/Tratamiento%20Farmacologico%202012.pdf>

Tabla 3. Tratamiento Farmacológico en Hipertensión Arterial.

ENFOQUE DIAGNOSTICO				
PACIENTE	MEDICAMENTO IDEAL		MEDICAMENTO DE SEGUNDA LINEA	
Joven raza blanca	Beta bloqueador	propranolol 40-240 mg/dia	Bloqueadores alfa	prazosin 1-6 mg/dia
		metoprolol 50-200 mg/		Terazosin
		Labetalol		
Adulto	ECA inhibidores	captopril 25-150 mg/dia		
		enalapril 5-40 mg/dia		
		quinapril 2.5-20 mg/dia		
		Lisinopril		
	ARA II	losartan 50-100 mg/dia	Diureticos	hidroclorotiazida 12.5-50 mg/dia
		lbersartan		espironolactona 25-100 mg/dia
		furosemida 20-60 mg/dia		
Anciano	Anticalcicos	amlodipino 5-20 mg/dia	Otros	prazosina 1-6 mg/dia
		diltiazem 60-160 mg/dia		clonidina 150-900 mg/dia
		verapamilo 40-240 mg/dia		diureticos dosis bajas adyuvante
Pacientes raza negra (son mayores dependientes de volemia y niveles de renina alta)		Diureticos		
		ECA inhibidores		
		Anticalcicos		
		ARA II		

Fuente: Ortiz Albán, I. J. (2010) *Hipertensión Arterial. Diagnostico y manejo individualizado*. México: CIMAZ.

Todos los medicamentos antihipertensivos nombrados en la tabla anterior pueden ser útiles para lograr un adecuado control de la presión arterial, si bien todos tienen ventajas y desventajas para determinados grupo de pacientes por lo que es

importante brindar un tratamiento adecuado que implique el uso racional de los fármacos de la siguiente manera:

- Iniciar el tratamiento con dosis bajas de uno o varios medicamentos. Si la PA no se logra controlar se puede optar por aumentar las dosis o asociar otro fármaco al tratamiento.
- Si se inicia tratamiento con monoterapia, es preferible agregar otro fármaco a dosis baja que aumentar la dosis del medicamento inicial.
- Si la respuesta es nula se debe cambiar el medicamento antes que aumentar la dosis.
- Preferir medicamentos de acción prolongada que ofrecen eficacia las 24 horas con una sola toma mejorando así la adherencia.

Nunca se debe olvidar que dentro del plan de mejora de cada persona debe incluirse tanto un tratamiento farmacológico como no farmacológico dirigido a cambiar estilos de vida, con el objetivo de alcanzar lentamente y de manera progresiva un control de las cifras tensionales.

Diferentes escuelas y estudios realizados coinciden en los grandes beneficios que trae el cambio de los estilos de vida en el tratamiento de la Hipertensión Arterial. Las estrategias de prevención y el manejo de la hipertensión arterial implican educación sobre la detección temprana y hábitos de vida saludables, que solo pueden ser resueltos con campañas y estrategias de educación dirigidas a la comunidad. El tratamiento antihipertensivo se entiende en la actualidad como parte del manejo integral del riesgo cardiovascular, siendo necesaria con frecuencia la asociación de otras terapias encaminadas a reducir el riesgo cardiovascular añadido de cada paciente.

El tratamiento de la hipertensión arterial (HTA), sea únicamente no farmacológico o farmacológico, tiene carácter indefinido, por lo que resulta esencial una buena

comunicación entre el personal sanitario y el paciente. Antes de comenzar el tratamiento se debe informar al enfermo sobre la naturaleza de su proceso y sobre los objetivos de la terapéutica antihipertensiva.

Cuando se habla de tratamiento no farmacológico se hace referencia a cambios importantes en los comportamientos cotidianos relacionados con la nutrición y la actividad física. Se ha demostrado que la reducción de 5 a 6 kilogramos de peso puede tener modificaciones metabólicas sustanciales y producir impacto en los aparatos cardiovascular y osteomuscular. Idealmente la persona hipertensa debe llegar a un peso indicado y a un índice de masa corporal adecuado para la talla.

La disminución del consumo de sal además del aumento en la actividad física tienen efecto antihipertensivo, aunque combinado con la restricción calórica se logra mayores efectos, tanto en la reducción de la presión arterial (PA) como el mantenimiento de un peso adecuado. Sobre esta base, debe recomendarse siempre la práctica de ejercicio físico aeróbico a todos los pacientes hipertensos. La cantidad y el tipo de ejercicio deben ser individualizados para cada paciente, teniendo en cuenta la edad, el entrenamiento previo y las preferencias de las prácticas deportivas (Tabla 4).

Tabla 4. Cambio en el estilo de vida y efecto sobre la presión arterial.

Cambio	Recomendación	Reducción estimada de la PAS
Reducción del peso	Mantener IMC (20-25KG/M2)	Entre 5 y 20 mmHg por una reducción de 10kg de peso.
Restricción del consumo de sal	Reducir la ingesta a cifras por debajo de 1500 mg (2 cucharaditas)	2-8 mmHg
Moderación en el consumo de alcohol	Limitar el consumo por debajo de 210g semanales (30g/día) en hombres y 140g semanales (20g/día) en mujeres.	2-4 mmHg
Adopción de la dieta DASH	Dieta rica en frutas, verdura y productos lácticos desnatados con reducción de la grasa total y especialmente saturada.	8-14 mmHg
Ejercicio físico	Práctica habitual (al menos 3 días a la semana) de ejercicio aeróbico por 230.45 minutos.	4-9 mmHg

Fuente: los efectos de la dieta DASH solo se han probado en EE.UU y son comprobados con los de la dieta típica americana. Las características de la dieta DASH son similares aunque no idénticas a la dieta mediterránea que está asociada con una protección frente a la enfermedad cardiovascular. Fuente: Chobanian AV. (2007) Clinical practice. Isolated systolic hypertension in the elderly. *N Engl J Med*, 357, 789-796.

Es importante saber que no todos los ejercicios son buenos, por ejemplo el ejercicio físico isométrico intenso (levantamiento de pesas) no es recomendable ya que no genera ningún cambio en la presión arterial (PA). El tabaco es otro de los factores de riesgo para padecer evento cerebrovascular (ECV) además del alcohol los cuales generan un aumento en las cifras tensionales. Este incremento siempre será mayor en fumadores y personas con colesterol elevado. Existe una relación epidemiológica directa entre el consumo de alcohol, las cifras de presión y la prevalencia de hipertensión arterial (HTA).

Retomando el Decreto 3039 de 2007, por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública colombiano 2007-2010 en su línea de política número 1 promoción de la salud y la calidad de vida, establece que estas últimas se asumen como una:

Dimensión del trabajo de salud que ubica su centro en la noción de salud, en su sentido positivo como bienestar y calidad de vida, que se articula y se combina con la acción preventiva. La promoción de la salud y la calidad de vida integran las acciones individuales y colectivas encaminadas a hacer que los individuos y las colectividades estén en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud.

El objetivo de esta línea de política es fomentar las capacidades y generar en los individuos y las comunidades las oportunidades para que sean capaces de identificar y satisfacer sus necesidades en salud, cambiar o adaptarse al medio ambiente, asumir estilos de vida que reduzcan su vulnerabilidad, y participar en el control social para la mejoría de las condiciones del entorno con el fin de facilitar el desarrollo de una cultura de la salud con calidad de vida y el desarrollo de la autonomía individual y colectiva.

Es así como también se plantean unas estrategias específicas que guían el actuar para poder cumplir este objetivo, algunas de estas son: a) impulsar estrategias para la promoción de la actividad física en escenarios educativos, redes y grupos comunitarios, laborales; b) desarrollar y evaluar estrategias de educación, información, comunicación y movilización social con enfoque etnocultural, para promoción de estilos de vida saludable, uso racional de medicamentos, y prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles; Promover estrategias de información, educación, comunicación y asesoría para desestimular el hábito

de fumar y la cesación del hábito del tabaco en las escuelas de básica primaria, secundaria, universidades y lugares de trabajo⁴².

Con base a lo anterior es importante desde la unidad de promoción y educación para la salud observar, analizar y abordar la falta de adherencia al tratamiento de los pacientes con hipertensión arterial (HTA) para así aplicar estrategias educativas que permitan modificar las condiciones sociales y ambientales con el fin de incrementar su control sobre los factores de riesgo. Sin embargo la evidencia sobre intervenciones efectivas y educativas apropiadas para ello, es limitada. Se requiere mayor evidencia sobre intervenciones comunitarias dirigidas por profesionales de enfermería, que por su contacto directo y cercanía, así como por su presencia en todos los niveles de asistencia, se convierte en elemento indispensable dentro del equipo multidisciplinario, solicitando un sistema organizado que involucre un seguimiento regular en la atención de los hipertensos; con una mejor evaluación del cuidado.

De acuerdo a esto la educación en salud se constituye un eje fundamental para la atención primaria, desarrollando en la población acciones de participación, y toma de decisiones en pro a su salud, logrando una transformación cultural favorable para la población y el bienestar de su ser. Se centra en la transformación de conocimientos por medio de educación, que integra la lógica popular con el saber científico disciplinar, buscando la globalización de los saberes para que estos puedan ser adaptados y aplicados. Para esto es indispensable integrar los principios básicos de la educación en salud como:

- **El principio de la relevancia:** Busca integrar las necesidades e intereses de las personas y de su contexto familiar y social, en el proceso de educación.

⁴² Ministerio de la Protección Social. (2007) Decreto número 3039 de 2007 Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Recuperado de:
<http://www.pasto.gov.co/phocadownload/Genero/Decreto%203039%20de%202007.pdf>.

- **Principio autotélico:** es aquel que impide que la educación se dé forzada o impuesta, más bien que obedezca a la propia motivación de las personas.
- **Principio de las perspectivas:** es aquel en el cual la educación debe proveer opciones de conocimientos y no dogmas, así mismo debe suministrar diversos medios y formas para acceder al conocimiento.
- **Principio productivo:** indica que toda experiencia educativa debe organizarse de tal manera que permita articular lo nuevo con las experiencias anteriores, a la vez que facilite su utilización en la práctica.
- **Principio reflexivo:** el proceso educativo debe facilitar la retroalimentación permanente a nivel individual y grupal, desarrollando la capacidad reflexiva sobre su práctica”⁴³.

Según la Organización mundial para la salud (OMS) la educación para la salud se centra, no solo como la transmisión de información, sino de manera especial en el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud de los individuos, familias y comunidades. Por lo tanto, su planeación, ejecución y evaluación requiere enmarcarse en el contexto de condiciones sociales, económicas, ambientales, factores de riesgo, modos de vida y características del sistema sanitario de los sujetos. De tal manera que, la educación para la salud implica comunicación, información y desarrollo de habilidades personales como la agencia de autocuidado⁴⁴.

⁴³ Universidad del Quindío. (2010) *Programa Salud Ocupacional. Facultad ciencia de la salud. Educación en salud*. Recuperado de:
http://www.uniquindio.edu.co/uniquindio/facultades/medicina/salud_ocupnal/uniquindio/semestres/7/EDUCACION_EN_SALUD.pdf.

⁴⁴ Morán Madroñero, X. (2010) *Educación para la salud en Hipertensión Arterial: Evidencias en Latinoamérica 2000-2010*. (Tesis de pregrado en Enfermería). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Recuperado de:
<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/20102/DEFINITIVA//tesis09.pdf>

6.2 CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTO-CUIDADO

La capacidad de agencia de autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece

Puede evitarse o controlarse la aparición de las complicaciones mediante la implementación de intervenciones de enfermería que fortalezcan la agencia de autocuidado, haciendo hincapié en una adecuada educación para la salud, acorde con el contexto sociocultural del mismo, que permita combinar los conocimientos básicos sobre lo que es la hipertensión arterial (HTA) y el cambio en los estilos de vida, evitar el aumento de peso, consumir una alimentación saludable, reducir la ingesta de sal y grasas, incrementar la actividad física, mantener un manejo adecuado del estrés y de los medicamentos indicados en los controles periódicos de la enfermedad crónica.

Muchas veces la población considera que el autocuidado se basa únicamente en prácticas de higiene y ello está estrechamente ligado a la cultura y a cómo en el proceso de crianza se aprenden ciertas actitudes frente al proceso de salud y se aplica lo que se considera como bien. La cultura colombiana poca conciencia tiene de prácticas autocuidado, en especial los adolescentes y adultos jóvenes, pues por estar en una etapa productiva y activa de sus vidas, consideran que están eximidos de cualquier enfermedad y que los riesgos a los que están expuestos poca probabilidad tienen de llegar a convertirse en peligros latentes que atentan contra su salud.

El autocuidado es una función inherente al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres vivos con quienes interactúa. Resulta del crecimiento de la persona en el diario vivir, en cada experiencia como cuidador de sí mismo y de quienes hacen parte de su entorno. Debido a su gran potencial para influir de manera positiva sobre la forma de vivir de las personas, el autocuidado se constituye en una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad.

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 vascular, situaciones de alteración de salud que generan deterioro de la calidad de vida y conllevan a un alto costo tanto económico como social.

Es importante como profesionales de la salud hacer énfasis en la promoción de hábitos saludables y de prevención de enfermedades desde edades tempranas con el fin de disminuir las tasas de patologías crónicas prevenibles, todo ello no tiene sentido si no va de la mano con una estrategia educativa fuerte y válida de conciencia para que las personas aprendan e interioricen estos hábitos como acciones normales de la vida cotidiana y no lo vean como imposiciones o advertencias a las que no se adhieran con facilidad y huyan de ellas en poco tiempo. Lograr que el adulto joven hipertenso adopte estilos y comportamientos saludables permiten generar mayor expectativa y calidad de vida en frente a la enfermedad.

En el estilo de vida de las personas se presentan dos tipos de prácticas: las positivas o favorecedoras de la salud y las negativas o de riesgo. Los factores protectores son aquellos aspectos internos o externos a la persona, que posibilitan

conservar e incrementar los niveles de salud. Los factores de riesgo corresponden al “conjunto de fenómenos de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social que involucra la capacidad potencial de provocar daño”, es decir, son los eventos que aumentan o crean la posibilidad de enfermar⁴⁵.

Como respuesta a los factores de riesgo que atentan la salud de las personas adultas jóvenes y productivas se supondría que todos deberían tener adecuadas prácticas de autocuidado con el fin de evitar enfermedades que deterioren su calidad de vida inclusive evitar complicaciones que pueden llegar a ser fatales a corto plazo, sin embargo, esto no es así ya que lastimosamente van en aumento los reportes de enfermedades crónicas no transmisibles en edades cada vez más tempranas.

6.2.1 Modelo del déficit de autocuidado. Dorothea E. Orem, define el autocuidado como aquel que consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, y continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante las satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo⁴⁶.

Los *requisitos de autocuidado* son consejos formulados y expresados sobre las acciones que se deben llevar a cabo porque se sabe o se supone que son necesarias para la regulación de los aspectos del funcionamiento y desarrollo humano, ya sea de manera continua o bajo unas circunstancias y condiciones específicas. Un requisito de autocuidado formulado comprende dos elementos:

⁴⁵ Fernandez, A.; Manrique Abril, F. (2010) Efecto de la intervención educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia, Suramérica. *Ciencia y Enfermería*, 16(2), 83-97. Recuperado de: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n2/art_09.pdf.

⁴⁶ Allgood, M.; Marriner Tomey, A. (2011) *Modelos y teorías en enfermería*. España: Elsevier.

Los requisitos de autocuidado formulados y expresados representan los objetivos formalizados de autocuidado. Son las razones por las que se emplea el autocuidado; expresan los resultados deseados, el objetivo de autocuidado.

Los *requisitos de autocuidado universales* plantean objetivos que deben alcanzarse mediante el autocuidado o el cuidado dependiente tiene sus orígenes en lo que se conoce y lo que se valida o lo que está en proceso de ser validado sobre la integridad estructural y funcional humana en las diversas etapas del ciclo vital. Se proponen 7 requisitos comunes:

- El mantenimiento de un aporte suficiente de aire
- El mantenimiento de un aporte suficiente de agua
- El mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos
- La provisión de cuidado asociado con los procesos de eliminación
- El mantenimiento de un equilibrio entre la actividad y el descanso.
- El mantenimiento de un equilibrio entre la interacción social y la soledad.
- Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.

La promoción del funcionamiento humano y el desarrollo en los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal⁴⁷.

En los *requisitos de autocuidado de desarrollo* se identifican tres conjuntos de requisitos: a) Provisión de condiciones que fomentan el desarrollo, b) Implicación en el autodesarrollo, c) Prevenir o vencer los efectos de las condiciones y de las situaciones vitales que pueden afectar de manera negativa al desarrollo humano.

⁴⁷ *Ibíd.*, p. 270

Los *requisitos de autocuidado en caso de desviación de salud* existen para las personas que están enfermas o sufren alguna lesión, con formas específicas de estados o trastornos patológicos, incluidos los defectos y las discapacidades, y para los individuos que están siendo sometidos a un diagnóstico y tratamiento médico. Las características de la desviación de la salud como condiciones que se expanden a lo largo del tiempo determinan los tipos de exigencias de cuidado que precisan las personas, ya que conviven con los efectos de estados patológicos y viven mientras ellos duran.

La enfermedad o la lesión no solo afectan a una estructura específica y a los mecanismos psicológicos o fisiológicos, sino también al funcionamiento humano integral. Cuando el funcionamiento integrado se ve profundamente afectado (retraso mental grave y estados de coma) los poderes desarrollados o en desarrollo de la persona se ven gravemente deteriorados de manera temporal o permanente. En estos estados anormales de salud los requisitos de autocuidado surgen del estado de la enfermedad y de las medidas usadas en su diagnóstico o en su tratamiento.

Las medidas adoptadas para cubrir las necesidades de cuidado cuando falla la salud tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidado dependientes de la persona. La complejidad del autocuidado o del cuidado dependiente aumenta según el número de necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempo determinados.

La actividad de autocuidado se define como la compleja habilidad adquirida por las personas maduras o que están madurando, que les permite conocer sus necesidades continuas con acciones deliberadas, intencionadas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo humano⁴⁸.

⁴⁸ *Ibíd.*, p. 270.

Un método de ayuda desde una perspectiva enfermera es una serie secuencial de acciones que, si se llevan a cabo, resolverá o compensará las limitaciones asociadas a la salud de las personas que se comprometen a realizar acciones para regular su propio funcionamiento y desarrollo, o el de sus dependientes. Las enfermeras utilizan todos los métodos, los seleccionan y los combinan en relación con las necesidades de acción de las personas que reciben tratamiento enfermero y en relación con las limitaciones de acción asociadas con su estado de salud:

- Actuar o hacer por cuenta de otro
- Guiar y dirigir
- Ofrecer apoyo físico o psicológico
- Ofrecer y mantener un entorno que fomente el desarrollo personal.
- Enseñar.

Los *factores condicionantes básicos* que hacen referencia a los factores que condicionan o alteran el valor de la demanda de autocuidado terapéutico y/o actividad de autocuidado de un individuo en momentos concretos y bajo circunstancias específicas, se han identificado diez factores⁴⁹:

- Edad
- Sexo
- Estado de desarrollo
- Estado de salud
- Modelo de vida
- Factores del sistema sanitario
- Factores del sistema familiar
- Factores socioculturales
- Disponibilidad de recursos
- Factores externos del entorno.

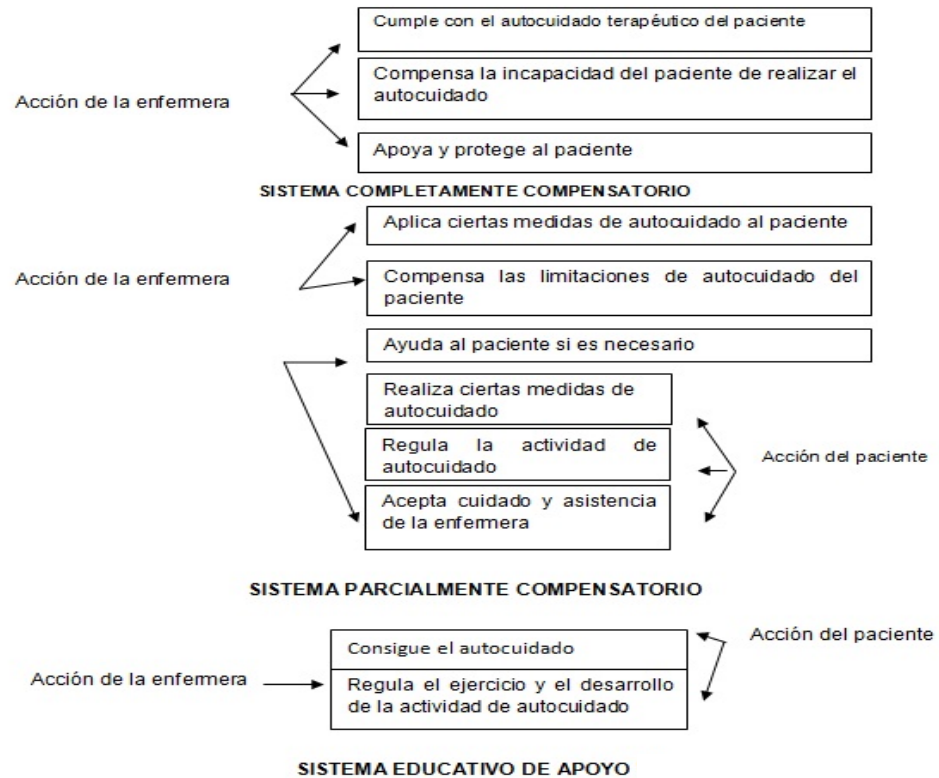
⁴⁹ *Ibíd.*, p. 271.

El modelo de enfermería de déficit de autocuidado planteada por Orem se expresa mediante tres teorías: Teoría de sistemas enfermeros, teoría de déficit de autocuidado y teoría del autocuidado.

6.2.1.1 Teoría de los sistemas enfermeros. La teoría de los sistemas enfermeros señala que la enfermería es una acción humana. Los sistemas enfermeros son sistemas de acción formados (diseñados y producidos) por enfermeras mediante el ejercicio de su actividad enfermera, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. Las actividades de enfermería incluyen los conceptos de acción deliberada, que abarcan las intenciones y las actividades de diagnóstico, la prescripción y la regulación.

Los sistemas enfermeros muestran la relación entre la acción del paciente y la de la enfermera. Los sistemas enfermeros pueden ser elaborados para personas, para aquellos que constituyen una unidad de cuidado dependiente, para grupos cuyos miembros tiene necesidades terapéuticas de autocuidado con componentes similares o limitaciones similares que les impiden comprometerse a desempeñar un autocuidado y para familias u otros grupos multipersonales. (Figura 1).

Figura 1. De los sistemas enfermeros básicos organizados según la relación entre la acción del paciente y la enfermera.



Fuente: Orem, D. (2001) *Nursing Concepts of Practice*. St. Louis Missouri: Mosby. Recuperado de: www.nurses.info/nursing_theory_person_orem_dorothea.htm

6.2.1.2 Teoría del déficit de autocuidado. La idea central de la teoría del déficit de autocuidado es que las necesidades de las personas, que precisan de la enfermería, se asocian a la subjetividad de la madurez; y de las personas, maduras relativa a las limitaciones de sus acciones relacionadas con su salud o con el cuidado de su salud. Estas limitaciones vuelven a los individuos completa o parcialmente incapaces de conocer los requisitos existentes y emergentes para su propio cuidado regulador o para el cuidado de las personas que dependen de ellos.

También tiene limitada la capacidad de comprometerse en la actuación continua de las medidas que hay que controlar o en la dirección de los factores reguladores de su función o de la persona dependiente de ellos.

El déficit de autocuidado es un término que expresa relación entre las capacidades de acción de las personas y sus necesidades de cuidado. Es un concepto abstracto que, cuando se expresa en términos de limitaciones, ofrece guías para la selección de los métodos que ayudaran a comprender el papel del paciente en el autocuidado.

6.2.1.3 Teoría del autocuidado. El autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben llevar a cabo deliberadamente por si solas o deben haber llevado a cabo para mantener su vida, salud, desarrollo y bienestar.

El autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado y la actividad de autocuidado ofrece la base para entender los requisitos de la acción y las limitaciones de acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería. El autocuidado, como función reguladora del hombre, se distingue de otros tipos de regulación de funciones y desarrollo humano, como la regulación neuroendocrina.

El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus periodos de crecimiento y desarrollo, estas de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales⁵⁰.

⁵⁰ *Ibíd.*, p. 273-274.

Si el cuidado de enfermería busca el bienestar del individuo, es necesario que haya una interacción constante entre la persona que requiere de cuidado y la enfermera responsable de brindarlo, el sistema abierto que Orem plantea como teoría de los sistemas enfermeros, representa a la enfermera actuar con conocimiento y autonomía, fomentando la independencia de la persona en su autocuidado e implementando el apoyo educativo pilar fundamental para modificar los estilos de vida, la percepción y creencias que tenga la persona sobre lo que le significa salud, el proceso de la enfermedad, la adherencia al tratamiento y la concientización que finalmente llevan a mejorar la calidad de vida no sólo del adulto joven hipertenso sino también de la familia.

6.3 MODELO DE CONCIENTIZACIÓN DE PAULO FREIRE

Teniendo en cuenta la importancia de la educación por parte del profesional de enfermería se ha utilizado para este trabajo el modelo de concientización de Paulo Freire, quien lo define como un proceso de acción cultural a través del cual las mujeres y los hombres despiertan a la realidad de su situación sociocultural, avanzan más allá de sus limitaciones y alineaciones a las que están sometidos, y se afirman así mismos como sujetos conscientes y creadores de su futuro histórico. Además de tomar profunda conciencia de esa realidad sociocultural que moldea sus vidas, las personas verdaderamente comprenden la magnitud del potencial que tienen para transformar la realidad, y transformarse así mismas como parte de esa realidad.

Este concepto implica dos dimensiones, la primera es que debe verse como un proceso disciplinado e intencional de acción y educación, que Freire denominó “acción cultural”. Significa la forma en que se confronta la cultura, significa ver la cultura siempre como un problema, no dejar que se vuelva estática y que se convierta en un mito y mistifique.

La segunda, es que la concientización debe entenderse como un proceso continuo que implica una praxis, en el sentido de la relación dialéctica entre acción y

reflexión. Esto es el enfoque que Freire, fundado en la praxis, propone una acción que reflexiona críticamente y una reflexión crítica moldeada por la práctica y validada en ella.

Es precisamente en el nivel de la praxis donde ocurre la concientización en el sentido freireano del término, dado que la concientización implica una “inserción crítica en al historia”, es decir, un compromiso y una toma de consciencia voluntarios, personales e históricos con miras a la transformación del mundo⁵¹. Y ese asumir de conciencia crítica conduce no solo al análisis y comprensión, sino también a los medios de la transformación, juntamente con otras y otros que asumen el rol de sujetos “para darle forma a sus existencia a partir de los materiales que la vida les ofrece”.⁵²

Según Freire, la concientización facilita el aprendizaje en torno a las “perspectivas de sentido”, definidas como estructuras psicológicas integradas por distintas dimensiones tales como pensamiento, sentimiento y voluntad. Las perspectivas de sentido son más que una manera de ver las cosas en el sentido estricto del término: se trata de propuestas para encarar la propia vida que implican una acción práctica, una decisión de actuar. La posibilidad de adoptar una nueva perspectiva y de actuar consecuentemente con ella, depende de la asociación comunitaria con personas que comparten esta nueva perspectiva, y aportan y refuerzan todo este proceso⁵³.

El proceso de la concientización comporta varios pasos por las que pasa el oprimido en su esfuerzo liberador hacia la toma de conciencia, sea trata, entonces de resolver el conflicto de quienes desean ser sujetos libres y participar en la transformación de la sociedad. Visto así el proceso, esta metodología sería válida

⁵¹ FREIRE, Paulo. Educación y concientización. En: La educación como práctica de la libertad. 26 ed. México. Siglo veintiuno editores. 1979

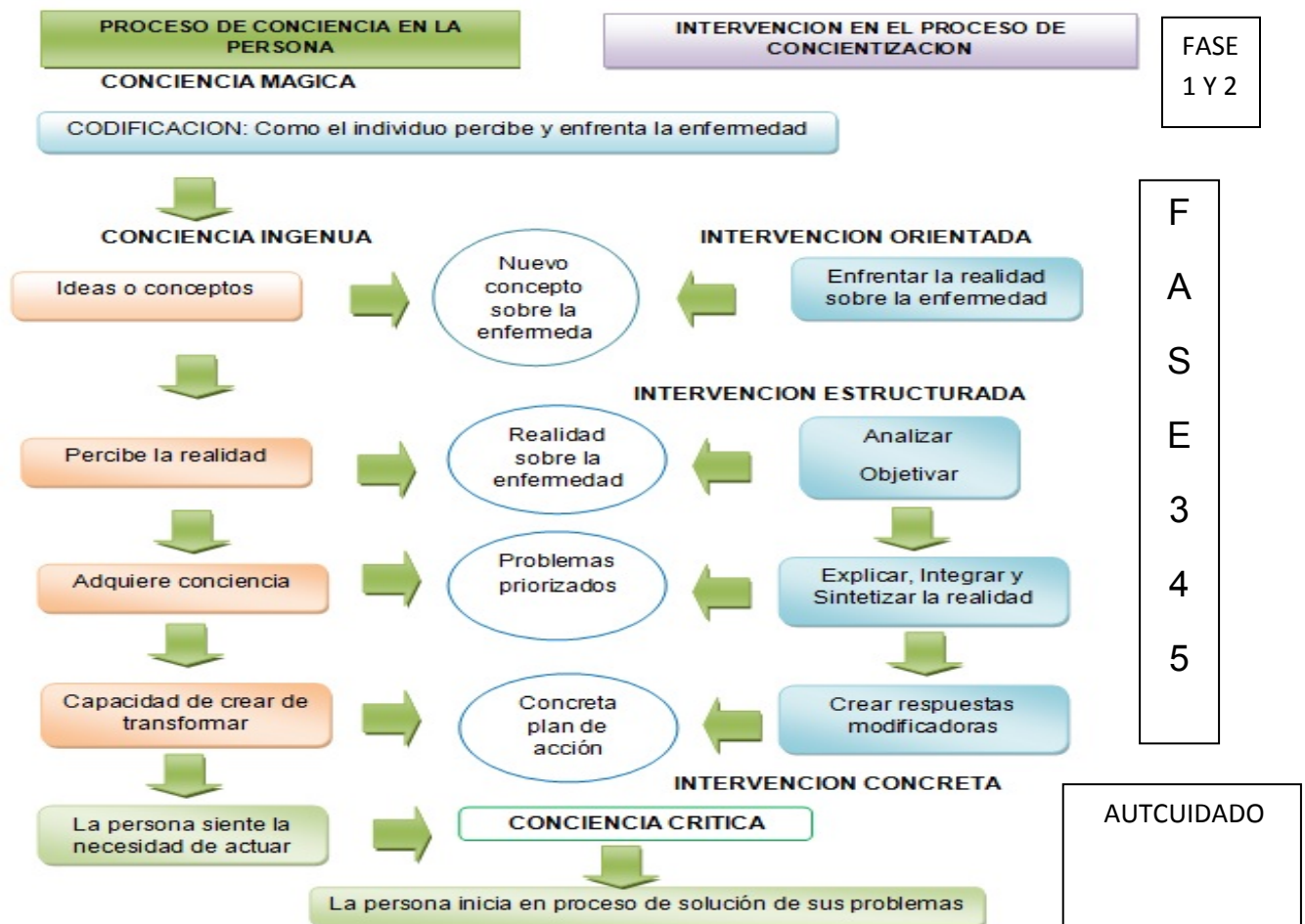
⁵² FREIRE, Paulo. Educación y concientización. En: La educación como práctica de la libertad. 26 ed. México. Siglo veintiuno editores. 1979

⁵³ Villalobos, J. (2000) Educación y concientización: legados del pensamiento y acción de Paulo Freire. Revista electrónica venezolana de educación. *Educere*, 4(10), 17-24. Recuperado de URL: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/356/35641003.pdf>.

para todo tipo de opresión, sin restricción de clase social o sexo. Se trata de colaborar para recuperar lo auténtico y la integridad del ser.

Para ejemplificar mejor las ideas de Freire y a su vez presentar su modelo de descodificación, tanto en términos de entender el proceso como las intervenciones que se pueden plantear se diseñó el esquema, que se presenta en la figura 2.

Figura 2. Modelo de Concientización de Paulo Freire.



Fuente: Adaptado de Chesney Laurence, L. (2019) *La Concientización de Paulo Freire*, p, 60. Recuperado de: http://www.udenar.edu.co/rudecolombia/files/r11_53.pdf

Teniendo en cuenta la figura 2, se describen los tipos de conciencia, las fases y los tipos de intervención planteados en el modelo de concientización de Paulo Freire:

6.4.1 Tipos de conciencia.

6.4.1.1 Conciencia mágica. el oprimido se encuentra en situación de impotencia ante las fuerzas abrumadoras que lo agobian y que no conoce, no puede controlar. No hace nada para resolver los problemas. Se resigna a su suerte o a esperar que ésta cambie sola.

6.4.1.2 Conciencia ingenua. el oprimido ya puede reconocer los problemas, pero solo en términos individuales, al reflexionar solo logra entender a medias las causas. No entiende las acciones del opresor y del sistema opresivo. En consecuencia, cuando pasa a la acción, adopta el comportamiento del opresor. Dirige su agresión hacia sus iguales (agresión horizontal) o a su familia y a veces hacia sí mismo.

6.4.1.3 Conciencia crítica. se alcanza el entendimiento más completo de toda la estructura opresiva y logra ver con claridad los problemas en función de su comunidad. Entiende cómo se produce la colaboración entre opresor y oprimido para el funcionamiento del sistema opresor. Reconoce sus propias debilidades, pero en lugar de autocompadecerse, su reflexión lo lleva a aumentar su autoestima y confianza en sí mismo y en sus iguales, y ya puede rechazar la ideología del opresor. La acción principal de esta conciencia se basará ahora en la colaboración y en el esfuerzo colectivo. Ahora, reemplaza la polémica por el diálogo con su comunidad e iguales. En este momento, se podría decir que el

oprimido es un ser activo que hace la historia. La identidad personal y la étnica o la de su cultura, pasan a llenar el vacío que ha dejado la ideología del opresor⁵⁴.

A continuación se presentan las fases como las describe Freire en su modelo original, las cuales han sido adaptadas para objetos del presente trabajo.

6.4.2 Fases para el Desarrollo de la Conciencia.

6.4.2.1 La primera fase es la obtención de un universo vocabular de los grupos con los cuales se trabajará, para ello a través de un dialogo informal guiado, se obtienen ideas con mayor contenido emocional, a través de este es importante identificar deseos, frustraciones, conceptos, intereses que hacen parte de la codificación que tiene el hombre en cuanto a su realidad y al cómo manejarla.

6.4.2.2 La segunda fase constituye la selección del universo vocabular, aquí las mejores ideas son aquellas que reúnen en un mayor “porcentaje” posible en cuanto el impacto que determinadas conductas tienen sobre su enfermedad y a vez estas como afectarían su calidad de vida a largo plazo.

6.4.2.3 La tercera fase consiste en la creación de situaciones existenciales típicas del grupo. Estas situaciones desafían a los grupos. Son situaciones problemas, codificadas, que incluyen elementos que serían descodificados por los grupos con la colaboración de un educador. Estas situaciones se expresan en forma de fotografías, imágenes, dibujos, etc. Tienen la fuerza de un “test proyectivo” y en cuantos tales, inevitables colaboradores para los fines de la concientización. A esto se le llama codificación. Y a su discusión por el grupo en

⁵⁴ Chesney Lawrence, L. (2008) Concientización de Paulo Freire. Rhec, (11), 53-74. Recuperado de URL: www.udenar.edu.co/rudecolombia/files/r11_53.pdf.

colaboración con el coordinador de debate constituye la descodificación. Este espacio debe ser aprovechado para iniciar la educación.

6.4.2.4 La cuarta fase consiste en la elaboración de imágenes que ayuden a los coordinadores en su trabajo. Estas deben ser elaboradas por estos y utilizadas como material de apoyo. Se diseñan con base en la información suministrada en la primera y segunda fase.

6.4.2.5 La quinta fase consiste en la presentación de imágenes que refuerzan lo aprendido hasta el momento y que sirven como material guía en caso de ser necesitado.

En esta fase se reforzara la educación que se está realizando desde la fase tres y se cerrara con una conclusión a nivel educativo de tal manera que con las siguientes imágenes se refuercen las ideas o conceptos que se iniciaron tanto en la fase 1, como en la fase 3.

6.4.3 Tipos de intervención.

6.4.3.1 Intervención orientada. destinada a incidir en la motivación de los jóvenes por adoptar conductas que contribuyan a favorecer la capacidad de agencia de autocuidado. Esta incide en el proceso de apreciación de su realidad objetiva y cultural. Aquí a través del dialogo orientado en base a las respuestas obtenidas a través del test de agencia de autocuidado aplicado con anterioridad y los objetivos de la sesión se buscara obtener un universo vocabular que sirva como preámbulo, que permita generar las situaciones existenciales típicas del grupo y sobre las cuales se han generado procesos de codificación los cuales son interpretados como conductas favorables o normales por el grupo y que no favorecen la capacidad de agencia de autocuidado de este.

6.4.3.2 Intervención Estructurada. La preparación anticipada de material guía para desarrollar el tema brindando un conocimiento objetivo sobre la forma como la enfermedad afecta al organismo y como la adherencia tanto al tratamiento farmacológico como no farmacológico incidirá sobre su calidad de vida, lo que le ayudará a la persona y al grupo iniciar la descodificación sobre las conductas que presentan riesgo a corto, mediano o largo plazo sobre su salud.

6.4.3.3 Intervención Concreta. El producto esperado es que los adultos jóvenes desarrollen una conciencia crítica sobre su responsabilidad en el manejo de su enfermedad y de los cambios que deben asumir para tener una buena calidad de vida.

7. METODOLOGÍA

7.1 MÉTODO

Esta investigación tiene un enfoque cuantitativo de tipo cuasi-experimental, significa que se toma grupos que ya están integrados, por lo tanto no toma la muestra al azar y no hay control de las variables. La estructura de este estudio es implícito preprueba-posprueba.

Este tipo de estudio se hace viable en el campo de la educación donde se implementen estrategias que intentan evaluar impacto en la población, examina las relaciones causales y determina el efecto de una variable sobre otra.

Para ello se realizó una caracterización sociodemográfica de los participantes del año 2013, luego se aplicó la estrategia educativa basada en el modelo de Paulo Freire, posterior a esto se aplicó nuevamente el instrumento de capacidad de agencia de autocuidado utilizado en el 2012, para la medición pre para así finalmente comparar los resultados obtenidos de estos dos periodos con el fin de determinar la efectividad de la estrategia implementada para aumentar los niveles de capacidad de agencia de autocuidado en el adulto joven hipertenso.

7.2 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA

7.2.1 Universo. Está conformado por todos los adultos jóvenes con hipertensión arterial.

7.2.2 Población. Está conformada por 90 personas diagnosticadas con hipertensión arterial, miembros del grupo, “Hipertensión arterial y juventud” de la red social Facebook.

7.2.3 Muestra. La muestra se seleccionó de manera no probabilística, donde se obtuvo una muestra de 30 personas diagnosticadas con hipertensión arterial pertenecientes al grupo de la red social Facebook “Hipertensión arterial y juventud”, que respondieron voluntariamente a la invitación de participar en la aplicación de la estrategia educativa.

7.3 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adultos jóvenes (18-45 años de edad)
- Miembros del grupo de Facebook “Hipertensión Arterial y Juventud”
- Con diagnóstico médico de hipertensión arterial.
- Residentes en la ciudad de Bogotá D. C

7.4 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

7.4.1 Hipótesis Nula. El nivel de Capacidad de Agencia de Autocuidado del Adulto Joven Hipertenso que pertenece al grupo de “Hipertensión Arterial y Juventud” de la red Social Facebook no mejora, si el valor del Chi Cuadrado es menor a 5.9 con 2 grados de libertad, después de la aplicación de la estrategia educativa basada en el modelo de Paulo Freire.

7.4.2 Hipótesis Alternativa. El nivel de Capacidad de Agencia de Autocuidado del Adulto Joven Hipertenso que pertenece al grupo de “hipertensión arterial y Juventud” de la red Social Facebook mejora, si el valor del Chi Cuadrado es mayor a 5.9 con 2 grados de libertad, después de la aplicación de la estrategia educativa basada en el Modelo de Paulo Freire.

Se rechaza la hipótesis nula (H_0) si la distribución de la estadística de prueba es menor o igual a $\alpha = 0.05$

7.5 FUENTES Y TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La recolección de la información se efectuó a través de la búsqueda activa de evidencia científica que apoyo y dio sustento teórico al análisis de esta investigación. Las fuentes de recolección de información de la muestra son primarias, pues esta se obtuvo a través de dos instrumentos (instrumento de caracterización socio-demográfica y instrumento de capacidad de agencia de autocuidado) que fueron directamente aplicados por las investigadoras y después fue tabulada toda la información de los instrumentos en Microsoft Excel en una matriz de variables, tablas y gráficas, que describen porcentualmente el comportamiento de esta investigación para su posterior presentación y análisis de resultados.

Es importante tener en cuenta que cuando se aplicó el pos-test en la pregunta N° 17 del instrumento, “*¿siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual?*” se espera que los participantes respondan nunca o casi nunca, lo que se interpretó como positivo al momento de tabular los resultados.

7.6 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

Se aplicaron dos instrumentos, el primero se utilizó para datar información sobre el perfil sociodemográfico de la muestra, y el segundo se aplicó para recolectar información de autocuidado en adultos jóvenes con diagnóstico de hipertensión arterial después de aplicar la estrategia educativa basada en el modelo de concientización de Paulo Freire, con el fin de comparar los resultados pre y post intervención de la muestra. Estos son:

- ✓ **Instrumento caracterización sociodemográfica:** Este instrumento recoge información acerca de edad, género, estado civil, escolaridad, estrato

socioeconómico, ocupación y la persona con quien vive el adulto joven hipertenso (Anexo A).

- ✓ **Instrumento capacidad de agencia de autocuidado:** En esta investigación se aplicó el instrumento para evaluar la Capacidad de Agencia de Autocuidado (CAA) en pacientes con hipertensión arterial, elaborado y validado por Achury Diana Marcela; Rodríguez Sandra Mónica; Sepúlveda Gloria Judith, (2009). El instrumento esta compuesto por 17 ítems con una escala sumatoria tipo Likert que consta de cinco alternativas de respuesta, donde 1 y 2 indican nunca y casi nunca, respectivamente, 3 a veces, 4 y 5 casi siempre y siempre respectivamente, con una validez y confiabilidad de 075. Este instrumento tiene todos los ítems positivos representados en el 100% de capacidad de agencia de autocuidado (CAA), se tendrán en cuenta los siguientes rangos ponderales para la clasificación y determinación del nivel de Capacidad de Agencia de Cuidado (CAA). (Anexo B)

- ✓ Capacidad de agencia de autocuidado baja: entre 17-28 puntos
- ✓ Capacidad de agencia de autocuidado media: entre 29-56 puntos
- ✓ Capacidad de agencia de autocuidado alta: entre 57-85 puntos

7.7 DESCRIPCIÓN DE LA ESTRATEGIA EDUCATIVA

Para la implementación y evaluación de la estrategia educativa diseñada por Ruth Lindsay Cárdenas, la cual está fundamentada en el modelo de concientización de Paulo Freire, se realizaron tres sesiones con cinco fases cada una, por lo que fue necesario dividir el instrumento de capacidad de agencia de autocuidado (CAA) en los ítems que por su semejanza de contenido permitían agruparse para identificar entre estos temas, aquellos que requerían mayor énfasis por encontrarse con las puntuaciones más bajas y los ítems con puntuación media y alta para reforzar las

conductas identificadas como protectoras según los resultados obtenidos en el primer periodo del 2012 (pre-test).

A continuación, se describe el desarrollo de la estrategia educativa diseñada por Ruth Cárdenas, la cual fue aplicada en tres sesiones teniendo en cuenta para cada una de ellas las 5 fases planteadas en el modelo de concientización de Paulo Freire.

- **Sesión 1.**

Bajo previa información y publicación en el muro del grupo Hipertensión Arterial y Juventud de la Red Social Facebook, se convocaron las personas que libremente quisieron participar en la estrategia educativa, determinando el lugar, la fecha y la hora más apropiada para todos, se agruparon 30 adultos jóvenes hipertensos en un salón comunal del barrio Santa Isabel, allí se hizo la presentación formal de las investigadoras, se explicó la intención de la investigación, se presentó el objetivo de la sesión y se hizo una actividad rompe hielo para amenizar el ambiente donde los participantes se sintieran en confianza y se conocieran con los demás.

En esta sesión se trabajaron los ítems con menor puntuación según los resultados obtenidos en el pre-test los cuales fueron: Ítem 9: Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas que obtuvo un 17% resultado del estudio de Amórtegui y col. y se complementó con los siguientes ítems de puntuación media y alta: Ítem 3; Invierto tiempo en mi cuidado, Ítem 5; Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad, Ítem 6; Considero que conozco cómo actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la hipertensión, Ítem 7; Cuando inicio un nuevo medicamento solicito al profesional de enfermería me proporcione información necesaria de la correcta administración, Ítem 10; Considero que el profesional de enfermería me escucha y aclara mis inquietudes.

Los temas que se presentaron fueron: la hipertensión arterial, antihipertensivos y efectos sobre el organismo y terapias alternativas.

Para la explicación de estos temas se presentaron imágenes en forma de galería relacionadas con el autocuidado, efecto de algunos medicamentos antihipertensivos en el organismo, la búsqueda y recepción de información en torno al tratamiento y al manejo de la enfermedad de las personas que padecen hipertensión arterial (HTA), todo ello a su vez fue guiado por las educadoras en este caso las mismas investigadoras donde se brindó una explicación científica y comprensible sobre la fisiopatología de la hipertensión arterial, cómo afecta al organismo, medicamentos más utilizados, efectos, horarios de administración y algunas terapias alternativas como aquellas que disminuyen el estrés a través del uso consciente de la respiración y que pueden ser utilizadas como coadyuvantes para el manejo de la hipertensión arterial (HTA). Esta sesión fue altamente motivante para los participantes donde lograron manifestar o comentar en grupo lo que les expresaba la imagen y hacer preguntas que aclararan satisfactoria sus dudas frente a los temas manejados en esta sesión.

Al finalizar la sesión, cumpliendo con el primer objetivo de esta investigación, se aplicó el instrumento de caracterización sociodemográfica, se entregaron unos folletos educativos para reforzar lo enseñado, se brindó un refrigerio saludable y se invitó a seguir participando de las dos siguientes sesiones.

- **Sesión 2.**

Nuevamente previo aviso y acuerdo con el grupo se publicó en el muro del grupo Hipertensión arterial y juventud de la red social Facebook, el lugar, la fecha y la hora más apropiada para dar continuidad a la estrategia educativa.

Se trabajaron en esta sesión los siguientes ítems con menor puntuación, resultantes del estudio de Amórtégui y Col: Ítem 17; Siento que mi enfermedad ha

generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual 26%, Ítem 11: conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad 16%, y se complementará con los ítems con puntuación media y alta: Ítem 1; siento que mi estado de ánimo me permite cuidarme, Ítem 2; cuando duermo 6 a 8 horas diarias, me siento descansado, Ítem 13; realizo cambios según las necesidades para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad. Ítem 15: evalúo si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar y el de mi familia.

Los temas que se presentaron fueron: factores psicosociales implicados en el control de la presión arterial y complicaciones de la hipertensión arterial (HTA) a largo plazo.

Luego de la presentación de las investigadoras, del objetivo de la sesión y de una actividad rompe hielo. Se inicia la sesión 2 con un dialogo para conocer los preconceptos que tienen los participantes sobre las temáticas a trabajar, simultáneamente en un tablero se agruparon las ideas o conceptos comunes para dar importancia a las opiniones de los participantes y para guía a las investigadoras sobre el punto más débil donde deben hacer mayor énfasis de la sesión.

Se presentaron imágenes relacionadas con los estados de ánimo que pueden presentar los participantes ante diferentes situaciones, algunas de las complicaciones causadas por la enfermedad y entre ellas cómo puede afectar a largo plazo el desempeño sexual. Para ello se adecuó el salón al estilo museo donde por subgrupos iban rotando por tres estaciones diferentes, en cada una de ellas se encontraba una investigadora o educadora mostrando como el estado de ánimo se relaciona con cambios en la presión arterial, como los cambios en la forma de enfrentar las diferentes situaciones de la vida contribuyen al manejo de la

enfermedad y como las complicaciones de la enfermedad a largo plazo (incluido el componente sexual) los afectan a ellos mismos, a sus parejas y a su familia.

Al finalizar la sesión se entregó a los participantes hojas y colores, donde por parejas debían hacer un árbol de ideas, allí explicaron lo que habían aprendido en la sesión anterior y en la actual, la representación gráfica se componía de poner en las hojas del árbol; las complicaciones de la enfermedad, en el tronco; la definición de la hipertensión arterial (HTA) y en las raíces las causas de la enfermedad, ello como método de reforzar lo enseñado, luego se brindó un refrigerio saludable, se agradeció por la asistencia, colaboración y participación y se invitó o no faltar a la siguiente sesión donde se aplicaría el instrumento de capacidad de agencia de autocuidado (CAA) nuevamente y lo que finalmente nos serviría como grupo investigador para mostrar los resultados de este estudio.

- **Sesión 3.**

El ítem con menor puntuación y que se trabajará en esta sesión es: Ítem 8; Considero que la cantidad máxima de sal que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son 2 cucharaditas que obtuvo un resultado de 14% en el pres-test, y se complementó con los ítems con puntuación media y alta: Ítem 4; considero importante realizar ejercicio, Ítem 12; camino diariamente 30 minutos, Ítem 14; realizo cambios en mi dieta para mantener el peso adecuado, Ítem 16; consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, fibra y baja en grasas.

Los temas trabajados fueron: dieta y ejercicio cómo influyen en el control de la presión arterial.

Para esta sesión se adecuó el salón a manera de “tienda saludable” donde a través de imágenes y alimentos se pretendía mostrar de forma general como es el ideal de la alimentación de los jóvenes hipertensos, como los alimentos influyen en

la agudización o control adecuado de la enfermedad y como viven y ven el ejercicio como factor protector.

Al finalizar esta sesión se presentó un video educativo alusivo a la temática trabajada con el fin de reforzar conceptos y elementos dados en la intervención, luego se aplicó nuevamente el instrumento de Capacidad de Agencia de Autocuidado (CAA), para obtener los resultados pos-test, se brindó un refrigerio de fruta picada como iniciativa o motivación al consumo de frutas, se agradeció a todos los participantes por hacer posible esta investigación y se sugirió no desunirse del grupo de Facebook con el fin de seguir compartiendo documentos, videos, historias personales, dudas etc.

8. ASPECTOS ÉTICOS

Para la realización de este trabajo se tuvieron en cuenta los aspectos éticos legales, que se encuentran conferidos en la resolución No 008430 de 1993 del 4 de octubre de 1993, del Ministerio de Salud de la República de Colombia, mediante la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Que se encuentran conferidas por el Decreto 2164 DE 1992 y la Ley 10 de 1990, el cual organiza el Sistema Nacional de Salud y dicta otras disposiciones.

Así mismo el artículo 20 del Decreto 2164 de 1992, por el cual se reestructura el Ministerio de Salud y se determinan las funciones de sus dependencias, establece que éste formulará las normas científicas y administrativas pertinentes que orienten los recursos y acciones del Sistema. Este trabajo está dirigido a proteger los derechos y a respetarla dignidad estipulados en el artículo quinto de esta ley, y a proteger la integridad de las personas, sujetos de la investigación, mencionados en el artículo octavo de esta resolución.

A partir de lo anterior se tiene en cuenta el título II del artículo sexto donde menciona que la investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:

- Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta, resolución.
- Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en presente resolución. (Anexo C)

- Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el consentimiento informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.

Estos aspectos son tenidos en cuenta para el desarrollo del trabajo de grado y de esta manera garantizar la integridad y bienestar del participante en el estudio.

Así mismo se tendrán en cuenta el artículo once y catorce donde especifica que se realizara una investigación sin riesgo ya que se emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en este estudio.

Finalmente, en los artículos quince y dieciséis se contemplarán los aspectos relevantes del consentimiento informado, donde se pone de manifiesto la autorización de la participación del sujeto en la investigación, con pleno conocimiento, de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. También se tuvo en cuenta según la norma ICONTEC en Colombia, los respectivos derechos de autor, en cuanto a datos e información obtenida en el estudio y así mismo se referenciará toda la información consultada con su respectiva bibliografía según las normas establecidas por ley.

9. ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

El siguiente análisis de resultados cumple los objetivos planteados de esta investigación, donde se caracteriza y describe las variables sociodemográficas del adulto joven hipertenso perteneciente al grupo Hipertensión arterial y juventud de la red social de Facebook, a quienes se les aplicó el instrumento elaborado y validado por Diana Marcela Achury, Sandra Mónica Rodríguez y Gloria Judith Sepúlveda, denominado “Evaluación de la Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial”; posterior a la intervención educativa diseñada por Ruth Lindsay Cárdenas en el trabajo de grado denominado: “Diseño de una estrategia educativa basada en el Modelo de Concientización de Paulo Freire para promover la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) en el adulto joven hipertenso”. Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la aplicación del instrumento de capacidad de agencia de autocuidado utilizado por Diana Marcela Gutiérrez y Mónica Amórtegui en el trabajo de denominado: “capacidad de agencia de autocuidado del adulto joven hipertenso, que participa en el grupo “hipertensión arterial y juventud” de la red social Facebook en el periodo de enero a abril de 2012.

En la siguiente presentación se realiza una comparación entre lo encontrado en el 2012 y en el 2013, cabe resaltar que se tuvieron en cuenta las mismas variables tanto independientes como la variable dependiente pero el tamaño de la muestra vario ya que en el 2012 se contó con 50 participantes y en el 2013 30 participantes. Se realiza el análisis descriptivo y comparativo de las variables sociodemográficas en relación con el nivel de capacidad de agencia de autocuidado (CAA).

9.1 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DEL ADULTO JOVEN HIPERTENSO PERTENECIENTE AL GRUPO “HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y JUVENTUD” DE LA RED SOCIAL FACEBOOK DEL PERIODO FEBRERO MAYO DE 2013.

Respondiendo al primer objetivo planteado para esta investigación, se caracterizó sociodemográficamente a los jóvenes adultos hipertensos mediante la aplicación del instrumento utilizado para tal fin, esto permitió dar a conocer la distribución porcentual de las diferentes variables estudiadas en los participantes del grupo hipertensión arterial y juventud de los dos periodos estudiados 2012-1-2013-1.

A continuación se mostrará la distribución porcentual de variables sociodemográficas: género, edad, y nivel educativo del adulto joven hipertenso perteneciente al grupo hipertensión arterial y juventud de la red social Facebook. Bogotá, y se tienen en cuenta los datos obtenidos en el primer periodo del 2012 para contrarrestar las diferencias porcentuales y proceder al respectivo análisis.

Tabla 5. Distribución porcentual de variables sociodemográficas: género, edad, y nivel educativo del adulto joven hipertenso perteneciente al grupo “hipertensión arterial y juventud” de la red social Facebook. Bogotá, 2012 Vs 2013.

VARIABLE	OPCIÓN	2012	2013
Genero	Masculino	46%	57%
	Femenino	54%	43%
Edad	18 - 24 años	36.5%	13%
	25 - 31 años	15.9%	23%
	32 - 38 años	18.1%	34%
	39 - 45 años	29.4%	30%
Nivel educativo	Bachillerato	22%	0%
	Técnico	18%	13%
	Universitario	38%	34%
	Posgrado	20%	53%

Fuente: Autoras.

Teniendo en cuenta los datos de la tabla 5, las variables edad, género y nivel educativo se evidencia que los participantes incluidos en el estudio corresponden en su mayoría al sexo masculino equivalente a 57% (17 personas), para el sexo femenino el 43% (13 personas). Esto relacionado con la edad, se observa que el mayor número de participantes se encuentran en los rangos de edad entre 32–38 años con una cifra porcentual equivalente al 34%, seguido del rango de edad de 39–45 años, luego el rango de 25-31 años con un 23% y por último las personas entre 18 -24 años quienes solo representan el 13% (n=4).

Respecto al nivel educativo se encontró que las personas con una formación técnica representan un 13%, seguido de los universitarios con un 34% y finalmente los de posgrado con un 53%, cifras que muestran que a mayor nivel educativo mayor interés por conocer sobre la enfermedad y el autocuidado.

A continuación se mostrará la distribución porcentual de variables sociodemográficas: estrato socioeconómico, estado civil, ocupación y con quien vive del adulto joven hipertenso perteneciente al grupo hipertensión arterial y juventud de la red social Facebook.

Tabla 6. Distribución porcentual de variables sociodemográficas: estrato socioeconómico, estado civil, ocupación y con quien vive del adulto joven hipertenso perteneciente al grupo “hipertensión arterial y juventud” de la red social Facebook. Bogotá 2012 Vs 2013.

VARIABLE		2012	2013
Estrato	1	2%	0%
	2	18%	10%
	3	56%	44%
	4	24%	46%
Estado Civil	Casado	28%	50%
	Soltero	64%	30%
	Unión Libre	8%	20%
Ocupación	Ama de casa	10%	0%
	Comerciante	8%	0%
	Empleado	48%	47%
	Estudiante	26%	33%
	Independiente	8%	20%
Con quien vive	Padres	32%	14%
	Núcleo Familiar (Conyugue - hijos)	26%	47%
	Pareja	18%	16%
	Solo	20%	14%
	Otro familiar (Abuelos, primos, tíos)	4%	9%

Fuente: Autoras.

Como se muestra en la tabla 6 se halló que el 46% de los participantes pertenecen a estrato socioeconómico 4, el 44% a estrato 3 y el restante a estrato 2 que equivale a un 10%.

De acuerdo con el estado civil el 50% de los participantes manifiestan ser casados mientras que el 30% son solteros y el 20% viven en unión libre. Finalmente y teniendo en cuenta la ocupación y las personas con las que conviven se encontró

que el 47% son empleados o tienen algún contrato con una empresa o entidad mientras que el 33% manifiestan ser estudiantes universitarios tanto de pregrado como de posgrado y el 20% trabajadores independientes.

Cuando se indago sobre las personas con las que vive se evidencio que el 47% de los participantes vive en núcleo familiar constituido por conyugue e hijos, el 16% con la pareja, quienes viven solos representan el 14% y el menor número de personas viven con otro familiar como abuelos, primos o tíos.

9.2 CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO Y SU RELACIÓN CON LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS. Género, edad, nivel educativo, estrato socioeconómico, estado civil, ocupación y con quien vive del adulto joven hipertenso perteneciente al grupo “hipertensión arterial y juventud” de la red social Facebook. Bogotá 2012 Vs 2013.

Respondiendo al objetivo 2 que se planteó para esta investigación, se mostró los datos obtenidos en el primer periodo del 2012 cuando en el pretest se evaluó la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) relacionado con las variables sociodemográficas descritas anteriormente y posterior a ello se hizo una comparación con los datos obtenidos para el año 2013 haciendo la misma relación de las variables luego de aplicar la estrategia educativa basada en el Modelo de Concientización de Paulo Freire.

A continuación en la tabla 7 se presentan los valores porcentuales de género masculino y femenino relacionado con la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) de los participantes pertenecientes al grupo Hipertensión Arterial y Juventud de la red social Facebook, haciendo la comparación de los años respectivos 2012-2013.

Tabla 7. Distribución porcentual por género relacionado con la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) del adulto joven hipertenso perteneciente al grupo “hipertensión arterial y juventud” de la red social Facebook. Bogotá 2012 Vs 2013.

GENERO	AÑO 2012			AÑO 2013		
	CAA Alta	CAA Media	CAA Baja	CAA Alta	CAA Media	CAA Baja
Masculino	20%	18%	8%	47%	10%	0%
Femenino	14%	28%	12%	43%	0%	0%

Fuente: Autoras.

Teniendo en cuenta la tabla anterior, el nivel de capacidad de agencia de autocuidado (CAA) relacionado con el género masculino se encontró que para el año 2013 el 47% (n=14) de los hombres participantes presentó una capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta en comparación con el año 2012 donde sólo el 20% quedó en este nivel seguido del 10% (n=3) ubicado en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) media y el 0% en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) baja, a diferencia del año 2012 donde el 18% pertenecía a capacidad de agencia de autocuidado (CAA) media y el 8% a capacidad de agencia de autocuidado (CAA) baja.

En cuanto al género femenino se encontró que para el año 2013 la totalidad de mujeres correspondiente a 43% se ubicó en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta; en comparación con el año 2012 en donde el 14% estaba en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta, el 28% en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) media y finalmente el 12% en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) baja; lo que deja ver que aunque los hombres correspondieron a la mayor parte de participantes las mujeres tienen mayor capacidad de agencia de autocuidado (CAA).

En la siguiente tabla, se presentan los datos de rango de edad general del adulto joven hipertenso perteneciente al grupo Hipertensión Arterial y Juventud de la red social Facebook, los cuales serán comparados y analizados entre el primer periodo del 2012 (pretest) y el 2013 (postest).

Tabla 8. Distribución porcentual por edad relacionada con la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) del adulto joven hipertenso perteneciente al grupo “hipertensión arterial y juventud” de la red social Facebook. Bogotá 2012 Vs 2013.

GENERAL	EDAD	AÑO 2012			AÑO 2013		
		CAA Alta	CAA Media	CAA Baja	CAA Alta	CAA Media	CAA Baja
	18-24	5.6%	14.4%	11.9%	7%	7%	0%
	25-31	6.3%	7.9%	5.7%	23%	0%	0%
	32-38	3%	11.9%	0%	34%	0%	0%
	39-45	16%	12.2%	2.2%	26%	3%	0%

Fuente: Autoras.

Teniendo en cuenta la tabla 8, los rangos de edad en los que se dividieron los participantes, se encontró que para el año 2013 las personas entre las edades de 32-38 años tienen mayor capacidad de agencia de autocuidado (CAA) con un 34% en alta, donde el aumento fue del 31%; teniéndose como base que el 3% se encontraba en este nivel antes de la aplicación de la estrategia educativa basada en el Modelo de Concientización de Paulo Freire, intervención realizada en el primer periodo del 2013, seguido de las personas entre 39-45 años con 26% en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta y 3% en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) media, 25-31 años con 23% en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta y finalmente las de 18-24 años con un 7% en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta y 7% en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) media; esto a diferencia de los resultados del pre-test realizado por Amortegui y Gutierrez en el primer periodo del 2012, donde se muestra un aumento en los niveles de capacidad de agencia de autocuidado (CAA) en todos los grupos, además posterior a la intervención de la estrategia educativa de Freire, ninguno de los participantes quedó clasificado dentro de capacidad de agencia de autocuidado (CAA) baja en comparación con los datos anteriores en donde sumados los 4 grupos el 20% de los participantes estaban en este nivel.

Para el análisis de la relación de la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) en el género femenino, se subdividió en los mismos rangos de edad nombrados anteriormente, con el fin de conocer la variabilidad de las respuestas de las mujeres en el momento pretest (2012-1) y postest (2013-1).

Tabla 9. Distribución porcentual por género femenino según rangos de edad, relacionado con la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) del adulto joven hipertenso perteneciente al grupo “hipertensión arterial y juventud” de la red social Facebook. Bogotá 2012 Vs 2013.

Femenino	EDAD	AÑO 2012			AÑO 2013		
		CAA Alta	CAA Media	CAA Baja	CAA Alta	CAA Media	CAA Baja
		18-24	3.7%	10.3%	5.9%	7%	0%
25-31	2.2%	3.8%	3.8%	10%	0%	0%	
32-38	0%	5.9%	0%	13%	0%	0%	
39-45	8.1%	8.1%	2.2%	13%	0%	0%	

Fuente: Autoras.

Con relación al género femenino como lo muestra la tabla 9, se encontró que las participantes entre los rangos de edad de 32- 38 años y 39-45 años tienen el mejor nivel de capacidad de agencia de autocuidado (CAA) para el año 2013.

El rango 32-38 años aumentó la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta en un 13% para el año 2013 ya que para el 2012 ninguna mujer clasificó allí. Las participantes entre 25-31 años quienes se encontraban en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta en un 2.2% y posterior a la intervención pasaron a un 10% en este nivel.

En cuanto a la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) media en general se evidenció que las mujeres en el pre-test representaban el 28.1% y en la capacidad

de agencia de autocuidado (CAA) baja el 11.9% representó este nivel en general comparado con el resultado del pos-test en donde el 0% de las mujeres participantes se encuentran en estos niveles.

Para el análisis de la relación de la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) en el género masculino, se subdividió en los mismos rangos de edad nombrados anteriormente, con el fin de conocer la variabilidad de las respuestas de los hombres en el momento pretest (2012-1) y posttest (2013-1).

Tabla 10. Distribución porcentual por género masculino según rangos de edad, relacionado con la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) del adulto joven hipertenso perteneciente al grupo “hipertensión arterial y juventud” de la red social Facebook. Bogotá 2012 Vs 2013.

Masculino	EDAD	AÑO 2012			AÑO 2013		
		CAA Alta	CAA Media	CAA Baja	CAA Alta	CAA Media	CAA Baja
	18-24	1.9%	4%	6%	0%	7%	0%
	25-31	4.1%	4.1%	1.9%	13%	0%	0%
	32-38	6%	6%	0%	21%	0%	0%
	39-45	7.9%	4.1%	0%	13%	3%	0%

Fuente: Autoras.

Para el género masculino se evidenció que para el año 2013 los participantes entre 32-38 años son quienes tienen mejor nivel de capacidad de agencia de autocuidado (CAA) (21%), seguido de los hombres entre 25-31 y 39-45 años (13%) para cada rango de edad y un (0%) para este nivel en el rango de 18-24 años. Finalmente los hombres que clasificaron para una agencia de autocuidado (CAA) media fueron los de 18-24 años quienes representaron el (7%) y los de 39-45 años con un (3%). Estos datos comparados con los resultados del año 2012 se puede ver que el nivel de capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta aumentó en todos los rangos de edad excepto en los participantes de 18-24 años.

También se puede observar en la tabla 10, que para el 2012 (pre-test) en general el 7.9% de los hombres se ubicaron en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) baja y 2013 (pos-test) este nivel queda con un 0%.

Los resultados anteriores muestran que tanto en mujeres como en hombres la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) es mayor en los rangos de edad entre 32-38 años y 39-45 años, lo cual puede estar directamente relacionado con que a mayor edad, mayor el nivel de autocuidado, la preocupación por la salud y prevención de enfermedades lleva a que el nivel de capacidad de agencia de autocuidado (CAA) sea importante en estas etapas de la vida. Según un estudio realizado por LANDEROS. Olvera y Cols, en el año 2007, cuando la edad aumenta el cuidado también, esto dado que son variables directamente proporcionales; así mismo la teorista Dorothea Orem afirma que la edad es un factor que condiciona la capacidad de agencia de autocuidado (CAA), a mayor edad, mayor capacidad de agencia de autocuidado (CAA) aspecto que se explica a partir de las habilidades y capacidades que desarrolle el individuo en cuando a sus conductas y comportamientos de autocuidado⁵⁵.

Según Artinian NT en su artículo "*Conductas de Autocuidado en los Pacientes con Insuficiencia Cardíaca en el año 2002*", encontró que con el aumento de edad hay una mayor probabilidad de realizar algunas conductas de autocuidado, entre ellas, acudir al médico cuando existen problemas de salud. Orem pensaba que la capacidad de agencia de autocuidado era diferente según la etapa evolutiva del individuo, por lo que estaba determinada directamente por la edad⁵⁶. La capacidad de agencia de autocuidado (CAA), considerándola de manera concreta, se relaciona con la etapa de desarrollo de los individuos, incluyendo el desarrollo de su capacidad de autogobierno en lo que tiene que ver con aspectos como la

⁵⁵ Herrera, L. (2008) Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. *Avances de enfermería*, 26(1), 36-42. Recuperado de: http://www.enfermeriaunal.edu.co/revista/articulos/xxxvi_4.pdf.

⁵⁶ Renpenning, K.; Taylor, S. (2003) *Self-care t theory of nursing: Selected Papers of Dorothea Orem*. New York: Springer Pub Co.

selección de objetivos y su desarrollo físico, cognitivo y psicosocial. La agencia de autocuidado puede identificarse como presente cuando está desarrollada o está desarrollándose y se considera ausente cuando las capacidades para realizar las operaciones de autocuidado no están desarrolladas⁵⁷.

Se mostrará la distribución porcentual del nivel de escolaridad (primaria, bachillerato, técnico, universitario y posgrado), relacionado con la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) del adulto joven hipertenso perteneciente al grupo “hipertensión arterial y juventud” de la red social Facebook, tomando como punto de referencia los datos obtenidos en el primer periodo del 2012 (pretest), para su respectiva comparación y análisis con los resultados del 2013 (postest).

Tabla 11. Distribución porcentual por nivel de escolaridad relacionado con la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) del adulto joven hipertenso perteneciente al grupo “hipertensión arterial y juventud” de la red social Facebook. Bogotá 2012 Vs 2013.

NIVEL DE ESCOLARIDAD	AÑO 2012			AÑO 2013		
	CAA Alta	CAA Media	CAA Baja	CAA Alta	CAA Media	CAA Baja
Primaria	0%	2%	0%	0%	0%	0%
Bachillerato	8%	6%	8%	0%	0%	0%
Técnico	4%	12%	2%	13%	0%	0%
Universitario	22%	26%	10%	27%	7%	0%
Posgrado	0%	0%	0%	50%	3%	0%

Fuente: Autoras.

De acuerdo al nivel de escolaridad relacionado con la capacidad de agencia de autocuidado (CAA), (tabla 11), se encontró que de los 30 adultos jóvenes hipertensos participantes en el estudio del año 2013-1 (postest), el 53% (n=16)

⁵⁷ Orem, D. (2001) *Nursing. Concepts of Practice*. St. Louis Missouri: Mosby. Recuperado de: www.nurses.info/nursing_theory_person_orem_dorothea.htm.

son de posgrado, de este grupo el 50% se encuentra en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta y el 3% en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) media. En el nivel universitario se observó que el 27% se encuentra en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta y el 7% en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) media; lo que muestra un aumento del 5 % para el nivel alto comparado con el resultado dado por el 2012-1 (pretest) donde el nivel de capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta correspondía a un 22% únicamente.

A nivel técnico se puede observar que el 13% se encuentra en CAA alta dejando ver un aumento del 9% en comparación con el resultado obtenido antes de la intervención donde el nivel de CAA alta era de 4% para este nivel educativo.

Estos resultados permiten ver, que el nivel de escolaridad de cada persona es un elemento fundamental en el paso de la vida; a mayor nivel educativo se tiene mayor posibilidad de acceder a herramientas de información que permiten conocer la enfermedad, las formas de cuidado y las diferentes actividades que se deben realizar con el fin de mejorar la calidad de vida y aprender a vivir con una enfermedad como la hipertensión arterial.

De acuerdo con la literatura consultada en factores asociados al autocuidado de la salud en pacientes diabéticos tipo 2, se evidencia que los diferentes factores sociales entre lo que se encuentra la educación, juegan un papel importante en el autocuidado donde es necesario que la persona que padece la enfermedad tenga conocimiento sobre esta, los cuidados, el tratamiento y otras actividades necesarias para su propio bienestar.

Otro estudio realizado por *Canizález Ramos Héctor José*, denominado *“Factores que influyen en el fallo del autocuidado de los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial que consultan en la unidad comunitaria de salud familiar del*

cantón el despoblado, municipio de Santa Rosa Guachipilín, Santa Ana, de enero a septiembre de 2011”, arrojó que en personas que tienen un nivel de escolaridad básico se dificulta el entendimiento de las recomendaciones y de los cuidados que se deben tener con la enfermedad, por lo tanto se muestra que a mayor nivel de escolaridad, mayor nivel de autocuidado⁵⁸.

En la siguiente tabla se expondrán los datos obtenidos tanto del primer periodo del 2012 (pretest), como del 2013 (postest) de los estratos socioeconómicos (1,2,3 y 4) relacionados con la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) en el adulto joven hipertenso, estudiados en los dos años comparados.

Tabla 12. Distribución porcentual por estrato socioeconómico relacionado con la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) del adulto joven hipertenso perteneciente al grupo “hipertensión arterial y juventud” de la red social Facebook. Bogotá 2012 Vs 2013.

ESTRATO SOCIOECONOMICO	AÑO 2012			AÑO 2013		
	CAA Alta	CAA Media	CAA Baja	CAA Alta	CAA Media	CAA Baja
1	2%	0%	0%	0%	0%	0%
2	4%	4%	10%	10%	0%	0%
3	16%	32%	8%	37%	7%	0%
4	12%	10%	2%	43%	3%	0%

Fuente: Autoras.

Así como el nivel de escolaridad, vemos en la tabla 12 que el estrato socioeconómico también está directamente relacionado con el nivel de capacidad

⁵⁸ Canizález Ramos, H. J. Díaz Menjivar, P. A.; García Amaya, R. A.; García Batres, E. A.; Magaña Cáceres, D. M. (2001) *Factores que influyen en el fallo del autocuidado de los pacientes con diagnostico de hipertensión arterial que consultan en la unidad comunitaria de salud familiar del cantón el despoblado, municipio de santa rosa guachipilín, santa ana, de enero a septiembre de 2011.* Artículo científico. 2011. Recuperado de: <http://unasa.edu.sv/procesodegrado/articulos/artmed2.pdf>.

de agencia de autocuidado (CAA), donde se puede evidenciar que en los estratos 3 y 4 se encuentra el mayor porcentaje de personas en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta, estos que sumados equivalen al 80% en el 2013-1 (postest), en comparación con los resultados del 2012-1(pre-test), donde estos dos corresponden al 28% solamente y en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) media se presentó una disminución notoria del 7% en estrato 4 y 25% en estrato 3. En cuanto al estrato 2, hubo un aumento del 6% en el nivel de capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta, mientras que los niveles de capacidad de agencia de autocuidado (CAA) media y baja disminuyeron de un 4% cada uno, a un 0%.

Según los resultados sobre estrato socioeconómico relacionado con capacidad de agencia de autocuidado (CAA), se evidencia que en los estratos bajos se dificulta el autocuidado y adherencia al tratamiento, teniendo como barreras la dificultad para obtener elementos necesarios como: acceso a los servicios de salud, tiempo para el autocuidado por carga laboral, menor capacidad económica para la compra de los medicamentos necesarios y acudir a otro tipo de terapias alternativas (yoga, meditación, acupuntura, nutrición saludable, etc.).

Además se debe tener en cuenta que el estrato socioeconómico es un factor importante para la aparición de nuevos factores de riesgo que pueden llevar a deteriorar la calidad de vida del adulto joven hipertenso ya que este enfoca su interés en la suplencia de otras necesidades como la alimentación de sus familiares, pagar un arriendo, pagar la educación de los hijos entre otras, dejando a un lado el autocuidado y el bienestar físico.

Para establecer la relación entre la variable sociodemografica; estado civil con capacidad de agencia de autocuidado (CAA), se tomaron las opciones; casado, soltero y unión libre del adulto joven hipertenso de los años 2012-1 y 2013-1 para su posterior comparación y análisis.

Tabla 13. Distribución porcentual de estado civil relacionado con la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) del adulto joven hipertenso perteneciente al grupo “hipertensión arterial y juventud” de la red social Facebook. Bogotá 2012 Vs 2013.

ESTADO CIVIL	AÑO 2012			AÑO 2013		
	CAA Alta	CAA Media	CAA Baja	CAA Alta	CAA Media	CAA Baja
Casado	12%	14%	2%	50%	0%	0%
Soltero	20%	28%	16%	23%	7%	0%
Unión Libre	2%	4%	2%	17%	3%	0%

Fuente: Autoras.

De acuerdo con el estado civil, (tabla 13), se encontró que el 50% de los participantes manifiestan ser casados y se encuentran en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta en el 2013 (postest), en comparación con el pre-test donde se evidenció que solo el 12% se encontraba en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta, el 14% en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) media y el 2% en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) baja. Con las personas solteras correspondientes al 30% de las cuales el 23% se encuentra en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta porcentaje que aumentó en un 3% a diferencia del nivel de capacidad de agencia de autocuidado (CAA) media el cual se encontraba en 28% y disminuyó a 7%, es decir, que mejoró en un 21% teniendo en cuenta que aumentó la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta.

Finalmente en unión libre con un 17% en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta y el 3% en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) media, porcentaje que aumentó en un 15% para capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta y disminuyó en 1% para capacidad de agencia de autocuidado (CAA) media.

Teniendo en cuenta los resultados anteriores se puede analizar que el apoyo de la pareja se convierte en un factor protector que puede ayudar a disminuir el estrés generado por la enfermedad y capacita al paciente para reevaluar la situación y adaptarse mejor a ella, ayudándole a desarrollar respuestas de afrontamiento, y generadoras de salud⁵⁹. El apoyo emocional de la pareja es un factor importante cuando hay que emprender cambios en los estilos de vida, la conducta favorecedora de salud se comparte y se llevan a un punto donde cada uno desempeña un rol, se trabaja para que el otro genere hábitos saludables, proporcionando a nivel social una estabilidad de conductas que motiven a la participación de su salud.

Según Erickson, el adulto joven en el área psicológica y social, se mueve entre la intimidad y el aislamiento, siendo ésta una etapa en que la persona está dispuesta a formar su identidad con la de otro. Está preparado para la intimidad, y tiene la capacidad de entregarse a tareas concretas cumpliendo con tales compromisos, aún cuando impliquen sacrificios importantes. La afiliación y el amor son las virtudes o fortalezas que se asocian a esta etapa. Hay construcción y establecimiento de un estilo de vida, se organiza la vida de forma práctica y se llevan a cabo propósitos⁶⁰.

Por lo tanto la ayuda, el amor y el apoyo que genera la pareja fortalece el vínculo del autocuidado, demostrando un mejor desempeño en sus actividades, la forma de alimentarse y el cuidado que genera en su salud, aumentando la probabilidad de adquirir una autogestión en su enfermedad dedicando su esfuerzo a una mejora tanto para la pareja como para sí mismo, por lo que la pareja es un eje

⁵⁹ Rodríguez Gázquez, M.; Arredondo Holguín, E.; Salamanca Azevedo, Y. (2013) Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad de Medellín (Colombia). *Enfermería global*, 12(2). Recuperado de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/147921/146681>

⁶⁰ Martínez Hernández, D.; Sáez Muñoz, P. (2007) *Conductas de Autocuidado en estudiantes universitarios residentes del complejo de hogares Huachocopihue de la UACH*, 2006. (Tesis de pregrado, Enfermería). Universidad Austral de Chile, Chile. Recuperado de: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmm188c/doc/fmm188c.pdf>

fundamental para el fortalecimiento de condiciones personales y sociales dirigidas al beneficio de la salud.

Además la pareja es capaz de suplir las necesidades básicas de autocuidado, demostrando que la enfermedad poco a poco mejora dando así una motivación en el proceso de rehabilitación, tanto físico como mental, reduciendo el riesgo de complicaciones⁶¹.

De acuerdo a las ocupaciones: ama de casa, comerciante, empleado, estudiante e independiente, se relacionaron con el nivel de capacidad de agencia de autocuidado (CAA), para observar y analizar el comportamiento de los datos obtenidos en el 2012-1 (pretest) y el 2013-1 (postest).

Tabla 14. Distribución porcentual por ocupación relacionada con la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) del adulto joven hipertenso perteneciente al grupo “hipertensión arterial y juventud” de la red social Facebook. Bogotá 2012 Vs 2013.

OCUPACIÓN	AÑO 2012			AÑO 2013		
	CAA Alta	CAA Media	CAA Baja	CAA Alta	CAA Media	CAA Baja
Ama de casa	2%	8%	0%	0%	0%	0%
Comerciante	4%	4%	0%	0%	0%	0%
Empleado	12%	22%	14%	47%	0%	0%
Estudiante	8%	12%	6%	30%	3%	0%
Independiente	8%	0%	0%	13%	7%	0%

Fuente: Autoras.

⁶¹ Peñaloza García, M. (2004) *Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial de la Fundación Medico Preventiva, San José de Cúcuta*. Recuperado de: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/viewFile/35966/37125>.

En cuanto a la ocupación, (tabla 14), se encontró que el nivel de capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta en mayor porcentaje se encuentra en las personas que son empleadas con un 47% o que tienen algún tipo de vinculación con una empresa resultado que aumentó en un 35% para el año 2013-1, seguido de los estudiantes con un 30% de participantes en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta; el cual aumentó en un 22% y un 3% en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) media porcentaje que disminuyó notoriamente y finalmente los trabajadores independientes quienes se encuentran en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta en un 13% lo que demuestra que aumentó en un 5% y 7% en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) media. Esto dado posiblemente por la calidad de vida con relación al aspecto laboral se expresa por el grado de satisfacción espiritual del hombre con el trabajo que realiza alcanzando su cima cuando el trabajo se convierte en su primera necesidad vital, estado en el cual la motivación del ser humano es el puro placer en y por la obra que realiza, es intrínsecamente gratificante y donde su conciencia se funde con sus actos y se pierde la noción del tiempo y del espacio.⁶²

El tener un empleo es un aspecto muy importante en la vida del individuo puesto que a partir de la interacción con otros, el realizar una tarea que engrandece al ser humano, promueve la salud y el bienestar del ser humano y fortalece el desarrollo de habilidad en pro del autocuidado del individuo y de su entorno, en donde las personas que son empleados, tienen una mejor capacidad de agencia de autocuidado (CAA).

Es importante resaltar que dentro de los participantes a quienes se les aplicó la estrategia educativa basada en el Modelo de Concientización de Paulo Freire, y luego de la realización del pos-test, no hubo personas que clasificaran dentro de actividades como el hogar y el comercio en comparación con los resultados del pretest donde aunque fue bajo el porcentaje hubo presencia de mujeres dedicadas al hogar y hombres dedicados al comercio.

⁶² Bautista, L. Estudio epidemiología asociada en la prevalencia de Hipertensión Arterial en adultos de Bogotá Colombia. (2002) *Salud Pública Mex.* (44), 399-405.

En la variable con quién vive, se quiso mostrar la relación que ésta tenía con la capacidad de agencia de autocuidado (CAA), en los años 2012-1 (pretest) y 2013-1 (postest) para su respectivo análisis y comparación, teniendo en cuenta el núcleo familiar (conyugue e hijos), otros familiares (tíos, abuelos, primos, sobrinos, etc.), padres, pareja y solo.

Tabla 15. Distribución porcentual con quién vive relacionado con la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) del adulto joven hipertenso perteneciente al grupo “hipertensión arterial y juventud” de la red social Facebook. Bogotá 2012 Vs 2013.

CON QUIEN VIVE	AÑO 2012			AÑO 2013		
	CAA Alta	CAA Media	CAA Baja	CAA Alta	CAA Media	CAA Baja
Núcleo Familiar	6%	16%	4%	44%	0%	0%
Otros familiares	0%	2%	2%	6%	3%	0%
Padres	10%	14%	8%	14%	0%	0%
Pareja	8%	8%	2%	14%	3%	0%
Solos	10%	6%	4%	10%	3%	0%

Fuente: Autoras.

En relación con quién vive, se puede ver que el mayor porcentaje de personas que se encuentran en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta viven con el núcleo familiar, seguido de las personas que viven con padres y pareja, quienes sumados equivalen al 28%, luego se encuentran las personas que viven solas con un 10% y finalmente las de menos porcentaje en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta son las personas que viven solas o con otro familiar que sumados equivalen al 9%. Esto comprado con los resultados del pretest se evidencia que las personas que viven en núcleo familiar aumentaron en un 38% la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta, las que viven con la pareja

aumentaron en un 5% y en un 3% las personas que viven con hijos para capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta.

Según la literatura en un artículo publicado por Miño en la revista enfermería de Chile, concluye que los pacientes hipertensos tienen estilos de vida promotores, responsabilidad en salud, nutrición, manejo del estrés, ejercicio y el apoyo interpersonal significativos para un buen autocuidado, la conducta promotora de salud orientada a elevar el nivel de bienestar y la autorrealización de esta forma se podrán conocer factores determinantes que serán útiles para predecir y modificar las conductas promotoras de salud, dado que cuando las personas otorgan gran importancia a su salud, tienen mayor tendencia a conservarla⁶³.

Es importante que la familia adopte un compromiso en el acompañamiento y cumplimiento de las órdenes médicas, en la modificación de estilos de vida incentivándolo a la realización de ejercicio, de la adopción de una vida saludable y en la adherencia a nuevas forma de llevar un tratamiento farmacológico.

En el estudio de Álvarez en personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado expresa que tener pareja o apoyo familiar es relevante para mantener niveles normales de glicemia, es decir, las personas con una familia tienen mejor control glucémico, lo que promueve a una mejora en su salud y en su capacidad de mantenerse en condiciones estables⁶⁴.

Por otra parte, para Baca las estrategias de afrontamiento manejadas por el paciente ante la enfermedad y el apoyo social son dos factores que también se han relacionado ya que el tratamiento por parte del diabético, el apoyo, el

⁶³ Miño González, C., Stiepovich Bertoni, J. (2003) Conductas promotoras en jóvenes hipertensos. *Revista enfermería Chile*, 38(124), 9-16.

⁶⁴ Herrera Lian, A., et al. (2012) Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, *Cartagena. Av. Enferm*, 30(2), 39-46. Recuperado de: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/viewFile/36079/39705>

entendimiento y la realización de una buena higiene personal se logra mediante una familia estable lo que favorece la adherencia al autocuidado, lo permite que las personas que participan en programas grupales de entrenamiento para diabetes muestran un mejor control de la enfermedad y conocimiento acerca de esta; también hay evidencia de que estos programas pueden reducir el peso corporal, aumentar el autocontrol, mejorar la calidad de vida, las habilidades de autocuidado y la satisfacción de realiza un buen trabajo.⁶⁵

Es importante recordar que la familia es el sostén permanente e incondicional en los momentos más complicados por los que puede atravesar el joven hipertenso ya que el contacto es personal, frecuente, sincero y duradero permitiéndole seguridad para cumplir regímenes de tratamiento, expectativas de vida, apoyo, autocuidado, y seguridad al individuo, generando en el paciente deseos y motivaciones para la obtención de cambios en su vida, es un apoyo económico donde los aportes que se brindan ayudan a un mejor acceso a los servicios de salud permitiendo mejorar su estado de ánimo y de esta forma se utilizaran tratamientos farmacológicos y no farmacológicos más económicos, que ayuden a mejorar su salud⁶⁶

9.3 CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN EL ADULTO JOVEN HIPERTENSO PERTENECIENTE AL GRUPO “HIPERTENSION ARTERIAL Y JUVENTUD” DE LA RED SOCIAL FACEBOOK. BOGOTA 2012-1 (PRETEST) Y 2013-1 (POSTEST)

Respondiendo al objetivo 3 de esta investigación, se tomó como punto de partida el estudio realizado por Amórtegui y Gutiérrez cuando se evaluó la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) en el adulto joven hipertenso del grupo

⁶⁵ Sánchez, R., et al. Op. cit.

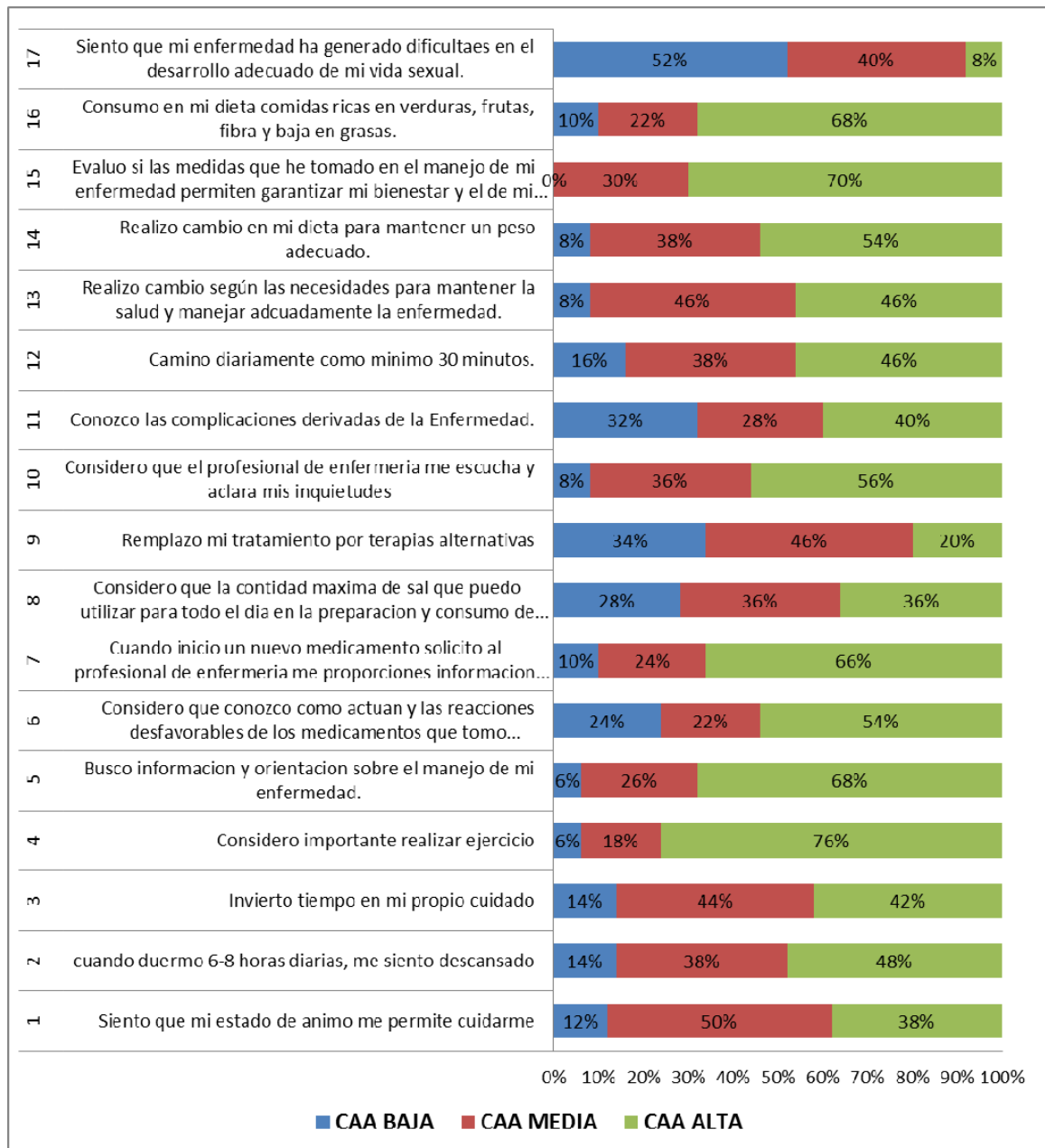
⁶⁶ Cruz Corchado, M. Op. cit.

“hipertensión arterial y juventud” de la red social Facebook en el primer periodo del año 2012. (Grafica 3)

Luego, para el segundo periodo del año 2012, Ruth Lindsay Cárdenas diseñó una estrategia educativa basada en el Modelo de Concientización de Paulo Freire, la cuál va dirigida a mejorar la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) en el adulto joven hipertenso de este grupo en la red social.

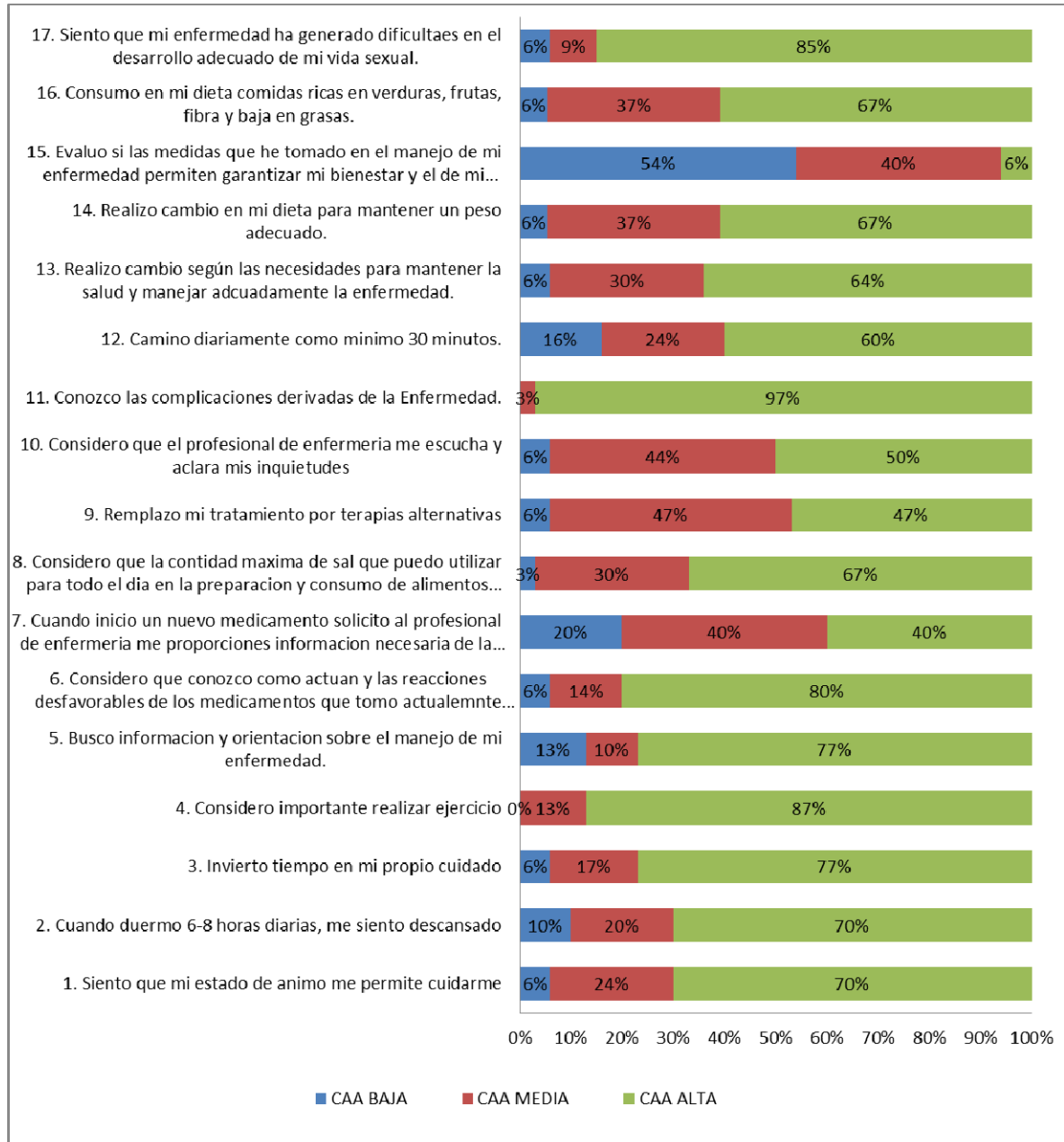
Finalmente en el periodo de febrero a mayo de 2013, se retoman los datos obtenidos en la primera evaluación de capacidad de agencia de autocuidado (CAA), denominada (pretest) del adulto joven hipertenso para implementar la estrategia educativa basada en el Modelo de Concientización de Paulo Freire, y posterior a ello aplicar nuevamente el instrumento que evalúa la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) denominada (postest) (Gráfica 4), para comparar los dos resultados; 2012-1 y 2013-1, determinando estadísticamente si dicha estrategia fue realmente efectiva para este grupo de hipertensos.

Gráfica 3. Distribución porcentual de las preguntas del instrumento que evalúa la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) del adulto joven hipertenso del grupo “hipertensión arterial y juventud” de la red social Facebook. Bogotá 2012-1



Fuente: Amortegui, M., y Guitierrez, D. (2012).

Gráfica 4. Distribución porcentual de las preguntas del instrumento que evalúa la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) del adulto joven hipertenso del grupo “hipertensión arterial y juventud” de la red social Facebook. Bogotá 2013-1



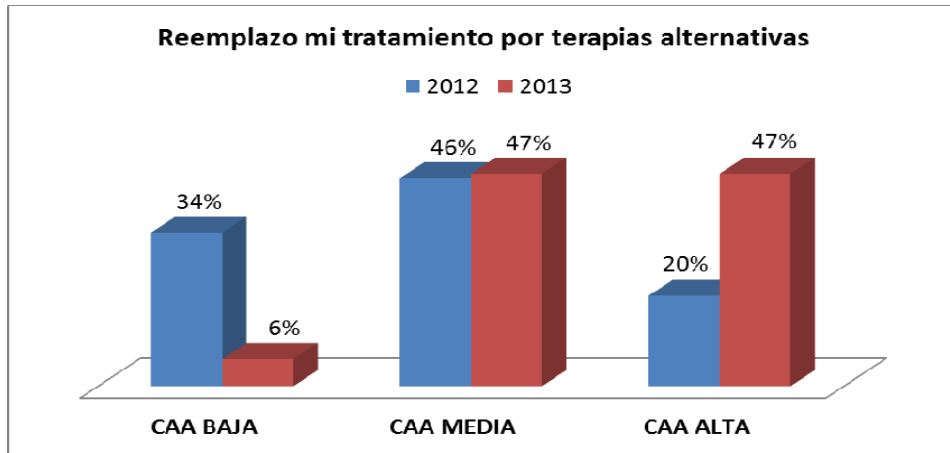
Fuente: Autoras.

Las Gráficas 3 y 4 presentadas anteriormente, muestran la distribución porcentual de las preguntas del instrumento que evalúa la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) y que permite clasificar a los participantes en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta si contesto 5:siempre, 4:casi siempre, capacidad de agencia de autocuidado (CAA) media si contesto 3:a veces, ó capacidad de agencia de autocuidado (CAA) baja si contesto 1:nunca y 2: casi nunca, de acuerdo a los rangos ponderales obtenidos en la suma total de la puntuación.

9.3.1 Análisis de los ítems con mayor diferencia porcentual entre los años comparados (2012-1 y 2013-1). Para fines analíticos se abordan las principales diferencias porcentuales que se resaltan con mayor importancia en los resultados obtenidos tanto del pretest como del postest vistos en las gráficas anteriores (3 y 4). A continuación se ilustraran porcentualmente los ítems con mayor y menor puntuación trabajados en la intervención educativa.

A continuación se presentará la gráfica correspondiente al ítem trabajado en la sesión 1 de la estrategia educativa aplicada al adulto joven hipertenso basada en el modelo de concientización de Paulo Freire donde se evidencia la diferencia porcentual de la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) según los datos del pre-test y pos-test.

Gráfica 5. Porcentajes 2012 vs. 2013 de la pregunta: “Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas” del instrumento capacidad de agencia de autocuidado (CAA) del adulto joven hipertenso del grupo hipertensión arterial y juventud de la red social Facebook. Bogotá 2013.



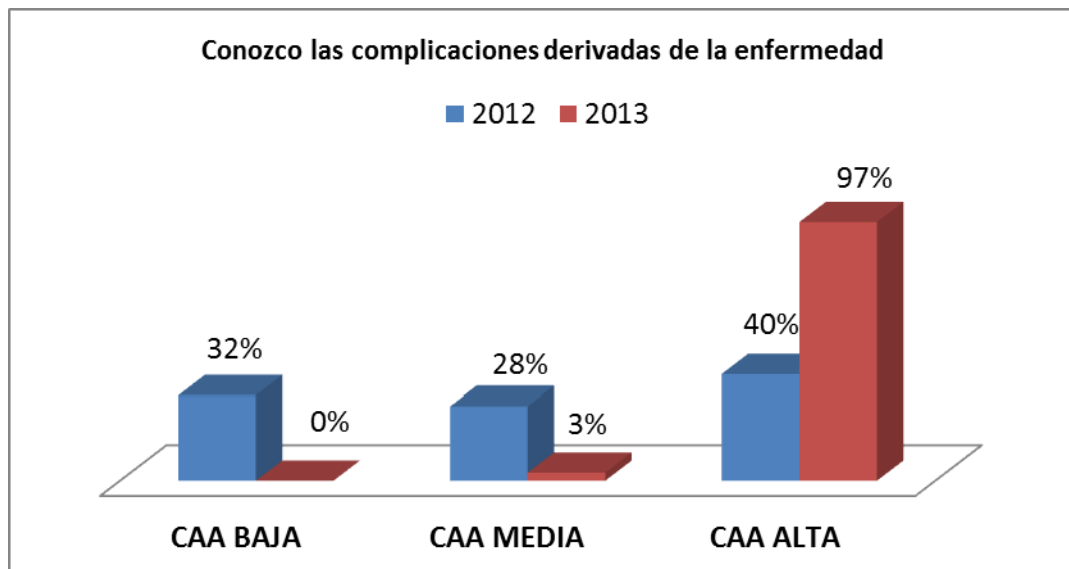
Fuente: Autoras.

En la grafica No 5. Se analiza la pregunta “Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas”, ítem trabajado en la sesión 1 del presente trabajo donde los temas a tratar fueron: La Hipertensión arterial, antihipertensivos; efectos sobre el organismo y terapias alternativas como complemento al tratamiento ya establecido: como por ejemplo el uso consciente de la respiración, implementación del yoga, caminatas, actividades recreativas y todas aquellas medidas relajantes que disminuyen el estrés y que pueden ser utilizadas como coadyuvantes para el manejo de la hipertensión arterial (HTA), encontrando que para el año 2012 la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) baja apunto un 34% y para el año 2013 apunto tan solo un 6%, la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) media apunto casi por la misma cifra porcentual entre los dos años comparativos y la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta para el 2012 fue de 20% mientras que para el año 21013 subió a un 47%, lo que demuestra que con indicarles a los jóvenes hipertensos que la toma de los fármacos y una dieta balanceada no es suficiente, exponerles y brindarles otras alternativas para el manejo de la hipertensión arterial (HTA), teniendo en cuenta que la mayoría de los hipertensos pueden controlar su enfermedad con medidas no farmacológicas

donde predominan los cambios en los estilos de vida, y el papel que juegan las terapias de relajación en cuanto a modificar los procesos cognitivos aumentando la habilidad, el enfoque, pasividad y receptividad y, a largo plazo las modificaciones en las estructuras cognitivas como las creencias, los valores y los compromisos; debido a su bajo costo para el paciente y la usencia de efectos adversos, por lo que se integran temáticas que estimulen los procesos de relajación actuando en diferentes esferas del cerebro lo cual permite al adulto joven hipertenso acercarse a un entrenamiento y meditación creando independendencia en el paciente y por tanto mejorando la eficacia de la terapia a largo plazo por medio de la planeación y aplicación de condiciones para manejar y mejorar el estrés que ocasiona el estudio, trabajo, la familia, etc.

La siguiente gráfica representa la comparación de los niveles de capacidad de agencia de autocuidado (CAA) del ítem trabajado en la sesión 2, de la estrategia educativa utilizada.

Gráfica 6. Porcentajes 2012 vs. 2013 de la pregunta: “conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad” del instrumento capacidad de agencia de autocuidado (CAA) del adulto joven hipertenso del grupo hipertensión arterial y juventud de la red social Facebook. Bogotá 2013.



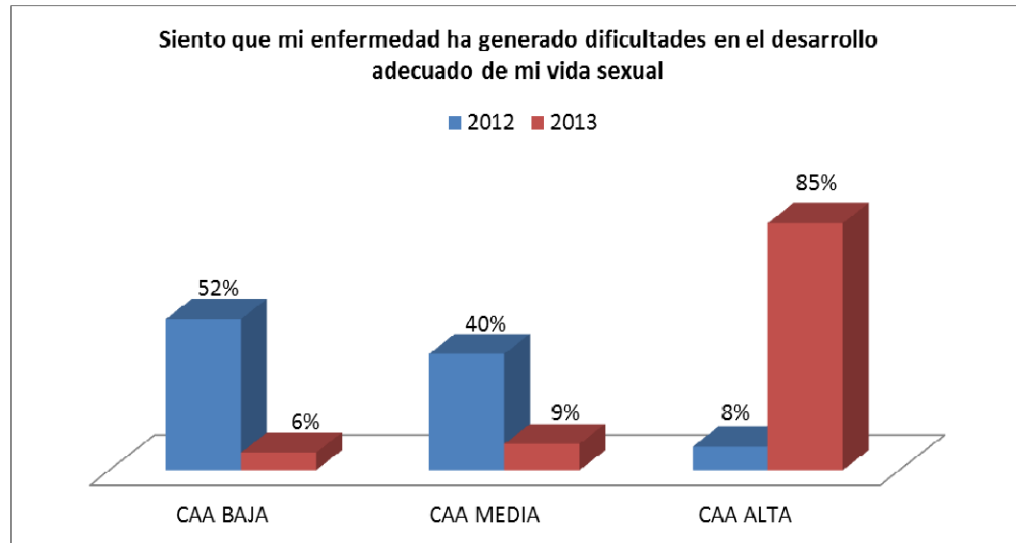
Fuente: Autoras.

En la anterior grafica 6 se analiza la pregunta “conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad”, ítem trabajado en la sesión 2, con la mejor puntuación para esta evaluación post intervención educativa, pues se observa que la mejoría de la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) de los adultos jóvenes hipertensos fue muy buena en esta temática. Los datos obtenidos para la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) baja fueron de un 32% y 0% para el 2012 y 2013 respectivamente, ello demuestra que se logró el objetivo de este trabajo investigativo y según el modelo de concientización de Paulo Freire se logró captar la atención de los participantes mostrando imágenes alusivas a las complicaciones de la enfermedad y se generó un cambio en el concepto de la enfermedad y sus complicaciones que permitió modificar tanto los conocimientos como las formas de autocuidado.

Los datos de capacidad de agencia de autocuidado (CAA) media fueron de 28% para el año 2012 y tan solo el 3% equivalente a 1 persona para el año 2013, se ubicó allí esta persona quien contestó que a veces conoce las complicaciones de la enfermedad, se puede deducir de ello que ésta persona conoce algunas de las complicaciones más no todas y esto lleva a la confusión. Finalmente para esta pregunta se obtuvo en la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta datos de 40% y 97% de los años comparados respectivamente, aspecto que permite observar y analizar el gran impacto que tuvo la estrategia educativa al enseñar a los participantes las complicaciones de la enfermedad, para ellos quedó información valiosa que indirectamente los lleva a mejorar sus hábitos con el fin de evitar estas complicaciones a largo plazo, también se aclararon muchas dudas, mitos, confusiones y preguntas, cabe nombrar que los adultos jóvenes hipertensos fueron bastante participativos en esta sesión.

Siguiendo con la sesión 2 de la estrategia educativa se trabajó este ítem, teniendo en cuenta que en el pre-test clasificó dentro de los de baja puntuación, por lo cual fue necesario hacer mayor énfasis durante la sesión, obteniendo los siguientes resultados.

Gráfica 7. Porcentajes 2012 vs. 2013 de la pregunta: “Siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual” del instrumento capacidad de agencia de autocuidado (CAA) del adulto joven hipertenso del grupo hipertensión arterial y juventud de la red social Facebook. Bogotá 2013.

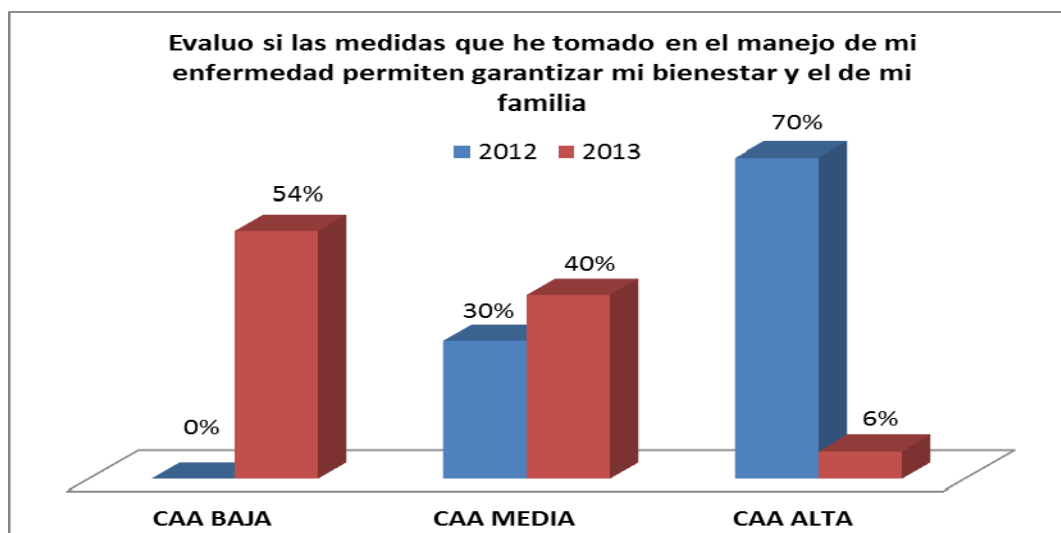


Fuente: Autoras.

En la grafica No 7 La capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta tuvo un gran cambio, pues para el año 2012 se contó con el 8% de los participantes para este nivel, mientras que para el 2013 ascendió a un 85%, situación que demuestra que los adultos jovenes refieren no sentir ningun tipo de dificultad en el desarrollo de la sexualidad, dimension humana importante en esta etapa de la vida, es importante tener en cuenta que cuando se aplico el instrumento se esperaba que las respuestas dadas por los participantes fueran nunca y casi nunca lo que refeja que a la hora de la tabulacion esto se tomara como una capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta teniendo en cuenta que una respuesta negativa afirma que la enfermedad no afecta la vida sexual.

De acuerdo al ítem “evaluó si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar y el de mi familia” trabajado en la sesión 2 como complemento ya que para el 2012 se ubicó en nivel medio- alto.

Gráfica 8. Porcentajes 2012 vs. 2013 de la pregunta: “evaluó si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar y el de mi familia” del instrumento capacidad de agencia de autocuidado (CAA) del adulto joven hipertenso del grupo hipertensión arterial y juventud de la red social Facebook. Bogotá 2013.



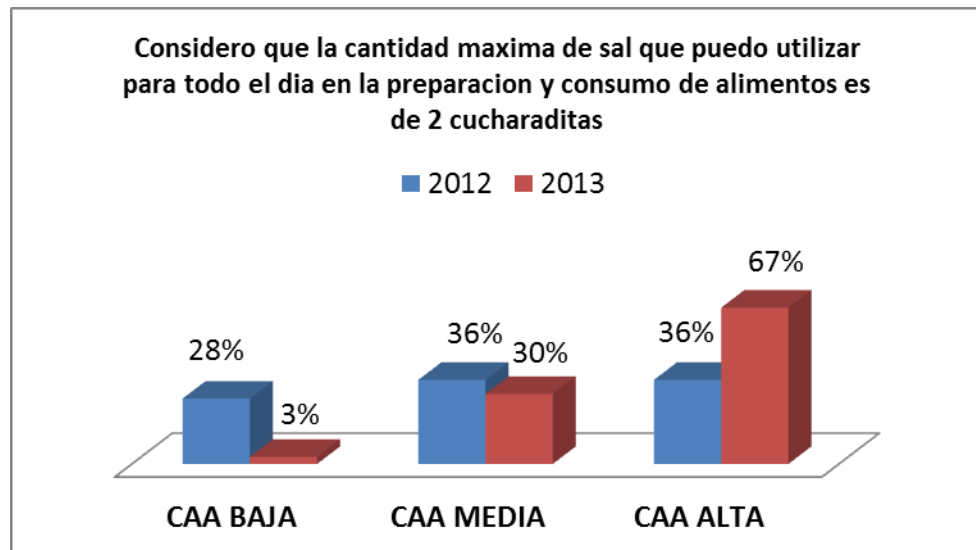
Fuente: Autoras.

Este ítem tuvo un cambio negativo entre los años comparados, pues se observa que en el pretest la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) fue alta con un 70% y la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) baja fue de 0%, mientras que para el post test los resultados fueron de 6% y 54% respectivamente, es necesario reconocer que la estrategia educativa no fue de impacto en esta temática, pues aunque se abordó la importancia de la familia en el proceso de autocuidado de la hipertensión arterial (HTA), no se logró en los participantes la necesidad de evaluar todas las medidas que aprendieron para el control de la

enfermedad con la familia y que ello garantiza el bienestar propio, es decir, aunque el adulto joven hipertenso aplicó las prácticas de autocuidado y las reconoció como importantes no se evaluó como tal el impacto para los familiares siendo ellos los ayudadores y la red de apoyo para muchos de ellos.

Ya teniendo en cuenta la sesión 3, se trabajó este ítem haciendo mayor énfasis ya que para el primer periodo de 2012 se clasificó como el ítem de menor nivel.

Gráfica 9. Porcentajes 2012 vs. 2013 de la pregunta: “considero que la cantidad máxima de sal que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos es de 2 cucharaditas” del instrumento capacidad de agencia de autocuidado (CAA) del adulto joven hipertenso del grupo hipertensión arterial y juventud de la red social Facebook. Bogotá 2013.



Fuente: Autoras.

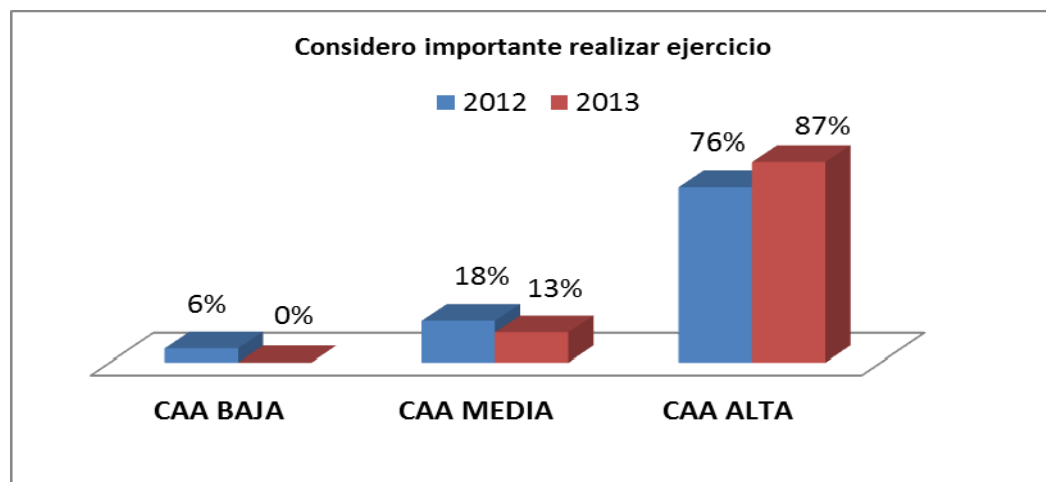
A la pregunta: “considero que la cantidad máxima de sal que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos es de 2 cucharaditas” representada en la gráfica N° 9 se puede analizar que para el año 2012 no es desconocido este dato para los adultos jóvenes hipertensos ya que en un mismo

valor porcentual (36%) se ubicó la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) media y la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta a pesar que un 28% se clasificó en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) baja, este último siendo un porcentaje altamente representativo para trabajar en la intervención educativa obteniendo en el pos test los datos porcentuales así: capacidad de agencia de autocuidado (CAA) media 30% (n=9), capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta 67% (n=20) y capacidad de agencia de autocuidado (CAA) con tan solo un 3% (n=1), ello demuestra que fue receptiva la información entre los participantes ya que se informó el mecanismo de acción de la concentración del liquido intravascular cuando es alta la concentración de sodio, mecanismo que mantiene las cifras tensionales elevadas, lo que permite ver que las imágenes y actividades presentadas lograron que los participantes percibieran la realidad, adquirieran conciencia y crearan respuestas modificadoras en pro de mejorar su condición de salud.

Es importante resaltar que en la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) baja hay una gran diferenciación porcentual entre los años comparados, pues se reduce a más de 8 partes los datos obtenidos pues se demuestra que para el año 2013 tan solo 1 participante no considera esta cantidad de sal en su alimentación. El tema de la cantidad de ingesta de sal se trabajo en la sesión 3 debido a que fue uno de los ítems con más baja puntuación en el estudio de Amórtegui y Gutiérrez, en la intervención educativa se estableció como temática central “dieta y ejercicio como influyen en el control de la presión arterial”, y este ítem se complementó con los ítems: camino diariamente 30 minutos, realizo cambios en mi dieta para mantener el peso adecuado, consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, fibra y baja en grasas y considero importante realizar ejercicio; ítem analizado a continuación.

Este ítem se trabajó como refuerzo de la sesión 3 ya que para el año 2012-1 se ubicó como uno de los ítems más altos manteniendo este nivel para el año 2013.

Gráfica 10. Porcentajes 2012 vs. 2013 de la pregunta: “considero importante realizar ejercicio” del instrumento capacidad de agencia de autocuidado (CAA) del adulto joven hipertenso del grupo hipertensión arterial y juventud de la red social Facebook. Bogotá 2013.



Fuente: Autoras.

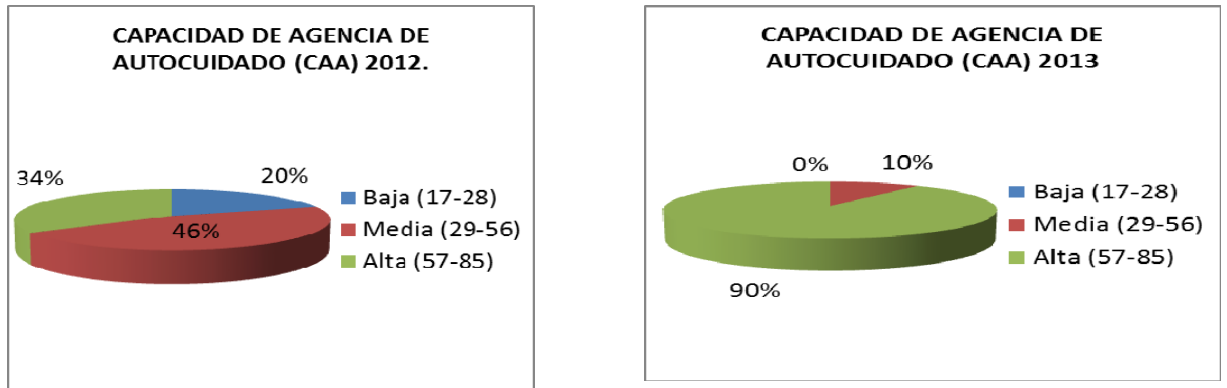
En la gráfica 10 se puede observar que porcentualmente no son grandes las diferencias entre los diferentes niveles de capacidad de agencia de autocuidado (CAA), sin embargo es importante resaltar que este ítem fue uno de los mejores en puntuación de la evaluación post intervención educativa, pues en la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) baja no se ubicó ninguna persona por ello equivale a un 0%, también esta gráfica permite analizar que aunque no es grande la diferencia en la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) media, si subieron de nivel aquellas que se ubicaban en una capacidad de agencia de autocuidado (CAA) media a una capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta demostrando resultados del 87% en esta última para el 2013, allí se demuestra que realmente

consideran el ejercicio como importante para incluirlo en el manejo de la enfermedad.

Este ítem se trabajó en la sesión 3 y se explicó a los participantes cómo el ejercicio aeróbico logra disminuir las cifras tensionales, aspecto bastante llamativo para los participantes pues expresaron que nunca nadie antes les había explicado la verdadera razón fisiológica por la cual el ejercicio ayudaba a bajar la presión arterial y que tal vez por ello no lo reconocían con alta importancia. Está claro que quienes clasificaron en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) media expresaron que lo tomaban como importante a veces, no porque les pareciera menos importante que otras actividades sino porque no lo podían implementar en su rutina por falta de un espacio adecuado, en ocasiones por falta de dinero para asistir a un gimnasio con un instructor que los pudiera guiar sobre el ejercicio que es acorde con su condición de salud y porque la agitación del diario vivir que demandan las demás actividades rutinarias no les dejaba tiempo para este tipo de práctica útil en el autocuidado, por lo cual el grupo investigador hizo énfasis en ello explicando que no era necesario un gimnasio pues con tan solo caminar 30 minutos diarios ya sea por la calle o en un parque cumplía con los requisitos de un ejercicio aeróbico demostrado científicamente y la falta de tiempo va mas en el interés y el énfasis en el autocuidado que cada quien quisiera imponerle al control y manejo de su enfermedad.

Finalmente, y teniendo en cuenta los niveles de capacidad de agencia de autocuidado (CAA) generales, se realizó la comparación de los dos periodos estudiados durante este trabajo investigativo encontrado.

Gráfica 11. Distribución porcentual global del nivel de capacidad de agencia de autocuidado (CAA) 2012 vs. 2013 en el adulto joven hipertensos del grupo hipertensión arterial y juventud de la red social Facebook. Bogotá 2013.



Fuente: Autoras.

Esta última grafica N° 11 permite al lector de este trabajo de grado dar un panorama general del nivel de capacidad de agencia de autocuidado que se obtuvo en los adultos jóvenes hipertensos del grupo hipertensión arterial y juventud de la red social Facebook, en los dos momentos comparados, el primero pre intervención educativa y el segundo post intervención educativa.

Como se ha mencionado anteriormente esta intervención educativa se aplicó según el modelo de concientización basado en Paulo Freire, diseñado por Ruth Cárdenas, donde a través de tres sesiones o encuentros educativos se explicó básicamente en que consiste la enfermedad, su fisiopatología, el tratamiento farmacológico y no farmacológico, las terapias alternativas para el manejo de la enfermedad, las practicas de autocuidado, las complicaciones que se quieren evitar a largo plazo, entre otras.

La gráfica permite demostrar que para el año 2012 se contaba con las cifras porcentuales así: 20%, 46% y 34% para los niveles de capacidad de agencia de autocuidado (CAA) baja, media y alta, respectivamente, y para el año 2013 se obtuvo la siguiente información porcentual: 0%, 10% y 90% para los niveles de

capacidad de agencia de autocuidado (CAA) baja, media y alta, respectivamente. Frente a esta grafica se demuestra que fue altamente efectiva la intervención educativa, pues según en cifras frecuenciales se evidencia que ninguna persona clasifico según los rangos ponderales para capacidad de agencia de autocuidado (CAA) baja, tan solo 3 personas clasificaron para capacidad de agencia de autocuidado (CAA) media, y 27 clasificaron en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta.

Es satisfactorio como grupo investigador brindar las herramientas útiles de autocuidado en estas personas jóvenes que tiene un gran futuro por delante y que a través del autocuidado logren llegar por ellos mismos a edades aun productivas y sanas de la vida adulta media y mayor debido a que se diagnostica en personas jóvenes quienes aún no tiene la conciencia y la interiorización del autocuidado, pilar fundamental para lograr los objetivos impuestos en esta etapa de la vida, como los son: terminar una carrera, tener una familia, ser trabajadores productivos y tener una adultez sana para esperar una vejez duradera. Como vocación de enfermería es alentador saber que el cuidado de la persona como disciplina no se puede fraccionar o alejar de la educación para la salud, es gratificante poder aportar investigación en enfermería con resultados óptimos que permiten evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en esta población que es poco estudiada para el tema de la hipertensión arterial (HTA) y que cada día cobra más vidas a edades muy jóvenes.

10. CONCLUSIONES

De acuerdo al género se encontró que las mujeres presentaron mayor capacidad de agencia de autocuidado (CAA) debido a que de las 13 mujeres el 100% se ubicó en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta en comparación con los hombres donde el 47% clasificó en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta y el 10% en media siendo este porcentaje el único en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) media.

Por otro lado y teniendo en cuenta los rangos de edad en los que se dividieron los participantes se analizó que las personas entre los rangos de edad de 32-38 años tienen el mayor porcentaje en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta representando el 34% de la muestra, porcentaje significativo ya que para el año 2012 se contaba solo con el 3% en este nivel.

Para la variable de escolaridad se obtuvo que las personas universitarias ocuparon en un 22% el nivel de capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta para el año 2012 y ascendió a un 27% luego de la intervención. Para el año 2013 el mayor porcentaje de personas en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta lo obtuvieron los participantes de posgrado con un 50% en comparación con el año 2012 donde ninguno de los participantes pertenecía a este nivel educativo.

En relación con capacidad de agencia de autocuidado (CAA) y estrato socioeconómico se observó que los participantes pertenecientes al estrato 4 tuvieron mayor porcentaje de capacidad de agencia de autocuidado (CAA) CAA alta pasando de un 12% a un 43% de los años comparados.

En cuanto al estado civil se encontró que para el año 2012 las personas solteras tuvieron mayor capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta con un 20% mientras que para el año 2013 el mayor porcentaje para este nivel estuvo en las personas casadas con un 50%.

En la variable ocupación se pudo observar que el comportamiento de la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta se mantuvo entre los empleados para los dos periodos, donde se obtuvo un 12% en el año 2012 y un 47% para el 2013.

En relación con la variable con quien vive se pudo ver que el mayor porcentaje de personas que se encuentran en capacidad de agencia de autocuidado (CAA) alta para el 2013 viven con el núcleo familiar representando el 44% mientras que en el año 2012 el mayor porcentaje de capacidad agencia de autocuidado (CAA) alta lo obtuvieron las personas que vivan solas o con los padres representando el 10% respectivamente.

La medición realizada antes de la intervención mostro que el 34% se encontraba en capacidad agencia de autocuidado (CAA) alta, el 46% en media y el 20% en capacidad agencia de autocuidado (CAA) baja y posterior a la intervención el 90% clasifico en capacidad agencia de autocuidado (CAA) alta y el 10% en capacidad agencia de autocuidado (CAA) media lo que evidencia que la estrategia educativa genero un impacto en los adultos jóvenes participantes aumentando notablemente los niveles de capacidad agencia de autocuidado (CAA).

El aumento en los niveles de capacidad agencia de autocuidado (CAA) dependerá de diversos factores como es la edad, el género, el nivel educativo, la ocupación, el estado civil y las personas con quien vive el paciente, además del aporte educativo que brinde enfermería o el profesional de salud, lo que será definitivo para que la persona interiorice la importancia del autocuidado e inicie actividades encaminadas a mejorar la salud y el bienestar propio.

Esta investigación aporta información válida para las investigaciones en enfermería acerca de la capacidad agencia de autocuidado (CAA) del adulto joven hipertenso ya que permitió mostrar otro panorama para planear, ejecutar y evaluar intervenciones de educación para la salud en esta población.

Para dar respuesta al objetivo general de este estudio, sobre la efectividad del Modelo de Concientización de Paulo Freire como estrategia educativa para mejorar la Capacidad de Agencia de Autocuidado (CAA) del adulto joven hipertenso, se aplicó la prueba de Chi Cuadrado con dos grados de libertad y un nivel de confianza de 0.05, tomando como valor de referencia 5.9 en la tabla de valores críticos de la distribución del Chi Cuadrado, dada la diferencia del tamaño de la muestra entre los periodos comparados.

Ya que se obtuvo como resultado un valor de Chi cuadrado de 24.16 y una probabilidad de 0.001, se rechaza la hipótesis nula, lo que permite concluir que el Modelo de Concientización de Paulo Freire como estrategia educativa para promover la capacidad de agencia de autocuidado (CAA) en el adulto joven hipertenso es efectiva debido a que se logró modificar conceptos relacionados con la enfermedad y el tratamiento.

Este tipo de estudio aporta valiosa información para los profesionales de enfermería, ya que les permite conocer otros modelos como el de Paulo Freire que ofrece importantes elementos para desarrollar intervenciones de educación para la salud, de tal manera que contribuya a mejorar el autocuidado de los individuos.

Este trabajo da la oportunidad al profesional de enfermería de reconocer nuevas tendencias de comunicación como Facebook, siendo éste un espacio desde el cual se puede brindar educación y capacitación en salud.

Es necesario que los profesionales de enfermería apliquen a su práctica laboral las teorías y modelos como la de Orem, ya que se reconoce la importancia de estas en pacientes como los hipertensos.

Finalmente, el modelo de Concientización de Paulo Freire como estrategia educativa, es una herramienta útil para enfermería que puede ser utilizada en educación para la salud en pacientes con otras patologías crónicas.

11. RECOMENDACIONES

En relación con este trabajo es importante en primer lugar que las entidades y profesionales de salud creen nuevas estrategias educativas en salud que permitan responsabilizar, al individuo con el fin de que adquiera conocimientos, actitudes y hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual y colectiva. Es decir, preparar al individuo para que poco a poco, adopte estilos de vida saludables y conductas positivas de salud.

En segunda instancia es necesario incluir poblaciones como el Adulto Joven en los programas de atención y educación en salud buscando fortalecer los factores de protección y prevenir los riesgos generados por estilos de vida no sanos como el sedentarios, consumo de alcohol y tabaco entre otros, lo cual ha llevado que enfermedades crónicas como la hipertensión arterial afecten a esta población; además, es necesario que el Adulto Joven Hipertenso se apodere de la enfermedad y logre adquirir habilidades y herramientas que permitan tener un rol de autocuidado que permita la adherencia al tratamiento como parte de este.

Finalmente y con los resultados obtenidos en este trabajo, es importante que la estrategia educativa aquí aplicada, sea una herramienta para enfermería no solo en pacientes hipertensos si no en otras patologías importantes ya que por medio de la educación se pueden prevenir complicaciones que puedan afectar al individuo en un futuro. Además es necesario que se continúe la interacción con el grupo ya que por medio de este se pueden crear futuros educadores para el resto de la población hipertensa.

12. LIMITACIONES

La principal limitación de este estudio estuvo relacionada con la diferencia en el tamaño de la muestra, dado que aunque para el pretest y posttest se calculó de 30 personas; en el pretest asistieron 20 participantes más, los cuales fueron tenidos en cuenta en la medición y análisis de resultados.

BIBLIOGRAFÍA

- Agusti, R. (2006) Epidemiología de la Hipertensión Arterial. *Acta Medica Peruana*, 23(2), 71-75. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=96623205>
- Alcaldía de Santiago de Cali. (2011) *Boletín informativo del programa de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) de la secretaria de salud pública municipal de Santiago de Cali 2011*. Recuperado de: http://calisaludable.cali.gov.co/saludPublica/2011_EstilosdeVida/BOLETIN_CRONICAS_2011.pdf.
- Alcasena, M. S.; Martínez, J.; Romero, J. Hipertensión arterial sistémica. Fisiopatología. *Anales Servicio de Cardiología, Hospital de Navarra*, 21(1). Recuperado de: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol21/suple1/suple2a.html>
- Alligood, M.; Marriner Tomey, A. (2011) *Modelos y teorías en enfermería*. España: Elsevier.
- Alligood, M.; Marriner Tomey, A. (2011) *Modelos y teorías en enfermería*. España: Elsevier.
- Alligood, M.; Marriner Tomey, A. (2011) *Modelos y teorías en enfermería*. España: Elsevier.
- American Heart Association (AHA) (2008) Guías para la hipertensión arterial. *Hypertension*. Recuperado de: <http://hyper.ahajournals.org/cgi/reprint/HYPERTENSIONAHA.108.189141v1>
- Arroyo, J. (1978) *Paulo Freire: su ideología y su método*. Zaragoza: Hechos y Dichos.
- Bautista, L. Estudio epidemiología asociada en la prevalencia de Hipertensión Arterial en adultos de Bogotá Colombia. (2002) *Salud Pública Mex.* (44), 399-405.

- Bustos, P.; Amigo, H.; Arteaga, A.; Acosta, A.; Rona, R. (Sept. 2003) Factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en adulto joven. *Rev Med Chile*, 131(9), 973-980. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000900002&script=sci_arttext
- Canizález Ramos, H. J. Díaz Menjivar, P. A.; García Amaya, R. A.; García Batres, E. A.; Magaña Cáceres, D. M. (2001) *Factores que influyen en el fallo del autocuidado de los pacientes con diagnostico de hipertensión arterial que consultan en la unidad comunitaria de salud familiar del cantón el despoblado, municipio de santa rosa guachipilín, santa ana, de enero a septiembre de 2011*. Artículo científico. 2011. Recuperado de: <http://unasa.edu.sv/procesodegrado/articulos/artmed2.pdf>.
- Castillo Herrera, J. A.; Villafranca Hernández, O. (2009) La hipertensión arterial primaria en edades tempranas de la vida, un reto a los servicios de salud. *Rev Cubana Inves Biomed*, 28(3), 147-157. Recuperado de: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d9da0bb6-424b-4951-beba-1c9c1347a3b3%40sessionmgr11&vid=4&hid=9>
- Castillo Herrera, J. A.; Villafranca Hernández, O. (2009) La hipertensión arterial primaria en edades tempranas de la vida, un reto a los servicios de salud. *Rev Cubana Inves Biomed*, 28(3), 147-157. Recuperado de: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d9da0bb6-424b-4951-beba-1c9c1347a3b3%40sessionmgr11&vid=4&hid=9>
- Chesney Lawrence, L. (2008) Concientizacion de Paulo Freire. *Rhec*, (11), 53-74. Recuperado de URL: www.udenar.edu.co/rudecolombia/files/r11_53.pdf.
- Cruz Corchado, M. (2001) Panorama epidemiológico de la hipertensión arterial en México. *Archivos de Cardiología de México*, 71(1), S192-S197. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/acs-2001/acs011an.pdf>.
- Fernández, A.; Manrique Abril, F. (2010) Efecto de la intervención educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia,

- Suramérica. *Ciencia y Enfermería*, 16(2), 83-97. Recuperado de: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n2/art_09.pdf.
- Ferrante, D. (Marzo 2011) Encuesta nacional de factores de riesgo 2009 argentina. Evolución de la epidemiología de las enfermedades crónicas no transmisibles en argentina. Estudio de corte transversal. *Rev Argent Salud Pública*, 2(6), 34-41. Recuperado de: <http://www.saludinvestiga.org.ar/rasp/articulos/volumen6/encuesta-nacional.pdf>.
- Fundación Española del Corazón (FEC). (2011) *Hipertensión Arterial en el mundo 2011, prevalencia HTA España 2011*. Recuperado de: <http://www.xenfacil.com/temas/17-may-2011-d%C3%ADa-mundial-de-la-hipertensi%C3%B3n-madrid-esp%C3%B1a.572/>
- Fundación Española del Corazón (FEC). (2011) *Hipertensión Arterial en el mundo 2011, prevalencia HTA España 2011*. Recuperado de: <http://www.xenfacil.com/temas/17-may-2011-d%C3%ADa-mundial-de-la-hipertensi%C3%B3n-madrid-esp%C3%B1a.572/>
- Gobierno de Chile. (2012) *Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. Encuesta nacional de salud 2010 (ENS 2010). Objetivo estratégico # 2: Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos*. Recuperado de: <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/b89e911085a830ace0400101650115af.pdf>
- Gobierno de Chile. (2012) *Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. Encuesta nacional de salud 2010 (ENS 2010). Objetivo estratégico # 2: Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos*. Recuperado de:

<http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/b89e911085a830ace0400101650115af.pdf>

Gonzales Camaño, A. (s.f.) Tratamiento farmacológico antihipertensivo 2012. Sociedad mexicana para el estudio de la hipertensión arterial. Recuperado de:

<http://www.lancet.mx/FASCICULOS/Tratamiento%20Farmacologico%202012.pdf>

Guerrero, R.; Gallego, A.; Becerri, V. (2011) Sistema de salud Colombia. *Salud pública de México*, 53(2).

Herrera Lían, A., et al. (2012) Personas con diabetes mellitus tipo 2 y su capacidad de agencia de autocuidado, *Cartagena. Av. Enferm*, 30(2), 39-46. Recuperado de:

<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/viewFile/36079/39705>

Herrera, L. (2008) Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. *Avances de enfermería*, 26(1), 36-42. Recuperado de: http://www.enfermeriaunal.edu.co/revista/articulos/xxxvi_4.pdf.

Herrera, L. (2008) Factores que influyen en la adherencia a tratamientos en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular. *Avances de enfermería*, 26(1), 36-42. Recuperado de: http://www.enfermeriaunal.edu.co/revista/articulos/xxxvi_4.pdf.

Jiménez y Villegas, C.; López-Solache, G. Pichardo-León, C. Déficit de autocuidado y el desconocimiento de las complicaciones de la hipertensión arterial. *Revista mexicana de Enfermería Cardiológico*, 11(1), 11-17. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2003/en031c.pdf>

Joint National Committee. (2003) *Séptimo Informe sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial*. Recuperado de <http://www.sld.cu/servicios/hta/doc/JNC-7esp.pdf>

- Martínez Hernández, D.; Sáez Muñoz, P. (2007) *Conductas de Autocuidado en estudiantes universitarios residentes del complejo de hogares Huachocopihue de la UACH, 2006*. (Tesis de pregrado, Enfermería). Universidad Austral de Chile, Chile. Recuperado de: <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2007/fmm188c/doc/fmm188c.pdf>
- Microlife. (2012) *Temas de salud: Hipertensión arterial y factores de riesgo*. Recuperado de: http://www.microlife.com.co/index.php?option=com_content&view=article&id=78:factores-de-riesgo-para-desarrollar-hipertension-arterial&catid=13:blog&Itemid=11
- Miguel Soca, P. E.; Sarmiento Teruel, Y. Hipertensión arterial, un enemigo peligroso. *ACIMED*, 20(3), Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352009000900007
- Ministerio de la Protección Social. (2007) Decreto número 3039 de 2007 Por el cual se adopta el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. Recuperado de: <http://www.pasto.gov.co/phocadownload/Genero/Decreto%203039%20de%202007.pdf>.
- Ministerio de protección social de Colombia. (2009) *Encuesta nacional de salud 2007 Nacional*. Bogotá, D. C.: Colciencias. Recuperado de: www.minsalud.gov.co/.../ENCUESTA%20NACIONAL.pdf
- Miño González, C., Stiepovich Bertoni, J. (2003) Conductas promotoras en jóvenes hipertensos. *Revista enfermería Chile*, 38(124), 9-16.
- Molina Díaz, R., et al. (2006) *Manual de hipertensión arterial en la práctica clínica de atención primaria*. Andalucía: Sociedad Andaluza de Medicina de Familia. Recuperado de: <http://www.samfyc.es/pdf/GdTCardioHTA/20091.pdf>.
- Molina Díaz, R., et al. (2006) *Manual de hipertensión arterial en la práctica clínica de atención primaria*. Andalucía: Sociedad Andaluza de Medicina de

- Familia. Recuperado de:
<http://www.samfyc.es/pdf/GdTCardioHTA/20091.pdf>
- Morán Madroñero, X. (2010) Educación para la salud en Hipertensión Arterial: Evidencias en Latinoamérica 2000-2010. (Tesis de pregrado en Enfermería). Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Recuperado de:
<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/20102/DEFINITIVA//tesis09.pdf>
- Nieto Martínez, E.; Fernández Martínez, M.; Cabrera Solé, R.; Turpin Lucas, C. Detección de subformas de hipertensión arterial por monitorización ambulatoria de la presión arterial. Utilidad clínica. *Revista de Enfermería*, (15). Recuperado de:
http://www.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2015/numero15/dtecc_HTA.htm
- Orem, D. (2001) *Nursing. Concepts of Practice*. St. Louis Missouri: Mosby. Recuperado de:
www.nurses.info/nursing_theory_person_orem_dorothea.htm.
- Ortiz Albán, I. J. (2010) *Hipertensión Arterial. Diagnostico y manejo individualizado*. México: CIMAZ.
- Pacheco, M. (2008) Estrategias de enseñanza. En: Educar.Org. Recuperado de:
<http://portal.educar.org/foros/estrategias-de-ensenanza>
- Peñaloza Garcia, M. (2005) Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial de la Fundación Medico Preventiva, San José de Cúcuta, 2004. *Avances en Enfermería*, 24(2), 63-79. Recuperado de:
<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/viewFile/35966/37125>
- Ramos, F. (2001) Consenso Latinoamericano sobre Hipertensión Arterial. *Journal of Hipertensión*, 6(2), 1-27. Recuperado de:
http://www.sac.org.ar/files/files/cc_latam_hta.pdf

- Redondo, P. (2004) *Introducción a la Educación para la salud. Universidad de Costa Rica*. Recuperado de: <http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/quinta.pdf>
- Renpenning, K.; Taylor, S. (2003) *Self-care t theory of nursing: Selected Papers of Dorothea Orem*. New York: Springer Pub Co.
- Rodríguez Gázquez, M.; Arredondo Holguín, E.; Salamanca Azevedo, Y. (2013) Capacidad de agencia de autocuidado y factores relacionados con la agencia en personas con insuficiencia cardíaca de la ciudad de Medellín (Colombia). *Enfermería global*, 12(2). Recuperado de: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/147921/146681>
- Sánchez, R., et al. (2010) Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. *Rev Chil Cardiol*, (29), 117-144. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v29n1/art12.pdf>
- Sánchez, R., et al. (2010) Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. *Rev Chil Cardiol*, (29), 117-144. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/rchcardiol/v29n1/art12.pdf>
- Sánchez, R., et al. Guías Latinoamericanas de Hipertensión Arterial. *Rev Chil Cardiol*, 20(1), 117-144. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-85602010000100012&script=sci_arttext
- SEO Colombia. (2012) *Estadísticas de Facebook en Colombia*. Recuperado de: <http://www.seocolombia.com/blog/redes-sociales/>
- Universidad del Quindío. (2010) *Programa Salud Ocupacional. Facultad ciencia de la salud. Educación en salud*. Recuperado de: http://www.uniquindio.edu.co/uniquindio/facultades/medicina/salud_ocupnal/uniquindio/semestres/7/EDUCACION EN SALUD.pdf
- Universidad Tecnológica Nacional. (2010) *Valores críticos de la distribución Ji cuadrada*. Cátedra Probabilidad y Estadística. Recuperado de: <http://www.mat.uda.cl/hsalinas/cursos/2010/eyp2/Tabla%20Chi-Cuadrado.pdf>.

- Villalobos, J. (2000) Educación y concientización: legados del pensamiento y acción de Paulo Freire. Revista electrónica venezolana de educación. *Educere*, 4(10), 17-24. Recuperado de URL: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/356/35641003.pdf>.
- Yoon, S.; Burt, V.; Louis, T. (Octubre 2012) Hypertension Among Adults in the United States, 2009–2010. *NCHS Data Brief*, (107). Recuperado de: <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db107.pdf>.

ANEXOS

Anexo A. Instrumento Caracterización Socio-Demográfica

ENCUESTA HIPERTENSION ARTERIAL Y AUTOCUIDADO						
DATOS PERSONALES Y DEMOGRAFICOS						
EDAD	18-24	25-31	32-38	39-45		
ESTADO CIVIL	CASADO	SOLTERO	UNION LIBRE			
GENERO	MASCULINO	FEMENINO				
ESTRATO SOCIOECONOMICO	1	2	3	4		
OCUPACION	AMA DE CASA	COMERCIANTE	EMPLEADO	ESTUDIANTE	INDEPENDIENTE	
ESCOLARIDAD	BACHILLERATO	TECNICO	UNIVERSITARIO	POSGRADO		
VIVE CON	NÚCLEO FAMILIAR	OTROS FAMILIARES	PADRES	PAREJA	SOLOS	
MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION						

Anexo B. Instrumento Capacidad Agencia de Auto-Cuidado

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

AFIRMACIONES	Nunca 1	Casi Nunca 2	A veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
8. Considero que la cantidad máxima de sal que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son 2 cucharaditas.					
9. Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas.					
10. Considero que el profesional de enfermería me escucha y aclara mis inquietudes.					
11. Conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad.					
12. Camino como mínimo 30 minutos.					
13. Realizo cambios según las necesidades para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad.					
14. Realizo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado.					
15. Evalúo si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar y el de mi familia.					

AFIRMACIONES	Nunca 1	Casi Nunca 2	A veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
16. Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas.					
17. Siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual.					
TOTAL					

Fuente: Achury, D.; Rodríguez, S.; Sepulveda, G. (2009) Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 11(2).

Anexo C. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO



TITULO DEL PROYECTO

EFFECTIVIDAD DEL MODELO DE CONCIENTIZACIÓN DE PAULO FREIRE COMO ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA PROMOVER LA CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTO CUIDADO DEL ADULTO JOVEN HIPERTENSO, DEL GRUPO “HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y JUVENTUD” DE LA RED SOCIAL FACEBOOK, EN EL PERIODO DE ENERO A ABRIL DE 2013.

Personas a cargo del estudio: Carolina Estupiñan, Naila Fernández y Lizeth Quintin

Respetado Participante

La investigación “**Efectividad del modelo de concientización de paulo freire como estrategia educativa para promover la capacidad de agencia de auto cuidado del adulto joven hipertenso**”, del pregrado de enfermería, de la Facultad de Enfermería de la PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA DE BOGOTÁ.

He sido enterado(a) que fui elegido(a) para participar en este estudio porque mi nombre se encuentra en el grupo de pacientes Hipertensos pertenecientes a la red social en Facebook, (Hipertensión arterial y juventud) y que este estudio nos ayudará a conocer sobre los cuidados en nuestro diario vivir, así como de la capacidad y autocuidado que debemos llevar a cabo para mejorar nuestra salud y bienestar. Lo que permitirá que el personal de salud tenga algunos elementos que ayuden a mejorar el servicio que nos brinda.

Objetivo del estudio.

Determinar la efectividad del modelo de concientización Paulo Freire como intervención educativa para promover la capacidad de agencia de auto cuidado del Adulto Joven Hipertenso del grupo Hipertensión Arterial y Juventud de la Red Social Facebook.

Riesgos de Participar en este Estudio de Investigación

No se conoce de ningún riesgo físico o mental por el hecho de participar en esta investigación.

Costos. No hay costo ninguno para la comunidad al participar en este estudio.

Confidencialidad y Privacidad de los Archivos

Durante las encuestas, se mantendrá su privacidad, la de los participantes: adultos jóvenes con hipertensión arterial. Los archivos con información se mantendrán de manera confidencial. Sólo los investigadores y el personal autorizado como el Comité de ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Javeriana pueden revisar los archivos resultantes de este proyecto.

Con el fin de mantener el anonimato, no se escribirá el nombre de los encuestados en el formato de la encuesta. Cada participante se identificará con un pseudónimo que él o ella misma seleccionará. Los datos y la información serán guardados bajo llave en la oficina de los investigadores. Los resultados de este estudio pueden ser publicados. Sin embargo, la información será combinada con la de otros participantes. Las publicaciones no incluirán el nombre de los participantes o ninguna otra información que permita identificarlos personalmente.

Participación Voluntaria.

He sido notificado(a) que mi participación es totalmente voluntaria, que la información tendrá carácter confidencial y que aún después de iniciada la entrevista puedo rehusarme a contestar cualquier pregunta o dar por terminada la misma.

Preguntas y Contactos

Si tiene cualquier pregunta acerca de esta investigación, puede comunicarse en Bogotá con Carolina Estupiñan al 310 8029793, Naila Fernandez al 3208023105 o con Lizeth Quintin al 3212123754. Por correo electrónico a la dirección: lizethquintin@hotmail.com, nailajv@hotmail.com o carol1501@hotmail.com

Consentimiento. De manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio. Entiendo que esta es una investigación. He recibido copia de esta forma de consentimiento informado.

Declaración del Investigador.

De manera cuidadosa he explicado a los adultos jóvenes la naturaleza del protocolo arriba enunciado. Certifico que, basada en lo mejor de mi conocimiento, los adultos jóvenes que leen este consentimiento informado entienden la naturaleza, los requisitos, los riesgos y los beneficios involucrados por participar en este estudio.

Firma del Investigador(a)
Fecha

Nombre de la Investigador

Firma del Investigador(a)
Fecha

Nombre de la Investigador

