

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA, MEXICALI



**AUTOCUIDADO DE LA SALUD CARDIOVASCULAR EN PACIENTES
HOSPITALIZADOS CON DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL
EN EL HGZ NO.30 DEL IMSS**

**TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD**

**SUSTENTA
ELVIA VERÓNICA RAMÍREZ SARELLANO**

**DIRECTOR DE TESIS
M.D.A.E. ROSA ICELA ESPARZA BETANCOURT**

Mexicali, Baja California, México

Mayo de 2013

ÍNDICE

Lista de abreviaturas.....	i
Índice de tablas.....	ii
Índice de figuras.....	v
Resumen.....	vii
Introducción	viii
Capítulo I.....	1
1.1 Antecedentes	2
1.2 Planteamiento del problema.....	3
1.3 Justificación del estudio.....	4
1.4 Objetivos	7
1.5 Hipótesis.....	8
1.6 Operacionalización de variables.....	9
Capítulo II Marco teórico	12
2.1 Enfermedades cardiovasculares	13
2.2 Panorama del crecimiento de enfermedades cardiovasculares	13
2.3 Crecimiento de las enfermedades cardiovasculares en México.....	14
2.4 Hipertensión arterial como indicador de enfermedades cardiovasculares	15
2.5 Hipertensión Arterial de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM- 030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.....	16
2.6 Clasificación de hipertensión arterial según el VII Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC-VII).....	17
2.7 Procedimiento básico para la medición de la presión arterial.....	19
2.8 Clasificación y manejo de la hipertensión arterial según la etiología	20
2.9 Factores de riesgo cardiovascular modificables	20
2.10 El autocuidado de la salud en los factores de riesgo cardiovascular modificables	22
2.11 Consumo de tabaco como factor de riesgo en la salud cardiovascular	24
2.12 El autocuidado y la educación para la salud: Modelo de Enfermería de Dorotea Elizabeth Orem.....	25

Capítulo III Metodología	28
3.1 Tipo de estudio	29
3.2 Población, muestra, descripción de los participantes	30
3.3 Instrumento para evaluar la capacidad de la agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial	31
3.4 Indicadores de suficiencia del autocuidado y factores de riesgo en los reactivos del instrumento de medición	33
3.5 Consideraciones éticas	38
3.6 Procedimiento para la recolección de datos	39
3.7 Análisis de datos y tratamiento estadístico	39
Capítulo IV Resultados	40
4.1 Análisis de confiabilidad	41
4.2 Caracterización de Reactivos inversos	42
4.4 Resultados en los indicadores de suficiencia del autocuidado y factores de riesgo	85
4.5 Resultados en el grado de asociación estadística en indicadores de autocuidado y factores de riesgo	89
Capítulo V Discusión de resultados, conclusiones y recomendaciones	96
5.1 Discusión de resultados	97
5.2 Conclusiones	100
5.3 Recomendaciones	101
Referencias bibliográficas	102
Anexos	108
Anexo 1. Carta de consentimiento informado	109
Anexo 2. Instrumento para recolección de datos	110

LISTA DE ABREVIATURAS

ECV: Enfermedad cardiovascular

HAS: Hipertensión arterial sistémica

HTA: Hipertensión arterial

TA: Tensión arterial

JNC-VII: Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure

IMC: Índice de masa corporal

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social

OMS: Organización Mundial de la Salud

OPS: Organización Panamericana de la Salud

FRC: Factores de Riesgo Cardiovascular

HGZ: Hospital General de Zona

TGDA: Teoría General de Déficit de Autocuidado

ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición

PA: Presión arterial

NOM: Norma Oficial Mexicana

RM: Razón de Momios

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1 Operacionalización de variables	9
Tabla 2.1 Clasificación clínica de la presión arterial	16
Tabla 2.2 Clasificación clínica de la hipertensión arterial para efectos de diagnóstico	17
Tabla 2.3 Clasificación y manejo de la presión arterial en adultos mayores de 18 años de edad de acuerdo a la JNC-VII	18
Tabla 3.1 Reactivos para identificar conocimiento de autocuidado	34
Tabla 4.1 Alfa de Cronbach de la prueba piloto	41
Tabla 4.2 Reactivos inversos presentados en el cuestionario	42
Tabla 4.3 Edad de los encuestados	43
Tabla 4.4 Genero de los encuestados	44
Tabla 4.5 Respuestas a: El estado de ánimo me permite cuidarme	45
Tabla 4.6 Respuestas a: Cuando duermo 6-8 horas diarias, me siento descansado	46
Tabla 4.7 Respuestas a: Olvido tomarme mis medicamentos	47
Tabla 4.8 Respuestas a: Olvido las citas médicas	48
Tabla 4.9 Respuestas a: Confío en el profesional de enfermería	49
Tabla 4.10 Respuestas a: Invierto tiempo en mi propio cuidado.....	50
Tabla 4.11 Respuestas a: Considero que una tensión arterial de 140/90 mm Hg es adecuada	51
Tabla 4.12 Respuestas a: Conozco que la tensión arterial alta y el dolor de cabeza y en el pecho indica que estoy presentando alguna complicación	52
Tabla 4.13 Respuestas a: Considero importante realizar ejercicio	53
Tabla 4.14 Respuestas a: Cuando estoy enfermo, busco ayuda en mis amigos.....	54
Tabla 4.15 Respuestas a: Cuando estoy enfermo, busco ayuda en mi familia.....	55
Tabla 4.16 Respuestas a: Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad	56
Tabla 4.17 Respuestas a: Considero que conozco cómo actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial	57
Tabla 4.18 Respuestas a: Considero que conozco la hora, dosis y cuidados de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial.....	58
Tabla 4.19 Respuestas a: Cuando inicio un nuevo medicamento, solicito al profesional de enfermería me proporcione información necesaria de la correcta administración	59

Tabla 4.20 Respuesta a: Cuando inicio un nuevo medicamento, solicito al médico me proporcione información necesaria de la correcta administración	60
Tabla 4.21 Respuestas a: Cuando siento alguna reacción desfavorable con el medicamento que tomo para controlar la tensión, lo suspendo	61
Tabla 4.22 Respuestas a: Cuando me siento bien, decido suspender los medicamentos	62
Tabla 4.23 Respuestas a: Considero que la cantidad máxima de sal que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son dos cucharaditas	63
Tabla 4.24 Respuestas a: Complemento mi tratamiento con medicina homeopática.....	64
Tabla 4.25 Respuestas a: Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas	65
Tabla 4.26 Respuestas a: Considero que el médico me escucha y aclara mis inquietudes	66
Tabla 4.27 Respuestas a: Considero que el profesional de enfermería me escucha y aclara mis inquietudes.....	67
Tabla 4.28 Respuestas a: Mi enfermedad ha limitado mis inquietudes en mi vida diaria.....	68
Tabla 4.29 Respuestas a: Conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad	69
Tabla 4.30 Respuestas a: Camino diariamente como mínimo 30 minutos	70
Tabla 4.31 Respuestas a: Realizo cambios según las necesidades para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad.....	71
Tabla 4.32 Respuestas a: Cuando tengo alguna limitación física, social o emocional para desplazarme a diferentes lugares, solicito ayuda	72
Tabla 4.33 Respuestas a: Realizo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado.....	73
Tabla 4.34 Respuestas a: Me esfuerzo por enfrentar las dificultades que me generan estrés en mi vida diaria	74
Tabla 4.35 Respuestas a: Evalúo si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar y el de mi familia	75
Tabla 4.36 Respuestas a: Cuando siento que le falta sal a la comida le agrego un poco	76
Tabla 4.37 Respuestas a: Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas	77
Tabla 4.38 Respuestas a: Consumo bebidas alcohólicas.....	78
Tabla 4.39 Respuestas a: Consumo cigarrillo.....	79
Tabla 4.40 Respuestas a: Tengo dificultades con el tratamiento cuando tomo más de 4 medicamentos diarios.....	80

Tabla 4.41 Respuestas a: Cuando tengo dificultades económicas, no puedo adquirir alimentos y medicamentos necesarios.....	81
Tabla 4.42 Respuestas a: He tenido dificultades con el acceso a las consultas, controles y adquisición de medicamentos.....	82
Tabla 4.43 Respuestas a: Si presenté dolor de cabeza, tensión alta o dolor en el pecho, acudo inmediatamente al hospital	83
Tabla 4.44 Respuestas a: Siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual.....	84
Tabla 4.45 Indicador de conocimiento de autocuidado	85
Tabla 4.46 Indicador de suficiencia en la capacidad de autocuidado para el control de factores de riesgo cardiovascular modificables	86
Tabla 4.47 Indicador de suficiencia en el control de presión arterial.....	86
Tabla 4.48 Indicador de suficiencia en hábitos dietéticos	87
Tabla 4.49 Indicador de suficiencia en el IMC	87
Tabla 4.50 Indicador de suficiencia en el ejercicio físico.....	88
Tabla 4.51 Indicador de suficiencia en hipertensos fumadores	88
Tabla 4.52 Asociación entre capacidad de autocuidado y control de la presión arterial.....	89
Tabla 4.53 Tabla de contingencia para asociación de autocuidado para el control de factores de riesgo cardiovascular modificables y el control de la hipertensión arterial	89
Tabla 4.54 Asociación entre IMC y hábitos dietéticos.....	90
Tabla 4.55 Tabla de contingencia para asociación IMC y hábitos dietéticos ...	90
Tabla 4.56 Tabla de contingencia entre hipertensos fumadores e hipertensos controlados	91
Tabla 4.57 Tabla de contingencia entre hipertensos sedentarios e hipertensos controlados	92
Tabla 4.58 Tabla de contingencia entre hipertensos con problemas de peso e hipertensos controlados	92
Tabla 4.59 Tabla de contingencia entre hipertensos con factores de riesgo cardiovascular e hipertensos controlados	93
Tabla 4.60 Tabla de contingencia entre factores de riesgo y capacidad de autocuidado.....	94
Tabla 4.61 Tabla de contingencia entre el control de factores de riesgo y la capacidad de autocuidado	95

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 4.1	Edad de los participantes.....	43
Figura 4.2	Género de los encuestados	44
Figura 4.3	Gráfica pregunta 7	45
Figura 4.4	Gráfica Pregunta 8.....	46
Figura 4.5	Gráfica Pregunta 9.....	47
Figura 4.6	Gráfica Pregunta 10.....	48
Figura 4.7	Gráfica Pregunta 11.....	49
Figura 4.8	Gráfica Pregunta 12.....	50
Figura 4.9	Gráfica Pregunta 13.....	51
Figura 4.10	Gráfica Pregunta 14.....	52
Figura 4.11	Gráfica Pregunta 15.....	53
Figura 4.12	Gráfica Pregunta 16.....	54
Figura 4.13	Gráfica Pregunta 17	55
Figura 4.14	Gráfica Pregunta 18.....	56
Figura 4.15	Gráfica Pregunta 19.....	57
Figura 4.16	Gráfica Pregunta 20.....	58
Figura 4.17	Gráfica Pregunta 21.....	59
Figura 4.18	Gráfica Pregunta 22.....	60
Figura 4.19	Gráfica Pregunta 23.....	61
Figura 4.20	Gráfica Pregunta 24.....	62
Figura 4.21	Gráfica Pregunta 25.....	63
Figura 4.22	Gráfica Pregunta 26.....	64
Figura 4.23	Gráfica Pregunta 27	65
Figura 4.24	Gráfica Pregunta 28.....	66
Figura 4.25	Gráfica Pregunta 29.....	67
Figura 4.26	Gráfica Pregunta 30.....	68
Figura 4.27	Gráfica Pregunta 31.....	69
Figura 4.28	Gráfica Pregunta 32.....	70
Figura 4.29	Gráfica Pregunta 33.....	71
Figura 4.30	Gráfica Pregunta 34.....	72
Figura 4.31	Gráfica Pregunta 35.....	73
Figura 4.32	Gráfica Pregunta 36.....	74

Figura 4.33 Gráfica Pregunta 37	75
Figura 4.34 Gráfica Pregunta 38.....	76
Figura 4.35 Gráfica Pregunta 39.....	77
Figura 4.36 Gráfica Pregunta 40.....	78
Figura 4.37 Gráfica Pregunta 41.....	79
Figura 4.38 Gráfica Pregunta 42.....	80
Figura 4.39 Gráfica Pregunta 43.....	81
Figura 4.40 Gráfica Pregunta 44.....	82
Figura 4.41 Gráfica Pregunta 45.....	83
Figura 4.42 Gráfica Pregunta 46.....	84

RESUMEN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son un problema de salud pública mundial. En México son la principal causa de enfermedad y mortalidad. La hipertensión arterial es uno de los desencadenantes de ECV, la mayoría de sus complicaciones pueden controlarse a través del autocuidado de la población ya que sus principales factores de riesgo modificables son resultantes de estilos de vida no saludable como: el sedentarismo, la obesidad y el tabaquismo.

La presente investigación se realizó con el propósito de establecer la relación entre las acciones de autocuidado que realizan los pacientes hospitalizados con hipertensión arterial (HTA) para el control de los tres principales factores de riesgo cardiovascular modificables en el HGZ No.30 del IMSS en Mexicali, B.C.

Se utilizó un diseño descriptivo con abordaje cuantitativo que permitió evaluar las acciones de autocuidado a 183 pacientes hospitalizados con diagnóstico de HTA, a través de una encuesta dirigida por un cuestionario y medidas antropométricas.

Los hallazgos revelan que los pacientes hipertensos con baja capacidad de autocuidado tienen 3.8 veces más presencia de factores de riesgo cardiovascular modificables que los pacientes hipertensos con alto nivel de autocuidado; por lo que se establece la relación entre la implementación de acciones de autocuidado y el control de los tres factores de riesgo.

Se concluye que las acciones de autocuidado tienen una estricta relación con el control de la hipertensión arterial, por lo que se requiere fortalecimiento del equipo multidisciplinario de salud para fomentar acciones de autocuidado en los pacientes hipertensos que les permitan un mejor control de este padecimiento.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares se han convertido en la primera causa de mortalidad en todo el mundo, ocasionando más de un millón de fallecimientos al año¹; además de ser un motivo común de discapacidad y muerte prematura, su prevención y control representan altos costos a los sistemas de salud.

De acuerdo con la información disponible al 2007 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en México, poco más de 87 mil personas fallecieron debido a alguna enfermedad del corazón² y la situación se agravará conforme la población envejezca.

Estas enfermedades afectan por igual a los diferentes grupos de población, independientemente de su nivel cultural o socioeconómico, por lo que su prevención y control representan un reto para la salud pública del país, debido a que constituyen un conjunto de enfermedades que resultan de estilos de vida poco saludables³.

La presente investigación se realizó con la finalidad de destacar la importancia que tienen las acciones de autocuidado de la salud cardiovascular en pacientes hipertensos, entendiendo como autocuidado las actividades cotidianas que realizan los pacientes y las decisiones que toman sobre ellas, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir complicaciones⁴.

Al acto de conocer y realizar acciones para llevar a cabo el autocuidado se le denomina agencia de autocuidado, su fortalecimiento depende directamente del profesional de enfermería, por su presencia en todos los niveles de asistencia a través de su función como promotor de la salud.

En el capítulo I, se contempla información sobre la situación epidemiológica de las enfermedades cardiovasculares (ECV) a nivel mundial, nacional y estatal, los datos actuales, su prevalencia y la proyección hacia el futuro, según la Organización Mundial de la Salud (OMS); además, se expone el problema sobre el cual versa la investigación en el Hospital General de Zona (HGZ) No. 30 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), sus beneficios, alcance y finalidad.

Consecutivamente, en el capítulo II se describen los aspectos sobre fisiopatología, clasificación, tratamiento y control de la hipertensión arterial; además, se indican los factores de riesgo cardiovascular modificables y acciones de autocuidado de la salud que el paciente hipertenso debe de llevar a cabo de manera cotidiana para favorecer su salud.

Subsiguientemente, en el capítulo III se expone la propuesta metodológica requerida para el desarrollo de los objetivos planteados, criterios de selección de la población, el instrumento para evaluar las acciones de autocuidado y cómo fueron clasificados los resultados.

Posteriormente, en el capítulo IV se detallan los resultados obtenidos en el grupo de pacientes hipertensos participantes, enfatizando en la relación de acciones de autocuidado de la salud para el control de los factores de riesgo cardiovascular modificables: sedentarismo, obesidad y tabaquismo.

Finalmente, en el capítulo V se discuten los hallazgos de la investigación y se emiten recomendaciones sugeridas a partir de la investigación para abordar este problema de salud prioritario, por sus enormes repercusiones sociales y económicas.

CAPÍTULO I

1.1 ANTECEDENTES

La OMS reconoce que las enfermedades cardiovasculares son un problema de salud pública mundial, ya que se han convertido en la primera causa de mortalidad, ocasionando más de un millón de fallecimientos al año⁵; representando un motivo importante de discapacidad y muerte prematura originando altos costos a los sistemas de salud.

En México, de acuerdo al INEGI, durante el 2007 poco más de 87 mil personas fallecieron debido a alguna enfermedad del corazón⁶, situación que se agravará conforme la población envejezca, ya que estos padecimientos predominan entre la población adulta; sin embargo, en sólo cuatro años hubo un incremento del 39% por esta causa ya que, durante el 2010, el INEGI reportó que poco más de 121 mil personas fallecieron debido a alguna enfermedad del corazón⁷.

El incremento del 39% en sólo cuatro años, contrasta con la situación encontrada de decremento por cardiopatía del 12% en 20 años en países desarrollados tal como Estados Unidos⁸, esto hace evidente la tendencia existente a mejor control de este padecimiento en los países desarrollados y a la falta de control de los factores de riesgo en los países en vías de desarrollo⁹.

En el IMSS, de acuerdo al análisis que se realizó mediante las bases de datos del Sistema de Información Médico Operativa (SIMO) de las enfermedades cardiovasculares, a nivel nacional se registraron 2,915 defunciones por hipertensión arterial en los primeros siete meses del 2009 (1,505 mujeres y 1,410 hombres). Para atender problemas de ECV entre derechohabientes se otorgaron 711,879 consultas con especialistas y 7,583 cirugías de corazón durante el 2008¹⁰.

Debido a los altos costos el sistema de salud mexicano, en unos cuantos años, no podrá soportar la elevada carga presupuestaria que se requiere para la atención de complicaciones de las enfermedades cardiovasculares¹¹, por lo que ha de dar prioridad al manejo de la prevención en la salud.

1.2 Planteamiento del problema

Las enfermedades cardiovasculares son un problema de salud pública mundial. De acuerdo con la Federación Mundial del Corazón, las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar de morbilidad y mortalidad en casi dos terceras partes de la población mundial¹².

En México, además de que constituyen la primera causa de enfermedad y mortalidad, este padecimiento continúa avanzando a pasos agigantados, ya que se prevé que en el 2015, 2.4 millones de muertes pueden ser atribuidas a la hipertensión arterial, que es uno de los factores desencadenantes de mayor prevalencia de las ECV en nuestro país¹³.

El sistema de salud mexicano, al igual que ha sucedido con algunos países desarrollados, en unos cuantos años no podrá soportar la elevada carga presupuestaria que se requiere para aminorar gastos médicos mayores en la atención de complicaciones de las enfermedades cardiovasculares¹⁴.

En la actualidad, es factible cambiar el hecho de que las enfermedades prevenibles (como las cardiovasculares) son la principal causa de muerte en nuestra región, con medidas al alcance de todos como: tener una dieta sana, mantenerse físicamente activos, no fumar y realizar revisiones médicas con regularidad.

Por lo anterior, el control de las enfermedades cardiovasculares se ha convertido en una necesidad impostergable, que requiere del fortalecimiento e impulso en las instituciones y personal multidisciplinario de salud; por ello se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación que existe entre las acciones de autocuidado de la salud cardiovascular para el control de los tres principales factores de riesgo cardiovascular modificables que realizan los pacientes hospitalizados con diagnóstico de hipertensión arterial, en el HGZ No.30 del IMSS de Mexicali, B.C., en el período de enero a febrero del 2012?

1.3 Justificación del estudio

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad en todo el mundo. En el año 2008 murieron por este motivo 17.3 millones de personas, representando el 30% de todas las defunciones registradas a nivel mundial; 7.3 millones de estas muertes se debieron a cardiopatía coronaria y 6.2 millones a accidentes cerebro vasculares (ACV). Las muertes por ECV afectan por igual a ambos sexos y más del 80% se producen en países de ingresos bajos y medios. Se calcula que en el 2030 morirán cerca de 25 millones de personas por ECV al año, por lo que se prevé siga siendo la principal causa de mortalidad¹⁵.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que para el 2020 ocurrirán únicamente en América, aproximadamente 20.7 millones de defunciones por enfermedades cardiovasculares, de las cuales 2.4 millones pueden ser atribuidas a la hipertensión arterial, componente importante del riesgo cardiovascular, por lo que se pronostica que serán el principal origen de muerte en el continente americano¹⁶.

En México, durante el 2010, poco más de 121 mil personas fallecieron debido a alguna enfermedad del corazón (20.5% de las defunciones); la tasa más alta de mortalidad para estas afecciones la representan las enfermedades isquémicas (12%); la segunda son las enfermedades cerebro-vasculares (5.5%), seguidas de las enfermedades hipertensivas (35)¹⁷. Mientras que en el 2007, fueron poco más de 87 mil personas las que fallecieron debido a alguna enfermedad del corazón¹⁸. Cifras que indican que en sólo cuatro años para México hubo un incremento de 39% en este tipo de causa de defunción; situación que contrasta con la de países desarrollados, como Estados Unidos donde la defunción por cardiopatía coronaria ha decrecido en 12% en un período de 20 años¹⁹.

La hipertensión es una patología silenciosa y uno de los principales desencadenantes de enfermedades cardiovasculares, la cual va limitando la funcionalidad de las personas lentamente, generando altos costos asociados al tratamiento de esta enfermedad y sus complicaciones representan una carga para los pacientes y los servicios de salud; adicional a ello, provoca múltiples implicaciones familiares, personales y sociales.

La reducción del impacto de esta enfermedad crónica no trasmisible constituye una prioridad de salud pública, por lo que su prevención y control representa un reto para el personal de salud, ya que la mayoría de sus complicaciones pueden controlarse a través del autocuidado de la población.

Los principales factores de riesgo modificables de las enfermedades cardiovasculares son resultantes de estilos de vida no sana, por lo que el profesional de enfermería tiene una labor ineludible en cuanto a la prevención y promoción de estilos de vida saludables, mediante el fomento de acciones de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial, que permitan reducir el impacto de dichos factores.

Partiendo de estos hechos, surgió el interés de la presente investigación para establecer la relación que existe entre las acciones de autocuidado de la salud que realizan los pacientes con hipertensión arterial para controlar los factores de riesgo cardiovascular modificables, detectar de manera oportuna sus omisiones e involucrar al paciente en su control y reducción de complicaciones; de esta forma, se contribuirá a mejorar la calidad de vida de personas con enfermedad cardiovascular.

El cambiar la realidad actual, donde las enfermedades prevenibles como las cardiovasculares son el principal motivo de mortalidad en nuestra región, requiere de acciones específicas para abatir con eficacia esta enfermedad. Por lo tanto, el control de enfermedades cardiovasculares es prioritario, debido a que los costos económicos asociados al tratamiento de esta enfermedad y sus complicaciones representan una carga para los pacientes y los servicios de salud.

Por lo anterior, se ha planteado el autocuidado como una estrategia que el profesional de enfermería debe incorporar en la ejecución de sus programas de promoción de la salud. Sin embargo, es importante establecer la influencia de los factores determinantes en el comportamiento del paciente cardíopata y el grado en que estos factores llegan a comprometer a la capacidad de autocuidado.

Los pacientes con cardiopatías que desarrollan alta capacidad de autocuidado tienden a un mejor manejo de su enfermedad ya que se vuelven individuos independientes y responsables de su salud, lo cual permite un mayor control de su enfermedad. Por esta razón, hay que destacar la importancia del profesional de la salud al promover acciones que permitan a estos pacientes reconocerse y empoderarse de su capacidad para autocuidarse y mejorar su calidad de vida.

El presente trabajo de investigación permitió determinar la capacidad de autocuidado de personas que presentaban factores de riesgo cardiovascular y formular estrategias individuales que fortalezcan la actitud de autocuidado, buscando modificar los estilos de vida que conlleven al desarrollo de enfermedades cardiovasculares.

Dado que no se encontraron estudios anteriores relacionados con este tema en el HGZ No.30 del IMSS, se considera este estudio de gran importancia, en la medida que permite conocer la capacidad de autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial y, de esta forma, detectar necesidades de información para implementar oportunidades de mejora, acordes a la problemática detectada.

1.4 Objetivos

1.4.1 General

Establecer la relación entre las acciones de autocuidado de la salud cardiovascular con el control de los tres principales factores de riesgo cardiovascular modificables que realizan los pacientes hospitalizados con diagnóstico de hipertensión arterial, en el HGZ No.30 del IMSS de Mexicali, B.C.

1.4.2 Específicos

- Identificar el conocimiento que tiene el paciente con hipertensión arterial referente a las acciones de autocuidado de la salud para el control de los tres principales factores de riesgo cardiovascular modificables.
- Analizar la relación entre actividades de autocuidado y las cifras de presión arterial.
- Relacionar los hábitos dietéticos del paciente hipertenso con su índice de masa corporal (IMC).
- Determinar si realiza ejercicio físico adecuado, con regularidad, para mantener su salud cardiovascular.
- Constatar la presencia del hábito de fumar en los pacientes con hipertensión arterial.

1.5 Hipótesis

1.5.1 De trabajo

Al haber alta capacidad de autocuidado, hay control de los tres principales factores de riesgo cardiovascular modificables en pacientes con hipertensión arterial.

1.5.2 Nula

Al no haber alta capacidad de autocuidado, hay control de los tres principales factores de riesgo cardiovascular modificables en pacientes con hipertensión arterial.

1.6 Operacionalización de variables

Tabla 1.1 Operacionalización de variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional		Escala de Medición
		Dimensiones	Indicadores	
Autocuidado de la salud	El auto-cuidado de la salud es la práctica de actividades que los individuos realizan en favor de sí mismos para mantener la vida, la salud y el bienestar.		❖ Presente ❖ Ausente	Cualitativa nominal dicotómica
Capacidad de autocuidado	Capacidad que poseen las personas de cuidar de sí mismos con el fin de mantener la buena salud y bienestar.	Alta capacidad de autocuidado. Baja capacidad de autocuidado.	❖ 170 a 200 puntos ❖ ≤169 puntos	Cuantitativa discreta
Edad	Tiempo que alguna persona u otro ser vivo han vivido desde su nacimiento.		❖ Número de años cumplidos	Cuantitativa discreta
Sexo	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.		❖ Femenino ❖ Masculino	Cualitativa nominal dicotómica
Peso	Fuerza que resulta de la acción de la gravedad sobre el cuerpo.		❖ Cantidad en kilogramos	Cuantitativa continua
Estatura	Altura medida de una persona desde los pies a la cabeza.		❖ Altura medida en centímetros	Cuantitativa continua

Tabla 1.1 Operacionalización de variables (Continuación)

Variable Independiente	Definición Conceptual	Definición Operacional		Escala de Medición
		Dimensiones	Indicadores	
Perímetro de cintura	Longitud del contorno de cintura. El perímetro de cintura es la medida obtenida con una cinta métrica, alrededor de la cintura a nivel del ombligo.	Masculino: -Normal -Riesgo elevado -Riesgo muy elevado Femenino: -Normal -Riesgo elevado -Riesgo muy elevado	❖ <95cm =normal ❖ 95-102cm ❖ >102cm ❖ <82cm ❖ 82-88cm ❖ >88cm	Cuantitativa discreta
Presión arterial	Presión ejercida por la sangre sobre las paredes de los vasos sanguíneos.	-Óptima -Normal -Normal alta	❖ >120/80mmHg ❖ 120-129 /80-84mmHg ❖ 130-139 /85 mmHg	Cuantitativa discreta
IMC	Es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo. También se le llama índice de Quételet. La OMS lo define como el estándar para la evaluación de los riesgos asociados con el exceso de peso en adultos. Desde el punto de vista antropométrico es el peso en kilogramos/ talla en metros al cuadrado.	-Recomendable -Sobrepeso -Obesidad	❖ 18.5 – 24.99 ❖ 25.0 – 29.9 ❖ ≥30.0	Cuantitativa discreta
Obesidad	Aumento anormal en la proporción de células de grasa en el tejido subcutáneo del organismo. Puede ser exógena o endógena.	-Tipo I -Tipo II -Tipo III	❖ IMC 30 – 34.9 ❖ IMC 35 – 39.9 ❖ IMC ≥40	Cuantitativa continua

Tabla 1.1 Operacionalización de variables (Continuación)

Variable Independiente	Definición Conceptual	Definición Operacional		Escala de Medición
		Dimensiones	Indicadores	
Sedentarismo	Forma de vida con poco movimiento.		-De 4-5 puntos sin sedentarismo. -De ≤ 3 puntos con sedentarismo.	Cuantitativa continua
Tabaquismo	Consumo de cigarrillos		De 1 punto no fumador. -De ≥ 2 puntos no fumador.	Cuantitativa Continua
Variable Dependiente	Definición Conceptual	Definición Operacional		Escala de Medición
		Dimensiones	Indicadores	
Hipertensión arterial	La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica caracterizada por un incremento continuo de los valores normales de las cifras de presión sanguínea en las arterias.	-Estadio I -Estadio II	❖ 140-159 /90-99mmHg ❖ $\geq 160/\geq 100$ mmHg	Cuantitativa discreta

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Enfermedades cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares se refieren a trastornos del corazón y los vasos sanguíneos; entre los más comunes se encuentran: las cardiopatías coronarias (ataques cardíacos), las enfermedades cerebrovasculares (apoplejía), el aumento de la tensión arterial (hipertensión), las vasculopatías periféricas, las cardiopatías reumáticas, las cardiopatías congénitas y la insuficiencia cardíaca²⁰.

2.2 Panorama del crecimiento de enfermedades cardiovasculares

Las ECV constituyen un problema creciente de salud mundial. Este incremento se atribuye a los cambios que se han derivado en los países en vías de desarrollo como lo son: el control de las enfermedades infecciosas, el aumento de las expectativas de vida y por el cambio de estilo de vida, a un modelo occidental, con menos actividad física y mayor consumo de calorías y grasas animales²¹.

Estas defunciones afectan por igual a ambos sexos y más del 82% se producen en países de ingresos bajos e ingresos medios ya que los habitantes de dichos países se encuentran mayormente expuestos a factores de riesgo; así también, carecen de acceso a métodos preventivos aplicados en otros países de ingresos altos.

Al principio de la transición epidemiológica, las enfermedades cardiovasculares eran provocadas por procesos infecciosos o estaban relacionadas con defectos de la nutrición. Más adelante, el desarrollo socioeconómico modifica la composición de la dieta y aumenta el contenido de sal de los alimentos, por lo que ocasiona hipertensión y accidentes cerebrovasculares.

Una dieta rica en calorías y grasas saturadas, el hábito de fumar cigarrillos, la reducción de la actividad física y el aumento del estrés mental preceden a la aparición de la cardiopatía coronaria. Posteriormente, la reducción de los factores de riesgo y otras medidas retrasan la edad de aparición de la clínica de las enfermedades cardiovasculares degenerativas. La obesidad y la diabetes se convierten en los principales factores de riesgo; esta transición epidemiológica ha sido más rápida de lo esperado en algunos países en vías de desarrollo²².

En la actualidad, la enfermedad cardiovascular (ECV) constituye la principal causa de muerte en todo el mundo y este padecimiento tiende a incrementarse ya que, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que en el 2030 morirán cerca de 23.6 millones de personas por ECV por lo que se prevé siga siendo este padecimiento la principal causa de mortalidad a nivel mundial²³. Por esta razón este padecimiento requiere del fortalecimiento e impulso del personal de salud.

2.3 Crecimiento de las enfermedades cardiovasculares en México

Entre las causas desencadenantes del incremento de las enfermedades cardiovasculares en México se encuentra la magnitud de la transición demográfica que se derivó de la acelerada dinámica que tuvo la población hasta los años sesenta; actualmente, en el fenómeno de envejecimiento de la población se advierten dos tendencias: la primera de la población infantil y juvenil de 0 a 14 años, a la anciana, donde el decremento de 14.2 millones en los primeros se equipara casi al incremento de 14.5 millones entre quienes tienen de 65 a 75 años de edad; y la segunda, donde las edades laborales (31 a 45 años) disminuye a 6.8 millones y esta pérdida es asumida por el grupo de ancianos. Los adultos mayores aumentaron de 4.1 millones en 1996, a 7.1 millones en el año 2000 y se incrementarán progresivamente estimándose que, para el año 2050, existirán 32.4 millones de adultos mayores, representando al 25% de la población total²⁴.

En México, las enfermedades crónico-degenerativas son los padecimientos que predominan entre la población de edad adulta y constituyen las principales causas de la mortalidad general. La diabetes, las dislipidemias y la hipertensión arterial destacan entre estos padecimientos por su elevada prevalencia y graves complicaciones, como son las enfermedades del corazón, las neoplasias, la enfermedad cerebro vascular y las nefropatías²⁵.

Los diversos estudios realizados en nuestro país muestran, de manera consistente, un incremento en la prevalencia de la Hipertensión Arterial (HTA). De tal manera que, en la actualidad, la HTA es uno de los factores desencadenantes de enfermedad cardiovascular de mayor prevalencia en México²⁶.

2.4 Hipertensión arterial como indicador de enfermedades cardiovasculares

A pesar de que desde la década de los 50's se sabía que la Hipertensión Arterial intervenía en el aumento de las enfermedades cardiovasculares en los países desarrollados, fueron los estudios realizados en las décadas de los 60's y 70's los que claramente mostraron la relación entre hipertensión y las muertes por complicaciones vasculares en los órganos como: corazón, cerebro, riñón y vasos sanguíneos.

La hipertensión arterial incrementa el trabajo al que es sometido el corazón, aumenta el riesgo de accidente vascular cerebral, ataque cardíaco, enfermedad renal, etc. Por ejemplo: el aumento de la presión arterial se asocia a un mayor riesgo de enfermedad renal debido a la transmisión de la hipertensión arterial sistémica al ovillo glomerular; se considera que aún un ligero aumento, tanto de la presión arterial sistólica como de la presión arterial diastólica pueden constituir un factor de riesgo independiente para el daño renal.²⁷ Cuando esta enfermedad se acompaña de obesidad, tabaquismo, dislipidemias o diabetes, el riesgo aumenta notoriamente.

La Hipertensión Arterial es un problema de salud pública en todo el mundo, ya que constituye un factor de riesgo cardiovascular y está asociada a muchas enfermedades de mayor letalidad que afectan al individuo y a grandes poblaciones.

2.5 Hipertensión Arterial de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial

La Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial; hace las siguientes definiciones:

La **Presión arterial** (PA) se define como la fuerza ejercida por la sangre contra cualquier área de la pared arterial y se expresa a través de las diferentes técnicas de medición como presión arterial sistólica, presión arterial diastólica y presión arterial media se clasifica de la siguiente manera:

Tabla 2.1 Clasificación clínica de la presión arterial

Presión arterial	Rangos
Presión arterial óptima	<120/80 mm de Hg
Presión arterial normal	120-129/80-84 mm de Hg
Presión arterial normal alta	130-139/85 mm de Hg

Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999. Para la prevención, tratamiento y control de hipertensión arterial.

La **Hipertensión Arterial Sistémica** (HAS) es el padecimiento multifactorial caracterizado por aumento sostenido de la presión arterial sistólica, diastólica o ambas. Tensión sistólica ≥ 140 mmHg y tensión diastólica ≥ 90 mm Hg, en caso de presentar enfermedad cardiovascular o diabetes $> 130/80$ mm Hg y en caso de tener proteinuria mayor de 1.0 gr. e insuficiencia renal $> 125/75$ mm Hg²⁸.

La HTA, para efectos de diagnóstico y tratamiento, es clasificada de acuerdo a los siguientes criterios:

Tabla 2.2 Clasificación clínica de la hipertensión arterial para efectos de diagnóstico

Etapa	Rangos
Etapa 1	140-159/ 90-99 mm de Hg
Etapa 2	160-179/ 100-109 mm de Hg
Etapa 3	≥180/ ≥110 mm de Hg

Fuente: Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2010. Para la prevención, tratamiento y control de hipertensión arterial.

2.6 Clasificación de hipertensión arterial según el VII Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC-VII)

El Séptimo Informe del Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC-VII), coordinado por el Nacional Heart, Lung and Blood Institute en su función de elaboración de guías y consejos para incrementar el conocimiento, prevención, tratamiento y control de la HTA proporciona una clasificación de hipertensión arterial para adultos mayores de 18 años; es una guía clara y concisa que puede ser usada por los clínicos y así simplificar la clasificación de HTA para su mejor manejo²⁹ (tabla 2.3).

Tabla 2.3 Clasificación y manejo de la presión arterial en adultos mayores de 18 años de edad de acuerdo a la JNC-VII

Clasificación	Presión arterial sistólica (mmHg)	Presión arterial diastólica (mmHg)	Manejo		
			Modificación del estilo de vida	Tratamiento inicial con drogas	
				Sin indicaciones precisas	Con indicaciones precisas
Normal	<120	<80	estimular		
Pre-Hipertensión	120-139	80-89	si	No indicar drogas antihipertensivas	Drogas indicadas en la urgencia
Hipertensión estadio 1	140-159	90-99	si	Diuréticos tiazídicos para la mayoría; se puede considerar inhibidores de la ACE, bloqueadores de los receptores de angiotensina, Beta bloqueadores, bloqueadores de los canales de calcio, o combinación.	Drogas para las indicaciones precisas. Otras drogas antihipertensivas (diuréticos, inhibidores de la ACE, bloqueadores de los receptores de angiotensina, Beta bloqueadores de los canales de calcio) según necesidad.
Hipertensión estadio 2	≥160	≥100	si	Combinación de 2 drogas para la mayoría (usualmente diuréticos tiazídicos e inhibidores de la ACE, o bloqueadores de los receptores de angiotensina, o Beta bloqueantes, o bloqueadores de los canales de calcio.	Drogas antihipertensivas (diuréticos, inhibidores de la ACE, bloqueadores de los receptores de angiotensina, Beta bloqueadores, bloqueadores de los canales de calcio) según necesidad.

Fuente: Séptimo Reporte del Comité Nacional sobre Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial.

La clasificación del JNC-VII considera como presión arterial normal la menor de 120/80 mm Hg; e incluye el término de prehipertensión, el cual comprende las cifras de 120-139/80-89 mm Hg; su objetivo principal es el sensibilizar a la población general y a los profesionales de la salud para que apliquen estrategias dirigidas hacia una vida más sana a través de la prevención de la hipertensión arterial y de la enfermedad cardiovascular relacionada con ésta. En la clasificación se ha eliminado la hipertensión de la fase 3 y se ha fusionado con la fase 2 (presión sistólica ≥160mmHg o presión diastólica > 100 mm Hg) ya que las estrategias terapéuticas son esencialmente iguales.

2.7 Procedimiento básico para la medición de la presión arterial

Aspectos generales:

- El paciente debe de estar sentado con la espalda apoyada y el brazo a la altura del corazón, con los pies apoyados en el piso.
- Medir la presión arterial después de 5 minutos de reposo.
- El paciente se abstendrá de fumar, tomar café, productos cafeïnados y refrescos de cola, por lo menos 30 minutos antes de su medición.
- No deberá tener necesidad de orinar o defecar.
- Debe estar tranquilo y en un ambiente apropiado.
- No debe de hablar durante la medición.
- Debe de usarse el tensiómetro de mercurio, pues brinda los valores más confiables. Sin embargo, puede utilizarse el tensiómetro aneroides bien calibrado. No se recomiendan los tensiómetros de muñeca o digitales.
- En la revisión clínica más detallada y en la primera evaluación del paciente con HAS, la presión arterial debe ser medida en ambos brazos y, ocasionalmente, el muslo. La medición se le hará sentado, en posición supina o de pie, con la intención de identificar cambios posturales significativos.

2.8 Clasificación y manejo de la hipertensión arterial según la etiología

1. Hipertensión arterial secundaria
2. Hipertensión arterial primaria

La Hipertensión arterial secundaria - Es la hipertensión de causa desconocida, se encuentra aproximadamente entre el 5 y el 10% del total de los hipertensos. Es importante diagnosticarla porque, en algunos casos, pueden curarse con cirugía o con tratamiento médico específico.

- Estos pueden ser por carga de volumen con aumento del Líquido Extracelular (LEC).
- Por combinación de sobrecarga de volumen y vasoconstricción.

La Hipertensión arterial primaria - La HTA primaria (idiopática o esencial) la padece aproximadamente del 90 al 95% de los hipertensos. Este término significa que no se conoce causa orgánica evidente. La etiopatogenia no se conoce aún, pero los distintos estudios indican que los factores genéticos y ambientales juegan un papel importante en el desarrollo de la HTA primaria.

La HTA puede ser dañina por efectos primarios:

- Aumento del trabajo del corazón.
- Lesión de las propias arterias por presión excesiva³⁰.

2.9 Factores de riesgo cardiovascular modificables

Existe una serie de determinantes subyacentes de las enfermedades crónicas, es decir, la causa de las causas, que son un reflejo de las principales fuerzas que rigen los cambios sociales, económicos y culturales: la globalización, la urbanización y el envejecimiento de la población. Los efectos de la dieta malsana y de la inactividad física pueden manifestarse como factores de riesgo intermedios, aumento de la tensión arterial y de la glucosa y los lípidos de la sangre, sobrepeso y obesidad.

Las principales causas de la ECV son llamadas también factores de riesgo modificables; entre ellas se encuentran: llevar una alimentación poco saludable, la inactividad física y el consumo de tabaco³¹.

Los principales factores de riesgo modificables son responsables de aproximadamente un 80% de los casos de cardiopatía coronaria y enfermedad cerebrovascular. Estos factores son resultantes de estilos de vida no saludables, por lo que los retos son múltiples; sin embargo, son identificables y existen soluciones.

Existen factores de riesgo cardiovascular que corresponden a aspectos modificables que pueden prevenir o aminorar complicaciones en la salud cardiovascular; estos factores han sido estudiados por diversos autores. Por ejemplo, Pérez Noriega realizó una evaluación en la ciudad de Puebla, en población que aún no presentaba complicaciones cardiovasculares y concluyó que el sobrepeso y la obesidad son aspectos muy fuertes de riesgo y sugirió estrategias de autocuidado para reducir esta incidencia³².

Por otro lado, Suárez Soler, en el análisis de la grabación de una entrevista realizada a 8 pacientes hipertensos que acudieron al servicio de cardiología, detectó la necesidad de promoción de hábitos de salud para establecer una relación armónica con su medio ambiente y la enfermedad ya que, a pesar de llevar el paciente cardiópata tratamiento farmacológico, el tratamiento no farmacológico debe de mantenerse ya que el control de los factores de riesgo modificables como lo son el sedentarismo, la obesidad y tabaquismo son un pilar fundamental para el control de la HTA³³.

2.10 El autocuidado de la salud en los factores de riesgo cardiovascular modificables

El término 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 pertenece³⁴.

El autocuidado es una función inherente al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres vivos con quienes se interactúa; surge 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 importancia 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, el cual se debe de trabajar desde edades tempranas, para obtener mejores resultados.

Rivera Álvarez encontró que, de 90 pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, el 53% presentó deficiente capacidad de la agencia de autocuidado y solamente el 47% presentó suficiente capacidad de la agencia de autocuidado, por lo que considera que los cuidados de enfermería deben de estar enfocados a ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo las acciones de autocuidado y afrontar las consecuencias de su enfermedad³⁵. Por tal motivo, aunque el autocuidado es un concepto que se considera como un acto propio del individuo, a la sociedad en general le conviene fomentar las acciones de esta índole, ya que repercuten de manera positiva en el desarrollo de la misma, así como en la reducción y control de gastos orientados a la salud, pues evidentemente es mejor trabajar hacia la prevención.

Las actividades de la vida diaria comprenden las acciones más frecuentes que realiza un sujeto; están relacionadas con lo familiar, con lo cotidiano, con las necesidades humanas, con la independencia y con el uso del tiempo; mismas que a la larga afectan enormemente a la salud. Durante el 2006, Castillo evaluó las

acciones de autocuidado de 100 pacientes hipertensos por medio de una encuesta para conocer sus condiciones de vida; de ellos encontró que el 46% se hallaba con sobrepeso, el 16% con obesidad grado I y el 1% con obesidad grado III, por lo que identificó que la población estudiada tenía un buen cumplimiento de medidas de autocuidado para el control de la HTA (respondieron al menos 7 de 12 preguntas cerradas correctamente) y, por consiguiente, esto refleja una tendencia en los pacientes hacia presentar un papel activo en el control de su enfermedad³⁶.

Otra de las investigaciones realizadas con respecto al autocuidado del paciente hipertenso corresponde a un estudio descriptivo comparativo donde participaron 60 pacientes que ingresaron al servicio de emergencia con cuadros de crisis hipertensiva, quienes fueron seleccionados al azar en la ciudad de Lima, Perú; a quienes se les aplicó un cuestionario donde se concluyó que no existe relación entre el nivel de conocimiento y el nivel de práctica sobre el autocuidado del paciente con hipertensión arterial, ya que no hubo asociación significativa entre ellos³⁷.

Manzini evaluó, en un estudio cualitativo, en 56 pacientes, el déficit de autocuidado generalizado, encontrando que múltiples factores de riesgo afectan en la vida diaria, tales como edad, sexo, antecedentes, raza, obesidad, estrés, vida sedentaria, uso de alcohol, uso de tabaco, anticonceptivos, sodio y grasa. Y concluye que utilizar la teoría del autocuidado fue un aspecto crucial en la organización de la atención y la actuación del enfermero³⁸.

2.11 Consumo de tabaco como factor de riesgo en la salud cardiovascular

En la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) 2006, se estimó que 19.6% de los adultos de 20 años o más de Baja California habían fumado más de 100 cigarros en su vida como para considerarlos fumadores. Al compararlo con el estimado nacional, el estado se ubica en el lugar número 12, ligeramente arriba de la media nacional. Esta proporción fue casi tres veces mayor en hombres que en mujeres (29.3 vs. 11.8%), diferencia que se conservó en todos los grupos de edad. Si a esta proporción de fumadores actuales se le agrega 18.2% de adultos (24.2% hombres, 13.5% mujeres) que habiendo fumado más de 100 cigarros a lo largo de su vida, ya se consideraban ex fumadores, se estima que 25.3% de las mujeres y 53.5% de los hombres adultos de Baja California se han expuesto activamente al humo de tabaco, lo que representa aproximadamente 600 000 adultos en riesgo importante para cáncer, enfermedad cardiovascular y otras enfermedades crónicas asociadas con el tabaco³⁹.

El riesgo de infarto al miocardio de los fumadores es más del doble que el de los no fumadores. El humo del tabaco es el principal factor de riesgo para la muerte súbita de origen cardíaco y los fumadores tienen de dos a cuatro veces más riesgo que los no fumadores. Los fumadores que tienen un infarto tienen mayor probabilidad de morir y de morir súbitamente (en la primera hora). El humo del tabaco también actúa con otros factores de riesgo para potenciar el riesgo de cardiopatía coronaria. El riesgo cardiovascular disminuye rápidamente al dejar de fumar. La exposición constante al humo de los fumadores (tabaquismo pasivo) también aumenta el riesgo de cardiopatía entre los no fumadores. Un gran número de mujeres no fumadoras pueden tener un riesgo elevado debido a la exposición pasiva al tabaco en los lugares de trabajo o en el hogar⁴⁰.

2.12 El autocuidado y la educación para la salud: Modelo de Enfermería de Dorotea Elizabeth Orem

El modelo de Dorothea Elizabeth Orem es una teoría muy completa, que permite cubrir todas las necesidades del ser humano como lo son los relacionados con la motivación y el cambio del comportamiento del individuo. Además, hay que destacar que hace de la educación para la salud su herramienta principal de trabajo.

Este modelo de enfermería se define como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres, relacionadas entre sí, siendo las siguientes:

1. La teoría de autocuidado, que describe el por qué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
2. La teoría de déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a la gente.
3. La teoría de sistemas enfermeros, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero⁴¹.

1º Teoría de Autocuidado:

Todo autocuidado tiene una serie de requisitos. Estos requisitos son los objetivos a alcanzar mediante las acciones calificadas de autocuidado. Los divide en tres:

1. Requisitos universales: comprende la satisfacción de las necesidades básicas de todo ser humano.
2. Requisitos de desarrollo: satisfacción de necesidades según el periodo del ciclo de la vida.
3. Requisitos de desviación de la salud: satisfacción de necesidades en cada proceso de desviación de la salud.

Para identificar el déficit de autocuidado, se consideran tres elementos:

- **Agente de autocuidado:** es el propio individuo, quien aprende las acciones del autocuidado elementales, como bañarse, vestirse, comer, entre otros.
- **Agente de cuidado dependiente:** es una persona madura que reconoce requisitos de autocuidado a los que no puede responder por sí mismo.
- **Agencia de autocuidado:** se refiere al acto de conocer y realizar acciones para el cuidado de la salud de forma deliberada. Esto lo lleva a cabo tanto el agente de cuidado dependiente como el agente de autocuidado⁴².

Cuando la persona no puede autocuidarse se convierte en un receptor de cuidados porque no lo tiene, o ha perdido o modificado esa capacidad. En este caso, la enfermera sería un agente de autocuidados dependiente y también un agente de autocuidados terapéuticos; es decir, cuando sabe que requiere un tratamiento por parte de una persona con conocimientos específicos de salud.

Para dar cuidados terapéuticos pasa por tres etapas:

1. Determina o analiza por qué el paciente precisa de autocuidados terapéuticos.
2. Establece un sistema de enfermería y planifica la administración de esos cuidados.
3. Cuando la enfermera realiza y controla las acciones de enfermería y los cambios que se van produciendo en el receptor de los cuidados.

La enfermera tiene en sí la agencia de enfermería y son las habilidades especiales y las capacidades que tiene la enfermera para realizar acciones especializadas orientadas a lograr el bienestar de otras personas. Por lo tanto, las Agencias son capacidades mentales y físicas para llegar a una meta (con una finalidad), la capacidad que tiene una persona para tomar medidas.

2º Teoría del Déficit de Autocuidados:

El objetivo de la Teoría General del Déficit de Autocuidado (TGDA) es exponer posibles relaciones desde la perspectiva de la enfermera para proporcionar cuidados, consecuentemente se constituye en el marco de trabajo para la disciplina, ya que identifica variables sobre las relaciones de la persona, ambiente y la enfermería a partir de la salud⁴³.

Se da cuando el individuo es incapaz de cuidar de sí mismo. Si deriva de problemas de salud se produce una demanda de autocuidado, por lo tanto, el déficit de autocuidados es una relación entre la Agencia de Autocuidados y la Demanda de Autocuidados Terapéuticos.

Cuando se produce ese déficit y se instaura una demanda de autocuidados, va a determinar el cuándo, dónde y cómo de la intervención de la enfermera. Por ello, la enfermera es la única capacitada para realizar esas actividades. Por esta razón, la enfermera actúa cuando el individuo es incapaz de autocuidarse o ejerce como agente de autocuidado dependiente.

3º Teoría de los Sistemas de Enfermería:

Esta teoría 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, para personas con limitaciones derivadas o asociadas a su salud en el autocuidado o en el cuidado dependiente. Va dirigido a personas incapacitadas o inconscientes; a personas conscientes, pero que no pueden moverse y manipular; también está dirigido a personas que pueden moverse y hacer autocuidados, pero con limitaciones para hacer juicios (deprimido) y se tiene que tener una supervisión constante⁴⁴.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Tipo de estudio

- **Observacional**, ya que no hubo intervención directa del investigador.
- **Transversal**, pues las variables fueron medidas en una sola ocasión por medio de entrevista dirigida con un instrumento previamente estructurado.
- **Descriptiva**, porque recogiendo información sobre las acciones de autocuidado, se describieron las tendencias de la población de estudio a partir de la muestra.
- **Correlacional**, ya que se relacionó la capacidad de autocuidado de acuerdo a las variables de sedentarismo, obesidad y tabaquismo con el control de la hipertensión arterial como enfermedad cardiovascular de la población estudiada.

3.2 Población, muestra, descripción de los participantes

3.2.1 Criterios de Inclusión

Mujeres y hombres adultos mayores de 18 años, con diagnóstico de hipertensión arterial confirmado, internados en los servicios de Medicina Interna y Subespecialidades del HGZ No.30 del IMSS, conscientes, que pudieron comunicarse y voluntariamente aceptaron participar en la presente investigación.

3.2.2 Criterios de Exclusión

Mujeres y hombres adultos menores de 18 años, con diagnóstico de hipertensión arterial, internados en los servicios de Medicina Interna y Subespecialidades del HGZ No. 30 del IMSS, que no se encontraron en condiciones para contestar el cuestionario y no pudieron comunicarse.

3.2.3 Criterios de Eliminación

Pacientes hospitalizados con diagnóstico de hipertensión arterial mayores de 18 años que no aceptaron participar en la presente investigación.

3.2.4 Universo de estudio

Pacientes derechohabientes del IMSS con diagnóstico de hipertensión arterial hospitalizados en el servicio de Medicina Interna y Subespecialidades en el HGZ No.30 del IMSS.

3.2.5 Procedimiento para calcular el tamaño de la muestra

Ya que no se encontraron registros de pacientes con hipertensión arterial en el HGZ No.30 del IMSS, por conveniencia se realizó durante dos meses un monitoreo de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, que reunían los criterios de inclusión, obteniendo una muestra de 183 pacientes.

3.3 Instrumento para evaluar la capacidad de la agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial

El instrumento de medición utilizado se divide en tres partes y consta de 40 reactivos, el cual se muestra en el Anexo 2. Instrumento para la recolección de datos.

Consiste en un cuestionario previamente realizado y validado en el 2008 por Achury, Sepúlveda y Rodríguez, denominado: Evaluación de la capacidad de la agencia de autocuidado en el paciente hipertenso⁴⁵; para organizar la información se adoptó el marco de referencia de Dorothea Orem, que establece tres categorías para evaluar la capacidad de la agencia de autocuidado, siendo las siguientes:

- 1) **Capacidades fundamentales:** esta área evalúa las habilidades básicas del individuo (percepción, memoria y orientación).
- 2) **El componente de poder:** son las habilidades que impulsan al individuo a la acción de autocuidarse (motivación, adquisición de conocimientos, habilidad para ordenar acciones de autocuidado y capacidad de integración del autocuidado en su vida familiar y comunitaria).
- 3) **La capacidad de operacionalizar el autocuidado:** corresponde a las habilidades que le permiten al individuo investigar sobre condiciones de sí mismo y del medio ambiente, que son significativas para su autocuidado, así como la toma de decisiones y construcción de las acciones para lograr el manejo de su enfermedad.

Estas tres categorías son consideradas por el instrumento, mismo que está conformado con 40 reactivos que se distribuyen en ellas:

- 1) Capacidades fundamentales - 6 ítems.
- 2) Componentes de poder - 27 ítems.
- 3) Capacidades de operacionalizar el autocuidado - 7 ítems.

El instrumento utiliza una escala sumativa de tipo Likert, que consta de 5 opciones de respuesta, en la cual 1 es nunca, 2 es casi nunca, 3 es a veces, 4 es casi siempre y 5 es siempre. Esto conforma una calificación de capacidad de autocuidado, que se clasifica en dos categorías: de 170 a 200: alta capacidad e igual o menor a 169, baja capacidad.

En cuanto a la validez del instrumento, éste ha sido validado por Achury, Sepúlveda y Rodríguez, en el cual obtuvo un índice de validez del contenido de 0.93, lo que indica que el instrumento evalúa adecuadamente la capacidad de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial.

Posterior a la autorización por el Comité Local de Investigación en Salud del HGZ No.30 del IMSS, se realizó una prueba piloto inicial, para conocer la utilidad y aplicabilidad del instrumento en México a los pacientes hospitalizados que reunieron los criterios de inclusión al estudio y de esta manera, considerar algunas modificaciones para ajustarlo de acuerdo a las demandas y requerimientos de la presente investigación. Puesto que el Alpha de Cronbach aplicado sobre la muestra piloto indicó buena consistencia interna del instrumento, no se realizaron ajustes al mismo, procediéndose a aplicarlo a la muestra de estudio.

3.4 Indicadores de suficiencia del autocuidado y factores de riesgo en los reactivos del instrumento de medición

3.4.1 Indicador de suficiencia en el conocimiento de autocuidado

El instrumento de medición consta de 40 reactivos; de los cuales se identificaron 15 reactivos relacionados con el conocimiento de las acciones de autocuidado. Estos corresponden a las preguntas siguientes:

Tabla 3.1 Reactivos para identificar conocimiento de autocuidado

13	Considero que una tensión arterial de 140/90 mm Hg es adecuada.
14.	Conozco que la tensión arterial alta, el dolor de cabeza y el de pecho indican que estoy presentando alguna complicación.
15	Considero importante realizar ejercicio.
18	Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad.
19.	Considero que conozco cómo actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial.
20.	Considero que conozco la hora, dosis y cuidados de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial.
23	Cuando siento alguna reacción desfavorable con el medicamento que tomo para controlar la tensión, lo suspendo.
24.	Cuando me siento bien, decido suspender los medicamentos.
25.	Considero que la cantidad máxima de sal que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de los alimentos son dos cucharaditas.
31	Conozco las complicaciones derivadas de mi enfermedad.
33	Realizo cambios según las necesidades para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad.
36	Me esfuerzo por enfrentar las dificultades que generan estrés en mi vida diaria.
40	Consumo bebidas alcohólicas.
41	Consumo cigarrillo.
45	Si presento dolor de cabeza, tensión arterial alta o dolor de pecho, acudo inmediatamente al hospital.

Se define un conocimiento de autocuidado adecuado, siempre y cuando los reactivos contestados adecuadamente sean 13 o más (es decir, a lo sumo tenga 2 reactivos contestados inadecuadamente). Por lo que en contraparte se considera un insuficiente conocimiento de autocuidado a los pacientes que tengan más de 2 reactivos contestados inadecuadamente.

Es decir, el rango para conocimiento de autocuidado adecuado, será de 13 a 15 reactivos contestados correctamente; el rango para conocimiento de autocuidado insuficiente será de ninguno a 12 reactivos contestados correctamente.

3.4.2 Indicador de suficiencia en la capacidad de autocuidado

La Información obtenida de autocuidado de la salud cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial corresponde a la sumatoria de la calificación de todas las preguntas de acuerdo a la definición.

Se define una capacidad de autocuidado alta, siempre y cuando la sumatoria de los reactivos contestados sea de 170 puntos o más (que tiene un máximo de 200); en contraparte, se considera una baja capacidad de autocuidado los que sumen 169 o menos puntos.

3.4.3 Indicador de suficiencia en el Control de presión arterial

Se define que tiene control de la presión arterial siempre y cuando presente una tensión arterial de 139/89mmHg o menos. Mientras que, en contraparte, se tiene como no controlado, si su TA es de 140/90 mmHg o más, en alguno de sus componentes, ya sea la presión sistólica y diastólica.

3.4.4 Indicador de suficiencia en los hábitos dietéticos

Los cuatro reactivos correspondientes a este indicador son:

- 33. Realizo cambios según las necesidades para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad.
- 35. Realizo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado.
- 38. Cuando siento que le falta sal a la comida le agrego un poco.
- 39. Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas.

Se define que tiene buenos hábitos dietéticos, siempre y cuando responda adecuadamente al menos tres de los cuatro ítems del indicador. Mientras que, en contraparte, se tiene malos hábitos dietéticos si tiene más de un ítem erróneo.

3.4.5 Indicador de suficiencia en el índice de masa corporal (IMC)

Se define que tiene un IMC normal, siempre y cuando éste sea de 18.5 a 24.9; mientras que, en contraparte, se tiene sobrepeso si el IMC es mayor a 25, pero menor a 29.9; y existe obesidad si el IMC es mayor o igual a 30.

3.4.6 Indicador de suficiencia en el ejercicio físico

El reactivo correspondiente a este indicador es:

- 32. Camino diariamente, como mínimo, 30 minutos.

Se define que se tiene adecuado ejercicio físico, siempre y cuando responda con siempre o casi siempre a esta pregunta (4 o 5 puntos en la escala de Likert); mientras que, en contraparte, de otra manera (si se tiene 3 puntos o menos) se considera como no adecuado ejercicio físico.

3.4.7 Indicador de suficiencia en hipertensos fumadores

El reactivo correspondiente a este indicador es:

40. Consumo cigarrillo.

Se define que es no fumador hipertenso, siempre y cuando responda con nunca a esta pregunta; mientras que, en contraparte, se tiene como fumador hipertenso si respondió de cualquier otra manera.

3.5 Consideraciones éticas

Facultad de Enfermería:

Se realizaron las solicitudes de autorización correspondientes ante el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería, con respuesta favorable para su realización.

Institución:

La presente investigación se sometió a revisión y aprobación ante el Comité de Coordinación de Investigación en Salud del IMSS, para corroborar el cumplimiento con los lineamientos que en materia de investigación y ética se encuentran establecidos en las normas e instructivos institucionales.

Participantes:

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud Título Primero Artículo 17, el presente protocolo de investigación se encuentra en la clasificación como categoría II; investigación con riesgo mínimo para el participante, ya que se realizó una entrevista dirigida por un cuestionario, se midió la tensión arterial, se pesó y midió perímetro de cintura. Por lo que de acuerdo al Artículo 23, y bajo previa autorización del Comité de Coordinación de Investigación en Salud del IMSS, se solicitó el consentimiento informado del participante por escrito, explicándole los beneficios y riesgos conocidos e indicándole que la información recabada sería con fines educativos y estrictamente confidencial⁴⁶; en el Anexo 1, se muestra el consentimiento informado utilizado.

3.6 Procedimiento para la recolección de datos

Se realizó monitoreo diario por el periodo de 2 meses a los servicios de Medicina Interna y Subespecialidades del HGZ No. 30 del IMSS, primeramente a revisar expedientes para confirmar el diagnóstico de Hipertensión arterial, posteriormente a la unidad del paciente para valorar criterios de inclusión y exclusión, se les solicitó consentimiento informado por escrito a todos los participantes, se les midió la tensión arterial y se les pesó, midió perímetro de cintura y se les realizó una encuesta dirigida por un cuestionario de 40 reactivos con la escala de Likert.

Posteriormente se realizó un análisis sobre las contestaciones obtenidas en el instrumento de recolección de datos, formando grupos en base a las respuestas en relación con los objetivos específicos y general planteados.

3.7 Análisis de datos y tratamiento estadístico

El análisis estadístico se realizó mediante el programa informático SPSS para Windows (versión 15.0), realizándose análisis de frecuencias y Tablas de contingencia, utilizando como prueba de contraste de varianzas el test de chi cuadrada.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

4.1 Análisis de confiabilidad

Aun cuando el instrumento ya ha sido validado, tal y como se indicó en la sección de metodología referente a éste (sección 3.4); validación realizada por Achury²⁷, donde se muestran valores de 0.93 para el índice de confiabilidad del instrumento, se aplicó el instrumento a una muestra piloto de 100 pacientes que reunían todos los criterios de inclusión y se procedió a analizar el índice de Alfa de Cronbach.

En el análisis del Alfa de Cronbach, se omiten las preguntas que no tienen escala de Likert las cuales son las primeras ocho (edad, sexo, peso, estatura, perímetro cintura, presión arterial sistólica, presión arterial diastólica e índice de masa corporal), obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla 4.1 Alfa de Cronbach de la prueba piloto

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	Numero de Reactivos	Número de casos
.713	.726	40	100

En la tabla 4.1 se muestran los resultados obtenidos en la muestra piloto; se utilizó el análisis de fiabilidad de SPSS, donde fueron incluidos los cuarenta reactivos correspondientes al total de las preguntas con escala de Lickert, obteniendo como resultados Alfa de Cronbach de .713 por lo que indica buena consistencia interna del instrumento para medir los datos que se requieren medir en la investigación.

4.2 Caracterización de Reactivos inversos

Una práctica existente a la hora de aplicar cuestionarios con escala de Likert, es invertir la valoración de los mismos, lo que significa que en ocasiones lo más adecuado se encuentra en el cinco o valor máximo de la escala y en otras veces se encuentra en el uno; es recomendable introducir reactivos invertidos al elaborar el cuestionario; adicionalmente es esencial identificarlos y cambiarlos nuevamente para el análisis de confiabilidad.

Para este instrumento se requirió volver algunos reactivos siendo estos los reactivos correspondientes a las preguntas que se muestran en el cuadro 4.2

Tabla 4.2 Reactivos inversos presentados en el cuestionario

9	Olvido tomarme mis medicamentos
10.	Olvido las citas médicas
13.	Considero que una tensión arterial de 140/90 mm Hg es adecuada
23.	Cuando siento alguna reacción desfavorable con el medicamento que tomo para controlar la tensión, lo suspendo
24.	Cuando me siento bien, decido suspender los medicamentos
26.	Complemento mi tratamiento con medicina homeopática
27.	Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas
30.	Mi enfermedad ha limitado mis inquietudes en mi vida diaria
38.	Cuando siento que le falta sal a la comida le agrego un poco
39.	Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas
40.	Consumo bebidas alcohólicas
41.	Consumo cigarrillo
42.	Tengo dificultades con el tratamiento cuando tomo más de 4 medicamentos diarios
43.	Cuando tengo dificultades económicas, no puedo adquirir alimentos y medicamentos necesarios
44.	He tenido dificultades con el acceso a las consultas, controles y adquisición de medicamentos
46.	Siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual

4.3 Resultados del estudio en las preguntas individuales

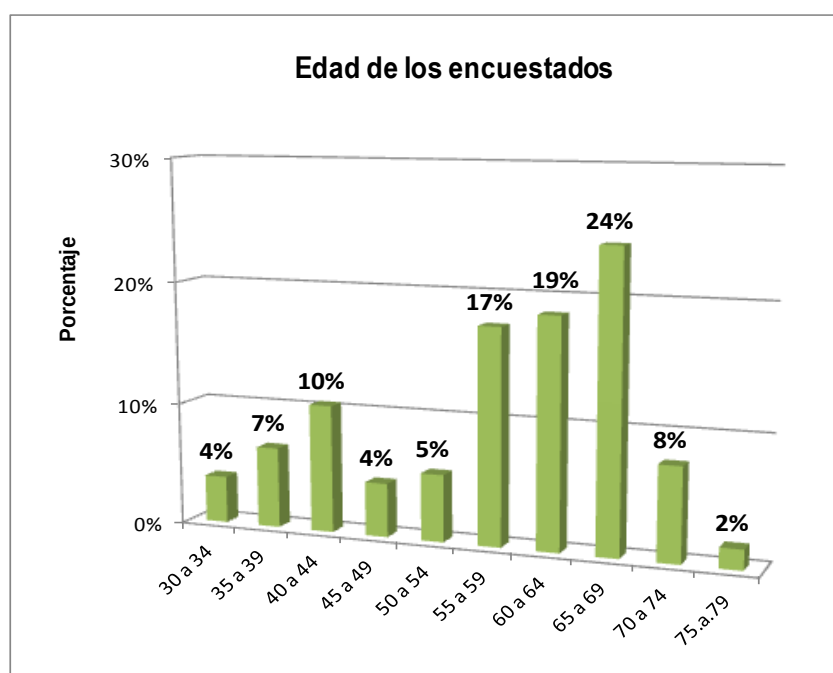
4.3.1 Pregunta 1. Edad del paciente

Tabla 4.3 Edad de los encuestados

Rango de edad	Frecuencia	Porcentaje
30 a 34 años	7	4 %
35 a 39 años	12	7 %
40 a 44 años	19	10 %
45 a 49 años	8	4 %
50 a 54 años	10	5 %
55 a 59 años	32	17 %
60 a 64 años	34	19 %
65 a 69 años	44	24 %
70 a 74 años	14	8 %
75 a 79 años	3	2 %
Total	183	100 %

El grupo de estudio fue integrado por 183 participantes de los cuales sus edades se encontraron entre 31 a 79 años de edad la mayoría de los encuestados se encontraba entre los 65 a 69 años de edad con el 24%, correspondientes a 44 casos.

Figura 4.1 Edad de los participantes



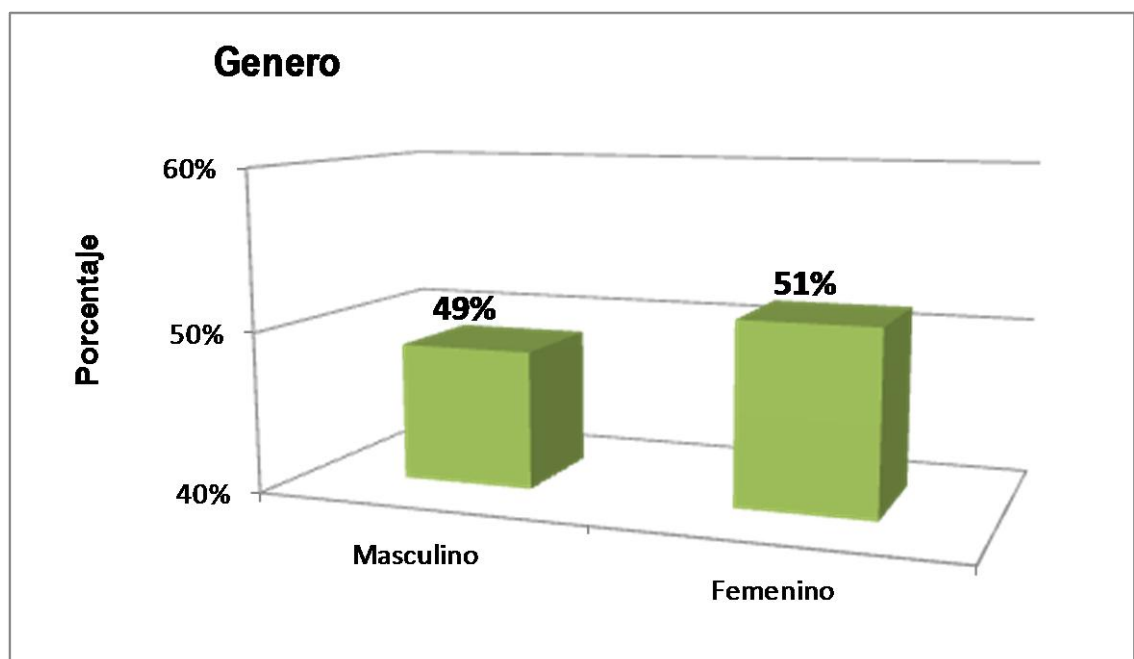
4.3.2 Pregunta 2. Género de los encuestados

Tabla 4.4 Género de los encuestados

Genero	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	89	49 %
Femenino	94	51 %
Total	183	100 %

La tabla 4.4 muestra que en el grupo de estudio 94 casos correspondieron al género femenino siendo el 51% y 89 de ellos al género masculino con el 49% del total de 183 encuestas aplicadas.

Figura 4.2 Género de los encuestados



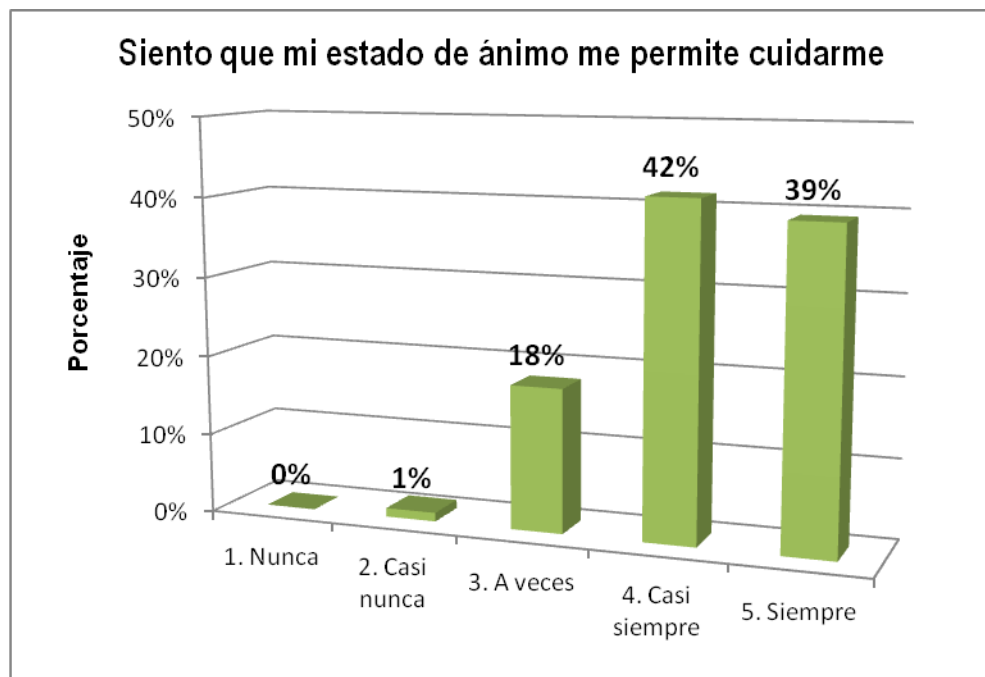
4.3.3 Pregunta 7. Siento que mi estado de ánimo me permite cuidarme

Tabla 4.5 Respuestas a: El estado de ánimo me permite cuidarme

Estado de animo	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0 %
Casi Nunca	2	1 %
A veces	33	18 %
Casi siempre	76	42 %
Siempre	72	39 %
Total	183	100 %

En relación a la pregunta siento que mi estado de ánimo me permite cuidarme el 42% correspondiente a 76 participantes contestaron casi siempre, el 39% que son 72 casos respondieron siempre, el 18% con 33 casos refirieron casi siempre y solamente el 1% correspondiente a dos casos respondió casi nunca.

Figura 4.3 Pregunta 7



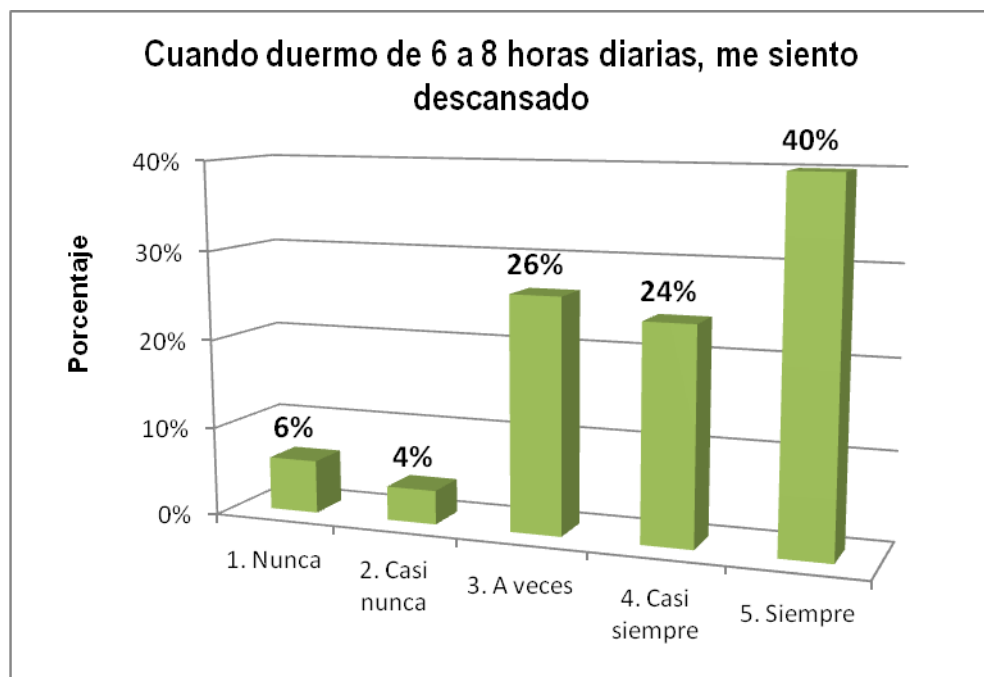
4.3.4 Pregunta 8. Cuando duermo 6-8 horas diarias, me siento descansado

Tabla 4.6 Respuestas a: Cuando duermo 6-8 horas diarias, me siento descansado

Descanso al dormir	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	11	6 %
Casi Nunca	7	4 %
A veces	48	26 %
Casi siempre	44	24 %
Siempre	73	40 %
Total	183	100 %

Con respecto a la pregunta cuando duermo 6-8 horas diarias, me siento descansado el 40% correspondiente a 73 participantes contestó siempre, el 26% que son 48 casos respondió a veces, el 24% con 44 casos refirió casi siempre, el 6% con 11 casos manifestó nunca y los 4% correspondientes a siete encuestados respondieron casi nunca.

Figura 4.4 Pregunta 8



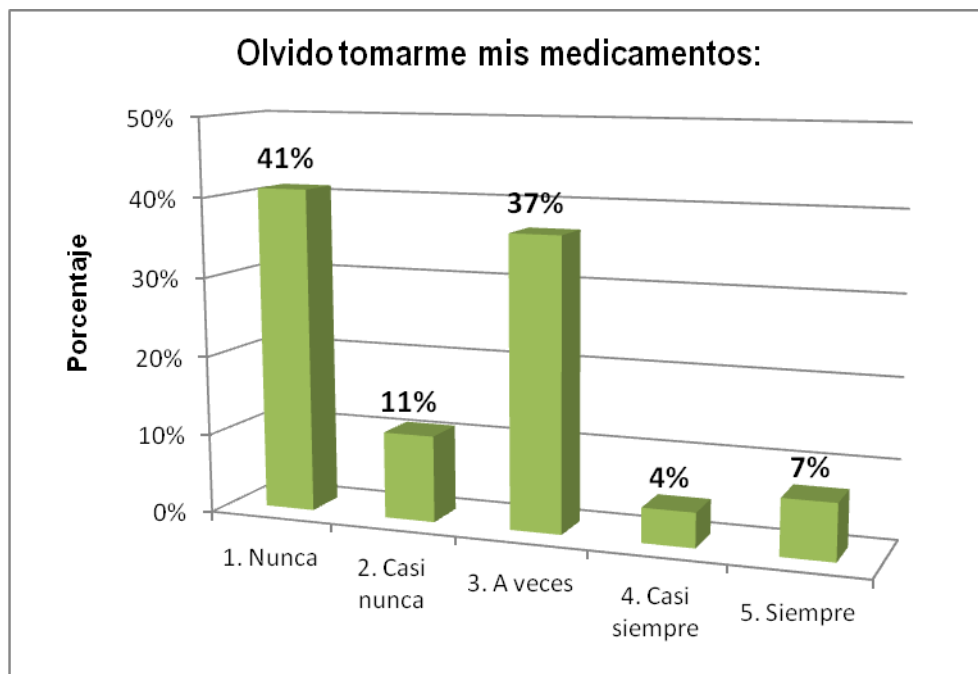
4.3.5 Pregunta 9. Olvido tomarme mis medicamentos

Tabla 4.7 Respuestas a: Olvido tomarme mis medicamentos

Olvido tomar medicamentos	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	13	7 %
Casi siempre	8	4 %
A veces	67	37 %
Casi Nunca	20	11 %
Nunca	75	41 %
Total	183	100 %

En cuanto al reactivo olvido tomarme mis medicamentos el 41% correspondiente a 75 participantes contestó nunca, el 37 % que son 67 casos respondió a veces, el 11% con 20 casos refirió casi nunca, el 7% con 13 casos manifestó siempre y los 4% correspondientes 8 encuestados respondieron casi siempre.

Figura 4.5 Pregunta 9



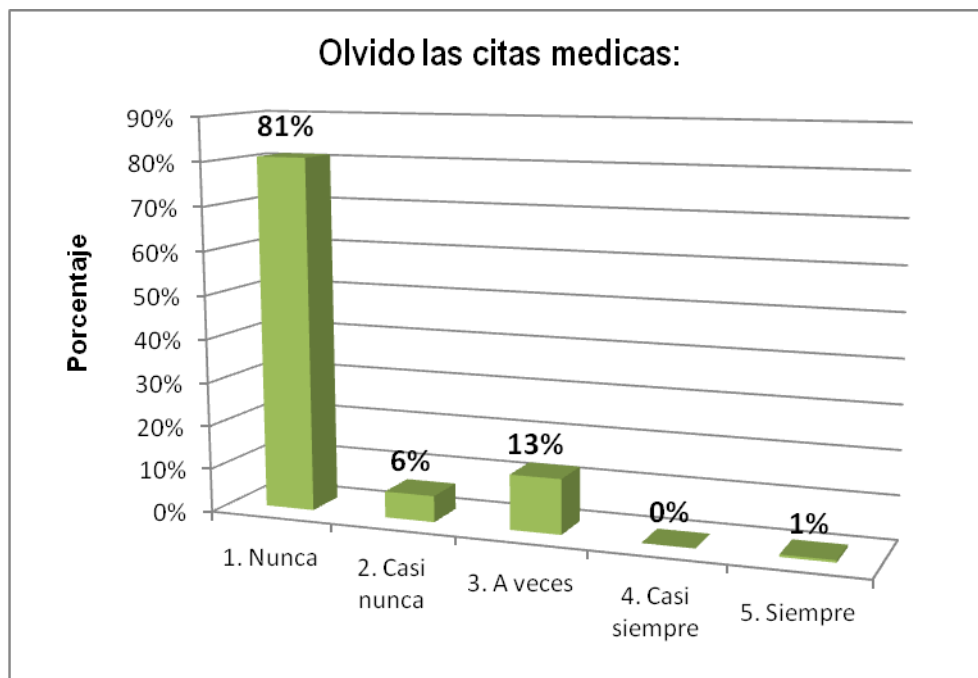
4.3.6 Pregunta 10. Olvido las citas médicas

Tabla 4.8 Respuestas a: Olvido las citas médicas

Olvido citas medicas	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	1	1 %
Casi siempre	0	0 %
A veces	23	13 %
Casi Nunca	11	6 %
Nunca	148	81 %
Total	183	100 %

Acerca de la pregunta olvido las citas medicas el 81% correspondiente a 148 participantes contestó nunca, el 13 % que son 23 casos respondieron a veces, el 6% con 11 casos refirieron casi nunca y el 1% restante correspondiente a un encuestado respondió siempre.

Figura 4.6 Pregunta 10



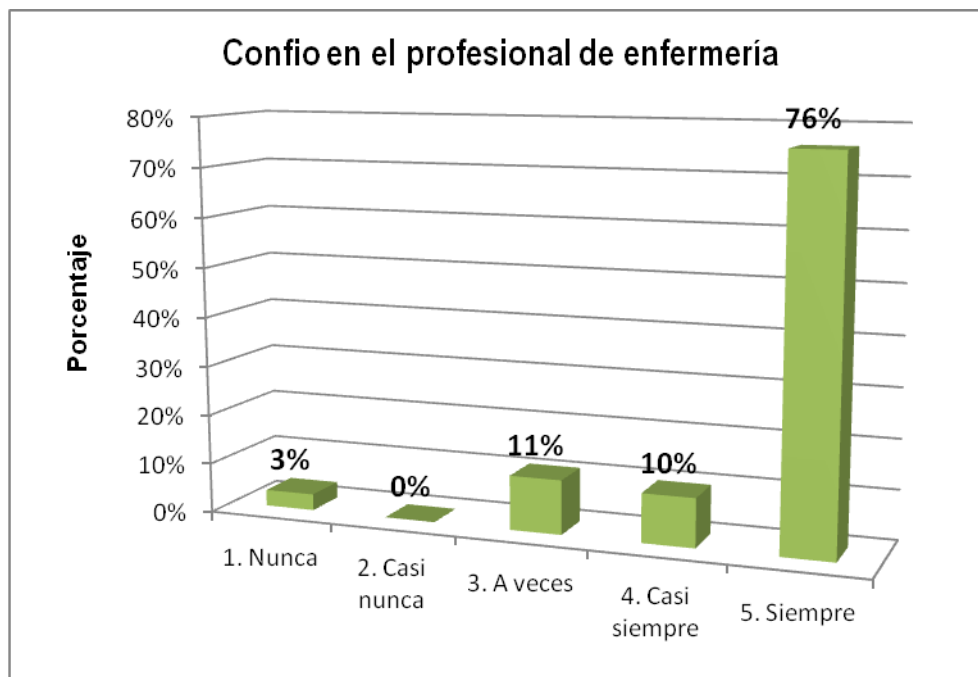
4.3.7 Pregunta 11. Confío en el profesional de enfermería

Tabla 4.9 Respuestas a: Confío en el profesional de enfermería

Confío Enfermería	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	6	3 %
Casi Nunca	0	0 %
A veces	20	11 %
Casi siempre	18	10 %
Siempre	139	76 %
Total	183	100 %

Por lo que se refiere a la pregunta confío en el personal de enfermería el 76% correspondiente a 139 participantes contestó siempre, el 11% que son 20 casos respondieron a veces, el 10% con 18 casos refirieron casi siempre y el 3% con 6 casos manifestaron nunca confiar.

Figura 4.7 Pregunta 11



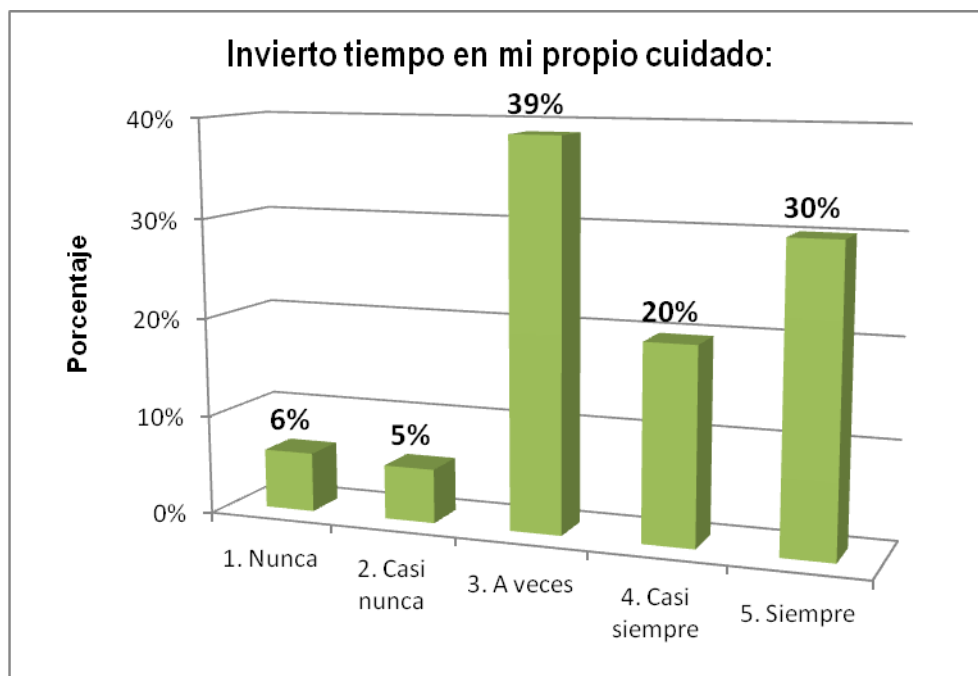
4.3.8 Pregunta 12. Invierto tiempo en mi propio cuidado

Tabla 4.10 Respuestas a: Invierto tiempo en mi propio cuidado

Invierto mi cuidado	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	11	6 %
Casi Nunca	10	5 %
A veces	71	39 %
Casi siempre	36	20 %
Siempre	55	30 %
Total	183	100 %

Con respecto a la pregunta invierto tiempo en mi propio cuidado el 39% correspondiente a 71 participantes contestó a veces, el 30% que son 55 casos respondió siempre, el 20% con 36 casos refirió casi siempre, el 6% con 11 casos manifestaron nunca confiar y el 5% correspondiente a 10 casos contestó casi nunca.

Figura 4.8 Pregunta 12



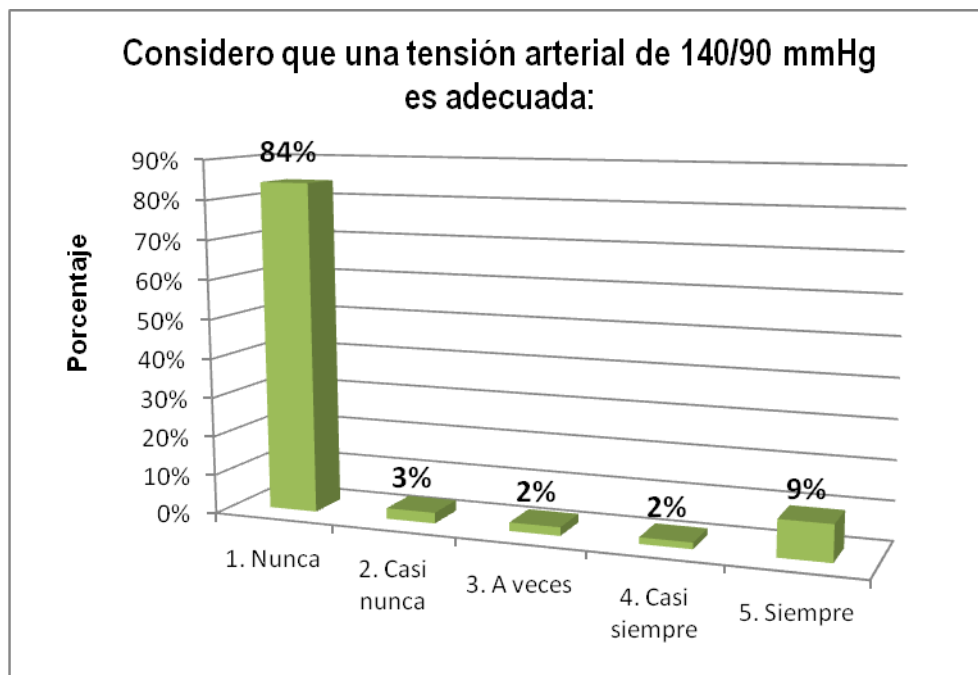
4.3.9 Pregunta 13. Considero que una tensión arterial de 140/90 mm Hg es adecuada

Tabla 4.11 Respuestas a: Considero que una tensión arterial de 140/90 mm Hg es adecuada

Tensión 140/90 adecuada	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	17	9 %
Casi siempre	3	2 %
A veces	4	2 %
Casi Nunca	5	3 %
Nunca	154	84 %
Total	183	100 %

En cuanto a la pregunta considero que una tensión arterial de 140/90 mmHg es adecuada 84% correspondiente a 154 participantes que contestó nunca, el 9% que son 17 casos respondió siempre, el 3% con 5 casos refirió casi nunca, el 2% con 4 casos manifestaron a veces y el 2% restante correspondiente a 3 casos contestó casi siempre.

Figura 4.9 Pregunta 13



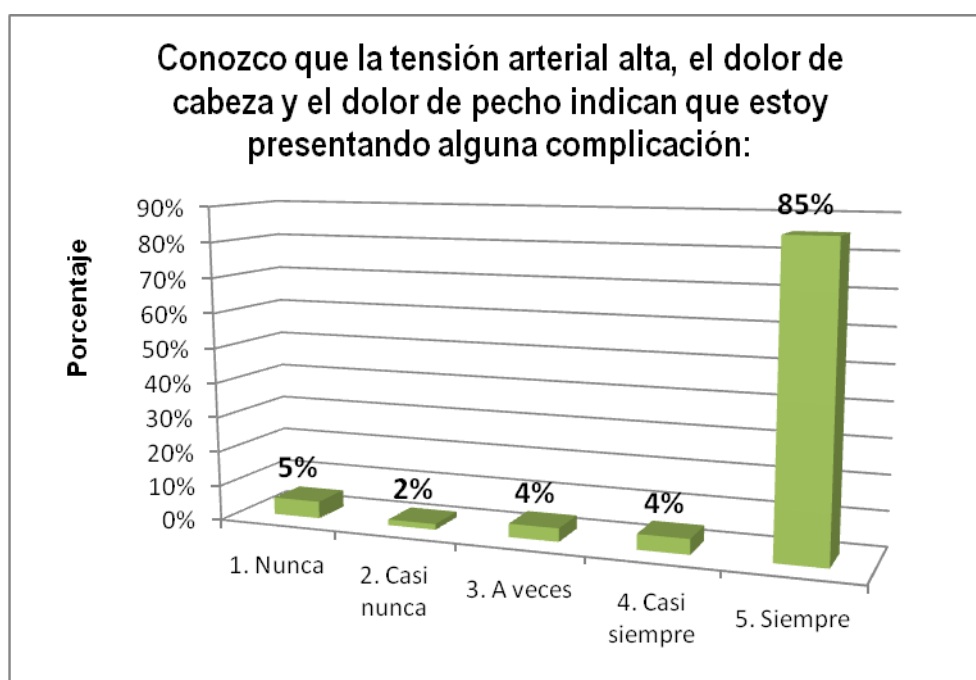
4.3.10 Pregunta 14. Conozco que la tensión arterial alta y el dolor de cabeza y en el pecho indica que estoy presentando alguna complicación

Tabla 4.12 Respuestas a: Conozco que la tensión arterial alta y el dolor de cabeza y en el pecho indica que estoy presentando alguna complicación

Tensión alta síntomas	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	9	5 %
Casi Nunca	3	2 %
A veces	7	4 %
Casi siempre	8	4 %
Siempre	156	85 %
Total	183	100 %

En relación con la pregunta conozco que la tensión arterial alta y el dolor de cabeza y en el pecho indica que estoy presentando alguna complicación el 85% correspondiente a 156 participantes contestó siempre, el 5% que son 9 casos respondió nunca, el 4% con 8 casos refirió casi siempre, el 4% con 7 casos manifestaron a veces y el 2% restante correspondiente a 3 casos contestó casi nunca.

Figura 4.10 Pregunta 14



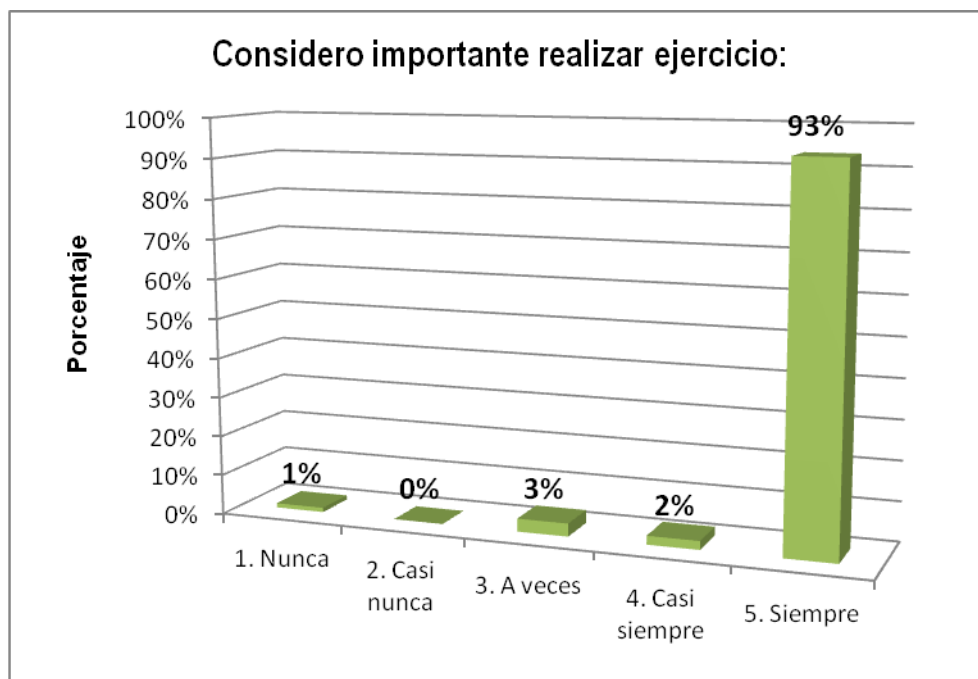
4.3.11 Pregunta 15. Considero importante realizar ejercicio

Tabla 4.13 Respuestas a: Considero importante realizar ejercicio

Considero importante ejercicio	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	2	1 %
Casi Nunca	0	0 %
A veces	6	3 %
Casi siempre	4	2 %
Siempre	171	93 %
Total	183	100.0

A cerca de la pregunta considero importante realizar ejercicio el 93% correspondiente a 171 participantes contestó siempre, el 3% que son 6 casos respondió a veces, el 2% con 4 casos refirió casi siempre y el 1% con 2 casos manifestaron nunca.

Figura 4.11 Pregunta 15



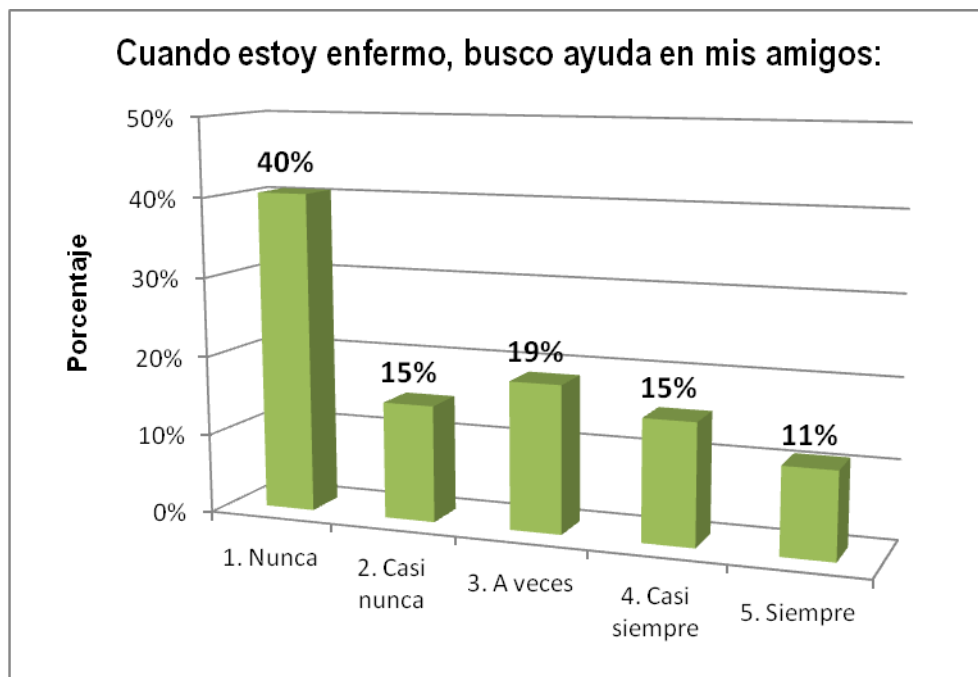
4.3.12 Pregunta 16. Cuando estoy enfermo, busco ayuda en mis amigos

Tabla 4.14 Respuestas a: Cuando estoy enfermo, busco ayuda en mis amigos

Busco ayuda en amigos	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	74	40 %
Casi Nunca	27	15 %
A veces	34	19 %
Casi siempre	28	15 %
Siempre	20	11 %
Total	183	100 %

Con respecto a la pregunta cuando estoy enfermo busco ayuda en mis amigos el 40% correspondiente a 74 participantes contestó nunca, el 19% que son 34 casos respondió a veces, el 15% con 28 casos refirió a veces, el 15% con 27 casos manifestaron casi nunca y el 11% restante correspondiente a 20 casos contestó siempre.

Figura 4.12 Pregunta 16



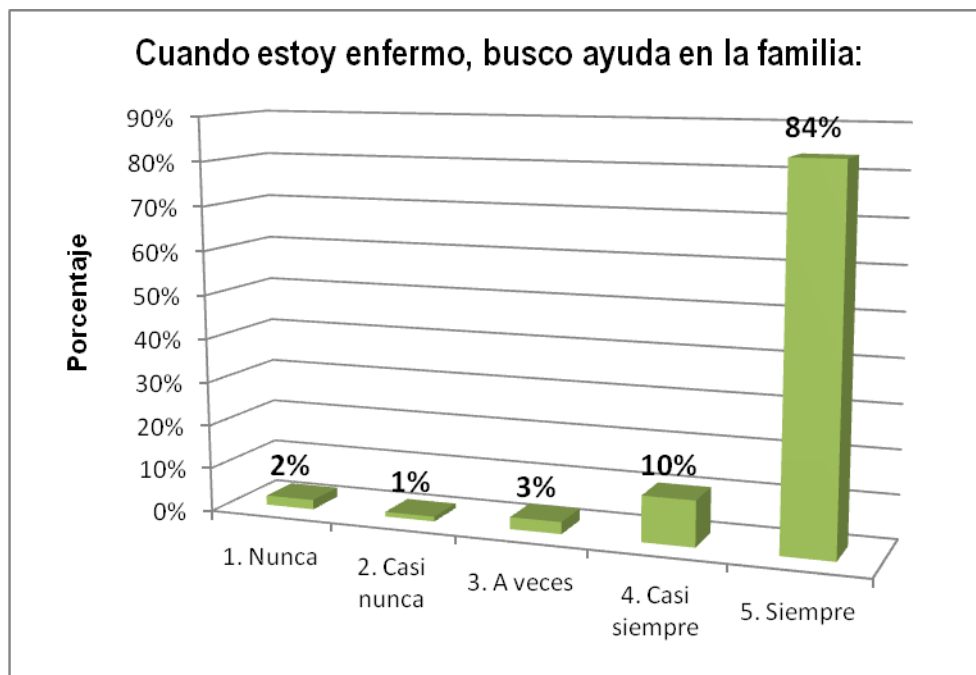
4.3.13 Pregunta 17. Cuando estoy enfermo, busco ayuda en mi familia

Tabla 4.15 Respuestas a: Cuando estoy enfermo, busco ayuda en mi familia

Busco ayuda en familia	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	4	2 %
Casi Nunca	2	1 %
A veces	5	3 %
Casi siempre	19	10 %
Siempre	153	84 %
Total	183	100 %

En cuanto a la pregunta cuando estoy enfermo busco ayuda en mi familia el 84% correspondiente a 153 participantes contestó siempre, el 10% que son 19 casos respondió casi siempre, el 3% con 5 casos refirió a veces, el 2% con 4 casos manifestaron nunca y el 1% restante correspondiente a 2 casos contestó casi nunca.

Figura 4.13 Pregunta 17



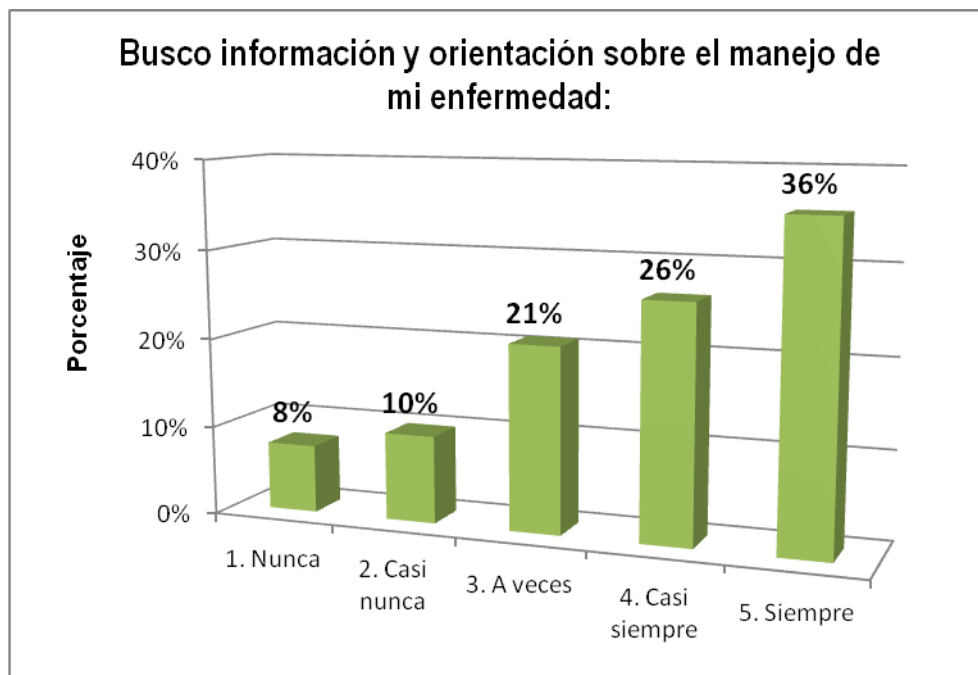
4.3.14 Pregunta 18. Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad

Tabla 4.16 Respuestas a: Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad

Busco información y orientación	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	14	8 %
Casi Nunca	18	10 %
A veces	38	21 %
Casi siempre	48	26 %
Siempre	65	36 %
Total	183	100 %

En relación a la pregunta busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad 36% correspondiente a 65 participantes contestó siempre, el 26% que son 48 casos respondió casi siempre, el 21% con 38 casos refirió a veces, el 10% con 18 casos manifestaron casi nunca y el 8% restante correspondiente a 14 casos contestó nunca.

Figura 4.14 Pregunta 18



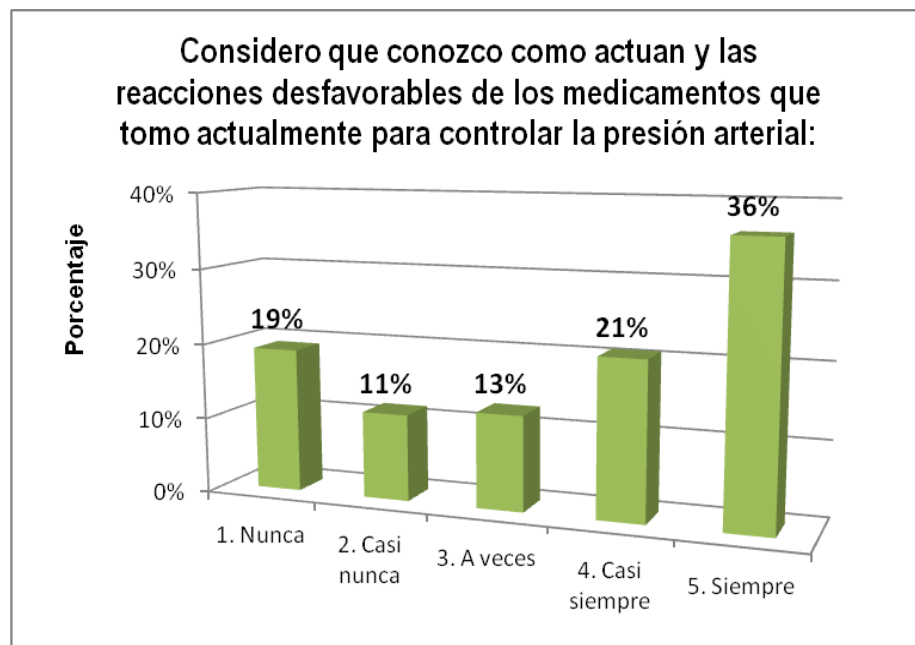
4.3.15 Pregunta 19. Considero que conozco cómo actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial

Tabla 4.17 Respuestas a: Considero que conozco cómo actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial

Conozco medicamentos que tomo	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	35	19 %
Casi Nunca	21	11 %
A veces	23	13 %
Casi siempre	38	21 %
Siempre	66	36 %
Total	183	100 %

Acerca de la pregunta considero que conozco cómo actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial el 36% correspondiente a 66 participantes contestó siempre, el 21% que son 38 casos respondió casi siempre, el 19% con 35 casos refirió nunca, el 13% con 23 casos manifestaron a veces y el 11% restante correspondiente a 21 casos contestó casi nunca.

Figura 4.15 Pregunta 19



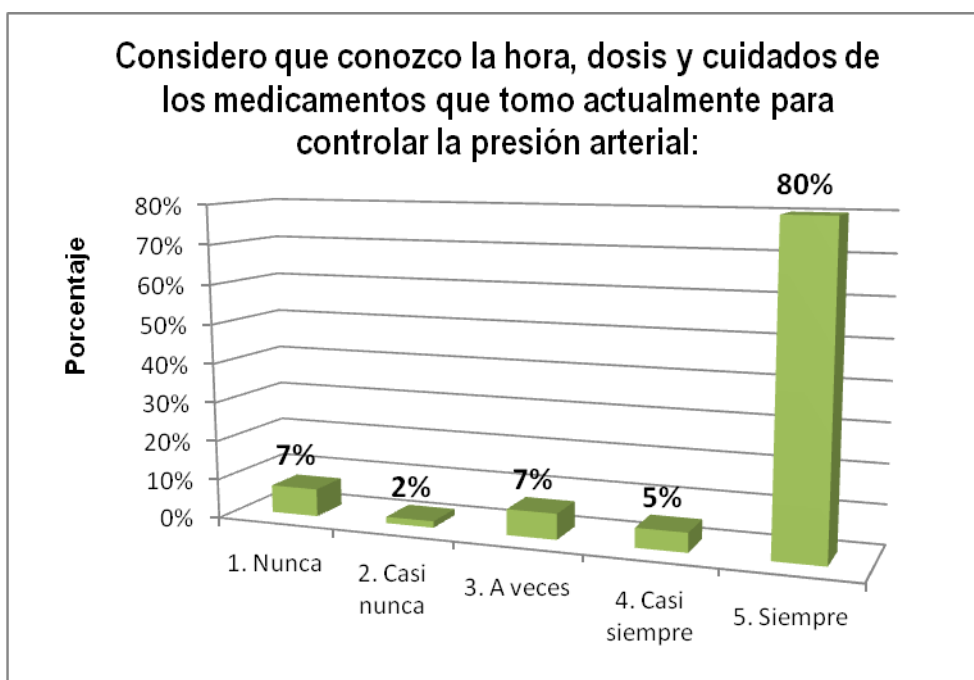
4.3.16 Pregunta 20. Considero que conozco la hora, dosis y cuidados de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial

Tabla 4.18 Respuestas a: Considero que conozco la hora, dosis y cuidados de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial

Conozco hora y dosis de los medicamentos	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	13	7 %
Casi Nunca	3	2 %
A veces	12	7 %
Casi siempre	9	5 %
Siempre	146	80 %
Total	183	100 %

Por lo que se refiere a la pregunta considero que conozco la hora, dosis y cuidados de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial el 80% correspondiente a 146 participantes contestó siempre, el 7% que son 13 casos respondió nunca, el 7% con 12 casos refirió a veces, el 5% con 9 casos manifestaron casi siempre y el 5% restante correspondiente a 9 casos contestó casi siempre.

Figura 4.16 Pregunta 20



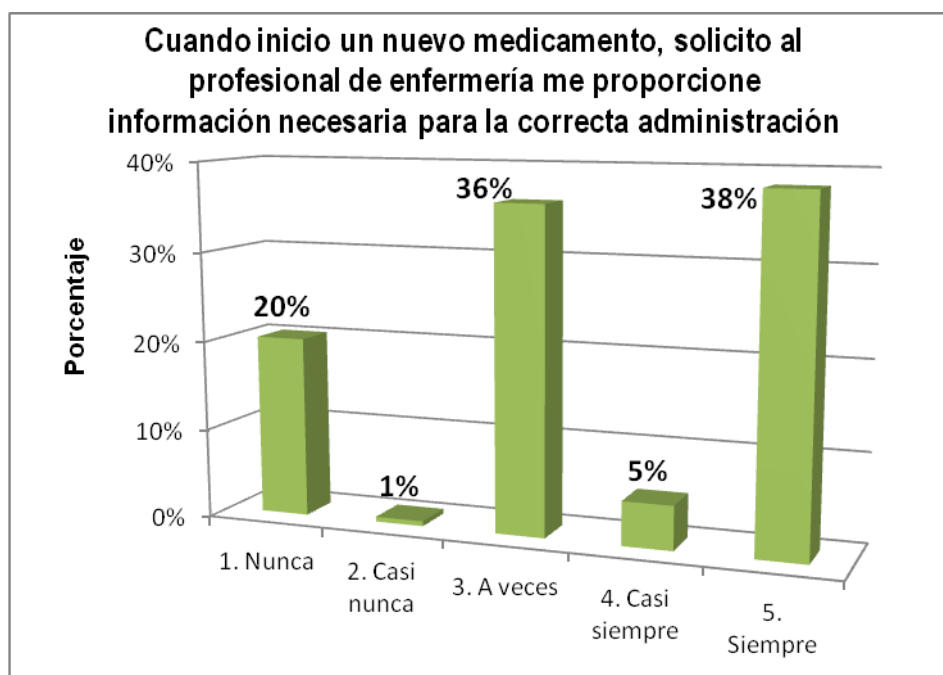
4.3.17 Pregunta 21. Cuando inicio un nuevo medicamento, solicito al profesional de enfermería me proporcione información necesaria de la correcta administración

Tabla 4.19 Respuestas a: Cuando inicio un nuevo medicamento, solicito al profesional de enfermería me proporcione información necesaria de la correcta administración

Nuevo medicamento solicito información enfermería	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	12	7 %
Casi Nunca	9	5 %
A veces	13	7 %
Casi siempre	22	12 %
Siempre	127	69 %
Total	183	100 %

Con respecto a la pregunta cuando inicio un nuevo medicamento, solicito al profesional de enfermería me proporcione información necesaria de la correcta administración el 69% correspondiente a 127 participantes contestó siempre, el 12% que son 22 casos respondió casi siempre, el 7% con 13 casos refirió a veces, el 5% con 9 casos manifestaron casi nunca y el 5% restante correspondiente a 9 casos contestó casi nunca.

Figura 4.17 Pregunta 21



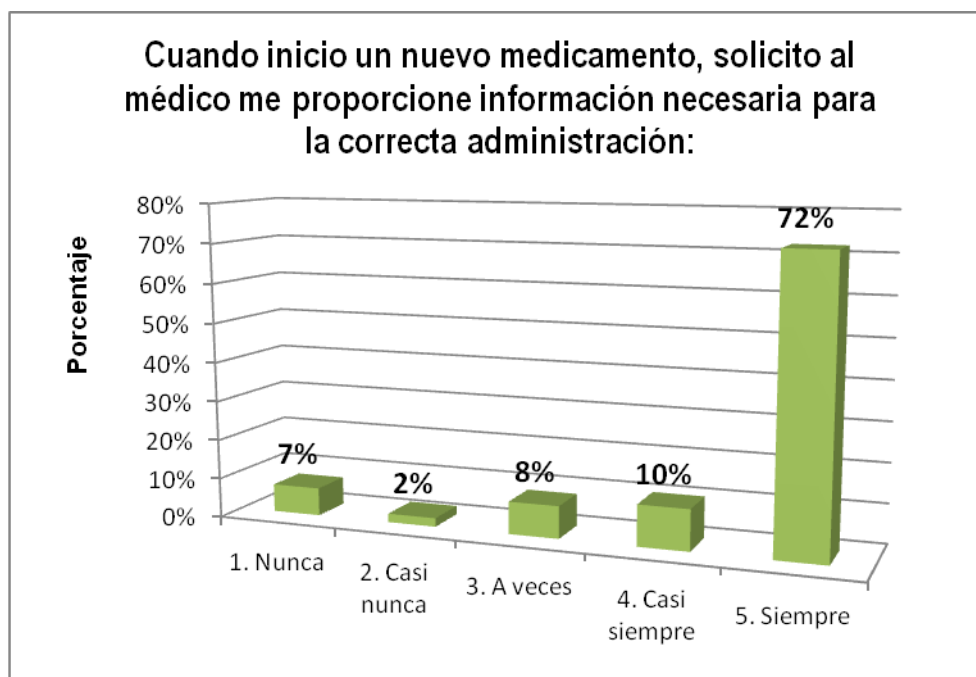
4.3.18 Pregunta 22. Cuando inicio un nuevo medicamento, solicito al médico me proporcione información necesaria de la correcta administración

Tabla 4.20 Respuesta a: Cuando inicio un nuevo medicamento, solicito al médico me proporcione información necesaria de la correcta administración

Nuevo medicamento solicito información medico	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	13	7 %
Casi Nunca	4	2 %
A veces	15	8 %
Casi siempre	19	10 %
Siempre	132	72 %
Total	183	100 %

En cuanto a la pregunta cuando inicio un nuevo medicamento, solicito al profesional médico me proporcione información necesaria de la correcta administración el 72% correspondiente a 132 participantes contestó siempre, el 10% que son 19 casos respondió casi siempre, el 8% con 15 casos refirió a veces, el 7% con 13 casos manifestaron nunca y el 2% restante correspondiente a 4 casos contestó casi nunca.

Figura 4.18 Pregunta 22



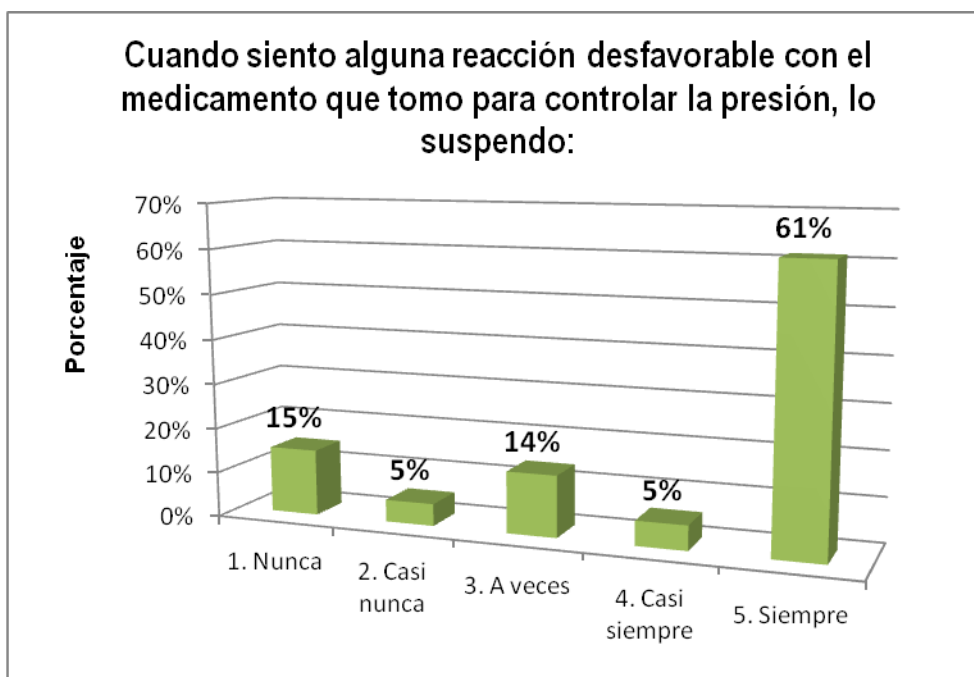
4.3.19 Pregunta 23. Cuando siento alguna reacción desfavorable con el medicamento que tomo para controlar la tensión, lo suspendo

Tabla 4.21 Respuestas a: Cuando siento alguna reacción desfavorable con el medicamento que tomo para controlar la presión, lo suspendo

Reacción desfavorable suspendo medicamento	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	112	61 %
Casi siempre	10	5 %
A veces	25	14 %
Casi Nunca	9	5 %
Nunca	27	15 %
Total	183	100 %

En relación con la pregunta cuando siento alguna reacción desfavorable con el medicamento que tomo para controlar la presión, lo suspendo el 61% correspondiente a 112 participantes contestó siempre, el 15% que son 27 casos respondió nunca, el 14% con 25 casos refirió a veces, el 5% con 10 casos manifestaron casi siempre y el 5% restante correspondiente a 9 casos contestó casi nunca.

Figura 4.19 Pregunta 23



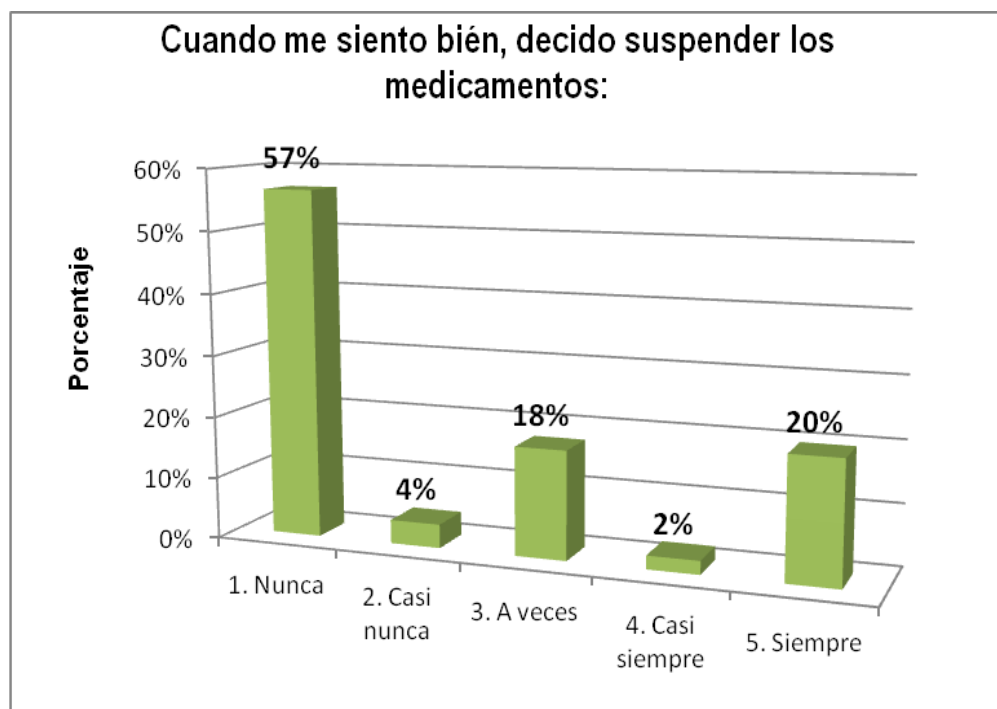
4.3.20 Pregunta 24. Cuando me siento bien, decido suspender los medicamentos

Tabla 4.22 Respuestas a: Cuando me siento bien, decido suspender los medicamentos

Me siento bien, suspendo medicamentos	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	36	20 %
Casi siempre	4	2 %
A veces	32	18 %
Casi Nunca	7	4 %
Nunca	103	57 %
Total	183	100 %

Acerca de la pregunta cuando me siento bien, decido suspender los medicamentos el 57% correspondiente a 103 participantes contestó nunca, el 20% que son 36 casos respondió siempre, el 18% con 32 casos refirió a veces, el 4% con 7 casos manifestaron casi nunca y el 2% restante correspondiente a 4 casos contestó casi nunca.

Figura 4.20 Pregunta 24



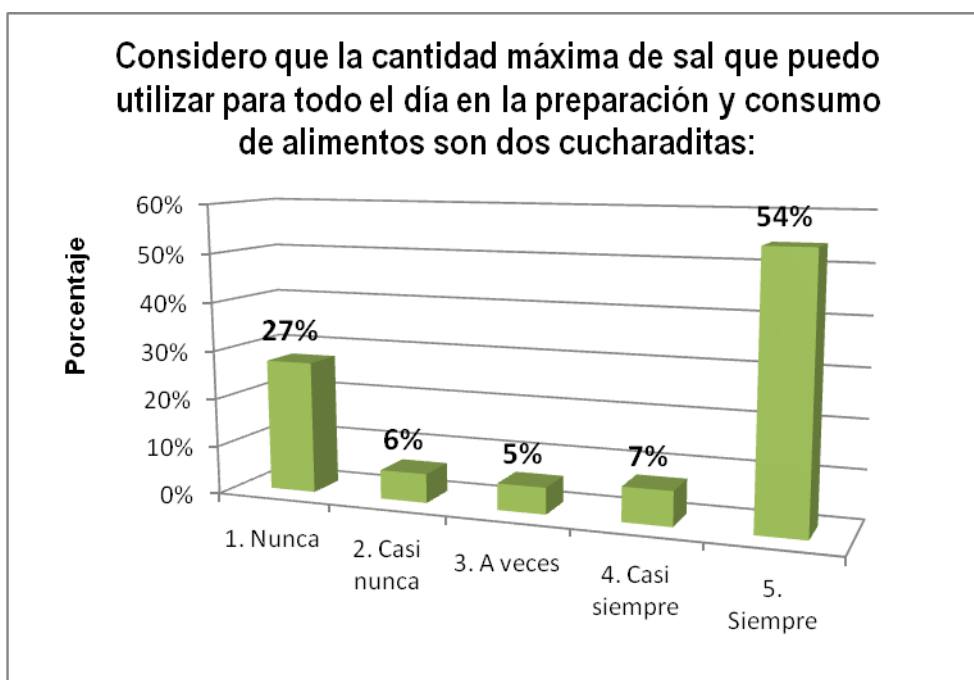
4.3.21 Pregunta 25. Considero que la cantidad máxima de sal que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son dos cucharaditas

Tabla 4.23 Respuestas a: Considero que la cantidad máxima de sal que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son dos cucharaditas

Sal máxima al día dos cucharaditas	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	50	27 %
Casi Nunca	11	6 %
A veces	10	5 %
Casi siempre	13	7 %
Siempre	99	54 %
Total	183	100 %

Por lo que se refiere a la pregunta considero que la cantidad máxima de sal que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son dos cucharaditas el 54% correspondiente a 99 participantes contestó siempre, el 27% que son 50 casos respondió nunca, el 7% con 13 casos refirió casi siempre, el 6% con 11 casos manifestaron casi nunca y el 5% restante correspondiente a 10 casos contestó a veces.

Figura 4.21 Pregunta 25



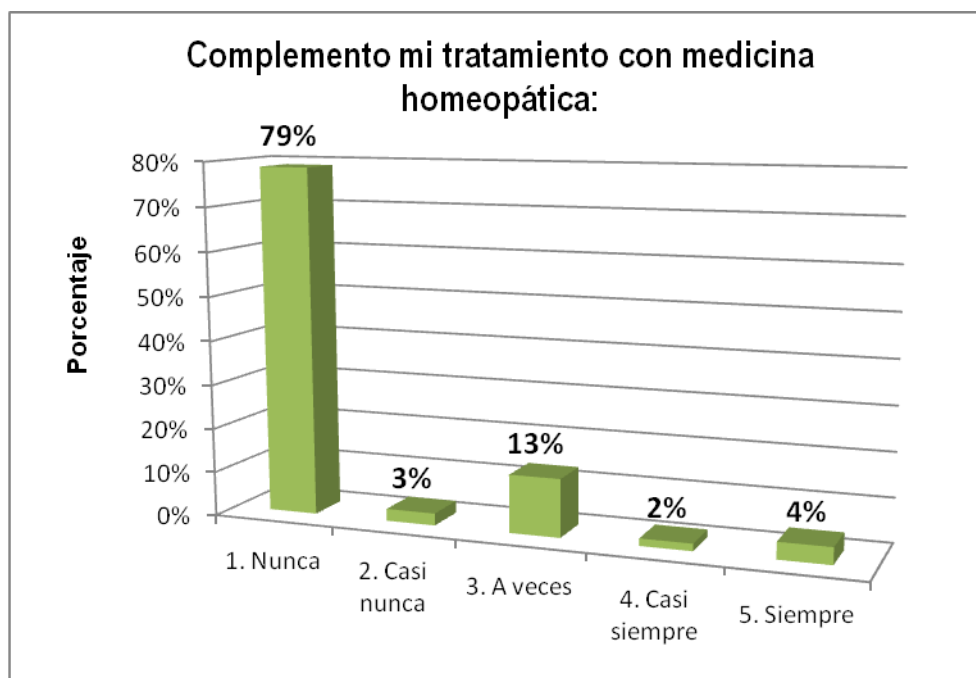
4.3.22 Pregunta 26. Complemento mi tratamiento con medicina homeopática

Tabla 4.24 Respuestas a: Complemento mi tratamiento con medicina homeopática

Complemento con medicina homeopática	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	7	4 %
Casi siempre	3	2 %
A veces	24	13 %
Casi Nunca	5	3 %
Nunca	144	79 %
Total	183	100 %

El siguiente reactivo evaluado fue complemento mi tratamiento con medicina homeopática encontrando que el 79% correspondiente a 144 participantes contestó nunca, el 13% que son 24 casos respondió a veces, el 4% con 7 encuestados refirió siempre, el 3% con 5 participantes manifestaron casi nunca y el 2% restante correspondiente a 3 casos contestó casi siempre.

Figura 4.22 Pregunta 26



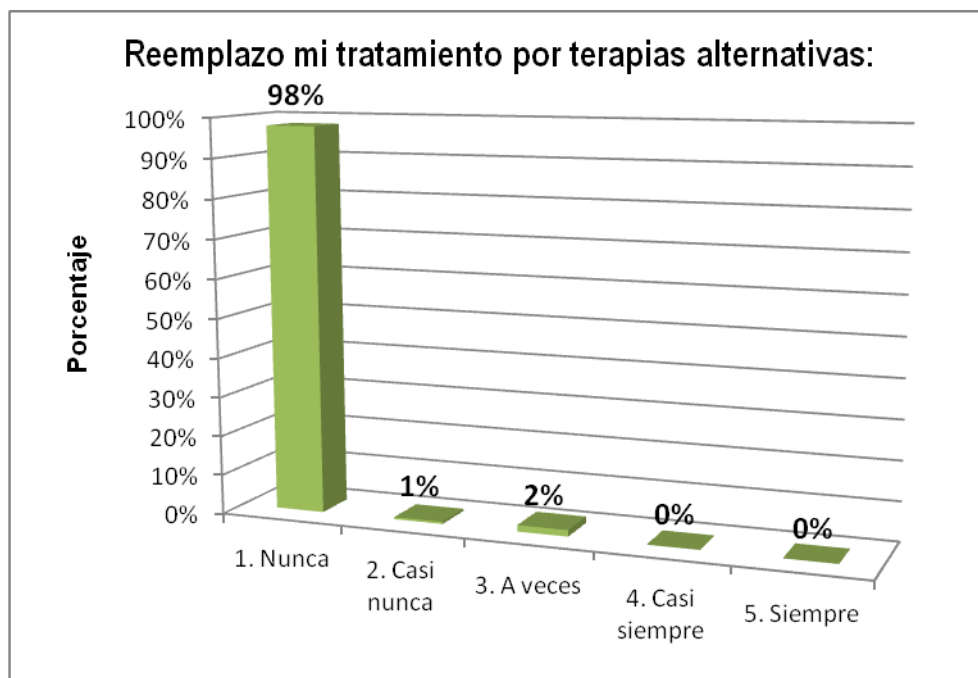
4.3.23 Pregunta 27. Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas

Tabla 4.25 Respuestas a: Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas

Reemplazo mi tratamiento con terapias alternativas	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	0	0 %
Casi siempre	0	0 %
A veces	3	2 %
Casi Nunca	1	1 %
Nunca	179	98 %
Total	183	100 %

Con respecto a la pregunta reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas encontrando que el 98% correspondiente a 179 participantes contestó nunca, el 2% que son 3 casos respondió a veces y el 1% restante correspondiente a 1 caso contestó casi nunca.

Figura 4.23 Pregunta 27



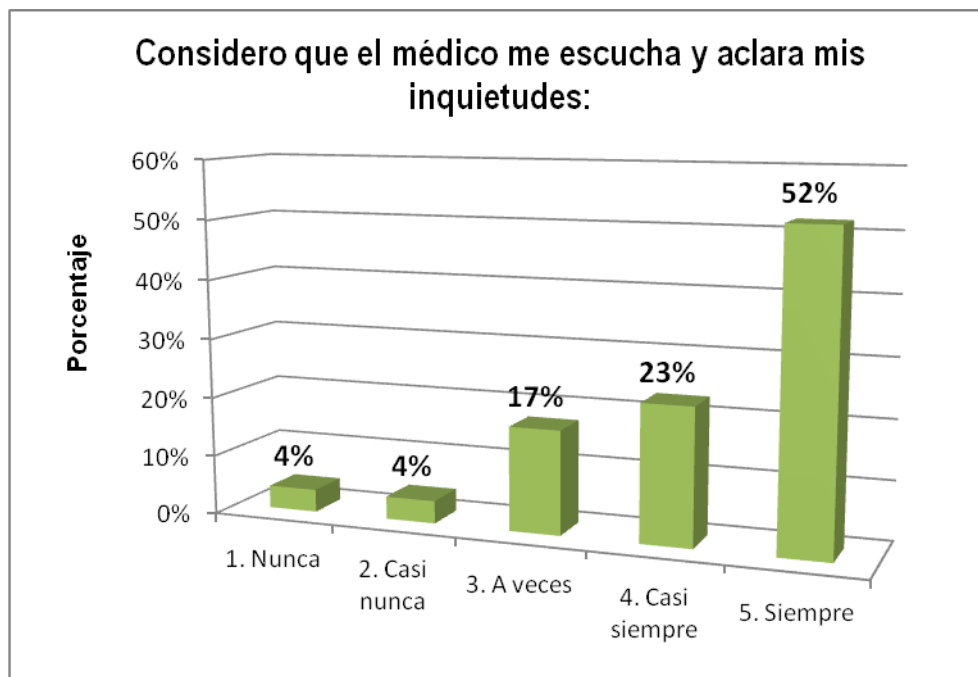
4.3.24 Pregunta 28. Considero que el médico me escucha y aclara mis inquietudes

Tabla 4.26 Respuestas a: Considero que el médico me escucha y aclara mis inquietudes

Medico escucha y aclara inquietudes	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	7	4 %
Casi Nunca	7	4 %
A veces	32	17 %
Casi siempre	42	23 %
Siempre	95	52 %
Total	183	100 %

En cuanto a el reactivo considero que el médico me escucha y aclara mis inquietudes el 52% correspondiente a 95 participantes contestó siempre, el 23% que son 42 casos respondió casi siempre, el 17% con 32 encuestados refirió a veces, el 4% con 7 participantes manifestaron casi nunca y el 4% restante correspondiente a 7 casos contestó nunca.

Figura 4.24 Pregunta 28



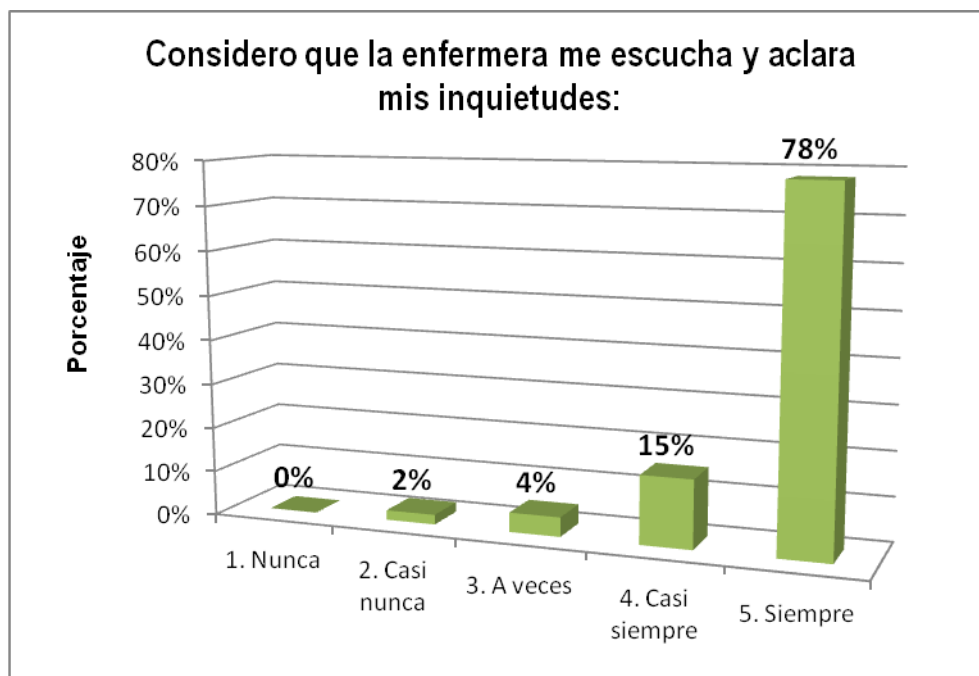
4.3.25 Pregunta 29. Considero que el profesional de enfermería me escucha y aclara mis inquietudes

Tabla 4.27 Respuestas a: Considero que el profesional de enfermería me escucha y aclara mis inquietudes

Enfermería escucha y aclara inquietudes	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	0	0 %
Casi Nunca	4	2 %
A veces	8	4 %
Casi siempre	28	15 %
Siempre	143	78 %
Total	183	100 %

En relación con el reactivo considero que el profesional de enfermería me escucha y aclara mis inquietudes el 78% correspondiente a 143 participantes contestó siempre, el 15% que son 28 casos respondió casi siempre, el 4% con 8 encuestados refirió a veces y el 2% restante correspondiente a 4 casos contestó casi nunca.

Figura 4.25 Pregunta 29



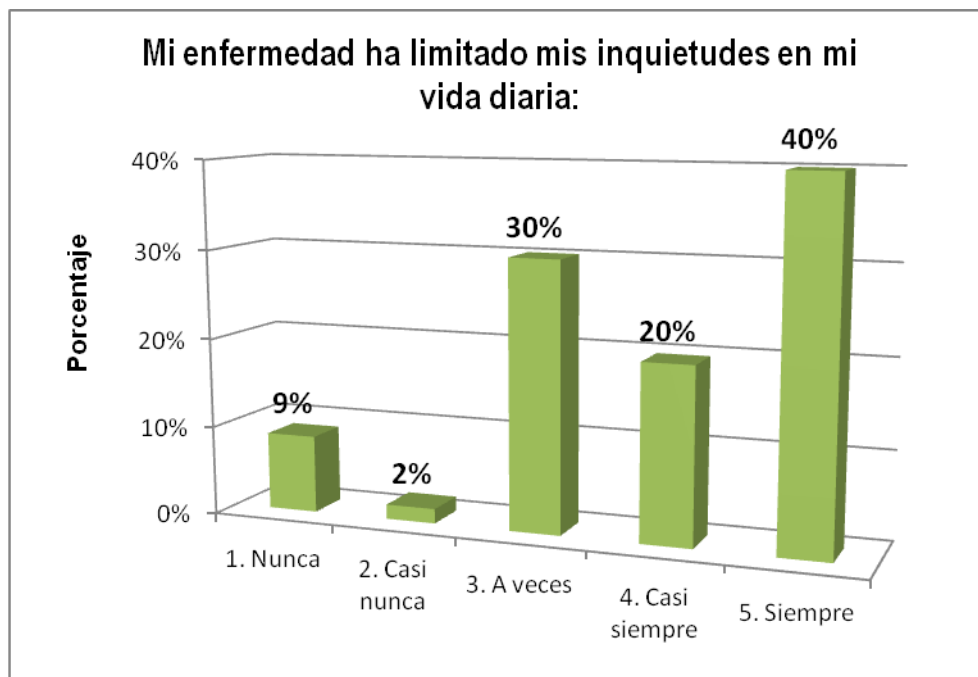
4.3.26 Pregunta 30. Mi enfermedad ha limitado mis inquietudes en mi vida diaria

Tabla 4.28 Respuestas a: Mi enfermedad ha limitado mis inquietudes en mi vida diaria

Enfermedad limita inquietudes vida	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	73	40 %
Casi siempre	36	20 %
A veces	55	30 %
Casi Nunca	3	2 %
Nunca	16	9 %
Total	183	100 %

Acerca del reactivo mi enfermedad ha limitado mis inquietudes en mi vida diaria el 40% correspondiente a 73 participantes contestó siempre, el 30% que son 55 casos respondió a veces, el 20% con 36 encuestados refirió casi siempre, el 9% con 16 participantes manifestaron nunca y el 2% restante correspondiente a 3 casos contestó casi nunca.

Figura 4.26 Pregunta 30



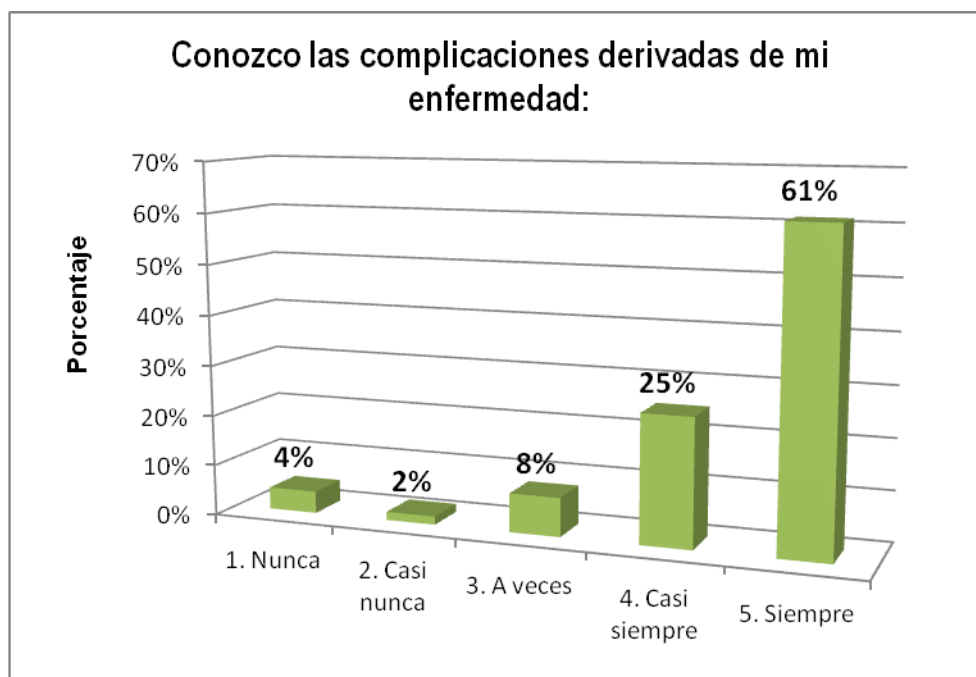
4.3.27 Pregunta 31. Conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad

Tabla 4.29 Respuestas a: Conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad

Conozco complicaciones derivadas	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	8	4 %
Casi Nunca	3	2 %
A veces	14	8 %
Casi siempre	46	25 %
Siempre	112	61 %
Total	183	100 %

Otro punto evaluado fue conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad encontrando que el 61% correspondiente a 112 participantes contestó siempre, el 25% que son 46 casos respondió casi siempre, el 8% con 14 encuestados refirió a veces, el 4% con 8 participantes manifestaron nunca y el 2% restante correspondiente a 3 casos contestó casi nunca.

Figura 4.27 Pregunta 31



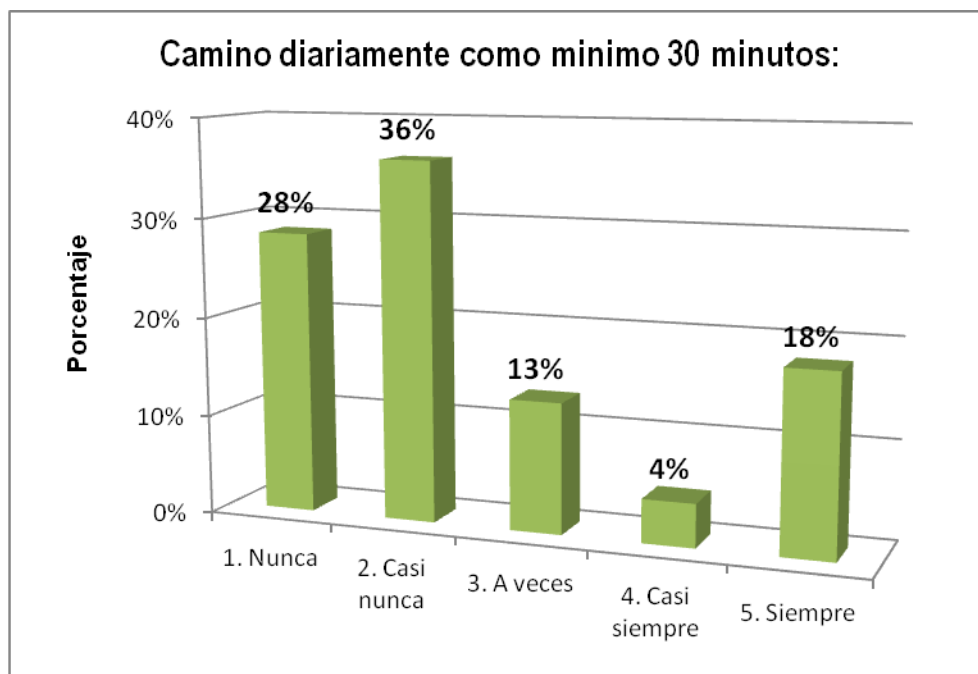
4.3.28 Pregunta 32. Camino diariamente como mínimo 30 minutos

Tabla 4.30 Respuestas a: Camino diariamente como mínimo 30 minutos

Camino diariamente	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	52	28 %
Casi Nunca	66	36 %
A veces	24	13 %
Casi siempre	8	4 %
Siempre	33	18 %
Total	183	100 %

Por lo que se refiere al reactivo camino diariamente como mínimo 30 minutos el 36% correspondiente a 66 participantes contestó casi nunca, el 28% que son 52 casos respondió nunca, el 18% con 33 encuestados refirió siempre, el 13% con 24 participantes manifestaron a veces y el 4% restante correspondiente a 8 casos contestó casi siempre.

Figura 4.28 Pregunta 32



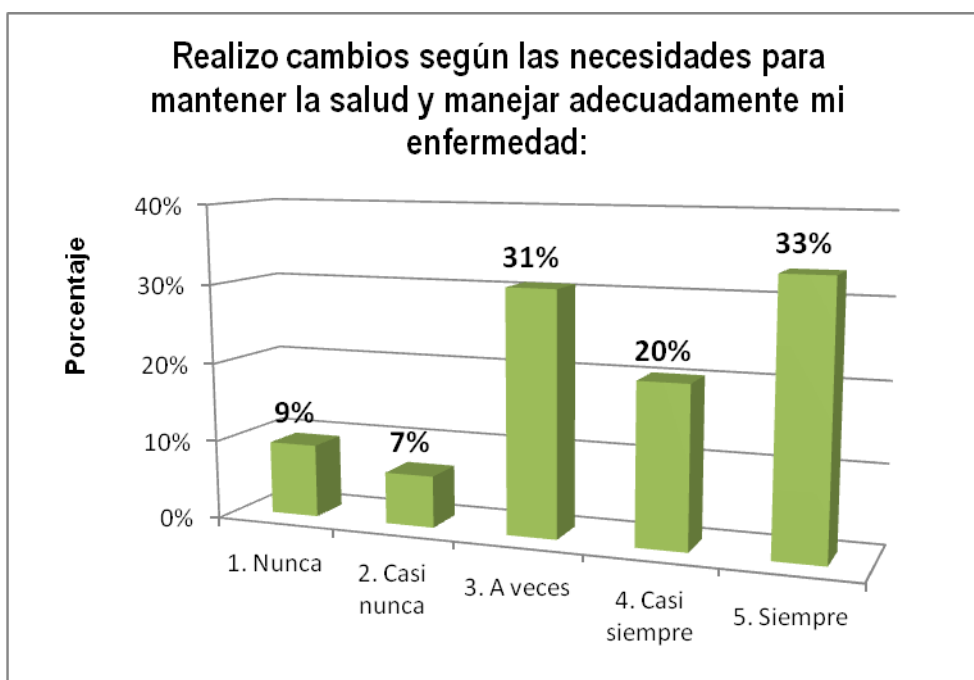
4.3.29 Pregunta 33. Realizo cambios según las necesidades para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad

Tabla 4.31 Respuestas a: Realizo cambios según las necesidades para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad

Cambios para mantener salud	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	17	9 %
Casi Nunca	12	7 %
A veces	56	31 %
Casi siempre	37	20 %
Siempre	61	33 %
Total	183	100 %

El siguiente punto a evaluar fue: realizo cambios según las necesidades para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad donde el 33% correspondiente a 61 participantes contestó siempre, el 31% correspondiente a 56 casos respondió a veces, el 20% con 37 encuestados refirió casi siempre, el 9% con 17 participantes manifestaron nunca y el 7% restante correspondiente a 12 casos contestó casi nunca.

Figura 4.29 Pregunta 33



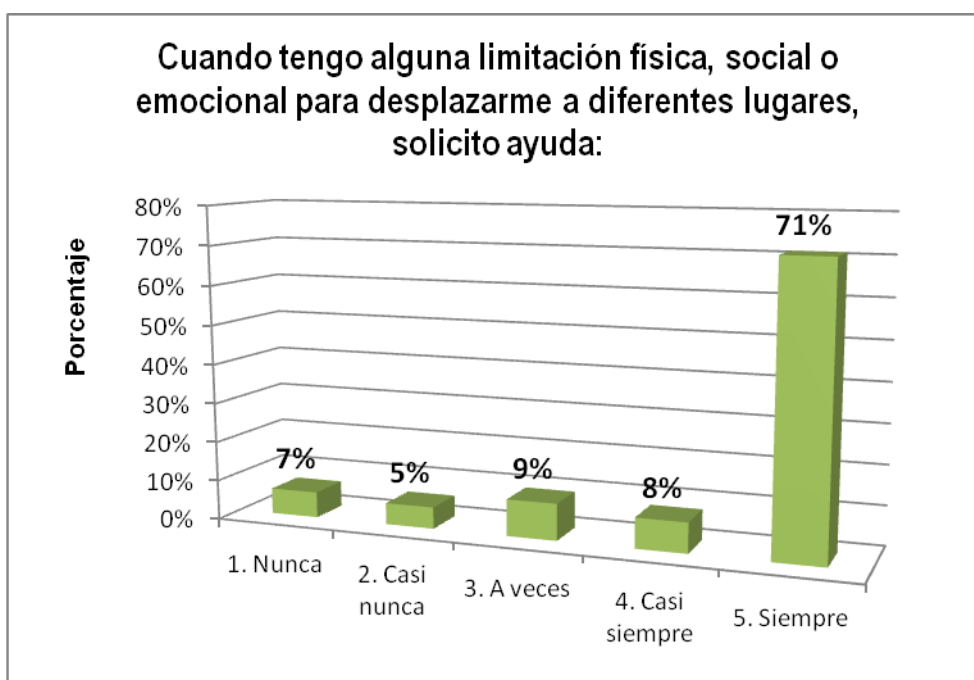
4.3.30 Pregunta 34. Cuando tengo alguna limitación física, social o emocional para desplazarme a diferentes lugares, solicito ayuda

Tabla 4.32 Respuestas a: Cuando tengo alguna limitación física, social o emocional para desplazarme a diferentes lugares, solicito ayuda

Solicito ayuda ante limitaciones	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	12	7 %
Casi Nunca	10	5 %
A veces	17	9 %
Casi siempre	14	8 %
Siempre	130	71 %
Total	183	100 %

Con respecto a la pregunta cuando tengo alguna limitación física, social o emocional para desplazarme a diferentes lugares, solicito ayuda el 71% correspondiente a 130 participantes contestó siempre, el 9% correspondiente a 17 casos respondió a veces, el 8% con 14 encuestados refirió casi siempre, el 7% con 12 participantes manifestaron nunca y el 5% restante correspondiente a 10 casos contestó casi nunca.

Figura 4.30 Gráfica Pregunta 34



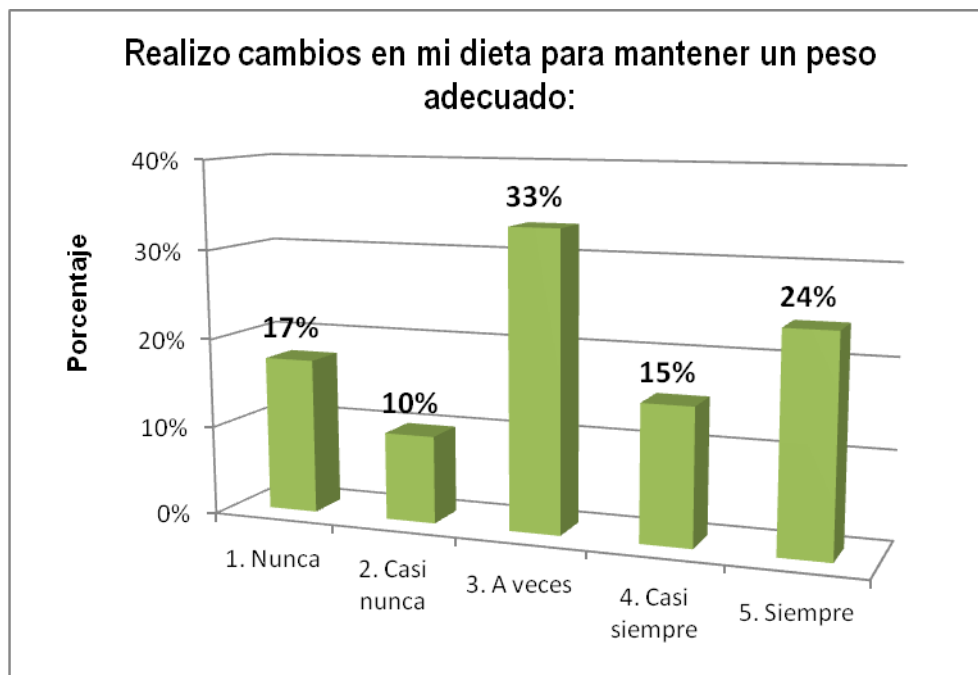
4.3.31 Pregunta 35. Realizo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado

Tabla 4.33 Respuestas a: Realizo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado

Cambios en dieta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	32	17 %
Casi Nunca	18	10 %
A veces	61	33 %
Casi siempre	28	15 %
Siempre	44	24 %
Total	183	100 %

En cuanto a la pregunta realizo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado el 33% correspondiente a 61 participantes contestó a veces, el 24% correspondiente a 44 casos respondió siempre, el 17% con 32 encuestados refirió nunca, el 15% con 28 participantes manifestaron nunca y el 10% restante correspondiente a 18 casos contestó casi nunca.

Figura 4.31 Pregunta 35



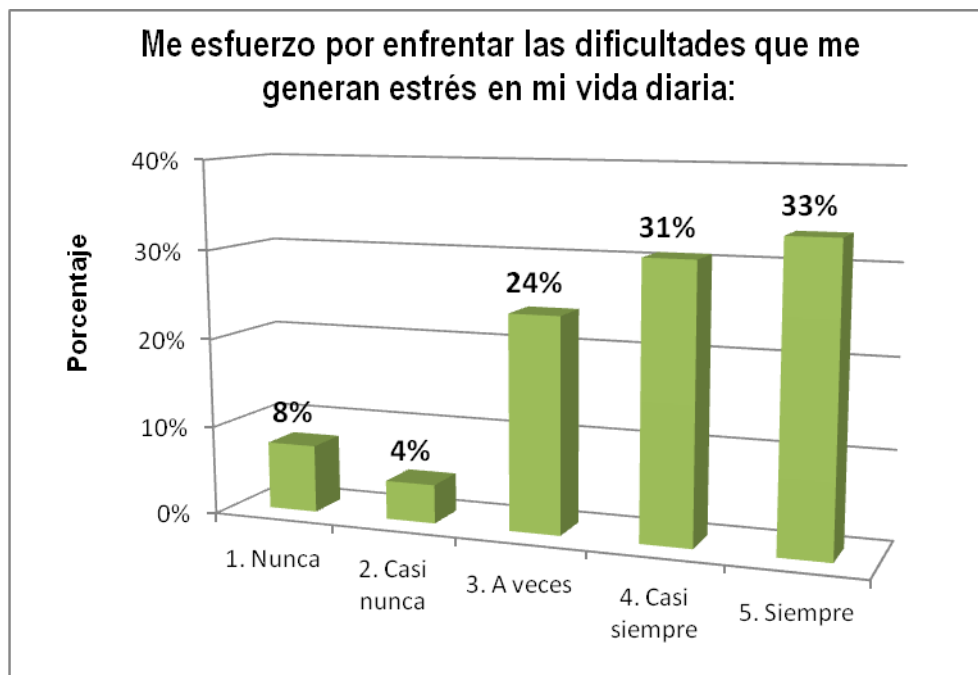
4.3.32 Pregunta 36. Me esfuerzo por enfrentar las dificultades que me generan estrés en mi vida diaria

Tabla 4.34 Respuestas a: Me esfuerzo por enfrentar las dificultades que me generan estrés en mi vida diaria

Enfrento dificultades de estrés en mi vida	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	14	8 %
Casi Nunca	8	4 %
A veces	44	24 %
Casi siempre	56	31 %
Siempre	61	33 %
Total	183	100 %

En relación con el reactivo me esfuerzo por enfrentar las dificultades que me generan estrés en mi vida diaria el 33% correspondiente a 61 participantes contestó a veces, el 31% correspondiente a 56 casos respondió casi siempre, el 24% con 44 encuestados refirió a veces, el 8% con 14 participantes manifestaron nunca y el 4% restante correspondiente a 8 casos contestó casi nunca.

Figura 4.32 Pregunta 36



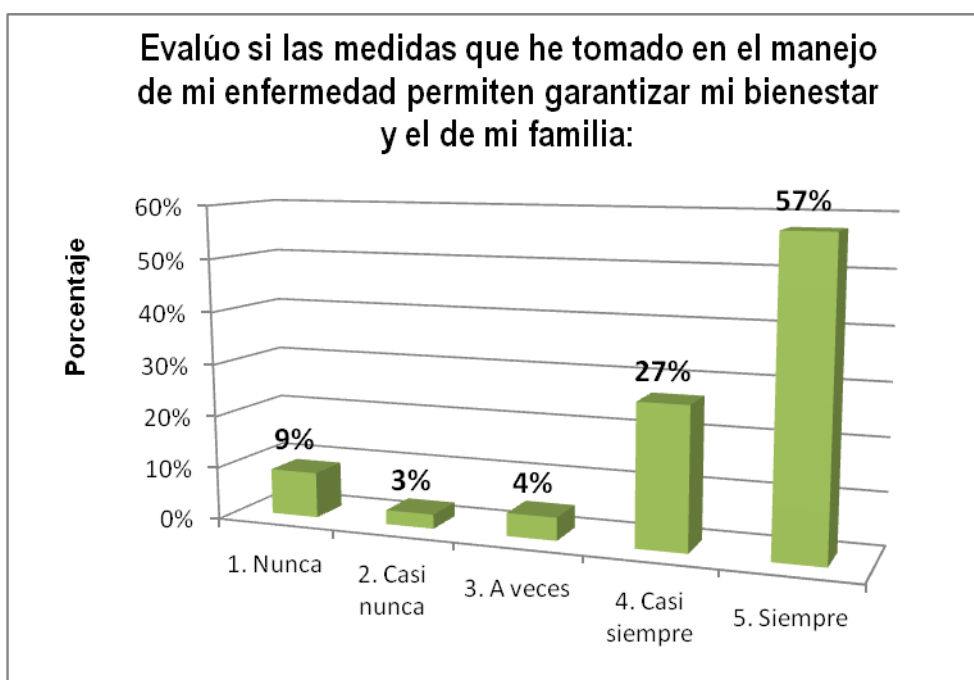
4.3.33 Pregunta 37. Evalúo si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar y el de mi familia

Tabla 4.35 Respuestas a: Evalúo si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar y el de mi familia

Medidas para mi bienestar	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	16	9 %
Casi Nunca	5	3 %
A veces	8	4 %
Casi siempre	49	27 %
Siempre	105	57 %
Total	183	100 %

A cerca del reactivo evalúo si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar y el de mi familia el 57% correspondiente a 105 participantes contestó siempre, el 27% correspondiente a 49 casos respondió casi siempre, el 9% con 16 encuestados refirió nunca, el 4% con 8 participantes manifestaron a veces y el 3% restante correspondiente a 5 casos contestó casi nunca.

Figura 4.33 Pregunta 37



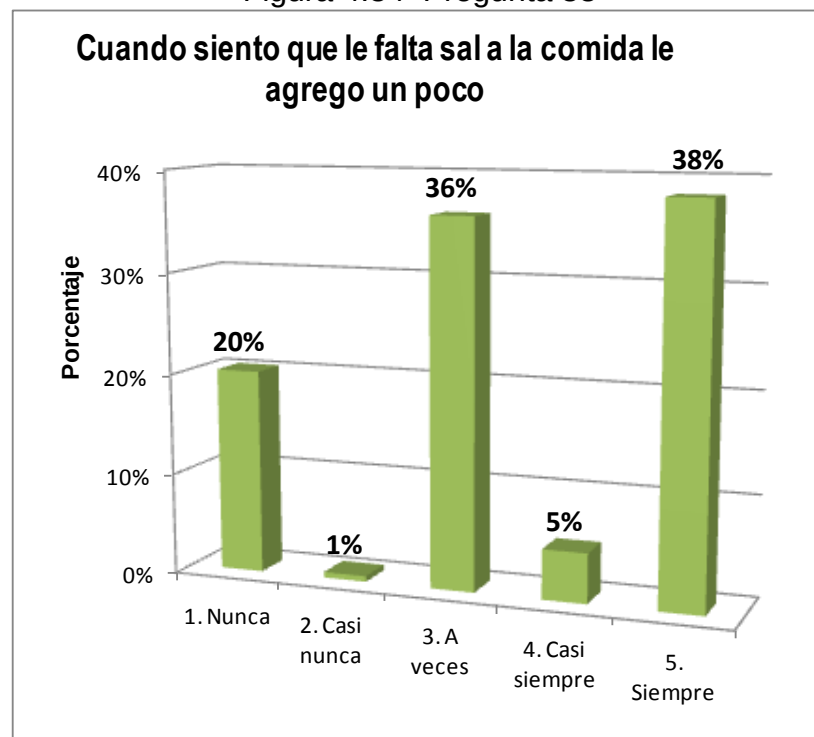
4.3.34 Pregunta 38. Cuando siento que le falta sal a la comida le agrego un poco

Tabla 4.36 Respuestas a: Cuando siento que le falta sal a la comida le agrego un poco

Falta sal a la comida, le agrego	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	37	20 %
Casi siempre	1	1 %
A veces	66	36 %
Casi Nunca	9	5 %
Nunca	70	38 %
Total	183	100 %

Otro punto evaluado fue: cuando siento que le falta sal a la comida le agrego un poco donde el 38% correspondiente a 70 participantes contestó nunca, el 36% correspondiente a 66 casos respondió a veces, el 20% con 37 encuestados refirió siempre, el 5% con 9 participantes manifestaron casi nunca y el 1% restante correspondiente a 1 caso contestó casi siempre.

Figura 4.34 Pregunta 38



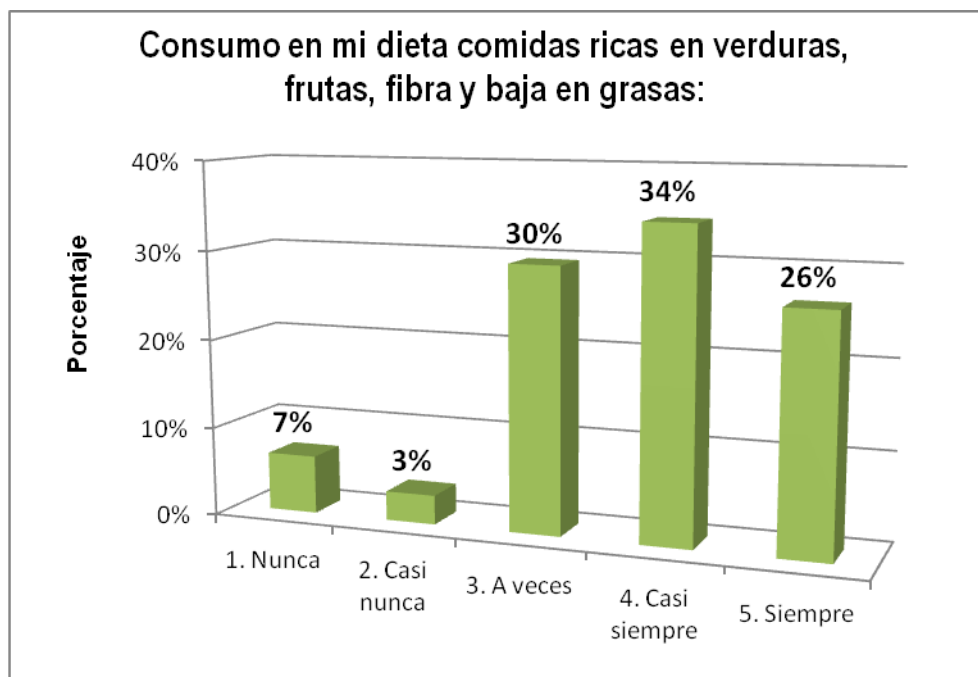
4.3.35 Pregunta 39. Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas

Tabla 4.37 Respuestas a: Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas

Dieta rica en verduras, frutas, fibra y sin grasa	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	12	7 %
Casi Nunca	6	3 %
A veces	54	30 %
Casi siempre	63	34 %
Siempre	48	26 %
Total	183	100 %

Por lo que se refiere al reactivo Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas el 34% correspondiente a 63 participantes contestó a veces, el 30% correspondiente a 54 casos respondió a veces, el 26% con 48 encuestados refirió siempre, el 7% con 12 participantes manifestaron casi nunca y el 3% restante correspondiente a 6 casos contestó casi nunca.

Figura 4.35 Pregunta 39



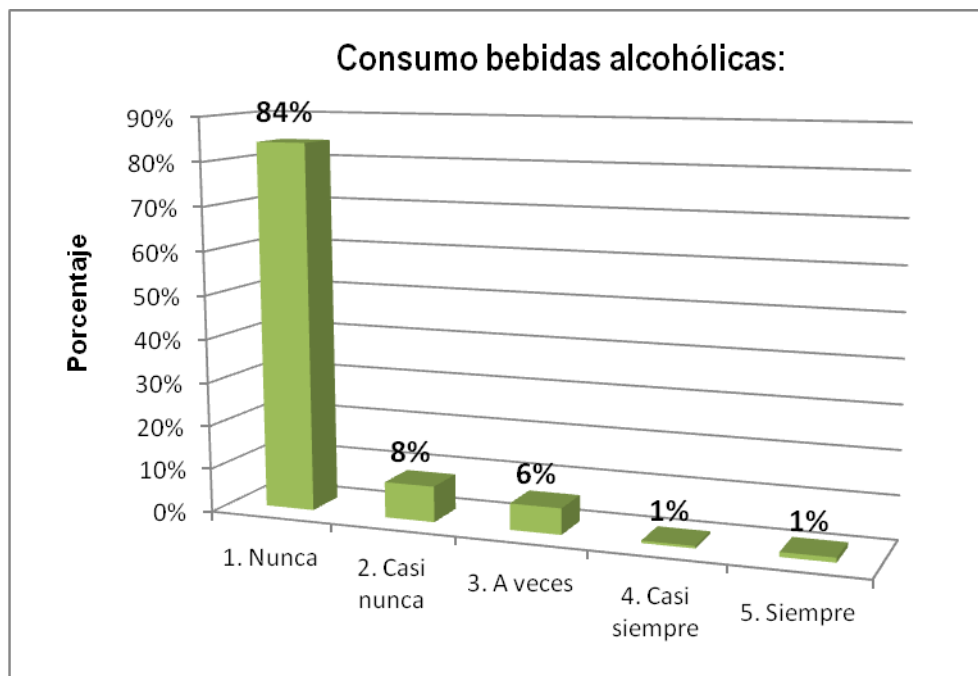
4.3.36 Pregunta 40. Consumo bebidas alcohólicas

Tabla 4.38 Respuestas a: Consumo bebidas alcohólicas

Consumo bebidas alcohólicas	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	2	1 %
Casi siempre	1	1 %
A veces	11	6 %
Casi Nunca	15	8 %
Nunca	154	84 %
Total	183	100 %

El siguiente punto evaluado se refirió a consumo bebidas alcohólicas donde el 84% correspondiente a 154 participantes contestó nunca, el 8% correspondiente a 15 casos respondió casi nunca, el 6% con 11 encuestados refirió a veces, el 1% con 2 participantes manifestaron siempre y el 1% restante correspondiente a 1 caso contestó casi siempre.

Figura 4.36 Pregunta 40



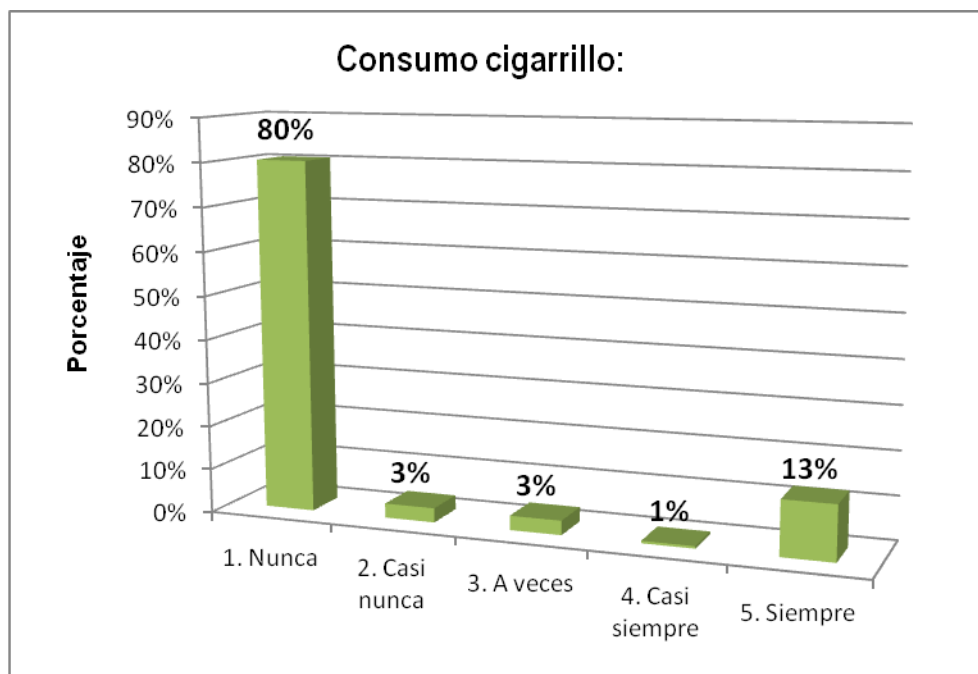
4.3.37 Pregunta 41. Consumo cigarrillo

Tabla 4.39 Respuestas a: Consumo cigarrillo

Consumo cigarrillo	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	23	13 %
Casi siempre	1	1 %
A veces	6	3 %
Casi Nunca	6	3 %
Nunca	147	80 %
Total	183	100 %

Por lo que se refiere a la pregunta consumo cigarrillo el 80% correspondiente a 147 participantes contestó nunca, el 13% correspondiente a 23 casos respondió siempre, el 3% con 6 encuestados refirió casi nunca, el 3% con 6 participantes manifestaron a veces y el 1% restante correspondiente a 1 caso contestó casi siempre.

Figura 4.37 Pregunta 41



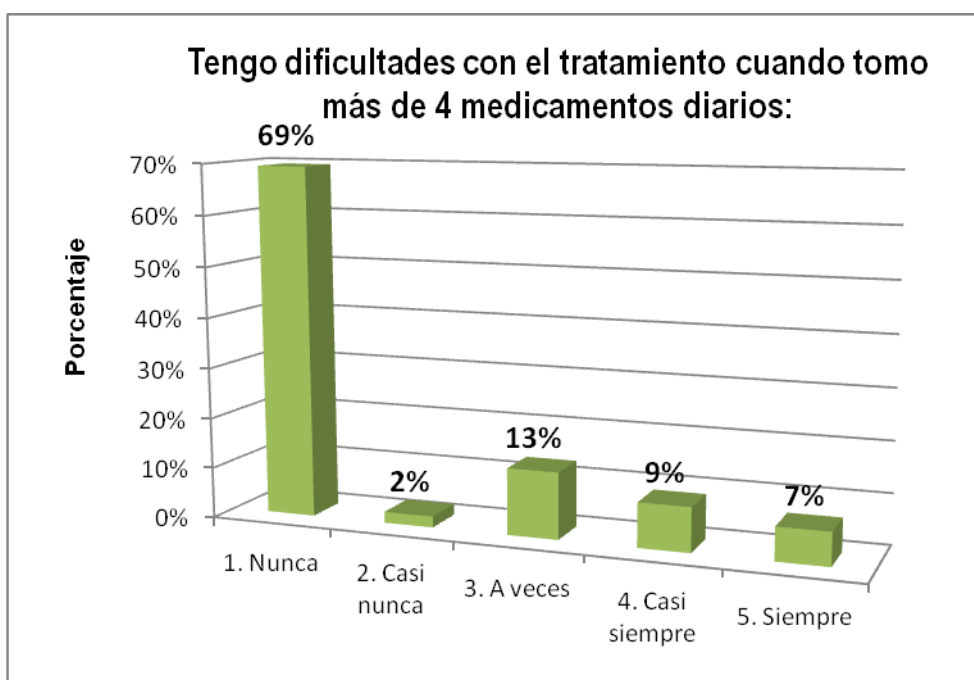
4.3.38 Pregunta 42. Tengo dificultades con el tratamiento cuando tomo más de 4 medicamentos diarios

Tabla 4.40 Respuestas a: Tengo dificultades con el tratamiento cuando tomo más de 4 medicamentos diarios

Dificultades con más de 4 medicamentos	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	12	7 %
Casi siempre	16	9 %
A veces	24	13 %
Casi Nunca	4	2 %
Nunca	127	69 %
Total	183	100 %

El siguiente punto evaluado fue: tengo dificultades con el tratamiento cuando tomo más de 4 medicamentos diarios el 69% correspondiente a 127 participantes contestó nunca, el 13% correspondiente a 24 casos respondió a veces, el 9% con 16 encuestados refirió casi siempre, el 7% con 12 participantes manifestaron siempre y el 2% restante correspondiente a 4 casos contestó casi nunca.

Figura 4.38 Pregunta 42



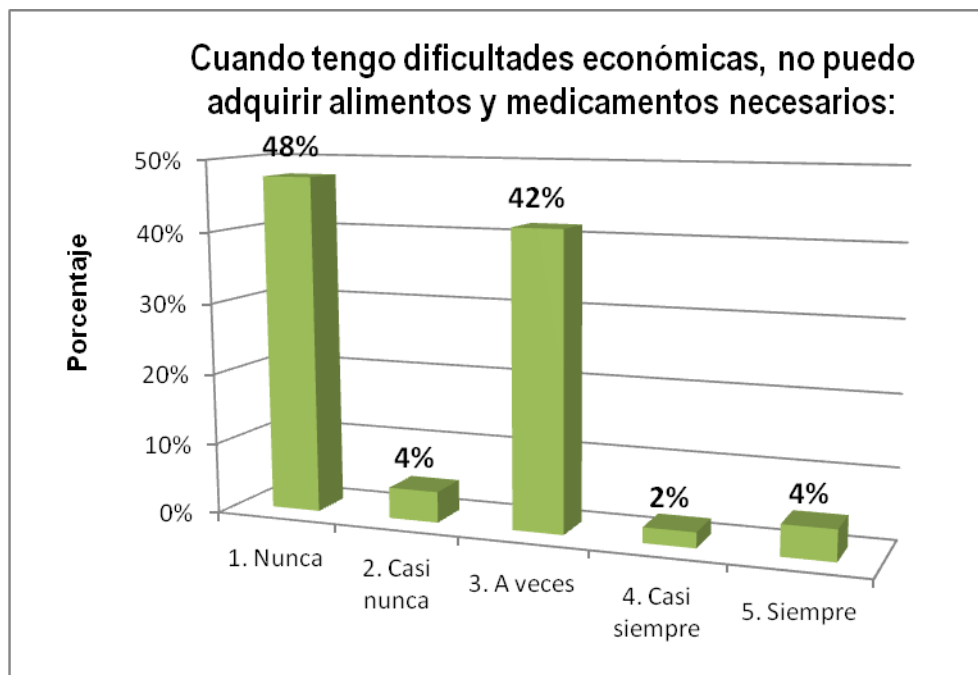
4.3.39 Pregunta 43. Cuando tengo dificultades económicas, no puedo adquirir alimentos y medicamentos necesarios

Tabla 4.41 Respuestas a: Cuando tengo dificultades económicas, no puedo adquirir alimentos y medicamentos necesarios

Dificultades económicas	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	8	4 %
Casi siempre	4	2 %
A veces	76	42 %
Casi Nunca	8	4 %
Nunca	87	48 %
Total	183	100 %

Con respecto a la pregunta cuando tengo dificultades económicas, no puedo adquirir alimentos y medicamentos necesarios el 48% correspondiente a 87 participantes contestó nunca, el 42% correspondiente a 76 casos respondió a veces, el 4% con 8 encuestados refirió casi nunca, el 4% con 8 participantes manifestaron siempre y el 2% restante correspondiente a 4 casos contestó casi siempre.

Figura 4.39 Pregunta 43



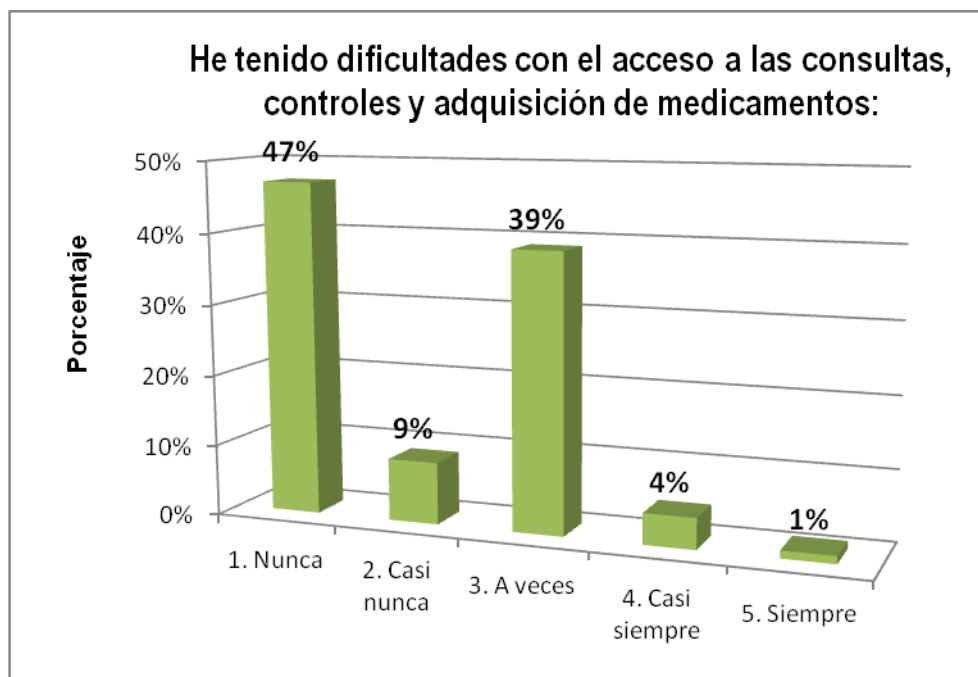
4.3.40 Pregunta 44. He tenido dificultades con el acceso a las consultas, controles y adquisición de medicamentos

Tabla 4.42 Respuestas a: He tenido dificultades con el acceso a las consultas, controles y adquisición de medicamentos

Dificultades acceso a consultas y medicamentos	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	2	1 %
Casi siempre	8	4 %
A veces	71	39 %
Casi Nunca	16	9 %
Nunca	86	47 %
Total	183	100 %

En cuanto a la pregunta cuando he tenido dificultades con el acceso a las consultas, controles y adquisición de medicamentos el 47% correspondiente a 86 participantes contestó nunca, el 39% correspondiente a 71 casos respondió a veces, el 9% con 16 encuestados refirió casi nunca, el 4% con 8 participantes manifestaron casi siempre y el 1% restante correspondiente a 2 casos contestó siempre.

Figura 4.40 Pregunta 44



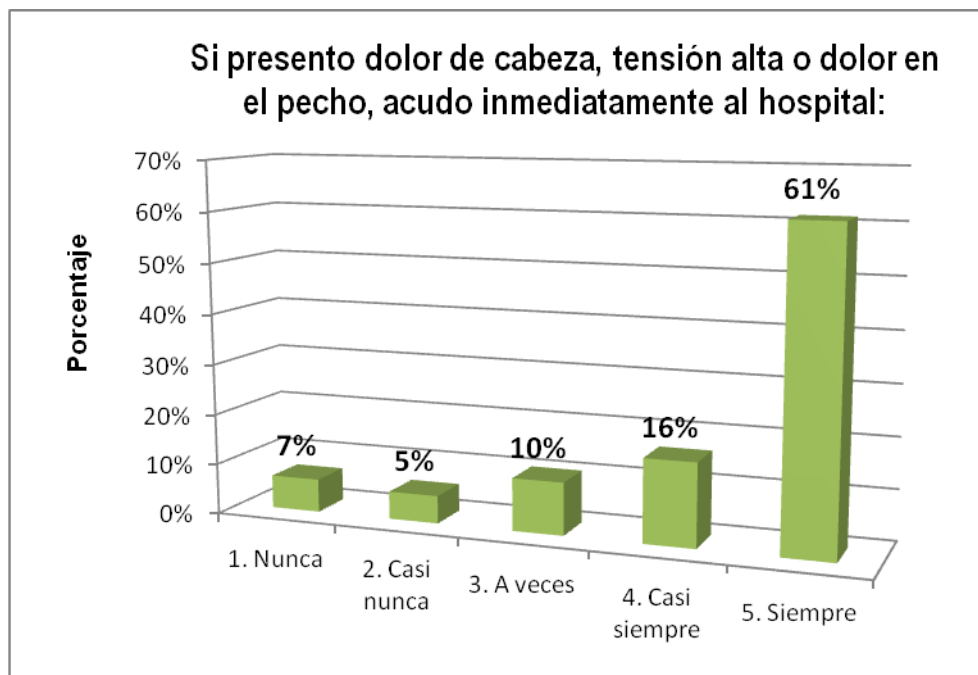
4.3.41 Pregunta 45. Si presento dolor de cabeza, tensión alta o dolor en el pecho, acudo inmediatamente al hospital

Tabla 4.43 Respuestas a: Si presento dolor de cabeza, tensión alta o dolor en el pecho, acudo inmediatamente al hospital

Acudo al hospital si tengo dolor de cabeza y tensión alta	Frecuencia	Porcentaje
Nunca	12	7 %
Casi Nunca	10	5 %
A veces	19	10 %
Casi siempre	30	16 %
Siempre	112	61 %
Total	183	100 %

En relación con la pregunta si presento dolor de cabeza, tensión alta o dolor en el pecho, acudo inmediatamente al hospital el 61% correspondiente a 112 participantes contestó siempre, el 16% correspondiente a 30 casos respondió casi siempre, el 10% con 19 encuestados refirió a veces, el 7% con 12 participantes manifestaron nunca y el 5% restante correspondiente a 10 casos contestó a veces.

Figura 4.41 Pregunta 45



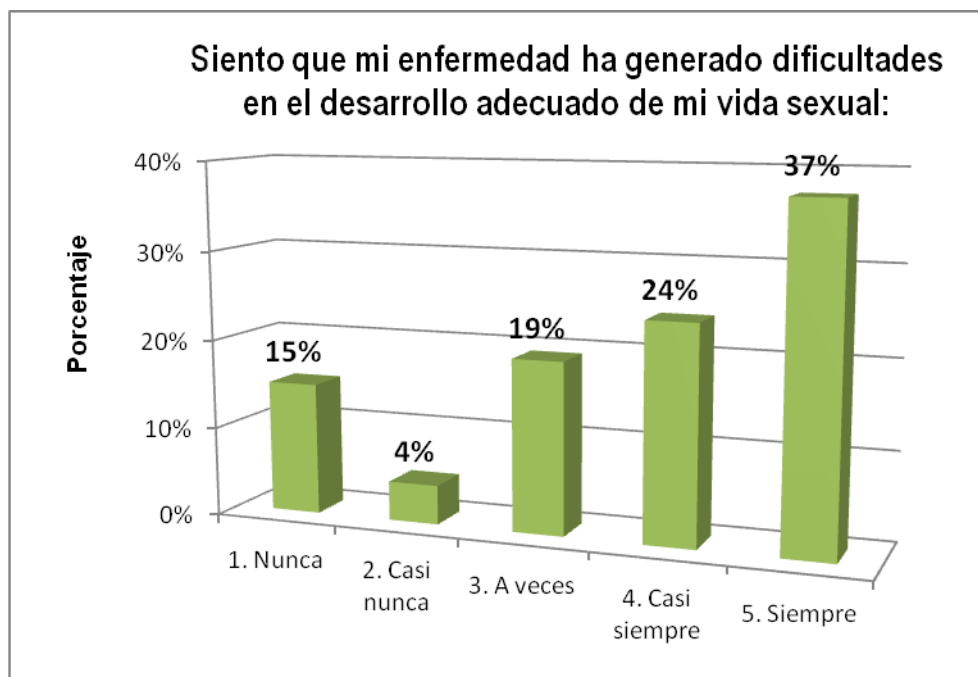
4.3.42 Pregunta 46. Siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual

Tabla 4.44 Respuestas a: Siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual

Dificultades en mi vida sexual	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	68	37 %
Casi siempre	44	24 %
A veces	35	19 %
Casi Nunca	8	4 %
Nunca	27	15 %
Total	183	100 %

En cuanto a la pregunta siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual el 37% correspondiente a 68 participantes contestó siempre, el 24% correspondiente a 44 casos respondió casi siempre, el 19% con 35 encuestados refirió a veces, el 15% con 27 participantes manifestaron nunca y el 4% restante correspondiente a 8 casos contestó casi nunca.

Figura 4.42 Pregunta 46



4.4 Resultados en los indicadores de suficiencia del autocuidado y factores de riesgo

4.4.1 Resultados del indicador de suficiencia en el conocimiento de autocuidado

De acuerdo a lo descrito en la sección 3.4 “Indicadores de suficiencia del autocuidado y factores de riesgo en los reactivos del instrumento de medición”, se contempla lo contestado en 15 reactivos del instrumento, resultando en la tabla que se presenta a continuación:

Tabla 4.45 Indicador de conocimiento de autocuidado

Conocimiento de autocuidado	Rango	Casos	Porcentaje
Adecuado	13 o más	35	19%
Insuficiente	Menos de 13	148	81%
Total		183	100%

Los resultados indican que la mayoría de los pacientes hipertensos presentaron insuficiente conocimiento de autocuidado, alcanzando el 81% de la muestra de estudio y solamente el 19% presentó un adecuado conocimiento en relación a las acciones de autocuidado.

4.4.2 Resultados del indicador de suficiencia en la capacidad de autocuidado

De acuerdo a lo descrito en la sección 3.4 “Indicadores de suficiencia del autocuidado y factores de riesgo en los reactivos del instrumento de medición”, se contempla la sumatoria de la puntuación obtenida en los reactivos contestados, donde se definió que para la alta capacidad de autocuidado es necesario obtener al menos 170 puntos (de un máximo de 200), resultando en la tabla que se presenta a continuación:

Tabla 4.46 Indicador de suficiencia en la capacidad de autocuidado para el control de factores de riesgo cardiovascular modificables

Capacidad de autocuidado	Casos	Rango	Porcentaje
Alta	25	170-200	14 %
Baja	158	169 o menos	86 %
Total	183		100%

4.4.3 Resultados del indicador de suficiencia en el control de presión arterial

De acuerdo a lo descrito en la sección 3.4 “Indicadores de suficiencia del autocuidado y factores de riesgo en los reactivos del instrumento de medición”, se contempla que se tiene control de la presión arterial siempre y cuando presente una tensión arterial de 139/89mmHg o menos, resultando en la tabla que se presenta a continuación:

Tabla 4.47 Indicador de suficiencia en el control de presión arterial

Control de la presión arterial	Casos	Rango	Porcentaje
Controlado	68	TA 139/89 o menos	37 %
No controlado	115	TA 140/90 o mas	63 %
Total	183		100%

4.4.4 Resultados del indicador de suficiencia en los hábitos dietéticos

De acuerdo a lo descrito en la sección 3.4 “Indicadores de suficiencia del autocuidado y factores de riesgo en los reactivos del instrumento de medición”, se contempla que se tiene buenos hábitos dietéticos, siempre y cuando responda adecuadamente al menos tres de los cuatro ítems del indicador, resultando en la tabla que se presenta a continuación:

Tabla 4.48 Indicador de suficiencia en hábitos dietéticos

Hábitos dietéticos	Casos	Rango	Porcentaje
Buenos	62	3 ítems bien	34%
Malos	121	Algún ítem bajo	66%
Total	183		100%

4.4.5 Resultados del indicador de suficiencia en el IMC

De acuerdo a lo descrito en la sección 3.4 “Indicadores de suficiencia del autocuidado y factores de riesgo en los reactivos del instrumento de medición”, se contempla que se tiene un IMC normal, siempre y cuando éste sea de 18.5 a 24.9, resultando en la tabla que se presenta a continuación:

Tabla 4.49 Indicador de suficiencia en el IMC

IMC	Casos	Rango	Porcentaje
Normal	19	18.5 - 24.9	10%
Sobrepeso	69	25 – 29.9	38%
Obesidad	95	≥30	52%
Total	183		100%

4.4.6 Resultados del indicador de suficiencia en el ejercicio físico

De acuerdo a lo descrito en la sección 3.4 “Indicadores de suficiencia del autocuidado y factores de riesgo en los reactivos del instrumento de medición”, se contempla que mantiene un nivel de ejercicio físico adecuado si camina regularmente 30 minutos al día como mínimo, resultando en la tabla que se presenta a continuación:

Tabla 4.50 Indicador de suficiencia en el ejercicio físico

Ejercicio	Casos	Rango	Porcentaje
Adecuado	41	4-5 puntos	22%
No adecuado	142	3-1	78%
Total	183		100%

4.4.7 Resultados del indicador de suficiencia en hipertensos fumadores

De acuerdo a lo descrito en la sección 3.4 “Indicadores de suficiencia del autocuidado y factores de riesgo en los reactivos del instrumento de medición”, se contempla que lo adecuado es que no exista hipertensos fumadores, resultando en la tabla que se presenta a continuación:

Tabla 4.51 Indicador de suficiencia en hipertensos fumadores

Fumador	Casos	Rango	Porcentaje
No	147	5	80%
Si	36	4-1	20%
Total	183		100%

4.5 Resultados en el grado de asociación estadística en indicadores de autocuidado y factores de riesgo

4.5.1 Resultados de la asociación de indicadores de capacidad de autocuidado y de control de presión arterial

De acuerdo a los niveles de suficiencia descritos en la sección 3.4 “Indicadores de suficiencia del autocuidado y factores de riesgo en los reactivos del instrumento de medición” y a los datos presentados en la sección 4.4 “Resultados en los indicadores de suficiencia del autocuidado y factores de riesgo”, se presenta la siguiente tabla de asociación:

Tabla 4.52 Asociación entre capacidad de autocuidado y control de la presión arterial

Capacidad de autocuidado	Control de la presión arterial		
	Controlado	No controlado	Total
Autocuidado Alto	11	14	25
Autocuidado Bajo	57	101	158
Total	68	115	183

Para analizarla, se compara el comportamiento de las personas con peso normal contra los hábitos alimenticios de los pacientes con sobrepeso u obesidad, lo que nos proporciona el comparativo en la siguiente tabla de contingencia de 2 X 2. Para medir la asociación entre exposición y resultado en una tabla 2 x 2 podemos calcular la Razón de Momios (RM).

Tabla 4.53 Tabla de contingencia para asociación de autocuidado para el control de factores de riesgo cardiovascular modificables y el control de la hipertensión arterial

	No control de la HTA	Si control de la HTA	
No Autocuidado control FR cardiovascular	a 101	b 57	NI 158
Si Autocuidado control FR cardiovascular	c 14	d 11	NO 25
	MI 115	MO 68	183

$$RM = ad/bc = (a/c) / (b/d)$$

$$RM = (101 \times 11) / (57 \times 14) = 1111 / 798 = 1.4$$

4.5.2 Resultados de la asociación de indicadores de hábitos dietéticos y de IMC

De acuerdo a los niveles de suficiencia descrito en la sección 3.4 “Indicadores de suficiencia del autocuidado y factores de riesgo en los reactivos del instrumento de medición” y a los datos presentados en la sección 4.4 “Resultados en los indicadores de suficiencia del autocuidado y factores de riesgo”, se presenta la siguiente tabla de asociación:

Tabla 4.54 Asociación entre IMC y hábitos dietéticos

Hábitos dietéticos			
	Buenos hábitos	Malos hábitos	Total
Peso normal	10	9	19
Sobrepeso	31	38	69
Obesidad	21	74	95
Total	62	121	183

Para analizarla, se compara el comportamiento de las personas con peso normal contra los hábitos alimenticios de los pacientes con sobrepeso u obesidad, lo que nos proporciona el comparativo en la siguiente tabla de contingencia de 2 X 2. Para medir la asociación entre exposición y resultado en una tabla 2 x 2 podemos calcular la Razón de Momios (RM).

Tabla 4.55 Tabla de contingencia para asociación IMC y hábitos dietéticos

	Obesidad Sobrepeso	Peso normal	
Malos hábitos dietéticos	a 112	b 9	NI 155
Buenos hábitos dietéticos	c 52	d 10	NO 28
	MI 164	MO 19	183

$$RM = ad/bc = (a/c) / (b/d)$$

$$RM = (112 \times 10) / (9 \times 52) = 1120 / 468 = 2.4$$

4.5.3 Resultados de la asociación de indicadores de control de presión arterial y de hipertensos fumadores

De acuerdo a los niveles de suficiencia descritos en la sección 3.4 “Indicadores de suficiencia del autocuidado y factores de riesgo en los reactivos del instrumento de medición” y a los datos presentados en la sección 4.4 “Resultados en los indicadores de suficiencia del autocuidado y factores de riesgo”, se presenta la siguiente tabla de asociación donde, para medir la asociación entre exposición y resultado en una tabla 2 x 2, calculamos la Razón de Momios (RM).

Tabla 4.56 Tabla de contingencia entre hipertensos fumadores e hipertensos controlados

	Hipertenso		
	No controlado	Si controlado	
Si fuma	a 20	b 16	NI 36
No fuma	c 95	d 52	NO 147
Total	MI 115	MO 68	183

$$RM = ad/bc = (a/c) / (b/d)$$

$$RM = (20 \times 52) / (95 \times 16) = 1040 / 1520 = 0.68$$

4.5.4 Resultados de la asociación de indicadores de control de presión arterial y de suficiencia en el ejercicio físico

De acuerdo a los niveles de suficiencia descritos en la sección 3.4 “Indicadores de suficiencia del autocuidado y factores de riesgo en los reactivos del instrumento de medición” y a los datos presentados en la sección 4.4 “Resultados en los indicadores de suficiencia del autocuidado y factores de riesgo”, se presenta la siguiente tabla de asociación donde, para medir la asociación entre exposición y resultado en una tabla 2 x 2, calculamos la Razón de Momios (RM).

Tabla 4.57 Tabla de contingencia entre hipertensos sedentarios e hipertensos controlados

	Hipertenso		
	No controlado	Si controlado	
Si sedentarismo	a 94	b 48	NI 142
No sedentarismo	c 21	d 20	NO 41
Total	MI 115	MO 68	183

$$RM = ad/bc = (a/c) / (b/d)$$

$$RM = (94 \times 20) / (21 \times 48) = 1880 / 1008 = 1.8$$

4.5.5 Resultados de la asociación de indicadores de control de presión arterial y de IMC

De acuerdo a los niveles de suficiencia descritos en la sección 3.4 indicadores de suficiencia del autocuidado y factores de riesgo en los reactivos del instrumento de medición, y a los datos presentados en la sección 4.4 resultados en los indicadores de suficiencia del autocuidado y factores de riesgo, se presenta la siguiente tabla de asociación; donde para medir la asociación entre exposición y resultado en una tabla 2 x 2 calculamos la Razón de Momios (RM).

Tabla 4.58 Tabla de contingencia entre hipertensos con problemas de peso e hipertensos controlados

	Hipertenso		
	No controlado	Si controlado	
Si obesidad o sobrepeso	a 107	b 57	NI 164
No obesidad o sobrepeso	c 8	d 11	NO 19
Total	MI 115	MO 68	183

$$RM = ad/bc = (a/c) / (b/d)$$

$$RM = (107 \times 11) / (57 \times 8) = 1177 / 456 = 2.5$$

4.5.6 Resultados de la asociación entre los indicadores de control de presión arterial con los factores de riesgo cardiovascular modificables

Como resultado del cumplimiento de los tres principales factores de riesgo cardiovascular modificables (obesidad, sedentarismo y tabaquismo), se usan los indicadores presentados en las secciones 4.5.3, 4.5.4 y 4.5.5, se presenta la siguiente tabla de asociación donde, para medir la asociación entre exposición y resultado en una tabla 2 x 2, calculamos la Razón de Momios (RM).

Tabla 4.59 Tabla de contingencia entre hipertensos con factores de riesgo cardiovascular e hipertensos controlados

	Hipertenso		
	No controlado	Si controlado	
Si presenta FRC modificables	a 114	b 64	NI 178
No presenta FRC modificables	c 1	d 4	NO 5
Total	MI 115	MO 68	183

$$RM = ad/bc = (a/c) / (b/d)$$

$$RM = (114 \times 4) / (64 \times 1) = 456 / 64 = 7.1$$

4.5.7 Resultados de la asociación entre el indicador de capacidad de autocuidado con los factores de riesgo cardiovascular modificables

Como resultado del cumplimiento de los tres principales factores de riesgo cardiovascular modificables (obesidad, sedentarismo y tabaquismo), se usan los indicadores presentados en las secciones 4.5.3, 4.5.4 y 4.5.5 y se vinculan con la capacidad de autocuidado, se presenta la siguiente tabla de asociación donde, para medir la asociación entre exposición y resultado en una tabla 2 x 2, calculamos la Razón de Momios (RM).

Tabla 4.60 Tabla de contingencia entre factores de riesgo y capacidad de autocuidado

	Factores de riesgo		
	No controlados	Si controlados	
Baja capacidad de autocuidado	a 155	b 3	NI 158
Alta capacidad de autocuidado	c 23	d 2	NO 25
Total	MI 178	MO 5	183

$$RM = ad/bc = (a/c) / (b/d)$$

$$RM = (155 \times 2) / (3 \times 23) = 310 / 69 = 4.4$$

Sin embargo al ser tan grande la población de individuos con factores de riesgo no controlados (97%), se verifica estadísticamente la validez, mediante una prueba de hipótesis.

$$\text{Chi de Mantel-Haenszel } (\chi_{MH}) = \frac{ad - bc}{\sqrt{\frac{m1 \ m0 \ n1 \ n0}{n - 1}}}$$

$$\chi_{MH} = \frac{155 \times 2 - 3 \times 23}{\sqrt{\frac{178 \times 5 \times 158 \times 25}{183 - 1}}} = \frac{241}{\sqrt{\frac{3,515,500}{182}}} = \frac{241}{138.98} = 1.73$$

Puesto que el resultado no es superior a 1.96, se considera que no hay evidencia suficiente de que la integración en el cumplimiento de los tres factores de riesgo mantiene una asociación con los niveles de autocuidado.

Para incrementar la población que sí cumple los factores de riesgo, se modificó el criterio, aceptándose alguno que de los tres principales factores de riesgo cardiovascular modificables (obesidad, sedentarismo y tabaquismo) cumpla al menos 2, se usan los indicadores presentados en las secciones 4.5.3, 4.5.4 y 4.5.5 y se vinculan con la capacidad de autocuidado, se presenta la siguiente tabla de asociación donde, para medir la asociación entre exposición y resultado en una tabla 2 x 2, calculamos la Razón de Momios (RM).

Tabla 4.61 Tabla de contingencia entre el control de factores de riesgo y la capacidad de autocuidado

	Control en al menos 2 de los 3 factores de riesgo		
	No controlados	Con buen control	
Baja capacidad de autocuidado	a 123	b 35	NI 158
Alta capacidad de autocuidado	c 12	d 13	NO 25
Total	MI 135	MO 48	183

$$RM = ad/bc = (a/c) / (b/d)$$

$$RM = (123 \times 13) / (12 \times 35) = 1599 / 420 = 3.8$$

Se verifica estadísticamente la validez, mediante una prueba de hipótesis.

$$\text{Chi de Mantel-Haenszel } (\chi_{MH}) = \frac{ad - bc}{\sqrt{\frac{m1 \ m0 \ n1 \ n0}{n - 1}}}$$

$$\chi_{MH} = \frac{123 \times 13 - 12 \times 35}{\sqrt{\frac{135 \times 48 \times 158 \times 25}{183 - 1}}} = \frac{1179}{\sqrt{\frac{25,596,000}{182}}} = \frac{1179}{375.02} = 3.14$$

Siendo el resultado superior al 1.96 se considera estadísticamente significativo, estableciéndose asociación entre la implementación de las acciones de autocuidado para el control de los tres principales factores de riesgo cardiovascular modificables siendo estos dependientes de la hipertensión arterial, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se comprueba la hipótesis de trabajo.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN DE RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Discusión de resultados

Con respecto al conocimiento de autocuidado, cuyo cálculo se indica en la sección 4.4., el 81% de la muestra del estudio presentó insuficiente conocimiento de autocuidado. Esto evidencia la falta de conocimiento y concientización del autocuidado que expone al paciente cardiópata a la adquisición de conductas de riesgo que pueden incidir en la falta de control de la tensión arterial, por lo que se requiere la intervención del equipo multidisciplinario de salud como promotor de acciones de autocuidado.

Estos hallazgos corroboran lo que Manzini³² menciona en su estudio realizado en el 2009 a 56 pacientes, donde refiere que el déficit de autocuidado está estrictamente relacionado con una alimentación inadecuada, exceso de peso y con el descontrol de la presión arterial, por lo que es esencial organizar la atención y actuación del personal de salud en torno a un modelo de autocuidado.

En lo que se refiere a la capacidad de autocuidado y el control de presión arterial, cuyo cálculo se indica en la sección 4.4 y 4.5, se concluyó que las personas que no tienen autocuidado de la salud cardiovascular para el control de los factores de riesgo modificables tienen 1.4 veces más la probabilidad de presentar problemas de descontrol de la presión arterial que las personas que sí tienen autocuidado para el control de los FR cardiovascular modificables en este estudio.

Estos descubrimientos confirman los encontrados por Rivera Álvarez²⁹, el cual después de realizar un estudio con 90 pacientes hospitalizados con diagnóstico de hipertensión arterial, concluye que los cuidados de enfermería deben estar enfocados a ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo las acciones de autocuidado y así enfrentar las consecuencias de su enfermedad. Sin embargo, se evidencia que el control de los factores de riesgo modificables es esencial para los pacientes de HTA.

En cuanto a la relación entre hábitos dietéticos y el IMC, cuyo cálculo se indica en la sección 4.4 y 4.5, se encontró que las personas con malos hábitos dietéticos tienen 2.4 veces más la probabilidad de presentar problemas de obesidad o sobrepeso que las personas con buenos hábitos dietéticos.

Estos hallazgos confirman lo encontrado por Suarez²⁷, en el 2010, el cual sugiere la necesidad de promoción de buenos hábitos dietéticos para establecer una relación armónica con el medio ambiente y la enfermedad. También se ratifica lo encontrado por Pérez Noriega²⁶ el cual después de realizar un estudio a 118 adultos, encontró que el sobrepeso y la obesidad es el factor de riesgo cardiovascular más frecuente en la población adulta.

Por lo que se refiere al ejercicio físico adecuado, el 78% de la muestra del estudio no lo realizan, lo cual muestra una tendencia en la población de estudio al sedentarismo y obesidad, misma que evidencia tal y como lo hace Suárez²⁷ quien dice que el control del sedentarismo y la obesidad representan pilares fundamentales para el control de la HTA, pues representan factores de riesgo modificables.

Se encontró una proporción de 4 a 1 entre no fumadores y fumadores en la población muestra (80% a 20%), lo cual indica que la proporción de no fumadores supera a la de fumadores; sin embargo, esta situación no es muy diferente de la proporción para no hipertensos o personal sano. Por lo que los pacientes del estudio, en general, no evidencian acciones de autocuidado, aunque este sea uno de los pilares fundamentales para el control de la HTA tal y como lo indica Suárez²⁷.

El explorar individualmente los tres principales factores de riesgo cardiovasculares modificables, que de acuerdo a la OMS son obesidad, sedentarismo y tabaquismo, permite hacer afirmaciones interesantes. Primeramente, se evidenció una prevalencia de los pacientes hipertensos con problemas de peso, pues el 90% de los casos presentaron sobrepeso y obesidad; además, presentan 2.5 veces más la probabilidad de presentar

problemas de descontrol de su tensión arterial que los pacientes hipertensos que tienen un peso adecuado. En cuanto al sedentarismo, se encontró una prevalencia del 78% mismos que presentan 1.8 veces mayor probabilidad de presentar problemas de descontrol de su tensión arterial sobre los que realizan ejercicio de este estudio. Por lo que se refiere a hipertensos fumadores, se encontró que estos tienen la misma probabilidad de presentar problemas de descontrol de su tensión arterial que los no fumadores.

Estos hallazgos contrastan fuertemente con lo encontrado por Leguia³¹, en el 2007, el cual realiza un estudio con 60 pacientes ingresados por emergencia hipertensiva, en tres centros asistenciales de salud. Encontró que no existe relación entre el nivel de conocimientos y práctica de autocuidado con el control de la enfermedad, situación que enfatiza la necesidad de distinguir la capacidad de autocuidado del simple conocimiento de autocuidado; si no en las acciones específicas de autocuidado en las que debe redundar este para ser adecuado.

En cuanto al control conjunto de los tres principales factores de riesgo cardiovascular modificables (obesidad, sedentarismo y tabaquismo), se encuentra que prácticamente la totalidad de los pacientes hospitalizados con diagnóstico de hipertensión arterial (97%) no realizan acciones de autocuidado suficientes para controlar los tres factores de riesgo cardiovascular modificables. Al explorar la capacidad de controlar al menos dos de los tres factores de riesgo cardiovascular, se encuentra que los pacientes hipertensos con baja capacidad de autocuidado tienen 3.8 veces más la probabilidad de presentar factores de riesgo cardiovascular modificables, que los pacientes hipertensos que tienen alto nivel de autocuidado en la presente investigación.

Esto coincide con los hallazgos de Castillo³⁰, el cual al estudiar en el 2006 una muestra de 100 pacientes, encuentra que las personas con nivel de autocuidado satisfactorio tienen un papel activo en el control de su enfermedad cardiovascular. Por lo que la capacidad de autocuidado sí tiene una relación sobre la incidencia del control de los factores de riesgo cardiovascular modificables (sedentarismo, obesidad y tabaquismo).

5.2 Conclusiones

El grupo de personas hipertensas de la muestra de estudio se percibe con insuficiente capacidad de autocuidado.

Al contrastar los hallazgos con estudios de diversos autores, se evidencia la necesidad de distinguir entre el simple conocimiento de autocuidado y las acciones específicas de autocuidado en las que debe redundar éste para ser adecuado.

Se evidencia que las acciones de autocuidado tienen una estricta relación con el control de la enfermedad de presión arterial, así como la gran importancia que deben de tener los factores de riesgo cardiovascular modificables.

El sedentarismo, obesidad y tabaquismo representan factores de riesgo modificables en los pacientes con hipertensión arterial, por lo que su control representa un gran reto para el personal de salud, ya que se demostró que las intervenciones y capacitaciones hacia las acciones de autocuidado son muy necesarias y fundamentales.

5.3 Recomendaciones

Se recomienda ampliar y reconocer el mantenimiento de estilo de vida saludable, para crear un empoderamiento del autocuidado, que promueva entre individuos el crear o mantener la decisión de llevar una vida de calidad.

Evidenciar los costos de salud en el manejo de enfermedades crónico degenerativas, mostrando la conveniencia y necesidad de mantener un trabajo arduo sobre el área de la prevención y autocontrol de las mismas.

Mantener y mejorar el reconocimiento de la responsabilidad social hacia el mantenimiento de un estilo de vida saludable, involucrando a los pacientes cardíopatas al logro individual del mismo.

Ampliar los programas preventivos en acciones de autocuidado, impulsando la concientización y empoderamiento de los individuos a crear y mantener una decisión de llevar una vida de calidad.

En los programas y actividades que se realicen en relación al autocuidado, se considera conveniente ratificar que la capacidad de autocuidado no sólo implica conocimiento de autocuidado, sino que debe redundar en acciones de autocuidado específicas para cada paciente; por lo que se sugiere enfatizar y profundizar sobre este contexto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de las enfermedades cardiovasculares. [nota informativa internet] septiembre 2008.p.1 [acceso febrero 2012]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/es/index.html
- 2 Instituto Nacional de Estadística y Geografía [base de datos en internet]. Estadísticas a propósito del Día Mundial del Corazón; 2009.p.1-3. [acceso 19 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2009/corazon09.doc>
- 3 Diario Oficial de la Federación [base de datos en internet]. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2 Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial. Segunda sección- Secretaria de Salud; 2010.p.3 [acceso 19 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://200.77.231.100/work/normas/noms/2010/mod030ssa2.pdf>
- 4 Tobón Correa O. El autocuidado una habilidad para vivir. Revista especialista en Promoción de la salud, No.8. Universidad de Caldas 2003. p.3
- 5 Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de las enfermedades cardiovasculares. [nota informativa internet] septiembre 2008.p.1 [acceso febrero 2012]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/es/index.html
- 6 Instituto Nacional de Estadística y Geografía [base de datos en internet]. Estadísticas a propósito del Día Mundial del Corazón; 2009.p.1-3. [acceso 19 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2009/corazon09.doc>
- 7 Instituto Nacional de Estadística y Geografía [base de datos en internet]. Estadísticas a propósito del Día de Muertos; 2012. [acceso 11 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2012/muertos0.doc>
- 8 Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica GPC. Detección y Estratificación de Factores de Riesgo Cardiovascular”, 2010, [acceso 11 de marzo de 2012]. Disponible en www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/documents/421ger.pdf

-
- 9 Lobos Bejarano J.M., Castillo Rodríguez J.C., Egidio Flores L., Factores de riesgo y enfermedad cardiovascular, 2011, Revista Actualización en Medicina Familiar, Vol. 7, No. 9, p. 527-538, [acceso 13 de abril de 2013]. Disponible en: http://www.amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=904
- 10 Instituto Mexicano del Seguro Social. Enfermedades del corazón entre las principales causas de muerte de los mexicanos. [monografía internet]* México: Comunicado de la Coordinación de comunicación social, septiembre 2009. [acceso 21 octubre 2010]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/6404E043-DF11-4B16-9F5D-EA86B6E38D4E/0/240909Com256.pdf>
- 11 Ugalde A. En Riesgo de colapsarse sistema de salud mexicano por incremento de padecimientos cardiovasculares. Salud pública nacional Diario de la salud medicina digital [revista internet]* 2010 Septiembre. [acceso 20 de octubre de 2010].p1. Disponible en: <http://www.medicinadigital.com/index.php/salud-p%C3%BAblica-en-m%C3%A9xico/16972-en-riesgo-de-colapsarse-sistema-de-salud-mexicano-por-incremento-de-padecimientos-cardiovasculares.html>:
- 12 Hernández Ávila M. Programa de acción específico 2007-2012 - Riesgo cardiovascular. [sede web] 2007. p.9. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud [acceso 20 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://www.cenave.gob.mx/progaccion/cardio.pdf>
- 13 Hernández Ávila M. Diario Oficial de la Federación [base de datos en internet]. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2 Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial. Segunda sección- Secretaria de Salud; 2010.p.3 [acceso 20 de octubre de 2010]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5144642&fecha=31/05/2010
- 14 Ugalde A. En Riesgo de colapsarse sistema de salud mexicano por incremento de padecimientos cardiovasculares. Salud pública nacional Diario de la salud medicina digital [revista internet]* 2010 Septiembre. [acceso 20 de octubre de 2010].p1. Disponible en: <http://www.medicinadigital.com/index.php/salud-p%C3%BAblica-en-m%C3%A9xico/16972-en-riesgo-de-colapsarse-sistema-de-salud-mexicano-por-incremento-de-padecimientos-cardiovasculares.html>:
- 15 Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares [nota informativa internet] septiembre 2012.p.1 [acceso 11 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>

-
- 16 Diario Oficial de la Federación [base de datos en internet]. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2 Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial. Segunda sección- Secretaría de Salud; 2010.p.3 [acceso 19 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://200.77.231.100/work/normas/noms/2010/mod030ssa2.pdf>
- 17 Instituto Nacional de Estadística y Geografía [base de datos en internet]. Estadísticas a propósito del Día de Muertos; 2012. [acceso 11 de marzo de 2013]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2012/muertos0.doc>
- 18 Instituto Nacional de Estadística y Geografía [base de datos en internet]. Estadísticas a propósito del Día Mundial del Corazón; 2009.p.3 [acceso 20 de octubre de 2010]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2009/corazon09.doc>
- 19 Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de práctica clínica GPC. Detección y Estratificación de Factores de Riesgo Cardiovascular”, 2010, [acceso 11 de marzo de 2012]. Disponible en www.imss.gob.mx/profesionales/guiasclinicas/documents/421ger.pdf
- 20 Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares [nota informativa internet] enero 2011.p.1 [acceso febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>
- 21 Lanas Z Fernando, Del Solar José Antonio, Maldonado B Mónica, Guerrero B Marcia, Espinoza A Francisco. Prevalencia de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en una población de empleados chilenos. Rev. méd. Chile [revista en la Internet]. 2003 Feb [citado 2012 Dic 14]; 131(2): 129-134. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000200001&lng=es. doi: 10.4067/S0034-98872003000200001.
- 22 Balaguer Vintró I, Control y prevención de las enfermedades cardiovasculares en el mundo. Rev Esp Cardiología 2003.
- 23 Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares [nota informativa internet] enero 2011.p.1 [acceso febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>
- 24 Secretaría de Salud. Programa de acción: Enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial 2001-2006. [sede web] 2001. p.13-15. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud 1ra ed. [acceso 20 de octubre de 2010]. Edición, 2001. Disponible en: <http://bibliotecas.salud.gob.mx/gsd/collect/publin1/index/assoc>

-
- 25 Secretaría de Salud. Programa de acción: Enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial 2001-2006. [sede web] 2001. p.16-19. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud 1ra ed. [acceso 20 de octubre de 2010]. Edición, 2001. Disponible en: <http://bibliotecas.salud.gob.mx/gsdl/collect/publin1/index/assoc>
- 26 Encuesta Nacional Salud y Nutrición ENSANUT 2006. Resultados por entidad federativa ENSANUTEF 2006. [acceso 22 febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.insp.mx/encuesta-nacional-salud-y-nutricion-2006.html>
- 27 Fernández MA, Álvarez R, Vázquez A, Méndez A., Vázquez C. Alfredo. La hipertensión arterial como causa de enfermedad renal crónica mediante estudios de protocolos de necropsia [tesis doctoral]. La Habana. [acceso febrero de 2011]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/act/vol12_1_09/act05109.htm
- 28 Diario Oficial de la Federación [base de datos en internet]. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2 Para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial. Segunda sección- Secretaria de Salud; 2010.p.3 [acceso 19 de octubre de 2010]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5144642&fecha=31/05/2010
- 29 Chobaniam AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al, The National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. JAMA 2003; Avances Médicos 289:2560-2572
- 30 Secretaría de Salud. Programa de acción: Enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial 2001-2006. [sede web] 2001. p.13-15. Subsecretaría de prevención y promoción de la salud 1ra ed. [acceso 22 de febrero de 2010]. Edición, 2001. Disponible en: <http://bibliotecas.salud.gob.mx/gsdl/collect/publin1/index/assoc>
- 31 Organización Mundial de la Salud. Enfermedades cardiovasculares [nota informativa internet] enero 2011.p.1 [acceso febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/index.html>
- 32 Pérez Noriega E., Soriano Sotomayor M. M., et al, Factores de riesgo cardiovascular en población adulta aparentemente sana de la ciudad de Puebla. [revista internet] Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Medigraphic Artemisa en línea. México. Diciembre 2008.p.87-92 [acceso 15 de marzo del 2011]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2008/en083c.pdf>

-
- 33 Suarez Soler S; Experiencias del autocuidado en la prevención de los riesgos cardiovasculares en las personas hipertensas. [Revista internet] 2010; citado Septiembre 2011. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2472/1/Experiencias-de-autocuidado-en-la-prevencion-de-los-riesgos-cardiovasculares-en-las-personas-hipertensas.html>
- 34 Tobón Correa O. El autocuidado una habilidad para vivir. Revista Especialista en Promoción de la Salud, No.8. Universidad de Caldas 2003. p.3 [acceso 23 febrero de 2011].
- 35 Rivera Alvarez L. [Self-care agency ability in people suffering from high blood pressure hospitalised in Bogotá, Colombia]. Revista De Salud Pública (Bogotá, Colombia) [serial on the Internet]. (2006, Sep), [cited November 3, 2011]; 8(3): 235-247. Available from: MEDLINE with Full Text.
- 36 Castillo D, Coronil O, Gonzales B, Castillo C, Maiorana C, Briceño M; Autocuidado de los pacientes hipertensos en la consulta del servicio de cardiología en la ciudad hospitalaria Dr. Enrique Tejeras. Revista de Salud Pública. 2006, pp.143-146; citado septiembre 2011. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1702/170217084003.pdf>
- 37 Leguía G, Pacheco A, Valdivia R, Nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado del paciente hipertenso. [revista Internet] Ciencias de la Salud 2007. [acceso 16 de septiembre del 2011] Disponible en: <http://posgrado.upeu.edu.pe/revista/filev2/38-43.pdf>
- 38 Manzini FC, Pessuto Simonetti J, Consulta de enfermería aplicada a clientes portadores de hipertensión arterial: uso de la teoría del auto cuidado de Orem. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2009; citado 18 septiembre 2011. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692009000100018&script=sci_arttext&tlng=es
- 39 Encuesta Nacional Salud y Nutrición ENSANUT 2006. Resultados por entidad federativa ENSANUTEF 2006. [acceso 22 de febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.insp.mx/encuesta-nacional-salud-y-nutricion-2006.html>
- 40 Sans Menéndez S. Modulo 6 Enfermedades cardiovasculares [monografía internet]. Barcelona: Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud 2005. P.9. [acceso 22 de marzo de 2011]. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/07modulo_06.pdf
- 41 Marriner Tomey A, Raile Malligood M. Modelos y Teorías en enfermería. 6ª ed. 08021 Barcelona, España. Elsevier España. S.L. 2007. p.267-270

-
- 42 Marriner Tomey A, Raile Malligood M. Modelos y Teorías en enfermería. 6ª ed. 08021 Barcelona, España. Elsevier España. S.L. 2007. p.271-275
- 43 Ostiguín Meléndez R.M., Velázquez Hernández S.M. Teoría general del déficit de autocuidado. Guía básica ilustrada. Editorial El Manual Moderno; 2001. P.23-29
- 44 Marriner Marriner Tomey A, Raile Malligood M. Modelos y Teorías en enfermería. 6ª ed. 08021 Barcelona, España. Elsevier España. S.L. 2007. p.273
- 45 Achury D.M., Sepúlveda G, Rodríguez S. Validez de Apariencia y de contenido de un instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial. Revista de Salud Pública. Colombia. Pontificia Universidad Javeriana. Junio 2008.p.95 [acceso 15 de marzo del 2011]. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/1452/145212853007.pdf>
- 46 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [base de datos internet] febrero de 1984. [acceso abril de 2011]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

Anexos

Anexo 1. Carta de Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Al firmar este documento, doy mi consentimiento para ser entrevistado(a) por una empleada del Instituto Mexicano del Seguro Social. Entiendo que la entrevista formará parte de un estudio con el objetivo de establecer la relación entre las acciones de autocuidado de la salud cardiovascular con el control de factores de riesgo modificables que realizan los pacientes hospitalizados con diagnóstico de hipertensión arterial.

Concibo que seré entrevistado(a) en el área hospitalaria del HGZ No.30 del IMSS. Se me tomarán medidas de presión arterial, talla, peso, perímetro de cintura y responderé algunas preguntas relacionadas con el conocimiento de mi enfermedad, mi percepción del personal de salud, actividades cotidianas, hábitos alimenticios, ejercicio y el manejo de mi enfermedad.

Se me ha informado que es del todo voluntaria y que aún de iniciada puedo rehusarme a responder alguna pregunta o decidir darla por terminada en cualquier momento. Se me notificó que mis datos y respuestas no serán revelados a nadie. También se me ha dado a conocer que tanto si participo como si no lo hago, o me rehúso a responder alguna pregunta, no se verán afectados los servicios que yo o cualquier miembro de mi familia puedan necesitar de los prestadores de servicios de la institución.

Este estudio contribuirá a detectar necesidades de información para llevar a cabo acciones de autocuidado en los pacientes con hipertensión arterial y así minimizar las complicaciones de las enfermedades cardiovasculares. Los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito por la EJP Elvia Verónica Ramírez Sarellano la cual puede ser localizada en el teléfono 5552479.

Fecha

Firma de la entrevistado(a)

Firma del entrevistador

Anexo 2. Instrumento para recolección de datos

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA ESCUELA DE ENFERMERÍA MAESTRÍA EN CIENCIAS DE LA SALUD

CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN

OBJETIVO: Establecer la relación entre las acciones de autocuidado de la salud para el control de los principales factores de riesgo cardiovascular modificables, con la hipertensión arterial.

LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONE SERÁ EXCLUSIVAMENTE CON FINES EDUCATIVOS Y Estrictamente CONFIDENCIAL.

1. Edad: _____ 2. Sexo: _____ 3. Peso: _____ 4. Estatura: _____
5. Perímetro de cintura: _____ 6. Presión Arterial: _____

INSTRUCCIONES: Por favor subraye la respuesta que considere apropiada.

7. Siento que mi estado de ánimo me permite cuidarme:

- a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

8. Cuando duermo 6-8 horas diarias, me siento descansado:

- a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

9. Olvido tomarme mis medicamentos:

- a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

10. Olvido las citas médicas:

- a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

11. Confió en el profesional de enfermería:

- a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

12. Invierto tiempo en mi propio cuidado:

- a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

13. Considero que una tensión arterial de 140/90 mm Hg es adecuada:

- a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

14. Conozco que la tensión arterial alta y el dolor de cabeza y en el pecho indica que estoy presentando alguna complicación:

- a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

15. Considero importante realizar ejercicio:

- a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

16. Cuando estoy enfermo, busco ayuda en mis amigos:

- a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

17. Cuando estoy enfermo, busco ayuda en mi familia:

- a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

18. Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad:

- a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

19. Considero que conozco cómo actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial:

- a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

20. Considero que conozco la hora, dosis y cuidados de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial:

- a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

21. Cuando inicio un nuevo medicamento, solicito al profesional de enfermería me proporcione información necesaria de la correcta administración:

- a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

22. Cuando inicio un nuevo medicamento, solicito al médico me proporcione información necesaria de la correcta administración:

- a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

23. Cuando siento alguna reacción desfavorable con el medicamento que tomo para controlar la tensión, lo suspendo:

- a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

24. Cuando me siento bien, decido suspender los medicamentos:

- a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

25. Considero que la cantidad máxima de sal que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son dos cucharaditas:

- a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

26. Complemento mi tratamiento con medicina homeopática:

- a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

27. Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas:

a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

28. Considero que el médico me escucha y aclara mis inquietudes:

a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

29. Considero que el profesional de enfermería me escucha y aclara mis inquietudes:

a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

30. Mi enfermedad ha limitado mis inquietudes en mi vida diaria:

a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

31. Conozco las complicaciones derivadas de la enfermedad:

a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

32. Camino diariamente como mínimo 30 minutos:

a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

33. Realizo cambios según las necesidades para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad:

a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

34. Cuando tengo alguna limitación física, social o emocional para desplazarme a diferentes lugares, solicito ayuda:

a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

35. Realizo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado:

a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

36. Me esfuerzo por enfrentar las dificultades que me generan estrés en mi vida diaria:

a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

37. Evalúo si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar y el de mi familia:

a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

38. Cuando siento que le falta sal a la comida le agrego un poco:

a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

39. Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas:

a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

40. Consumo bebidas alcohólicas:

- a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

41. Consumo cigarrillo:

- a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

42. Tengo dificultades con el tratamiento cuando tomo más de 4 medicamentos diarios:

- a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

43. Cuando tengo dificultades económicas, no puedo adquirir alimentos y medicamentos necesarios:

- a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

44. He tenido dificultades con el acceso a las consultas, controles y adquisición de medicamentos:

- a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

45. Si presento dolor de cabeza, tensión alta o dolor en el pecho, acudo inmediatamente al hospital:

- a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

46. Siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual:

- a) Nunca b) Casi nunca c) A veces d) Casi siempre e) Siempre

¡Gracias por su colaboración!