



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

**LOS FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES Y LAS
CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS
MADUROS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO(A) EN ENFERMERÍA
(ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA)**

P R E S E N T A

ALFREDO SERRANO RIVERA

DIRECTOR(A) DE TESIS: MTRA. MARÍA TERESA PÉREZ RODRÍGUEZ

MÉXICO, D.F. JUNIO DEL 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia

**LOS FACTORES BÁSICOS CONDICIONANTES Y LAS
CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS
MADUROS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO(A) EN ENFERMERÍA
(ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA)**

P R E S E N T A

ALFREDO SERRANO RIVERA

**COMITÉ TUTORAL: MTRA. MARÍA TERESA PÉREZ RODRÍGUEZ
DR. JORGE A. RAMÍREZ HERNÁNDEZ
MTRA. GUADALUPE ROSETE MOHEDANO**

MÉXICO, D.F. JUNIO DEL 2006

Portada
Índice
Resumen
Introducción
Capítulo I. Fundamentación de la Investigación
Capítulo II. Marco Teórico
Capítulo III. Metodología
Capítulo IV. Resultados
Capítulo V. Discusión
Capítulo VI. Conclusiones
Capítulo VII. Implicaciones del Estudio
Capítulo VIII. Recomendaciones
Referencias
Anexos

Resumen.

Problema: Hipertensión arterial es una enfermedad cardiovascular que ha aumentado su frecuencia y prevalencia, afectando principalmente a los adultos a nivel mundial, lo cual es debido entre otras cosas a la falta de prevención de riesgos y daños.

Propósito y objetivo general: Analizar la relación existente entre los factores básicos condicionantes y las capacidades de autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial.

Material y métodos: diseño: descriptivo, transversal, analítico y correlacional. Muestreo fue no probabilístico y la selección por conveniencia; la muestra la constituyeron 100 adultos maduros con hipertensión arterial. La recolección de datos se realizó a través de una entrevista estructurada con consentimiento informado, que constó de 64 ítems, alcanzando validez de contenido y una confiabilidad por Alfa de Cronbach de 0.8236 en la escala B. Análisis estadístico, se realizó con el paquete SPSS, versión 11, aplicando el coeficiente de correlación de Pearson y Spearman.

Resultados y conclusiones: Análisis realizado con el coeficiente de correlación de Pearson, se concluyó que existe una baja correlación lineal entre: enfermedades asociadas a la hipertensión arterial con las capacidades generales para el autocuidado ($r_p = .255$, $p = .010$), días a la semana en que fuma el adulto maduro con las capacidades físicas para el autocuidado ($r_p = .212$, $p = .034$). En el análisis realizado con el coeficiente de correlación de Spearman, se concluyó que existe una baja correlación lineal entre: asistencia a citas para el control de la hipertensión arterial con las capacidades generales para el autocuidado ($r_s = .302$, $p = .002$), escolaridad con las capacidades psicológicas para el autocuidado ($r_s = .397$, $p = .000$) y grado de estrés percibido por la ocupación con las capacidades psicológicas para el autocuidado ($r_s = -.213$, $p = .033$).

Introducción.

La presente investigación esta encaminada al estudio de una de las enfermedades cardiovasculares que más afecta a la población a nivel mundial: la hipertensión arterial, considerada un problema de salud pública.

Es por ello, que desde la perspectiva de enfermería, se adopta en esta investigación el enfoque del control y promoción de complicaciones relacionadas con la hipertensión arterial, desde la Teoría General del Déficit del Autocuidado de Dorotea Orem, de la cual se extraen los conceptos factores básicos condicionantes y capacidades de autocuidado, bajo los cuales gira esta investigación, que busca indagar, como ya se menciona los aspectos relacionados a la hipertensión arterial, pero desde la perspectiva teórica de enfermería.

En el capítulo uno, se retoma lo inherente a las complicaciones relacionadas con la hipertensión arterial, así como el aumento en la mortalidad y el impacto socioeconómico que representa para un adulto el tener esta enfermedad. También dentro de este mismo capítulo, se muestra la importancia de esta investigación, ya existen pocos estudios que analicen la relación existente entre los factores básicos condicionantes y las capacidades de autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial, situación que se tiene como objetivo a alcanzar en esta investigación.

En el capítulo dos se fundamenta el marco teórico, los antecedentes inherentes a la teoría general del déficit de autocuidado de Dorotea Orem y los relacionados con los factores básicos condicionantes y capacidades de autocuidado, así como los estudios al respecto, además de lo referente a los aspectos relacionados con la prevención de complicaciones de la hipertensión arterial.

En el capítulo tres se aborda lo referente a la metodología de esta investigación: muestreo, características de los sujetos, operacionalización de variables,

hipótesis, instrumento de medición, estudio piloto, aspectos éticos.

En el capítulo cuatro de resultados se hace una reseña comenzando por el instrumento de investigación, la descripción de la muestra y los resultados correspondientes a la valoración de los factores básicos condicionantes y las capacidades generales y específicas para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial, presentando por último, los resultados del análisis inferencial con pruebas de correlación bivariada.

En el capítulo cinco se discuten los resultados y se realiza un análisis, estableciendo una comparación con los estudios previos utilizando a cada momento la teoría general del déficit de autocuidado de Orem.

De los capítulos seis al ocho se ofrecen las conclusiones, implicaciones y recomendaciones que se desprenden de esta investigación.

Capítulo I

Fundamentación de la investigación

1.1 Problema a investigar

Se ha demostrado que una de las enfermedades cardiovasculares que más afecta a los adultos a nivel mundial, es la hipertensión arterial, la cual es considerada un problema de salud pública cada vez más frecuente en esta etapa de la vida, por su carácter crónico-degenerativo y por las repercusiones orgánicas, psicológicas, sociales y económicas que conlleva y de la cual no están exentos los adultos mexicanos; ya que se calculó que aproximadamente 15.2 millones de personas tienen hipertensión arterial, lo que representa que de cada 2 adultos después de los 50 años, por lo menos uno sufre de esta enfermedad.

Por otra parte, menos de la mitad de las personas que cursan con esta enfermedad han sido diagnosticados y de estos sólo una cuarta parte está bajo tratamiento médico, es decir solo un 14.6% tiene controlada su presión arterial, conclusiones a las que se llegó en la Encuesta Nacional de Salud del año 2000 realizada en México (ENSM, 2000) (Velásquez M. O, Rosas P. M, Pastelín H, 2002: 81).

Actualmente en el país se ha reportado un aumento en la frecuencia de la hipertensión arterial de manera considerable en las últimas décadas, ya que de acuerdo con algunos datos no oficiales, para 1983 se tenía que de cada 100,000 habitantes, 99.2% eran hipertensos y para 1991 esta cifra había aumentado a 302 por cada 100,000 en todo el territorio nacional (Rubio, 1998:28).

Por otra parte, la (ENSM, 2000) demostró el aumento en la prevalencia de la hipertensión arterial, pasando de un 26.6% en 1993, a un 30.05% para el año 2000 en pacientes de entre los 20 y los 69 años edad, teniendo mayor porcentaje los hombres con un 34.2%, en relación con el 26.3% de las mujeres.

Asimismo se pudo evidenciar que la prevalencia es directamente proporcional a la edad, aunque algunos datos (ENSM, 2000) revelaron que es después de los 50 años, cuando los casos de hipertensión aumentan hasta en un 50% y que es

después de esta edad cuando se eleva la prevalencia en las mujeres llegando hasta un 63.7% (Velásquez M. O, Rosas P. M, Pastelón H, 2002: 80).

Cabe resaltar que dicha prevalencia en nuestro país es variable dependiendo del estado de la República que se estudie. Por ejemplo en la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de 1993 (ENEC, 1993), reportó que el 26.6% de sujetos de todo el país, de una muestra de 15,607 padecían hipertensión arterial, mientras que en el Distrito Federal era del 23.8% y en los estados del norte de la República fue del 27.9%(SSA, 2000:24), lo cual concuerda con algunos datos de la (ENSM,2000), en la que se reportó que los estados del norte del país reportaban una prevalencia mayor al 30%, en relación con los del sur, exceptuando los estados de Tabasco y Yucatán, los cuales manejaron cifras por arriba del 30%.

Con respecto a la mortalidad debida a las complicaciones por hipertensión arterial, se han reportado que los eventos por EVC se han presentado en un 42%, mientras que la Cardiopatía Isquémica en un 27% y el restante 31% se relacionó con alteraciones endocrino-metabólicas, neurogénicas y nefropatías (Ceceña, 2000: 32-35).

Es importante señalar que la prevalencia de hipertensión arterial aumenta conforme la edad, pasando de un 16.5% en personas menores de 34 años, a un 58.5% en personas de entre los 65 a 69 años, lo que constituye un factor para que se presente enfermedad coronaria (SSA, 2000:24).

Por otra parte, es necesario mencionar que a pesar de los programas del sector salud dirigidos a orientar e informar a la comunidad con respecto a las medidas de prevención, detección y control oportuno de la hipertensión arterial, ésta sigue aumentando de manera importante; lo cual se agrava de acuerdo con el reporte de la (ENSM, 2000), con el hecho de que el 61% de los casos, las personas no se sabían hipertensas (Velásquez M. O, Rosas P. M, Pastelín H, 2002: 80).

Es notable el impacto socioeconómico, tanto en el ámbito familiar, como en los servicios de salud, por las demanda de los adultos con esta enfermedad, que generalmente es de larga evolución y cuyas complicaciones requieren de utilizar un sinfín de recursos, lo que representa un enorme gasto para las familias, el sector salud y la sociedad en general, dato referido en la investigación titulada “Costo de la atención de la hipertensión arterial y su impacto en el presupuesto destinado a la salud en México”; trabajo que mostró el costo global en el año 1996, por concepto de atención de pacientes con esa enfermedad, el cuál ascendió a \$17 953 908 480, y que en promedio reportó una inversión de \$1 067 por cada hipertenso, mientras en el escenario privado, fue de \$65 854 802 752 de manera global y en promedio de \$3 913, por cada hipertenso. En el mismo estudio se reportó que el gasto anual en la atención de personas con hipertensión arterial alcanzó el 13.95% del presupuesto destinado a la salud y a un 0.71% del PIB, valores que se incrementan a 51.17% y 2.62% respectivamente en la atención privada (Villarreal R. E, Mathew Q. A, Garza M E, Núñez R G, Salinas M A, Gallegos H M, 2002).

Desde la perspectiva de enfermería, se considera importante desarrollar el enfoque de prevención y promoción de la salud, así como los antecedentes en relación con esta enfermedad y analizarlos en el marco de la Teoría General del Déficit del Autocuidado de Dorotea Orem, la cual es una importante teoría de enfermería para valorar, promover e identificar situaciones a favor o adversas para el desarrollo del autocuidado y que está compuesta de diversos conceptos, entre los que se destacan:

<ul style="list-style-type: none"> • Autocuidado • Demanda de autocuidado. • Agencia de autocuidado. • Agencia de cuidado dependiente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de autocuidado dependiente. • Déficit de autocuidado terapéutico. • Requisitos de autocuidado universal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Déficit de autocuidado • Factores básicos condicionantes • Sistemas de enfermería • Capacidades de autocuidado.
--	--	--

Para fines de esta investigación se utilizaron los conceptos: **Factores básicos condicionantes y Capacidades de autocuidado**; conceptos considerados abstractos, que se pretende operacionalizar y relacionar entre sí con los adultos maduros con hipertensión arterial, grupo al que se dirige el estudio.

1. 2 Importancia del estudio

La hipertensión arterial es un padecimiento que se puede presentar en las diferentes etapas de la vida adulta, pero es después de los 40 años cuando suelen identificarse la mayoría de los casos, por lo que es necesario tomar medidas específicas para prevenir riesgos, daños y complicaciones a futuro.

Se ha observado que los adultos maduros con hipertensión arterial que acuden al servicio de consulta externa de cardiología del Hospital General de México, constituyen un grupo importante que demanda atención con respecto a esta enfermedad y que la mayoría de ellos, desconocen sus causas o los motivos por los cuales lo presentan, así como las complicaciones antes mencionadas que potencialmente pueden sufrir a partir de ciertos factores de riesgo.

Por otra parte la hipertensión arterial ha sido abordada en diferentes investigaciones de Enfermería, pero pocas desde la perspectiva de los factores básicos condicionantes y las capacidades de autocuidado de las personas con ese padecimiento.

Para esta investigación, surge el interés de retomar de la teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorotea Orem y en específico los conceptos **factores básicos condicionantes y capacidades de autocuidado**, los cuales están integrados por diversos componentes y/o dimensiones, por lo que este estudio ayudará a identificar su posible relación con un problema de salud como lo es la hipertensión arterial, que afecta notablemente la calidad de vida de las personas.

Lograr que las personas comprendan la importancia de la modificación de

algunos hábitos y costumbres para mejorar su calidad de vida, constituye un gran reto para el profesional de enfermería ya que entran en juego diversos factores de índole cultural, psicosocial, familiar y ambiental que dificultan el ejercicio del autocuidado por los propios adultos maduros y constituyen a la vez los elementos básicos en el proceso del cuidado de enfermería.

Existen muy pocos reportes de investigaciones de enfermería que relacionen los **factores básicos condicionantes con las capacidades de autocuidado** y muchos menos, los que retoman estos dos conceptos y los relacionen con los adultos maduros con hipertensión arterial, situación por la que se considera prudente e importante desde la perspectiva de enfermería, ya que realizar una investigación de este tipo, permitirá tener nuevos conocimientos que ayuden a reconocer dicha relación y en un futuro plantear acciones e intervenciones más específicas, así como derivar otras investigaciones para evitar y/o disminuir las complicaciones de padecimientos crónico-degenerativos como la hipertensión arterial y mejorar la calidad de vida de los adultos maduros.

Por otro lado es necesario resaltar, que la presente investigación está enfocada a los adultos maduros de entre los 40 y los 59 años de edad, ya que en esa etapa de la vida es cuando aparecen los primeros signos y síntomas de hipertensión arterial y es cuando Enfermería podría valorar, diagnosticar y sobre todo prevenir y limitar complicaciones, situación que en ocasiones ya no es posible, después de los 60 años en la etapa de adulto mayor.

Este estudio se considera que es viable y factible de realizar porque se tiene a la población de adultos maduros detectada y ubicada como un grupo de personas accesible y muy participativo dentro de la consulta externa de cardiología en el Hospital General de México.

Por otra parte, el Hospital General de México es una institución reconocida como una sede de investigaciones de enfermería que brinda facilidades para la

realización de este tipo de proyectos que buscan, a través de sus resultados, plantear aportaciones teóricas y metodológicas que deriven en el bienestar de los pacientes y en el mejoramiento de su calidad de vida, así como sistematizar el cuidado de enfermería, en este caso de los adultos maduros con hipertensión arterial.

1.3 Propósito de la Investigación

Uno de los propósitos está encaminado a operacionalizar los conceptos **factores básicos condicionantes y capacidades de autocuidado**, así como identificar y /o clasificar los componentes de estos conceptos y llevarlos al terreno empírico para así poderlos valorar a la luz de la teoría general del Déficit de Autocuidado de Orem, transportándolos a la realidad que viven los adultos maduros con hipertensión arterial.

Otro propósito, consiste en establecer si existe o no una relación entre los factores básicos condicionantes y las capacidades de autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial.

1.4Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Analizar la relación existente entre los factores básicos condicionantes y las capacidades de autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial, que acuden a la consulta externa de cardiología en el Hospital General de México.

1.4.2 Objetivos Específicos

Identificar los factores básicos condicionantes que afectan el desarrollo del autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial, que acuden a la consulta externa de cardiología en el Hospital General de México.

Identificar las capacidades de autocuidado que poseen los adultos maduros con hipertensión arterial que acuden a la consulta externa de cardiología en el Hospital General de México.

Determinar si existe relación entre los factores básicos condicionantes y las capacidades de autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial, que acuden a la consulta externa de cardiología en el Hospital General de México.

Capítulo II

Marco

Teórico

2.1 Marco conceptual.

En lo referente al marco conceptual y de acuerdo con los objetivos trazados en este trabajo, se retomó de primer inicio el concepto factores básicos condicionantes, para posteriormente pasar a la revisión del concepto capacidades de autocuidado, de acuerdo con la visión de Orem en su Teoría del Déficit del Autocuidado, para continuar con lo correspondiente al adulto maduro y la hipertensión arterial, para llegar a establecer la conceptualización y operacionalización de dichos conceptos.

2.1.1 Concepto de Factores básicos condicionantes

De acuerdo con *Orem* (1993) son “factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado, o afectan al tipo y cantidad de autocuidado” (Orem, 1993: 153), en donde se propone una lista de 10 factores básicos condicionantes: edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, factores de disponibilidad y adecuación de los recursos (figura 1); todos ellos posteriormente ayudarán a determinar las variables y lograr la operacionalización de dichos factores.

Figura 1. Adaptación de la Teoría del Déficit de Autocuidado para la valoración de los factores básicos condicionantes por parte de Enfermería



Fuente: Orem, 1993: 153

La figura anterior muestra la relación existente entre los factores básicos condicionantes, los cuales influyen de manera importante en el estado de salud y el desarrollo del autocuidado de las personas, dadas las características personales, sociales, demográficas, geográficas, económicas (recursos económicos, servicios de salud) y culturales (hábitos, costumbres y sistema familiar) de cada población en la república mexicana.

2.1.2 Concepto de Capacidades de autocuidado.

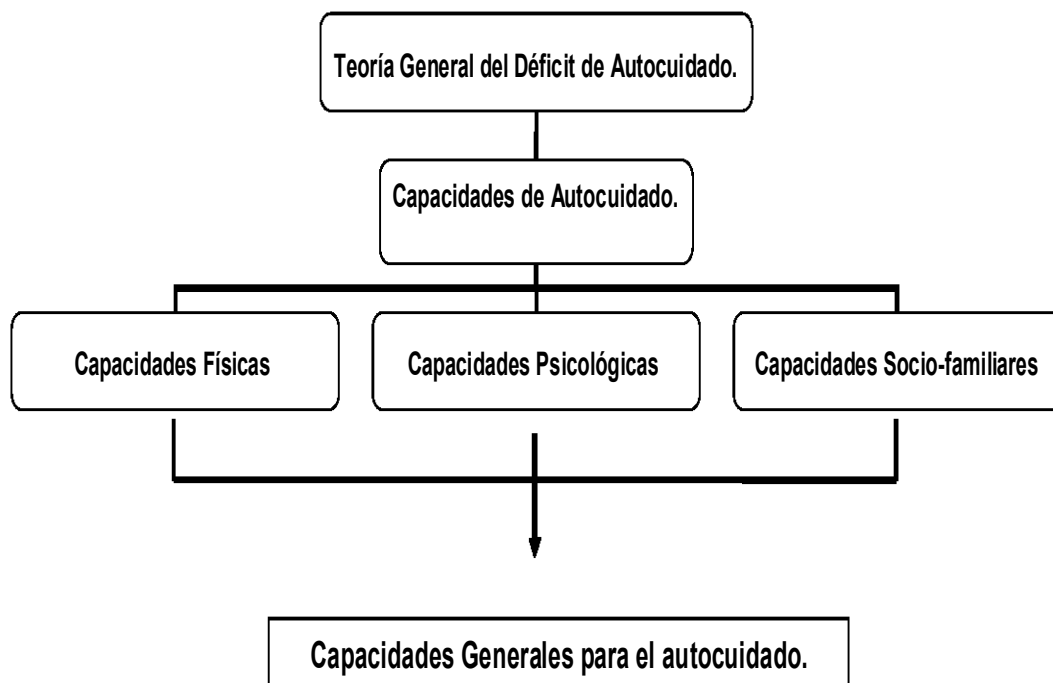
La estructura conceptual del **modelo de Joan E. Barckscheider** (1971), fue retomada y considerada dentro de la teoría del déficit de autocuidado por Orem, ya que propone una lista de “capacidades generales esenciales para el autocuidado”, y las clasifica en: capacidades físicas, mentales, motivacionales, emocionales y orientativas.

De acuerdo con **Orem** (1993), **las capacidades de autocuidado**, “constituyen las habilidades desarrolladas que juntas forman la agencia de autocuidado de las personas para realizar de manera efectiva su autocuidado, dentro de un marco temporal adecuado” (Orem, 1993: 402).

Por otra parte, la Dra. En Enfermería **Gallegos** (1999), de la UANL operacionaliza el concepto de capacidades de autocuidado, mencionando que “son habilidades especializadas que se desarrollan a lo largo de la vida de las personas y son indispensables para realizar cualquier acción, especialmente cuando existe un problema de salud” (Gallegos, 1999:25).

De acuerdo con los conceptos anteriores y en relación con esta investigación, se propuso conocer las capacidades de autocuidado a través de 3 dimensiones: **Las capacidades físicas, las capacidades psicológicas y las capacidades socio-familiares**, como lo muestra la figura 2.

Figura 2. Adaptación de la Teoría del Déficit de Autocuidado para la valoración de las Capacidades de Autocuidado por parte de Enfermería



Fuente: Orem, 1993:153

La figura anterior muestra la relación existente entre los 3 tipos de capacidades de autocuidado que tienen las personas, ya que de esta forma se pueden conocer las capacidades generales para el autocuidado, especialmente, las del adulto maduro con hipertensión arterial.

2.1.3 Aspectos psicosociales y físicos del adulto maduro.

En lo que respecta a los aspectos psicosociales y físicos del adulto maduro, en este apartado en principio se pretende evidenciar parte los factores básicos condicionantes **edad, sexo y estado de desarrollo**, pertenecientes a la teoría general del déficit de autocuidado de Orem. Por otra parte el grupo de adultos maduros, para los fines de esta investigación, se define como aquellos adultos que se encuentra entre los 40 y los 59 años de edad.

De acuerdo con Boeree, este grupo de adultos corresponden a la etapa de la adultez media o la segunda adultez y menciona que son individuos de aproximadamente 40 a 60 años, que contribuyen en la formación de las generaciones.

Entre los 40 y 45 años de edad, Boeree, menciona que son personas miran la vida en términos de los años vividos, para luego mirar la vida en término de cuantos años les quedan por vivir, reconociendo además que existen metas deseadas que ya no es posible alcanzar, lo que en ocasiones desencadena lo que se conoce como “crisis de la mediana edad”, la cual se caracteriza por emociones negativas en las cuales se visualiza lo que se aspira tener y lo que realmente es posible alcanzar en ese momento”.

En ese sentimiento se puede suscitar una reacción de pérdida de un propósito en la vida (ya nada vale la pena); es un proceso similar al de la adolescencia durante la mediana edad, el cual se caracteriza por un nuevo esfuerzo en la búsqueda de otra identidad, situación que no todos los adultos maduros pasan, por lo que "el enfrentarse de mala manera a esta crisis puede provocar situaciones desastrosas en la identidad de la persona, se desestabilizan matrimonios, se abandona a los hijos, se cambia el auto viejo por uno deportivo o, a veces, se recurre a un cambio de imagen, ya sea en corte de pelo o usando vestimenta exageradamente juvenil.

Algunos más bien experimentan un sentido de triunfo, de haber logrado alcanzar ciertas metas y de desempeñar eficientemente las mismas (Boeree, 1997:126-148).

Por otra parte el **adulto maduro**, también sufre una transición de adulto maduro al adulto mayor, que se considera una cuestión psíquica, más que un cambio orgánico, que requiere de adaptación y de experiencias de las cuales dependerá su futuro inmediato hacia la vejez (Long y Phipps, 1989:56).

En esta etapa el adulto maduro, logran aspectos importantes en la vida como son la independencia y un trabajo estable, así como el matrimonio y el formar una familia. El haber tenido una infancia sana le permitirá tener una vida más sana y fuerte (Tijerina L R, González G M, 2002)

De acuerdo con Erikson (1983), el hombre maduro, necesita sentirse necesitado, y es por ello que durante la etapa generatividad (etapa de productividad y creatividad), su principal preocupación se enfoca hacia el establecimiento y la guía de las nuevas generaciones, y en consecuencia es un etapa esencial para el desarrollo psicosexual y psicosocial. En contraparte si durante la etapa de generatividad no se logra alcanzar la productividad y la creatividad, el adulto tiende a tener regresión obsesiva enfocada a hacia la pseudointimidad, a menudo con sentimientos de estancamiento y empobrecimiento personal, lo que se conoce como etapa de estancamiento (Erikson, 1983).

Bears, ubica al adulto maduro entre los 35 y los 64 años y mencionan que estos experimentan a medida que va evolucionando esta etapa, signos aparentes de envejecimiento que sustituyen a los de desarrollo físico de la juventud por una declinación sutil, pero gradual (Bears, 1995:26).

Por otra parte Bears, menciona que existen cambios físicos y fisiológicos en:

Pelo, el cual se va encaneciendo y perdiendo hacia los 55 años de edad, crece con mayor lentitud y se hace fino a medida que disminuye el diámetro de los folículos pilosos y va perdiendo pigmentación para comenzar a adquirir un color grisáceo.

Piel, se observa la disminución progresiva de la turgencia que deja de adaptarse íntimamente a los músculos, huesos, haciendo que los pliegues se hagan más pronunciados, se muestra una piel más seca, fina, con regeneración lenta y más sensible al cáncer cutáneo.

Cabeza, muestra simetría en el cuero cabelludo, cráneo, cara.

Ojos, durante la quinta década de la vida, los cristalinos van perdiendo gradualmente elasticidad, lo que da lugar a una pérdida en la capacidad para enfocar con claridad las imágenes visuales cercanas (presbicia), por lo que algunos adultos necesitan gafas de lectura para tareas cercanas y otros necesitan gafas bifocales, también se requiere de un aumento del tiempo necesario para adaptarse desde una zona iluminada a otra oscura.

Oído, presenta disminución gradual de la audición.

Nariz y garganta, normalmente los orificios nasales se encuentran permeables, los senos, boca y faringe intactas; tráquea en la línea media; lóbulos laterales de la tiroides no palpables.

Corazón, la contractilidad disminuye, lo que da lugar a un menor índice cardíaco. La función cardíaca desciende en un 15-20% entre los 30 y los 49 años, la enfermedad crónica más frecuente de los varones durante las décadas cuarta y quinta de sus vidas es la cardiopatía isquémica, la causa habitual parece ser la aterosclerosis. Las arterias pierden elasticidad y puede aparecer hipertensión.

Pulmones, se muestra un aumento del diámetro antero posterior (AP); frecuencia respiratoria de 16 a 21 respiraciones por minuto y regulares, que van disminuyendo durante la cuarta y quinta décadas de la vida en donde los pulmones y los bronquios se hacen menos elásticos, lo que se traduce en una disminución de la capacidad pulmonar máxima, los adultos maduros tardan más tiempo en recuperar la frecuencia cardíaca y respiratoria tras el ejercicio.

Mamas, principalmente en las mujeres disminuyen de tamaño debido a la reducción de la masa muscular, los pezones se mantienen normales.

Abdomen, sufre de flacidez en los músculos abdominales, la grasa comienza a acumularse en la parte inferior del abdomen y en las caderas lo que hace que la mayoría de los adultos de edad media aumenten su peso en alrededor de 5-10 Kg.

Movimientos intestinales, se hacen menos frecuentes por la disminución de la motilidad gastrointestinal, debido a la inactividad física en la mayor parte de los casos.

Aparato reproductor, en el caso de las mujeres sufre de cambios en el ciclo menstrual, en la duración y la magnitud de las reglas; suceden a menudo cambios en la mucosa cervical; en los hombres el pene y escroto se muestran normales y con un aumento de la próstata en algunos varones (Bears, 1995:26-28).

Por otra parte Bears, menciona que las necesidades sexuales no cambian en relación a los años precedentes, pero si lo hace la función sexual, a este respecto, el apetito sexual varía mucho en ambos sexos, los varones tardan más en conseguir la erección y también en llegar al orgasmo, la eyaculación se retrasa y es menos potente.

Las mujeres pueden alcanzar el orgasmo con regularidad, pero es menos potente. Es frecuente que el interés y el deseo sexual de la mujer aumenten, mientras que el del hombre permanece estable o disminuye ligeramente, por lo que la sexualidad en esta etapa no está enfocada a la procreación, más bien hacia la intimidad sexual y la satisfacción de los deseos personales.

Las mujeres experimentan el climaterio o la menopausia hacia los 45-50 años. La disminución de la función ovárica suele ir acompañada por una disminución de estrógenos y síntomas como: cefaleas, palpitaciones, entumecimientos, hormigueos o enfriamiento de las extremidades, así como reacciones emocionales, ansiedad, nerviosismo, cambios en el estado de ánimo y expresiones de coraje o tristeza. Para algunas mujeres este proceso puede ser interpretado de forma negativa, ya que hay quienes la interpretan como pérdida de la feminidad, mientras que otras lo viven sin dificultades y por el contrario, lo ven como algo por lo que ya no hay que preocuparse y tienen una actitud positiva que podría conducir a una nueva exploración de la sexualidad.

La mayor parte de los varones desconocen que también pueden experimentar síntomas similares a los de la menopausia en las mujeres como insomnio, fatiga y los problemas circulatorios antes mencionados (Bears, 1995:26-28).

Aparato músculo esquelético, sufre una disminución de la masa muscular, en ocasiones también se hace presente la osteoporosis y como consecuencia las fracturas y la disminución de la movilidad articular.

En cuanto a los sentidos, el **gusto**, en los adultos maduros no se altera, ya que pueden distinguir perfectamente los sabores dulce, ácido, salado y amargo de los alimentos, aunque van perdiendo la capacidad de detectar diferencias gastronómicas más sutiles.

Tacto, comienza a declinar hacia los 45 años, mientras que después de los 50 se

va reduciendo la sensibilidad al dolor y disminuye la tolerancia al mismo, por lo que los adultos al llegar a la ancianidad pueden percibirlo de una forma más aguda.

Por otra parte mientras que la madurez física traza un diagrama curvilíneo, es decir, se desarrolla, alcanza su plenitud y decrece a la vejez, la madurez emocional se va desarrollando de manera progresiva.

De acuerdo con Bears, “la madurez física y sobre todo la madurez emocional son fuentes de felicidad que se pueden irradiar a los demás, por ello, la persona madura, por los muchos recursos que ha ido desarrollando (psicológicos, culturales, afectivos) es la única capacitada para transcurrir su existencia y sus variados estados de ánimo con entusiasmo, frustración, plenitud y aun sin proponérselo, irradiar sus mismas actitudes, por lo que adulto, no solo debe entenderse como un individuo **biológico**, por lo que el aspecto **social y el psicológico** intervienen en su **estado mental**, ya que los adultos maduros conservan buena memoria, aunque un aspecto importante a determinar es el nivel de estudios”.

Por otra parte los adultos maduros conservan adecuadas conductas, lucidez y una gran capacidad cognoscitiva.

Los nervios craneales permanecen intactos y con una respuesta motora adecuada, aunque todo lo anterior va declinando conforme se acerca a la ancianidad (Bears, 1995:26-28).

El adulto maduro no es un individuo solitario históricamente, ya que siempre se ha visto involucrado con otras personas y con su familia, por ello la familia es importante en esta etapa y fundamental en el desarrollo y apoyo de este tipo de individuos; de esta manera se considera necesario retomar a la familia como parte

del **factor sistema familiar** de Dorotea Orem y que de acuerdo con otros autores representa:

Una institución biopsíquica y social, que tiende a satisfacer cierto tipo de necesidades físicas que la forman y que representa también una estructura cultural (Arizpe L, 1998).

Como grupo social e institucionalizado, con un sistema dinámico y por lo tanto cambiante, en donde los seres humanos, buscan satisfacer necesidades elementales o primarias como comer, dormir, alimentarse, las secundarias importantes como el amor, cariño, protección, indispensables en la preparación de los hijos para la vida adulta y la integración en la sociedad, por lo que las obligaciones constituyen la funcionalidad, el orden social y el desarrollo psicológico de cada persona (Millé G. L, 1993).

La familia “tradicional” mexicana fue ubicada durante mucho tiempo como una pareja con muchos hijos, donde la madre ocupaba el rol de administradora del hogar y el padre el rol de la manutención económica, este tipo de familia fue la predominante entre los años 40’a 60, para los años 70’ y 80’, la familia se compacta, hay menos hijos y el padre comienza a participar más en las labores del hogar y crianza de los hijos, así como las madres comienzan a salir a trabajar.

En la actualidad, la familia nuclear o conyugal esta conformada el padre, la madre y un número reducido de hijos y que debido a la situación actual se ha transformado y también es reconocida como familia extensa, la cuál surge a partir de la nuclear, más la convivencia de abuelos, tíos, primos, etc., que viven en un mismo hogar.

La familia nuclear, aun a pesar del tiempo, reconoce ciertas funciones, por ejemplo la mujer es un símbolo de procreación, de seguridad afectiva y emocional (conciliadora entre el padre y los hijos), que administra el hogar y que es dependiente económicamente y que proporciona sanidad, pero que se ha visto

motivada a buscar áreas donde pueda trascender, ser valorada y reconocida jurídica, política, cultural y económicamente (Arizpe L, 1998).

En lo que respecta a los padres, dentro de sus funciones esta el asumir el rol de satisfactor de necesidades o proveedor de los hijos y como formador o debilitador de normas en los hijos, aunque en la actualidad, es bien sabido que el padre que no participa en la dinámica familiar, no se puede considerar como miembro de una familia; si bien esto más bien es consecuencia de que los padres trabajan todo el día, no ven, no platican y no juegan con sus hijos, esto representa es un problema, pues favorece la incomunicación y obstaculiza la capacidad de conocer personas, interrelacionar con el entorno y el quehacer cotidiano; en el peor de los casos crea crisis familiares (Millé G. L, 1993).

Las crisis no son del todo malas, ya que sirven para reajustar y ordenar los estilos de vida y las necesidades de los integrantes, por lo que la familia en la actualidad no desaparece, solo se transforma y se reajusta de acuerdo a las necesidades individuales y sociales.

Un aspecto importante de retomar es la comunicación en la familia, pues está favorece de manera positiva que los integrantes expresen sus ideas, sentimientos, sensaciones, deseos, inquietudes, ansiedades, malestares y problemas, lo cuál llevaría a formar familias igualitarias o democráticas, donde los integrantes tienen la misma oportunidad de participar, expresarse, integrarse y desarrollarse conforme a su edad y a establecer un ambiente de respeto mutuo entre todos los integrantes, lo que ayudaría erradicar a las madres sumisas y a los padres dominantes (Snehendu K, 1995).

La comunicación es un elemento imprescindible en el proceso de la socialización del ser humano; ésta empieza en la familia y que de no existir dentro de la misma afecta a la larga de manera negativa a los seres humanos, ya que se han encontrado casos de aislamiento que puede desencadenar problemas como:

machismo, sometimiento y sumisión de la mujer, violencia intrafamiliar, desintegración familiar y social, delincuencia, drogadicción, alcoholismo, asesinatos, pandillerismo, embarazos prematuros, madres solteras y a otros factores negativos.

Otros elementos importantes a considerar dentro de la familia, son el respeto, la tolerancia y la comprensión entre los miembros en conjunto con la comunicación, ya que ayudan a la integración y organización familiar y social (González A. C, 1990).

Como se puede apreciar el adulto maduro tiene una vida muy dinámica y cambiante; si a esto se le agrega un problema de salud como es la hipertensión arterial, la cuál deteriora las funciones físicas, fisiológicas, psíquicas y sociales, se podría inferir que este padecimiento repercute directamente en la autopercepción de los adultos maduros y podría influir en sus actividades personales, familiares, sociales y aun más en sus capacidades para el autocuidado.

2.1.4 Hipertensión arterial, aspectos relacionados con la prevención de complicaciones.

El Consejo Mexicano en contra de la Hipertensión Arterial, menciona que: “La hipertensión arterial es un padecimiento de etiología múltiple, caracterizado por el aumento sostenido de las cifras de tensión arterial (sistólica, diastólica o ambas) igual o mayor a 140/90 mm de Hg, aunado a deterioro funcional y orgánico, con lesiones anatómicas de curso clínico variado e irregular, con predominio en vasos sanguíneos, corazón, riñón y cerebro. Afecta de manera diferente a los individuos y poblaciones (Alcocer D. B. Cardona M. G, 1997).

Es importante agregar a la anterior definición, que la hipertensión arterial es un proceso incurable, susceptible de ser controlado por tratamiento y que si se hace correctamente, las complicaciones van disminuyendo o desapareciendo.

Por otra parte, la mayoría de los pacientes con esta enfermedad no tienen síntomas específicos relacionados con su presión arterial, los cuales solo se identifican en el curso de la exploración física y el interrogatorio en las unidades de salud, donde suelen presentarse o referirse: cefalea, epistaxis, cambios en la visión, taquicardia, mareo, fatiga fácil o pérdida de fuerza, insomnio y nerviosismo.

La **hipertensión arterial** es una de las enfermedades crónicas, cuya manifestación es el aumento de la presión arterial y tiene como base una serie de alteraciones bioquímicas, de regulación celular y fisiopatológicas, caracterizada por trastornos exógenos y heterogéneos que pueden ser genéticamente heredados.

La hipertensión arterial es considerada además un síndrome multifactorial, que requiere de la observación de diversos factores como: edad, sexo, herencia, raza, consumo de sal, consumo exagerado de alcohol, tabaquismo y algunas enfermedades de base como diabetes, hipercolesterolemia, proteinuria, obesidad, aunada a una ingesta de alimentos altos en grasas, colesterol y carbohidratos, al consumo de café, el uso de anticonceptivos orales, el sedentarismo, la falta de actividad física y las emociones intensas contribuyen a la presencia de estrés.

Algunos autores mencionan que la hipertensión arterial incrementa la mortalidad general favoreciendo la aparición y el desarrollo de graves enfermedades, como la insuficiencia cardíaca y renal, el infarto de miocardio y otros síndromes coronarios agudos, así como accidentes cerebrovasculares (Waisman J, Carvajal H, Fernández A, Piskorz D, Bendersky M, 1999), por lo que conocer el **estado de salud** con respecto a esta enfermedad de acuerdo con Orem es un factor básico a considerar, valorar y vigilar.

Algunos expertos han clasificado a la hipertensión arterial de acuerdo a varios criterios (Montoya, Arango, Castaño, Cardozo, Romero, 1997:6-10):

A.-Según la causa en:

***Primaria o esencial:** no tiene causa conocida.

***Secundaria:** en ésta se encuentran como causas los trastornos de tipo renal (renovasculares), endocrinos o el embarazo.

B.- Según el daño orgánico:

Fase 1: no hay daño orgánico.

Fase 2: hay dos o más daños como alteración en la relación vena-arteria ocular, hipertrofia del ventrículo izquierdo, aumento de la creatinina plasmática o aumento de la proteinuria.

Fase 3: daño en cualquiera de los órganos riñón, corazón, retina y cerebro.

C.- De acuerdo a los valores de la presión arterial, se clasifica en:

Clasificación	Presión sistólica (mm de Hg.)	Presión diastólica (mm de Hg.)
Normal	< 130	< 85
Normal Alta	130-139	85-89
Estadio 1	140-159	90-99
Estadio 2	160-179	100-109
Estadio 3	180-209	110-119
Estadio 4	> 209	> 119

Para efectos de diagnóstico y tratamiento, la clasificación es:

Presión arterial óptima: <120/<80 mm de Hg.

Presión arterial normal: 120-129/80 - 84 mm de Hg.

Presión arterial normal alta: 130-139/ 85-89 mm de Hg.

Por etapas la Hipertensión arterial es:

Etapa 1(leve): 140-159/ 90-99 mm de Hg.

Etapa 2 (Moderada): 160-179/ 100-109 mm de Hg.

Etapa 3 (Severa): $\geq 180/ \geq 110$ mm de Hg.

Como se puede evidenciar la hipertensión arterial es una enfermedad muy compleja que requiere de mucha atención, vigilancia y control, el cuál tiene que ver, en la mayor parte, con cambiar hábitos, costumbres y estilos de vida, que en ocasiones resulta más benéfico que los mismos medicamentos. Es necesario reconocer que realizar cambios en la dieta, tener un programa de ejercicio, abandonar el hábito de fumar, ingerir poco alcohol y restringir el uso de tratamientos hormonales en mujeres, ayuda a disminuir las cifras de presión arterial.

Por otra parte el concepto: “modificaciones al estilo de vida” ha venido a sustituir al de “tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial”, muy ventajosamente, ya que:

En primer lugar, cuando se habla con el paciente de dieta, ejercicio, etc., en términos aislados y fuera de un contexto integral, el hipertenso tiene la impresión que se trata de algo artificial y temporal, mientras que si se habla de modificación permanente a su estilo de vida, se entiende que se requiere a un esfuerzo sostenido para modificar permanentemente hábitos indeseables, en la

alimentación, manera de enfrentar la relación con el entorno, actividad física y en el consumo de sustancias nocivas como el tabaco ó el alcohol.

En segundo lugar, estas acciones aunque son útiles para el tratamiento de la hipertensión, lo son más importantes para la prevención de las complicaciones y efectos indeseables de los medicamentos.

Modificar el estilo de vida, teóricamente es la mejor opción para el tratamiento antihipertensivo, pues es más barato, natural, con menores efectos colaterales y más seguros; sin embargo, hay que recordar que para que sean realmente útiles estas acciones, se requieren de un equipo profesional (enfermeras, dietistas, preparadores físicos, psicólogos, etc.), que vigile la evolución del tratamiento.

Por otro lado, Waisman J, Carvajal H, Fernández A, Piskorz D, Bendersky M, 1999, han encontrado que las modificaciones al estilo de vida tienen un índice de abandono, mayor que el tratamiento farmacológico. Sin embargo, cualquier intento exitoso de modificar estos hábitos, redundará en un mejor pronóstico para el paciente y en un consumo menor de medicamentos.

Así mismo, Waisman J. y col., evaluaron la posibilidad de acuerdo con las investigaciones que realizaron, en clasificar a los pacientes con hipertensión arterial en grupos, destacando además algunas recomendaciones propias para el cuidado y tratamiento de los pacientes con esta enfermedad:

Grupo A.

Pacientes con presión sanguínea elevada sin otros problemas. En este tipo de pacientes es primordial el tratamiento no-farmacológico, que corresponde a las modificaciones en los estilos de vida; entre las más importantes, se tienen:

a. ***Reducir el sobrepeso y mantener el peso normal***, ya en los estudios realizados por dichos autores, han comprobado incremento en la presión arterial (PA) relacionada con el incremento del peso corporal, por lo que la reducción del

peso excesivo disminuye la (PA) y mejora la respuesta a los fármacos antihipertensivos, mejora los valores de glucemia en los diabéticos, disminuye los valores de colesterol, triglicéridos y aumenta los niveles de C-HDL, factores que se hallan frecuentemente asociados en el paciente hipertenso.

b. **Reducir la ingesta de alcohol.** Si se detecta ingesta exagerada de alcohol debe ser reducida a menos de 30 ml de etanol/día, que equivalen a 250-300 cc de vino/día, o 500-600 cc de cerveza/día o 1-2 copas de licor, la ingesta de éste tiene efecto presor y aumento de la sensibilidad de las paredes vasculares, estimula el sistema nervioso simpático y aumenta la producción de hormonas corticoadrenales.

También es importante recordar que las personas delgadas son más susceptibles a los efectos del alcohol y por ello la cantidad máxima de 15 ml/día parece ser el límite más prudente.

c. **Aumentar la actividad física.** Los individuos sedentarios tienen una mayor prevalencia a la hipertensión arterial, por lo que un programa de ejercicio con caminatas de 30-60 minutos/día, paseos en bicicleta o labores de jardinería, para citar algunos ejemplos, puede disminuir la hipertensión arterial en forma significativa, ya que se disminuye la resistencia periférica, se modifican los niveles de catecolaminas circulantes, se aumenta la sensibilidad a la insulina (disminuye la resistencia periférica a la insulina y el hiperinsulinismo), mejora el balance hidroelectrolítico, produce cambios en los mecanismos barorreflejos, etc.

d. **Restringir la sal,** con una dieta hiposódica moderada (< 6 g/Na/día), ya que su reducción disminuye significativa de la presión arterial sistólica, diastólica y la prevalencia de hipertensión arterial en comunidades.

Los más beneficiados con la alimentación hiposódica son los pacientes, diabéticos e hipertensos severos.

e. **Eliminar definitivamente el tabaco.** La asociación de tabaquismo e hipertensión arterial aumenta notablemente el riesgo de un evento cardiocerebrovascular. Los hipertensos que fuman tienen también mayor posibilidad de padecer muerte súbita.

Fumar eleva la presión arterial, de allí que se recomienda medir la tensión arterial hasta después de 2 horas de haber fumado. Aunque no ha sido demostrado por estudios a largo plazo, en la práctica clínica se sabe que eliminar el tabaquismo ayuda a disminuir las cifras de presión arterial.

Los hipertensos deben evitar ser fumadores pasivos, ya que exponerse al humo del cigarro, lo que aumenta en forma significativa el riesgo de padecer un evento coronario.

f. **Reducir las grasas saturadas en la dieta.** La disminución de grasa saturada y colesterol en la alimentación es primordial en el tratamiento, prevención primaria y secundaria. El consumo de cereales, fibra vegetal, vegetales y frutas, combinados con bajas proporciones de productos animales magros y lácteos descremados como fuente principal de calcio y proteína ha resultado eficaz para reducir la presión arterial.

g. **Incorporar alimentos ricos en potasio.** Se sabe que el potasio podría tener efectos antihipertensivos: efecto directo, reducción de la actividad del sistema renina-angiotensina y del sistema nervioso simpático, aumento de la función de los barorreceptores y reducción de la resistencia periférica.

h. **Manejo del estrés.** La reducción de los factores psicosociales desfavorables, en el paciente hipertenso es de destacar, ya que el estrés aumenta la tensión arterial sistólica y diastólica, así como el aumento de las catecolaminas, cortisol, vasopresina, endorfinas y aldosterona circulantes, con disminución de la excreción urinaria de sodio.

Estas medidas no-farmacológicas deben ser evaluadas durante un máximo de 12 meses y si no se consigue normalizar la presión arterial elevada, se requerirá del uso de fármacos antihipertensivos.

Grupo B.

Pacientes con uno o más factores de riesgo (excepto diabetes mellitus), sin daño evidente de órgano blanco (hipertrofia ventricular izquierda, Accidente cerebro vascular, nefropatía, retinopatía), sin antecedentes de enfermedad cardiovascular. En este grupo también se prioriza el tratamiento no-farmacológico, basado en el cambio de estilos de vida, con extensión de 6 meses más, período al cabo del cual se consideraría la utilización de fármacos antihipertensivos.

Grupo C.

Pacientes con lesión de órgano blanco y/o enfermedades cardiovasculares (angina de pecho, infarto de miocardio, revascularización miocárdica o insuficiencia cardíaca). En este grupo se incorporan los pacientes que también tienen diabetes tipo 1 ó 2. Estos pacientes deben modificar en forma radical sus hábitos de vida nocivos y son tratados con drogas antihipertensivas.

Esta estratificación del riesgo permite enfocar mejor el tratamiento no farmacológico y farmacológico (Waisman J, Carvajal H, Fernández A, Piskorz D, Bendersky M, 1999).

2.2 Antecedentes

Enfermería como profesión se encuentra inmersa dentro del equipo de salud de manera activa y se identifica como una “disciplina teórico-práctica que tiene como objetivo el cuidado a seres humanos como un servicio de ayuda, de cooperación, de satisfacción de necesidades básicas, apoyo o compañía para el enfermo cuando éste no puede cuidarse por sí mismo, con el objetivo de ayudar a alcanzar el mayor potencial o para mejorar el modo de vida, y lograr el equilibrio y la independencia” (Orem, 1993:67).

El profesional de enfermería tiene el compromiso moral, social, personal y cultural con la comunidad, de brindar cuidados de calidad y calidez, que estén sustentados en bases teóricas.

Para este trabajo se eligió el enfoque de la **teoría general del déficit de autocuidado de Orem** (1993), ya que a partir de la misma se han desarrollado diversos trabajos en el ámbito hospitalario, docente y comunitario, para identificar los requisitos universales, de desarrollo y de desviación de la salud que presentan algunos grupos de población con patologías específicas como la Diabetes Mellitus, la hipertensión y la pancreatitis, entre otras (Bañuelos, Gallegos, 2001:101).

Por otra parte, se considera importante mencionar que Dorothea E. Orem, es una teórica dentro de Enfermería, muy reconocida, la cual inició sus estudios de Enfermería en Washington, en donde obtuvo una Maestría en ciencias en 1945, en el área de docencia en Enfermería. Fue integrante del Consejo de Salud del Estado de Indiana y del Departamento Norteamericano de Salud, Educación y Bienestar, en 1971 publicó el libro *Conceptos Enfermería en la práctica* (Marinner, 1999:175-176).

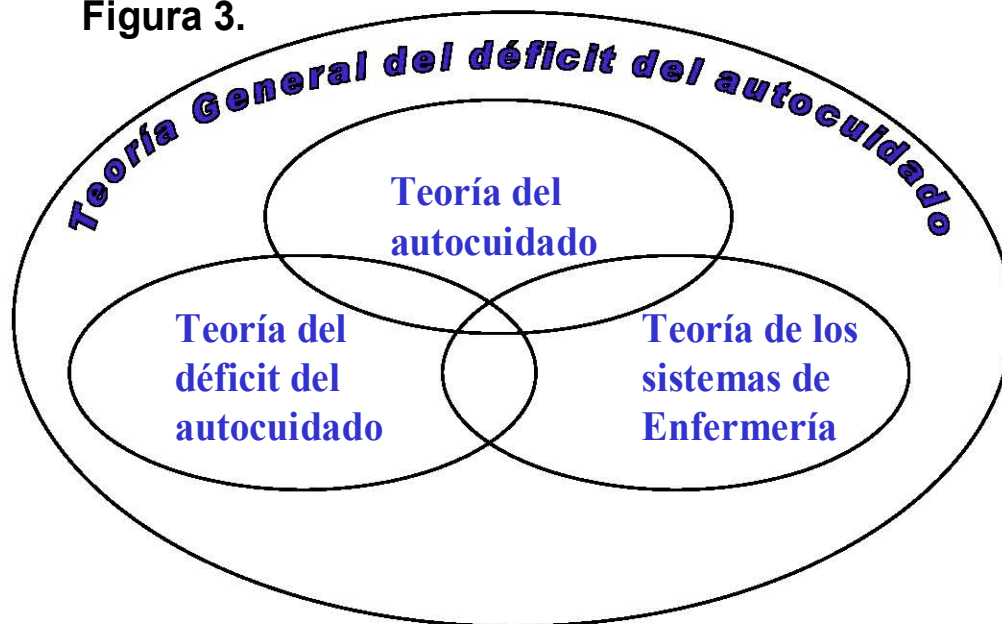
Uno de los conceptos más importantes de su obra y que resulta central y fundamental para la creación de su gran teoría del déficit del autocuidado, fue el

Autocuidado, el cual define como “la práctica de actividades que las personas maduras y en proceso de maduración inician y realizan, dentro de un marco temporal concreto, en su propio beneficio para lograr el mantenimiento de la vida, un funcionamiento saludable, el continuo desarrollo personal y su bienestar”(Orem, 1993:401).

A este respecto es de notar, que su gran teoría se divide en tres subteorías (Figura 3):

- 1. Teoría del autocuidado**
- 2. Teoría del déficit del autocuidado**
- 3. Teoría de los sistemas de enfermería.**

Figura 3.



Enfermería, Orem la define, como un “servicio de ayuda que se presta cuando las personas no son capaces de cuidarse por sí mismas, para mantener la vida, la salud y el bienestar”. Además suscribiendo que Enfermería puede desempeñar el rol de Agencia de cuidado, en donde “as enfermeras tienen la capacidad y

están educadas dentro del marco de una legítima relación interpersonal, al actuar, conocer y ayudar a las personas a satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutico y a regular el desarrollo o ejercicio de su agencia de autocuidado” (Orem, 1993:401).

Por otra parte Orem, menciona que Enfermería, se ocupa de las necesidades que tienen los individuos, cuando estos no son capaces de valerse por sí mismo, tomando medidas de autocuidado con el fin de ayudar al cliente (paciente) a conservar la vida y la salud, recuperarse de una enfermedad y hacer frente a los efectos ocasionados por las mismas.

Por lo anterior se entiende por Déficit de autocuidado, a la diferencia que se presenta entre la capacidad del individuo para atender sus propias necesidades y los requerimientos de cuidados terapéuticos de enfermería, lo cual exigen capacidades y habilidades especiales (Bañuelos, Gallegos, 2001:101).

La teoría del Déficit de Autocuidado de Orem (1993), esta compuesta de diversos conceptos, más sin embargo para esta investigación se retoma el concepto **factores básicos condicionantes**, el cual se define como “los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado, o afectan al tipo y cantidad de autocuidado” (Orem, 1993:153).

Por otra parte dichos factores se encuentran presentes para interferir y/o desarrollar las capacidades de autocuidado especialmente cuando se tiene un problema de salud y de acuerdo con Orem son: la edad, el sexo, el estado de desarrollo, el estado de salud, la orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, factores de disponibilidad y adecuación de los recursos.

Para poder operacionalizar e identificar empíricamente dichos factores se tuvo que realizar una revisión de los estudios existentes en diversas poblaciones y países.

2.2.1 Antecedentes de estudios relacionados con el concepto factores básicos condicionantes

En un estudio de la Universidad Nacional de Colombia, titulado "Factores básicos condicionantes y capacidades de la agencia de autocuidado asociados a estados de déficit de autocuidado en personas que padecen EPOC", se estudiaron 14 pacientes de ambos sexos, cuyas edades oscilaron entre 45 y 85 años, con diagnóstico de EPOC, internados para tratamiento en el Hospital de Santa Clara, en Bogotá. A través de la valoración de enfermería se identificaron los siguientes factores:

- 1.- El hábito de fumar es el principal factor básico condicionante de la enfermedad.
- 2.- El 50% de los pacientes son asiduos asistentes a la consulta de urgencias del hospital por dificultades de la función respiratoria.
- 3.- La disminución de la agudeza visual y auditiva son los principales limitantes de las actividades sociales del paciente, aun cuando la mayoría de ellos vive con la familia.
- 4- Los pacientes continúan ejerciendo su rol de padre o madre pero son económicamente dependientes.
- 5.- El 72.2% de los pacientes tiene la capacidad de salir de la casa y mantener cierto nivel de actividad recreativa, pese a la enfermedad.
- 6.- La capacidad para cuidar de sí mismo está condicionada a las restricciones que impone la enfermedad a la edad del paciente, a su motivación, y a la falta de información respecto a su estado de salud y al tratamiento de la enfermedad. (Bueno S., Martín H., Milady R; Villabona M H, 1988).

En el trabajo anterior se logró identificar algunos factores, que resultan importantes a investigar como el hábito de fumar, el contar con algún servicio de salud, la dependencia económica y la edad, así como las capacidades: agudeza visual, auditiva, deambulación, actividad recreativa, así como la importancia de contar con información respecto al estado de salud y tratamiento, elementos a retomar en esta investigación.

Otro estudio llamado “Los Factores básicos condicionantes que influyen en el autocuidado de las primigestas en trabajo de parto fisiológico inicial”, trabajo realizado por investigadoras de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica de Chile, en donde se reporta que la mujer puede participar activamente en el nacimiento de su hijo, durante el trabajo de parto, siempre y cuando posea conocimientos, habilidades y destrezas, que le permitan intervenir en su salud satisfaciendo los requisitos universales alterados.

El anterior estudio propone hallazgos en la aplicación del Modelo de Autocuidado en el área obstétrica, en la línea de investigación de promoción de la salud y autocuidado en el trabajo de parto y por otra parte pone de manifiesto que factores como la falta de conocimientos, habilidades y destrezas, influyen en el autocuidado de las primigestas.

Otro estudio realizado en Santiago de Chile, en la maternidad del Hospital Dr. Sotero del Río, estuvo compuesto por una muestra de 30 primigestas en trabajo de parto fisiológico inicial, donde se determinó que para la población estudiada, el no contar con un servicio o sistema de salud para su atención influyó significativamente y de manera negativa en su autocuidado. En cuanto a los factores personales, sociales y del estado de salud actual, no se demostró influencia estadísticamente significativa (Ibáñez V C., Ramírez M G., 1999).

Los dos anteriores trabajos demostraron que la mujer embarazada posee conocimientos, habilidades y destrezas, lo cual le permite intervenir en su salud y ayudar directamente en el trabajo de parto. Si esto lo trasladamos al caso de los adultos maduros con hipertensión arterial, podría ayudar a inferir que este tipo de pacientes, dada la experiencia vivida con su enfermedad, han adquirido conocimientos, habilidades y destrezas, que les permiten actuar y satisfacer sus demandas de autocuidado. Por otra parte, se hace énfasis en la importancia de contar con un servicio o sistema de salud, aspectos a retomar también para esta investigación.

El estudio “Factores básicos condicionantes y el déficit de autocuidado del paciente con diabetes mellitus Tipo 2”, sirvió para determinar la relación existente entre los factores condicionantes básicos, edad, sexo y sistema familiar con el déficit de autocuidado del paciente con diabetes mellitus, en este trabajo se eligió una muestra de 30 pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna, a los cuales se les aplicaron 3 instrumentos para la recolección de la información, uno consistió en la ficha de datos demográficos, otro cuestionario para determinar el déficit de autocuidado en pacientes con diabetes y el último sirvió para identificar el sistema familiar del paciente con diabetes.

Entre los resultados encontrados se menciona que la edad y sexo de estos pacientes no influyeron en el déficit de autocuidado y por otra parte se identificó una relación estadísticamente significativa entre el déficit de autocuidado y el sistema familiar (De la Cruz, 2002).

De este estudio se puede rescatar el hecho de que el sistema familiar o el apoyo familiar resultan determinantes y significativos para que las personas ejerzan el autocuidado; contar con alguien que los ayude y aún más, los motive y aliente, es fundamental, por lo que estos aspectos también se retomaron en este trabajo.

El estudio, “La influencia del apoyo educativo en la capacidad de autocuidado de pacientes con diálisis peritoneal ambulatoria”, el cual tuvo como objetivo determinar la influencia del apoyo educativo de enfermería en las capacidades de autocuidado de pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. Trabajo pre-experimental, longitudinal y comparativo, evaluó las capacidades de autocuidado antes y después de una intervención educativa. Utilizó el instrumento denominado “Escala de capacidades de autocuidado”, para valorar los factores básicos condicionantes (edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, dependencia económica, sistema de salud, enfermedades crónicas asociadas); y las capacidades de autocuidado en 47 pacientes de entre 17 y 81 años de edad, en el Hospital General del ISSSTE de Pachuca Hidalgo.

El análisis estadístico por t de Student, concluyó que el apoyo educativo de enfermería influyó significativamente en las capacidades de autocuidado incrementándolas (Solano, 2003).

Este trabajo es muy ilustrativo, ya que aporta factores básicos condicionantes como: edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación, estado socioeconómico y otras enfermedades adyacentes a la insuficiencia renal, los cuales fueron valorados en la anterior investigación y que fueron retomados para este trabajo.

Por tal motivo y de acuerdo a la revisión realizada de los estudios que abordan el concepto y la valoración de los factores básicos condicionantes, se pudo evidenciar que éstos tienen una gran relación con las capacidades de autocuidado, ya que los primeros influyen al limitar o disminuir aquellas capacidades propias del individuo, sobre todo cuando se tiene un problema de salud, por lo que esta revisión ayudó a comprender y valorar los factores básicos condicionantes como:

La edad y el estado de desarrollo, los cuales de acuerdo con Orem, influyen de manera importante en el estado de salud de las personas (Orem, 1993:153), lo cual también se pudo evidenciar en la revisión, puesto que la edad era un factor el cual se valoraban en estas investigaciones.

El sexo, el cual influye en las demandas de autocuidado, dadas las características sociales de cada población (Orem, 1993:153).

Es por todos reconocido que el sexo de las personas determina en la sociedad el rol que han de cumplir, es decir existe una fuerte influencia de los factores culturales en los comportamientos de las mujeres respecto al de los hombres y dichas diferencias también se hacen visibles en sus respuestas ante la enfermedad y los modos de enfrentarla, por lo que explorar ésta variable ayudará a ver parte de la dimensión **orientación sociocultural**.

Con respecto a los **factores del sistema familiar**, se pudo evidenciar en la revisión que la familia es fundamental para las personas y aun más cuando se presenta un problema de salud, ya que ésta influye directamente para que se desarrolle el autocuidado, al alentar y motivar a las personas y/o en determinados momentos funciona como apoyo o como agencia de autocuidado de las personas (Orem, 1993:153), por lo que esta dimensión se podría valorar a través de investigar el estado civil, saber con quién vive, tipo de familia, de cuál de sus familiares recibiría apoyo en caso de una enfermedad y por cuanto tiempo.

El factor de disponibilidad y adecuación de los recursos, es uno de los factores más significativos que influye directamente en el autocuidado, ya que el hecho de no disponer de recursos económicos, limita la posibilidad de modificar y ejercer ciertos cuidados, por lo que se considera necesario investigar la cantidad que se invierte en el tratamiento y el cuidado de la hipertensión mensualmente y su relación con la ocupación que tienen actualmente los pacientes, para valorar esta dimensión.

Por otra parte el **factor ambiental**, no es mencionado en los estudios analizados en este trabajo, más sin embargo, de acuerdo con los antecedentes revisados con respecto a la hipertensión arterial y de acuerdo a la experiencia profesional, el hecho de vivir en grandes ciudades o en colindancia con las mismas, representa para la población que ahí vive un factor para que se desarrolle el estrés, además esta enfermedad ha ido creciendo en lugares donde antes no se había encontrado, por lo que investigar el lugar de residencia actual de las personas resultará importante.

El estado de salud, es otro factor importante a investigar ya que algunos de los estudios revisados destacaron la importancia de tener el diagnóstico de la enfermedad relacionada con el concepto factores básicos condicionantes y la presencia de enfermedades crónicas asociadas; en este caso, se indagó sobre

los años de ser hipertenso (a) y las enfermedades asociadas como la Diabetes tipo 2 y la obesidad, resulta primordial para esta investigación (Velásquez M. O, Rosas P. M, Pastelín H: 82).

Los factores del sistema de cuidados, resultan dimensiones importantes a valorar para el paciente, ya que contar con un servicio o sistema de salud a donde acudir para atenderse resulta fundamental, por lo que se preguntó cual o cuáles son los servicios de salud a los que acuden las personas para controlar su presión arterial.

La orientación sociocultural y el patrón de vida, **son factores de vital importancia y uno de los más difíciles de valorar, debido al alto grado de subjetividad que representa investigar algunos hábitos o costumbres, como la actividad física y/o recreativa, el consumo de sal y alimentos ricos en grasas saturadas y colesterol, el tipo de producto que utilizan para freír los alimentos, el hábito de fumar y e ingerir bebidas alcohólicas, elementos que se incluyeron en la presente investigación y que fueron considerados en esta dimensión.**

2.2.2 Antecedentes de estudios relacionados con el concepto Capacidades de Autocuidado

Otro de los conceptos retomados de la **teoría general del déficit de autocuidado de Orem** (1993), para esta investigación, es el concepto de **capacidades de autocuidado**, término que según Gallegos, distinguida investigadora en Enfermería de la Universidad de Nuevo León, ha operacionalizado para su aplicación empírica en diferentes tipos de población en México. Tal es el caso de los pacientes diabéticos, quienes para llevar a cabo las acciones de autocuidado, necesitan desarrollar capacidades especializadas de tipo físico, mental, emocional y motivacional y de orientación. Estas mismas capacidades cobran importancia vital cuando los pacientes manifiestan los efectos que la enfermedad trae a la totalidad de su vida (Gallegos, 1999:25).

El estudio, “Las capacidades de autocuidado del adulto con diabetes tipo 2”, reportó que existen capacidades especializadas de autocuidado y resalta la responsabilidad que tienen los diabéticos para con su enfermedad, su tratamiento, así como la necesidad de cambiar hábitos y actitudes (Gallegos, 1999:25).

Con lo anterior es importante para los individuos, conocer la responsabilidad que tienen en el control de su enfermedad y su tratamiento, lo cual podría generar cambios en los hábitos y costumbres de pacientes como pudiera ser el caso de los adultos maduros con hipertensión Arterial.

Por otra parte en el estudio denominado “Autocuidado y control de los adultos mayores con Diabetes”, consistió en examinar el efecto de la edad, la educación, el estado de salud, las capacidades y acciones de autocuidado así como determinar la influencia del autocuidado en el control glucémico. Para ello se estudiaron 90 adultos mayores de ambos sexos a quienes se les aplicaron cuatro escalas y realizaron determinaciones clínicas y bioquímicas. Se concluyó que el control glucémico en el adulto mayor está influido por sus capacidades y sus acciones de autocuidado, pero aún más por factores como: edad, escolaridad, años con diabetes y recursos disponibles para ejercer el autocuidado (Bañuelos y Gallegos, 2001:100).

Al respecto este trabajo es importante, pues en esencia manifiesta que las capacidades influyen de manera directa sobre el autocuidado, aunque hay que retomar factores como la edad, la escolaridad, los años con diabetes y en comparación con la presente investigación, los años con hipertensión arterial y los recursos disponibles para poder ejercer el autocuidado.

En el trabajo “Capacidades de autocuidado de los hipertensos”, se expone un plan de atención al paciente con hipertensión arterial sistémica, aplicando el modelo

teórico de Orem y se sugiere su aplicación como tema de investigación con el propósito de validar estadísticamente las medidas preventivas más importantes que debe conocer el paciente, como son: dieta, ejercicio, conocimiento y registro de la presión arterial, llegando además a la conclusión que el modelo teórico de Orem permite valorar al individuo en los aspectos físicos, psicológicos y sociales, obteniéndose diagnósticos más precisos y por lo tanto intervenciones de enfermería en todos los niveles de atención (De la Cruz, 2000:24).

En dicho plan de atención, se pone de manifiesto la importancia de realizar investigaciones en donde se involucren personas hipertensas y se retome el modelo teórico de Orem, así como se rescaten medidas como el ejercicio, la dieta y el conocimiento del estado de salud con respecto a la hipertensión. Otro aspecto a considerar es que se sugiere valorar al individuo desde sus tres dimensiones: la dimensión física, psicológica y social, las cuales se consideraron para poder realizar una valoración integral del individuo hipertenso con respecto a sus capacidades.

En otro estudio denominado “La capacidad de autocuidado del adulto mayor hospitalizado en los servicios de medicina y cirugía del hospital Herminda Martín de Chillán, Chile”, se observó la capacidad de autocuidado de 196 adultos mayores y los factores sociodemográficos y de salud que inciden en ella, a través de un instrumento que incluyó la escala de Barthel, para evaluar las capacidades físicas, la de Pfeiffer para valorar la capacidad mental y la Escala Visual Análoga del Dolor. Los resultados señalan que hay relación estadística significativa entre el estado de salud mental, la dificultad para tragar, la explicación sobre ingesta de medicamentos y las capacidades de autocuidado del adulto mayor (Carranza M. J., Chávez C. F., Chávez P. S., 1995:37)

En este trabajo se reconoce que el estado mental y la dificultad para tragar, son características en algunos pacientes ancianos o adultos mayores, pero aun así, es de considerar que la hipertensión arterial, sus complicaciones y secuelas pueden

llegar a producir este tipo de alteraciones, lo que se traduce en limitantes con respecto a las capacidades del adulto maduro en esta etapa de la vida y que resultaron importantes investigar.

En la investigación denominada “El grado de dependencia y las capacidades de autocuidado del paciente adscrito al programa de atención domiciliaria al enfermo crónico (ADEC)”, realizado en Monterrey Nuevo León, se estudió la relación que existe entre el grado de dependencia y el perfil sociodemográfico de 50 pacientes del programa ADEC, para lo cual se aplicó la Escala o Índice de Barthel y otro instrumento que analiza algunas características sociodemográficas; los resultados mostraron que a menor escolaridad, existe un mayor grado de dependencia.

En el análisis entre grado de dependencia y sexo, nivel socioeconómico, estado civil y ocupación no se obtuvo significancia estadística, pero además se llegó a la conclusión de que para el personal de enfermería es esencial obtener una historia sanitaria del paciente así como contar con un instrumento que permita valorar su grado de dependencia, ya que de esta manera se determinaría la capacidad del paciente para realizar su autocuidado a fin de dirigir las intervenciones de enfermería con base en sus necesidades reales (Calderón, 2002:48).

Es válido suponer que el género, el nivel socioeconómico, el estado civil y la ocupación podrían intervenir de diversas formas en procesos patológicos y/o enfermedades, aun cuando en trabajos como el anterior no se muestre una relación estadísticamente significativa, aunque estos elementos o variables no se dejaron de considerar en esta investigación.

Por otro lado se pone de manifiesto la necesidad de contar con instrumentos propios de enfermería para realizar valoraciones, por lo que esta investigación, propone un instrumento que valora las capacidades de autocuidado.

En el estudio “La dependencia y necesidades de cuidados no cubiertas de las personas mayores de una zona de salud de Zaragoza, España”, se estimó el grado de dependencia de las personas mayores de 75 años para realizar las

actividades del cuidado personal, así como los factores asociados con las necesidades de cuidados no cubiertas.

Se utilizó el índice de Katz para valorar la capacidad funcional para las actividades del cuidado personal, las características sociales, demográficas, auto-percepción de salud y depresión, se valoraron con la escala de depresión de Yesavage.

Algunas conclusiones incluyen que el porcentaje de personas mayores con dependencia es elevado, que el apoyo en las actividades del cuidado personal de los mismos es proporcionado exclusivamente por la familia; que el modelo de atención a las personas mayores debería incluir servicios de apoyo emocional, económico y social a la familia, así como establecer una especial atención sobre las personas con dependencia que viven solas y con escasos recursos materiales (Tomás, 2002; 215).

El adulto maduro con hipertensión arterial, con sus complicaciones y en ocasiones con sus secuelas incapacitantes, puede llegar a presentar dificultades para realizar muchas de sus actividades del cuidado personal, así como una auto-percepción del estado de salud tan negativa que llegue a ocasionar otra alteración muy importante como es la depresión, la cual se agrava cuando estas personas carecen del apoyo emocional, social e inclusive el económico que se obtiene solo de la familia.

El estudio "Impacto Educativo de enfermería en la capacidad de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial", se llevó a cabo con pacientes de consulta externa en el Hospital General de Pachuca Hidalgo y cuyo objetivo fue medir el impacto del apoyo educativo de Enfermería en la capacidad de autocuidado, en los pacientes con hipertensión arterial, considerando este apoyo como una actividad dinámica que implica enseñar a una persona a tener conciencia de su propio estado de salud, repercutiendo de manera trascendental en las

capacidades de autocuidado del individuo para hacerse responsable del cuidado de si mismo.

Su Diseño fue de tipo pre-experimental con diseño de pre-prueba y post-prueba, con un solo grupo para valorar el impacto del apoyo educativo de Enfermería, el universo lo conformaron 517 pacientes de la consulta externa, la muestra fue por conveniencia con 39 pacientes entre 35 y 60 años de edad, de ambos sexos.

En esta investigación se mostró que después del programa educativo mejoraron las capacidades de autocuidado de los pacientes en estudio, repercutiendo en el aprendizaje y adquisición de habilidades para el autocuidado, lo cual coincide con otros estudios similares [Morysky, (1983), Crespo Peinado (1996) y Contreras Patiño (1999)], quienes encontraron cambios positivos de conducta, después de los programas aplicados.

En este trabajo se resalta la importancia de valorar las capacidades de autocuidado y las situaciones que limitan, obstaculizan o ayudan a las personas a crear conciencia y responsabilidad con respecto al estado de salud que viven, lo cual puede ser muy valioso para prevenir y limitar complicaciones que suelen ser invalidantes y en el peor de los casos mortales.

Capítulo III

Metodología

3.1 Tipo de investigación:

Esta investigación es considerada de tipo descriptivo, transversal, analítica y correlacional.

3.2 Universo y muestra

3.2.1 Población: Adultos maduros con hipertensión arterial que acuden a la consulta Externa de Cardiología del Hospital General de México y, que de acuerdo con las estadísticas del Departamento de Planeación, son 313 por mes aproximadamente.

3.2.2 Muestra: estuvo integrada por 100 adultos maduros con hipertensión arterial.

3.2.2.1 Tipo de Muestreo: No Probabilístico.

3.2.2.2 La selección de la muestra: Por conveniencia (intencional ó selectiva)

3.3 Características de las unidades de observación:

3.3.1 Criterios de inclusión: Se incluyeron a pacientes con hipertensión arterial:

- Con un año o más de evolución.
- De ambos sexos.
- Entre la edad de 40 a 59 años.
- Que aceptaran participar en la investigación, a través del consentimiento informado.
- Alfabetos y analfabetos.

- Que hablaran español u otro dialecto, siempre y cuando

su acompañante hablara español y aceptase participar como intérprete.

- Que acudieron a la consulta externa de Cardiología en el Hospital General de México en el turno Matutino, del 20 de Septiembre del 2004 al 29 de Octubre del mismo año.

3.3.2
Criterios de
exclusión:

- Se excluyeron a todos aquellos pacientes que no reunieron los criterios de inclusión antes mencionados, así como aquellos pacientes con alguna alteración neurológica o mental que les impidió comunicarse durante la aplicación de la entrevista.

3.3.3
Criterios de
eliminación

- Se eliminaron todos aquellos participantes que desistieron de participar durante la aplicación de la entrevista o que se negaron a contestar todas las preguntas de la misma.

3.4 Operacionalización de las variables de estudio

3.4.1 Factores básicos condicionantes

3.4.1.1 Definición Conceptual de los Factores básicos condicionantes: De acuerdo con *Orem*, son “los factores internos o externos a los individuos que afectan a sus capacidades para ocuparse de su autocuidado, o afectan al tipo y cantidad de autocuidado” y son 10: la edad, el sexo, el estado de desarrollo, el estado de salud, la orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, factores de disponibilidad y adecuación de los recursos(*Orem*, 1993: 153), los cuales posteriormente ayudarán a determinar las variables y lograr la operacionalización de dichos factores

3.4.1.2 Definición Operacional de los Factores básicos condicionantes: son elementos o características personales, sociodemográficas, socioeconómicas, socioculturales y del estado actual de la hipertensión arterial que se encuentran presentes en los adultos maduros para intervenir y/o desarrollar las capacidades para el autocuidado.

Dimensiones	Nombre de la variable.	Tipo de variable.	Nivel de medición	Codificación e Indicadores.	Número de ítem
Datos personales y sociodemográficos.					
Edad. Estado de desarrollo	1. Edad	Cuantitativa	Intervalar	La que refiera el paciente en años cumplidos.	1.
Sexo.	2. Sexo	Cualitativa	Nominal	1. Femenino. 2. Masculino.	2.
Factores del sistema familiar	3. Estado Civil	Cualitativa	Nominal	1. Casado 2. Divorciado 3. Soltero 4. Unión Libre 5. Viudo.	3.
Orientación Sociocultural	4. Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	1. Analfabeta 2. Solo sabe leer y escribir. 3. Primaria Completa 4. Secundaria Completa 5. Preparatoria o Bachillerato completo 6. Técnico Profesional 7. Carrera Universitaria 8. Postgrado o Maestría	4.
Factor ambiental	5. Lugar de residencia en la Republica Mexicana	Cuantitativa	Nominal	El estado de la Republica Mexicana que refiera el paciente.	5.
Factores de disponibilidad y adecuación de los recursos	6. Ocupación	Cualitativa	Nominal	1. Desempleado (a) 2. Jubilado 3. Obrero asalariado 4. Oficio 5. Servicio de limpieza 6. Pequeño comerciante 7. Hogar 8. Campesino jornalero o que trabaja sus tierras 9. Profesionista. 10. Otra	6.
Estado de salud	7. Grado de Estrés por ocupación	Cualitativa	Ordinal	0. Nada 1. Poco 2. Mucho	7.
	8. Servicios de salud a los			1. Solo el hospital General de México 2. IMSS 3. ISSSTE 4. Centro de	

3.4.2 Capacidades de Autocuidado

3.4.2.1 Definición Conceptual de las Capacidades de Autocuidado

De acuerdo con **Orem** (1993), "Constituyen las habilidades desarrolladas que juntas forman la agencia de autocuidado de las personas para realizar de manera efectiva su autocuidado, dentro de un marco temporal adecuado" (Orem, 1993:402).

3.4.2.2 Definición Operacional de las Capacidades de Autocuidado: con respecto a la operacionalización del concepto Capacidades de Autocuidado, es necesario entender que para valorarlas de una forma integral y holística se requiere retomar las tres dimensiones (la dimensión física, psicológica y la social), por lo que las **Capacidades de Autocuidado**, son las Capacidades generales para el autocuidado del adulto Maduro, que para fines de esta investigación se dividieron en tres, Capacidades: Físicas, Psicológicas y Socio-familiares, que son distintas una de la otra, pero que son indispensables en su conjunto para desarrollar el autocuidado.

Por otra parte se consideró necesario definir operacionalmente cada dimensión por lo que:

3.3.2.2.1 Las Capacidades físicas para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial: son aquellas capacidades fisiológicas y funcionales que posee el Adulto Maduro y ha desarrollado, para llevar a cabo su autocuidado. Para definir la dimensión **Capacidades físicas**, se tomaron en cuenta 10 variables.

Nombre de la variable.	Tipo de variable.	Nivel de medición	Codificación e Indicadores.	Numero de ítem
Capacidad Auditiva.	Cualitativas	Ordinal	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Más o menos 4. Casi nunca 5. Nunca	35.
Capacidad Visual.				36.
Capacidad para comunicarse con los demás				37.
Capacidad para la Flexión de las Articulaciones				38.
Fuerza Muscular.				39.
Capacidad para realizar Actividades de Arreglo e higiene Personal				40.
Capacidad para realizar Actividades en el hogar.				41.
Capacidad para subir y bajar escaleras				42.

Capacidad para caminar Aproximadamente un kilómetro.				43.
Capacidad para trasladarse en transporte publico.				44.

3.3.2.2 Las capacidades Psicológicas para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial: son las capacidades cognoscitivas, motivacionales, emotivas y de memoria, que ha desarrollado y que posee el adulto maduro para llevar acabo acciones y actividades de autocuidado.

Para definir la dimensión **Capacidades Psicológicas**, se tomaron en cuenta 10 variables.

Nombre de la variable.	Tipo de variable.	Nivel de medición.	Codificación e Indicadores.	Numero de ítem
Satisfacción por lo realizado en la vida	Cualitativas	Ordinal	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Más o menos 4. Casi nunca 5. Nunca	45.
Responsabilidad para el cuidado de la Hipertensión.				46.
Capacidad para el control del estrés				47.
Planteamiento de metas de Autocuidado				48.
Capacidad para la motivación.				49.
Capacidad para planear y organizar actividades de autocuidado.				50.
Capacidad para retener información de su Autocuidado				51.
Capacidad para identificar Los efectos secundarios de los medicamentos para el control de la Hipertensión.				52.
Capacidad para el cambio en favor del autocuidado				53.
Capacidad para Identificar los signos y síntomas de alarma (cefalea, acúfenos, fosfenos y mareo), de aumento de la presión arterial.				54.

3.3.2.2.3 Las Capacidades Socio-familiares para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial: son las capacidades para relacionarse, interactuar, participar, convivir, compartir tiempo y comunicarse con la familiar o la sociedad que le rodea a los adultos maduros con hipertensión arterial y que son elementos inseparables de este grupo de personas para crear redes de apoyo que en un determinado momento, le proporcionan confianza y seguridad para desarrollar su autocuidado.

Para definir la dimensión **Capacidades Socio-familiares**, se tomaron en cuenta 10 variables.

Nombre de la variable.	Tipo de variable.	Nivel de medición.	Codificación e Indicadores.	Numero de ítem
Capacidad para convivir con la gente que le rodean.	Cualitativas	Ordinal	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Más o menos 4. Casi nunca 5. Nunca	55.
Capacidad para hacerse de amistades				56.
Capacidad para mantener relaciones con otras personas				57.
Capacidad para la participación en su comunidad.				58.
Capacidad para la convivencia con la comunidad.				59.
Capacidad para compartir la experiencia de ser Hipertenso (a) con otras personas				60.
Capacidad para relacionarse con su familia.				61.
Capacidad para dar apoyo y resolver problemas con su familia.				62.
Capacidad para dar y compartir tiempo con la familia				63.
Capacidad para comunicarse con su familia				64.

3.5 Hipótesis

Por lo que respecta a las hipótesis de investigación, se plantearon las siguientes:

3.5.1 Ha: Existe relación lineal entre los factores básicos condicionantes y las capacidades generales para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial que acuden a la consulta externa de cardiología del Hospital General de México.

Ho: No existe relación lineal entre los factores básicos condicionantes y las capacidades generales para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial que acuden a la consulta externa de cardiología del Hospital General de México.

3.5.2 Ha: Existe relación lineal entre los factores básicos condicionantes y las capacidades físicas para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial que acuden a la consulta externa de cardiología del Hospital General de México.

Ho: No existe relación lineal entre los factores básicos condicionantes y las capacidades físicas para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial que acuden a la consulta externa de cardiología del Hospital General de México.

3.5.3 Ha: Existe relación lineal entre los factores básicos condicionantes y las capacidades psicológicas para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial que acuden a la consulta externa de cardiología del Hospital General de México.

Ho: No existe relación lineal entre los factores básicos condicionantes y las capacidades psicológicas para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial que acuden a la consulta externa de cardiología del Hospital General de México.

3.5.4 Ha: Existe relación lineal entre los factores básicos condicionantes y las capacidades socio-familiares para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial que acuden a la consulta externa de cardiología del Hospital General de México.

Ho: No existe relación lineal entre los factores básicos condicionantes y las capacidades socio-familiares para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial que acuden a la consulta externa de cardiología del Hospital General de México.

3.6 Instrumento de medición

3.6.1 Descripción del Instrumento

Se elaboró un cuestionario que consta de 64 ítems, en dos escalas: la escala “A” que valora los factores básicos condicionantes y la escala “B” que valora las capacidades para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial (Anexo 2).

La escala A abarca los Ítems del 1 al 34, donde se plantearon preguntas con opciones de respuesta múltiple, abiertas y dicotómicas, previamente codificadas durante la operacionalización de las variables (ver variables de estudio).

En la escala B se incluyen los ítems 35 al 64 y esta dividida a su vez en tres partes, las cuales valoran las capacidades generales para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial.

La escala B 1 corresponde a los 10 ítems (35 al 44) que valoran las capacidades físicas.

La escala B 2 a los 10 ítems (45 al 54) que valoran las capacidades psicológicas.

La escala B 3 a los 10 ítems (55 al 64) que valoran lo concerniente a las capacidades socio-familiares.

Por otra parte en cada ítem se plantearon cinco posibles respuestas, de acuerdo con la escala tipo likert modificada que se empleó en este instrumento, siendo estas:

Respuesta	Valor asignado
Siempre	5 puntos
Casi siempre	4 puntos
Más o menos	3 puntos
Casi nunca	2 puntos
Nunca	1 punto

De acuerdo a las respuestas y al puntaje antes mencionado, se realizó la interpretación de resultados de las escalas, los cuales se muestran en el anexo 3.

3.6.2 Validez y confiabilidad del instrumento

Con respecto a la validez del instrumento, se alcanzo una validez de contenido por juicio de 6 expertos.

Por otra parte se obtuvo la confiabilidad interna de los ítems 35 al 64, correspondientes a la escala diseñada y denominada capacidades para el autocuidado del adulto maduro con hipertensión arterial, la cual se calculó, a través de la obtención del Coeficiente de alfa de Cronbach, para lo que se retomaron 30 casos, obteniéndose un alfa de .8072.

3.7 Procedimientos en la investigación.

3.7.1 Estudio piloto

El estudio piloto fue realizado en la consulta externa de Cardiología del Hospital General de México, previa autorización del jefe del mismo servicio y con el

conocimiento del Departamento de Gestión y Enseñanza para el cuidado de enfermería.

El estudio piloto fue realizado del 13 al 17 de septiembre del 2004, en donde se incluyeron 30 pacientes del servicio. El estudio piloto, fue de mucha utilidad, ya que ayudo a mejorar la redacción de las preguntas y a concretar las opciones de respuesta para lograr que el instrumento fuese más claro, entendible y válido en su contenido.

Por otra parte se obtuvo un alfa de Cronbach de .8072 en el análisis para obtener la confiabilidad interna de los ítems, de la escala denominada capacidades generales para el autocuidado del adulto maduro con hipertensión arterial.

3.7.2 Recolección de datos

La recolección de la información, se realizó en la consulta externa de cardiología en el Hospital General de México, en el turno matutino del 20 de septiembre al 29 de octubre del 2004, a través de la aplicación de cien entrevistas directas con cuestionarios estructurados, los cuales fueron aplicados por el autor de este estudio, con técnica de entrevista, en un período promedio aproximado de 30 minutos, previa información y explicación de la investigación, así como de la firma del consentimiento Informado.

3.7.3 Análisis de los datos

Los datos, se procesaron con el programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 11, para el análisis descriptivo e inferencial de la información recolectada, donde se obtuvieron medidas diversas de acuerdo al tipo de variable y a su nivel de medición.

Con respecto a la interpretación de resultados de la pregunta 1 a la 34, que incluye la escala A para la valoración de los factores básicos condicionantes, se

calculó el puntaje total de acuerdo con la respuesta en cada pregunta, obteniéndose frecuencias, porcentajes y promedios o medias de las mismas.

La interpretación de resultados de la pregunta 35 a la 64, concernientes a la valoración de las capacidades generales para el autocuidado, se realizó de la siguiente manera: se obtuvo un puntaje por escala (escala B1, B2, B3) y otro general (escala B) de las tres escalas que componen las capacidades generales para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial, el cual se comparó con el puntaje registrado en el instrumento de interpretación de resultados de las escalas de capacidades generales para el autocuidado, para obtener una calificación que nos muestre el grado de capacidades que poseen los participantes en el estudio (Anexo 3).

Por otra parte de acuerdo a las hipótesis de investigación planteadas con anterioridad se realizó el análisis inferencial con las pruebas de Correlación de Pearson y Spearman, respectivamente.

3.8 Aspectos éticos

Se omite el riesgo de peligro, por no existir manipulación con tratamientos o experimentos que pongan en riesgo la integridad de los sujetos de estudio.

Se buscó el consentimiento informado (Anexos 1), ya que de esta forma se promovió el diálogo e interacción enfermero-paciente, así como la libre participación, garantizándose además el anonimato y la confidencialidad acerca de los datos recopilados, al no incluir el nombre y ubicación de los participantes de esta estudio, dando además el derecho de negarse a continuar participando durante la aplicación de la entrevista y estableciéndose el compromiso de publicar los resultados en el Hospital General de México.

Capítulo IV

Resultados

IV. Resultados

En la presente investigación se usó un instrumento que valoró los factores básicos condicionantes y las capacidades para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial, el cual se aplicó a través de una entrevista estructurada. El instrumento se sometió al juicio de 6 expertos para obtener la validez de contenido y para medir la confiabilidad se aplicó el estadístico Alfa de Cronbach, obteniéndose un índice de 0.8236 en la dimensión denominada capacidades para el autocuidado, mientras que en la escala de capacidades físicas se obtuvo un alfa de 0.6161, en la de capacidades psicológicas fue de 0.8088 y por último en la de capacidades socio-familiares, se reportó 0.7259.

Para analizar los resultados se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 11, para realizar el análisis descriptivo por reactivo, y por puntuación total de acuerdo con la escala elaborada de capacidades para el autocuidado. Finalmente se realizó análisis Inferencial a través de pruebas de correlación bivariadas (Correlación de Pearson y Spearman).

4.1 Descripción de la muestra (sujetos) y resultados correspondientes a los Factores básicos condicionantes de los adultos maduros con hipertensión arterial.

La muestra se compuso de 100 personas de las cuales 88 (88%) son mujeres y 12 (12%) hombres. La edad de los entrevistados fue de entre los 40 y 59 años de edad, con una media de 51 años (S 6), todos ellos con diagnóstico de hipertensión arterial confirmada por un médico.

Estado civil, 55 (55%) manifestaron ser casados, mientras 17 (17%) correspondieron a los entrevistados que viven en unión libre, seguidos de 14 (14%) divorciados y 10 (10%) que manifestaron ser solteros, siendo por último 4 (4%) las personas que dijeron ser viudas.

Escolaridad de los entrevistados, 37 (37%) tienen primaria completa, 21 (21%)

sólo saben leer y escribir y 17 (17%) mencionaron tener estudios técnicos profesionales, mientras que 9 (9%) tenían secundaria, 8 (8%) preparatoria y 6 (6%) son analfabetas, siendo por último 2 (2%) las personas que refirieron tener una formación profesional Universitaria.

Residencia actual, 55 (55%) viven en el DF., mientras 36 (36%) radican en el Estado de México y solo 9 (9%) manifestaron vivir en otros estados de la República Mexicana.

Ocupación, 58 (58%) personas dijeron dedicarse al hogar, 9 (9%) al comercio, 6 (6%) trabajaban como profesionistas, 4 (4%) tienen un oficio, 3 (3%) se prestan servicios de limpieza y por ultimo 20 (20%) personas comentaron dedicarse a otras ocupaciones.

Autopercepción del estrés percibido por la ocupación que tienen los sujetos, 44 (44%) mencionaron sentir mucho estrés, 36 (36%) tener poco y sólo 20 (20%) no manifestaron sentir estrés por su ocupación (Gráfica 1).

Gráfica 1.

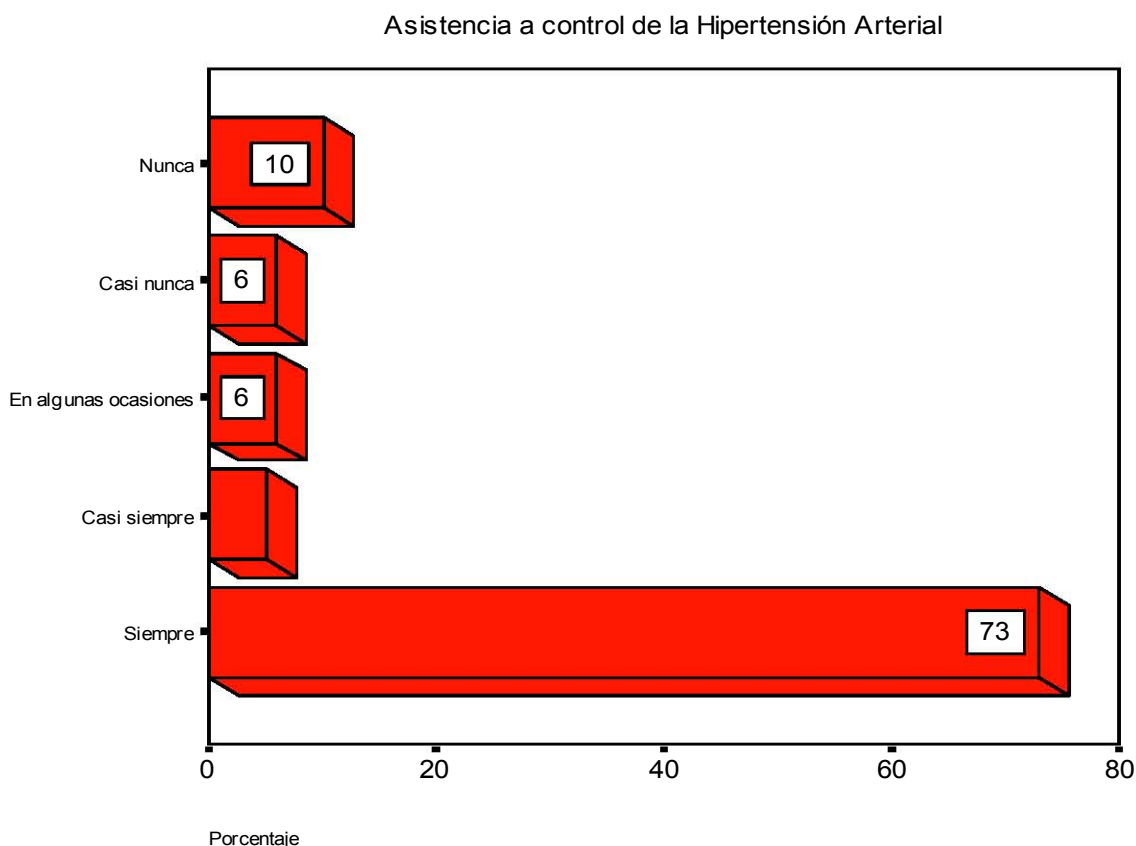


Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos maduros del servicio de consulta externa de cardiología del HGM, Agosto-Septiembre del 2004.

Servicios de salud a los cuales acuden para controlar su hipertensión arterial los adultos maduros, el 100% de la población mencionó que el Hospital General de México es el lugar de donde acuden para controlar su presión y de este porcentaje, solo 2 personas (2%) mencionaron también atenderse en el IMSS y en el centro de salud. Cabe mencionar que de los 100 pacientes, 73 (73%) comentaron siempre asistir a sus consultas, mientras 10 (10%) manifestaron nunca asistir (solo cuando se sienten mal), 12 (12%) mencionaron que casi nunca o en algunas ocasiones acudían al hospital y por ultimo solo 5 (5%) mencionaron que casi siempre acudían a sus citas de control (Gráfica 2).

n = 100

Gráfica 2.

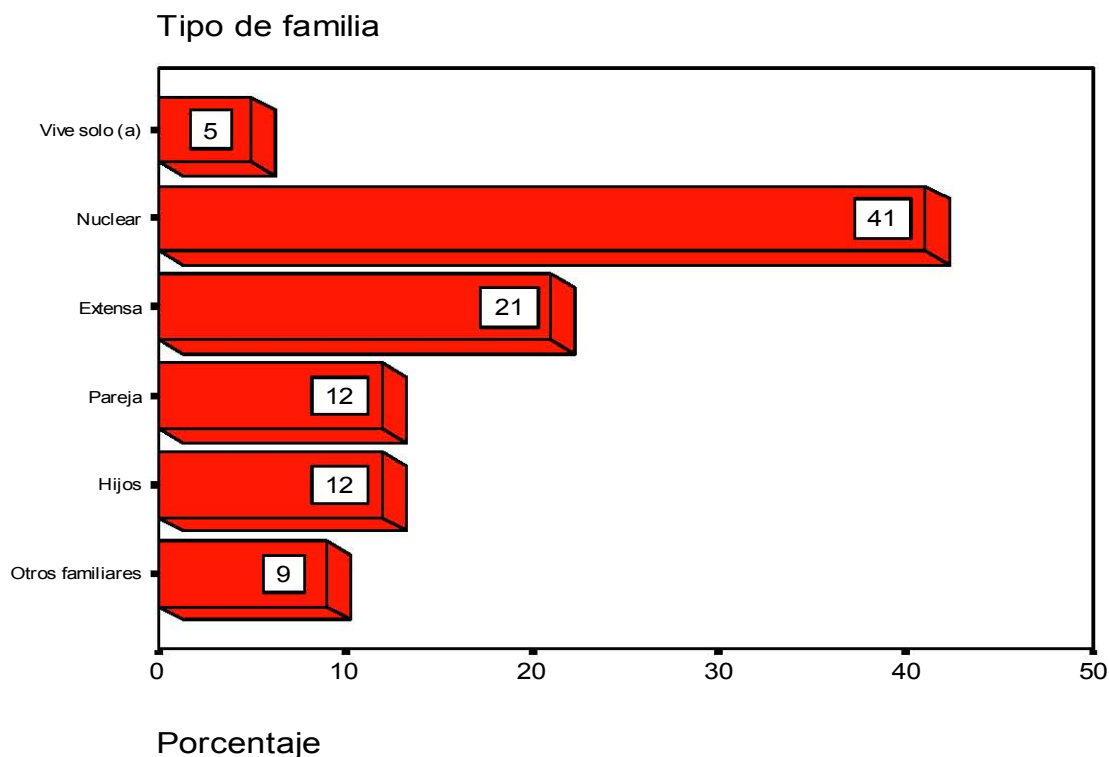


Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos maduros del servicio de consulta externa de cardiología del HGM, Agosto-Septiembre del 2004.

Tipo de familia, se encontró que 41 (41%) de los entrevistados tienen familia nuclear, 21 (21%) familia extensa, mientras 12 (12%) viven solo con su pareja, 12 (12%) con alguno de sus hijos y 9 (9%) con otros familiares, quedando por último 5 (5%) personas que viven solas (Gráfica 3).

Gráfica 3.

n = 100

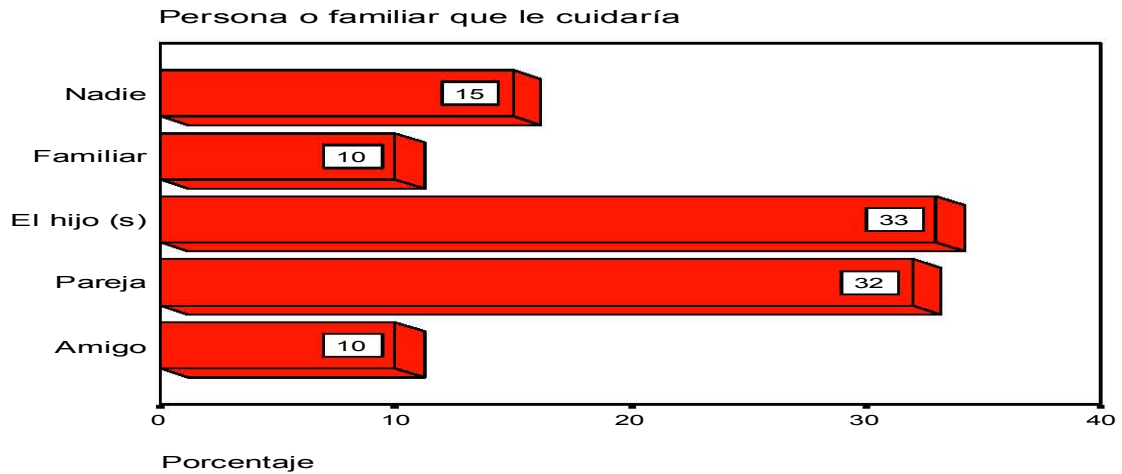


Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos maduros del servicio de consulta externa de cardiología del HGM, Agosto-Septiembre del 2004.

Ante la pregunta, quién lo cuidaría si se le sube la presión y se siente enfermo, 33 (33%) personas respondieron que sus hijos, 32 (32%) que sus parejas, 10 (10%) que algún familiar que no vive con ellos, 10 (10%) amigos y 15 (15%) que nadie podría cuidarlos (Gráfica 4).

Gráfica 4.

n = 100

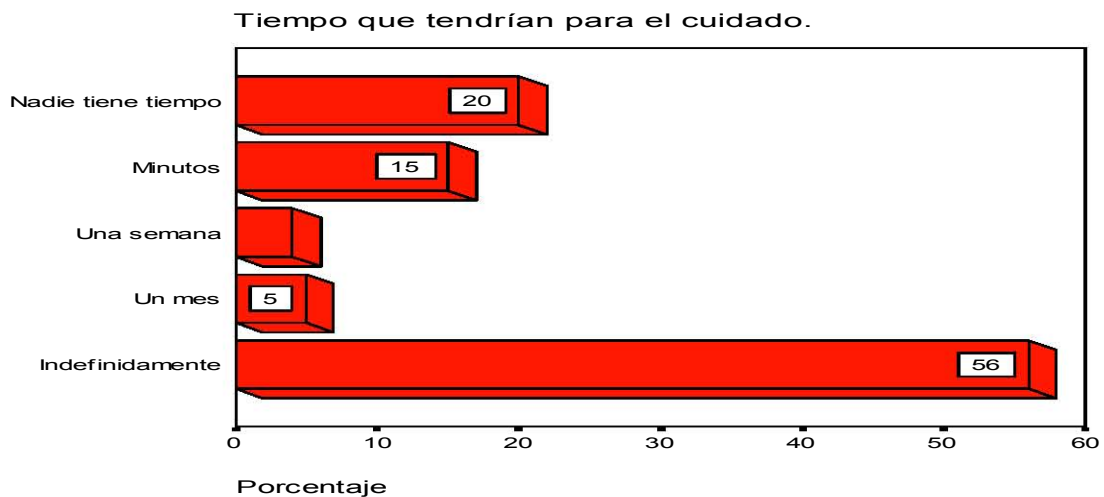


Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos maduros del servicio de consulta externa de cardiología del HGM, Agosto-Septiembre del 2004.

En relación al tiempo que podrían tener para cuidarlos otras personas, cuando se sube la presión y se sienten enfermos, 56 (56%) personas comentaron que podrían cuidarlos indefinidamente, 20 (20%) que nadie tiene tiempo para cuidarlos, 15 (15%) que sólo tienen unos minutos para acompañarlos al médico, 5 (5%) manifestaron que los pueden cuidar un mes y por ultimo 4 (4%) manifestaron que solo los podrían cuidar por una semana (Gráfica 5).

Gráfica 5.

n = 100

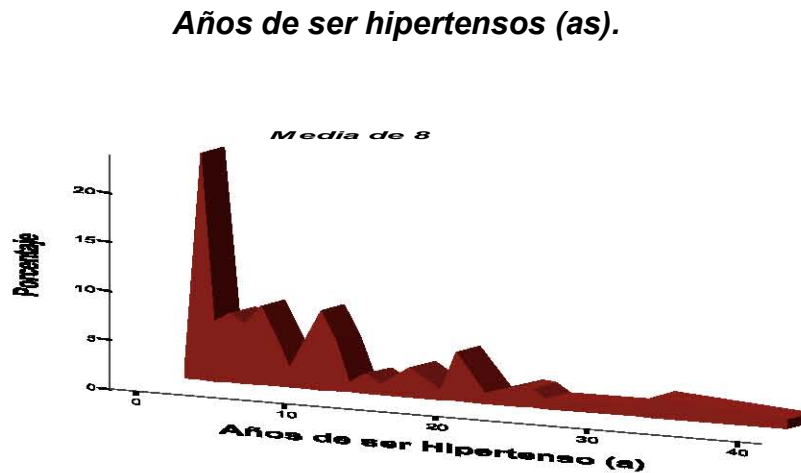


Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos maduros del servicio de consulta externa de cardiología del HGM, Agosto-Septiembre del 2004.

En lo que respecta al tiempo de haber sido diagnosticados con hipertensión arterial, la media fue de 8 años (S 8.06), teniendo como máximo 40 años y como mínimo 1 año, siendo estos últimos, los de mayor porcentaje con un 25% (gráfica 6).

Gráfica 6.

n = 100



Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos maduros del servicio de consulta externa de cardiología del HGM, Agosto-Septiembre del 2004.

En lo referente a otras enfermedades que se asocian a la hipertensión arterial, se encontró que el primer lugar, lo ocupa la obesidad, posteriormente la hipercolesterolemia, la diabetes y las cardiopatías (Cuadro 1).

Cuadro 1. Enfermedades relacionadas con la hipertensión arterial.

Enfermedades	Si		No		n
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Obesidad	80	80%	20	20%	100
Hipercolesterolemia	50	50%	50	50%	100
Diabetes Mellitus	22	22%	78	78%	100
Cardiopatías	23	23%	77	77%	100
Insuficiencia Renal	1	1%	99	99%	100
Hemorragia Vascular Cerebral	1	1%	99	99%	100

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos maduros del servicio de consulta externa de cardiología del HGM, Agosto-Septiembre del 2004.

Ante la pregunta, si realiza o no alguna actividad física que ayude a controlar la hipertensión arterial, 67 (67%) personas mencionaron que no, 19 (19%) que practican caminata, 9 (9%) les gusta correr y 5 (5%) realizan otras actividades físicas (fútbol, aeróbics, etc.). Siguiendo con el tema de las 33 personas que realizan alguna actividad física, la mayoría en promedio utiliza de 1.5 días a la semana para desarrollar las anteriores actividades (S: 2.48). Por otra parte en relación al tiempo en que se realizan actividades físicas, se manifestaron tiempos muy variados que van desde ningún minuto (69 (69%) personas), hasta 420 minutos a la semana como máximo (1 (1%)), por lo que el promedio fue de 19 minutos para desarrollar actividades físicas (S 47.9).

Con respecto a la pregunta, si realiza o no alguna actividad recreativa que ayude a controlar la hipertensión arterial, 5 (5%) personas mencionaron que no, mientras que 42 (42%) manifestaron veían televisión, 14 (14%) realizan manualidades, 8 (8%) escuchan música, 7 (7%) leen y las 24 (24%) restante realiza otras actividades recreativas (dibujan, van al cine, bailan, etc.).

Por otra parte de las 95 personas que manifestaron realizar alguna actividad recreativa, se pudo evidenciar que en promedio las personas utilizaban 5 días para realizar éstas actividades (S 2.45) y en relación al tiempo en que se realizan estas actividades, se obtuvo un promedio de 120 minutos a la semana para desarrollar las actividades recreativas antes mencionadas (S 82.99).

Con respecto al consumo mensual de alimentos ricos en grasas saturadas, se puede observar que las quesadillas son las de mayor frecuencia de consumo, siguiéndole a estas, la barbacoa, tacos, carnitas y tortas, mientras que dentro de los alimentos ricos en colesterol, el huevo ocupa el primer lugar, seguido de la leche y por último los camarones (Cuadro 2).

Cuadro 2. Consumo mensual de Alimentos ricos en grasas saturadas y colesterol.

Alimentos ricos en grasas saturadas.	Frecuencia y porcentaje de consumo de los alimentos.				Porcentaje y frecuencia de los que si consumen los siguientes alimentos al mes.			
	n = 100				n = 100			
	Si		No		%	Fx	%	Fx
	Consumen	Consumen	Consumen	Consumen				
Fx	%	Fx	%		Fx	%	Fx	
Quesadillas	60	60%	40	40%	(24%)	3 veces al mes	(8%)	1 veces al mes
Barbacoa	58	58%	42	42%	(30%)	1 vez al mes	(6%)	4 veces al mes
tacos	52	52%	48	48%	(25%)	1 vez al mes	(1%)	6 veces al mes
Carnitas	48	48%	52	52%	(20%)	1 vez al mes	(1%)	10 veces al mes
Tortas	42	42%	58	58%	(25%)	1 vez al mes	(1%)	5 veces al mes

Alimentos ricos en colesterol.	Frecuencia y porcentaje de consumo de los alimentos.				Porcentaje y frecuencia de los que si consumen los siguientes alimentos al mes.			
	n = 100				n = 100			
	Si		No		%	Fx	%	Fx
	Consumen	Consumen	Consumen	Consumen				
Fx	%	Fx	%		Fx	%	Fx	
Huevo	81	81%	19	19%	(26%)	12 veces al mes	(1%)	30 veces al mes
Leche Entera	59	59%	41	41%	(26%)	12 veces al mes	(3%)	4 veces al mes
Camarones	44	44%	56	56%	(22%)	1 vez al mes	(2%)	8 veces al mes

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos maduros del servicio de consulta externa de cardiología del HGM, Agosto-Septiembre del 2004.

Con respecto al consumo mensual de Verduras, cereales y frutas, se observa que los cereales son los menos preferidos por los adultos maduros con hipertensión arterial (Cuadro 3).

Cuadro 3. Consumo mensual de Alimentos como los vegetales, cereales y frutas.

Alimentos.	Frecuencia y porcentaje de consumo de los alimentos.				Porcentaje y frecuencia de los que si consumen los siguientes alimentos al mes.			
	N = 100				n = 100			
	Si Consumen		No Consumen		%	Fx	%	Fx
Fx	%	Fx	%					
Vegetales	98	98%	2	2%	(49%)	30 veces al mes	(1%)	7 veces al mes
Frutas	98	98%	2	2%	(56%)	30 veces al mes	(4%)	20 veces al mes
Cereales	77	77%	33	33%	(26%)	30 veces al mes	(1%)	2 veces al mes

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos maduros del servicio de consulta externa de cardiología del HGM, Agosto-Septiembre del 2004.

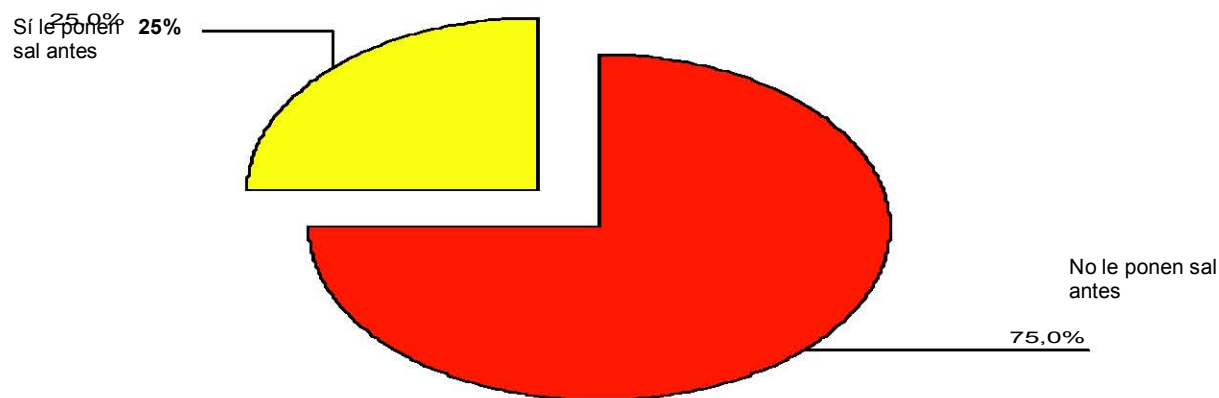
Ante la pregunta con que fríe los alimentos, 88 (88%) lo hacen con aceite de girasol, 9 (9%) usan aceite de oliva y sólo 3 (3%) utilizan otros aceites o grasas.

Ante la pregunta, le pone sal antes de probar sus alimentos, 75 (75%) entrevistados refirieron que no lo hacían, mientras 25 (25%) si lo hacen (Gráfica 7).

Gráfica 7.

n = 100

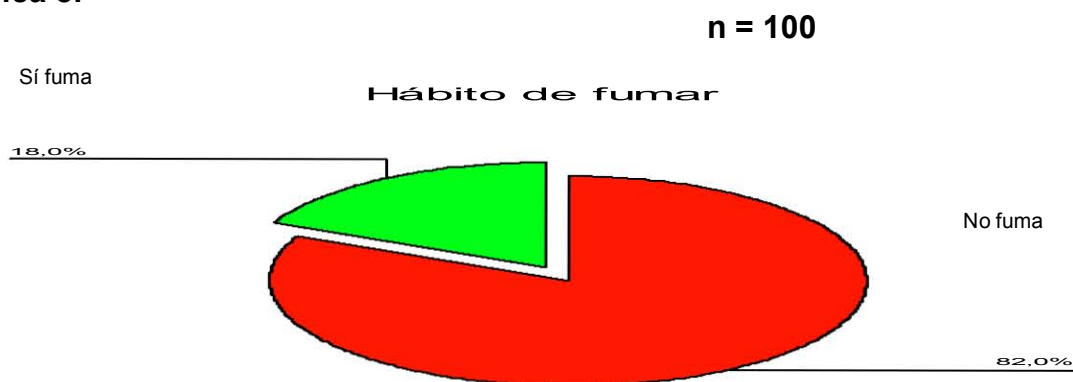
Consumo de sal antes de probar los alimentos



Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos maduros del servicio de consulta externa de cardiología del HGM, Agosto-Septiembre del 2004.

Con respecto a la pregunta si fuma o no, 82 (82%) respondieron que no fumaban, mientras 18 (18%) si lo hace (gráfica 8).

Gráfica 8.



Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos maduros del servicio de consulta externa de cardiología del HGM, Agosto-Septiembre del 2004.

Por otra parte de los 18 pacientes que sí fuman, la mayoría fuma en promedio un día a la semana (S 2.17) y respecto al número de cigarrillos que se consumen, se obtuvo un promedio de uno al mes (S 2.04).

Cuando se les cuestionó si consumían o no alguna bebida con alcohol, 56 (56%) respondieron que no, mientras 44 (44%) dijeron si (Gráfica 9).

Gráfica 9.



Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos maduros del servicio de consulta externa de cardiología del HGM, Agosto-Septiembre del 2004.

En cuanto al tipo de bebida con alcohol que prefieren los entrevistados, 21 respondieron que prefieren el tequila, 10 la cerveza, 8 brandy y 5 otras bebidas.

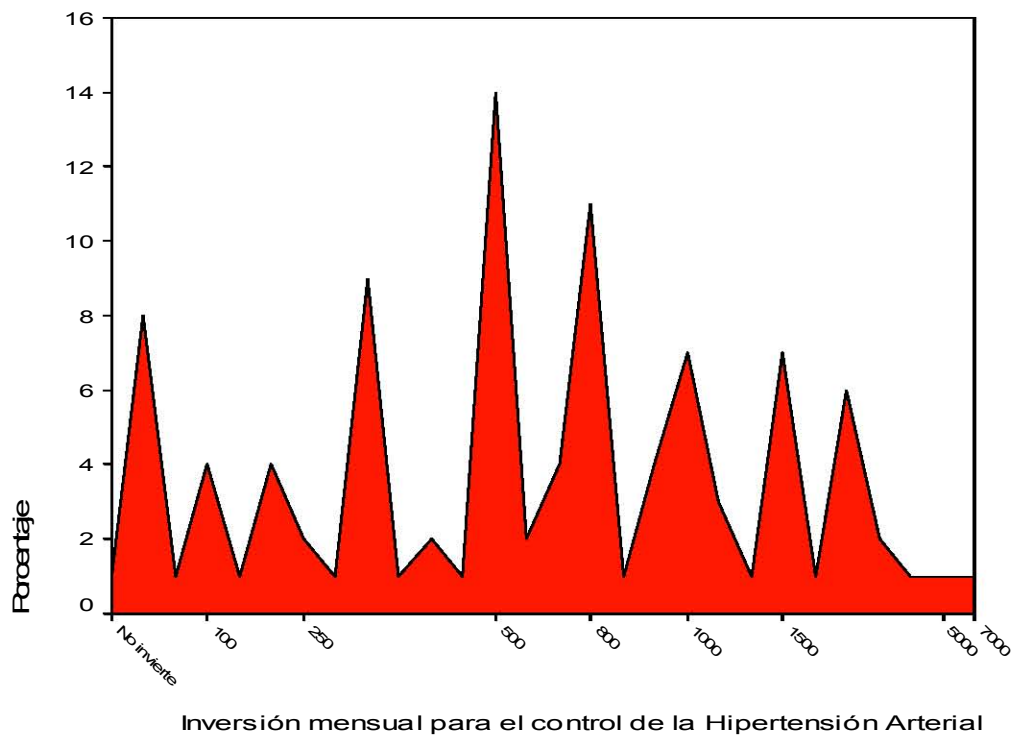
Por otra parte el consumo de bebidas con alcohol al año, fue en promedio de 2 veces al año (S 5.58). En lo referente al número de copas o vasos que se consumen, el promedio fue de 2 vasos o copas al año (S 3.00).

En cuanto a la cantidad mensual invertida para el control de la hipertensión arterial, se encontraron personas que no invertían nada y por el contrario algunas que gastaban hasta \$7000.00 (siete mil pesos) como máximo, teniendo en promedio \$889.60 pesos invertidos al mes por los pacientes entrevistados (Gráfica 10).

Gráfica 10.

n = 100

Cantidad mensual invertida para el control de la hipertensión arterial



Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos maduros del servicio de consulta externa de cardiología del HGM, Agosto-Septiembre del 2004.

4.2 Resultados correspondientes a las capacidades generales para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial

En lo que respecta a las capacidades para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial y comparada con la escala creada "B", los resultados mostraron una media de 118 puntos (S 14.90), que representa muy buenas capacidades para el desarrollo del autocuidado (Cuadro 4).

Cuadro 4. Calificación de las capacidades para el autocuidado.

n	100	Calificación
Media	118	→ Muy buenas capacidades generales para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial.
S	14.90	

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos maduros del servicio de consulta externa de cardiología del HGM, Agosto-Septiembre del 2004.

Por otra parte el resultado de las capacidades físicas para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial, comparadas con la escala B1 (escala de capacidades físicas), mostraron una media de 43 puntos (S 4.60), que corresponden a excelentes capacidades físicas para el desarrollo del autocuidado (Cuadro 5).

Las capacidades psicológicas para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial, comparadas con la escala B2, mostraron una media de 37 (S 8.42), que representa buenas capacidades psicológicas para el desarrollo del autocuidado (Cuadro 5).

En lo concerniente al resultado de las capacidades socio-familiares para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial y comparada con la escala B3, mostraron una media de 38 (S 6.90), que representa muy buenas capacidades sociofamiliares para el desarrollo del autocuidado (Cuadro 5).

Cuadro 5. Calificación por dimensión de las capacidades para el autocuidado.

Dimensiones.			
	Capacidades físicas	Capacidades psicológicas	Capacidades socio-familiares
n	100	100	100
X	43	37	38
S	4.60	8.42	6.90
Calificación	Excelentes capacidades físicas para el autocuidado de la hipertensión arterial.	Muy buenas capacidades psicológicas para el autocuidado de la hipertensión arterial.	Muy buenas capacidades socio-familiares para el autocuidado de la hipertensión arterial.

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos maduros del servicio de consulta externa de cardiología del HGM, Agosto-Septiembre del 2004.

4.3 Resultados correspondientes al análisis Inferencial con pruebas para correlación bivariada

Al aplicar la prueba de asociación de Pearson, se encontró que no existe asociación o correlación lineal, entre los siguientes factores básicos condicionantes y las capacidades para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial (Cuadro 6).

Cuadro 6. De no asociación o correlación lineal, entre los siguientes factores básicos condicionantes y las capacidades para el autocuidado

Variable a asociar	N	Correlación de Pearson	(p> .05)	Variable a asociar
Edad	100	rp = .026	.797	
Años de ser hipertenso (a)	100	rp = -.080	.429	
Días a la semana que se desarrolla actividad recreativa	100	rp = -.169	.092	Capacidades generales para el Autocuidado
Cantidad invertida para el control de la hipertensión arterial	100	rp = .110	.277	
Consumo mensual de verduras, cereales y frutas	100	rp = -.009	.932	
Días a la semana que se desarrolla actividad física.	100	rp = .023	.819	Capacidades Físicas
Consumo mensual de alimentos ricos en colesterol y grasas saturadas	100	rp = -.003	.974	

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos maduros del servicio de consulta externa de cardiología del HCM. Agosto-Septiembre del 2004

Por otra parte al aplicar la misma prueba de asociación de Pearson, se encontró que sí existe asociación o correlación lineal, entre los siguientes factores básicos condicionantes y las capacidades para el autocuidado de los adultos maduros con

hipertensión arterial, aunque de manera estadísticamente no significativa (Cuadro 7).

Cuadro 7. Asociación, entre los factores básicos condicionantes y las capacidades para el autocuidado.

Variable a asociar	N	Correlación de Pearson	(p ≤ 0.05)	Variable a asociar
Enfermedades asociadas a la hipertensión arterial	100	rp = .255	.010	Capacidades generales para el autocuidado
Días a la semana en que fuma el adulto maduro	100	rp = .212	.034	Capacidades Físicas

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos maduros del servicio de consulta externa de cardiología del HCM, Agosto-Septiembre del 2004.

Al aplicar la prueba de asociación de Spearman, se encontró que no existe asociación o correlación lineal, entre los siguientes factores básicos condicionantes y las capacidades para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial (Cuadro 8).

Cuadro 8. No asociación, entre el tiempo dedicado por los cuidadores y las capacidades generales para el autocuidado.

Variable a asociar	N	Correlación de Spearman	(p > 0.05)	Variable a asociar
Tiempo dedicado por los cuidadores, ante el aumento de la hipertensión arterial	100	rs = .181	.071	Capacidades generales para el autocuidado

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos maduros del servicio de consulta externa de cardiología del HGM, Agosto-Septiembre del 2004.

Por otra parte al aplicar la misma prueba de asociación de Spearman, se encontró que sí existe asociación o correlación lineal, entre los siguientes factores básicos condicionantes y las capacidades para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial (Cuadro 9).

Cuadro 9. Asociación, entre los factores básicos condicionantes y las capacidades para el autocuidado.

Variable a asociar	N	Correlación de Spearman	(p ≤ 0.05)	Variable a asociar
Asistencia a citas para el control de la Hipertensión Arterial	100	rs = .302	.002	Capacidades generales para el Autocuidado
Escolaridad	100	rs = .397	.000	Capacidades Psicológicas para el Autocuidado
Grado de estrés percibido por la ocupación	100	rs = -,213	.033	

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos maduros del servicio de consulta externa de cardiología del HGM, Agosto-Septiembre del 2004.

Capítulo V

Discusión

V. Discusión

En la presente investigación, se utilizó un instrumento que valoró los factores básicos condicionantes y las capacidades para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial, el cual se sometió al juicio de expertos, así como a una prueba piloto la cuál ayudó a que fuese más claro y entendible y con ello obtener la validez de contenido.

Se aplicó el estadístico Alfa de Cronbach para medir la confiabilidad interna de los ítems, obteniéndose un índice total de 0.8236, en la dimensión denominada capacidades para el autocuidado. Sin embargo al medir la confiabilidad por dimensión, la escala de capacidades físicas obtuvo un alfa de 0.6161 y la de capacidades socio-familiares un 0.7259, lo que significó una disminución en la confiabilidad interna de los ítems, aunque las capacidades psicológicas obtuvieron un 0.8088, considerado como índice aceptable.

5.1 Discusión de resultados de los Factores básicos condicionantes de los adultos maduros con hipertensión arterial

Con respecto a los resultados obtenidos de la muestra, al valorar los factores básicos condicionantes de los adultos maduros con hipertensión arterial, la presente investigación reportó con respecto al **sexo** de los entrevistados que el 88% son mujeres y solo el 12% son varones, lo cual tiene concordancia con el reporte de la Encuesta Nacional de Salud del 2000, en donde se pudo evidenciar que la prevalencia en dicha encuesta fue de un 63.7% en mujeres y por el contrario los hombres en la encuesta tuvieron un 54.9%, mientras en este estudio fue de 12% (Velásquez M. O, Rosas P. M, Pastelín H, 2002:80), situación que lleva a reflexionar de acuerdo a estos resultados lo siguiente:

Se presumiría que ha aumentado la prevalencia de la hipertensión arterial en la mujer y que por el contrario en los hombres ha disminuido.

Es necesario tener en cuenta que en este estudio la muestra es convencional, no

probabilística y por lo tanto sus resultados solo se refieren al grupo que se estudió.

Por otra parte cabría la posibilidad de que este estudio estuviera reflejando el hecho de que la mujer se atiende y está más preocupada por el control y tratamiento de la hipertensión arterial, en relación con los varones.

Respecto a la **edad**, en la misma Encuesta Nacional de Salud del 2000, se menciona que la prevalencia de la Hipertensión arterial es directamente proporcional a la edad y que es después de los 50 años cuando aumentan los casos en las mujeres, lo cual corresponde con el promedio de edad obtenido de los entrevistados (51 años) (Velásquez M. O, Rosas P. M, Pastelín H, 2002:80).

En cuanto al **estado civil**, se pudo evidenciar que el 72% de los entrevistados contaban con una pareja estable, lo que de acuerdo con Orem, disminuye un factor de riesgo del sistema familiar, al aumentar la posibilidad de desarrollar el autocuidado de los adultos con hipertensión arterial al sentirse apoyados por otras personas (Orem, 1993:153), situación también observada en la investigación realizada por De la Cruz, en la cual se encontró correlación estadísticamente significativa entre el factor del sistema familiar con la variable déficit de autocuidado (De la Cruz, 2002), situación por la cual se presume que el 28% restante de los entrevistados tiene menores posibilidades de desarrollar el autocuidado.

En relación a la **escolaridad** de los entrevistados, poco más de la cuarta parte rebasan el nivel medio superior o cuentan con una carrera técnica o universitaria, mientras las otras dos terceras partes sólo cuentan con estudios básicos, lo cual influye en las capacidades y las acciones de autocuidado de las personas, hallazgos que coinciden con los datos reportados en un estudio realizado con pacientes diabéticos, en donde las autoras afirman que el factor escolaridad perteneciente al factor de orientación sociocultural, influye en el desarrollo del

autocuidado de manera negativa (Bañuelos y Gallegos, 2001: 100).

Más de la mitad de los hipertensos entrevistados viven en el DF., porcentaje que comparado con el 23.8% de prevalencia a nivel nacional en la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, (SSA, 2000:24), coinciden en que los habitantes de la ciudad de México ocupan uno de los primeros lugares en la prevalencia de esta enfermedad.

En relación a la **ocupación**, más de la mitad de las personas se dedicaban al hogar y como es sabido esta actividad en Latinoamérica, si no es que en todo el mundo, no es reconocida y mucho menos remunerada, por lo que la mayoría de estas personas no perciben remuneración económica por su trabajo, lo que de acuerdo con Bañuelos y Gallegos, influye en las capacidades y las acciones de autocuidado de la personas (Bañuelos y Gallegos, 2001: 100), ya que el factor económico es determinante para poder desarrollar el autocuidado.

Con respecto al **grado de estrés ocasionado por la ocupación** que tienen los sujetos, y aun cuando éste dato no fue abordado en los estudios revisados, en esta investigación se pudo apreciar que el 80% de los entrevistados mencionaron percibir algún grado de estrés, el cual es considerado un factor para el aumento de cifras de tensión arterial sistólica y tensión arterial diastólica, así como el aumento de catecolaminas, cortisol, vasopresina, endorfinas y aldosterona circulantes, con disminución de la excreción urinaria de sodio (Waisman J, Carvajal H, Fernández A, Piskorz D, Bendersky M, 1999), por lo que este dato es de resaltar y de tomar en cuenta inclusive para otras investigaciones.

Respecto a los **servicios de salud a los cuales acuden para controlar su hipertensión arterial los adultos maduros**, los 100 pacientes de la muestra mencionaron acudir al Hospital General de México, como su primer elección, aunque de estos pacientes mas de la cuarta parte refirió acudir de manera irregular o sólo cuando se sienten mal, lo que implica un verdadero riesgo para el estado de salud de los hipertensos y que revela parte de la orientación socio-

cultural y los patrones de vida de los hipertensos con respecto a la enfermedad.

Con respecto al apoyo que pueden recibir los encuestados en caso de que se agrave su enfermedad, el 15% de los entrevistados mencionó que no tiene a quien recurrir en caso necesario; otro 20% dijo que sus familiares disponen de muy poco tiempo para brindar cuidados personales. Estos datos permiten inferir que cerca de un tercio de los encuestados presentan un factor negativo en su sistema familiar, al no contar el apoyo y motivación necesaria (Orem, 1993:153).

En relación al **tiempo que tienen para cuidar a los hipertensos otras personas**, cuando se les sube la presión y se sienten enfermos, el 20% presenta limitaciones para el desarrollo del autocuidado, debido a la falta de tiempo de alguna persona que sirva de apoyo y motivación para continuar con el tratamiento de la hipertensión, aunque por otra parte el 15% de los entrevistados cuentan con alguien para ir al médico, riesgo que estaría inmerso dentro del sistema familiar (Orem, 1993:153).

En lo que respecta al **tiempo de haber sido diagnosticados con hipertensión arterial**, los resultados mostraron que la cuarta parte de las personas tenían por lo menos un año de saberse hipertensos, pero la media fue de 8 años y con un máximo de 40 años, lo cual hace mención de la cronicidad de la hipertensión arterial en este grupo de pacientes.

Por otro lado la mayor parte de los pacientes padecen de **obesidad** y la mitad dice tener **hipercolesterolemia**. Estos datos implican un alto riesgo de complicaciones cardiovasculares severas, si no se establece un plan terapéutico integral con énfasis en la orientación y modificación en los hábitos y costumbres relacionadas con la alimentación de los entrevistados (Orem, 1993: 153).

Continuando con la discusión de los datos obtenidos, cuando se pregunto **si realizaban alguna actividad física que ayude a controlar la hipertensión**

arterial, más de la mitad de los entrevistados mencionaron no realizan ninguna actividad física, lo que representa un verdadero riesgo para la salud de acuerdo con los expertos y que como anteriormente se pudo apreciar, trae como consecuencia problemas como la obesidad y la hipercolesterolemia, que de acuerdo con la teoría de Orem, están inmersos dentro de la orientación sociocultural y el patrón de vida de los entrevistados (Orem, 1993: 153).

Con respecto a **si realizan alguna actividad recreativa que ayude a controlar la hipertensión arterial**, el dato es revelador, ya que más de la tercera parte de las personas manifestaron ver televisión, 5 días, lo que lleva a reflexionar que esta actividad propicia el sedentarismo y es un factor para incrementar la obesidad y la hipercolesterolemia y por ende el aumento de cifras de tensión arterial (Waisman J, Carvajal H, Fernández A, Piskorz D, Bendersky M, 1999).

Relativo al **consumo mensual de alimentos ricos en grasas saturadas y colesterol**, de acuerdo con la frecuencia de consumo al mes, la mayoría de los entrevistados refirieron consumir el huevo y la leche entera, teniendo enseguida a las quesadillas dentro de las preferencias de consumo como el tercer alimento rico en grasas saturadas de mayor frecuencia y porcentaje, lo que revela que este grupo de personas de esta edad, podría tener una deficiente información de los efectos adversos que produce la ingesta de estos alimentos o por otra parte malos hábitos alimenticios.

No obstante, casi todos los adultos maduros manifestaron consumir **verduras y frutas** con mucha frecuencia, mientras por otro lado los **cereales** son consumidos en menor cantidad.

Por otra parte la mayoría utiliza el **aceite de girasol** para freír sus alimentos y tres cuartas partes no tienen la costumbre de **adicionar sal a los alimentos antes de probarlos**.

En relación al hábito de fumar, la mayoría respondió **no fumar**, mientras por otro lado la mitad de la muestra refirió no consumir **bebidas alcohólicas**, lo que refleja la orientación y el interés de realizar acciones a favor de la prevención de complicaciones, lo que refleja una inclinación hacia una serie de actividades encaminadas al autocuidado.

Las personas incluidas en el estudio gastan en promedio cerca de mil pesos al mes, sin embargo algunos llegan a gastar hasta siete mil pesos, lo que lleva a constatar que enfermedades como la hipertensión, representan un gran impacto económico, tanto en el ámbito familiar, como el social, lo cual coincide con los hallazgos de otros estudios como el que reveló que en promedio se invirtieron \$1067.00 por cada hipertenso, lo que representó en ese año un gasto del 13.95% del presupuesto destinado a la salud y a un 0.7% del PIB (Villarreal R. E, Mathew Q. A, Garza M E, Núñez R G, Salinas M A, Gallegos H M, 2002).

5.2 Discusión de resultados de las capacidades generales para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial

En general en el grupo de estudio, las capacidades generales para el autocuidado, las cuales estuvieron compuestas por las capacidades físicas, psicológicas y socio-familiares, **resultaron ser muy buenas**, lo cual corresponde con la opinión de algunos autores, los cuales señalan que:

En el aspecto físico, este tipo de adultos experimentan, a medida que va evolucionando esta etapa, algunos signos aparentes de envejecimiento que sustituyen a los del desarrollo físico (Long y Phipps, 1989:56), pero que en la valoración de las **capacidades físicas** para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial en este trabajo, dejó entrever en la evaluación que las capacidades: visual, auditiva, de comunicación e interpretación, así como de la flexión y fuerza muscular, para realizar algunas actividades de la vida diaria en sus hogar, así como también la de subir y bajar escaleras, caminar y trasladarse a otros lugares, resultó **ser excelente para el desarrollo del**

autocuidado, lo que lleva a inferir que estas capacidades favorecen el autocuidado, más sin embargo es necesario tomar en cuenta que existen algunos factores básicos condicionantes antes analizados que influyen o intervienen directamente en estas capacidades.

Por otra parte, en esta etapa los autores mencionan que los adultos experimentan cambios psíquicos, más que orgánicos, por lo que la adaptación y las experiencias en esta etapa influyen en el futuro inmediato hacia la vejez (Long y Phipps, 1989:56), experimentándose además sentimientos de triunfo o fracaso de acuerdo a las metas alcanzadas (Boeree, 1997:126-148).

Los adultos maduros por los muchos recursos que ha ido atesorando (psicológicos, culturales, afectivos) son considerados personas capacitadas para transcurrir su existencia con entusiasmo y plenitud, lo que lleva a entender que no sólo son seres biológico, sin además seres con perspectivas sociales y psicológicas que influyen en su estado mental, lo que lo lleva a mantener en esta etapa, un cerebro sano, una buena memoria, así como conductas adecuadas, lucidez, adecuada capacidad cognoscitiva y una respuesta motora adecuada, aunque todo lo anterior va declinando conforme se acerca a la etapa de adulto mayor (Bears, 1995:26-28).

Con lo anteriormente descrito y realizando un análisis de las capacidades psicológicas valoradas como: la satisfacción por lo realizado en la vida, responsabilidad para el cuidado de la hipertensión, la capacidad para el control del estrés, planeación de metas para el autocuidado, motivación, planeación y organización de actividades de autocuidado, memoria, capacidad para identificar efectos secundarios de los medicamentos para el control de la hipertensión, capacidad para el cambio en favor del autocuidado y la identificación de los signos y síntomas de alarma del aumento de la presión arterial, se puede inferir que las **capacidades psicológicas** para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial, resultaron ser **muy buenas** para el desarrollo del

autocuidado, sin embargo es necesario retomar algunos factores básicos condicionantes que influyen o intervienen directamente en estas capacidades. De acuerdo con Arizpe, el adulto maduro, ningún ser humano a lo largo de la vida es solitario, ya que históricamente se involucra con otras personas y con su familia, lo cual resulta importante y fundamental en el desarrollo y el apoyo de los individuos (Arizpe L, 1998), además requiere de respeto, comprensión, tolerancia y comunicación, lo cual resulta fundamental para llevar buenas relaciones humanas y aún más con la familia (González A. C, 1990), la cual es primordial para el desarrollo del autocuidado en este grupo de pacientes. Por lo que el valorar la capacidad para convivir con la gente que le rodean, hacerse de amistades, mantener relaciones con otras personas, participar en su comunidad, convivir con la comunidad, compartir la experiencia de ser hipertenso (a) con otras personas, relacionarse con su familia, dar apoyo y resolver problemas con su familia, dar y compartir tiempo con la familia y comunicarse con su familia, al final dejó entrever que las **capacidades sociofamiliares** resultaron ser **muy buenas** para el desarrollo del autocuidado, aunque también requieren tomar en cuenta los factores básicos condicionantes que influyen o intervienen directamente en estas capacidades.

5.3 Discusión de resultados del análisis Inferencial con pruebas para correlación bivariada

Con respecto a los resultados correspondientes al análisis Inferencial con pruebas para correlación Bivariada, al aplicar la prueba de asociación de Pearson, se encontró que no existe asociación o correlación lineal entre los factores básicos condicionantes como:

La edad, los años de ser hipertensos y la cantidad invertida para el control de la hipertensión arterial y las capacidades generales para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial, a este respecto es de resaltar que en comparación con estudios como el realizado por Bañuelos y Gallegos, donde si se encontró relación entre el control glucémico en el adulto

mayor con sus capacidades y sus acciones de autocuidado, pero aún más por los factores edad, escolaridad, los años con diabetes y los recursos disponibles para ejercer el autocuidado (Bañuelos y Gallegos, 2001:100). Llevan a reconocer que el desarrollo del autocuidado esta íntimamente relacionado con el problema de salud y la edad, que como se aprecia en ambos casos es distinto, pero que son elementos o factores indispensables a valorar, además de los factores antes mencionados, de acuerdo con las conclusiones de las autoras referidas.

Con respecto al factor **días a la semana en que se desarrolla actividad recreativa y las capacidades generales para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial**, aunque el hecho de realizar alguna actividad recreativa a lo largo de la semana, es una recomendación de algunos autores para el fomento de la salud integral y sobre todo para disminuir el estrés, en esta investigación, no se encontró relación entre dichas variables. Mas sin en cambio, se pudo observar que ver la televisión, fue la actividad más frecuentemente realizada, lo que representa un factor que favorece el sedentarismo y disminuye la comunicación de persona a persona, aunque es de notar que no se exploró el tipo de programas que veían los encuestados,.

Por otra parte, factores como los **días a la semana en que se desarrolla actividad física, el consumo mensual de verduras, cereales, frutas y alimentos ricos en colesterol y grasas saturadas relacionados con las capacidades generales para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial**, tampoco mostraron relación, aunque estos factores de acuerdo con De la Cruz, requieren de ser investigados en personas con hipertensión arterial, además de ser tomados en cuenta dentro de los planes de atención realizados por Enfermería en conjunto con el modelo teórico de Orem (De la Cruz, 2000:24). A este respecto durante la práctica profesional de Enfermería, el cuestionar tópicos relacionados con hábitos y costumbres como actividad física y alimentación, resulta una empresa difícil de alcanzar, ya que por experiencia con otras comunidades la mayoría de las personas en muchas

ocasiones no dice del todo la verdad o falsea un poco la información por el temor, la vergüenza o la indiferencia que adquieren estos hábitos y costumbres a favor del autocuidado de la hipertensión, lo cual se pudo corroborar ya que la mayoría de las personas eran personas con problemas de sobre peso y es por ello que aunque estadísticamente no se encontró relación, se considera importante investigar estos aspectos.

Por otra parte al aplicar la misma prueba estadística de asociación de Pearson, se encontró que si existe asociación o correlación lineal entre factores básicos condicionantes como las **enfermedades asociadas a la hipertensión arterial y las capacidades generales para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial**, relación que resultó ser baja estadísticamente, pero de acuerdo con Ceceña, si existe ya que la hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, alteraciones endocrino metabólicas, neurogénicas y neuropatías, relacionadas han propiciado la muerte, debido a complicaciones asociadas a las anteriores relaciones (Ceceña, 2000: 32-35).

Algunos otros autores la relación entre la hipertensión y otras enfermedades, ha llevado a clasificar a estos pacientes dentro del grupo C, el cual determina que son pacientes que además de la hipertensión arterial, ya tiene lesiones como: hipertrofia ventricular izquierda, accidentes cerebro vasculares, nefropatía, retinopatía y/o enfermedades cardiovasculares como angina de pecho, infarto al miocardio, revascularización miocárdica, insuficiencia cardiaca o enfermedad vascular periférica, además de diabetes tipo 1 ó 2, por lo que esta estratificación permite aun cuando ya hay lesión el tratamiento farmacológico y no-farmacológico (Waisman J, Carvajal H, Fernández A, Piskorz D, Bendersky M, 1999). Con lo anterior pudo demostrar la relación que existe entre la hipertensión y otras enfermedades, lo cual se ha demostrado afecta a los adultos maduros y repercute en sus capacidades para desarrollar el autocuidado.

Respecto al análisis estadístico durante la relación o correlación lineal entre **los días a la semana en que fuma el adulto maduro con hipertensión arterial y sus capacidades físicas para el autocuidado**, el cual resultó estadísticamente bajo y que lleva a considerar que de acuerdo con autores como Waisman J, Carvajal H, Fernández A, Piskorz D, Bendersky M, los cuales mencionan que existe una asociación entre el tabaquismo y la hipertensión arterial, lo cual potencializa notablemente el riesgo de un evento cardiocerebrovascular o en el peor de los casos la posibilidad de sufrir muerte súbita, de ahí de la importancia de eliminar definitivamente el tabaco e incluir esta recomendación dentro del tratamiento no farmacológico (Waisman J, Carvajal H, Fernández A, Piskorz D, Bendersky M, 1999). Por otra parte es de notar que no se indagó sobre la posibilidad de presentar tabaquismo pasivo entre los entrevistados.

Al aplicar la prueba de asociación de Spearman, se encontró que no existe asociación o correlación lineal entre el factor básico condicionante, **tiempo dedicado por los cuidadores, ante el aumento de la hipertensión arterial y las capacidades generales para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial**, situación tampoco estudiada de acuerdo con la revisión, pero que surge a raíz del comentario de los entrevistados durante la prueba piloto, ya que se pudo evidenciar que el hecho de contar con muchas personas o familiares no garantiza tener más apoyo o tiempo por parte de las mismas y aunque esta relación estadísticamente no se comprobó, quedó de manifiesto este hecho durante las entrevistas.

Al aplicar la misma prueba estadística, se encontró que si existe asociación o correlación lineal entre el factor básico condicionante **asistencia a citas para el control de la hipertensión arterial y las capacidades generales para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial**, situación tampoco estudiada en investigaciones de Enfermería, pero que para fines de esta investigación resultó importante retomar, aunque al igual que en las otras pruebas, esta también resultó ser baja estadísticamente, mas sin embargo estudios como el

de Ibáñez y Ramírez, dejan entrever que el no contar con un servicio o sistema de salud se convierte en un factor en contra e influye directamente en el autocuidado (Ibáñez V. C., Ramírez M. G., 1999), lo que lleva a reflexionar en esta investigación la importancia de contar con un servicio a donde acudir para poder controlar y prevenir las complicaciones que conlleva el ser hipertenso, pero aun más el hecho de que los mismos hipertensos acudan a sus citas, ya que de nada les sirve a los entrevistados tener el servicio, si no lo ocupan a favor si mismos y de su autocuidado.

Con respecto a la **escolaridad y las capacidades psicológicas para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial**, también se encontró que existe asociación o correlación lineal estadísticamente baja y aun cuando no se encontró en la revisión investigaciones que relacionaran estas variables, el estudio de Bañuelos y Gallegos, deja entrever que la escolaridad es un factor que influye en las capacidades y acciones de autocuidado (Bañuelos, Gallegos, 2001:100), por lo que con esta correlación demuestra que si existe asociación entre la escolaridad y capacidades psicológicas para el autocuidado de los pacientes hipertensos.

Continuando con la discusión al relacionar **el grado de estrés percibido por la ocupación con las capacidades psicológicas para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial**, se pudo mostrar la existencia de dicha relación o correlación de manera negativa e inversamente proporcional, además de ser baja estadísticamente, esto es a medida que el estrés aumenta, las capacidades de autocuidado disminuyen, lo cual fue muy interesante de demostrar, ya que al igual que algunas de las relaciones antes mencionadas, ésta tampoco se encontró durante la revisión de las investigaciones de Enfermería que fundamentaron este trabajo, sin embargo, el estrés fue incluido dentro de los factores ambientales que podrían influir en los hipertensos y que también de acuerdo al criterio de algunos especialistas es un factor o hábito a modificar dentro del tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial, ya que su manejo y

control resulta importante en el mantenimiento de las cifras de tensión arterial (Ibáñez V. C., Ramírez M. G.,1999).

Capítulo VI

Conclusiones

VI Conclusiones

De acuerdo con los objetivos específicos trazados en esta investigación, se puede concluir que los factores básicos condicionantes que pueden limitar el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial que acuden a la consulta externa de Cardiología en el Hospital General de México, incluyen que la mayoría de los sujetos eran mujeres, las cuáles sólo contaban con primaria completa y por ende la ocupación más frecuentemente referida, fue el hogar, la cual fue percibida por las entrevistadas como una actividad altamente estresante y no remunerada, por lo que el nivel socioeconómico es muy bajo.

Por otra parte la obesidad y la hipercolesterolemia son las 2 primeras enfermedades asociadas a la hipertensión en este grupo, teniendo como principales como factores principales, la dieta rica en grasas saturadas y colesterol, además del sedentarismo propiciado por la falta de actividad física.

Aunque en menor grado más de la cuarta parte no acuden a atenderse por no contar con apoyo, ayuda y motivación o sólo refieren hacerlo cuando se sienten mal y por último, la hipertensión arterial, es una de las enfermedades de mayor impacto socioeconómico, tanto en el ámbito familiar, como en el social.

Entre los factores positivos, se encontraron: el uso de aceites de girasol para cocinar, el bajo consumo de sal, bebidas alcohólicas y cigarrillos.

Se concluye además que las capacidades generales y específicas (físicas, psicológicas y sociofamiliares), identificadas en los participantes de este estudio, resultaron ser muy buenas para el desarrollo del autocuidado y se demostró una baja correlación lineal entre los factores básicos condicionantes; enfermedades asociadas a la hipertensión arterial y asistencia a citas para el control de la hipertensión arterial con las capacidades generales para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial.

Por otra parte también se demostró una baja correlación lineal entre el factor básico condicionante, hábito de fumar, con las capacidades físicas y por último el grado de estrés y la escolaridad con las capacidades psicológicas para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial, siendo esta última correlación con dirección negativa e inversamente proporcional, esto es a medida que el estrés aumenta, las capacidades psicológicas de autocuidado disminuyen.

Capítulo VII

Implicaciones del estudio

VII. Implicaciones del estudio

De acuerdo con los resultados, la discusión y las conclusiones de esta investigación, se podría argumentar que el instrumento elaborado para el estudio podría servir a los investigadores, personal del hospital General de México y a los alumnos de la Maestría en Enfermería de la ENEO/UNAM, como una guía de apoyo para futuros proyectos que busquen profundizar aún más en el análisis de las variables seleccionadas.

Otra aportación, redundante en el hecho de que se logró realizar un análisis profundo de los estudios que a la fecha refieren la evaluación de los factores básicos condicionantes y las capacidades de autocuidado, lo cual podría facilitar la investigación, identificación y operacionalizar dichas variables, en grupos de adultos maduros con hipertensión arterial.

Por otra parte las anteriores correlaciones, podrían servir como punto de partida para la planeación y diseño de futuras investigaciones.

Por último, el aprendizaje y la experiencia vivida durante la aplicación de las entrevistas deja entrever la importancia de comprender bien la teoría general del déficit de autocuidado de Orem y de los conceptos empleados en esta investigación, así como los aspectos relacionados con la prevención de complicaciones de la hipertensión arterial en esta etapa de la vida adulta, para poder dar orientación antes, durante y después de las entrevistas, lo que se podría traducir en una valoración específica e individual de cada hipertenso y que podría servir para obtener información valiosa e importante al aplicar el método enfermero en su primera etapa.

Capítulo VIII

Recomendaciones

VIII. Recomendaciones

Es recomendable que el instrumento creado, sea aplicado y retomado en otros trabajos de investigación iguales o similares, ya que el someterlo a la crítica y al análisis con otro tipo de poblaciones ayudará a mejorarlo u adaptarlo para valorar a otros adultos de la misma edad o padecimiento, así como en otros hospitales, lo que podría propiciar en un futuro, mejorar la validez y confiabilidad del instrumento por otros profesionales de la Enfermería.

Con respecto a la aplicación del instrumento, es importante mencionar que si se desea aplicar en otras poblaciones o muestras amplias, es recomendable contar con personal de apoyo capacitado con respecto:

La teoría general del Déficit de autocuidado de Orem y los conceptos estudiados.

Aspectos relacionados con la prevención de complicaciones de la hipertensión arterial en la etapa adulta, para poder dar orientación antes, durante y después de las entrevistas, para poder obtener información real y confiable, que permita realizar un análisis integral y global de la situación que viven los pacientes con hipertensión arterial.

Es recomendable, retomar los factores negativos que limitan el autocuidado, así como las relaciones planteadas en esta investigación, ya que cada una de ellas podría sugerir otras investigaciones, las cuales se podrían profundizar más en las situaciones planteadas, lo que ayudaría a responder ciertas interrogantes que podrían generarse de esta investigación y lo mejor conocer más a fondo la realidad que viven este grupo de pacientes.

Por ultimo otra de las recomendaciones que inclusive surge del interés de los tutores de este trabajo y de los mismos entrevistados, redundan en la necesidad de crear grupos de autoayuda dentro de las instituciones de salud publicas y privadas o inclusive dentro de las comunidades, en donde se retomen aspectos

relacionados la prevención, detección y control de complicaciones de la hipertensión arterial, así como de las medidas y acciones que ayuden a fomentar el autocuidado, para lo cual sería importante contar con instalaciones y personal especializado que permitieran realizar estas actividades, por ejemplo: consultorios de especialidad enfocados a la atención directa a pacientes hipertensos, integrados por psicólogos, fisioterapeutas, enfermeras (os) , médicos, trabajadores sociales, etc., los cuales podrían ayudar a dar un seguimiento profundo e integral, bajo un programa que contemple la atención dentro y fuera de las instituciones, lo que permitiría conocer las condiciones y la experiencia que viven los pacientes hipertensos dentro de sus comunidades.

Retomando el punto anterior, también sería recomendable que de seguir un programa de seguimiento intra y extramuros en las instituciones de salud, con pacientes hipertensos, sería muy interesante plantear la posibilidad de realizar estudios de investigación enfocados al análisis del costo beneficio de un programa como el sugerido en este trabajo, en relación con los programas actuales de salud, enfocados al tratamiento de la hipertensión arterial, bajo el modelo biomédico, el cual deja de lado muchas situaciones que vive estos pacientes y que no permite visualizar otros factores, ni mucho menos las capacidades que tienen en realidad los adultos con hipertensión arterial.

Por último, sería recomendable, retomar otras metodologías de investigación, como la cualitativa, ya que a través de la misma se podría profundizar en aspectos relacionados con la experiencia vivida y comentada por los propios adultos con hipertensión arterial, lo que permitiría comprender aun más la situación contractual, desde otro enfoque lo que podría complementarse con los resultados de este trabajo u otros en particular.

Referencias.

Alcocer D. B. & Cardona M. G, (1997) Tratamiento del Paciente con Hipertensión Arterial. Programa de actualización continúa para el Cardiólogo. México: Ed. Intersistemas, pp.88-90.

Arizpe L. (2004, Agosto), Familia, desarrollo y autoritarismo. Online Rev. Fem., Vol. 11, No. 7, Abr-Jun., México. Disponible en: members.tripod.com.mx/odie

Bañuelos B. P. & Gallegos C. E. (2001) Autocuidado y control en adultos mayores con diabetes. Revista Desarrollo científico en Enfermería. 4 (9), Mayo. 100-105.

Bears G. P. & Myers L. J. (1995) Enfermería Medicoquirúrgica. México DF., Ed. Mosby Vol. 1, pp. 26-28.

Boeree G. (1997). Teorías de la personalidad de Erik Erikson. (Traducción al castellano: Dr. Rafael Gautier) México: UNAM, pp. 126-148.

Bueno, Martín, Milady, Villabona (2003, septiembre). Factores básicos condicionantes y capacidades de la agencia de Autocuidado asociados a estados de déficit de Autocuidado en personas que padecen EPOC. Online BIREME/OPS/OMS - Biblioteca Virtual en Salud base de datos: LILACS. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/exe/iah/online/>

C. Long B., J. & Phipps (1990). Enfermería Medicoquirúrgica. México: Interamericana Vol.1, pp.56.

Calderón D. A., Martínez, R. L., Medrano, C. M. (2002). El grado de dependencia y capacidades de Autocuidado del paciente adscrito al programa atención domiciliaria al enfermo crónico Revista de la Facultad de Salud Publica y Nutrición. (2) México, U.A.N.L. 48-57.

Calvo V. C. (1999). La atención del paciente con hipertensión arterial / un enfoque para el consultorio. México: Científica, pp. 18,22.

Carranza M. J., Chávez C. F., Chávez P. S. (1995). Temas de Atención del Adulto y el Anciano Revista de la Asociación de Medicina Interna de México. 11 (1) Enero-Marzo. 37-40.

Ceceña E. L. (2000). Guía práctica para el cardiólogo. México: Armstrong laboratorios de México SA. de CV, pp. 32-35.

De la Cruz G. R. (2002). Factores Condicionantes Básicos y el Déficit de Autocuidado del Paciente con Diabetes Mellitus Tipo 2. Revista Desarrollo científico en Enfermería. 10 (7) Agosto. 196-199.

De la Cruz M. C. (2000). Capacidades de Autocuidado de los hipertensos, Proceso enfermero en la hipertensión arterial sistémica. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. 8 (1-4). 19-24.

Erikson E. H. (1983). Infancia y sociedad. Ocho edades del hombre. 9ª. Ed., 240-241 Argentina: Ed. Horme.

Gallegos C. E. & Cárdenas V., Salas Ma. (1999). Capacidades de Autocuidado en adulto con Diabetes tipo 2. Revista Investigación y Educación en Enfermería. 17 (2). 25, 30.

García R. J. (1991). Taller de Introducción a la Metodología de investigación médica interdisciplinaria. Programa Universitario de Investigación en Salud. México: UNAM. 23-52.

Guevara C. R. (2003) Impacto Educativo de Enfermería en la Capacidad de Autocuidado en Pacientes con Hipertensión Arterial. Revista Desarrollo científico en Enfermería. 11 (7) Agosto. 206-210.

González Al. C. (2004, Agosto). Principios básicos de comunicación. Ed. Trillas. México Pág. 11. Online. Disponible en: members.tripod.com.mx/odie

Hernández S. R. (2003). Metodología de la Investigación. Recolección de datos. 3ª. Ed., 346-347 México: Ed. McGraw-Hill.

Ibáñez, Ramírez (2003, Septiembre). Los Factores condicionantes básicos que influyen en el Autocuidado de las primigestas en trabajo de parto fisiológico inicial. Online BIREME/OPS/OMS - Biblioteca Virtual en Salud base de datos: LILACS. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/exe/iah/online/>

Marinner T. A. (1999) Modelos y teorías en Enfermería: teoría del déficit de autocuidado. España: Ed. Harcourt Brace, pp.175-176.

Millé G. L. (2004, Agosto). La necesidad de comunicarse. Online Edamexm, México. 7 Disponible en: members.tripod.com.mx/odie

Montoya, Arango, Castaño, Cardozo, Romero. (2004, Febrero). Prevalencia de la hipertensión arterial en los empleados de los seguros de Sudamérica de seguros sede camino real. Online Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en México. Disponible en: <http://www.drscope.com/pac/cardio-2/2/c2t2> p6-10

Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-1999. (2000). Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial: Diario Oficial de la Federación, México. 148- 153.

Orem E. D. (1993). Modelo de Orem: La teoría de enfermería del Autocuidado. Teoría general. Madrid: Ed. Masson–Salvat, pp. 67-153

Organización Panamericana de la Salud (1990) La hipertensión arterial como problema comunitario. Washington D.C, EAU: Ed. OPS, pp.12.

Rubio G. A. (1998) Temas de Medicina Interna/ Hipertensión Arterial. México: Interamericana, McGraw-will, pp. 28.

Solano, S G. (2003). Influencia del apoyo Educativo en la Capacidad de Autocuidado de pacientes con Diálisis Peritoneal. Revista Desarrollo científico en Enfermería.11 (6) Julio. 169-174.

Sánchez T. G. (2003, Marzo). Panorama de la hipertensión arterial y sus factores de riesgo. Online ed. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en México Disponible en: http://www.drscope.com/pac/cardio-2/2/c2t2_p1

Snehendu K. (2004, Agosto) Papel de la comunicación en la planificación de la familia. Online Estado actual de las investigaciones. Paris, UNESCO. 27 Disponible en: members.tripod.com.mx/odie

Tijerina L R. & González G M. (2003, Abril). El desarrollo. Online disponible en: http://www.senl.edu.mx/proyectosNL/ramti_el_desarrollo.html

Tomás, A C, Moreno, A. L, Germán C. B. (2002). La dependencia y necesidades de cuidados no cubiertas de las personas mayores de una zona de salud de Zaragoza. Revista Española en Salud Publica. 76 (3) Mayo –Junio. 215-226.

Velásquez M. O, Rosas P. M, Pastelón H. (2002). Hipertensión Arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. Revista Archivos de Cardiología de México. 72 (1)_ Enero-Marzo. 71-84.

Villarreal R. E, Mathew Q. A, Garza M E, Núñez R G, Salinas M A, Gallegos H M. (2002). Costo de la atención de la hipertensión arterial y su impacto en el presupuesto destinado a la salud en México. Revista Salud Pública de México. 44. 7-13.

Waisman J, Carvajal H, Fernández A, Piskorz D, Bendersky M. (1999). Hipertensión Arterial, Recomendaciones Fac '99. Revista de la Federación Cardiológica de Argentina. 28. 487-494.

Anexos

Anexo 1

Formato de consentimiento informado.



Universidad Nacional Autónoma de México.
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.
División General de Estudios de Posgrado
Programa de Maestría en Enfermería



Invitan a participar en la investigación: Los factores básicos condicionantes y las capacidades para el autocuidado de los adultos maduros con Hipertensión Arterial que acuden a la consulta externa de Cardiología en el Hospital General de México.

Investigación de Enfermería que busca ampliar los conocimientos y la información con respecto a la relación que existe entre los adultos maduros y la Hipertensión Arterial, lo que lo ayudará en un futuro a crear programas y actividades de educación para disminuir complicaciones.

Por otra parte esta investigación no contempla riesgo alguno o repercusiones, si usted no decide participar y en cambio si usted decide participar le garantiza el anonimato y la confidencialidad de los datos y resultados que surjan de esta entrevista, por lo que se le pide atentamente que de aceptar firme usted al final de este formato.

En caso de interesarse por algo en particular, le serán resueltas sus dudas durante o al final de la entrevista.

“Gracias por su Colaboración”

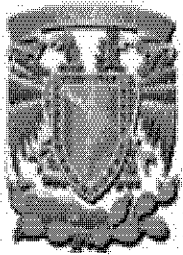
Firma del Encuestado

Firma del Investigador

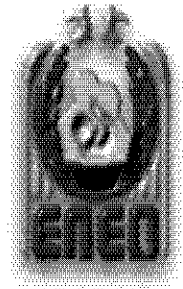
FECHA _____

Anexo 2

Instrumento de recolección de datos.



Universidad Nacional Autónoma de México.
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.
División General de Estudios de Posgrado
Programa de Maestría en Enfermería



Entrevista para la valoración de los factores básicos condicionantes y las capacidades para el autocuidado de los adultos maduros con Hipertensión Arterial que acuden a la consulta externa de Cardiología en el Hospital General de México.

Instrucciones: Tache y registre la respuesta según corresponda, de acuerdo con la respuesta del entrevistado.

“Gracias por su colaboración”

Entrevistador: _____

Instrumento para valorar los factores básicos condicionantes y las capacidades para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial que acuden a la consulta externa de Cardiología en el Hospital General de México.

Escala A: Factores básicos condicionantes.

I. Datos de personales y sociodemográficos.

1. Edad: _____

2. Sexo: Femenino___ Masculino___.

3. Estado civil

Casado (a) ___ Divorciado (a) ___ Soltero (a) ___ U. Libre Viudo (a) ___.

4. Escolaridad o grado académico:

Analfabeta ___ Solo sabe leer y escribir ___ Primaria completa ___ Secundaria completa ___ Preparatoria o Bachillerato completo ___ Técnico Profesional ___ Carrera Universitaria ___
Postrado o Maestría ___

5. ¿En qué parte de la republica Mexicana reside actualmente?

DF. ___ Estado de México ___ Tlaxcala ___ Puebla ___ Veracruz ___
Oaxaca ___ Guerrero ___ Morelos ___ Otro estado, cuál? _____

6.Cuál es su ocupación, empleo, oficio o trabajo :

Desempleado (a) ___ Jubilado ___ Obrero(a) asalariado ___ Oficio ___ Servicios de limpieza ___ Pequeño Comerciante ___ Hogar ___ Campesino Jornalero o que trabaja sus tierras ___ Profesionista ___ Otra _____

7. Considera que la ocupación, empleo, oficio, trabajo u ocupación que tiene le produce preocupaciones, nerviosismo o lo (a) angustia.

Nada ___ Poco ___ Mucho ___

8. ¿A que servicios de salud acude para controlar su presión alta? (dejara responder al paciente y luego leerle las demás opciones).

Solo el hospital General de México ___ IMSS ___ ISSSTE ___ Centro de salud ___ Servicio particular ___ Medicina naturista o alternativa ___ Curandero ___ Brujos ___ Acupuntura ___ Otros _____

9. Para controlar su presión alta, usted es una persona que acude a sus citas.

Siempre ___ Casi Siempre ___ En algunas ocasiones ___ Casi nunca ___ Nunca ___

10. Con que personas vive en su domicilio (dejara responder al paciente y colocar en la línea el número de integrantes y determinar el tipo de familia).

Vive solo (a) ___ Esposo (a) ___ Hijos (as) ___ Nietos (as) ___ Padres ___

Hermanos (as) ___ Otros familiares Cuales; _____

Amigos (as) ___ Cuidadores pagados ___ 10. Otros quien quienes. _____

11. (Determinar de acuerdo a los integrantes de la familia) Tipo de familia.

Vive solo (a) ___ Nuclear ___ Extensa ___ Familia integrada solo por la pareja ___ Familia integrada solo por uno de los padres y los hijos ___ Familia integrada por familiares del paciente y el mismo ___

12. Quien lo (a) cuida cuando se le sube la presión y se siente enfermo (a).

Nadie ___ Alguno familiar que no vive con el paciente ___ El o los hijos ___ Su

pareja ___ Amigo (s)

13. Cuanto tiempo podrían cuidarlo (a), la persona o familiar cuando se le sube la presión y se siente enfermo.

___ Nadie tiene tiempo para cuidarme.

___ Solo tienen tiempo para acompañarme al doctor.

___ Me pueden cuidar durante una semana.

___ Me pueden cuidar por un período aproximado de un mes.

___ Me pueden cuidar indefinidamente.

II. Antecedentes y estado actual de la Hipertensión Arterial.

14. ¿Cuanto años tiene de haber sido diagnosticado o le dijo un médico que tenía la presión alta? _____

15. ¿Algún médico le ha diagnosticado o le ha dicho que usted padece alguna de las siguientes enfermedades?

	Si				No
a. Diabetes Mellitas					
b. Insuficiencia Renal					
c. Colesterol Alto					
d. Alguna enfermedad del corazón, cuál:	IAM	Arritmia	Cardiopatía Isquémica	Otra	
e. Accidente cerebro vascular					
f. Hemorragia vascular cerebral					
g. Apoplejía					
h. Obesidad o exceso de peso corporal					
i. Alguna otra, cual?					

III. Datos Socioculturales.

16. ¿Le dedica usted tiempo a alguna actividad física, ejercicio o deporte que le ayuden a controlar su presión. (Si la respuesta es No, pase al pregunta 20).

Si ___ No ___

17. Por ejemplo:

Caminar ___ Correr ___ Nadar ___ Jugar fútbol ___ Aeróbics ___

Otra _____

18. Cuantos ___ días a la semana práctica esa actividad

19. Por cuanto tiempo al día _____

20. ¿Le dedica usted tiempo a alguna actividad recreativa que lo (a) distraiga, lo (a) divierta y le ayude a olvidar todas sus preocupaciones y sus angustias? (Si la respuesta es No, pase al pregunta 24)

Si ___ No ___

21. Por ejemplo:

Tejer ___ Dibujar ___ Escuchar música ___ Ver televisión ___ Manualidades ___ Leer

Ir al cine ___ Toca algún Instrumento musical ___ bailar ___ Otra

22. Cuantos ____ días a la semana lo (a) realiza.

23. Por cuanto tiempo al día _____

24. Cada cuando consume los siguientes alimentos.

a. Camarones	____ días al mes
b. Barbacoa	____ días al mes
c. Carnitas	____ días al mes
d. Quesadillas fritas	____ días al mes
e. Tacos	____ días al mes
f. Tortas	____ días al mes
g. Huevo	____ días a la semana
h. Leche entera	____ días a la semana
i. Verduras	____ días a la semana
j. Cereales	____ días a la semana
k. Frutas	____ días a la semana

25. ¿Con que frien sus alimentos? (dejara responder al paciente y luego leerle las demás opciones). Aceite de Oliva ____ Aceite de Girasol ____ Aceite de Maíz ____ Margarina ____ Manteca de cerdo ____ Mantequilla ____ Otros _____

26. ¿Le pone sal a sus alimentos antes de probarlos? Si ____ No ____

27. Usted fuma (Si la respuesta es No, pase al pregunta 30) Si ____ No ____

28. Cuantos ____ días a la semana fuma.

29. Cuantos cigarros, puros o pipas fuma a la semana _____

30. Usted consume bebidas con alcohol (Si la respuesta es No, pase al pregunta 34) Si ____ No ____

31. Que tipo de bebidas con alcohol consume.

Pulque ____ Cerveza ____ Tequila ____ Brandy ____ Aguardiente ____ Mezcal ____ Vodka ____ Otro _____

32. Cuantas veces al año consume bebidas con alcohol _____

33. Cuantos vasos o copas consume cuando toma _____

IV Datos socioeconómicos.

34. Que cantidad calcula usted al mes invierte aproximadamente en medicamentos, alimentos para su dieta, en transporte para ir a sus consultas médicas y el pago de las mismas \$ _____

Escala B: Capacidades generales para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial cuidado

Significado de las abreviaturas	S = Siempre	SC = Casi Siempre	MM = Mas o menos	CN = Casi Nunca	N = Nunca
--	----------------	----------------------	---------------------	--------------------	--------------

ESCALA B1 QUE VALORA LAS CAPACIDADES FÍSICAS PARA EL AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MADUROS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.	S	SC	MM	CN	N
35. ¿Su vista le permite ver y distinguir a las personas?					
36. ¿Escucha cuando le hablan las personas que están a su alrededor?					
37. ¿Puede Hablar y comunicarse con los demás de acuerdo con el lenguaje o dialecto que maneja?					
38. ¿Puede mover, estirar y doblar, bien sus manos, brazos y piernas?					
39. ¿Su fuerza le permite cargar objetos como sillas o bolsas con mandado?					
40. ¿Puede desarrollar actividades para su arreglo e higiene personal, como bañarse, lavarse los dientes, peinarse y abrocharse o anudarse los zapatos?					
41. ¿Puede realizar actividades en su casa como cocinar, barrer, trapear, lavar ventanas, etc.?					
42. ¿Puede bajar y subir escaleras como las de los puentes peatonales?					
43. ¿Puede caminar aproximadamente un kilómetro (10 cuadras)?					
44. ¿Puede trasladarse en transporte público, a diferentes lugares, como por ejemplo su este hospital?					

ESCALA B2 QUE VALORA LAS CAPACIDADES PSICOLÓGICAS PARA EL AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MADUROS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.	S	SC	MM	CN	N
45. ¿Esta contento con lo que ha realizado en la vida, de acuerdo a sus logros?					
46. ¿Cuida de su presión, tomando todos sus medicamentos en los horarios indicados y de acuerdo con las recomendaciones que le hicieron?					
47. ¿Controla sus nervios, cuando esta preocupado?					
48. ¿Se plantea metas para mejorar su presión?					
49. ¿Se motiva lo suficiente para cuidarse de su presión alta?					
50. ¿Planea y organiza sus actividades para que estas no interfieran con los horarios de sus medicamentos?					
51. ¿Recuerda los horarios y los medicamentos que tiene que tomar para el control de su presión?					
52. ¿Identifica las molestias que le han llegado a ocasionar algunos medicamentos para el control de su presión?					
53. Cuando identifica estas molestias, ¿acude a su médico de inmediato para comentárselo y buscar otra alternativa?					
54. ¿Cuando tiene dolor de cabeza o escucha zumbidos, siente mareos o ve lucecitas acude a que le revisen su presión para saber si esta le esta subiendo?					

ESCALA B3 QUE VALORA LAS CAPACIDADES SOCIO-FAMILIARES PARA EL AUTOCUIDADO DE LOS ADULTOS MADUROS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.	S	SC	MM	CN	N
55. ¿Le es fácil convivir con otras personas a las cuales conoce poco?					
56. ¿Le es fácil hacer amistad con otras personas que conoce poco?					
57. ¿Mantiene relación con varios grupos de amigos?					
58. ¿Participa en juntas o reuniones vecinales?					
59. ¿Asiste y participa en las celebraciones o fiestas de su comunidad?					
60. ¿Comparte las experiencias que le han dejado el ser hipertenso (a) con otras personas con la misma enfermedad, tratando de ayudarlas?					
61. ¿Tiene una buena relación con su familia?					
62. ¿Dentro de su familia da opiniones y sugerencias que ayudan a resolver los problemas que se presentan en su hogar?					
63. ¿Comparte tiempo con su familia, en los días y las horas de descanso que tiene disponibles después de su trabajo u ocupación?					
64. ¿Tiene una buena comunicación con su familia?					

Anexo 3

Instrumento de Interpretación de Resultados de las escalas de capacidades generales para el autocuidado de los adultos maduros con hipertensión arterial.

La interpretación de resultados de la pregunta 35 a la 64, concernientes a la valoración de las capacidades para el autocuidado, se realiza de la siguiente manera, se obtendrá un puntaje total el cual será comparado con la escala de capacidades para el autocuidado de adultos maduros con hipertensión Arterial y así obtener una calificación que nos muestre el grado de capacidades que poseen los participantes en el estudio.

Escala “B” de capacidades generales de los adultos maduros con hipertensión Arterial

De 121 a 150 puntos excelentes capacidades de los adultos maduros para el autocuidado de la hipertensión arterial.

De 91 a 120 puntos muy buenas capacidades de los adultos maduros para el autocuidado de la hipertensión arterial.

De 61 a 90 puntos buenas capacidades de los adultos maduros para el autocuidado de la hipertensión arterial.

De 31 a 60 puntos regulares capacidades de los adultos maduros para el autocuidado de la hipertensión arterial.

De 1 a 30 puntos incapacidad de los adultos maduros para el autocuidado de la hipertensión arterial.

Puntaje total. _____

Escalas de capacidades por dimensión:

Escala B1 de capacidades físicas de los adultos maduros con hipertensión Arterial

De 41 a 50 puntos excelentes capacidades físicas de los adultos maduros para el autocuidado de la hipertensión arterial.

De 31 a 40 puntos muy buenas capacidades físicas de los adultos maduros para el autocuidado de la hipertensión arterial.

De 21 a 30 puntos buenas capacidades físicas de los adultos maduros para el autocuidado de la hipertensión arterial.

De 11 a 20 puntos regulares capacidades físicas de los adultos maduros para el autocuidado de la hipertensión arterial.

De 1 a 10 puntos incapacidad física de los adultos maduros para el autocuidado de la hipertensión arterial.

Puntaje total. _____

Escala B2 de capacidades psicológicas de los adultos maduros con hipertensión Arterial

De 50 a 41 puntos excelentes capacidades psicológicas de los adultos maduros para el autocuidado de la hipertensión arterial.

De 31 a 40 puntos muy buenas capacidades psicológicas de los adultos maduros para el autocuidado de la hipertensión arterial.

De 21 a 30 puntos buenas capacidades psicológicas de los adultos maduros para el autocuidado de la hipertensión arterial.

De 11 a 20 puntos regulares capacidades psicológicas de los adultos maduros para el autocuidado de la hipertensión arterial.

De 1 a 10 puntos incapacidad psicológica de los adultos maduros para el autocuidado de la hipertensión arterial.

Puntaje total. _____

Escala B3 de capacidades socio-familiares de los adultos maduros con hipertensión Arterial

De 41 a 50 puntos excelentes capacidades socio-familiares de los adultos maduros para el autocuidado de la hipertensión arterial.

De 31 a 40 puntos muy buenas capacidades socio-familiares de los adultos maduros para el autocuidado de la hipertensión arterial.

De 21 a 30 puntos buenas capacidades socio-familiares de los adultos maduros para el autocuidado de la hipertensión arterial.

De 11 a 20 puntos regulares capacidades socio-familiares de los adultos maduros para el autocuidado de la hipertensión arterial.

De 1 a 10 puntos incapacidad socio-familiar de los adultos maduros para el autocuidado de la hipertensión arterial.

Puntaje total. _____