



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 62
CUAUTITLÁN, ESTADO DE MÉXICO



**“CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES
HIPERTENSOS CON Y SIN COMPLICACIONES, DE LA UMF 62.”.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA: AURORA DANIELA FUENTES CAMPOS
MEDICO CIRUJANO

REGISTRO DE AUTORIZACION: R-2020-1406-035

ASESOR
DRA. ARACELI GUTIERREZ ROMERO
Especialista en Medicina Familiar

CUAUTITLÁN, ESTADO DE MÉXICO

2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**“CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES
HIPERTENSOS CON Y SIN COMPLICACIONES, DE LA UMF 62.”.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTAS EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

AURORA DANIELA FUENTES CAMPOS

A U T O R I Z A C I O N E S

DRA. ARACELI GUTIÉRREZ ROMERO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
EN CUAUTITLÁN EDO. DE MÉXICO ORIENTE

DRA. ARACELI GUTIERREZ ROMERO

ASESOR DE TESIS ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 62

DR. RUBÉN RÍOS MORALES

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. PEDRO ALBERTO MUÑOZ

COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN DELEGACIÓN

DRA. OLGA MARGARITA BERTADILLO MENDOZA

COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL DELEGACIÓN
ORIENTE CUAUTITLÁN EDO. DE MÉXICO ORIENTE

CUAUTITLÁN EDO. DE MÉXICO ORIENTE

2022

**“CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES
HIPERTENSOS CON Y SIN COMPLICACIONES, DE LA UMF 62.”.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTAS EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

FUENTES CAMPOS AURORA DANIELA

A U T O R I Z A C I O N E S

DRA. ARACELI GUTIÉRREZ ROMERO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES
EN CUAUTITLÁN EDO. DE MÉXICO ORIENTE

DRA. ARACELI GUTIERREZ ROMERO

ASESOR DE TESIS ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 62

DR. RUBÉN RÍOS MORALES

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

DR. PEDRO ALBERTO MUÑOZ

COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN DELEGACIÓN

DRA. OLGA MARGARITA BERTADILLO MENDOZA

COORDINADOR DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL DELEGACIÓN
ORIENTE CUAUTITLÁN EDO. DE MÉXICO ORIENTE

CUAUTITLÁN EDO. DE MÉXICO ORIENTE

2022

**“CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO EN PACIENTES
HIPERTENSOS CON Y SIN COMPLICACIONES, DE LA UMF 62.”.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTAS EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

AURORA DANIELA FUENTES CAMPOS

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA

JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. GEOVANI LOPEZ ORTIZ

COORDINADOR DE INVESTIGACION
DE LA SUBDIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

CUAUTITLÁN EDO. DE MÉXICO ORIENTE

2022

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL
MARCO TEÓRICO
JUSTIFICACIÓN
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA
OBJETIVO GENERAL
OBJETIVOS ESPECÍFICOS
HIPÓTESIS
METODOLOGÍA
CRITERIOS DE SELECCIÓN
INFORMACIÓN A RECOLECTAR
MÈTODO
PRUEBA PILOTO
ASPECTOS ÉTICOS
RESULTADO
DISCUSIÒN
CONLUCISIÒN
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
ANEXOS

Marco Teórico

Las enfermedades crónicas no transmisibles son definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "enfermedades de larga duración y, progresión lenta", y que representan el principal problema de salud, las cuales generan una gran carga para los sistemas sanitarios.¹

Estas enfermedades son consideradas una emergencia mundial y en muchas ocasiones están asociadas unas a otras, dentro de las principales se encuentra obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemias.²

En los últimos años ha cobrado importancia la hipertensión arterial la cual es una entidad cuya incidencia y prevalencia va cada vez más en aumento en nuestra población debido a los estilos de vida actuales que favorecen el sedentarismo y otros factores de riesgo que predisponen a esta enfermedad.³

La hipertensión es considerada por la Organización Mundial de la Salud como la primera causa de muerte a nivel mundial, con cifras cercanas a 7 millones de personas al año.⁴

Para el año 2014 se estimó que más del 20% de los adultos en el mundo eran hipertensos y casi 10 millones de muertes fueron causadas por ella.⁵

Tan solo México en 2018 la prevalencia de hipertensión fue de aproximadamente 30% en la población de adultos, lo que se traduce en 15.2 millones de habitantes.⁶

Debe ser reconocido como un problema social y de salud pública, por la alta prevalencia, además de ser el principal factor de riesgo cardiovascular, que contribuye con 1.5 % de muertes directamente relacionadas y colabora al desarrollo de la aterosclerosis.⁷

Según la JNC los umbrales para el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica son de 130 y 80 mmHg.⁸

Es muy importante conocer como integrar el diagnóstico, ya que así se puede iniciar un tratamiento de forma oportuna, con esto podremos retrasar la aparición de complicaciones de las cuales según el informe de la OMS representan 9,4 millones de los 17 millones anuales en todo el mundo.⁹

Por frecuencia se encuentra el infarto de miocardio, insuficiencia cardiaca, ictus y enfermedad renal.¹⁰

La mayoría está directamente relacionada a aterosclerosis que ocasiona cardiopatías isquémicas y accidentes cerebrovasculares ¹¹

El proceso aterosclerótico se origina de manera secundaria a un aumento de la presión del pulso como la presión sistólica que contribuye a la disfunción endotelial, lo que facilita la entrada de colesterol lipídico de baja densidad a la pared de los vasos sanguíneos.¹²

La hipertensión perse, se encuentra estrechamente asociada a enfermedad cardiovascular por lo que en la actualidad se reconocer la existencia de una serie de factores capaces de determinar un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad cardiovascular, por lo que es de suma importancia ofrecer un tratamiento adecuado y oportuno para así disminuir los problemas cardiacos secundarios.¹³

Se sabe que muchas complicaciones pueden prevenirse o tratarse a tiempo con la inclusión de comportamientos de autocuidado que ayuden a modificar aquellas conductas detectadas como de riesgo, entre las que se destacan la ingesta de dietas con alto contenido de sal, grasa o colesterol, el consumo de tabaco o alcohol y la falta de actividad física.¹⁴

Ensanut (2019) realizó un estudio en el cual se midió la tensión arterial a 7 838 adultos, para evaluar la prevalencia de hipertensión arterial en adultos, en el cual se encontró que los adultos con escolaridad superior a secundaria tuvieron una prevalencia 55.1% menor de hipertensión arterial sistémica, que los adultos que no cursaron siquiera la primaria, esto nos indicaría que por cada año de escolaridad implica un mayor conocimiento y habilidad para conservar su salud.¹⁵

Baquero (2016) realizo un estudio en una farmacia localizada en el ayuntamiento de O Porriño (Galicia), fue de tipo cuasiexperimental no controlado para conocer qué cambio en el estilo de vida es más significativo, para reducción de cifras de presión arterial, se usó una muestra de 30 pacientes de los cuales se tomó en dos ocasiones la presión arterial y se indicó dieta, reducción de peso, ejercicio y disminución del consumo de sal, los datos obtenidos en la primera toma de presión arterial fueron inferiores a 140/90 mmHg, lo que indica que la mayoría de la muestra tenía un buen grado de control. En la segunda visita fueron significativamente inferiores (-5,8 mmHg en la presión arterial sistólica y -4,0 mmHg en la presión

arterial diastólica). Al ser el consumo de sal la única variable de estilo de vida en la que observamos cambios estadísticamente significativos ($p=0,028$), ya que no se modificaron la calidad de la alimentación ni la actividad física, ni tampoco hubo una disminución de peso significativa que justifique la disminución de la presión arterial, creemos que el descenso del consumo de sal podría ser la razón de la disminución de la presión arterial.¹⁶

El autocuidado es considerado como todas las acciones que las personas practican de forma voluntaria encaminadas a mantener la salud y el bienestar en el contexto de la vida cotidiana y de manera especial cuando se afronta alguna enfermedad, sobre todo aquellas de tipo crónico como la hipertensión arterial sistémica.¹⁷

El propósito de fomentar el autocuidado de los pacientes hipertensos se logrará con estrategias de la promoción de la salud permitiendo reconocer las necesidades de cambio a favor de la salud a través de la toma de decisiones dirigidas para adquirir estilos de vida saludables y determinar su estado de salud o limitación del daño.¹⁸

En este sentido podemos decir que la capacidad de agencia de autocuidado se puede estudiar en relación con las capacidades del individuo como ser integral, racional, biológico y emocional, que entran en juego cuando el ser humano realiza algún tipo de acción incluyendo su repertorio de habilidades y la clase de conocimiento sobre su salud para ocuparse de una gama de conductas concretas.¹⁹

Según Balta (2008), la agencia de autocuidado es una práctica poco aplicada por las personas adultas y mucho menos en personas que tienen enfermedades crónicas como la hipertensión arterial sistémica, esta se considera alarmante si se tiene en cuenta la pérdida de años de vida saludable, años productivos, incapacidad física, costos para el individuo y las instituciones de salud.²⁰

La medición de la agencia de autocuidado se realiza a partir de cuestionario de evaluación, el cual consta de 17 preguntas cerradas.²¹

Dicha escala fue desarrollada para medir el concepto central de la Teoría de Enfermería de Déficit de Autocuidado de Orem, estudios transculturales han revelado propiedades psicométricas aceptables de dicha escala de evaluación en poblaciones de Holanda, Noruega, Suiza, México, Hong Kong. Las pruebas psicométricas originales mostraron una confiabilidad de 0.72-0.82 para el

coeficiente alfa, y un índice de validez de contenido de 0.88 en Hong Kong. La traducción de esta al español, originalmente desarrollada en el idioma inglés, fue hecha por estudiantes de doctorado en enfermería y traductores profesionales en México.²²

Achury (2012) en Colombia realizó un estudio para determinar la capacidad de agencia de autocuidado en 245 pacientes hipertensos que asistieron a una institución de segundo nivel de atención en el 2010, mediante el desarrollo de un estudio descriptivo de tipo transversal con la aplicación del instrumento. Se encontró que el 81.22% (n = 199) y el 8.16% (n = 20) de los pacientes presentaron una capacidad de agencia de autocuidado media y baja respectivamente, y tan solo el 10.61% (n = 26) presentaron agencia de autocuidado alta.²³

Flores (2018) realizó un estudio descriptivo, con diseño transversal, con 51 pacientes con hipertensión arterial (HTA) internados en el servicio de Geriatria y Medicina Interna del Hospital Santa Bárbara de la ciudad de Sucre. Los resultados señalan que se tiene en más del 50% una capacidad de autocuidado bajo.²⁴

Vega (2014) en agosto realizó un estudio en el hospital universitario en Cúcuta (Colombia) Estudio descriptivo transversal de corte cuantitativo, se incluyó a 65 hipertensos, a quienes, les fue aplicado la "escala evaluación de agencia de autocuidado". A nivel general se reportó que el 10.7 % de los pacientes tiene una capacidad de agencia alta. ²⁵

Frías (2015) en enero realizó un estudio fue descriptivo, transversal, incluyo a 302 pacientes Hipertensos de una Institución de Salud Pública de Segundo Nivel de Atención de la Ciudad de H. Matamoros Tamaulipas. México se aplicó un cuestionario para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial, de acuerdo con los resultados de este estudio el 74.5 % (n= 225) de los pacientes hipertensos mostraron capacidad suficiente respecto para su autocuidado.²⁶

Vega (2014) realizó un estudio descriptivo transversal de corte cuantitativo, realizado durante el primer semestre de 2012; la muestra por conveniencia estuvo conformada por 65 hipertensos. A nivel general se reportó que el 83.1 % de los

pacientes presentó una capacidad de autocuidado baja; el 6.2 % mediana capacidad y solo el 10.7 % una capacidad alta.”. ²⁷

Aguado (2019) realizó un estudio cuantitativo, tipo descriptivo, de corte transversal; se llevó a cabo en el consultorio de cardiología de un Hospital Nacional. La población de estudio fue 3949 y la muestra lo constituyeron 86 pacientes con diagnóstico de HTA, para medir el autocuidado con una escala de likert, el 40.0% de los pacientes tenían un nivel de conocimiento y autocuidado alto; el 38.1% presentaron un nivel de conocimiento y autocuidado bajo ²⁸

Rivera (2006) realizó un estudio con un diseño descriptivo, con abordaje cuantitativo que

permitió evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en 90 personas hospitalizadas con diagnóstico de hipertensión arterial en una clínica de Bogotá. Los resultados muestran que el 53 % de las personas hospitalizadas con hipertensión arterial tuvieron deficiente capacidad de agencia para el autocuidado en tanto que el 47 % presentaron suficiente capacidad de agencia para el autocuidado.²⁹

Goldmeier y Castro reportan la aplicación de la teoría de autocuidado en el manejo de los factores de riesgo (obesidad, hipertensión y tabaquismo) en pacientes postinfarto agudo de miocardio. En un estudio randomizado, realizan las intervenciones educativas y un grupo sin intervención educativa. En los resultados demuestran como el grupo experimental tuvo una disminución del número de factores de riesgo cardiovascular respecto a los pacientes del grupo control; se observó una reducción del 85% del hábito de fumar en el grupo con intervención educativa frente a un 33% del grupo control; en cuanto al factor de riesgo obesidad un 12.6% disminuyeron de peso en el grupo que recibió la intervención comparado con un 3% en el grupo control; el nivel de hipertensión arterial no presentó diferencias significativas en los dos grupos observados.³⁰

JUSTIFICACION

El propósito de esta investigación fue comprender que agencia de autocuidado tienen los pacientes de la unidad de medicina familiar número 62.

La hipertensión es un problema de salud pública. Debido a la evidente tendencia al alza de las estadísticas, es importante tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados.

En este estudio se vió la estimación de la capacidad de agencia de autocuidado y la relación que existe con el desarrollo de complicaciones.

Sabiendo qué aspectos del autocuidado están fallando más, se pueden tomar medidas para mejorar el autocuidado del paciente y así permitirle participar en su propia enfermedad tanto como sea posible, de modo que la capacidad de autocuidado sea mayor.

En la actualidad no existen estudios en México, en el que comparen la agencia de autocuidado comparado con el desarrollo de complicaciones, por lo que es muy importante conocer esta relación ya que se verían beneficiados, en parte para controlar mejor su enfermedad, además para disminuir o atrasar la aparición o avance de las mismas, al empoderar al paciente, y ayudarle a ver en qué aspectos está fallando.

El beneficio que obtuvieron los pacientes que participaron en el estudio es que comprendieron mejor qué situaciones pueden afectar el control de la presión arterial y que sean capaces de cuidarse a sí mismos aliviando las dudas que tengan sobre su enfermedad, mejorando el control de la misma.

El beneficio que obtuvo el Instituto Mexicano del Seguro Social es que, al estar el paciente, consciente de que el principal factor para el control de la patología es su propio cuidado habrá reducción de estancias hospitalarias, gastos para tratar complicaciones y así disminuyendo el impacto económico.

Planteamiento del problema

Trascendencia

La hipertensión es un problema de salud pública en todo el mundo que causa muchos problemas a quienes la padecen, ya que altera su vida diaria, incluida la discapacidad física, los gastos para el individuo y para las instituciones de salud. La prevalencia de hipertensión arterial varía ampliamente. Cuanto mayor es la edad, más aumenta. Por ejemplo, en los países desarrollados con una población mayor, más de dos tercios de los adultos mayores padecen hipertensión arterial, el principal factor de riesgo de enfermedad cerebrovascular e insuficiencia cardíaca.

La agencia del autocuidado va orientado a la búsqueda del bienestar propio, mediante la importancia de reconocer signos y síntomas es muy importante, la adaptación al tratamiento, el aprendizaje que requiere para convivir con esta patología; la aceptación del propio estado de salud y la capacidad de autocuidado guarda relación con la adherencia terapéutica, definida como el comportamiento que tiene una persona al seguir un régimen terapéutico y alimentario, ejecutando cambios en su modo de vida. De tal manera que, para el autocuidado es importante la educación a los pacientes y familiares de las personas con esta patología, que permitirá desarrollar conductas que no sólo beneficien su estado de salud, sino que contribuyan a la formación de una persona responsable, actividad desarrollada por los enfermeros.

Magnitud

En México en 2018, la prevalencia de hipertensión fue aproximadamente de 30% en la población de adultos de 20 años de edad o más, lo que se traduce en más de 15.2 millones de pobladores, de esta cifra 40% no estaban diagnosticados.

En ese mismo año el IMSS registro una prevalencia de HAS de 21% en su población derechohabiente, con 7.48 millones de pacientes diagnosticados, siendo más frecuente el diagnostico en la población femenina, con un 60% del total de casos. Así mismo solo 4.76 millones de los pacientes detectados con HAS reciben tratamiento farmacológico.

Se traduce un costo total para el instituto de 23.8 mil millones de pesos anuales y se estima que anualmente se registran 175 mil casos nuevos.

La mayoría de los pacientes hipertensos no tiene adecuado control de su enfermedad, esto consecuencia de una baja agencia de autocuidado, la cual de ser alta disminuiría el desarrollo de patologías secundarias, por lo que considero muy importante estudiar la asociación de agencia de autocuidado con el desarrollo de complicaciones, al momento no existen trabajos de investigación que comparen estas dos variables, por lo que creo es de vital importancia conocer dicha relación.

Vulnerabilidad

La hipertensión es una de las enfermedades crónicas no transmisibles, caracterizada por el aumento de la presión arterial sistólica y diastólica, cuyo valor origina complicaciones que representan un problema creciente de salud pública caracterizado por ser de larga duración y proceso lento; en ocasiones debido al estilo de vida sedentario, inadecuada alimentación, estrés laboral, entre otros y asociados a factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos y ambientales, que desarrollarán discapacidad y muerte en la población actual de países desarrollados y subdesarrollados.

Con el correcto tratamiento de 1.000 personas mayores de 60 años tratados, se pueden evitar cinco accidentes cerebrovasculares por año, tres eventos coronarios y cuatro muertes cardiovasculares. En resumen, con un control correcto de la hipertensión podría haber una reducción de hasta 20% de las muertes por enfermedad de las arterias coronarias y 24% de mortalidad cerebrovascular.

Involucrar al paciente en su autocuidado genera control de sus cifras tensionales y evitar así la aparición de complicaciones.

Factibilidad

Dado que es una enfermedad crónica, se busca mejorar la calidad y cantidad de años de vida libres de complicación, ya que cuanto mejor autocuidado tenga los pacientes se podrá retrasar su aparición o avance.

La hipertensión arterial es un proceso complejo, cuyo objetivo es la prevención, la detección precoz y el tratamiento oportuno para evitar las complicaciones de esta enfermedad. Aquí, promover el autocuidado a través de la educación con el modelo de autocuidado de Dorotea Orem podría posibilitar el desarrollo de conductas que

no solo mejoren la salud, sino que también contribuyan a la educación de un individuo responsable y productivo.

Con la implementación de programas con acciones que fortalezcan la capacidad de responder a las necesidades de las personas hipertensas para su participación en el autocuidado.

No existe en la actualidad, algún estudio que compare la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso con el desarrollo de complicaciones, por lo que se tomara un 50% de estimación para el desarrollo de complicaciones, además se utilizara un estudio que estudia la capacidad de agencia de autocuidado en adultos mayores hipertensos como referencia, ya que nos interesa conocer qué relación existe entre estas dos variables.

En la actualidad se ha buscado educar al paciente e involucrarlo respecto al autocuidado de su enfermedad, con grupos de ayuda mutua, pero aún se puede mejorar más, ya que han sido pocos los estudios al menos en México donde se cuestiona que tan bien conoce la enfermedad, que tanto la acepta y por consecuencia que tanto se hace responsable del cuidado de su salud. Además, que de acuerdo con varios estudios los pacientes no aceptan del todo su enfermedad un gran motivo por el que no se enfocan en un cuidado adecuado.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la asociación de la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes hipertensos con y sin complicaciones?

Objetivo General

Estimar la asociación de la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes hipertensos con y sin complicaciones de la UMF 62.

Objetivos específicos

- Clasificar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes hipertensos.
- Clasificar a pacientes hipertensos con y sin complicaciones.
- Identificar la edad de los pacientes.
- Mencionar el sexo de los pacientes.
- Clasificar la escolaridad de los pacientes.
- Referir la ocupación de los pacientes.
- Conocer la religión de los pacientes.
- Conocer el estado civil de los pacientes.
- Citar el tiempo de diagnóstico de la hipertensión arterial sistémica.

HIPOTESIS DE TRABAJO

Si existe mayor capacidad de agencia de autocuidado en pacientes hipertensos entonces estará más de 50% asociado a menor desarrollo de complicaciones a diferencia si existe una capacidad de agencia baja, entonces estará más asociado a mayor desarrollo de complicaciones del paciente hipertenso.

METODOLOGIA

Material y metodos

1. Características donde se realizó el estudio

La presente investigación se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 62, que se encuentra ubicada en Avenida 16 de septiembre 39 Col. Guadalupe C.P. 54800, Cuautitlán, Estado de México. Tel: 58720066 Ext: 51423. Perteneciente a la delegación 15 oriente del IMSS, proporciona atención médica del **Primer Nivel de Atención**.

2. Diseño

OBSERVACIONAL ya que no hay manipulación de variables solo se observa el fenómeno, de estimación de la relación de agencia de autocuidado con pacientes con y sin complicaciones.

ANALÍTICO por la cantidad de grupos a comparar. En este caso se estimará la relación de la agencia de autocuidado con pacientes con y sin complicaciones.

TRANSVERSAL ya que según el número de mediciones de la variable y el instrumento evaluación de agencia de autocuidado del paciente hipertenso se aplicarán a la muestra en un solo momento.

PROLECTIVO ya que la obtención de la información se realiza simultáneamente con la ocurrencia del fenómeno, simultáneo a la ocurrencia del resultado, al obtener la relación de agencia de autocuidado con complicaciones o sin complicaciones.

3. Universo de Trabajo

Se tomó cifra de adultos mayores con diagnóstico de hipertensión de la base de datos ARIMAC de la UMF 62 se encontraron **28 352** pacientes hipertensos.

Criterios de selección

Derechohabientes de la UMF 62.

30 - 45 años.

Con diagnóstico de hipertensión.

Con complicaciones y sin complicaciones de hipertensión

Pacientes trabajadores con un turno fijo.

Que cuente con familia nuclear.

Que firmen carta consentimiento informado.

Criterios de exclusión

Pacientes con problemas psiquiátricos, (depresión, ansiedad, psicosis)

Pacientes con trastornos del sueño, (hipersomnía, narcolepsia, insomnio)

Que no completen el llenado del instrumento

INFORMACION A RECOLETAR

VARIABLE DEPENDIENTE

Con o sin complicaciones de hipertensión

VARIABLE INDEPENDIENTE

Capacidad de agencia de autocuidado

Prueba piloto

Tamaño de la Muestra

Se utilizó una formula finita de una proporción.

Muestra: La muestra constituida por 378 adultos de la UMF 62.

$$n = \frac{NZ^2pq}{(N - 1)e^2 + z^2pq}$$

Donde:

n = muestra calculada

N = población (28352)

*p = proporción de adultos con agencia de autocuidado adecuado (0.5)

q = proporción de adultos con agencia de autocuidado inadecuado (0.5)

Z = nivel de confianza (1.96)

e = error probable 0 .05

Remplazando:

$$n = \frac{28352(1.96)(0.5)(0.5)}{(28352-1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.5)(0.5)}$$

$$n = \frac{108871(.25)}{28351(.0025) + 3.84(.25)}$$

$$n = \frac{27217}{71.83}$$

$$n = 378$$

*Tejada Thalia, Capacidad de autocuidado según Dorothea Orem en adultos mayores del Distrito de Ayapata-2018, Tesis, Repositorio institucional, Universidad Nacional del Altiplano, Puno, Peru.31

Muestreo: Es no probabilístico, no aleatorizado, bajo conveniencia.

METODO

Descripción del estudio

Este estudio se realizó posterior a la aceptación del comité local de investigación en salud y comité local de ética. Se solicitó al servicio de ARIMAC el censo de los pacientes hipertensos, se seleccionaron a los primeros 378 pacientes. Se solicitaron los números telefónicos en el área de vigencias, para poder contactarlos y realizar la invitación para poder estar dentro de nuestro estudio. Si por algún motivo hubiese alguna negativa o no acudieran a la cita el paciente participante se solicitó los siguientes pacientes en censo de ARIMAC para hacer nuevas invitaciones. Una vez aceptando se citaron en una primera platica en el aula de enseñanza de la UMF 62, en grupos de 10 personas para poder explicar en que constará el estudio, y se procederá a firmar carta de consentimiento informado. Posteriormente a los que desearon ingresar al tesis de estudio, en una segunda cita, se pasaran de 10 en 10 por cada hora en el aula de enseñanza de la UMF 62 tomando 10 minutos para el llenado de ficha de identificación y enseguida contestaron el instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en

pacientes con hipertensión arterial, que consta de 17 ítems de respuesta múltiple con un puntaje total de 85 puntos con un tiempo de aplicación de 15 minutos. Después se vaciaron las respuestas de las encuestas para ser interpretadas para su análisis con ayuda del programa SPSS v20.

Instrumentos

El instrumento utilizado fue la Escala de evaluación de agencia de autocuidado De Achury y cols.

La Escala Valoración de Agencia de Autocuidado fue desarrollada por Evers para valorar la agencia de autocuidado reportada por el paciente, y la agencia de autocuidado estimada por la enfermera, con el fin de valorar si una persona puede conocer las necesidades generales actuales de agencia de autocuidado. La Escala fue desarrollada para medir el concepto central de la Teoría de Enfermería de Déficit de Autocuidado de Orem, agencia de autocuidado, entendido este concepto como la capacidad o el poder de la persona para realizar operaciones de autocuidado.

La traducción de la Escala al español, originalmente desarrollada en el idioma inglés, fue hecha por estudiantes de doctorado en enfermería y traductores profesionales en México. El cuestionario fue revisado por un experto en lengua española a fin de corregir la estructura gramatical y la semántica, los ítems 4, 6, 13 y 16 fueron reescritos en forma más simple, directa y gramaticalmente correcta. La versión al español de la Escala es equivalente a la original en el idioma inglés, por lo que se considera que está lista para su uso en la población mexicana, con una confiabilidad por alfa de Cronbach de .77 a .85, para su proceso de evaluación cuenta con una escala de respuestas tipo Likert, con 5 opciones, donde 1: nunca 2; casi nunca, 3: a veces 4: casi siempre 5: siempre.

La interpretación de dicho instrumento está dada por rangos:

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

Achury (2012) en Colombia realizó un estudio para determinar la capacidad de agencia de autocuidado en 245 pacientes hipertensos que asistieron a una institución de segundo nivel de atención en el 2010, mediante el desarrollo de un estudio descriptivo de tipo transversal con la aplicación del instrumento Evaluación de la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso. Se encontró que el 81,22% (n = 199) y el 8,16% (n = 20) de los pacientes presentaron una capacidad de agencia de autocuidado media y baja respectivamente, y tan solo el 10,61% (n = 26) presentaron agencia de autocuidado alta.

Estudios transculturales han revelado propiedades psicométricas aceptables de la Escala de evaluación de agencia de autocuidado en poblaciones de Holanda, Noruega, Suiza, México, Hong Kong. Las pruebas psicométricas de esta originalmente mostraron una confiabilidad de 0,72-0,82 para el coeficiente alfa, y un índice de validez de contenido IVC de 0,88 en Hong Kong.

ANALISIS DE DATOS

Se utilizó programa estadístico SPSS versión 20,

Se realizó un análisis univariado, con las siguientes variables:

- Variables cualitativas nominales (sexo, ocupación, estado civil) Se analizarán con frecuencias y porcentajes, representándolo con tablas y gráficas de barras.
- Variables cualitativas ordinales (capacidad de agencia, escolaridad) Se analizarán y se representarán por medio de frecuencias y gráficas de barras.
- Cuantitativas continuas (tiempo de evolución, edad). Se analizarán por medio de medidas de tendencia central: media y medidas de dispersión, desviación estándar, representándolas por medio de Gráficas de barras.

En un segundo momento se realizó análisis bivariado con las variables agencia de autocuidado en pacientes con y sin complicaciones, con la prueba U de Mann Whitney $p < 0.05$.

ASPECTOS ÉTICOS

Código de Núremberg: Habla de que es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano. El experimento debe ser útil para el bien de la sociedad, irremplazable por otros medios de estudio y de la naturaleza que excluya el azar. El experimento debe ser diseñado de tal manera que los resultados esperados justifiquen su desarrollo. El experimento debe ser ejecutado de tal manera que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario. Deben hacerse preparaciones cuidadosas y establecer adecuadas condiciones para proteger al sujeto experimental contra cualquier remota posibilidad de daño, incapacidad y muerte. El experimento debe ser conducido solamente por personas científicamente calificadas. Durante el curso del experimento, el sujeto humano debe tener libertad para poner fin al experimento si ha alcanzado el estado físico y mental en el cual parece a él imposible continuarlo. **En mi tesis se les dió una sesión informativa y se les explicó a todos los participantes el consentimiento informado; siendo completamente voluntario la participación en el estudio, así como se les explicó cuál va a ser su tipo de participación, se les explicó la finalidad de realizarlo.**

Se evita el sufrimiento físico, mental y daños innecesarios en pacientes hipertensos. Se les mencionó que en cualquier momento del estudio tienen la libertad para ya no continuar. Procurando siempre proteger los datos personales de los pacientes tanto en las encuestas e instrumentos de recolección. Los resultados solo se entregarán directamente al paciente.

Declaración de Helsinki: Habla de que el diseño y la realización de cualquier procedimiento experimental que implique a personas debe formularse claramente en un tesis experimental que debe presentarse a la consideración, comentario y guía de un comité de ética. Debe ser realizada únicamente por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un facultativo clínicamente competente. No puede llevarse a cabo lícitamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para las personas. Basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las

personas como para terceros. La salvaguardia de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad. Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad. Preservar la exactitud de los resultados obtenidos. Los informes sobre experimentos que no estén en consonancia con los principios expuestos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación. Debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito. **En mi tesis fue supervisada por médicos altamente calificados con experiencia en la investigación biomédica. Todo el proceso de estudio fue debidamente protocolizado con el comité de ética y el comité metodológico. Antes de realizar el estudio, se les explicó a los participantes los posibles beneficios, riesgos y molestias al participar en mi tesis de investigación. Se les otorgará un consentimiento informado que se les proporcionará antes de iniciar con el instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. Con la opción de no querer participar con total libertad de decisión. En mi tesis se salvaguardará la información personal de los pacientes hipertensos protegiendo su integridad para reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental. Se les dará a conocer los resultados obtenidos del Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial para así poder brindar información sobre las medidas que puede implementar. Así como apoyo de la familia en su tratamiento integral. Se les dará a conocer los objetivos, métodos, beneficios, posibles riesgos previstos y molestias que el estudio podría acarrear. También de la posibilidad de no participar en el estudio o finalizar en el momento que ellos lo decidan. Esta información se**

verá plasmada en el consentimiento informado otorgado libremente. En caso de incompetencia legal, se le otorgará el consentimiento a su tutor legal conforme a la legislación nacional.

Informe de Belmont:El informe explica los principios éticos fundamentales para usar sujetos humanos en la investigación, los cuales son 5 principios básicos de la bioética: Autonomía: mediante el consentimiento informado los participantes **tendrán libre decisión de participación en el tesis** otorgado por el investigador, en el momento previo a la aplicación de la encuesta. No maleficencia: en mi tesis habrá **actualización constante e intervenciones diagnosticas mínimas** que están estandarizadas a la atención medica continua habitual en cada unidad de atención. Beneficencia: **Se les informará a los pacientes sobre los diversos tratamientos multidisciplinarios** dentro de la institución, **su contribución en la disminución y /o progresión de complicaciones secundarias a hipertensión.** Su participación de la familia y la importancia del apego; así como reducir los riesgos al mínimo. Justicia: Los riesgos y beneficios de un estudio de investigación deben ser repartidos equitativamente entre los sujetos de estudio. Bajo toda circunstancia debe evitarse el estudio de procedimientos de riesgo exclusivamente en población vulnerable por motivos de raza, sexo, estado de salud mental. **Todo mi tesis la selección fue por igual y siendo equitativamente integrados, sin distinción por sexo, ocupación, lugar de residencia o estatus socioeconómico, se evitarán procedimientos de riesgo.** Confidencialidad: **La información obtenida solo fue accesible para el investigador y solo servirá para los fines últimos del cumplimiento de los objetivos de esta investigación,** los cuestionarios se almacenarán en cajas de material biodegradable y selladas por medios físicos (material adhesivo) para asegurar su confidencialidad y evitar el mal manejo de la información. Se resguardarán por 72 meses posteriores; para después poder ser desechados.

Reglamento de la Ley general de salud en materia de investigación para la salud, titulo segundo de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos.

Nuevo Reglamento publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1987

Última reforma publicada DOF 02-04-2014.

ARTÍCULO 13.-Deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. **En mi estudio protegeremos al paciente desde el momento que le hacemos la invitación a ser parte de nuestro estudio, teniendo con los participantes una reunión para la firma de carta consentimiento informado cuidaremos la dignidad al momento de aceptar o rechazar, ser parte de nuestro tesis de estudio; si no aceptase entrar al tesis no tendrá ninguna afectación a su atención médica. Se protegerá su privacidad dando un folio a su encuesta y se identificará solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.**

ARTICULO 14.- Hace referencia a que debe desarrollarse con forme a los principios científicos y éticos que lo justifiquen. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala. Deberá ser realizada por profesionales de la salud a que se refiere el artículo 114 de este Reglamento, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación. Contará con el dictamen favorable de las comisiones de investigación, ética y la de bioseguridad, en su caso. **En mi tesis de investigación, después de ser aprobado por el comité de ética en investigación y comité local de investigación en salud, se realizará mi estudio por el médico residente en medicina familiar, con asesoría por médico familiar con experiencia en investigación y docencia, bajo la responsabilidad de Institución de salud, ajustándose a los principios éticos fundamentales para investigación que involucre seres humanos, llevándose a cabo con previa platica informativa**

acerca de que los beneficios obtenidos en el estudio son mayores que los riesgos para la población a estudiar, aclarando todas las dudas, posterior a esto se entregará consentimiento informado por escrito, al ser aceptado por los participantes, se aplicará nuestro instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial.

ARTÍCULO 15.- Hace referencia que cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos, se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación. **En mi tesis se usará muestreo probabilístico por conveniencia, de forma aleatoria, evitando siempre cualquier daño o riesgo a los participantes.**

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. **En mi tesis de investigación se protegerá la privacidad del paciente hipertenso sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.**

ARTÍCULO 17 Habla acerca del riesgo de la investigación de la probabilidad de que el paciente sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía. **Mi tesis de investigación se cataloga como riesgo mínimo, ya que alguna pregunta podría causar alguna, molestia y secundariamente alteración psicológica, además que solo se realizará un cuestionario de evaluación de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso, y por lo cual no se espera un daño físico.**

ARTÍCULO 20.- Hace referencia al consentimiento informado. **En mi tesis de investigación se elaboró un consentimiento informado redactado de tal manera que los pacientes tengan facilidad de entender con lenguaje coloquial, que comprenderá los objetivos, justificación, beneficios y riesgos. Y el paciente con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y**

riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

ARTICULO 21.-El sujeto de investigación, deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto; libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento, además de garantizar confidencialidad. **En mi tesis de investigación se les dará una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos: Justificación, los objetivos, procedimientos que vayan a usarse como el uso de los instrumentos, cuestionario para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial molestias o los riesgos esperados, beneficios que puedan observarse, garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto; libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento; seguridad de que no se identificarán y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad; compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.**

ARTICULO 22.- El consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá ser elaborado por el investigador principal, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud; Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación

El consentimiento informado de mi tesis de investigación se formuló por el investigador principal, siendo revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud; deberá ser firmado

por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe.

Norma Oficial Mexicana 0012-SSA3-2012

Apartado 6.- Se contará con el dictamen favorable de los Comités de Investigación y Ética en la Investigación de la institución o establecimiento en que se llevará a cabo la investigación. **En mi tesis de investigación se contará con un modelo de carta de consentimiento informado en materia de investigación. (Anexo 1)**

Apartado 7. Se consideran labores de seguimiento: la elaboración y entrega a la Secretaría de un informe técnico-descriptivo de carácter parcial, respecto del avance de la investigación de que se trate y al término de ésta, uno de carácter final, que describa los resultados obtenidos. **En mi tesis de investigación se dará un reporte parcial del proyecto de investigación y una vez realizando las encuestas y recopilando los resultados, se llevará a cabo el análisis de los datos obtenidos.**

Apartado 8. Toda investigación en seres humanos deberá realizarse en una institución

o establecimiento, el cual deberá contar con la infraestructura y capacidad resolutive suficiente, para proporcionar la atención médica adecuada o en su caso, a través de terceros, ante la presencia de cualquier efecto adverso de la maniobra experimental expresada en el proyecto o tesis de investigación autorizado. No podrá ser condicionada la atención médica a una persona a cambio de otorgar su consentimiento para participar o continuar participando en una investigación. El investigador principal, deberá informar al Comité de Ética en la Investigación, de todo efecto adverso probable o directamente relacionado con la investigación. Asimismo, deberá informar a dicho Comité con la periodicidad que la misma establezca, sobre la ausencia de efectos adversos en los proyectos o tesis de investigación que estén

bajo su responsabilidad. **En esta tesis de investigación se realizó en el Instituto Mexicano del Seguro Social en la Unidad de Medicina Familiar 62 siendo una unidad de primer nivel, utilizando el aula de enseñanza para las pláticas y**

realización de instrumentos, contando con un equipo multidisciplinario, para proporcionar la atención médica adecuada o en su caso, a través de terceros. No se condicionará la atención médica a una persona a cambio de otorgar su consentimiento para participar o continuar participando en una investigación. El investigador médico residente, quedará a cargo de la elaboración y aplicación de los instrumentos cumpliendo con los lineamientos de los artículos 20, 21, 22 del reglamento de la ley general de salud en materia de investigación en salud.

Apartado 10. El investigador principal podrá planear y elaborar el proyecto o tesis de investigación y debe dirigir el mismo en apego a los aspectos metodológicos, éticos y de seguridad del sujeto de investigación. **En mi tesis de investigación el investigador principal planeó y elaboró con apego a los aspectos metodológicos, éticos y de seguridad del adulto mayor de investigación. Al formular la carta de consentimiento informado en materia de investigación, se cerciorará de que ésta cumpla con los requisitos y supuestos que se indican en el Reglamento, cuidando que se hagan explícitas la gratuidad para el sujeto de investigación y la disponibilidad del tratamiento médico gratuito si así lo requiere, aun en el caso de que decida retirarse de dicha investigación, antes de que concluya.**

Apartado 11. La seguridad del sujeto de investigación respecto del desarrollo de la maniobra experimental es responsabilidad de la institución o establecimiento, del investigador principal y del patrocinador. El sujeto de investigación tiene el derecho de retirar en cualquier tiempo, su consentimiento para dejar de participar en la investigación de que se trate, en el momento que así se solicite. Cuando esto suceda, el investigador principal debe asegurar que el sujeto de investigación continúe recibiendo el cuidado y tratamiento sin costo alguno, hasta que se tenga la certeza de que no hubo daños directamente relacionados con la investigación. La carta de consentimiento informado es requisito indispensable para solicitar la autorización de un proyecto o tesis de investigación, por lo que deberá cumplir con las especificaciones que se establecen en los artículos 20, 21 y 22 del Reglamento.

En la investigación, queda prohibido cobrar cuotas de recuperación a los sujetos de investigación, por participar en ella. **En mi tesis de investigación los pacientes tienen la libertad de retirarse del estudio en el tiempo que el considere, asegurando que continuara con el tratamiento y atención médica, hasta que se tenga la certeza de que el estudio no provoco ningún daño. Está prohibido cobrar cuotas de recuperación a los sujetos de investigación, por participar en ella.**

Apartado 12. El investigador principal y los Comités en materia de investigación para la salud de la institución o establecimiento deben proteger la identidad y los datos personales de los sujetos de investigación, ya sea durante el desarrollo de una investigación, como en las fases de publicación o divulgación de los resultados de esta, apegándose a la legislación aplicable específica en la materia. **En mi tesis de investigación el investigador principal y los Comités en materia de investigación para la salud de la institución protegen la identidad y los datos personales de los adultos mayores de investigación, ya sea durante el desarrollo de una investigación, como en las fases de publicación o divulgación de los resultados de esta, apegándose a la legislación aplicable específica en la materia.**

1. Ley federal de protección de datos personales en la posesión de los particulares.

Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de julio de 2010

De los Principios de Protección de Datos Personales

Artículo 7.- Los datos personales deberán recabarse y tratarse de manera lícita conforme a las disposiciones establecidas por esta Ley y demás normatividad aplicable. La obtención de datos personales no debe hacerse a través de medios engañosos o fraudulentos. En todo tratamiento de datos personales, se presume que existe la expectativa razonable de privacidad, entendida como la confianza que deposita cualquier persona en otra, respecto de que los datos personales

proporcionados entre ellos fueren tratados conforme a lo que acordaron las partes en los términos establecidos por esta Ley. **En mi tesis de investigación los datos personales se recabarán y tratarán de manera lícita conforme a las disposiciones establecidas por esta Ley y demás normatividad aplicable. La obtención de datos personales no se hizo a través de medios engañosos o fraudulentos. En todo tratamiento de datos personales, se mantendrá la privacidad, fueren tratados conforme a lo que acuerden en los términos establecidos por esta Ley.**

Artículo 8.- El consentimiento fue expreso cuando la voluntad se manifieste verbalmente, por escrito, por medios electrónicos, ópticos o por cualquier otra tecnología, o por signos inequívocos. **En mi tesis de investigación el consentimiento fue impreso para ser firmado por el paciente y dos testigos. Se les explicó amplia y detalladamente el objetivo del estudio, los beneficios de participar y los riesgos mínimos, pero no exentos en este estudio. El paciente pudo revocar su autorización de participación en la tesis en cualquier momento, sin que hubiera sanciones o represalias.**

Artículo 9.- Tratándose de datos personales sensibles, el responsable deberá obtener el consentimiento expreso y por escrito del titular para su tratamiento, a través de su firma autógrafa, firma electrónica, o cualquier mecanismo de autenticación que al efecto se establezca. No podrán crearse bases de datos que contengan datos personales sensibles, sin que se justifique la creación de estas para finalidades legítimas, concretas y acordes con las actividades o fines explícitos que persigue el sujeto regulado. **En mi tesis, el responsable obtuvo el consentimiento expreso y por escrito del titular para su tratamiento, a través de su firma autógrafa, firma electrónica, o cualquier mecanismo de autenticación que al efecto se establezca. No podrán crearse bases de datos que contengan datos personales sensibles, sin que se justifique la creación de estas para finalidades legítimas, concretas y acordes con las actividades o fines explícitos.**

Artículo 11.- Hace referente a la verificación de los datos contenidos en la base de datos. **En mi tesis el responsable cuidó que los datos personales contenidos**

en las bases de datos sean pertinentes, correctos y actualizados para los fines para los cuales fueron recabados. Cuando los datos de carácter personal hayan dejado de ser necesarios para el cumplimiento de las finalidades previstas por el aviso de privacidad y las disposiciones legales aplicables, serían cancelados.

Artículo 12.- Sobre el tratamiento de los datos personales. **En mi tesis el tratamiento de datos personales se limitó al cumplimiento de las finalidades previstas en el aviso de privacidad.** Si el responsable pretende tratar los datos para un fin distinto que no resulte compatible o análogo a los fines establecidos en el aviso de privacidad, se requerirá obtener nuevamente el consentimiento del titular.

Artículo 13.- Del tratamiento de datos personales fue el que resulte necesario, adecuado y relevante en relación con las finalidades previstas en el aviso de privacidad. En particular para datos personales sensibles, el responsable deberá realizar esfuerzos razonables para limitar el periodo de tratamiento de estos a efecto de que sea el mínimo indispensable. **En mi tesis de investigación el tratamiento de datos personales fue el que resulte necesario, adecuado y relevante en relación con las finalidades previstas en el aviso de privacidad. En particular para datos personales sensibles, el responsable realizó esfuerzos razonables para limitar el periodo de tratamiento de estos a efecto de que sea el mínimo indispensable.**

Artículo 14.- El responsable veló por el cumplimiento de los principios de protección de datos personales establecidos por esta Ley, debiendo adoptar las medidas necesarias para su aplicación. Lo anterior aplicará aún y cuando estos datos fueren tratados por un tercero a solicitud del responsable. El responsable deberá tomar las medidas necesarias y suficientes para garantizar que el aviso de privacidad dado a conocer al titular sea respetado en todo momento por él o por terceros con los que guarde alguna relación jurídica. **En mi tesis de investigación el responsable veló por el cumplimiento de los principios de protección de datos personales establecidos por esta Ley, debiendo adoptar las medidas necesarias para su aplicación. El responsable tomó las medidas necesarias y suficientes para garantizar que el aviso de privacidad dado a conocer al titular sea respetado**

en todo momento por él o por terceros con los que guarde alguna relación jurídica.

Recursos humanos, físicos y financieros.

Recursos humanos

- Asesor metodológico y clínico: Médico Familiar Araceli Romero Gutiérrez.
- Investigador: Aurora Daniela Fuentes Campos Residente del curso de especialización en Medicina Familiar, aplicador de instrumentos y recolección de datos, almacenamiento e interpretación.

Recursos físicos

- Laptop, hojas blancas, lápices, fotocopias, tablas de apoyo para contestar encuestas.

Recursos financieros Propios del instituto e investigador.

Resultados

Se estudiaron 379 participantes, mismos que se clasificaron de acuerdo a la capacidad de agencia de autocuidado con y sin complicaciones en la Unidad de Medicina Familiar 62 del IMSS. Dentro de los sujetos con alta agencia de autocuidado el 92% presentó complicaciones, el 95% de los sujetos con una agencia de autocuidado media, asimismo presentó complicaciones y el 92% de quienes tuvieron una baja agencia de autocuidado presentó complicaciones. Se aprecia diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.01$). (Tabla 1)

Tabla 1. Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes hipertensos con y sin complicaciones de la Unidad de Medicina Familiar 62, 2020.

Complicaciones	Agencia de autocuidado						p*
	Alta		Media		Baja		
	Fc	%	Fc	%	Fc	%	
Sin complicaciones	46	92	239	95	71	92	
Con complicaciones	4	8	13	5	6	8	0.001
Total	50	100	252	100	77	100	

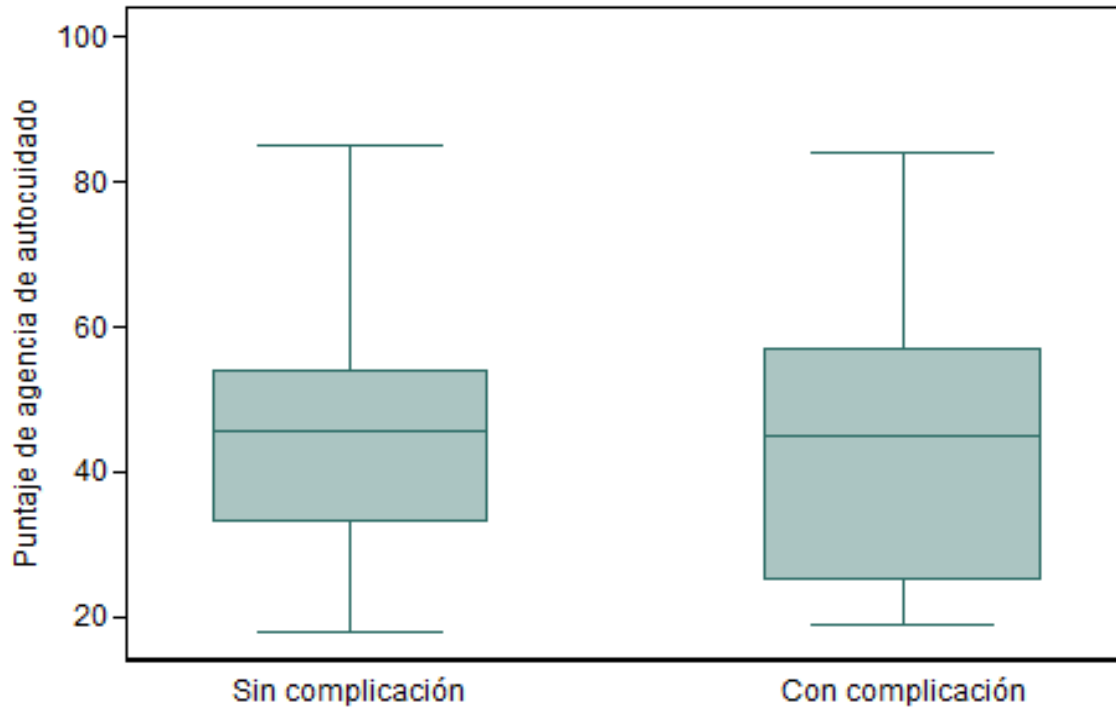
Fuente: Base de datos de encuestas de estudio

Simbología. %: Porcentaje, Fc: Frecuencia

*Prueba estadística U de Mann-Whitney $p < 0.05$ como estadísticamente significativo

En general los participantes tuvieron un puntaje de agencia de autocuidado de 45.7 puntos con un mínimo de 18 y máximo de 85, al analizarlo por presencia o ausencia de complicaciones, el puntaje de agencia de autocuidado entre quienes no tuvieron complicaciones fue de 45.8 (18 – 85), mientras que para quienes tuvieron complicaciones fue de 44.4 (19 – 84). (Gráfica 1)

Gráfica 1. Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes hipertensos con y sin complicaciones de la Unidad de Medicina Familiar 62, 2020.



Fuente: Tabla

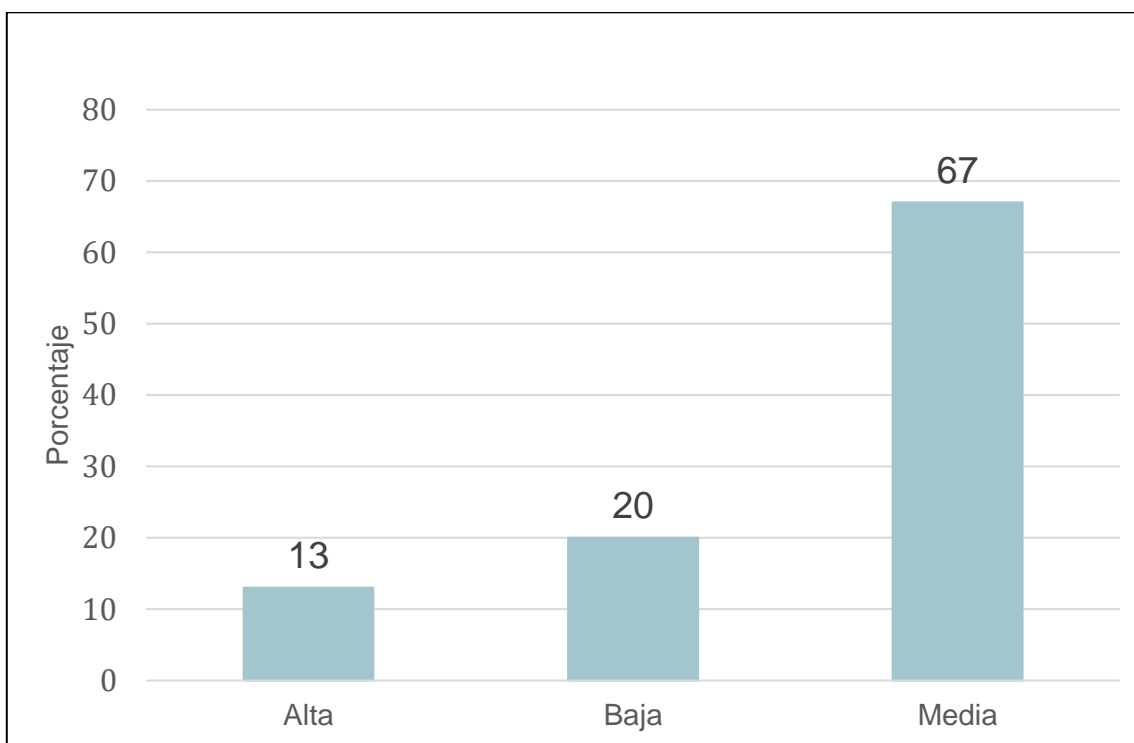
La mayor proporción de sujetos cayó en agencia de autocuidado media con el 67% de las observaciones registradas. (Tabla 2) Así mismo los sujetos sin complicaciones representaron el 94% de la muestra analizada. (Tabla 3). En relación a la distribución por sexo el 56% de los casos incluidos en el estudio correspondieron a sujetos del sexo masculino. (Gráfico 3)

Tabla 2. Clasificación de la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar 62, 2020.

Agencia de autocuidado	Frecuencia	Porcentaje
Alta	50	13
Baja	77	20
Media	252	67
Total	379	100

Fuente: Base de datos de encuestas de estudio

Gráfico 2. Clasificación de la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar 62, 2020.



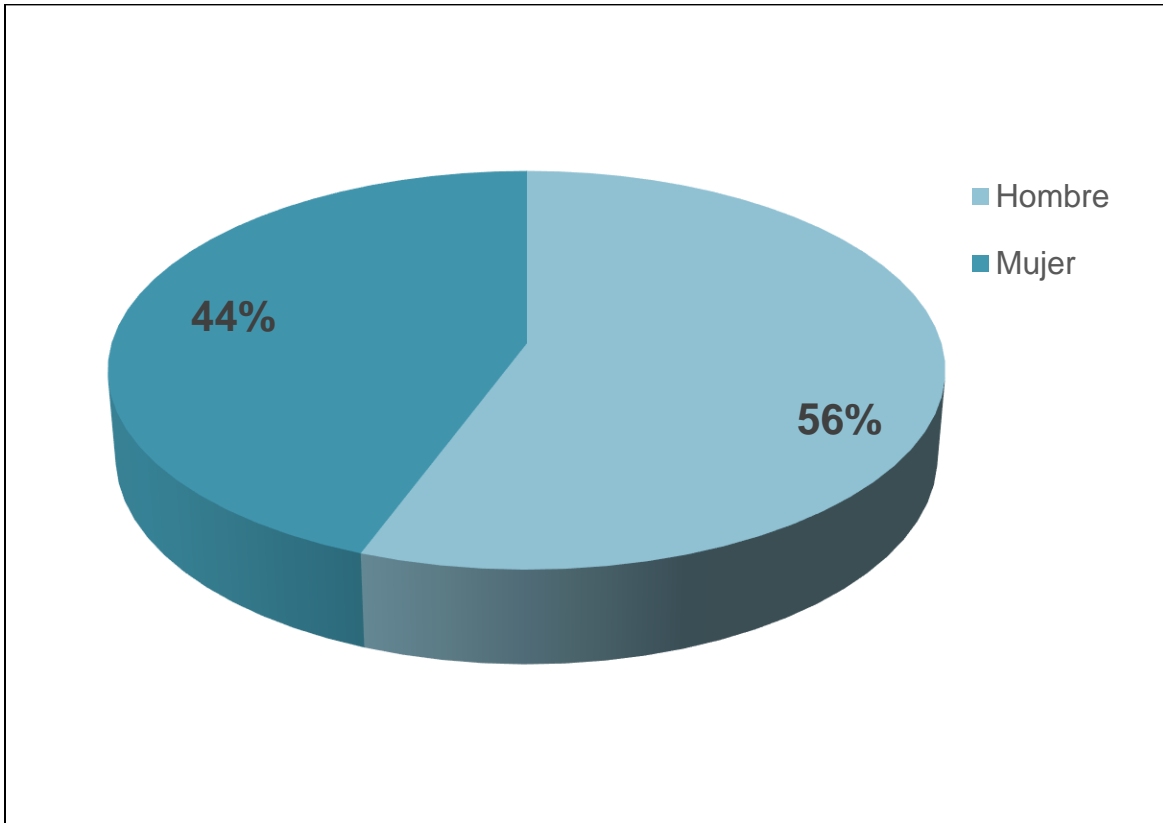
Fuente: Tabla

Tabla 3. Distribución de los pacientes hipertensos con y sin complicaciones de la Unidad de Medicina Familiar 62, 2020.

Complicaciones	Frecuencia	Porcentaje
Sin complicaciones	356	94
Con complicaciones	23	6

Fuente: Base de datos de encuestas de estudio

Gráfico 3. Distribución de los pacientes hipertensos con y sin complicaciones de la Unidad de Medicina Familiar 62, 2020.



Fuente: Tabla

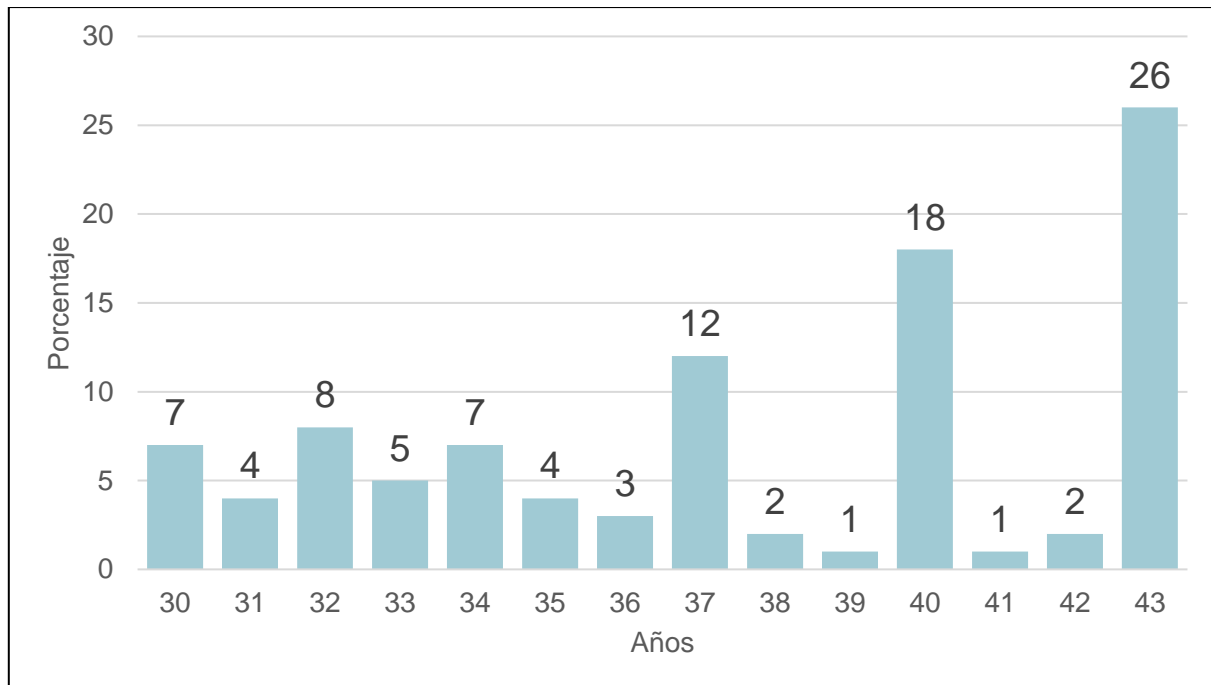
Se estudiaron sujetos con un rango de edad de (30 – 43), predominando sujetos con 43 años de edad en los estudiados. (Tabla 4)

Tabla 4. Distribución de edad en pacientes hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar 62, 2020.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
30 años	27	7
31 años	16	4
32 años	28	8
33 años	20	5
34 años	27	7
35 años	17	4
36 años	13	3
37 años	47	12
38 años	6	2
39 años	4	1
40 años	67	18
41 años	4	1
42 años	6	2
43 años	97	26
Total	379	100

Fuente: Base de datos de encuestas de estudio

Gráfico 4. Distribución de edad en pacientes hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar 62, 2020.



Fuente: Tabla

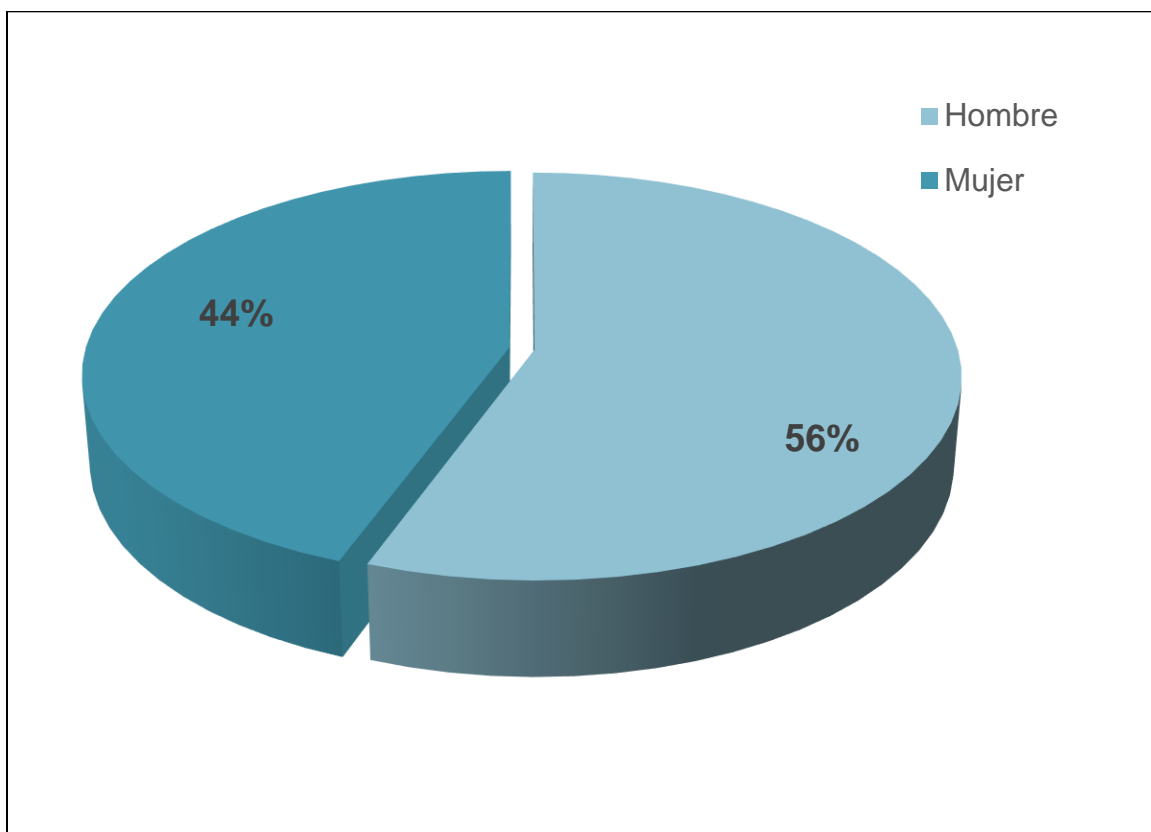
En cuanto al sexo predomina el sexo masculino con el 56% de los estudiados, en segundo lugar femenino con 44. (Tabla 5 y Gráfico 5)

Tabla 5. Distribución por sexo en pacientes hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar 62, 2020.

Sexo	Hombre		Mujer		Total	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
	211	56	168	44	379	100

Fuente: Base de datos de encuestas de estudio

Gráfico 5. Distribución por sexo en pacientes hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar 62, 2020.



Fuente: Tabla

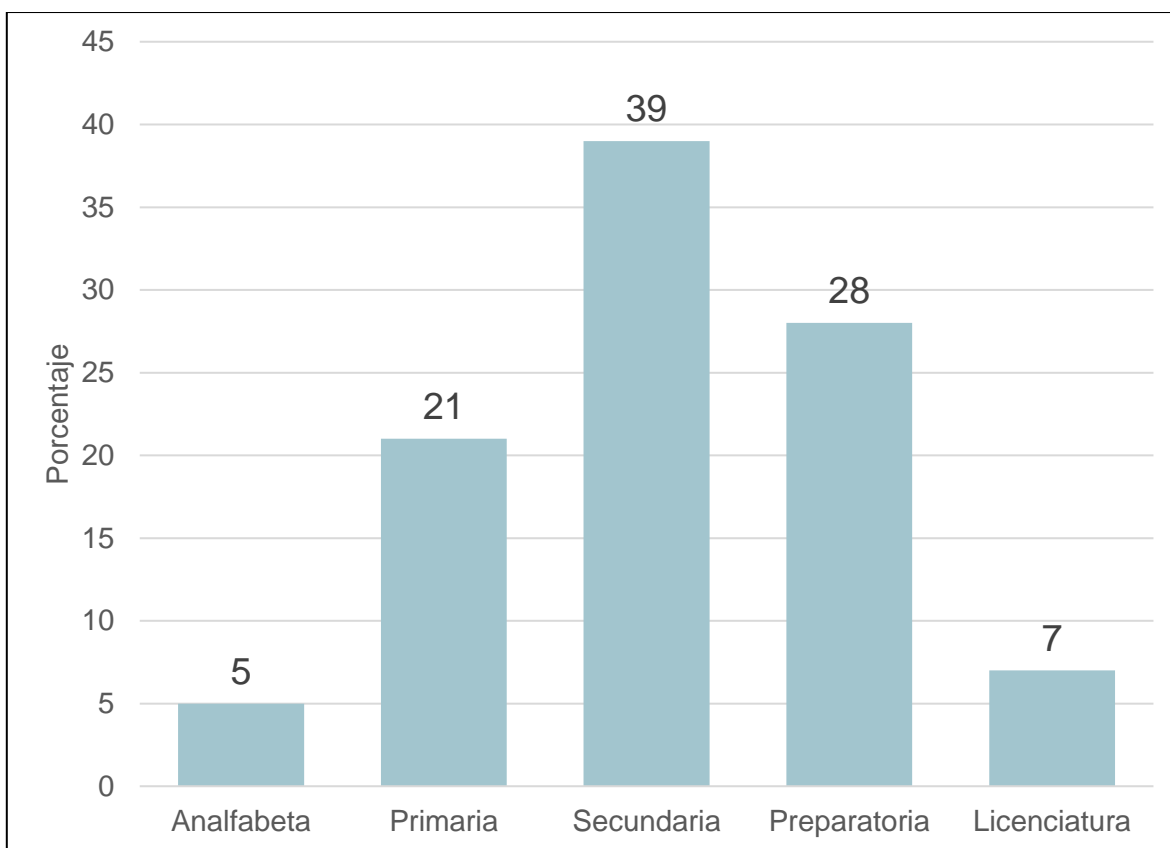
En cuanto a la escolaridad predomina la escolaridad secundaria con el 39% de los estudiados, en segundo lugar preparatoria con 28% y en tercer lugar primaria con 21% de la población de estudio. (Tabla 6 y Gráfico 6)

Tabla 6. Distribución de escolaridad en pacientes hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar 62, 2020.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Analfabeta	20	5
Primaria	78	21
Secundaria	148	39
Preparatoria	106	28
Licenciatura	27	7
Total	379	100

Fuente: Base de datos de encuestas de estudio

Gráfico 6. Distribución de escolaridad en pacientes hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar 62, 2020.



Fuente: Tabla

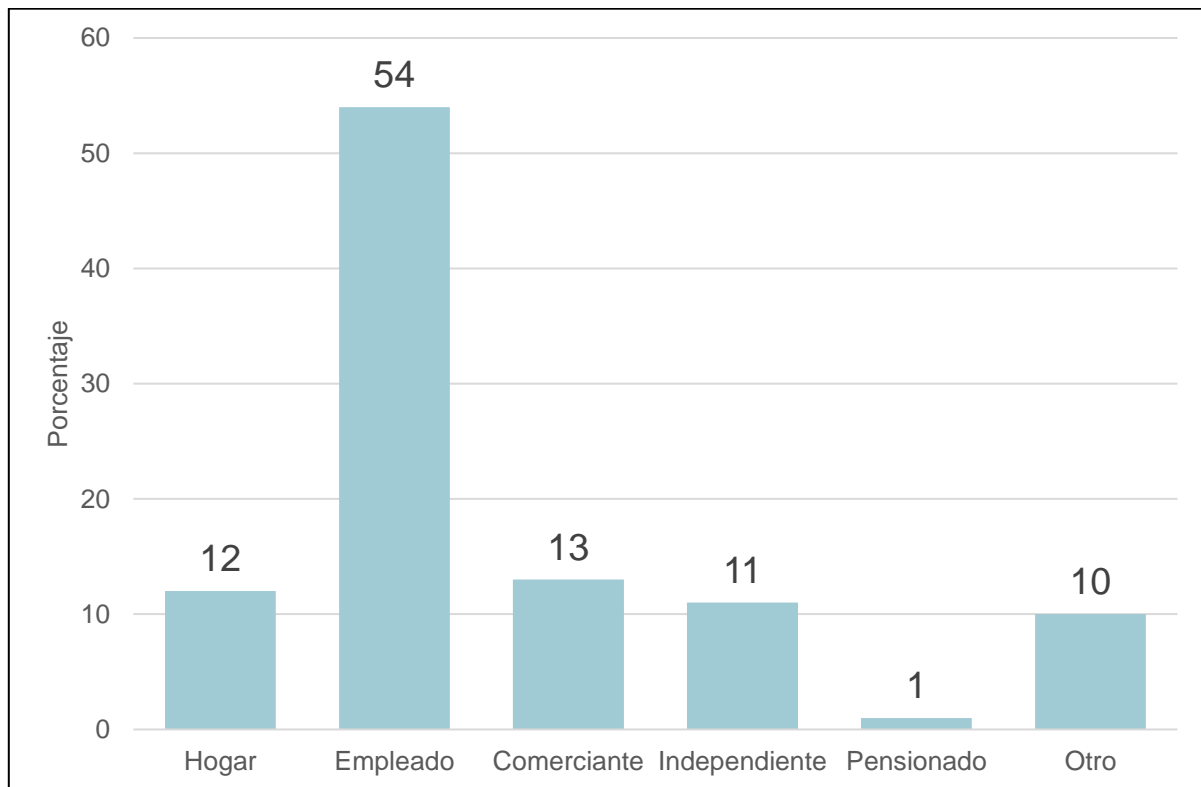
En relación a la ocupación de los pacientes estudiados, en primer lugar se encuentra empleado con el 54%, seguido de comerciante con 13% y hogar con 12% de la población estudiada. (Tabla 7 y Gráfico 7)

Tabla 7. Distribución de ocupación en pacientes hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar 62, 2020.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	44	12
Empleado	199	54
Comerciante	46	13
Independiente	42	11
Pensionado	2	1
Otro	35	10
Total	379	100

Fuente: Base de datos de encuestas de estudio

Gráfico 7. Distribución de ocupación en pacientes hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar 62, 2020.



Fuente: Tabla

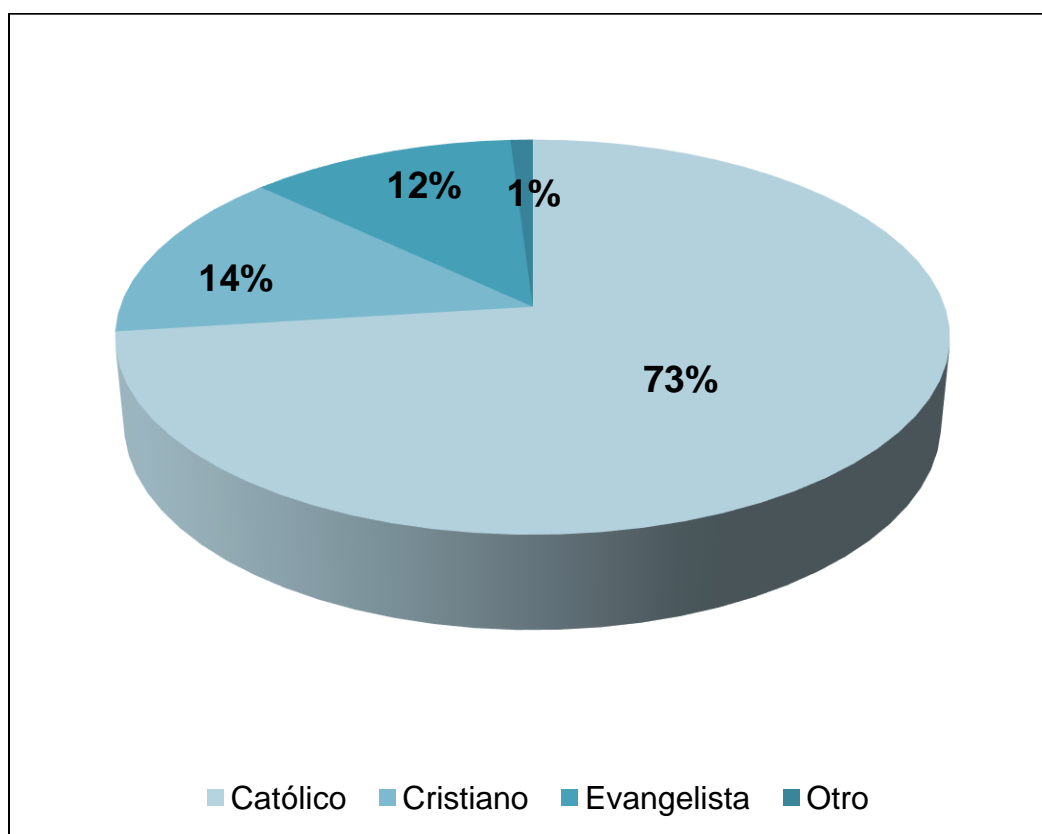
Con respecto a la religión de los pacientes estudiados predomina ampliamente la religión católica con el 73%, seguido de cristiano con 14% y evangelista con 12%. (Tabla 8 y Gráfico 8)

Tabla 8. Distribución de religión en pacientes hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar 62, 2020.

Residencia	Frecuencia	Porcentaje
Católico	278	73
Cristiano	53	14
Evangelista	44	12
Otro	4	1
Total	379	100

Fuente: Base de datos de encuestas de estudio

Gráfico 8. Distribución de religión en pacientes hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar 62, 2020



Fuente: Tabla

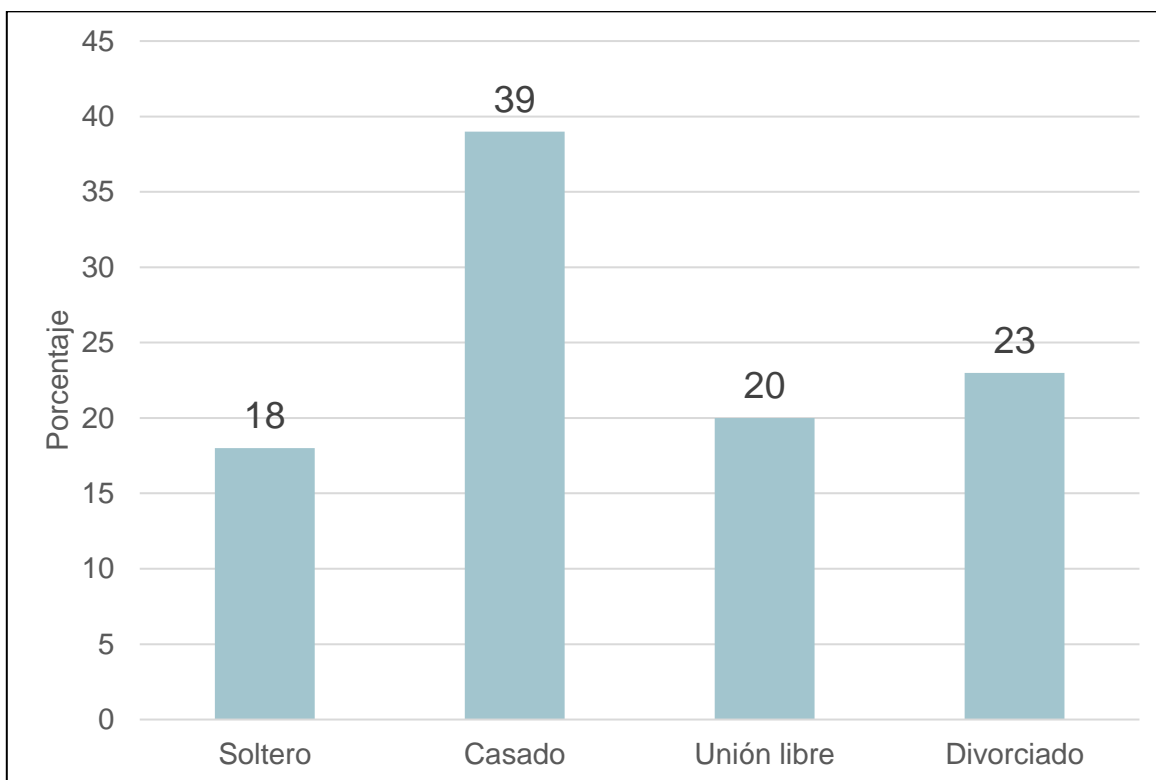
Con lo que corresponde a estado civil el 39% corresponde a casado, seguido de divorciado con 23%, en tercer lugar, unión libre con 20%. (Tabla 9 y Gráfico 9)

Tabla 9. Distribución de estado civil en pacientes hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar 62, 2020.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	67	18
Casado	149	39
Unión libre	76	20
Divorciado	87	23
Total	379	100

Fuente: Base de datos de encuestas de estudio

Gráfica 9. Distribución de estado civil en pacientes hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar 62, 2020.



Fuente: Tabla

Para el tiempo de diagnóstico de los pacientes, el 90% refiere tener menos de 5 años de diagnóstico con hipertensión. (Tabla 10)

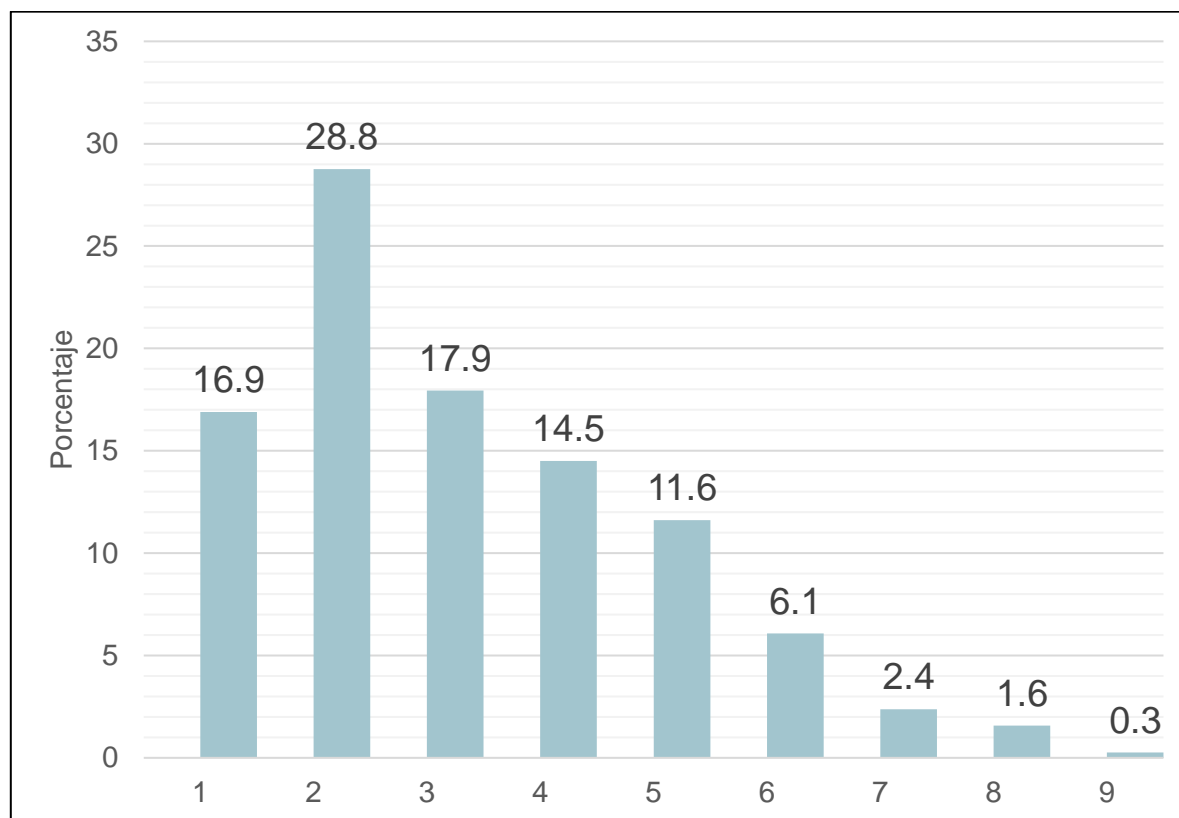
Tabla 10. Tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial sistémica en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar 62, 2020.

*Se incluyen todas las categorías en la encuesta

Años de diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
≤ 5 años	340	90
6 a 10 años	39	10
11 a 20 años	-	-
≥ 21 años	-	-
Total	379	100

Fuente: Base de datos de encuestas de estudio

Gráfica 10. Tiempo de diagnóstico de hipertensión arterial sistémica en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar 62, 2020.



Fuente: Tabla

Discusión

El presente estudio es un estudio innovador que busca explorar la capacidad de agencia de autocuidado en una población cautiva de la Unidad de Medicina Familiar 62 de la delegación México Oriente del IMSS.

Dentro de las principales fortalezas que tiene el estudio es en relación a la cantidad de sujetos que se estudiaron, ya que esto nos permite tener una precisión importante en las estimaciones que se realizaron de los resultados emitidos. Sin embargo así mismo el estudio cuenta con algunas debilidades que deben señalarse para que los resultados se tengan que tomar con cautela, el primero es el hecho de realizar el mismo en una población cautiva de un grupo de edad en particular y de una misma unidad, que no permite la representación de la población al menos a nivel estatal, que permita la extrapolación de información para fines de referencia, la población estudiada adscrita a esta unidad, al pertenecer a un área de afluencia muy específica como lo es Cuautitlán, no permite identificar heterogeneidad en los componentes que permiten al sujeto poder tener una distinción de su capacidad de agencia de autocuidado con respecto de otras poblaciones. Se incurrió por esta situación en un sesgo en la selección de sujetos por dos vías, tanto por escoger sujetos solo que tengan entre 30 y 43 años, que no permite explorar en otros grupos de edad si existen diferencias entre la capacidad de agencia de autocuidado que puedan tener los pacientes derivado con su edad, por otro lado el solo tener participantes de una sola área de afluencia no permite identificar si las condiciones que permitan realizar una adecuada agencia de autocuidado, son las mismas para todos o varían de acuerdo con sus lugares de residencia. Por lo que los resultados deberán tomarse con cautela.

Al comparar con nuestro acervo consultado, existe congruencia con respecto de lo reportado por Achury (2012) donde el 81.2% de los sujetos sin complicaciones de hipertensión reportaron una alta agencia de autocuidado, mientras que en nuestro estudio el 92% se reportó con alta agencia de autocuidado ante la ausencia de complicaciones.²³

Por otro lado, al compararnos con Flores (2018) reveló que de forma general se tuvo una agencia de autocuidado baja con 50 % de pacientes hipertensos, mientras que en nuestro estudio el 92% de quienes se reportó una baja agencia de autocuidado no presentaban complicaciones. ²⁴

Vega (2014) en Colombia reportó que los sujetos con complicaciones de hipertensión, reportaron un 10% de alta agencia de autocuidado, mientras que por el otro lado en nuestro estudio el 8%, se reportó de igual manera en un grupo semejante.

Frías (2015) en un estudio transversal reportó una agencia de autocuidado suficiente en el 74.5%, mientras que en nuestro estudio se reportó del 92%. ²⁵

Aguado (2019) con un instrumento tipo Likert identificó la agencia de autocuidado alto en el 40% y 38.1% como agencia de autocuidado baja, por parte de nuestro estudio el 13% reporta de forma general independientemente de si cuentan o no con complicaciones de hipertensión, una agencia de autocuidado alta, mientras que el 20% reportan una agencia de autocuidado baja, independientemente de su status de complicaciones. ²⁷

Rivera (2006) por su parte en Colombia reportó que el 53% de pacientes con complicaciones y hospitalizados presentaron una agencia de autocuidado baja, sin embargo, al comparar con nuestro estudio el 8%, presenta agencia baja de autocuidado, aunque cabe destacar que no fue objetivo del mismo identificar si el paciente con complicaciones se encontraba o no hospitalizado al momento de la inclusión al mismo, dado que el 100% de sujetos fueron captados en consulta de Medicina Familiar. ²⁸

Goldmeier (2005) identificó que existen otros factores de estilo de vida que pueden influir en el autocuidado que tienen los pacientes, como lo son el habito tabáquico, obesidad y el hecho de haber ya sufrido un infarto al miocardio, donde en este tipo de pacientes el 3% tuvo una agencia de autocuidado mala, en nuestro caso la complicación que se exploró fue Insuficiencia Renal Crónica con el 8%. ²⁹

Conclusión

La hipertensión arterial sistémica es una de las principales enfermedades crónicas no transmisibles en nuestro medio, causa de complicaciones, discapacidad en la población y un alto coste en los servicios de salud que se otorgan en el primer nivel de atención a la población, debido a las complicaciones y secuelas que pueden presentarse debido a esta.

En nuestro país la prevalencia es de cerca el 34%, representando una carga de enfermedad muy alta para los servicios de salud, por ende el que el paciente pueda empoderarse de su padecimiento, tener una cultura de autocuidado e influir con esto en su manejo de la enfermedad y estilo de vida, debe suponer un mejor control de esta, es importante destacar que en nuestro estudio que la capacidad de agencia de autocuidado no fue la más óptima en la población estudiada, ni tampoco la peor, sino que la mayoría de los sujetos que participaron, se ubicaron en una agencia de autocuidado media, lo cual implica un área de oportunidad en los servicios de atención del primer nivel de atención, para poder empoderar aún más a esta población a mejorar su cultura de autocuidado para enfrentar su enfermedad y pueda con esto tener un mejor control de la misma, que, si bien no fue el objetivo principal de la información puede ser objeto de nuevas investigaciones en poblaciones semejantes a esta, el conocer la influencia en el control de las cifras de tensión arterial que puede tener estar en un nivel de autocuidado, alto, medio o bajo. El estudio es pionero en una población cautiva como la de la UMF 62, y puede coadyuvar en mejorar el control de este padecimiento en esta población derechohabiente.

Recomendaciones

Se debe realizar promoción temprana a través de campañas de salud, sobre autocuidado a la población general con énfasis en ámbitos específicos como la familia, escuelas, comunidad y en grupos de alto riesgo. El médico familiar deberá informar a los padres la importancia de practicar el autocuidado desde la niñez con el fin de reconocer la importancia de adoptar estilos de vida saludables desde edades tempranas. Fortalecer las prácticas de autocuidado, con la intervención educativa personalizada del personal de enfermería y médicos familiares; se propone realizar sesiones o pláticas informativas a los pacientes con el fin de ofrecer información oportuna que fortalezca el conocimiento del paciente hipertenso en relación a los cuidados de su enfermedad y la prevención de las complicaciones. Mejorar la eficiencia de la atención médica, a través de capacitación continua a los médicos familiares sobre actualizaciones en el manejo del paciente hipertenso. Que el médico familiar canalice de manera oportuna a los pacientes hipertensos a servicios como nutrición y trabajo social para realmente implementar cambios en la alimentación y realización de actividad física. Solicitar apoyo de trabajo social para llevar a cabo visitas domiciliarias a pacientes detectados en la consulta que no tienen apoyo en sus redes sociales para involucrar de manera dinámica a los familiares en el cuidado del paciente hipertenso. Que el médico familiar envíe a psicología a pacientes detectados durante la consulta con algún grado de depresión para asegurar la adherencia terapéutica.

BIBLIOGRAFIA

1. Hipertensión arterial: Guía de Práctica Clínica (GPC). Ministerio de Salud Pública Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2019. Disponible en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2019/06/gpc_hta192019.
2. Barba J., México y el reto de las enfermedades crónicas no transmisibles. El laboratorio también juega un papel importante 2018 .
3. Saname E., Tesis Riesgo para la mortalidad en pacientes con enfermedad renal crónica en hemodiálisis atendidos en el centro de diálisis “san fernando” en el período 2013 - 2017 presentado por el bachiller en medicina humana. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/1151/Tesis%20final%20-%20Alvaro%20Enciso%20Samame.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Lira T., Impacto de la hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular. 2015 Disponible en: [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S071686401500036X#:~:text=La%20Hipertensi%C3%B3n%20Arterial%20\(HTA\)%20es,y%2015%20a%C3%B1os%201%2C%202](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S071686401500036X#:~:text=La%20Hipertensi%C3%B3n%20Arterial%20(HTA)%20es,y%2015%20a%C3%B1os%201%2C%202)
5. Ortiz R., Hipertensión arterial y su comportamiento epidemiológico en la población rural de Cumbe, Ecuador 109 Revista Latinoamericana de Hipertensión. Vol. 12 - Nº 5, 2017.
6. Algoritmo Hipertensión Arterial Sistémica Instituto Mexicano del Seguro Social, 2018.
7. Peralta R., El impacto de los nuevos criterios para diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial sistémica sugeridos por la American College of Cardiology/American Heart Association 2018 Disponible: http://www.anmm.org.mx/GMM/2018/n6/GMM_6_18_633-637.pdf
8. Manuel Gorostidi, Hipertensión Arterial Esencial, 2020. Disponible en <https://www.nefrologiaaldia.org/es-articulo-hipertension-arterial-esencial-302>.

9. Información general sobre la hipertensión en el mundo, OMS 2013, cited 2020. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
10. Hypertension self-care practice and associated factors among patients in public health facilities of Dessie town, Ethiopia Sewunet Ademe (2019) 19:51
file:///C:/Users/User/Downloads/Hypertension_selfcare_practice_and_associated_fac.pdf
11. The relationship of hypertension to coronary atherosclerosis 2017
12. Orozco N., Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en trabajadores de la salud, 2016.
13. Campos I., Prevalencia, diagnóstico y control de hipertensión arterial en adultos mexicanos 2019. / vol. 61, no. 6, noviembre-diciembre de 2019.
14. Vega O., Agencia de autocuidado en pacientes hipertensos 2015.
15. Campos Salud pública Méx vol.60 no.3 Cuernavaca may./jun. 2018, Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. Ensanut MC 2016.
16. Baquero A., Efectividad de las modificaciones de estilo de vida sobre el control de la presión arterial en pacientes hipertensos, 2016.
17. Vazquez, Autocuidado para el manejo de la hipertensión arterial, programa del departamento de medicinas preventiva.
18. Patel P. Mejor control de la presión arterial para reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares: Proyecto de Prevención y Tratamiento Estandarizado de la Hipertensión Arterial, 2017.

19. Cely, Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con VIH 2007, Bogota.
20. Flores D. Factores condicionantes básicos en el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial Balta, del Hospital Santa Barbara Rev. Cien. Tec. In. vol.16 no.17 Chuquisaca jun. 2018, Revista Ciencia, Tecnología e Innovación.
21. Assessment of hypertensive patients self-care agency after counseling training of nurses Eva Drevenhorn 2015.
22. Manrique, Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Autocuidado(ASA) en Colombia 2008.
<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1521/1966>
23. . Achury L, Achury D. Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial. [Online].; 2013. [cited 2020].
24. Flores D. Guzmán F. Factores Condicionantes básicos en el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial del Hospital Santa Bárbara. [Online].; 2018 [cited 2019 Agosto. Available from: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S22258787201800010004&lng=es&nrm=iso.
25. Vega A. Agencia de autocuidado en Hipertensos. [Online].; 2014 [cited 2019 Agosto. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v30n2/v30n2a05.pdf>
26. Frias, Estimación de las Capacidades de Autocuidado en Pacientes Hipertensos Article,2015.https://www.researchgate.net/publication/322339274_Estimacion_de_las_Capacidades_de_Autocuidado_en_Pacientes_Hipertensos
27. Aguado E, Arias M. Asociación entre conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos, consultorio de cardiología, Hospital Nacional. [Online].; 2014 [cited 2019].
28. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Rivera L., Colombia, 2006.

29. A teoría do autocuidado no manejo dos factores de risco (obesidade, hipertensao e tabagismo) em pacientes pós- infarto agudo do miocardio Goldmeier, S. En: Revista AMRUGS, Porto Alegre. jul –set.2005. vol.49 no.3. p. 149-154 <https://core.ac.uk/download/pdf/11054796.pdf>
30. Tejada Thalia, Capacidad de autocuidado según Dorothea Orem en adultos mayores del Distrito de Ayapata-2018, Tesis, Repositorio institucional, Universidad Nacional del Altiplano, Puno, Peru.33
31. Autores: Julián Pérez Porto y Ana Gardey. Publicado: 2009. Actualizado: 2012. Definicion.de: Definición de edad (<https://definicion.de/edad/>).
32. Organización Mundial de la Salud, Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>.
33. Hendel L. , UNISEF, significado de sexo. Disponible en https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/COM1_PerspectivaGenero_WEB.pdf.
34. WordReference.com | Online Language Dictionaries Diccionario de la lengua española, escolaridad.
35. Deconceptos.com, Disponible en <https://deconceptos.com/ciencias-sociales/ocupacion>.
36. Diccionario panhispánico del español jurídico, Disponible en <https://dpej.rae.es/lema/estado-civil>.
37. Oxford English and Spanish Dictionary, Thesaurus, and Spanish to English Translator, Disponible en <https://www.lexico.com/es/definicion/religion>.
38. Instituto Nacional Del Cáncer, Disponible en <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/tiempo-transcurrido-hasta-la-progresion>.
39. Oxford English and Spanish Dictionary, Thesaurus, and Spanish to English Translator

ANEXOS
ANEXO 1. Consentimiento informado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Carta de consentimiento informado para participación en tesis de investigación.	
Nombre del estudio:	Capacidad de agencia de autocuidado en pacientes hipertensos con y sin complicaciones de la UMF 62
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar No. 62 Cuautitlán, Estado de México
Número de registro institucional:	
Justificación y objetivo del estudio:	La razón de este estudio es porque hay muchos pacientes con presión alta en los cuales se podría disminuir las enfermedades que surgen consecuencia de la presión alta. Por medio de este estudio cuyo objetivo es saber que tanto usted cuida de su salud y si esto tiene que ver con que usted tenga o no, enfermedades más difíciles de tratar, por su presión
Procedimientos:	Se le aplicará un cuestionario para saber su edad, sexo, hasta que año estudio, a que se dedica, estado civil, religión. Se le entregara otro cuestionario que es para ver que tanto usted cuida su salud, se le preguntará como esta durmiendo, si toma o cambia sus medicamentos, sobre su dieta, consumo de sal, caminata diaria
Posibles riesgos y molestias:	Este tesis es de riesgo mínimo , ya que, el llenado de los cuestionarios no causa ningún daño físico en su persona, pero podría presentar alguna incomodidad por la información que nos proporciona.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Un beneficio es que si veo que su cuestionario nos dice que hay algo que esté haciendo mal lo enviare a evaluación con el médico especialista de medicina familiar, nutrición, trabajo social en caso de que usted lo requiera para ayudarlo a tener bienestar, además busco mejorar las situaciones en las que usted este fallando, y se podrán mejorar su presión si usted aplica estas mejoras, también podemos con buenos hábitos hacer más lento el avance de enfermedades que son consecuencia de la presión alta.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Sus resultados se le entregarán al terminar su cuestionario, en caso de que se necesite, lo enviaremos a consulta con su médico familiar tratante, y el valorara si necesita enviarlo a otro especialista, con la finalidad de recibir atención, también tenemos otros servicios en caso de que usted lo requiera, trabajo social, nutrición, psicología.
Participación o retiro:	Puede retirarse en el momento que lo desee, sin que afecte en la atención médica que recibe en esta unidad.
Privacidad y confidencialidad:	La privacidad fue cuidada desde el momento que le otorgamos un número de folio, para identificarlo, no usaremos en ningún momento sus datos personales como su nombre o número de seguridad social, estos solo los conocerá el investigador, el manejo de su información fue confidencial, no se divulgara con nadie y se guardaran los cuestionarios que usted contesto por 72 meses para posteriormente desecharlos.
Declaración de consentimiento:	
Después de haber leído y habiéndoseme explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
<input type="checkbox"/>	No acepto participar en el estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto participar en el estudio.
<input type="checkbox"/>	Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigadora o Investigador Responsable:	Dr. Araceli Gutiérrez Romero Profesora titular del curso de especialización de medicina familiar Unidad de Medicina Familiar 62 Teléfono: 58720066 ext. 51412 Correo electrónico: Araceli.gutierrez@imss.gob.mx
Colaboradores:	Dra. Aurora Daniela Fuentes Campos Residente de segundo año de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar 62 Tel: 55 64467508 Correo electrónico: aurorafuentes240@gmail.com
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: comité.eticainv@imss.gob.mx	
_____ Nombre y firma del participante	Dra. Fuentes Campos Aurora Daniela Residente de segundo año de Medicina Familiar, Unidad de Medicina Familiar 62 Tel: 55 64467508 Correo electrónico: aurorafuentes240@gmail.com _____ Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1 <hr/> Nombre, dirección, relación y firma	Testigo 2 <hr/> Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada tesis de investigación, sin omitir información relevante del estudio.	

Anexo 2. Tabla de datos personales del paciente:

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 62

COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

Tabla de datos personales

Marque con una x las siguientes opciones

Edad:		
Género	Femenino	Masculino

Anexo 3. Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial

Marque con una x la opción que usted hace.

Afirmaciones	Nunca 1	Casi nunca 2	A veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5
1.Siento que mi estado de ánimo me permite cuidarme					
2.Cuando duermo 6-8 hrs diarias me siento descansado					
3.Invierto tiempo en mi propio cuidado					
4.Considero importante realizar ejercicio					
5.Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad					
6. Considero como actúan y las reacciones desfavorables de los medicamentos					
7.Cuando inicio un medicamento nuevo solicito al personal de enfermería me proporcione la información necesaria para su correcta administración					
8.Considero que la cantidad máxima de sal por día permitida es de 2 cucharaditas					
9.Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas					
10.Considero que el personal de enfermería resuelve mis dudas					
11.Conozco las complicaciones derivadas de mi enfermedad					
12.Camino diariamente mínimo 30 min					
13.Realizo cambios según las necesidades para mantener mi salud y el control de mi enfermedad					
Realizo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado					
15.Evaluo si las medidas que he tomado en el manejo de mi					

enfermedad permiten mi bienestar y el de mi familia					
16. Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas					
17. Siento que mi enfermedad ha generado dificultad en el desarrollo de mi vida sexual					
Total					

Tabla. Obtenido de Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial
Diana Marcela Achury

La interpretación de dicho instrumento está dada por rangos:

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