



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 21

DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UNA NUEVA ESCALA DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE HIPERTENSO

TESIS

QUE PARA OBTENER EL:
GRADO DE ESPECIALISTA
EN:
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DR. EMMANUEL VIVEROS GUTIERREZ

ASESOR(ES) PRINCIPAL(ES)

DRA. IRMA AIDÉ BARRANCO CUEVAS
DR. ARTURO GARCÍA GALICIA
DRA. AKIHIKI MIZUKI GONZALEZ LÓPEZ

H. PUEBLA DE ZARAGOZA, PUEBLA FEBRERO 2023





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.

ÍNDICE

1.- RESUMEN.....	1
2. MARCO TEÓRICO.....	2
2.1 ANTECEDENTES GENERALES.....	2
2.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS.....	11
3.- JUSTIFICACIÓN.....	15
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
5. OBJETIVOS.....	1
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	18
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
6. HIPÓTESIS.....	19
6.1 HIPÓTESIS NULA:.....	19
6.2 HIPÓTESIS ALTERNA.....	19
7. MATERIAL Y MÉTODOS.....	20
7.1 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	20
7.2 UBICACIÓN EN ESPACIO Y TIEMPO.....	20
7.3 MUESTREO.....	20
7.3.1 DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACION.....	20
7.4 SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	21
7.4.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO.....	21
7.4.1.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	21
7.4.1.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	21
7.4.1.3 CRITERIOS DE ELIMINACION.....	21
7.5 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO.....	22
7.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA.....	22
7.7 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN.....	22
7.7.1 DEFINICIONES OPERACIONALES.....	22
7.8 VARIABLES Y ESTILO DE MEDICIÓN.....	23
7.9 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	24
7.10 ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	24
8. LOGÍSTICA.....	25
8.1 RECURSOS HUMANOS.....	25
8.2 RECURSOS MATERIALES.....	25
8.3 RECURSOS FINANCIEROS.....	25
9. ASPECTOS ÉTICOS.....	25
10. RESULTADOS.....	29
11. DISCUSIÓN.....	37
12. CONCLUSIONES.....	42
13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
14.- ANEXOS.....	46
14.1 ANEXO1 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	46
14.2 ANEXO 2. ESCALA "APRECIACIÓN DE CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO".....	47
14.3 ANEXO 3. EAIH (ESCALA DE AUTOCUIDADO IDENTIFICABLE EN HIPERTENSION 2022).....	48

1.- RESUMEN.

“DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UNA NUEVA ESCALA DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE HIPERTENSO”

Dr. Emmanuel Viveros Gutiérrez*, Dra. Irma Aidé Barranco Cuevas**, Dr. Arturo García Galicia***, Dra. Akihiki Mizuki González López ****. Residente de tercer año del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales de Base del IMSS*, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud U.M.F 7** Jefatura de División de Investigación en Salud UMAE San José ***., Médico Familiar UMF 6****.

Antecedentes: La hipertensión arterial es una patología frecuente en atención primaria con complicaciones que pueden ser fatales. El autocuidado es todo lo que hacemos por nosotros mismos para mantener la salud, prevenir y manejar la enfermedad. En la hipertensión arterial, lo anterior juega un papel importante, sin embargo, no hay una escala adaptada a nuestra población que identifique como es el autocuidado, por lo que surge la necesidad de realizarla.

Objetivo: crear y validar un nuevo instrumento en la Escala Autocuidado Identificable en Hipertensión (EAIDH) para la población en general.

Material y métodos: Estudio observacional, comparativo, de proceso, prospectivo y transversal en la UMF No.7 IMSS Puebla, con derechohabientes de 20 a 95 años de edad, del 1 de septiembre 2021 al 30 de julio 2022. Etapa 1: se elaboró la EAIDH que unificó criterios redacción y dialéctica durante 5 rondas con 10 pacientes y por expertos. Etapa 2: se aplicaron la EAIDH y la Escala ASA (Apreciación de Agencia de Autocuidado) a pacientes con hipertensión arterial, en dos ocasiones con 1 mes de diferencia. Se utilizó para consistencia interna alfa de Cronbach; para consistencia externa intraobservador: coeficiente de correlación intraclase; para validez de constructo: validez convergente Rho de Spearman.

Resultados: 200 pacientes con hipertensión, femenino 58 %, masculino de 42%, media de edad 63.56 años, alfa de Cronbach=0.839. Para validez de constructo Rho de Spearman=0.663, $p=0.000$, consistencia interna CCI=0.948

Conclusiones: Se determinó que la nueva escala EAIDH es válida, consistente y útil para evaluar el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES GENERALES

La finalidad del Médico Familiar es promover integralmente la salud de la población, comprender y atender al ser humano como organismo integro, como individuo sensible y reactivo. Por lo que es el responsable de la prevención, tratamiento integral, seguimiento del paciente y su familia, así como el establecimiento de vínculos de responsabilidad compartida con la familia.¹ Si algo representa todavía el ethos o Forma común de vida o de comportamiento que adopta un grupo de individuos que pertenecen a una misma sociedad, de la medicina, son las habilidades clínicas, sin soslayar que la tecnificación progresiva, la masificación, el burocratismo y la mercantilización de la práctica médica se perfilan como la “nueva identidad” de este noble profesión. De ahí la razón de dedicar el mayor espacio a los aspectos clínicos en este apartado sobre la educación de los médicos.²

La hipertensión arterial (HTA) del adulto (≥ 18 años), es una enfermedad crónica asintomática que se caracteriza por una elevación de la presión arterial sistólica (PAS) mayor o igual a 130 mmHg y una presión arterial diastólica (PAD) mayor o igual a 80 mmHg, recientemente modificadas por el American College of Cardiology³, los criterios para elevación de TA de la British Hypertension Society (BHS-IV) <130 - <85 mmHg⁴ y la de la JNC-VIII que maneja cifras inferiores de 120-129 sistólica y 80-84 diastólica para Prehipertensión y para Hipertensión Arterial 140-149 sistólica y 90-99 diastólica.⁵

A nivel mundial la mayoría de pacientes adultos con hipertensión corresponden al tipo esencial; En 5-10% de los pacientes, la hipertensión tiene una causa secundaria identificable, como por ejemplo estenosis de la arteria renal, enfermedad del parénquima renal, anormalidades endocrinas, efectos adversos de un medicamento o coartación de la aorta.⁶ Desde la evaluación inicial en primer contacto se debe identificar el daño hipertensivo de los órganos blanco (retina, corazón, riñones) y todos los factores de riesgo cardiovascular. Y de esa manera hacer énfasis en la búsqueda de causas secundarias basados en los signos y síntomas que pueda demostrar el paciente.

Los criterios del American College of Cardiology / American Heart Association para la prevención, detección, evaluación y manejo de la presión arterial alta en adultos 2017 y los criterios del American College of Cardiology / American Heart Association del 2019 sobre prevención primaria de enfermedades cardiovasculares recomiendan un objetivo de presión arterial inferior a 130 / 80 mm Hg para la mayoría de los pacientes ^{3, 4}.

Son necesarios estudios a largo plazo que corroboren la eficacia y efectividad de la aplicación de las medidas higiénico-dietéticas en la población general y su relación

con un menor número de eventos cardiovasculares, disminución de morbimortalidad y mejor calidad de vida, antes de poder implementarlas en nuestra práctica clínica diaria. Como parte del manejo del paciente descontrolado se encuentra la inclusión de medicamentos antihipertensivos a una dosis adecuada y en caso necesario agregar otro medicamento, además de concientizar al paciente en cambios su estilo de vida con el objetivo de alcanzar un control sin necesidad de dosis máximas.

Para fines prácticos unificaremos uso de criterios de Protocolos de Atención Integral (Enfermedades Cardiovasculares) Hipertensión Arterial Sistémica IMSS.⁵ Con el objetivo de homologar el tratamiento farmacológico para Hipertensión Arterial Sistémica⁶ a través de algoritmos terapéuticos que se aplicaran desde el primer nivel de atención; tomando en cuenta el perfil de seguridad en situaciones específicas con la finalidad de alcanzar las metas de control óptimo en pacientes adultos con Hipertensión Arterial Sistémica.⁷

CATEGORÍA	PRESIÓN SISTÓLICA mmHg	PRESIÓN DIASTÓLICA mmHg
Nivel óptimo	<120	<80
Normal	120-129	80-84
Limítrofe o fronteriza	130-139	85-89
Hipertensión arterial estadio 1	140-160	90-99
Hipertensión arterial estadio 2	160-179	100-199
Hipertensión arterial estadio 3	180 o más	110 o más
HAS en DM2 o con daño renal	135 o más	85 o más
HAS sistólica pura	140 o mas	<90
HAS diastólica pura	<140	90 o más

Clasificación JNC VIII ⁶

Hipertensión esencial: no atribuida a una causa subyacente identificable.

Hipertensión secundaria: atribuida a una causa subyacente e identificable (10% de los pacientes).

Hipertensión resistente: presión arterial por arriba de cifras esperadas de control a pesar de la adherencia a una combinación de al menos 3 medicamentos antihipertensivos con una dosis óptima con diferentes mecanismos de acción.⁸

La principal preocupación del paciente hipertenso es tener la seguridad que el tratamiento antihipertensivo reducirá el riesgo de complicaciones y por lo tanto la disminución de la mortalidad, mientras que los médicos tratantes buscan la capacitación continua para ofrecer el manejo que mejor se adapte al paciente utilizando la mejor evidencia científica.⁹ De esta manera podemos tener un mejor control sobre el paciente y así evitar ingresos hospitalarios por urgencia

hipertensiva (diastólica superior a 120 mm Hg) sin evidencia de disfunción aguda del órgano blanco⁹, ya que en muchos paciente debutan de esta manera y cuando acuden a recibir atención médica ya han pasado muchas horas o ingresan con otra complicación.¹⁰

Emergencia hipertensiva: aumento agudo de la presión arterial (diastólica superior a 120 mm Hg) acompañada de hallazgos objetivos de disfunción aguda de los órganos blanco (corazón, riñones, cerebro). El umbral de presión arterial en el que ocurre la disfunción puede ser notablemente diferente en cada paciente.¹¹ La hipertensión maligna es un tipo de emergencia hipertensiva caracterizada por hipertensión severa y daño microcirculatorio sistémico como lo demuestra la retinopatía hipertensiva avanzada.⁹

Es importante unificar criterios en todo el personal de salud en la medición de la presión arterial con técnicas adecuadas y estandarizadas, teniendo en cuenta que el paciente debe estar tranquilo, en reposo (>10 minutos), sin haber ingerido café o sustancias estimulantes en la última hora, sin haber fumado ni estar agitados. Se puede usar equipo digital si el pulso es regular. Se recomienda realizar monitoreo domiciliario en personas con presión arterial limítrofe (130-139/85-89 mmHg), o bien en Estadio 1 (140-160/90-99 mmHg), para confirmar el diagnóstico y descartar Hipertensión de Bata Blanca. Verificación signos y síntomas (cefalea, mareos, epistaxis, visión borrosa, somnolencia, edema en extremidades inferiores hipotermia distal etc.) uso de medicamentos o suspensión súbita de estos mismos.⁵ Para pacientes asintomáticos con aumento agudo de la presión arterial (urgencia hipertensiva) se debe obtener el nivel de creatinina.¹⁰ En pacientes sintomáticos con aumento agudo de la presión arterial (emergencia hipertensiva) se debe obtener pruebas de laboratorio, imágenes y electrocardiograma, basadas en el daño aparente del órgano blanco.¹¹ Así como evaluar las causas secundarias de hipertensión en los siguientes entornos: cualquier síntoma o signo que sugiera una causa secundaria, aparición brusca de hipertensión, presión arterial resistente al tratamiento adecuado, laboratorio, imagen, prueba funcional, etc. se deberá realizar el diagnóstico diferencial enfocado a descartar con rapidez cualquier complicación y datos de daño a órgano blanco.¹²

Una vez establecido el diagnostico de Hipertensión Arterial Sistémica, todo paciente debe ser estratificado y posteriormente iniciar un manejo integral utilizando un protocolo estandarizado que incluya monoterapia en el caso de casos de bajo riesgo o bien terapia dual para los casos especiales o complicados:

ARA2+CCA.				ARA2+HCT.	
a) Irbesartán	150-300	mg	+	a) Irbesartán	150-300 mg + HCT 12.5
Amlodipino	5	mg			mg

b) Olmesartán 20-40 mg + Amlodipino 5 mg c) Telmisartán 80 mg + Amlodipino 5 mg	b) Olmesartán 20-40 mg + HCT 12.5 mg c) Telmisartán 80 mg + Amlodipino 5 mg
ECA+CCA. Perindopril 10 mg + Amlodipino 5 mg	IECA + DIUTERICO. Perindopril 4 mg + Indapamina 1.25 mg
Terapia Triple: ARA2+CCA+HCT. a) Olmesartán 40 mg + Amlodipino 5mg + HCT 12.5 mg b) Valsartán 160 mg + Amlodipino 5 mg + HCT 12.5 mg	IECA + CCA + DIURETICO- Perindopril 10 mg + Amlodipino 5 mg + Indapamina 1.25 mg ⁵ .

Desde la captación del paciente debemos considerar el intensificar el tratamiento farmacológico en algunos adultos de 60 años o más con alto riesgo cardiovascular (según una evaluación individualizada) para lograr una presión arterial sistólica objetivo de menos de 140 mm Hg, y con esto reducir el riesgo de accidente cerebrovascular o eventos cardíacos.¹³ Las enfermedades cardiovasculares se ubican en el primer lugar del listado de defunciones en la población mexicana, cifra que asciende a 149 368 casos: de la cuales al enfermedad isquémica representó un 72.7% con 108 616 casos, seguidas por la causas hipertensiva con 15.9% (23 715 casos) y las relacionadas con la circulación pulmonar y otras enfermedades del corazón con 10.9% (16 278 casos). Las enfermedades cardiovasculares (cardiopatías, accidentes cerebro cardiovasculares, infartos, etc.) causaron 17 millones de muertes, siendo las complicaciones de la HTA responsables de 9.4% millones de estas⁷.

La agencia de autocuidado ha sido definida como la capacidad que tiene el individuo para tomar decisiones sobre su salud y la responsabilidad de su propio cuidado; y en la medida que se mejoran estas capacidades en las personas que viven con hipertensión arterial se promueve la satisfacción de los requisitos de autocuidado cuando hay estados de desviación de la salud y a su vez, la promoción de la salud y bienestar así como la prevención de enfermedades coronarias y eventos cerebrovasculares. Esto implica la creación de programas de autocuidado en hipertensos basados en la teoría del déficit de autocuidado de Orem¹⁴, que en sus trabajos y publicaciones hace referencia a los factores físicos, químicos y biológicos, estos últimos incluyen el control de organismos o agentes infecciosos, que es el primer componente de poder que enuncia la capacidad que tiene el individuo para prestar atención y vigilancia a las condiciones internas y externas y a factores significativos para el autocuidado¹⁵. Generalmente los pacientes hipertensos pueden conseguir la información necesaria, al verse amenazada su salud; de acuerdo con Orem el conocimiento es una de las capacidades fundamentales y de disposición para el autocuidado, que permite el logro de los siguientes requisitos de

autocuidado en estado de alteración de la salud: 1. Tener conciencia de y atender a los efectos de las condiciones patológicas y, 2. Llevar a cabo efectivamente las prescripciones médicas diagnósticas, el tratamiento y las medidas de rehabilitación específicas para la enfermedad. Para Orem, el personal de salud lo caracteriza sus conocimientos y habilidades y su capacidad para usarlos. El cuidado de los profesionales, debe estar orientado en las redes de apoyo y hacer hincapié en suministrar información al individuo y a la familia, para que puedan apropiarse oportunamente y favorecer al cuidado de la persona hipertensa. En general, las personas hipertensas pueden buscar ayuda si no pueden cuidarse por sí mismas y toman las medidas necesarias para asegurar que la familia y el individuo estén seguros. Primero el individuo identifica condiciones y factores de sí mismo y del medio ambiente que son significativos para su autocuidado (operaciones estimativas); posteriormente el individuo toma juicios y decisiones (operaciones Transicionales), en el caso de que no pueda cuidarse por sí mismo, él deberá tomar la decisión de buscar ayuda en su núcleo familiar, sus redes sociales y en los profesionales de salud, que le ayuden a cubrir o a encontrar la demanda terapéutica de autocuidado y el desarrollo de su agencia de autocuidado; finalmente el individuo construye medidas para satisfacer los requisitos de autocuidado por sí mismo (operaciones productivas).¹⁴

Por otro lado se señala que personas con enfermedad cardiovascular y baja actividad social tuvieron significativamente altos índices de mortalidad en comparación con aquellos que se mantenían activamente sociales, las evidencias notables de que la actividad física regula procesos fisiológicos de importancia para equilibrar al organismo¹⁵, por lo cual se diseñan propuestas en función de solucionar los objetivos de salud, demostrándose la necesidad de crear y aplicar alternativas que promuevan la participación activa de la comunidad en programas de actividad física, y que el diseño e implementación práctica de las actividades físico-recreativas ha contribuido a mejorar diversos indicadores de salud¹⁶. Otro de los problemas que se observó en las personas hospitalizadas con hipertensión es la insatisfacción del requisito global de autocuidado, que hace alusión al mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo, los datos arrojan que la mayoría de los participantes casi nunca o nunca pueden dormir lo suficiente para sentirse descansado. El descanso es considerado una acción que puede evitar el agotamiento, el estrés y que proporcionan salud mental, además que está muy relacionado con el componente de poder "uso controlado de la energía física", para iniciar y mantener un verdadero autocuidado. Se encontró que las personas hipertensas, difícilmente se ocupan en revisar su cuerpo para saber si hay algún cambio; otro problema es la práctica de actividad física, donde un gran porcentaje de los participantes afirman normalmente no realizan actividad física. Esto significa que en estos individuos se afecta la toma de decisiones sobre autocuidado¹⁵. Existe también una gran

complementariedad en la relación existente entre el sedentarismo y la enfermedad crónica, la actividad física se indica al menos 30 minutos al día de 5 a 7 días por semana⁵. La mayoría de los pacientes tienen dificultades en seguir un régimen alimenticio saludable que les ayude en mantener el peso correcto. El ejercicio y la dieta, es la combinación perfecta para atacar las dos causas del sobrepeso y la obesidad: el exceso de ingesta calórica y el gasto calórico inadecuado.¹⁷

La promoción de la salud consiste en proporcionar las herramientas necesarias para mejorar la salud y ejercer mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social, el individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus metas, satisfacer sus necesidades y adaptarse a su entorno.¹⁸ Una persona puede convertirse en su propio agente de autocuidado (Lego). Los integrantes del equipo de salud, en razón de su preparación, deben actuar como facilitadores de dicho proceso. La educación ofrecida a los pacientes por el profesional de la salud no es simplemente la repetición o entrega de información impresa, sino que se trata de un proceso que requiere del dominio de habilidades para obtener información de la persona, seleccionar la metodología de enseñanza, evaluar el logro de metas y llevar a cabo un seguimiento, a fin de incrementar la habilidad de la persona para la toma de decisiones sobre el cuidado de su salud y la adopción de conductas adecuadas ante las enfermedades¹⁹.

En cuanto al cuidado de sí mismos, teniendo en cuenta que se trata de una enfermedad crónica, los pacientes hipertensos deben seguir un tratamiento y régimen apropiado durante muchos años, o toda su vida, el desconocimiento en este aspecto es un factor desfavorable para un control óptimo. Son pocos los pacientes que reconocen la obesidad y el tabaquismo como factores de riesgo asociados. Se conoce que la obesidad y el tabaquismo son factores de riesgo de importancia, que influyen en el aumento de las cifras de tensión arterial, ya que con el adecuado reconocimiento de estos factores es posible conseguir una tendencia descendente de la presión arterial, y así reducir potencialmente la morbi-mortalidad, también es importante que el paciente conozca sus antecedentes heredo familiares. Se conoce por cumplimiento y observación del tratamiento, el nivel de concordancia entre lo que el paciente verdaderamente hace y lo que el médico le ha prescrito, la adherencia lleva implícita una connotación positiva como acto voluntario, menos del 50% no llevan el tratamiento correctamente. La actividad física aeróbica sistemática (correr, montar bicicletas, trotes, natación), favorece el mantenimiento o la disminución del peso corporal con un consiguiente bienestar físico y psíquico del individuo, y así evitar el sedentarismo e incrementar el riesgo de padecer presión arterial elevada. Se recomienda ejercicio, al menos cinco días a la semana por 30 min. Los factores psicosociales y estrés son un factor modificable, considerados como factor de riesgo menor, cada día es más evidente la relación entre situaciones

de estrés y alteraciones emocionales con síndromes coronarios agudos. Los factores de riesgo que debe conocer el paciente son, edad, sexo, nivel educacional, ocupación, cifras de presión arterial y tratamiento antihipertensivo. Los pacientes hipertensos desconocen cuáles son los objetivos de control, sin encontrar relación entre el conocimiento del problema y el control del mismo²⁰.

En general, la mayoría de los hipertensos tienen una capacidad de autocuidado regular, siendo menos los que tienen buena capacidad y muy pocos los pacientes con mala capacidad de autocuidado. Así los pacientes se permiten identificar que los factores condicionantes básicos de autocuidado y la capacidad de autocuidado son mejores en los pacientes hipertensos controlados que en los descontrolados. Los pacientes con factores ambientales buenos y buena capacidad de autocuidado son sujetos con poco estrés que asisten a grupos de autoayuda, realizan actividades recreativas, tienen conocimiento sobre las características y el tratamiento de la enfermedad, se automonitorean la presión, se adhieren al tratamiento y siguen estilos de vida saludables (ejercicio, disminución del tabaquismo y de la ingesta de alcohol), factores que por sí solos han demostrado tener un efecto favorable en el manejo de la hipertensión arterial, cuando se conjuntan, aumenta la probabilidad de éxito en el control de la presión arterial, por tal motivo se aconseja un manejo integral con medidas no farmacológicas y farmacológicas. Se ha visto que una de las principales barreras en el cumplimiento de las recomendaciones es la resistencia que tienen los pacientes al cambio de hábitos de vida y la implementación de técnicas de autocuidado para regular su comportamiento hacia el logro de metas. Los pacientes con hipertensión controlada buscan grupos de autoayuda, lo que les hace suponer que este hecho les hace tener otra visión positiva en la capacidad de autocuidado y en el control de la enfermedad²¹.

Por lo tanto, la educación en salud en la Atención Básica, en especial en la Estrategia Salud de la Familia, es uno de los principales elementos de promoción de la salud, pues además de que los profesionales conozcan los factores de riesgo para diversas enfermedades, aquí nos referimos a la Hipertensión arterial, saben cuáles son los hábitos de vida de aquella población, siendo así más fácil implementar una intervención positiva. Para eso, además de la necesidad de cambio de paradigmas biomédicos y de la valoración de nuevos conceptos sobre el proceso salud/enfermedad, es necesario que los usuarios de salud sean coproductores de un proceso educativo para los cambios de hábitos, contribuyendo para que disminuya la frecuencia de varios problemas, incluyendo la hipertensión arterial, mejorando la calidad de vida de la población y garantizando un envejecimiento saludable. Las actividades educativas dirigidas a la población deben tener por objetivo prevenir la hipertensión arterial; para aquellos que ya padecen la hipertensión arterial las actividades deben ser enfocadas a la reducción de los

niveles de presión arterial, control de otros factores de riesgo cardiovasculares y la reducción del uso de medicamentos antihipertensivos. Las estrategias recomendadas deben orientarse al abandono del tabaquismo y alcoholismo, reducción del peso entre aquellos con sobrepeso, implementación de actividades físicas, reducción del consumo de sal, aumento del consumo de hortalizas y frutas, además de la disminución de alimentos grasos, estímulo al auto cuidado y la promoción de una vida saludable.²²

Es importante conocer el autocuidado con una escala que sea adaptada a las características de nuestra población. Para que el instrumento de medición sea útil, se necesita someterlo a pruebas empíricas que aportarán evidencias de confiabilidad y validez.²³ El término consistencia suele emplearse como sinónimo de confiabilidad. Un índice tiene consistencia externa si arroja resultados similares cuando se aplica repetidamente a la misma persona. Este tipo de consistencia se prueba cuando los mismos pacientes son evaluados nuevamente por el mismo clínico o por otros usando el índice. Cuando el índice se reaplica por la misma persona se determina su variabilidad intraobservador. Cuando es aplicado por otra persona se determina la variabilidad interobservador. Si las aplicaciones repetidas dan resultados similares, el índice se considera consistente²⁴.

Asumiendo que las condiciones en las cuales se realiza la aplicación de la escala y el estado del atributo, se mantienen estables en el tiempo, o en aplicaciones simultáneas por diferentes evaluadores, previa estandarización. El paso siguiente previa estandarización será determinar:

- a) Si el instrumento que generamos es capaz de ofrecer la misma información, cuando se aplica por un mismo observador dos veces consecutivas (se recomienda más de 15 días entre mediciones), en ausencia de cambios en el atributo que se está midiendo.
- b) Si cuando se aplica por más de una persona al mismo tiempo, pero en forma independiente a un mismo sujeto, se obtienen datos muy similares. La primera prueba se denomina test-retest y la finalidad es obtener evidencias de que el instrumento por sí mismo no ofrece variaciones ajenas a la cantidad del atributo que se pretende medir; diríamos que el instrumento es estable.

En este caso se elimina la variación que podría provenir de los aplicadores. Como se obtiene con dos mediciones a través del tiempo, se deben ofrecer pruebas de que el atributo no ha sufrido cambios entre una y otra medición. La segunda prueba mide la reproducibilidad del instrumento. Pretende verificar si la prueba puede ser aplicada por personas diferentes, por ejemplo, dos enfermeras o inclusive de diferente formación académica, una enfermera y una licenciada en nutrición. El

objetivo de esto, es determinar qué tanto afecta a los resultados la variabilidad introducida por un segundo o tercer observador²³.

La fiabilidad de la consistencia interna del instrumento se puede estimar con el alfa de Cronbach o también con el método de omega de McDonald. El método de consistencia interna permite estimar la fiabilidad de un instrumento de medida a través de un conjunto de ítems que se espera que midan el mismo constructo o una única dimensión teórica de un constructo latente. Cuando los datos tienen una estructura multidimensional el valor de consistencia interna será bajo. Es decir, no se observa una consistencia en las puntuaciones que forman el constructo teórico que se desea medir. La medida de la consistencia interna mediante el alfa de Cronbach asume que los ítems miden un mismo constructo y que están altamente correlacionados entre sí. El valor de alfa oscila de 0 a 1. Cuanto más cerca se encuentre el valor del alfa a 1 mayor es la consistencia interna de los ítems analizados. Si los ítems están positivamente correlacionados entonces la varianza de la suma de los ítems se incrementa. Por ello, si las puntuaciones en todos los ítems fuesen idénticas, y por lo tanto las puntuaciones estarían perfectamente correlacionadas, el valor de alfa sería igual a 1. En cambio, si los ítems fuesen totalmente independientes, no mostrando ningún tipo de relación entre ellos, el valor de alfa sería igual a 0. Se recomienda informar de la estimación puntual del valor de consistencia interna junto con su intervalo de confianza para valorar la precisión de la estimación. Una vez comprobado que el valor de alfa es aceptable ya se puede sumar las puntuaciones de los ítems y formar una puntuación total de una escala. Por ello, siempre hay que comprobar la consistencia interna de las puntuaciones de la muestra antes de computar puntuaciones totales o realizar cualquier otro análisis estadístico. Si la consistencia interna no es adecuada entonces será necesario estudiar si representan a dimensiones diferentes (por ejemplo, realizando un análisis factorial) pero nunca se utilizarán como elementos que miden un mismo constructo ²⁵.

La validez es el grado en que un resultado obtenido refleja el fenómeno bajo estudio, o la capacidad del instrumento para medir la cualidad para la que fue construido²⁶. La validez de un instrumento se genera ofreciendo evidencias que pueden ser de diferentes tipos:

La validez de contenido es el grado en que un instrumento representa la totalidad de los contenidos del fenómeno que pretende medir. Demostrar que no omite ningún ítem ni incluye alguno extraño al atributo de interés²⁷.

La validez de constructo se establece mediante la elaboración de hipótesis, en relación a cómo se comportarán las puntuaciones obtenidas con el instrumento en diferentes circunstancias.

La validez de criterio es la más robusta, pero requiere que el atributo que pretende medir el instrumento ya tenga un estándar de oro y consiste en demostrar que el

nuevo instrumento mide el atributo de manera comparable, como lo hace el estándar de oro y puede ser de dos tipos:

- a) Validez concurrente: grado en que se relaciona la nueva medida con la de referencia, siendo ambas administradas simultáneamente.
- b) Validez predictiva: cuando el criterio de referencia no esté disponible hasta un tiempo después, por ejemplo, desarrollo de una enfermedad y valora hasta qué punto la nueva medida es capaz de predecirlo correctamente²³.

2.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS

El estudio realizado por: Manrique-Abril, Fred; Fernández, Alba y Velandia, Anita, llamado “Análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Auto-cuidado (ASA) en Colombia. Tiene por objetivo Validar la confiabilidad y el contenido por análisis factorial de la Escala Valoración de Agencia de Auto-cuidado (ASA) en una institución hospitalaria, este estudio fue aceptado en Febrero 2019, realizado en el campo de estudio de la Institución Hospitalaria de Colombia.

La Escala Valoración de Agencia de Auto-cuidado (Appraisal of Self-care Agency Scale, ASA), fue desarrollada por Evers para valorar la agencia de auto-cuidado reportada por el paciente (ASA-A), y la agencia de auto-cuidado estimada por la enfermera (ASA-B), con el fin de valorar si una persona puede conocer las necesidades generales actuales de agencia de auto-cuidado. La Escala ASA fue desarrollada para medir el concepto central de la Teoría de Enfermería de Déficit de Auto-cuidado de Orem, agencia de auto-cuidado, entendido este concepto como la capacidad o el poder de la persona para realizar operaciones de auto-cuidado.

La estructura de la Agencia de Auto-cuidado está constituida por las capacidades para realizar operaciones de auto-cuidado estimativas, transicionales y productivas. Las operaciones estimativas comprenden la investigación de las condiciones y los factores internos y externos significativos para el auto-cuidado; las transicionales determinan el tipo de acción o curso que debería tomarse con respecto al auto-cuidado, mientras que las productivas ejecutan las acciones de auto-cuidado. Estas capacidades fueron formuladas como los diez componentes de poder de la agencia de auto-cuidado, que incluyen el desarrollo de un conjunto de habilidades, el uso controlado de energía y la adquisición de conocimiento. Aunque los diseñadores de la Escala ASA establecieron que los ítems de la misma reflejan la estructura de la agencia de auto-cuidado, no reportan las dimensiones de la escala.

La Escala ASA se compone de 24 ítems con un formato de respuesta de cinco alternativas tipo Likert, donde el 1 (totalmente en desacuerdo) significa el valor más

bajo de capacidad de auto-cuidado y el 5 (totalmente de acuerdo) el más alto. Cada individuo puede obtener un puntaje que va de 24 a 120 puntos.

Estudios transculturales han revelado propiedades psicométricas aceptables de la Escala ASA en poblaciones de Holanda, Noruega, Suiza, México, Hong Kong. Las pruebas psicométricas del ASA original 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; una validez de constructo por análisis de componentes principales con rotación varimax de 8 factores que explicaban el 67,9% de la varianza; un análisis factorial de segundo orden de 4 factores que explicaban el 50% de la varianza; el análisis factorial con rotación quartimax mostró 7 factores que explicaban el 68% de la varianza; la correlación de la Escala ASA con la Escala de la Habilidad de los Adultos Mayores (Self-Care Ability Scale for the Elderly) para el auto-cuidado fue de 0,69.

La traducción de la Escala ASA 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 ASA 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 0,77.

En Colombia, la profesora Edilma de Reales, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia, elaboró una segunda versión en español de la Escala ASA, modificando la redacción de los ítems, de tal manera que fueran más claros y comprensibles para la población colombiana, sin cambiar el sentido de cada uno de ellos; también modificó la Escala Likert a solo 4 apreciaciones (Nunca 1, Casi Nunca 2, Casi Siempre 3 y Siempre 4), las posibles puntuaciones de la escala tienen un rango entre 24 y 96 puntos, hay que considerar que los ítems 6, 11 y 20 son negativos.

Los métodos empleados en la investigación se basan en un estudio metodológico con datos secundarios en una muestra de 201 pacientes adultos, del programa de crónicos del Hospital de Tunjuelito, de Bogotá, Colombia. La consistencia interna (alfa de Cronbach) y la estructura factorial fueron procesadas en SPSS11.5®

Se consideró adecuado incluir 201 pacientes para la confiabilidad y el análisis factorial, dada la recomendación para el cálculo del tamaño de la muestra para estudios factoriales: incluir 100 pacientes o 5 sujetos, como mínimo, por cada ítem

que compone la escala. La Escala ASA fue aplicada por una enfermera profesional, previo consentimiento informado a los participantes. El proyecto inicial tuvo la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia.

La base de datos se elaboró y analizó en SPSS 11.5 ®; el análisis de consistencia interna se llevó a cabo mediante los coeficientes alfa de Cronbach para establecer qué ítems tenían una medida de homogeneidad entre 0,7 y 0,9. Para la conveniencia del análisis factorial se tuvieron en cuenta tres aproximaciones: inicialmente, se hizo una inspección visual de la matriz de correlación de Pearson y se consideró como buen indicador la detección de un número sustancial de coeficientes de correlación superiores a 0,25. Posteriormente, se aplicó la prueba de la medida de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), la cual indica que las variables miden factores comunes cuando el índice es superior a 0,7 y, finalmente, se practicó la prueba de esfericidad de Bartlett que permite definir estadísticamente si la matriz de intercorrelación es una matriz de identidad.

Los resultados obtenidos de la investigación, demuestran: El análisis de los componentes principales indica una estructura conformada por nueve factores que explican el 65,87% de la varianza total. El instrumento mostró un alfa de Cronbach de 0,68 y 0,74 corregido.

Conclusión. La versión en español del ASA evaluada demuestra que tiene las propiedades psicométricas válidas y adecuadas para su aplicación en los diferentes ámbitos de la práctica de enfermería en Colombia.

Otro estudio que fundamenta la investigación es el de “Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo”, publicado por Achury, Diana Marcela; Sepúlveda, Gloria Judith; Rodríguez, Sandra Mónica, el cual se presenta como un Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial, es una Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo, vol. 11, núm. Aceptada el 2, julio-diciembre, 2009, por la Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia. La investigación resalta que la hipertensión arterial es un problema de salud pública de primer orden en todo el mundo, ya que constituye un importante factor de riesgo cardiovascular y está asociada a una mayor probabilidad de complicaciones. Según diversos estudios de vigilancia epidemiológica realizados en Estados Unidos y distintas naciones europeas, hasta una cuarta parte de la población adulta sufre de hipertensión arterial, y a pesar de las distintas opciones terapéuticas disponibles en la actualidad, de comprobada eficacia y seguridad, es preocupante que menos del 55% de los individuos hipertensos no reciba tratamiento

alguno y que el porcentaje de pacientes con cifras tensionales controladas mediante el tratamiento no supere el 45%.

La construcción y validación inicial de un instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial, se basa en la teoría de autocuidado de Dorotea Orem. Consta de 17 ítems agrupados en tres dimensiones (capacidades fundamentales, componentes de poder y capacidad de operar el autocuidado) calificándose baja capacidad: 17 – 28 puntos, media capacidad: 29 – 56, alta capacidad: 57 – 85. Métodos: el instrumento fue aplicado a 159 personas con diagnóstico de hipertensión arterial. Se estableció la validez del constructo a través del análisis factorial y la consistencia interna por medio del test estadístico alfa de Cronbach. Resultados: El análisis psicométrico de este estudio mostró un índice de confiabilidad para el cuestionario total de 0,75, el cual se considera adecuado; a pesar de que el resultado del análisis factorial mostró que las dimensiones propuestas por los autores no se ajustan a los factores obtenidos por el método de extracción de componentes principales. Ese instrumento se convierte en una herramienta de valoración de enfermería que puede ser útil para evaluar capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. Es importante continuar con el proceso de validación, dado que la evidencia empírica apoya la evaluación del constructo general, pero no por dimensiones.

Dicho estudio se realizó un estudio de tipo psicométrico para desarrollar la validación del instrumento, basados en los pasos de Streiner y Norman, Cohen y Swerdlik y Woods y Habers, quienes proponen la definición del constructo que se va a medir, la construcción de ítems del instrumento, la validez de contenido por parte de expertos, la determinación de indicadores de confiabilidad y la validez de constructo. Así mismo, la muestra estuvo conformada por 159 pacientes adultos que cumplieran con los siguientes criterios: ser hombre o mujer mayores de 18 años de edad, haber estado hospitalizados o que hubieran asistido a consulta externa en dos instituciones de salud, que tuvieran diagnóstico de hipertensión arterial, que aceptaron participar voluntariamente y que tenían capacidad mental de responder a las preguntas del instrumento.

Finalmente, ese instrumento se convierte en una herramienta de valoración de enfermería de gran utilidad en los pacientes hospitalizados y ambulatorios, con el fin de identificar la capacidad de agencia de autocuidado y proporcionar un plan de cuidado propio para cada paciente. Al determinar de una forma oportuna y adecuada la capacidad de autocuidado en los pacientes, los profesionales y las instituciones de salud satisfarán de mejor manera las necesidades y las expectativas del cuidado que requieren los pacientes, y con ello, a la vez, se reducirán costos de atención y se asegurará una mejor calidad de vida.

3.- JUSTIFICACIÓN

A nivel de nuestra institución de trabajo y nuestro país México las enfermedades crónico-degenerativas son los padecimientos que predominan entre la población de edad adulta y constituyen las principales causas de la mortalidad.

La hipertensión arterial se encuentra entre los padecimientos más recurrentes en nuestra población por su elevada prevalencia y graves complicaciones, como son las enfermedades del corazón, la enfermedad cerebrovascular, nefropatías, dislipidemias y obesidad. En el estado de Puebla la Tasa de defunciones registradas por enfermedades del corazón según entidad federativa de residencia se encuentra por arriba de la media nacional.

En muchas ocasiones los malos hábitos higiénico-dietéticos, incluyendo consumo de tabaco, exceso de sal en los alimentos, falta de actividad física y la misma vida diaria en la que se tiene que salir a trabajar varias horas del día, el estrés, pueden hacer complicado el autocuidado de las personas, pudiendo ser esto un área de oportunidad sobre la que se pueda incidir en todos los adultos que tengan o pretendan control en su autocuidado

Nuestra finalidad y propósito al promover la participación y el empoderamiento de los pacientes hipertensos en el autocuidado se logrará en base a la estrategias de la promoción de la salud desde el conocimiento de los factores de riesgo en cuanto ámbitos de seguimiento cotidiano forzando de manera pasiva el reconocimiento de 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.

Por otra parte, las condicionantes que nos pueden ayudar a evitar complicaciones, tal vez el paciente no las conoce y por lo tanto no las lleva a cabo, o simplemente no les toma importancia. Por estas razones resulta importante tener un test que nos ayude a conocer como son las medidas de autocuidado que el paciente con hipertensión arterial lleva a cabo.

En resumen, es de imperiosa necesidad incidir positivamente en nuestra población adulta ya que en México no existe alguna escala o instrumento de aplicación hacia el autocuidado en particular de esta patología que es de alta morbimortalidad que muestre o exponga al paciente sobre los factores de autocuidado ya mencionados, debido a que los cuestionarios que existen están basados en escalas que examinan factores no encaminados directamente a lo que debe tener en cuidados el paciente hipertenso. Hay instrumentos dirigidos por el personal de enfermería, pero

necesitamos uno más enfocado al paciente y desde la perspectiva del médico, que permita ver en el paciente cuales son los factores esenciales para tener un adecuado automanejo. Este instrumento que se pretende crear puede ser aplicado en programas preventivos promocionales, y directamente por el médico, contribuyendo a la generación del conocimiento en el primer nivel de atención de salud y sirviendo de apoyo en investigaciones futuras.

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al autocuidado en pacientes hipertensos en México no se le da la importancia debida, a pesar de que se considera una enfermedad prioritaria con alta morbimortalidad, esto puede hacer que existan múltiples complicaciones, lo más lamentable es que la mayoría son prevenibles.

Este 17 de mayo día mundial de la hipertensión paso también desapercibida por factores ya conocidos a nivel mundial como es esta pandemia por COVID 19. A nivel mundial se estima que existen más de mil millones de personas padecen hipertensión. En México, se habla de aproximadamente 30 millones de personas. Puebla se encuentra entre los diez estados con más pacientes con hipertensión arterial al ocupar el número 8 de la tabla nacional, esto de acuerdo al Sistema de Información en Enfermedades Crónicas. En un reporte actual arrojó que, al corte del 28 de enero de este año, la entidad registró un total de 52 mil 310 paciente con esta enfermedad, de los cuales, 38 mil 429 son mujeres y 13 mil 881 son hombres, lo que representa el 73.5 y 26.5 por ciento, respectivamente. Ciudad de México, Puebla, San Luis Potosí y Chihuahua, completan el top 10 de las entidades con más enfermos por HTA con un total de 57 mil 276, 52 mil 310, 43 mil 897 y 43 mil 433 casos en el orden en que se enlistan. El Sistema de Información en Enfermedades Crónicas detalla que de los 52 mil 310 pacientes con hipertensión arterial (HTA) en Puebla, un porcentaje de ellos sufre a su vez otras patologías. Del total, 15 mil 476 (29.6 por ciento) sólo tienen HTA; 2 mil 492 (4.8 por ciento) padecen dislipidemia, es decir, niveles excesivamente elevados de colesterol o grasas; 11 mil 768 (22.5 por ciento) sufren diabetes mellitus; 16 mil 315 (31.2 por ciento) están diagnosticados con síndromes metabólicos y 6 mil 259 (12.0 por ciento) tienen obesidad. Factores que son condicionantes para desarrollo de complicaciones y enfermedad hipertensiva cardiaca. Si no se controla, y conociendo el comportamiento de la enfermedad la hipertensión puede provocar desde un infarto de miocardio, insuficiencia renal, retinopatía, insuficiencia cardiaca, un evento cerebral vascular y hasta la muerte.

Ante este escenario resulta siempre de gran importancia en la medicina familiar con prevención primaria, que el paciente con hipertensión logre autocuidado que limite el gran número de complicaciones.

Por esas razones surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es la validez y consistencia de una nueva escala de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en la unidad de medicina familiar No.7. San Bartolo, Puebla en el año 2021-2022.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar la validez y consistencia de una escala de autocuidado para el paciente con hipertensión arterial derechohabiente de la unidad de Medicina Familiar No.7 del IMSS de Puebla durante el año 2021-2022

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conocer las variables sociodemográficas edad, sexo de los pacientes con hipertensión arterial de la UMF No.7

Evaluar la validez de una escala de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial

Determinar la consistencia de una escala de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial

6. HIPÓTESIS

6.1 HIPÓTESIS NULA:

La nueva escala de autocuidado para el paciente con hipertensión arterial es válida y consistente para la evaluación del autocuidado del paciente con hipertensión.

6.2 HIPÓTESIS ALTERNA

La nueva escala de autocuidado para el paciente con hipertensión arterial no es válida ni consistente para la evaluación del autocuidado del paciente con hipertensión.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Se trató de un estudio: Observacional, Comparativo, De proceso, Prospectivo, Transversal

7.2 UBICACIÓN EN ESPACIO Y TIEMPO

El presente estudio de investigación se llevó a cabo en una muestra de la población derechohabiente de la UMF No.7 del 1 de septiembre de 2021 al 30 de Julio de 2022.

7.3 MUESTREO

7.3.1 DEFINICIÓN DE LA UNIDAD DE POBLACION

POBLACIÓN FUENTE: Todo derechohabiente de la UMF unidad de medicina familiar No.7. San Bartolo, Puebla con diagnóstico de hipertensión arterial durante el periodo comprendido del 1 de septiembre de 2021 al 30 de Julio de 2022.

POBLACIÓN ELEGIBLE: Todo derechohabiente de la UMF No.7 del IMSS San Bartolo, Puebla de 20 a 95 años de edad con diagnóstico de hipertensión arterial que acudieron a la durante el turno matutino y vespertino en el periodo comprendido del 1 de septiembre de 2021 al 30 de Julio de 2022.

POBLACION DE ESTUDIO: Todo derechohabiente de la UMF No.7 del IMSS San Bartolo, Puebla de 20 a 95 años de edad con diagnóstico de hipertensión arterial que acudieron a la durante el turno matutino y vespertino en el periodo comprendido del 1 de septiembre de 2021 al 30 de Julio de 2022, que cumplan los criterios de inclusión y acepten participar.

7.4 SELECCIÓN DE LA MUESTRA

7.4.1. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO

7.4.1.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

FASE I DISEÑO DE LA ESCALA

Médicos de atención primaria y de segundo nivel (medicina interna, cardiología), Nutriólogo, Psicología y Trabajo Social, expertos en hipertensión arterial, alimentación y actividad física cuya atención era de por lo menos 10 pacientes al mes con el diagnóstico.

Médicos que aceptaron participar

FASE II EXPLORACIÓN DE LA VALIDEZ Y CONSISTENCIA

Derechohabientes de 20 a 95 años de edad

Pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial

Que sabían leer y escribir

Personas que aceptaron participar

7.4.1.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

FASE I DISEÑO DE LA ESCALA

Médicos jubilados que ya no ejercen la profesión

FASE II EXPLORACIÓN DE LA VALIDEZ Y CONSISTENCIA

Derechohabientes con alguna discapacidad para contestar a encuesta

7.4.1.3 CRITERIOS DE ELIMINACION

FASE I DISEÑO DE LA ESCALA

Médicos que por alguna razón no concluyeron el proceso de diseño

FASE II EXPLORACIÓN DE LA VALIDEZ Y CONSISTENCIA

Personas que una vez iniciado el estudio decidieron no seguir participando

Personas que no contestaron al 100% la encuesta

7.5 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO.

No probabilístico, por conveniencia del autor.

7.6 TAMAÑO DE LA MUESTRA.

FASE I DISEÑO DE LA ESCALA

Se solicitará la participación de 2 cardiólogos, 2 médicos familiares, 2 internistas, 1 médico general, 1 Nutriólogo, 1 Psicólogo.

FASE II EXPLORACIÓN DE LA VALIDEZ Y CONSISTENCIA

Se tomaron 200 pacientes de 20 a 95 años de edad con diagnóstico de hipertensión arterial que acudieron a consulta externa en el turno matutino y vespertino de la Unidad Médica Familiar No. 7 IMSS San Bartolo, Puebla

7.7 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN.

7.7.1 DEFINICIONES OPERACIONALES

Edad: La que el paciente nos indique, se tomará en años.

Sexo: Se definirá como masculino y femenino

Autocuidado: capacidad del paciente de seguir las medidas en alimentación, actividad física, administración de medicamentos y control de presión arterial para cuidar su enfermedad. Se medirá con la escala propuesta de 16 ítems.

Validez: Aplicabilidad de la escala. Comparando con un estándar de referencia.

Consistencia: El resultado de aplicar alfa de Cronbach para consistencia interna, además de coeficiente de correlación intraclass para consistencia externa

7.8 VARIABLES Y ESTILO DE MEDICIÓN

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR	PARÁMETRO
Edad	Cuantitativa continua	Razón	Referido por el participante	Años
Sexo	Cualitativa	Nominal	Características físicas del participante	1 Masculino 2 Femenino
Autocuidado	Cualitativa	Ordinal	Según las respuestas del cuestionario	(ASA) Escala de Valoración de Agencia de Auto-cuidado: Alto 102-120 puntos Medio 90-101 puntos Bajo 24-89 puntos (EADH) Escala Autocuidado Identificable en Hipertensión Bueno 57 - 87 Regular 26 - 56 Malo -4 – 25
Validez	Cualitativa	Nominal	Resultado de las pruebas estadísticas	Validez de contenido: Consenso de expertos Validez convergente Se evaluará con Spearman
Consistencia	Cualitativa	Ordinal	Resultado de las pruebas estadísticas	Consistencia interna: Alfa de Cronbach 0.53 o menos= confiabilidad nula 0.54 – 0.59= confiabilidad baja

				0.60 – 0.65= Confiable 0.66 – 0.71= muy confiable 0.72 – 0.99 Excelente confiabilidad 1.0 confiabilidad perfecta Consistencia externa: Coeficiente de correlación intraclase (ICC) 0 Pobre 0.01-0.20 Leve 0.21-0.40 Regular 0.41-0.60 Moderado 0.61 – 0.80 Substantial 0.81-1.00 Casi perfecto
--	--	--	--	---

7.9 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se elaboró un modelo de escala rápida de que evaluará el autocuidado del paciente con hipertensión arterial, por un comité de expertos (2 cardiólogos, 2 médicos familiares, 2 internistas, 1 médico general, 1 nutriólogo, 1 psicólogo). Una vez realizada, la escala se sometió a un estudio piloto directo con los usuarios para enjuiciarla respecto a la claridad en la redacción, la facilidad de la respuesta y en la rapidez y practicidad, modificándola en estos aspectos (sin afectar en los sustancial la opinión de los expertos); este estudio piloto se repitió en 5 ocasiones logrando un modelo final.

Se analizaron los datos para determinar la validez y consistencia de la nueva escala resultante.

7.10 ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se usó estadística descriptiva para analizar los datos sociodemográficos con medidas de tendencia centra y dispersión. Para la consistencia interna se realizó al

Alpha de Cronbach, para consistencia externa intraobservador se aplicó coeficiente de correlación intraclase y para validez de constructo Rho de Spearman.

8. LOGÍSTICA

RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

8.1 RECURSOS HUMANOS

- Asesor metodológico
- Asesor experto
- Investigador

8.2 RECURSOS MATERIALES

- Expediente Clínico
- Hoja de recolección de datos
- Equipo de oficina
- Equipo de cómputo

8.3 RECURSOS FINANCIEROS

Se contó con los recursos propios del investigador

9. ASPECTOS ÉTICOS

La bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios morales. Esta investigación médica buscó conocer la confiabilidad y validez de una escala de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial.

El presente estudio está sujeto a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial. Estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el conocimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida.

De acuerdo al manual de operación y funcionamiento del fondo de investigación en salud I.M.S.S establece en el punto 5.31 protocolo en investigación en salud, un conjunto de actitudes, principios y valores que emana de los ideales morales inherentes a la profesión médica, y de la observancia y respeto a los derechos humanos de las personas sanas y enfermas que requieren de atención médica. El médico familiar adquiere así el compromiso moral de cumplir con deberes y responsabilidades con el individuo sano o enfermo, la familia y la sociedad, con la formación de profesionales de la Medicina Familiar, con el desarrollo del conocimiento propio de esta especialidad, así como con sus colegas y demás profesionales de la atención a la salud, en el marco de un auténtico humanismo.

El presente estudio observa los principios enunciados en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) adoptada por la 18ª Asamblea General de la AMM, Helsinki, Finlandia, Junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea de la AMM, Tokio, Japón, Octubre 1975, 35ª Asamblea de la AMM Venecia, Italia, Octubre 1983, 41ª Asamblea general de la AMM, Hong Kong Septiembre 1989, 48ª Asamblea Somerset West, Republica de la Ciudad de África, Octubre 1996, 54ª asamblea de la AMM, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000; 54ª asamblea general de la WMA, Washington 2002 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 30). 59ª Asamblea General de la AMM, Tokio, Japón 2004 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 30), 59ª Asamblea General de la AMM, Seúl, Octubre 2008, la cual es una propuesta de principios éticos que sirven para orientar a los médicos y otras personas que realizan investigación médica en seres humanos y establece que el deber del médico es promover y velar por la salud de las personas, y los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber. Así mismo, se apega a las normas éticas propuestas en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en su título (Disposiciones Generales) artículo 3º apartado II. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social título Segundo (de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos). Capítulo I, artículo 13º (En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y

bienestar): considerando también el artículo 16 donde dice que en las investigaciones de seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice. Considerándose a esta investigación como de riesgo mínimo (Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva, electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección del líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimientos profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en volumen máximo de 450ml, en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulara la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, entre otros). De acuerdo a lo establecido en su artículo 17º e incluyó la aplicación de un consentimiento informado, tal y como se explica en su artículo 20, 21 y 22 al realizarse en menores de edad, este se entrega a quien ejerza patria potestad o la representación legal del menor, tal y como se refiere en su artículo 36º.

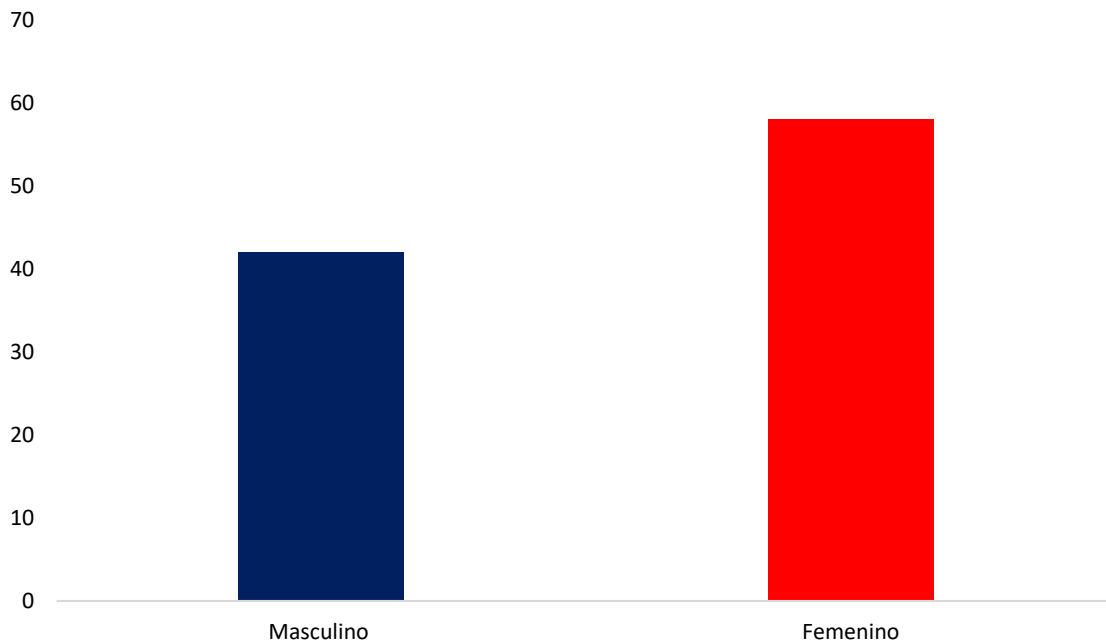
Finalmente en esta investigación todos los individuos fueron tratados como personas autónomas, se les detallaron las características del estudio informándoles que ha sido registrado y aprobado ante el Comité Local de Investigación, y que su decisión de participar era libre y voluntaria, señalando que podían retirarse del estudio en el momento que lo desearan, pudiendo informar o no las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad, en caso de aceptar participar se les realizó una entrevista sobre datos personales como edad, sexo y preguntas

relacionadas el autocuidado sobre la enfermedad que padecen (hipertensión arterial) manejando sus datos con estricta confidencialidad, exponiéndoles que su participación permitiría la obtención de nuevo conocimiento en beneficio de ellos y las personas que padecen hipertensión y que en el transcurso del estudio podían solicitar información actualizada sobre el mismo. Cumpliéndose así, con los principios contenidos en la Declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el informe Belmont y códigos y normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica.

10. RESULTADOS

En el análisis de los derechohabientes sobre la escala de autocuidado para el paciente con hipertensión arterial derechohabiente de la unidad de Medicina Familiar No.7 del IMSS de Puebla durante el año 2021-20220, se identificó que el sexo femenino ocupó 58 % (n = 116), masculino 42% (n=84).

Gráfico 1. Distribución de sexo



Fuente: EAIDH (Escala de Autocuidado Identificable de Hipertensión)

EDAD

La media de edad de los participantes fue de 63.56 + 13.301 años

Tabla 1. Distribución de edad

MEDIDA	VALOR
Media	63.56
Mediana	65
Moda	62
Desviación estándar	13.301
Rango	66
Mínimo	29
Máximo	95

Fuente: EAIDH (Escala Autocuidado Identificable en Hipertensión)

Etapa 1. Nos basamos en las escala propuesta en el modelo de Dorotea Orem¹⁴, y La Escala Valoración de Agencia de Auto-cuidado (Appraisal of Self-care Agency Scale, ASA), que fue desarrollada por Evers para valorar la agencia de auto-cuidado reportada por el paciente (ASA-A), y la agencia de auto-cuidado estimada por la enfermera (ASA-B)¹⁴, ambas se diseñaron para medir el concepto central de la Teoría de Enfermería de Déficit de Auto-cuidado de Orem, agencia de auto-cuidado, entendido este concepto como la capacidad o el poder de la persona para realizar operaciones de auto-cuidado de esta manera así priorizando la evaluación de cada una de las fases y participantes del proceso de atención en Consulta externa de la UMF N°7 del IMSS.

Antes de proponer nuestro modelo y diseñar la escala consultamos los instrumentos más utilizados en nuestro entorno.

El diseño inicial de la propuesta de escala contenía 5 dominios (alimentación, actividad física, control de presión arterial, administración de medicamentos y aspecto emocional), con diversas preguntas cada uno.

Procedimiento

Con el objeto de adecuar la escala de autocuidado EAIDH a la población mexicana y de garantizar que el lenguaje fuera claro tanto en una población como en la otra, se hicieron pre-test de la siguiente manera.

Inicialmente se dio la primera versión de la escala de autocuidado EAIDH a los expertos y al autor del estudio, que conocían previamente el objetivo del cuestionario y sus factores subyacentes. Se pidió, por separado, que cada uno realizara sus principales inquietudes y cuestionamientos acerca del autocuidado en pacientes hipertensos y que a su vez llevara a cabo observaciones para formar una versión del test, ya con modificaciones elaboradas por el personal encargado del estudio. En consenso se decidió tomar la opinión de expertos en los dominios que ya se habían definido. Posteriormente, llegamos a un acuerdo en común de los ítems uno por uno y de sus posibles modificaciones. Después de hacer cambios a cinco de los 30 ítems del cuestionario, se propuso pasar un test piloto con las nuevas modificaciones a una muestra de 10 derechohabientes en 5 ocasiones, los cambios fueron básicamente sustituciones de vocabulario o expresiones comunes en las preguntas, por otras palabras más cotidianas para nuestra población.

En el dominio de Alimentación las modificaciones las hicieron Médico General, Médico Familiar, Nutriólogo, en la primera ronda, en el ítem 6, "acostumbra fumar cigarrillos", se agregó "acostumbra fumar cigarrillos y cuantos por día". En la segunda ronda, el ítem 4 "acostumbra comer alimentos con exceso de sal" se modificó por "con qué frecuencia come alimentos con exceso de sal" en la tercera ronda se completó la respuesta del ítem 6 "Más de una cajetilla" por "Más de una cajetilla por día"

En dominio de Actividad Física las modificaciones las hicieron Médico General, Médico Familiar, Trabajo social, el ítem 3 de la pregunta "cuando realiza ejercicio es por lo menos durante 30 minutos" se modificó a Cuando realiza ejercicio, por lo menos es durante 30 minutos. En la segunda ronda en el ítem 3 la respuesta de

“Cuando realiza ejercicio, por lo menos es durante 30 minutos” se agregó a cada respuesta “por semana”

En dominio de Control de Presión Arterial las modificaciones las hicieron el Cardiólogo, Médico internista y Médico Familiar, en el ítem 2 “Mide su presión arterial” se agregó “¿Acostumbra medir su presión arterial?”, en la segunda ronda a la respuesta del ítem 4 y 5 “La cifra normal de presión arterial es” y “La cifra de su presión arterial en este momento es” se agregó de “139/89 mmHg” por “139/89 mmHg o menos” y a “139/89 mmHg” por “139/89 mmHg o más”, en la tercera ronda no se realizaron cambios, hasta la cuarta ronda donde se agrega a las respuestas del ítem 2 “ por mes”.

En el dominio de Administración de Medicamentos las modificaciones las hicieron el Cardiólogo, Médico internista, Familiar y General, en la primer ronda se modificó en el ítem 2 “¿Toma sus medicamentos para la hipertensión en un horario?” por ¿Toma sus medicamentos para la hipertensión en un horario establecido?, y hasta la tercera ronda se cambió el ítem 6 “Cuando suspende sus medicamentos aumenta tanto la presión que ha tenido que ir al servicio de urgencias por ¿Cuántas veces en el último mes acudió al servicio de urgencias por aumento de la presión?”

En el dominio de Aspecto Emocional las modificaciones las hicieron el Médico Familiar, General, y Psicólogo, en la primer ronda se modificó el ítem 6 “No controlar su presión le estresa” por “¿Le genera estrés no controlar su presión arterial?” y hasta la tercera ronda se modificó el ítem 5 “su trabajo hace que su presión se altere” por “¿El estrés de su trabajo o quehacer diario hace que su presión arterial se altere?”

Entre las instrucciones del nuevo cuestionario se enunciaba que se trataba de un estudio piloto. Todos los comentarios fueron tomados en cuenta para modificar la escala EAIDH, con esto se tomó la quinta ronda como definitiva, al no presentar modificaciones para poder pasar a la versión final que se iba a entregar a la población derechohabiente.

Por último, las aplicaciones de los cuestionarios finales a los participantes del estudio se hicieron en ocho sesiones de entre 10 y 20 minutos a los que se les aplicaron las 2 escalas y se realizó toma de presión arterial; el evaluador en todas las aplicaciones fue el mismo y se repitió el mismo proceso en 2 ocasiones.

Las respuestas para cada ítem se establecieron como de opción múltiple en una escala de Likert de 4 valores en su mayoría 3 de 3 valores y 3 de 2 valores: siempre, casi siempre, pocas veces, nunca, asignándoles un puntaje de 3 a 0 respectivamente; preguntas negativas en los ítems 4,5,6 primer dominio; ítems 3, 4, 6 cuarto dominio; ítems 2,3,4,5,6 del quinto dominio nunca, pocas veces, casi siempre, siempre 3 a 0 respectivamente. Se utilizó el modelo dicotómico (sí/no, cifra normal de presión y presión actual), tomadas en cuenta para evitar desventajas del todo o nada. Pregunta 1 del dominio actividad física, ítem 4 y 5 del dominio control de presión arterial. No se incluyó el valor regular, a comparación de la Escala Valoración de Agencia de Auto-cuidado (ASA) ¹⁴ que sí tiene, al no ser claro y la culturización toma las tres respuestas como equivalentes (casi nunca, a veces, casi siempre) pues no es clara la calificación positiva o negativa, mostrando incertidumbre en quien interpreta la escala y quien la responde.

Cada puntaje se redujo a máximo 3 lo que dio de validez de constructo demostrada. Lo que optimiza tiempo reforzando el autocuidado con la aplicación de la escala también mejora la aplicabilidad y refuerza el entendimiento de las respuestas, pues las traducciones y la culturización no son las más adecuadas para nuestra población. Esto se evidenció desde el diseño de la nueva escala en opinión de los participantes de las rondas de pruebas del test.

Se requirieron hasta cinco rondas piloto por los usuarios para lograr la aprobación de la redacción de las preguntas. Se decidió que su aplicación se realizara durante estancia (espera de consulta, salida de la misma, fila en farmacia etc). La escala resultante se muestra en el anexo 1.

Etapa 2: fueron entrevistados 200 pacientes inicialmente y se volvieron a encuestar para la aplicación final test- retest los mismos derechohabientes de la UMF 7 San Bartolo IMSS, un mes después de la primera encuesta.

Características de los pacientes encuestados (n= 200)

Sexo de los pacientes incluidos			
Masculino	42%	Femenino	58%
Diagnóstico			
Pacientes con hipertensión arterial sin importar inicio de patología			
Edades de los pacientes			
29 – 45 años	46 – 62 años	63 – 79 años	80 – 95 años
9 %	36%	44%	11%
Ubicación de los pacientes			
UMF 7	Consultorios matutino y vespertino	Sala de espera matutino y vespertino	Explanada matutino y vespertino

Se cronometraron los tiempos en promedio de la escala fue de 10.5 minutos (6 minutos mínimo y 15 minutos máximo. Desviación estándar 6.363

Análisis estadísticos

Se calculó la consistencia interna de la escala A.S.A. aplicada en el estudio utilizando el coeficiente alfa de Cronbach. Para la consistencia externa (consistencia intraobservador) se utilizó el coeficiente de correlación intraclass. Para la validez concurrente (un aspecto de la validez de constructo) entre la escala EADH y la escala ASA se utilizó el coeficiente de Rho de Spearman correlación de. Posteriormente se calcularon las correlaciones entre las diferentes medidas con la escala A.S.A. contra la de EADH con el objeto de calcular la validez convergente de la misma.

En cuanto a la consistencia interna encontramos un alfa de Cronbach de 0.817 pre y 0.839 post. Para la consistencia externa (intraobservador) a través de la medición repetida, se obtuvo 0.948 por CCI (se recabaron 200 evaluaciones presenciales).

Para poder ver la consistencia interna de la nueva escala de autocuidado, se obtuvo alfa de Cronbach, que osciló desde 0.817 en el primer test y hasta 0.839 en el segundo test.

Cuadro 2. Consistencia interna, EAIDH (Escala Autocuidado Identificable en Hipertensión)

INSTRUMENTO	Alfa de Cronbach Pre	Alfa de Cronbach Post
ASA (Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado)	0.673	0.779
EAIDH (Escala de Autocuidado Identificable en Hipertensión)	0.817	0.839

Fuente: EAIDH (Escala Autocuidado Identificable en Hipertensión)

CONSISTENCIA EXTERNA INTRA OBSERVADOR

Se realizó coeficiente de correlación intraclass por dominio y total, para conocer la consistencia externa intraobservador, encontrando de manera global una concordancia muy buena (CCI=0.948)

DOMINIO	PRE	POST
Alimentación	0.534	0.622
Actividad Física	0.840	0.744
Control de la presión Arterial	0.718	0.752
Administración de Medicamentos	0.628	0.626
Aspecto Emocional	0.644	0.659
GLOBAL	0.948	

VALIDEZ DE CONSTRUCTO

Para la validez convergente se realizó Coeficiente de correlación de Spearman entre los constructos similares de la escala de ASA y de la de EAIDH, así como entre el puntaje total de ambas escalas, obteniendo que existe una relación positiva moderada entre ambas escalas, lo que quiere decir que, a mayor puntaje de ASA, mayor puntaje EAIDH. Siendo esta relación estadísticamente significativa. (Rho de Spearman=0.663, p=0.000)

ASA (Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado)	EAIDH (EAIDH (Escala Autocuidado Identificable en Hipertensión))	Rho de Spearman $p \leq 0.05$
Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios	¿La alimentación que lleva le ayuda a cuidar su peso?	0.007
Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego a hacerlo	¿Considera importante realizar actividad física para el cuidado de su presión arterial?	0.206
Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre que hacer	El nivel de información que tiene sobre su enfermedad es:	0.015
Cuando tengo información sobre mi salud, pido explicaciones sobre lo que no entiendo	¿Está informado sobre cómo actúan y que le pueden causar los medicamentos que toma para el control de su presión arterial?	0.024
Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios	Cuando toma un medicamento nuevo para controlar su presión, le pregunta al médico información sobre el medicamento	0.221
Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser	¿Los problemas en casa hacen que su presión arterial se altere?	0.765
GLOBAL		0.000

Fuente: EAIDH (Escala Autocuidado Identificable en Hipertensión)

11. DISCUSIÓN

El hacer del Médico Familiar es de gran ámbito de integralidad de actitudes y acciones activas y pasivas donde todo esto refleja acciones preventivas seguimiento y tratamiento del propio paciente hacia su enfermedad su entorno y su núcleo, que si bien sabemos copiamos o nos adaptamos a las aptitudes y actitudes de nuestra sociedad¹, que si bien las hemos adaptado con malos hábitos higiénico dietéticos, también los podemos cambiar dedicando al inicio un mayor espacio a los aspectos clínicos para la educación de los médicos y de esta manera se transfieran a su población de atención².

Una de las patologías que implica más abordaje y más educación en la población mundial la Hipertensión Arterial Sistémica³ que no solo por la naturaleza de la enfermedad es compleja⁴ si no que los criterios utilizados cifraje y manejo son por decirlo de alguna forma excluyente al enfermo de escaso acceso a la información.

El instrumento actual se llevó a cabo bajo la aprobación y pruebas necesarias con diferentes expertos metodológicos y en atención médica. A su vez, evalúa aspectos considerados como simples y necesarios para el autocuidado en el paciente hipertenso, el cual, al identificarlos, crea conciencia haciendo cambios en su espectro socioemocional que proporcionalmente influirá en el manejo y mejora de su patología. Uno de los objetivos del instrumento es justamente el proceso de autoevaluación y percepción de hábitos higiénico dietéticos, actitudes físicas y emocionales que el derechohabiente reconozca como modificables en varios aspectos de su vida diaria y como estos tienen influencia directa el proceso Salud - enfermedad. Tomando en cuenta la sensatez, validez por apariencia y de contenido y validez por aplicación, la habilidad de la aplicación del instrumento se logró a través de las modificaciones y adaptaciones en cuanto a redacción y discernimiento de las preguntas en las rondas piloto que se repitieron hasta afinar la escala.

La inclusión de 11 ítems negativos también ayuda a que la encuesta no sea monótona y que el paciente despierte interés en el contexto de lo que se le habrá de aplicar. Dividir en dominios la encuesta es un acortamiento e innovación que otras escalas utilizan pero solo al ser calificadas y que no son identificables por el usuario. Con respecto a otras escalas se hace énfasis que el usuario puede además de hacer identificable su autocuidado puede modificarlo desde el instante mismo de la realización de la lectura. Haciendo posible que el paciente se involucre con su salud conociendo más abiertamente las áreas de oportunidad y las fortalezas del proceso de autocuidado. También se convierte en una herramienta de gran utilidad para el evaluador de los servicios de salud que se pretende se utilice en el primer nivel de atención y constituyen un valor agregado a la evaluación la identificación rápida de los dominios con menos puntuación.

Como lo indica la promoción a la salud que implica proporcionar medios necesarios para mejorar la salud y ejercer mayor control sobre esta por lo que se convierte en un medio de fácil accesibilidad que no genera gasto oneroso y que implica el mismo tiempo que los hábitos malos que hemos llevado durante años de esta manera podemos alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social, el individuo o grupo esto le permite ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y adaptarse al medio ambiente¹⁸.

Las respuestas para cada ítem se establecieron como de opción múltiple en una escala de Likert de 4 valores en su mayoría, 3 ítems de 3 valores y 3 ítems de 2 valores : siempre, casi siempre, pocas veces, nunca asignándoles un puntaje de 3 a 0 respectivamente preguntas negativas en los ítems 4,5,6 primer rubro, 3, 4, 6 cuatro rubro, 2,3,4,5,6 del quinto rubro nunca, pocas veces, casi siempre, siempre 3 a 0 respectivamente. Se utilizó el modelo dicotómico (sí/no, cifra normal de presión y presión actual), tomadas en cuenta para evitar desventajas del todo o nada. Pregunta 1 de rubro actividad física 4 y 5 de rubro control de presión arterial. Tampoco se incluyó el valor regular que sí tiene la Escala Valoración de Agencia de Auto-cuidado (ASA) ¹⁴, al no ser claro y la culturización toma las tres respuestas como equivalentes (casi nunca, a veces, casi siempre) pues no es clara la

calificación positiva o negativa, mostrando incertidumbre en quien interpreta la escala y quien la responde.

Esta lista de dominios se tomó personajes que influyen en el autocuidado del paciente durante sus consultas y durante el mes que no tiene contacto médico y paciente; y que dejan plasmadas las acciones a mejorar por el personal Médico, Nutrición, Psicología y Trabajo Social.

La nueva escala fue diseñada con la intención de tener en cuenta y caracterizarse de ser cómoda, fácil, práctica y de rápida aplicación. Consta de 30 ítems divididos en 5 dominios de 6 ítems de selección de valores en una escala de Likert de 4 puntos en su mayoría (2 positivos y 2 negativos). 3 ítems de 3 valores y 3 ítems de 2 valores Además, la división de los dominios hace rápido e identificable su mejora para el autocuidado lo que demuestra consistencia y validez de constructo lo que en su aplicabilidad es una instancia de intervención pasiva en el derechohabiente.

Los pacientes encuestados se distribuyeron en todos los turnos, y en todos los servicios lo que hace de amplia aplicación a favor del instrumento. No fue parte de este estudio demostrar diferencias entre los turnos ni lugar de aplicación dentro de la UMF No. 7, pero si logramos identificar las edades y el género para poder incidir más para que el paciente tome el control de su salud y administren tanto médico como paciente recursos para mejorar su atención²².

Todos los pacientes argumentaron identificar en que pueden mejorar y fortalecer su autocuidado.

En esta ocasión la población de derechohabientes encuestados fue mayor ligeramente por el sexo femenino; si fue exclusivo y excluyente que los pacientes fueran hipertensos no importando otra comorbilidades ni tiempo de evolución de su patología. De igual manera con las edades de los pacientes encuestados, con ligero predominio de mayores de 62 años. Datos que en el inicio de las rondas fue

evidenciado con casi la misma distribución de los datos con respecto a la UMF 7 donde inicialmente se gestó la idea y la generación de este instrumento.

La variabilidad en los valores de Spearman en la comparación ítem por ítem es originada por el hecho de no ser exactamente coincidentes ambas escalas. La ASA (Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado) es menos extensa (24 ítems), sin embargo no es exclusiva para hipertensos, no es de ágil comprensión, la traducción es compleja en cuanto la adaptación y culturización de las preguntas, la población de Latinoamérica no tiene la misma dialéctica ni comprensión que la de México y los ítems para los mexicanismos son equivalentes (casi nunca, a veces, casi siempre) pues no es clara la calificación positiva o negativa, mostrando incertidumbre en quien interpreta la escala y quien la responde. EAIDH (Escala de Autocuidado Identificable en Hipertensión) desdobra mejor el proceso de atención para su evaluación. Sin embargo, la correlación de los resultados globales de ambas escalas arrojó una cifra de 0.663. Demostrando así una aceptable validez convergente (que Feinstein llama disociación), que, en este caso, es el elemento principal de la validez de constructo.

Por otra parte, los ámbitos de Actividad Física y Administración de medicamentos a escala internacional es de lo que más padece el paciente al no ser constante y adaptativo a mejoras de su autocuidado de manera constante

En la EAIDH (Escala Autocuidado Identificable en Hipertensión) tampoco se exploraron el nivel de escolaridad de los pacientes encuestados, lo que puede ignorar la afectación del resultado por rubro de aplicación de medicamentos al no tener información y posiblemente confundir medicamentos o no reconocer horarios. El nivel de estudios es una característica que influye en la valoración de los servicios de salud. Sin embargo, para evaluar el autocuidado del paciente rara vez es tomada en cuenta. Si el aplicador lo requiere, se puede anexar en la información de inicio.

Se concretó y se llevó a cabo la meticulosidad y la minuciosidad de la evaluación del autocuidado con la finalidad de la brevedad y rapidez de aplicación de la escala, que eran sus objetivos; sin embargo, ello puede ser una limitante. Para la evaluación más detallada se tendría que utilizar otro instrumento.

Finalmente, además de los argumentos sobre sensatez y validez por apariencia de la EAIH (Escala Autocuidado Identificable en Hipertensión), su validez de constructo quedó acreditada por la cifra de Rho de Spearman global. También destacan los altos valores de consistencia dados por las pruebas alfa de Cronbach (para validez interna) y CCI (para validez externa).

12. CONCLUSIONES

Posterior a nuestro trabajo de estudio nos queda claro el grave problema de salud pública que representa la Hipertensión Arterial Sistémica, por su costo en la atención en el sector público y además por el impacto a la calidad de vida de la persona que la padece. Es una enfermedad multifactorial pero con relación directa al estilo de vida del paciente sin embargo hablando de nuestro país el desconocimiento de las medidas higiénico dietéticas es alarmante y limita tener un control adecuado de la enfermedad, de ahí la importancia de un test que además de darnos un panorama de estado actual del paciente nos permita crear consciencia de como debe cuidarse en su día día a día.

Por lo anterior consideramos que nuestro instrumento muestra muchos aspectos positivos ya que por un lado contó con la participación de un amplio equipo multidisciplinario de expertos que nos permitió garantizar sensatez y validez de criterio muy altas.

De igual manera La Escala AIDHE demostró muy alta consistencia, incluso mayor que nuestro estándar de criterio (ASA), además, la validez concurrente ilustra una gran validez de constructo.

Por lo tanto, podemos concluir que:

La escala AIDHE es un instrumento con consistencia y validez muy altas en el diagnóstico del autocuidado del paciente hipertenso.

13. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gutiérrez Herrera RF, Ordóñez Azuara Y, Gómez Gómez C, Ramírez Aranda JM, Méndez Espinoza E, Martínez Lazcano F. Análisis sobre elementos de contenido en medicina familiar para la identidad profesional del médico familiar. *Revista Médica La Paz* [Internet]. 2019 [citado el 28 de septiembre de 2022];25(1):58–67. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1726-
2. Viniestra-Velázquez L. [La educación en nuestro tiempo: ¿competencia o aptitud? El caso de la medicina. Parte II]. *Bol Med Hosp Infant Mex* [Internet]. 1 de julio de 2017;74(4):309–17. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.bmhimx.2016.08.004>
3. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Collins KJ, Dennison HC, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Pautas para la prevención, detección, evaluación y control de la presión arterial alta en adultos. *Revista del Colegio Americano de Cardiología*. 15 de mayo de 2018;71(19):e127–248. Disponible en: <https://www.jacc.org/doi/full/10.1016/j.jacc.2017.11.006>
4. Matoses-Jaén MS, García-Claudio N, Álvarez-Escudero J, Argente-Navarro P. Hipertensión arterial en el paciente quirúrgico. Adecuación de la medicación y criterios de suspensión. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación* [Internet]. el 1 de mayo de 2020 [citado el 28 de septiembre de 2022];67:5–13. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034935619302324>
5. Plan Estratégico Sectorial para la Difusión e Implementación de Guías de Práctica Clínica Hipertension Arterial Sistemica IMSS
6. Cangiano JL; JNC 8: Nuevas Guías para Hipertensión Arterial GALENUS [Internet]. *JAMA*, Feb 5, 2014, [consultado 8 Julio 2020]. 311. *Ann Int Med*, April, 20. Disponible en: <http://www.galenusrevista.com/?JNC-8-Nuevas-guias-para-Hipertensio-Arterial>
7. Instituto Nacional De Geografía y Estadística, CARACTERÍSTICAS DE LAS DEFUNCIONES REGISTRADAS EN MÉXICO DURANTE 2018 Internet 31 de octubre 2019 [consultado 13 marzo 2020] disponible en: <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2019.pdf>
8. Carey RM, Calhoun DA, Bakris GL, Brook RD, Daugherty SL, Dennison-Himmelfarb CR, et al. Hipertensión resistente: detección, evaluación y manejo: una declaración científica de la American Heart Association. *Hipertensión* [Internet]. noviembre de 2018;72(5):e53–90. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/HYP.0000000000000084>
9. van den Born BJH, Lip GYH, Brguljan-Hitij J, Cremer A, Segura J, Morales E, et al. Documento de posición del Consejo ESC sobre hipertensión sobre el manejo de las emergencias hipertensivas. *European Heart Journal - Farmacoterapia cardiovascular* [Internet]. 1 de enero de 2019;5(1):37–46. Disponible en: <https://academic.oup.com/ehjcvp/article/5/1/37/5079054>
10. Wolf SJ, Lo B, Shih RD, Smith MD, Fesmire FM, Comité de Políticas Clínicas del Colegio Estadounidense de Médicos de Emergencia. Política clínica: cuestiones

críticas en la evaluación y manejo de pacientes adultos en el servicio de urgencias con presión arterial elevada asintomática. *Ann Emerg Med*. 2013 julio; 62 (1): 59–68.

11. Adebayo O, Rogers RL. Emergencias hipertensivas en el departamento de urgencias. *Emerg Med Clin North Am*. 2015, 33 (3): 539-51.

12. Salazar JEJ, Archila LJF, Bernal JH, Gutiérrez ARB, García LNR, Berra KCT, et al. Coartación aóptica no corregida en una paciente embarazada. *Revista Salud Bosque* [Internet]. 2021;11(2):1–10. Disponible en: <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RSB/article/view/2920>

13. Descripción general, Hipertensión arterial en adultos: diagnóstico y manejo Orientación: NICE nd, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng136>

14. Rivera Álvarez LN. Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas con Hipertensión Arterial hospitalizadas en una Clínica de Bogotá, Colombia. *Revista de Salud Pública* [Internet]. diciembre de 2006 ;8(3):235–47. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-00642006000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=es

15. Escalante Quintero JI, Espinosa Aguilar A, Gibert Lamadrid M del P, Escalante Quintero JI, Espinosa Aguilar A, Gibert Lamadrid M del P. Una mirada a la concepción de riesgo desde la enfermería. *Revista Cubana de Enfermería* [Internet]. junio de 2021 ;37(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-03192021000200020&lng=es&nrm=iso&tlng=en

16. Cevallos EC, Lorenzo AF, Torres Angel Freddy Rodríguez, Díaz MGG, Cordova BS. Intervención desde la actividad física en mujeres hipertensas de la tercera edad. *Rev Cubana Invest Biomed* [Internet]. 2017;36(1):1–10. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=75080>

17. Rivera Álvarez LN. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. *Rev salud pública* [Internet]. diciembre de 2006; 8:235–47. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rsap/2006.v8n3/235-247/>

18. De la Salud. Promoción 1986. Carta de Ottawa Para la Promoción de Salud. Ginebra:OMS.

19. Bustamante Leija LE, Sánchez González C, Dubón Peniche M del C. El autocuidado en el diagnóstico oportuno de enfermedades. *Gaceta Mexicana de Oncología* [Internet]. 1 de marzo de 2015;14(2):117–24. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665920115000206>

20. Leyva-Jiménez R, Venegas-Escobedo OE, Medel-Delgado AG. La capacidad de autocuidado en el control del paciente hipertenso. *Rev Invest Clin* [Internet]. 2011 [citado el 25 de septiembre de 2022];63(4):376–81. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=41513>

21. Flores D, Guzmán F. Factores condicionantes básicos en el autocuidado en pacientes con hipertensión arterial del Hospital Santa Barbara. *Revista Ciencia, Tecnología e Innovación* [Internet]. junio de 2018;16(17):991–1000. Disponible en:

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2225-87872018000100004&lng=es&nrm=iso&tlng=es

22. Weschenfelder Magrini D, Gue Martini J. Hipertensión arterial: principales factores de riesgo modificables en la estrategia de salud de la familia. *Enferm globo* [Internet]. abril de 2012;11(26):344–53. Disponible en: <https://ibecs.isciii.es/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=IBECS&lang=e&nextAction=lnk&exprSearch=100549&indexSearch=ID>

23. Cruz-Avelar A, Cruz-Peralta ES. Metodología para la construcción de instrumentos de medición en salud. *Alerg Asma Inmunol Pediatr* [Internet]. 2 de febrero de 2018; 26(3):100–5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=76977>

24. Cepeda Sanábria A del P. Validez y confiabilidad del PSNCQQ cuestionario que mide la satisfacción del paciente con la calidad del cuidado de enfermería. 2012; Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/20137>

25. Leñero-Cirujano M, Torres-González JI, González-Ordi H, Moro-Tejedor MN, Gómez-Higuera J. Diseño de un instrumento de medida del humor en profesionales sanitarios. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2022 Sep;S1130862122001115. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862122001115>

26. Guáqueta-Parada SR, Triana-Restrepo MC, Henao-Castaño ÁM. Validación de un instrumento para medir la dimensión científica clínica del cuidado de enfermería en UCI. *Avances en Enfermería* [Internet]. 17 de febrero de 2022; 40(1). Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/98762>

27. Cabredo Castillo BP. Adaptación y validación de la escala de pensamiento mágico de moral (Epm23) en adultos estudiantes y de nivel de educación superior de Lima Metropolitana. *Repositorio Institucional - Ulima* [Internet]. 2021 [citado el 28 de septiembre de 2022]; Disponible en: <https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/13821>

28. Chong P de, Pilar J del. Locus de control y su relación con el desempeño laboral en el personal administrativo del hospital regional de Ilo. 2020. *Universidad Científica del Perú* [Internet]. el 6 de julio de 2021 [citado el 28 de septiembre de 2022]; Disponible en: <http://repositorio.ucp.edu.pe/handle/UCP/1397>

14.- ANEXOS

14.1 ANEXO1 CONSENTIMIENTO INFORMADO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN (ADULTOS)

Nombre del estudio:

DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UNA NUEVA ESCALA DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE HIPERTENSO

Patrocinador externo (si aplica):

No se cuenta con ningún patrocinador externo.

Lugar y fecha:

U.M.F No.7 Zacatlán Puebla, Pue. A

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Le invitamos a participar en esta investigación de la manera más atenta, ya que actualmente hay muchos pacientes que padecen la enfermedad llamada hipertensión arterial, donde se les sube la presión y deber recibir tratamiento para no sentirse mal, dentro de ese tratamiento, entra que el paciente cuide su alimentación y sus hábitos para controlar la enfermedad.

Por esa razón el objetivo de este estudio es ver si la escala que realizamos es útil para ver el cuidado que tiene los pacientes para que no se suba su presión.

Procedimientos:

Si acepta participar, se le pedirá que acuda al consultorio de la unidad de medicina familiar No.39, donde le daremos a contestar una encuesta y una plática esto durará aproximadamente 40 minutos, donde se le preguntan datos personales como su nombre, edad y sexo, después se le hará una encuesta sobre los cuidados que tiene para controlar su presión donde se le pregunta sobre su alimentación, ejercicio y los medicamentos que toma. Después de eso se le dará una plática que del cuidado que debe tener para controlar su presión y en 15 días le pediremos que vuelva a venir para volver a hacerle la encuesta, ese día solo tardará 15 minutos. Las preguntas se le darán a usted para que las conteste de forma privada y yo personalmente interpretaré los resultados.

Posibles riesgos y molestias:

Usted no correrá riesgos físicos, ya que solo contestará un cuestionario en dos ocasiones y le llevaremos con mucho cuidado a consultorio para que no se vaya a tropezar o caer. No queremos hacerle sentir mal ni causarle molestias, sin embargo dentro de los riesgos psicológicos es que puede llegar a sentir tristeza al pensar que no se está cuidando bien. Los riesgos sociales los evitaremos, ya que lo que conteste es totalmente confidencial, no se lo diremos a nadie, por eso lo dejaremos solo (a) al momento de responder el cuestionario, además no le mencionaremos a ninguna persona que usted ha participado en el estudio, ni daremos sus datos. Evitaremos los riesgos económicos ya que solo tomaremos 40 minutos de su tiempo la primera vez y la segunda solo 15 minutos para que nos conteste las preguntas. No habrá riesgos para la sociedad, ya que no se utilizará en general ni se aplicará algo que pueda afectar a toda la gente, solamente se hacen preguntas.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Los beneficios que usted tendrá al participar en este estudio son que podrá saber si se está cuidando correctamente para que no suba su presión y conocerá algunos datos para que pueda cuidarse mejor. Usted podrá aclarar todas sus dudas en el momento que le demos la plática sobre cuidados y a los 15 días sabrá si la forma de cuidarse cambió. Nos comprometemos a darle información actual sobre el tema. Un beneficio que será para todos los pacientes que padezcan de la presión es que nos ayudará a conocer que tan útil es el cuestionario, para poder aplicárselo a las demás personas que padecen la misma enfermedad que usted.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Después de que conteste el cuestionario le daremos sus resultados para que pueda aclarar todas sus dudas, si desea más información me comprometo a dársela. Una vez que se termine el estudio, los datos se darán a conocer a las autoridades de la clínica y a los médicos para que conozcan que tan útil es el cuestionario para que se pueda usar en todos los pacientes que padezcan de la presión. No se darán nombres ni datos personales, para que nadie pueda identificarlo, por lo que nadie podrá saber que usted participó en el estudio.

Participación o retiro:

Solo usted decide si quiere o no participar y aunque ya nos haya dicho que si participa, si usted ya no lo desea, solo nos debe decir en cualquier momento que no va a seguir, sin que su decisión afecte el trato que recibe en la clínica y sin tener que dar más explicación.

Privacidad y confidencialidad:

Sus datos son guardados con mucho cuidado para que nadie los conozca, todo lo que usted nos diga se mantiene en secreto y de forma confidencial, por lo que al único que se le dará su información será a usted.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

Si usted requiere apoyo porque desea conocer más sobre cuidados de su presión le aclararemos todas sus dudas y lo llevaremos con trabajo social para que le programe más pláticas para el cuidado de su enfermedad.

Podrá conocer si se está cuidando bien o si necesita tener más cuidados, además en la plática conocerá más sobre como cuidarse para evitar que su enfermedad se descontrola. En caso de necesitarlo, personalmente le llevaré con trabajo social para que le programen unas pláticas sobre su enfermedad. Con su participación ayudará a aver si el cuestionario de cuidados de la presión arterial es útil y así poderse dar a más gente que padezca de la presión para que lo conteste y sepamos como se están cuidando.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable:

Colaboradores:

Dr. Arturo García Galicia. Especialista en pediatría. Hospital de traumatología y ortopedia Puebla Matrícula: 10579729 CEL: 2221945360 E-MAIL: arturo.garcia@imss.gob.mx

Dra. Irma Aidé Barranco Cuevas Médico Familiar Unidad de medicina familiar No.6 Matrícula: 98220485 CEL: 22 25 25 87 11 E-MAIL: aidebc@hotmail.com

Dra. Akihiki Mizuki González López Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud Unidad de medicina familiar No.1 Matrícula: 99300142 CEL: 22 23 54 48 85 E-MAIL: akhikimizuki73@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la 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: comision.etica@imss.gob.mx

Comité local de Ética en Investigación 37 norte y avenida 15 de mayo, Puebla. Teléfono 2225258713 Unidad de Medicina Familiar No.6

Si durante su participación en el estudio, identifica o percibe alguna sensación molesta, dolor, irritación, alteración en la piel o evento que suceda como consecuencia de la toma o aplicación del tratamiento, podrá dirigirse a: Área de Farmacovigilancia, al teléfono (55) 56276900, ext. 21222, correo electrónico: iris.contreras@imss.gob.mx

Dr. Emmanuel Viveros Gutiérrez Matrícula 99226412

Cel: 2211649408

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

Clave: 2810-009-013

14.2 ANEXO 2. ESCALA "APRECIACIÓN DE CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO"

	Nunca 1	Casi nunca 2	Algunas veces 3	Casi siempre 4	Siempre 5	
1.- A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.						
2.- Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.						
3.- Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda.						
4.- Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo						
5.- Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.						
6.- Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo						
7.- Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora						
8.- Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio						
9.- Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios						
10.- Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser						
11.- Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego hacerlo						
12.- Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.						
13.- Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado						
14.- Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo						
15.- Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.						
16.- He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.						
17.- Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios						
18.- Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.						
19.- Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.						
20.- Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.						
21.- Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer						
22.- Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda						
23.- Puedo sacar tiempo para mí						
24.- A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta						
Capacidad de autocuidado	General	Interacción social	Interacción personal	Actividad y reposo	Consumo de alimentos	Promoción del funcionamiento y desarrollo personal
Alto	102-120	9-10	53-60	22-25	5	19-20
Medio	90-101	5-8	46-52	19-21	3-4	15-18
Bajo	24-89	2-4	5-18	5-18	1-2	4-14

14.3 ANEXO 3. EADH (ESCALA DE AUTOCUIDADO IDENTIFICABLE EN HIPERTENSION).

NOMBRE:	
EDAD:	

CUESTIONARIO

“DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UNA NUEVA ESCALA DE AUTOCUIDADO DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL”

ALIMENTACIÓN

1.- ¿Cuántos días a la semana consume verduras?			
a) 0-1	b) 2-3	c) 4-5	d) 6-7
0	1	2	3

2.- ¿Cuántos días a la semana consume frutas?			
a) 0-1	b) 2-3	c) 4-5	d) 6-7
0	1	2	3

3.- ¿La alimentación que lleva le ayuda a cuidar su peso?			
a) Nunca	b) Pocas veces	c) Casi siempre	d) Siempre
0	1	2	3

4.- ¿Con que frecuencia come alimentos con exceso de sal?			
a) Nunca	b) Pocas veces	c) Casi siempre	d) Siempre
3	2	1	0

5.- ¿Con qué frecuencia consume alimentos con grasa y/o fritos?			
a) Nunca	b) Pocas veces	c) Casi siempre	d) Siempre
3	2	1	0

6.- ¿Acostumbra fumar cigarrillos y cuantos por día?			
a) Nunca	b) 1-10 por día	c) 11- 20 Por día	d) Más de una cajetilla por día
3	0	-2	-3

Máximo 18 Mínimo -3

Bueno 12 a 18 Regular 4 a 11 Malo -3 a 3

ACTIVIDAD FÍSICA

1.- ¿Considera importante realizar actividad física para el cuidado de su presión arterial?	
a) No	b) Si
0	1

2.- ¿Cuántos días a la semana realiza actividad física?			
a) Nunca	b) 1-2	c) 3-4	d) 5-7

0	1	2	3
---	---	---	---

3.- Cuando realiza ejercicio, por lo menos es durante 30 minutos			
a) Nunca	b) 1-2 veces por semana	c) 3-4 veces por semana	d) 5-7 veces por semana
0	1	2	3

4.- ¿Conoce los tipos de ejercicio que debe realizar para el control de su presión arterial?		
a) Ninguno	b) Pocos	c) Varios
0	1	2

5.- Aprovecha cualquier oportunidad de la vida diaria para ser activo (usar escaleras, caminar más, evitar uso de auto en distancias cortas)			
a) Nunca	b) Pocas veces	c) Casi siempre	d) Siempre
0	1	2	3

6.- ¿Considera necesario consultar a su médico antes de iniciar o aumentar su programa de ejercicios?			
a) Nunca	b) Pocas veces	c) Casi siempre	d) Siempre
0	1	2	3

Máximo 15 Mínimo 0

Bueno 11 a 15 Regular 5 a 10 Malo 0 a 4

CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL

1.- El nivel de información que tiene sobre su enfermedad es:		
a) Malo	b) Regular	c) Bueno
0	1	3

2.- ¿Acostumbra medir su presión arterial?			
a) No	b) 1-2 veces por mes	c) 3-4 veces por mes	d) Más de 4 veces por mes
0	1	2	3

3.- ¿Le preocupa que su presión arterial esté controlada?			
a) Nunca	b) Pocas veces	c) Casi siempre	d) Siempre
0	1	2	3

4.- La cifra normal de presión arterial es:	
a) 139/89 mmHg o menos	b) 140/90 mmHg o mas
3	0

5.- La cifra de su presión arterial en este momento es:	
a) 139/89 mmHg o menos	b) 140/90 mmHg o mas

3	0
---	---

6.- ¿Acude a consulta mensual para el control de su presión arterial?			
a) Nunca	b) Pocas veces	c) Casi siempre	d) Siempre
0	1	2	3

Máximo 18 Mínimo 0

Bueno 13 a 18 Regular 6 a 12 Malo 0-5

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

1.- ¿Toma sus medicamentos para la hipertensión?			
a) Nunca	b) Pocas veces	c) Casi siempre	d) Siempre
0	1	2	3

2.- ¿Toma sus medicamentos para la hipertensión en un horario establecido?			
a) Nunca	b) Pocas veces	c) Casi siempre	d) Siempre
0	1	2	3

3.- ¿Está informado sobre cómo actúan y que le pueden causar los medicamentos que toma para el control de su presión arterial?		
a) Mal informado	b) Medianamente informado	c) Bien informado
-1	1	3

4.- ¿Suele suspender su medicamento por alguna terapia alternativa?			
a) Nunca	b) Pocas veces	c) Casi siempre	d) Siempre
3	2	1	0

5.- Cuando toma un medicamento nuevo para controlar su presión, le pregunta al médico información sobre el medicamento			
a) Nunca	b) Pocas veces	c) Casi siempre	d) Siempre
0	1	2	3

6.- ¿Cuántas veces en el último mes acudió al servicio de urgencias por aumento de la presión?			
a) Nunca	b) 1 a 3 veces	c) 3 a 5 veces	d) Más de 5 veces
3	2	1	0

Máximo 18 Mínimo -1

Bueno 12 a 18 Regular 5 a 11 Malo -1 a 4

ASPECTO EMOCIONAL

1.- ¿Puede controlar el estrés sin que altere su presión arterial?			
a) Nunca	b) Pocas veces	c) Casi siempre	d) Siempre
0	1	2	3

2.- ¿Los problemas en casa hacen que su presión arterial se altere?			
a) Nunca	b) Pocas veces	c) Casi siempre	d) Siempre
3	2	1	0

3.- ¿La situación económica hace que su presión arterial se altere?			
a) Nunca	b) Pocas veces	c) Casi siempre	d) Siempre

3	2	1	0
---	---	---	---

4.- ¿Su enfermedad le genera temor por sufrir alguna complicación?			
a) Nunca	b) Pocas veces	c) Casi siempre	d) Siempre
3	2	1	0

5.- ¿El estrés de su trabajo o quehacer diario hace que su presión arterial se altere?			
a) Nunca	b) Pocas veces	c) Casi siempre	d) Siempre
3	2	1	0

6.- ¿Le genera estrés no controlar su presión arterial?			
a) Nunca	b) Pocas veces	c) Casi siempre	d) Siempre
3	2	1	0

Máximo 18 Mínimo 0
 Bueno 13 a 18 Regular 6 a 12 Malo 0 a 5