



Secretaría  
**de Salud**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**SECRETARÍA DE SALUD**

SECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES  
DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
SUBDIRECCIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN



Tesis

Para obtener la especialidad de Medicina Familiar

“Factores asociados al autocuidado, para el control de las cifras tensionales en pacientes con hipertensión arterial sistémica, en el Hospital General “Dr. Raymundo Abarca Alarcón”, durante el periodo de enero a mayo de 2019”

Presenta : Jorge Ulises Damián Díaz

Secretaría de Salud Guerrero

ulisesdamian160980@gmail.com

CEL. 754100 6009

Asesor

Olga Baltazar Juárez

Secretaría De Salud Guerrero

baju\_lid@hotmail.com

CEL.747150677

Chilpancingo., Guerrero, noviembre 2019



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.



Secretaría  
**de Salud**

**SECRETARÍA DE SALUD**  
SECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES  
DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
SUBDIRECCIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN



**“Factores asociados al autocuidado, para el control de las cifras tensionales en pacientes con hipertensión arterial sistémica, en el Hospital General “Dr. Raymundo Abarca Alarcón”, durante el periodo de enero a mayo de 2019”**



## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar los factores asociados al autocuidado, para el control de las cifras tensionales en pacientes con hipertensión arterial sistémica.

**Material y Métodos:** Estudio transversal, observacional, descriptivo y analítico. Se aplicó el Cuestionario Capacidad de Agencia de Autocuidado, conformado por 17 ítems de pregunta cerrada que se incluyen en tres dimensiones: capacidades fundamentales, componentes de poder, capacidad para operacionalizar. El muestreo fue por conveniencia, en los consultorios del Hospital General “Dr. Raymundo Abarca Alarcón”, de la ciudad de Chilpancingo de los Bravo, Guerrero, que asistieron a consulta en un periodo de tiempo de enero a mayo de 2019.

**Resultados:** Participaron en el estudio 88 pacientes, con una edad media de 56.85, 35 (39.8%) fueron hombres y 53 (60.2) mujeres. El nivel educativo predominante en la población fue primaria con 30 (4.1%), el 43 (48.9%) se dedican exclusivamente a labores del hogar, en cuanto al tiempo de evolución la media fue de 10 años  $\pm$  6.2, respecto al control de la presión arterial, 68 (77.3%), se encontraba controlados. Con relación al tipo de cuidador los hijos representan los principales cuidadores en 38 (43.2%) de los casos, los paciente contaban con red de apoyo 65 (85.2%). La principal red de apoyo fueron los familiares en 60 (92.3), En cuanto al conocimiento sobre la hipertensión arterial sistémica el 66 (75%), tenían conocimiento del riesgo cardiovascular, 77 (87.5) respondieron tener conocimiento sobre el tratamiento dietético y 69 (78.4%) respondieron tener conocimiento sobre modificación de estilo de vida, y la importancia de las redes de apoyo 74 (84%). En el análisis bivariado se encontró que ser mujer representa un factor protector para desarrollar conductas de no autocuidado, trabajar fuera del hogar tiene 2.76 veces el riesgo de desarrollar conductas de no autocuidado, con suficiente confianza estadística y no es producto del azar.

**Conclusión:** Respecto al control de la tensión arterial, 7 de cada 10 pacientes que participaron en el estudio tenían control de sus cifras tensionales, lo que refleja una relación directa con el conocimiento que éstos tenían acerca de la enfermedad, especialmente sobre la dieta, factores de riesgo cardiovascular, la medicación, estilo de vida y apoyo social.



## SUMMARY

**Objective:** To analyze the factors associated with self-care, for the control of blood pressure levels in patients with systemic arterial hypertension.

**Material and Methods:** Cross-sectional, observational, descriptive and analytical study. The Self-Care Agency Capacity Questionnaire was applied, consisting of 17 closed question items that are included in three dimensions: fundamental capabilities, power components, ability to operationalize. Sampling was for convenience, in the offices of the General Hospital "Dr. Raymundo Abarca Alarcón", from the city of Chilpancingo de los Bravo, Guerrero, who attended the consultation in a period of time from January to May 2019.

**Results:** 88 patients participated in the study, with a mean age of 56.85, 35 (39.8%) were men and 53 (60.2) women. The predominant educational level in the population was primary with 30 (4.1%), 43 (48.9%) are dedicated exclusively to household chores, in terms of evolution time the average was 10 years + 6.2, regarding the control of blood pressure, 68 (77.3%), was controlled. Regarding the type of caregiver, the children represent the main caregivers in 38 (43.2%) of the cases, the patients had 65 support networks (85.2%). The main support network was family members in 60 (92.3). Regarding knowledge about systemic arterial hypertension, 66 (75%) had knowledge of cardiovascular risk, 77 (87.5) responded with knowledge about dietary treatment and 69 (78.4%) responded to have knowledge about lifestyle modification, and the importance of support networks 74 (84%). In the bivariate analysis it was found that being a woman represents a protective factor for developing non-self-care behaviors, working outside the home has 2.76 times the risk of developing non-self-care behaviors, with sufficient statistical confidence and is not the result of chance.

**Conclusion:** Regarding blood pressure control, 7 out of 10 patients who participated in the study had control of their blood pressure, reflecting a direct relationship with their knowledge about the disease, especially diet, factors of cardiovascular risk, medication, lifestyle and social support.



## ÍNDICE

1. Marco teórico .....	1
2. Planteamiento del problema .....	13
3. Justificación .....	16
4. Objetivos .....	18
4.1 Objetivo general.....	18
4.2 Objetivo específico:.....	18
5. Hipótesis.....	19
6. Material y método .....	20
Tipo y diseño de estudio	
Población	
Muestra	
Criterios de selección	
Tablas de variables	
Método	
Técnica e instrumento	
Análisis estadístico	
7. Consideraciones éticos.....	22
8. Resultados .....	24
9. Discusión .....	31
10. Conclusiones .....	34
11. Bibliografía .....	36
10. Anexos.....	40



Secretaría  
**de Salud**

**SECRETARÍA DE SALUD**  
SECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES  
DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
SUBDIRECCIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN





## 1. MARCO TEÓRICO

La hipertensión arterial sistémica (HAS) es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de la presión arterial  $\geq 140/90$  mmHg (NOM-030-SSA2-1999). La HAS es resultado del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico. De acuerdo a los datos obtenidos de la Guía Práctica Clínica, la prevalencia de la hipertensión arterial en México es de 24% en adultos y 30.8% en pacientes  $\geq$  a 20 años, se estima que el número de casos es de 15 millones de hipertensos en la población entre los 20 y 60 años de edad. Más de la mitad de la población con hipertensión ignora que padece de dicha enfermedad, debido a que sólo se detecta entre el 13.4 al 22.7%. Menos de la mitad de los que se conocen hipertensos toman medicamentos y de estos solo el 20% está controlado. El sobrepeso y la obesidad son factores predisponentes para el desarrollo de esta enfermedad y se estima que cerca del 70% de la población presentan estas condiciones. La hipertensión arterial es considerada como un predictor de morbi-mortalidad para enfermedades cardiovasculares, entre las que destacan la enfermedad cerebro vascular, el infarto de miocardio, la insuficiencia cardiaca, la enfermedad arterial periférica y la insuficiencia renal<sup>1</sup>.

A nivel mundial, la máxima prevalencia de hipertensión arterial se registra en la Región de África, con un 46% en adultos mayores de 25 años, mientras que la más baja se observa en la región de las Américas, con un 35%. La prevalencia creciente de la HAS se atribuye al aumento de la población, a su envejecimiento y a factores de riesgo relacionados con el estilo de vida, como la dieta, el consumo de alcohol, el tabaquismo, la inactividad física, la exposición prolongada al estrés, algunas enfermedades como la obesidad, hipercolesterolemia y la diabetes mellitus. En el mundo, las enfermedades cardiovasculares son responsables de aproximadamente 17 millones de muertes por año, casi un tercio del total. Entre ellas, las complicaciones de la hipertensión causan anualmente 9.4 millones de muertes. La





hipertensión es la causa de por lo menos el 45 % de las muertes por cardiopatías, y el 51 % de las muertes por accidente cerebrovascular<sup>2</sup>.

Un estudio publicado en el 2017 sobre la cobertura efectiva del tratamiento de la hipertensión arterial en adultos en México por entidad federativa, informa que de acuerdo con los resultados del Estudio de la Carga Global de la Enfermedad, la hipertensión arterial (HTA) es el tercer factor de riesgo al que se atribuyó en 2015 el 8.8% (intervalo de incertidumbre 95% 7.6-9.9) del total de los años de vida saludables perdidos (AVISA) y 18.1% (II 95% 15.9-20.2) del total de defunciones. Entre 1990 y 2015, las defunciones atribuibles a la HTA aumentaron 31%<sup>3</sup>.

En México el estimado poblacional para 2015 por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) es de 121 millones de habitantes, de los cuales 76.4 millones tendrán 20 años o más y una prevalencia de 31 % de HAS. El estimado global de población hipertensa para 2015 es de 23.7 millones y se estima una cifra similar de población pre hipertensa.<sup>4</sup>

En la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) 2012, la prevalencia de HAS en México es de 31.5% (IC 95% 29.8 – 33.1), y es más alta en adultos con obesidad (42.3%; IC 95% 39.4 – 45.3) que en adultos con índice de masa corporal (IMC) normal (18.5%; IC 95% 16.2 – 21.0), y en adultos con diabetes (65.6% IC 95% 60.3 – 70.7) que sin esta enfermedad (27.6%, IC 95% 26.1 – 29.2). El 47.3% de los adultos con hipertensión desconocía que padecía de dicha enfermedad<sup>5</sup>.

En la encuesta más reciente 2016, la HAS se ha mantenido entre las primeras nueve causas de muerte en México y los pasados seis años, la tasa de mortalidad por esta causa ha incrementado 29.9%, ubicando el 2015 como la enfermedad crónica responsable de 18.1% de total de muertes y como el principal factor de riesgo de muertes prevenibles<sup>6</sup>.



En Latinoamérica un artículo realizado para conocer la prevalencia de hipertensión arterial, factores de riesgo cardiovascular y estilo de vida en Venezuela, concluye refiriendo la prevalencia de HAS fue de 34.23%, hombres 31.7% y mujeres 36.4%, el 17% desconocía ser hipertenso, 50.7% bajo medicación no controlados. La prevalencia de hipertensión arterial en Venezuela es de las más altas de Latinoamérica y junto a hipercolesterolemia e hiperglicemia mayor en mujeres. Solo 68% recibe tratamiento, la mitad no controlados incluyendo 42% adheridos al tratamiento. El estilo de vida es mayormente inadecuado. Indica un importante problema de salud pública y el esfuerzo requerido para control de factores de riesgo cardiovascular y cambios de vida.<sup>7</sup>

En Guerrero de acuerdo a prevalencia publicada por ENSANUT 2012 la prevalencia de HAS por diagnostico medico previo en personas de 20 años de edad o más fue de 13.5%, observándose un aumento del 43.6% respecto a la prevalencia reportada en la ENSANUT 2006 (9.4%). La prevalencia de hipertensión arterial fue del 17.2% en mujeres y 9.4% en hombres, con una razón mujer: hombre de 1:0.5. Tanto en hombres como en mujeres, se observó un incremento en la prevalencia e hipertensión arterial a partir de los 40 años (11.6% en hombres y 20.5% en mujeres), que aumentó considerablemente en el grupo de 60 años o más (22% en hombres y 33.8% en mujeres). En los hombres, en la población de 60 años o más tuvo una prevalencia 6.7 veces mayor que la prevalencia en la población de 20 a 39 años, mientras que en las mujeres fue 3.7 veces mayor<sup>8</sup>.

El Informe Sobre la Salud de los Mexicanos 2015, en el Diagnóstico General de la Salud Poblacional, presenta un panorama de la salud de los mexicanos, a través del análisis de indicadores relacionados con medidas de salud general, la mortalidad, la morbilidad y los factores de riesgo que prevalecen en México, y las perdidas en salud que representan todos estos, a través del análisis de la carga de la enfermedad a nivel nacional y estatal. La tasa de mortalidad por enfermedades cerebrovasculares relacionadas con hipertensión arterial, se estimó en un 26.4%,



con el mismo patrón entre hombres y mujeres, este conjunto de padecimientos se mantuvo entre las cinco primeras causas de muerte<sup>9</sup>.

La cardiopatía isquémica adquirió un comportamiento epidémico a nivel global, en México actualmente ha superado a varios países que tenían tasas claramente superiores a la de México, como Argentina y Chile. En 2012, México tuvo la octava tasa más alta de mortalidad entre los países de la OCDE (140.4), por encima de países como Chile (67.9) y Brasil (96.5). Esta enfermedad afecta también a las personas de mayor edad, especialmente a partir de los 40 años. La tasa de mortalidad por esta causa en 2013 fue de 993 por 100,000 en mayores de 70 años<sup>9</sup>.

En un estudio realizado por Zubeldia *et al.*, (2016), se reportó que el 33.3% de la población española es hipertensa<sup>9</sup>. En la Comunidad Valenciana, en 2013 las enfermedades cardiovasculares fueron la primera causa de defunción en mujeres (34.4%) y la segunda en hombre (28.0%)<sup>10</sup>.

Diseñar estrategias de desarrollo y cuidado de los equipos de salud familiar, a fin de que puedan llevar a cabo su trabajo en las mejores condiciones posible, es un factor determinante para una implementación exitosa del Modelo de Atención con enfoque familiar y comunitario<sup>11</sup>.

Resulta de fundamental importancia conocer los factores que influyen en la evolución de la hipertensión arterial, y compartirlos con los pacientes, quienes en muchos de los casos los desconocen; esto demuestra una relación directa entre el índice de adherencia al tratamiento con las creencias en salud y la percepción individual de riesgo; ya que una mayor percepción de vulnerabilidad personal se asocia a un mayor interés en el aprendizaje y ejecución de conducta de autocuidado. Los factores que aparecen como determinantes de la adherencia terapéutica, hasta el momento pueden ser organizados por dimensiones así:<sup>12</sup>



**Primera dimensión:** los factores socioeconómicos, se han descrito dentro de los más relevantes ya que existe una mayor adherencia terapéutica (68%) cuando existe la disponibilidad económica para costearse los medicamentos<sup>12</sup>.

**Segunda dimensión:** los factores relacionados con el sistema y equipo de salud, está comprobado que una buena relación proveedor – paciente puede mejorar la adherencia terapéutica; lo cual incluye aspectos importantes como la capacidad de médicos y enfermeras de enseñar con palabras sencillas y la capacidad de motivar a los pacientes a conseguir la adherencia terapéutica<sup>12</sup>.

**Cuarta dimensión:** factores relacionados con el paciente, los pacientes creen que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud, siendo conscientes de su enfermedad y de la importancia de seguir la terapéutica<sup>12</sup>.

Diseñar estrategias de desarrollo y cuidado de los equipos de salud familiar, a fin de que puedan llevar a cabo su trabajo en las mejores condiciones posible, es un factor determinante para una implementación exitosa del Modelo de Atención con enfoque familiar y comunitario<sup>13</sup>.

El autocuidado es el conjunto de acciones que cada trabajador y los equipos multidisciplinares efectúen por sí mismos, para preservar o recuperar su salud. El autocuidado se ha definido como “las prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud, se previenen enfermedades y se tratan síntomas” o “la práctica de actividades que los propios individuos, inician y desarrollan en su propio beneficio, en la mantención de su vida, salud y bienestar”<sup>13</sup>.

La primera responsabilidad del cuidado está a nivel de las mismas personas en riesgo. Entre las acciones de autoprotección están:

- Alimentación saludable, darse tiempo para una alimentación sana, evitando ayunos.
- Actividades de recreación, deportes, juegos, bailes, lectura, cine, música, etc.



- No contaminar los espacios de recreación con el trabajo, evitar conversaciones de trabajo en ambientes de relajación, familiares.
- Evitar la sobre responsabilización sobre hechos y personas, delimitando lo que es posible de lo que no lo es.
- Registro oportuno y visibilización de los malestares: no negar lo que ocurre con sus emociones, síntomas, signos.<sup>13</sup>

El concepto básico desarrollado por Orem del autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado, por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma, consiste en la práctica de las actividades que las personas maduras, o que están madurando, inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar además con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para las regulaciones funcional y del desarrollo.<sup>13</sup>

Asumiendo que el autocuidado es una función reguladora del hombre que las personas deben, deliberadamente llevar a cabo, por sí solas, una actividad del individuo, aprendida por este y orientada hacia un objetivo, una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar; consideramos que el autocuidado es un sistema de acción. La elaboración de los conceptos de autocuidado, la demanda de autocuidado, y la actividad de autocuidado ofrecen la base para entender los requisitos de la acción y la limitación de la acción de personas que podrían beneficiarse de la enfermería<sup>13</sup>.

Por tanto, para aplicar el modelo de Orem deben tenerse presente las siguientes pautas:



1. Examinar los factores, los problemas de salud y el déficit de autocuidado.
2. Realizar la recolecta de datos acerca de los problemas y la valoración del reconocimiento, habilidades, motivación y orientación del paciente.
3. Analizar los datos para descubrir cualquier déficit de autocuidado, lo cual supondrá la base para el proceso de intervención de enfermería.
4. Diseñar y panificar la forma de capacitar y animar al paciente para que participe activamente en las decisiones del autocuidado de salud.
5. Poner el sistema de enfermería en acción y asumir un papel de cuidado u orientador, contando con la participación del paciente.<sup>13</sup>

La capacidad de agencia de autocuidado que deben desarrollar los individuos hipertensos es fundamental, ya que permite prevenir las complicaciones desencadenadas por un manejo inadecuado de la enfermedad. Para desarrollar estas habilidades los individuos deben contar con tres elementos:

- Capacidades fundamentales y disposición de autocuidado: Habilidades básicas del individuo (percepción, memoria y orientación).
- Componente de poder: Habilidades que impulsan a la acción de autocuidarse (motivación, adquisición de conocimientos, habilidad para ordenar acciones de autocuidado y capacidad de integración del autocuidado en su vida familiar y comunitaria).
- Capacidad de operacionalizar el autocuidado: Habilidades que le permiten al individuo investigar sobre condiciones de sí mismo y del medio ambiente, así como la toma de decisiones y construcción de las acciones para lograr el manejo de su enfermedad.<sup>14</sup>

De acuerdo a las recomendaciones de la guía de práctica clínica de hipertensión arterial en el primer nivel de la atención, el tratamiento de inicio en este tipo de pacientes se establece con los siguientes fármacos conocidos como de primera línea:



- ❖ Diuréticos tiazídicos.
- ❖ Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o antagonistas de los receptores de angiotensina II (ARA-II).
- ❖ Beta-bloqueadores (Beta-B).
- ❖ Calcio-antagonista de acción prolongada (Ca-A) <sup>15</sup>.

Ofman *et al.*, (2013), publicaron un estudio acerca del autocuidado en pacientes hipertensos en el que compararon los comportamientos de autocuidado según el género. Los resultados encontrados en este estudio en cuanto a “Responsabilidad con la salud” y “Nutrición” las mujeres puntuaron más alto, es decir, consultaron a los profesionales de la salud con mayor frecuencia y tuvieron una alimentación más sana. En las dimensiones “Actividad física” y “Autorrealización” los varones puntuaron más alto, lo que indica que realizaron más asiduamente ejercicios físicos. Por el contrario, en las subescalas “Relaciones interpersonales” y “Manejo del estrés” no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres. Concluyeron que, al realizar un abordaje de género en relación a la capacidad de autocuidado de los pacientes hipertensos, dicha variable constituye un fenómeno de suma importancia para la Hipertensión Arterial Sistémica, determinando que la actividad física es una práctica saludable predominantemente masculina, mientras que la consulta médica y la alimentación sana son pautas de autocuidado especialmente femeninas. Los hombres como proveedores de sostén económico de la familia obtuvieron mayores logros en actividades enfocadas a la autopromoción y el poder personal, mientras las mujeres como proveedoras de cuidados y en lo emocional familiar son funcionales al bienestar personal. Debiendo destacar que las condiciones de vida de varones y mujeres impactan diferencialmente en los aspectos cotidianos y en las maneras de cuidar la salud. Por ello el género es una categoría a tener en cuenta para realizar estrategias diferenciales, tanto en el tratamiento farmacológico como el higiénico dietético <sup>16</sup>.





Vega y colaboradores en el mismo año (2013), planteó un acercamiento a la definición de la teoría del déficit de autocuidado, da a los conceptos centrales del meta paradigma, como contenido es producto de la revisión de referentes bibliográficos y de la literatura de enfermería, asesorías académicas de profesionales familiarizadas con el marco conceptual del autocuidado. Los conceptos centrales que soportan el desarrollo de la enfermería a nivel disciplinar y profesional, estos conceptos son: persona, ambiente, salud y cuidado de enfermería. La persona es vista como el receptor del cuidado de enfermería. El ambiente el escenario donde crece, interactúa y se desarrolla la persona, en el que se reconocen componentes sociales, culturales, físicos, espirituales y psicológicos. La salud considerada la meta o la finalidad de la acción de enfermería, proceso dinámico y evolutivo. El cuidado de enfermería son las intervenciones de enfermería con el paciente, lo que hace la enfermera para, por y con la persona. La construcción teórica y la claridad de los conceptos permiten diversas interpretaciones y la aplicación en diferentes ámbitos de desempeño profesional, grupos poblacionales y situaciones de salud. La Teoría General de Orem en sus tres teorías integradas, están estructuradas por conceptos, primarios y derivados, definidos y descritos con claridad que permiten identificar los límites de su naturaleza y relaciones en el contexto de la teoría. Los conceptos teóricos y sus relaciones muestran correspondencia con la orientación filosófica expresada en los conceptos del metaparadigma<sup>17</sup>.

Galindo *et al.*, (2014), publicaron un estudio acerca del efecto de los factores socioculturales sobre la capacidad de autocuidado del paciente hospitalizado con diabetes tipo 2. Los resultados mostraron una asociación significativa de las costumbres y tradiciones como parte de los factores socio cultural (FSC) con las habilidades de la capacidad de autocuidado. Las dimensiones de FSC y motivación para la capacidad de autocuidado muestran que las costumbres y tradiciones tienen una asociación estadísticamente significativa con la motivación y que los que tuvieron motivación inadecuada tenían una probabilidad 8 veces mayor





de tener costumbres y tradiciones inadecuadas. Concluyeron que, de las dimensiones de los factores socioculturales, las costumbres y tradiciones muestran un impacto sobre la capacidad de autocuidado en las personas hospitalizadas. La identificación de factores socioculturales que tienen efecto sobre la capacidad de autocuidado de los pacientes, lo cual permite diseñar estrategias de intervención para tratar de modificar las costumbres y tradiciones de la población estudiada<sup>18</sup>

Valverde *et al.*, (2018), menciona que en cuanto a la influencia del conocimiento que tiene el paciente de la enfermedad y del tratamiento en la adherencia terapéutica, los estudios son bastante unánimes: una falta de comprensión de la enfermedad y/o su tratamiento, un mal entendido sobre la prescripción y las instrucciones del tratamiento, el desconocimiento de las posibles consecuencias de la no adherencia, o concepciones erróneas acerca de la medicación, han sido descritos como barreras para una correcta adherencia terapéutica <sup>19</sup>.

## **MARCO CONCEPTUAL**

**Adherencia terapéutica:** Es la observación estricta de las indicaciones médicas, por parte del paciente para la prevención y control de su enfermedad.

**Atención primaria a la salud:** A los servicios que se otorgan al individuo, la familia y la comunidad para preservar la salud y atender las enfermedades en sus etapas iniciales de evolución.

**Comunicación Educativa:** Proceso basado en el desarrollo de esquemas novedosos y creativos de comunicación que se sustenta en técnicas de mercadotecnia social, que permiten la producción y difusión de mensajes gráficos y audiovisuales de alto impacto, con el fin de reforzar los conocimientos en salud y promover conductas saludables en la población.

**Dieta:** Conjunto de alimentos, naturales y preparados, que se consumen cada día.



**Educación para la Salud:** Proceso de enseñanza-aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes, con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva.

**Factor de riesgo:** Atributo o exposición de una persona, una población o el medio que está asociado a una probabilidad.

**Grupos de ayuda mutua:** Organización en grupo de los propios pacientes, para facilitar su educación y autocuidado de la Salud en las unidades del Sistema Nacional de Salud.

**Hipertensión arterial secundaria:** Elevación sostenida de la presión arterial, por alguna entidad nosológica:  $\geq 140$  mm de Hg (sistólica) o  $\geq 90$  mm de Hg (diastólica).

**Índice de masa corporal o índice de Quetelet:** Peso corporal dividido entre la estatura elevada al cuadrado ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ).

**Manejo integral:** Establecimiento de metas del tratamiento, manejo no farmacológico y farmacológico, educación del paciente, seguimiento médico y vigilancia de complicaciones.

## **MARCO LEGAL**

Roberto Tapia Conyer, Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3o., fracciones II y XVI, 13 apartado A), fracción I, 133, fracción I, 158 y demás relativos de la Ley General de Salud; 38, fracción II, 40, fracciones III y XI, 41 y 47, fracción IV de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 28 y 34 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 7, fracciones V y XIX, y 38, fracción VI, del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el Diario



**Secretaría  
de Salud**

**SECRETARÍA DE SALUD**  
SECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES  
DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
SUBDIRECCIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN



Oficial de la Federación la Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-030-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial, y considerando que con fecha 22 de septiembre de 1999, en cumplimiento de lo previsto en el artículo 46, fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, la Coordinación de Vigilancia Epidemiológica presentó al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, el anteproyecto de la presente Norma Oficial Mexicana.

Que con fecha 5 de abril de 2000, en cumplimiento de lo previsto en el artículo 47, fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el proyecto de la presente Norma Oficial Mexicana, a efecto de que dentro de los siguientes sesenta días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades.

Las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, fueron publicadas previamente a la expedición de esta Norma en el Diario Oficial de la Federación, en los términos del artículo 47, fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, se expide la siguiente: Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.<sup>20</sup>



## 2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la hipertensión arterial constituye el primer riesgo de muerte en la mujer y el segundo para los varones. Se estima que el 50% de las enfermedades cardiovasculares, accidente cerebro vascular e insuficiencia renal se puede atribuir a la elevación de la presión arterial.

En México la hipertensión genera una gran demanda para su atención en las unidades de salud, por ende, se destina un gran recurso institucional para su atención integral. En la mayoría de las poblaciones a nivel mundial, el promedio de presión arterial se incrementa con la edad, el cual ha sido referido a una asociación de factores biológicos, psicológicos tales como: sexo, raza, ingesta de sal, y otros aspectos dietéticos, obesidad, sedentarismo, ocupación, estatus socio económico, área geográfica, consumo de alcohol, hábito de fumar, la relación que existe entre el sobrepeso e hipertensión se conoce desde hace muchos años y la reducción del sobrepeso se utiliza en el tratamiento; a medida que se aumenta de peso se eleva la presión arterial y esto es mucho más evidente en menores de 30 años y en mujeres.

El autocuidado incluye conductas de carácter social, afectivo, psicológico que promueva la satisfacción de las necesidades básicas del adulto, de esa manera el autocuidado se convierte en una alternativa real y eficaz de la atención integral del paciente hipertenso.

La mayoría de las personas adultas tiene la capacidad física y cognoscitiva para aprender técnicas de autocuidado y practicarlas y para transmitirlos a otros, para ello es necesario que conozca y aplique conductas de autocuidado de la salud; existiendo diversas teorías de enfermería relevantes que están relacionados con el autocuidado.



El propósito del autocuidado es que las personas tengan un mayor control sobre su propia salud, considerando que esta no es solo la ausencia de enfermedad, sino que involucra el bienestar físico, emocional, económico y social, pero también implica obtener un nivel de condiciones materiales y espirituales que permitan al adulto y al adulto mayor permanecer socialmente activo, logrando así una vida más saludable; mediante un enfoque integral que incluya afecto, protección, participación, entendimiento, ocio, recreación, libertad y el descubrir su propia autoimagen; relacionado con valores, costumbres, derechos, prácticas personales y sociales, hábitos, creencias, entorno social y atributos del ser como son; todo esto dentro de un marco de respeto mutuo y relaciones creativas y complementarias. La comprensión de su condición le permite a la persona aceptar las limitaciones que le impone, desarrollar estrategias de afrontamiento y construir un adecuado sistema de apoyo social. Además, los pacientes bajo tratamiento o que participan en grupos de intervención, están en constante interacción con profesionales de la salud, lo que les permite resolver dudas y tener sentimientos de control y experiencia sobre su enfermedad.

Al aplicar dicho estudio buscamos mostrar la correlación entre el descontrol de las cifras tensionales y la falta de autocuidado, impactando favorablemente en el estilo de vida, involucrando al paciente hipertenso en el proceso de salud-enfermedad, identificando prácticas de autocuidado positivas o desfavorables; promoviendo un proceso educativo, que le permita reflexionar sobre la importancia del autocuidado para el mantenimiento de un buen estado de salud y bienestar, y guiar a la transformación de aquellas prácticas no saludables, al establecer dicho autocuidado buscamos lograr un porcentaje mayor de pacientes adscritos al centro de salud en fase de autocontrol, disminuir el número de consultas al servicio de urgencias por descontrol hipertensivo, así como retrasar la aparición de complicaciones secundarias a esta.

Pregunta de investigación



**Secretaría  
de Salud**

**SECRETARÍA DE SALUD**

SECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES  
DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
SUBDIRECCIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN



¿Cuáles son los factores asociados al autocuidado para el control de las cifras tensionales en pacientes con hipertensión arterial sistémica, en el Hospital General “Dr. Raymundo Abarca Alarcón”, durante el periodo de enero a mayo de 2019?



### 3. JUSTIFICACIÓN

La hipertensión es de fácil diagnóstico y tratamiento efectivo, se considera el factor de riesgo más relevante para enfermedad cardiovascular, vascular cerebral y nefropatía principalmente, el conocimiento de este y otros factores de riesgo son claves en la prevención, manejo y control de la hipertensión, siendo necesario la adopción de medidas orientadas a su prevención y tratamiento, en este sentido los cambios en el estilo de vida son eficaces como parte fundamental en su tratamiento.

Actualmente, el valor de cualquier terapia depende de la combinación de su efectividad y de la conformidad del paciente con el tratamiento, por lo cual el impacto en la calidad de vida es considerado un factor igual o más importante que la eficacia de un tratamiento antihipertensivo, gran relevancia ha adquirido en el control de las cifras tensionales la capacidad de agencia de autocuidado.

El tratamiento de la hipertensión arterial está caracterizado por el marcado impacto emocional, los cambios necesarios en el estilo de vida y la capacidad de agencia de autocuidado que el individuo y su familia requieren para minimizar los factores de riesgo cardiovascular; dentro de las medidas protectoras como parte del tratamiento de la hipertensión arterial, se encuentran: la realización de ejercicio físico, adaptación a nuevos regímenes nutricionales, peso ideal, disminución del consumo de alcohol y tabaco, adherencia al tratamiento farmacológico y el manejo de respuestas psicológicas.

El presente estudio tiene como objetivo identificar conductas nocivas que afectan la preservación de la salud del paciente hipertenso reconociendo los factores de riesgo modificables y estilos de vida que afectan al usuario que presenta esta enfermedad a través de establecer estrategias dirigidas fundamentalmente a educar sobre los



**Secretaría  
de Salud**

**SECRETARÍA DE SALUD**  
SECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES  
DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
SUBDIRECCIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN



propios factores de riesgo y la forma en que estos se pueden modificar para prevenir, disminuir o controlar los efectos de la hipertensión arterial.

La hipertensión arterial consume gran cantidad de recursos, por lo que es crucial que sea objeto de estudio por el médico familiar quien tiene la función de informar y concientizar al paciente en el proceso de la enfermedad, apego al tratamiento y en el autocuidado a través de un manejo multidisciplinario de salud, con el objetivo de ofrecer alternativas de manejo más eficientes.





## 4. OBJETIVOS

### 4.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar los factores asociados al autocuidado, para el control de las cifras tensionales en pacientes con hipertensión arterial sistémica, en el Hospital General “Dr. Raymundo Abarca Alarcón”, durante el periodo de enero a mayo de 2019.

### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Describir las características de género, edad, ocupación, escolaridad en pacientes estudiados con hipertensión arterial y autocuidado
- ❖ Conocer el número de pacientes controlados
- ❖ Identificar el tipo de cuidador con el que cuenta el paciente con hipertensión arterial
- ❖ Identificar si el contar con un cuidador influye en el autocuidado
- ❖ Describir las redes de apoyo con las que cuenta el paciente portador de hipertensión arterial para su autocuidado.
- ❖ Determinar el grado de conocimiento del paciente en el autocuidado a través de la Identificación de prácticas de autocuidado positivas o desfavorables en el paciente hipertenso a través de las modificaciones en el estilo de vida.



## 5. HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo:

H1: El principal factor asociado al autocuidado, para el control de las cifras tensionales en pacientes con hipertensión arterial sistémica, en el Hospital General “Dr. Raymundo Abarca Alarcón”, durante el periodo de enero a mayo de 2019, es tener buenos conocimientos sobre este padecimiento.

H0: El principal factor asociado al autocuidado, para el control de las cifras tensionales en pacientes con hipertensión arterial sistémica, en el Hospital General “Dr. Raymundo Abarca Alarcón”, durante el periodo de enero a mayo de 2019, no es tener buenos conocimientos sobre este padecimiento.

Ha: El principal factor asociado al autocuidado, para el control de las cifras tensionales en pacientes con hipertensión arterial sistémica, en el Hospital General “Dr. Raymundo Abarca Alarcón”, durante el periodo de enero a mayo de 2019, es el factor económico.



## 6. MATERIAL Y MÉTODOS.

**Tipo y diseño de estudio:** Se realizó un estudio transversal, observacional, descriptivo y analítico.

**Población y Muestra:** Se aplicó el Cuestionario Capacidad de Agencia de Autocuidado en el Paciente con Hipertensión Arterial (Anexo 1), diseñado por los autores Achury, Sepúlveda y Rodríguez, basados en el modelo teórico de Dorotea Orem. El cuestionario está conformado por 17 ítems de pregunta cerrada que se incluyen en tres dimensiones: capacidades fundamentales, componentes de poder, capacidad para operacionalizar; cuenta con una escala de respuesta tipo Likert con cinco opciones, donde 1=nunca, 2=casi nunca, 3=a veces, 4=casi siempre, 5=siempre. El muestreo fue por conveniencia, en los consultorios del Hospital General “Dr. Raymundo Abarca Alarcón”, de la ciudad de Chilpancingo de los Bravo, Guerrero, que asistieron a consulta en un periodo de tiempo de enero a mayo de 2019.

### **Criterios de selección:**

Criterios de inclusión: Pacientes adultos hipertensos que sabían leer y escribir, en su defecto que autorizaron se les aplicará por una segunda persona (autor), usuarios del Hospital General “Dr. Raymundo Abarca Alarcón”, que contarán con expedientes clínicos, y firmaron el consentimiento informado para participar en el proyecto.

### **Criterios de exclusión:**

- ❖ Pacientes adultos hipertensos que tenían expediente clínicos en el Hospital General “Dr. Raymundo Abarca Alarcón”
- ❖ Pacientes adultos hipertensos que no acepten participar en la encuesta.



Tabla de variables 1

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION
<b>Capacidad de autocuidado</b>	Conocimientos, habilidades, que involucran motivación para realizar de manera efectiva, juicio y toma de decisiones, de operaciones reguladoras o de tratamiento necesarias para mantener su propio funcionamiento y desarrollo dentro de las normas compatibles con la vida, la salud y el bienestar.	Información obtenida de la suma de los puntos obtenidos, del instrument de evaluación.	Cualitativo	Cuestionario: (puntos) Alta: 160- 200. Media: 100-159 Baja: 40-99.
<b>Hipertensión</b>	Es un aumento de la resistencia vascular debido a vasoconstricción arteriolar e hipertrofia de la pared vascular que conduce a elevación de la presión arterial sistémica.	Cifra de tensión Arterial en los siguientes parametros:  Sistolica: 120-139 mmHg  Diastolica : 80-89 mmHg	Cuantitativo	1.- Controlada 2.- Descontrolada
<b>Edad</b>	Tiempo transcurrido de una persona desde que nació hasta la fecha	Años cumplidos	Cuantitativa (Discreta)	1.- 20-39 2.- 40-59 3.- 60-80 4.- Mas de 81
<b>Sexo</b>	Condición orgánica, genética que distingue al género masculino y femenino	Nombre del género al que pertenece	Nominal	1.- Femenino 2.- Masculino
<b>Ocupación</b>	Acción que desempeña para sustento económico	Referida por el paciente en el cuestionario.	Cualitativo	1.-Ama de casa 2. Obrero 3.-Comerciante 4.- Profesionista 5.-Jubilado
<b>Tiempo de evolución de la enfermedad</b>	Tiempo transcurrido desde que se realiza el diagnostico de hipertensión arterial	Tiempo con diagnóstico de hipertensión arterial	Cuantitativo	1. 5 años 2- 10 años 3- 15 años 4- más de 20 años



**Tabla de variables 2**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICION CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICION OPERACIONAL</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>	<b>ESCALA DE MEDICION</b>
<b>Escolaridad</b>	Nivel de estudios máximo alcanzado en el sistema Nacional de educación.	grado de estudios alcanzados por el paciente.	Ordinal	1. sin estudio 2. sabe leer y escribir 3. primaria 4. secundaria 5. bachillerato 6. tecnico 7. licenciatura 8. maestria
<b>Cuidador</b>	Aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales	Cuidador principal del paciente entrevistado	Nominal.	1. ninguno 2. Conyuge 3. Hijo/Hija 4. Padre/Madre 5. Otro)
<b>Red de apoyo</b>	Redes compuestas de grupo fuente de recursos materiales, afectivos, psicológicos y de servicios, que pueden ponerse en movimiento para hacer frentes a diversas situaciones de riesgo.	Redes de recursos materiales, afectivos, psicológicos y de servicios, que apoyan en al paciente en el proceso de la enfermedad.	Nominal	1. Hospital 2. Amigos 3. Grupo Religiosos 4. Grupo Social 5. Otro



## 7. **CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

Esta investigación de acuerdo con la "Ley General de Salud" de México y con su "Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud", en su Título 2º, Capítulo 1º, Artículo 17, Fracción I, se considera este estudio como "investigación sin riesgo".

El siguiente estudio se realizó respetando los artículos del Código de Ética Médica de Núremberg 1947, procurando el bienestar y la integridad del ser humano. Se informó por escrito el objetivo del estudio, con carta de consentimiento informado tal como se señala en el Art. 6 y 8 del Código de Núremberg, la información obtenida se resguardo con absoluta confidencialidad en archivos del grupo de investigadores en formato electrónico y solo se obtuvo acceso por autorización escrita cuando se requirió. Se garantizó el anonimato de los datos. Este proyecto fue evaluado por el Comité Estatal de Ética en Investigación de la Secretaría de Salud.

Aprobación previa del Comité de Investigación en Salud, consentimiento informado y documentación por escrito, reclutamiento equitativo de los participantes en la investigación, protección especial para los grupos vulnerables y revisión continúa de la investigación aprobada.

Anexo 3. Consentimiento informado

Anexo 4. Dictamen de aceptación



## 8. RESULTADOS

### Análisis descriptivo.

Participaron en el estudio 88 pacientes asistentes al Hospital General “Dr. Raymundo Abarca Alarcón”. Con una edad media de 56.85 DE  $\pm$ 11.8 años, con una edad mínima de 35 y una máxima de 87 años. De los cuales 35 (39.8%) fueron hombres y 53 (60.2) mujeres.

El nivel educativo predominante en la población fue primaria con 30 (4.1%). De la muestra total 43 (48.9%) se dedican exclusivamente a labores del hogar.

La tabla 1 muestra las variables sociodemográficas del total de la muestra.

Tabla 1. Variables socio demográficas			
	Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Escolaridad</b>	Sin estudio	7	8
	Sabe leer y escribir	12	13.6
	Primaria	30	34.1
	Secundaria	24	27.3
	Preparatoria	10	11.4
	Licenciatura	3	3.4
	Maestría	2	2.3
<b>Ocupación Laboral</b>	Ama de casa	43	48.9
	Obrero	27	30.7
	Comerciante	13	14.8
	Profesionista	2	2.3
	Jubilado	3	3.3



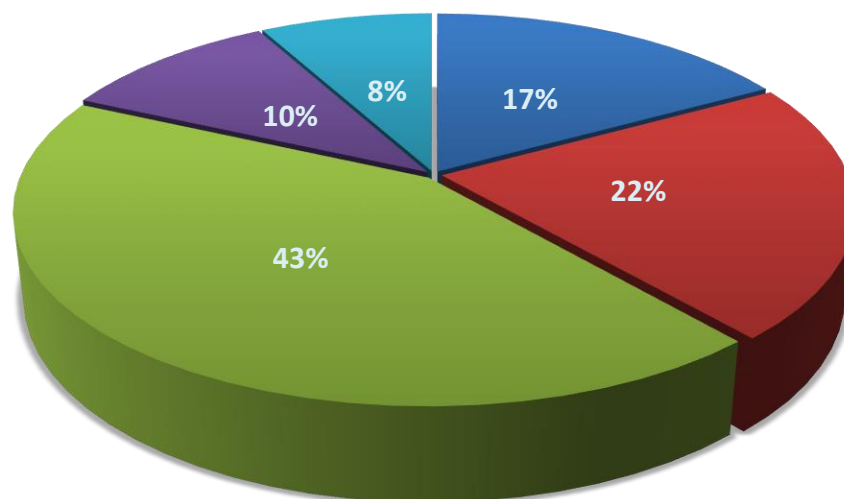
Referente al tiempo de evolución con diagnóstico de hipertensión arterial, la media fue de 10 años  $\pm$  6.2, con un año de evolución como mínimo y 35 años como máximo.

Los 88 (100%) pacientes que participaron en el estudio tenían indicado tratamiento farmacológico antihipertensivo.

Respecto al control de la presión arterial, se detectó una mínima de presión arterial sistólica de 96 mmHg y una máxima de 200 mmHg con una media de 128 mmHg, mediana de 130 mmHg, con una DE  $\pm$ 15.241. Así mismo, se detectó una presión arterial diastólica mínima de 50 mmHg y una máxima de 120 mmHg con una media de 79.17, mediana 80 y una DE  $\pm$  8.185. Los pacientes con control de las cifras de tensión arterial fueron 68 (77.3%), el resto estaban descontrolados.

Con relación al tipo de cuidador de las personas con hipertensión arterial que participaron en el estudio se encontró, los hijos representan los principales cuidadores en 38 (43.2%) de los casos, tal como se muestra en el gráfico 1.

Gráfico 1. Tipo de cuidador



■ Ninguno ■ Conyuge ■ Hijo ■ Padre/madre ■ Otro





Contaban con red de apoyo 65 (85.2%) personas, el resto no tenía red de apoyo. La principal red de apoyo fueron los familiares en 60 (92.3), 4 (6.2%) amigos y 1 (1.5%) centros religiosos de las personas con hipertensión arterial.

En cuanto al conocimiento sobre la hipertensión arterial sistémica de forma general, de factores de riesgo para padecer hipertensión arterial sistémica, de factores de riesgo cardiovascular, sobre la dieta, medicación, modificaciones en el estilo de vida y apoyo social, los resultados se muestran en la tabla 2.

Tabla 2. Variables sobre conocimiento de hipertensión arterial sistémica

Variable de conocimiento	Frecuencia	Porcentaje (%)	
<i>Conocimiento sobre de hipertensión arterial sistémica</i>	Sí	42	47.7
	No	46	52.3
<i>Conocimiento de riesgo de la hipertensión arterial sistémica</i>	Sí	34	38.6
	No	54	61.4
<i>Conocimiento de factores de riesgo cardiovascular</i>	Sí	66	75
	No	22	25
<i>Conocimiento sobre la dieta</i>	Sí	77	87.5
	No	11	12.5
<i>Conocimiento sobre medicación</i>	Sí	41	46.6
	No	47	53.4
<i>Conocimiento de modificaciones en el estilo de vida</i>	Sí	69	78.4
	No	19	21.6
<i>Conocimiento de apoyo social</i>	Sí	74	84
	No	26	16

De los 88 pacientes, presentaron capacidad de autocuidado 51(58%), el resto no la presentó.



### Análisis bivaridado

En el análisis bivariado se encontró que ser mujer representa un factor protector para desarrollar conductas de no autocuidado, una mujer tiene la tercera parte de riesgo de desarrollar conductas de no autocuidado en comparación con un hombre, con suficiente confianza estadística y los resultados no se explican por el azar. Trabajar fuera del hogar es un factor de riesgo, una persona con ocupación fuera del hogar tiene 2.76 veces el riesgo de desarrollar conductas de no autocuidado, comparada con una persona con ocupación en el hogar, con suficiente confianza estadística y no es producto del azar.

Análisis bivariado de factores sociodemográficos y autocuidado						
Variable	Codificación	No autocuidado	Autocuidado	OR	IC	p
Edad	Igual o mayor de 40 años	36	44	5.7	0.67-48.73	0.11
	Menor de 40 años	1	7			
Género	Mujeres	17	36	0.35	0.14-0.85	0.021
	Hombres	20	15			
Escolaridad	Baja (Analfabeta, sabe leer y escribir, primaria y secundaria)	33	40	2.26	0.66-7.79	0.193
	Alta (Bachillerato, licenciatura y maestría)	4	11			
Ocupación laboral	Ocupación fuera del hogar	23	19	2.76	1.15-6.63	0.022
	Ocupación en el hogar	14	32			



Las variables relacionadas con los años de evolución, red de apoyo y tener cuidador presentan asociación con el autocuidado de la persona que padece hipertensión arterial, sin confianza estadística y los resultados se explican fácilmente por el azar.

<b>Análisis bivariado de factores de años de evolución, red de apoyo y cuidador con autocuidado</b>						
<b>Variable</b>	<b>Codificación</b>	<b>No autocuidado</b>	<b>Autocuidado</b>	<b>OR</b>	<b>IC</b>	<b>p</b>
Años de evolución	Mayor de 10 años	16	24	0.85	0.36-2	0.72
	Menor de 10 años	21	27			
Red de apoyo	Sin red de apoyo	7	16	0.51	0.18-1.4	0.19
	Con red de apoyo	30	35			
Cuidador	Sin cuidador	7	8	1.25	0.41-3.83	0.69
	Con cuidador	30	43			



Los factores sociodemográficos, pese a presentar asociación con el control de las cifras de tensión arterial, no se tuvo confianza estadística y los resultados se explicaban fácilmente por el azar.

Análisis bivariado de factores sociodemográficos y control de tensión arterial						
Variable	Codificación	Descontrolado	Controlado	OR	IC	p
Edad	Igual o mayor de 40 años	18	62	0.87	0.16-4.69	0.87
	Menor de 40 años	2	6			
Género	Mujeres	12	41	0.98	0.35-2.73	0.98
	Hombres	8	27			
Escolaridad	Baja (Analfabeta, sabe leer y escribir, primaria y secundaria)	17	56	1.21	0.30-4.81	0.78
	Alta (Bachillerato, licenciatura y maestría)	3	12			
Ocupación laboral	Ocupación fuera del hogar	8	34	0.66	0.24-1.83	0.24
	Ocupación en el hogar 46	12	34			



Las variables relacionadas con los años de evolución, red de apoyo y tener cuidador presentan asociación con el control de las cifras de tensión arterial de la persona, sin confianza estadística y los resultados se explican fácilmente por el azar.

<b>Análisis bivariado de factores de años de evolución, red de apoyo y cuidador con control de cifras de tensión arterial</b>						
Variable	Codificación	Descontrolado	Controlado	OR	IC	p
Años de evolución	Mayor de 10 años	12	28	2.14	0.77-5.92	0.14
	Menor de 10 años	8	40			
Red de apoyo	Sin red de apoyo	4	19	0.64	0.19-2.17	0.48
	Con red de apoyo	16	49			
Cuidador	Sin cuidador	2	13	0.47	0.09-2.28	0.34
	Con cuidador	18	55			

Con relación a la asociación entre control de cifras de tensión arterial y autocuidado, se encontró que una persona con no autocuidado tiene 2.58 veces el riesgo de estar descontrolado de las cifras de tensión arterial, comparado con una persona con autocuidado, sin suficiente confianza estadística y los resultados se explican fácilmente por el azar.

<b>Análisis bivariado de autocuidado y control de cifras de tensión arterial</b>						
Variable	Codificación	Descontrolado	Controlado	OR	IC	p
Control de tensión arterial	No autocuidado	12	25	2.58	0.92-7.16	0.069
	Autocuidado	8	43			



## 9. DISCUSIÓN

Actualmente la hipertensión arterial es una patología cuya prevalencia va en ascenso, siendo una enfermedad silenciosa, ya que en la mayoría de las veces no produce síntomas hasta que no se encuentra en un estadio grave produciendo complicaciones importantes que afectan al corazón, cerebro, vasos periféricos, riñón y ojo. Esta falta de sintomatología puede desencadenar desarrollar conductas de no autocuidado en las personas con hipertensión arterial. Es importante conocer los factores de riesgo de los usuarios del Hospital General “Raymundo G Alarcon” para intervenir en estos y con esto disminuir el riesgo de complicaciones.

De acuerdo con la investigación realizada por Peña- Sainz de la Maza J, en Bilbao a través de un cuestionario para determinar el conocimiento y adherencia terapéutica en la población hipertensa en el que se encuestaron a 45 pacientes. Se observó que existía un predominio del desconocimiento de la patología en 25 (55.6%) pacientes, lo anterior coincide con el presente estudio en donde 46 (52.3%) tienen desconocimiento de la patología. Esto refleja que más de la mitad de los pacientes con hipertensión arterial desconocen sobre la enfermedad que padece. La información sobre la enfermedad es importante para que el paciente con enfermedad cardiovascular logre el control de sus sentimientos y actitudes como también disminución de factores psicológicos como la ansiedad, el estrés y la hostilidad, además el mantener informado al individuo y a la familia acerca de su patología, medidas terapéuticas, como el control de factores de riesgo permite la participación de su autocuidado, es necesario que el personal de salud de primer nivel de atención realice estrategias para enseñar a la persona con hipertensión arterial las acciones a realizar para mantener controlada la enfermedad y evitar con esto complicaciones crónicas.<sup>28</sup>

En un estudio realizado por Lourdes Zubeldia Lauzurica, Joan Quiles Izquierdo, Jordi Mañes Vinuesa y Josep Redón Más, de tipo transversal en el que la muestra incluyó 413 hombres y 415 mujeres. En el que se obtuvo una prevalencia de la hipertensión arterial de 311 pacientes hipertensos (38.2%), de los cuales, se



observó que el 51.4% (160/311) tenía hipertensión arterial conocida. De estos pacientes, el 88.8% (142/160) estaban en tratamiento y de estos el 45.1% (64/142) estaban controlados. Que difiere con este estudio, los 88 pacientes (100%) de la muestra padecía de hipertensión arterial y estaba en tratamiento, de los cuales 68 (77.3) estaban controlados que representan la mayoría de los pacientes, esto probablemente se explique por la selección de la muestra, en ese estudio se incluyeron pacientes sin tomar en cuenta si éste era o no hipertenso, en cambio, en este estudio, fue criterio de inclusión que tuvieran el diagnóstico de hipertensión arterial y que estuvieran bajo tratamiento farmacológico, siendo superior la muestra de pacientes hipertenso en la presente investigación. Existen diversos factores asociados al control de las cifras de tensión arterial, en este estudio las variables sociodemográficas no tuvieron suficiente confianza estadística, lo que coincide con otras investigaciones. <sup>29-30</sup>

De acuerdo con Archury-Beltran LF y colaboradores encontraron que el principal cuidador en las personas con hipertensión arterial fue el cónyuge, lo que difiere de lo obtenido en esta investigación donde el hijo era el principal cuidador. Al igual que en este estudio la principal red de apoyo fue la familiar. Las investigaciones de factores relacionados con la familia han demostrado que hay una fuerte correspondencia entre la familia desintegrada y la falta de práctica del autocuidado; así mismo, un adecuado apoyo familiar se vincula con un adecuado apego al tratamiento y por ende al control de las cifras de tensión arterial; sin embargo, en esta investigación, no hubo asociación significativa entre el contar con red de apoyo y el control de tensión arterial. <sup>31-33</sup>

En la investigación realizada por Aguado Fabian, se obtuvo una frecuencia de conocimiento de 84%(146/172) y autocuidado de 37.7% (65/172), lo que difiere de esta investigación, donde 52.3%(46/88) presentaron conocimiento y 58% (51/88) tenían autocuidado, esta diferencia puede ser resultado de que el tamaño de la muestra de este estudio fue menor y donde la escolaridad que predominó fue la primaria a diferencia del estudio de Aguado donde la escolaridad predominante fue



la secundaria, esto en relación a la frecuencia de conocimiento. Con relación al autocuidado fue mayor en este estudio, originado por los grupos de edad que conformaron la muestra, en esta investigación se conto con la participación de adulto mayor con edad máxima de 87 años, en cambio en el de Aguado Fabian la edad máxima fue de 76 años; además, la participación del sexo femenino fue mayor en este estudio con el 60% y en la de Aguada Fabian la participación del sexo masculino fue mayor con 55.8%, siendo este un factor importante para el autocuidado. Las mujeres tienden a desarrollar conductas de autocuidado en comparación con el sexo femenino, tal como resultado en esta investigación donde ser mujer es un factor protector con una tercera parte del riesgo en comparación con un hombre (OR 0.35, IC 0.14-0.85, p 0.021).<sup>34</sup>

En esta investigación se obtuvo un 58% (51/88) personas con conductas autocuidado, los cuales fueron encuestados en la consulta externa del Hospital General “Dr. Raymundo Abarca Alarcón”, proporción diferente se encontró en pacientes hospitalizados en una investigación realizada por Rivera-Álvarez N donde se encontró 47% presentaron conductas de autocuidado, tal diferencia puede ser resultante de las diferencias presentes en la muestra, la nuestra se presento en consulta externa sin complicaciones aparentes, en cambio en la muestra de la investigación de Rivera las personas estaban hospitalizadas por alguna complicación, misma que pudo ser originada por la falta de autocuidado.<sup>35</sup>

Los alcances de esta investigación fue determinar el control de cifras tensionales en población usuaria de un Hospital de la Ciudad de Chilpancingo, Guerrero México. Se estudiaron factores sociodemograficos, apoyo familiar, cuidador y autocuidado como variables asociadas al control de las cifras de tensión arterial, sin encontrar asociaciones con confianza estadística; sin embargo, en la asociación de estas variables con autocuidado, se encontró que el ser mujer y estar en el hogar permiten tener conductas de autocuidado y se pudieron identificar como variables protectoras. El sexo es una variable no modificable, sin embargo, se debe fomentar más la convivencia familiar y fomentar en la persona con hipertensión arterial el





otorgarse tiempo para preparar sus alimentos y dedicar tiempo a actividades relajantes para mejorar las cifras de tensión arterial.

Las limitantes de la presente investigación, es no estudiar otras variables asociadas al autocuidado como son la percepción de la relación médico paciente, la percepción con el autocuidado familiar, información proporcionada por el personal de salud y acudir a estrategias educativas o de promoción a la salud al interior de una institución de salud. El tamaño de la muestra afectó la confianza estadística en la asociación de autocuidado y control de cifras de tensión arterial. Así mismo, la muestra no representa al resto de la población que no acudió a la Institución de salud donde se llevó a cabo la investigación, debido a que la gente que acude a un área de salud tiene cierto grado de autocuidado en comparación con aquella que no acude. Se requiere realizar investigaciones sobre autocuidado en población abierta, donde se realice la encuesta sin importar si acude o no acude a una institución de salud. Así mismo, el instrumento de recolección de autocuidado es extenso, se requiere de instrumentos con menor número de preguntas con suficiente validez interna y externa para apoyar a investigaciones subsecuentes.

## **10. CONCLUSIÓN**

Respecto al control de la tensión arterial, 7 de cada 10 pacientes que participaron en el estudio tenían control de sus cifras tensionales, lo que refleja una relación directa con el conocimiento que éstos tenían acerca de la enfermedad, especialmente sobre la dieta, factores de riesgo cardiovascular, la medicación, estilo de vida y apoyo social.

La agencia de autocuidado se define como la capacidad que tiene la persona para tomar decisiones sobre su salud y la responsabilidad de su propio cuidado; en la medida que se mejoran estas capacidades de agencia de autocuidado en las personas que viven con hipertensión arterial, se promueve la satisfacción de los requisitos de autocuidado en estados de desviación de la salud y a su vez la promoción de la salud y bienestar de esta población y la prevención de enfermedades coronarias y eventos cerebrovasculares. Esto implica para el



profesional de salud, la creación de programas que promuevan el autocuidado en las personas con hipertensión arterial basados en la teoría del déficit de autocuidado de Orem. De ahí radica la importancia de la creación de una serie de intervenciones educativas destinadas a aumentar el conocimiento de los pacientes sobre esta enfermedad para contribuir a que cambien los hábitos de vida poco saludables y que optimicen el cumplimiento terapéutico, favoreciendo un mejor control en sus cifras de tensión arterial. Debido a que la presente investigación uno de cada dos pacientes carece de conocimiento sobre la hipertensión arterial.

Al utilizar una encuesta como instrumento de recolección de datos, los resultados obtenidos no pueden ser evaluados de manera objetiva, ya que el paciente puede contestar a conveniencia, este sesgo se puede disminuir cuando la persona contesta la encuesta sin presencia del investigador, sin embargo, existiría una gran pérdida de datos.

Se recomienda realizar estudios de investigación con una muestra mayor a la presente en esta investigación, con la finalidad de verificar la asociación entre autocuidado y control de las cifras de tensión arterial, además de involucrar en el autocuidado otros factores como la presencia de comorbilidades como depresión, ansiedad, estudiar la percepción de la relación médico paciente y médico familia.

Los datos de la presente investigación, no se pueden extrapolar al resto de la población con hipertensión arterial que reside en la ciudad de Chilpancingo, Guerrero.



## BIBLIOGRAFIA

1. GPC IMSS-076-08 Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención.
2. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la Hipertensión en el mundo; WHO Document Production Services, Ginebra (Suiza), 2013.
3. Ríos MJ, Cahuana HL, Lamadrid FH, Lozano R. Cobertura efectiva del tratamiento de la hipertensión arterial en adultos en México por entidad federativa; Salud Pública, Mex 2017; 59: 154-164.
4. Rosas MP, Palomo SP, Borrayo GS, Madrid AM, Almeida EG. Consenso de Hipertensión Arterial Sistémica en México. Rev Med Inst Mex Seg Soc 2016; 54 Supl 1: S6-51.
5. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: importancia de mejorar el diagnóstico oportuno y el control, 2012.
6. Campos IN, Hernández BL, Pedroza TA, Medina C, Barquera S. Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. Ensanut MC 2016. Salud Pública Mex 2018; 60: 233-243.
7. López RN, Hurtado D, López LG, Acosta JM, Chazzin G. Una aproximación a conocer la prevalencia de hipertensión arterial, factores de riesgo cardiovascular y estilo de vida en Venezuela 2014; 34 (2): 128-134.
8. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad Federativa, Guerrero. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013. Disponible en: [encuestas.insp.mx](http://encuestas.insp.mx).



9. Cedillo M, Espinosa R, Ocaranza L, Zamora E, Moreno K. Informe sobre la salud de los mexicanos, Diagnostico general de la salud poblacional. Secretaria de Salud, Ciudad de México, 2015.

10. Zubeldia L, Quiles J, Mañes J, Redòn J. Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en población de 16 a 90 años de edad en la Comunitat Valenciana. Rev Esp Salud Pública. Vol. 90; 2016: 1 de abril e1-e11.

11. Sociedad Chilena de Medicina Familiar, Directorio. Cuidado y Autocuidado de los Equipos de Atención Primaria en el Modelo de Salud Familiar. Revista Chilena de Medicina Familiar. Vol. 10 (1); 2011: 13-16.

12. Orellana D, Chacón K, Quizhpi J, Álvarez M. Estudio Transversal: Prevalencia de Hipertensión Arterial, Falta de Adherencia al Tratamiento Antihipertensivo y Factores Asociados en Pacientes de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso. Rev Med HJCA 2016; 8 (3): 252-258. <http://dx.doi.org/10.14410/2016.8.3.ao.42>

13. Prado L, González M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas, Cuba; 2014: 835-845.

14. Achury DM, Sepúlveda GJ, Rodríguez SM. Instrumento para evaluar la capacidad de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. Bogotá, Colombia, 2009 11 (2): 9-25.

15. Recomendaciones de la guía de práctica clínica de hipertensión arterial en el primer nivel de atención. Rev Med Inst Mex Seg Soc. 2016; 54 (2): 249-260.

16. Ofman S, Pereyra C, Stefani D. Autocuidado en pacientes hipertensos esenciales en tratamiento, diferencias según género. Boletín de Psicología, No. 108, julio 2013, 91-106.



17. Vega O, González D. Teoría del déficit de autocuidado: Interpretación desde los elementos conceptuales. Universidad Francisco de Paula Santander, Colombia. Vol. 4 (4); 2001, 28-35.

18. Galindo M, Rico L, Padilla N. Efecto de los factores socioculturales en la capacidad de autocuidado del paciente hospitalizado con diabetes tipo 2. Aquichan, Colombia. 2014, Vol. 14, No. 1, 7-19.

19. Lange I, Bustamante C, Alcayaga C. Del Autocuidado al Automanejo: La escuela de enfermería UC en la vanguardia del cuidado crónico. Chile, 2016, 37-45.

20. Rocha Velázquez, M.E., Ruiz Paloalto, M. L., Padilla Raygoza, N. Correlación entre factores socioculturales y capacidades de autocuidado en adulto maduro hipertenso en un área rural de México. Acta Universitaria, 2017, Vol. 27, No. 4, 52-58.

21. Valverde IM, Pagés NP. Adherencia terapéutica: factores modificadores y estrategias de mejora. Ars Pharmaceutica Universidad de Granada, España, 2018.

22. Olguín-Trejo C, Trejo-Hernández A, Nieto- Moran K. Grado de conocimiento que tienen los pacientes con hipertensión acerca del accidente vascular cerebral como posible complicación de su enfermedad y su capacidad de autocuidado. Querétaro, México. 2018, Vol. 38, 51-58.

23. Cabrera Cedeño, M.A., Gómez González, K.A., Rodríguez Marín, J.E. Autocuidado y adherencia al tratamiento en funcionarios universitarios con factores de riesgo cardiovascular modificables. Rev Mex Enferm Cardiol. 2018; 26(2): 36-44.

24. Higuera-Dagovett, E., Garzón, D.I. Posturas de autocuidado, relaciones y significado de la hipertensión arterial. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2019; 35 (2):e667.



25. Baquero Pérez, D.S., Mora Sánchez, M.P., Rada Salinas, L. Determinantes sociales de la salud influyentes en la complicación de pacientes hipertensos y diabéticos que padecen insuficiencia renal. Rev Med Risaralda. 2019; 25 (1), 15-21.
26. Cruz Medina, A., Martínez Oñate, S. Conocimiento y práctica en el autocuidado de pacientes hipertensos. Venezuela. 2019; Vol. 3 (6), 786-797
27. Secretaria de Salud. NOM-030-ssa2-2009, para la Prevención, Detección, Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial Sistémica.
28. Peña Sainz de la Maza, J. Hipertensión arterial: estudio de conocimientos y adherencia terapéutica en población de Bilbao. [Online] Universidad Pública de Navarra. Junio 2014. Available at: <http://academicae.unavarra.es/bitstream/handle/2454/11277/JaionePe%C3%B1aSaainzdeLaMaza.pdf?sequence=1>
29. Zubeldia Lauzurica L, Quiles Izquierdo J, Mañes Vinuesa J, Redón Más J. Conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión arterial en la población de 16 a 90 años de la Comunitat Valenciana, 2010. Rev Esp Salud Pública. [Online] Valencia España, 2016; Vol. 90; Available at: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272016000100425](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100425)
30. Tuesca-Molina R, Guallar-Castillón P, Banegas-Banegas JR, Graciani-Pérez. Factores asociados al control de la hipertensión arterial en personas mayores de 60 años en España. Rev Esp Salud Pública 2006; 80: 233-242
31. Achury Beltrán LF, Achury Saldaña DM, Rodríguez Colmenares SM, Sepúlveda Carrillo GJ, Padilla Velasco MP, Lauro Umaña YM, et al. Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo [Internet]. 2012;14(2):63-83. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145226758005>



## ANEXOS

32. Méndez-López DM, Gómez-López VM, García-Ruiz ME, Pérez-López HJ, Navarrete-Escobar. Disfunción Familiar y control del paciente diabético tipo 2. Rev Med IMSS 2004; 42(4):281-284.

33. Marín-Reyes F, Rodríguez-Morán M, Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Salud Pub Méx 2001; 43(4). El texto completo en inglés de este artículo está disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

34. Aguado-Fabia E, Arias-Guisado M, Sarmiento-Almidón E, Danjoy-León D. Asociación entre conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos, consultorio de cardiología, Hospital Nacional. Rev enferm Herediana. 2014;7(2):132-139.

35. Rivera-Álvarez LN. Capacidad de agencia de autocuidado en personas con hipertensión arterial hospitalizadas en una clínica de Bogotá, Colombia. Rev. salud pública. 8 (3):235-247, 2006



Secretaría  
**de Salud**

**SECRETARÍA DE SALUD**  
SECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES  
DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
SUBDIRECCIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN



# ANEXOS





**Anexo: 1**

**Cuestionario de Capacidad de Agencia de Autocuidado en el Paciente Hipertenso.**

**Instrucciones:**

Este cuestionario tiene como propósito conocer las capacidades de autocuidado de los pacientes con hipertensión arterial.

El objetivo es obtener datos confiables por lo que es importante que lea cuidadosamente cada pregunta y responda con honestidad. Esta información será confidencial.

En este cuestionario encontrará una serie de preguntas con varias opciones de respuesta, favor de marcar la opción que se adapte a su situación.

Nº de Cuestionario: \_\_\_\_\_ Fecha de valoración: \_\_\_\_\_ Sexo: 1:  Fem. 2:  Masc.

Edad: 1:  :20-39 2:  :40-59 3:  :60-80 4:  Mas de 81

Ocupación: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Tiempo de evolución de la Enfermedad: \_\_\_\_\_ Asiste a un grupo de Autoayuda 1) Si 2) No

<b>CAPACIDADES FUNDAMENTALES</b>	Nunca (1)	Casi nunca (2)	A vece s (3)	Casi siempre (4)	Siempre (5)
1. Siento que mi estado de ánimo me permite cuidarme					
2. Cuando duermo de 6 a 8 hrs. Diarias me siento descansado					
3. Invierto tiempo en mi propio cuidado					
<b>COMPONENTES DE PODER</b>					
4. Considero importante hacer ejercicio.					
5. Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad.					
6. Considero q conozco como actúan y las acciones desfavorables de los medicamentos que tomo actualmente para controlar la presión arterial.					
7. Cuando inicio un nuevo medicamento, solicito al profesional de enfermería me proporcione información necesaria para la correcta administración.					
<b>CAPACIDAD PARA OPERACIONALIZAR</b>					
8. Considero que la cantidad máxima de sal que puedo utilizar para todo el día en la preparación y consumo de alimentos son 2 cucharaditas de sal					
9. Reemplazo mi tratamiento por terapias alternativas					
10. Considero que el profesional de enfermería me escucha y aclara mis inquietudes.					
11. Conozco las complicaciones derivadas de mi enfermedad.					
12. Camino diariamente como mínimo 30 minutos					
13. Realizo cambios según las necesidades para mantener la salud y manejar adecuadamente la enfermedad.					
14. Realizo cambios en mi dieta para mantener un peso adecuado.					
15. Evaluó si las medidas que he tomado en el manejo de mi enfermedad permiten garantizar mi bienestar y el de mi familia					
16. Consumo en mi dieta comidas ricas en verduras, frutas, fibra y baja en grasas.					
17. Siento que mi enfermedad ha generado dificultades en el desarrollo adecuado de mi vida sexual.					



## Anexo 2

### Consentimiento informado

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.

LUGAR Y FECHA \_\_\_\_\_

Por medio del presente autorizo mi participación en el protocolo de investigación titulado: "Factores asociados al autocuidado, para el control de las cifras tensionales en pacientes con hipertensión arterial sistémica, en el Hospital General "Dr. Raymundo Abarca Alarcón", durante el periodo de enero a mayo de 2019." Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud con el número:

El Objetivo del estudio es: Evaluar Factores asociados al autocuidado, para el control de las cifras tensionales en pacientes con hipertensión arterial sistémica, en el Hospital General "Dr. Raymundo Abarca Alarcón", durante el periodo de enero a mayo de 2019.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en: responder un cuestionario tipo Likert de 17 reactivos con el cual se evaluará la capacidad de agencia de autocuidado y su asociación al control de las cifras tensionales en el paciente hipertenso. Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación o representado en el estudio, que son los siguientes: conocer el grado Agencia de Autocuidado de la hipertensión arterial y de esta manera implementar nuevas estrategias de salud y mejorar aquella con las que se cuentan actualmente. El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibe en el instituto. El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificara en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia o representado en el mismo. En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse Investigador responsables: Dr. Jorge Ulises Damián Díaz, Médico residente del curso de especialización en Medicina Familiar. Acepto participar en el proyecto de investigación titulado: Factores asociados al autocuidado, para el control de las cifras tensionales en pacientes con hipertensión arterial sistémica, en el Hospital General "Dr. Raymundo Abarca Alarcón", durante el periodo de enero a mayo de 2019.

**Nota:** Si usted identifica que se han violado sus derechos puede reportarlo al CEEI al teléfono (presidente del CEEI) 01 (747) 49 43 100 Ext. 1235 y/o al correo [martha.teliz@hotmail.com](mailto:martha.teliz@hotmail.com)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento



Secretaría  
de Salud

**SECRETARÍA DE SALUD**  
SECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES  
DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD  
SUBDIRECCIÓN DE EDUCACIÓN MÉDICA E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN



#### Anexo 4. Dictamen de aceptación

C: \_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_ hrs.

Del día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2018. Acepto la realización del trabajo de investigación titulado: Factores asociados al autocuidado, para el control de las cifras tensionales en pacientes con hipertensión arterial sistémica, en el Hospital General “Dr. Raymundo Abarca Alarcón”, durante el periodo de enero a mayo de 2019.

Manifiesto que, tras haber leído el documento de consentimiento informado, me considero adecuadamente informado y haber aclarado todas mis dudas con el personal del equipo investigador.

Por lo tanto, doy mi consentimiento para la realización de la recolección de datos de formatos de referencia de pacientes atendidos en el Hospital General “Dr. Raymundo Abarca Alarcón” de la ciudad de Chilpancingo, Gro. durante el periodo de enero a mayo de 2019 que cuentan con hoja de referencia.

Nombre y firma del aceptante

\_\_\_\_\_

Nombre y firma del testigo

\_\_\_\_\_

**De acuerdo a la Guía nacional para la integración y el funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación**