



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería

División de Estudios de Posgrado

Maestría en Enfermería



Efecto de una intervención educativa para mejora de las
dimensiones de capacidades fundamentales, componentes
de poder y capacidad de operacionalizar la agencia de
autocuidado en personas hipertensas de una localidad
rural

T E S I S

Que para tener el grado de
Maestra en Enfermería con Terminal en Adulto Mayor
Presenta

L.E. Nora Noemí Valdovinos Castañeda

Directora

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Codirectora

Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla

Revisora

Dra. Azucena Lizalde Hernández

Morelia, Michoacán

Septiembre 2025



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Facultad de Enfermería

División de Estudios de Posgrado

Maestría en Enfermería



Efecto de una intervención educativa para mejora de las
dimensiones de capacidades fundamentales, componentes
de poder y capacidad de operacionalizar la agencia de
autocuidado en personas hipertensas de una localidad
rural

T E S I S

Que para tener el grado de
Maestra en Enfermería con Terminal en Adulto Mayor
Presenta

L.E. Nora Noemí Valdovinos Castañeda

Directora

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Codirectora

Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla

Revisora

Dra. Azucena Lizalde Hernández

Morelia, Michoacán

Septiembre

2025

Directivos

M.E. Renato Hernández Campos

Director

M.E. María Guadalupe Ortiz Mendoza

Secretaría Académica

L.E. Sarai Arzate Carranza

Secretaria Administrativa

Mesa sinodal

Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla

Presidenta

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Vocal 1

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala

Vocal 2

Dr. José Luis Cira Huape

Vocal 3

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar

Vocal 4

Acta de revisión

La ME. Ruth Esperanza Pérez Guerrero Profesora e Investigadora Asociada “A” adscrita a la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

CERTIFICA

Que ha dirigido el trabajo de tesis titulado “**Efecto de una intervención educativa para mejora de las dimensiones de capacidades fundamentales, componentes de poder y capacidad de operacionalizar la agencia de autocuidado en personas hipertensas de una localidad**” elaborado por la Licenciada en Enfermería **Nora Noemí Valdovinos Castañeda**, misma que presenta para la obtención del grado de **Maestra en Enfermería con Terminal en Adulto Mayor** en la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo.

ME. Ruth Esperanza Pérez Guerrero
Profesora- Investigadora Asociada “A”
Facultad de Enfermería

Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla
Profesora- Investigadora Titular “B”
Facultad de Enfermería

Dra. Ma. Lilia Alicia Alcántar Zavala
Profesora- Investigadora Titular “B”
Facultad de Enfermería

Dr. José Luis Cira Huape
Profesor- Investigador Titular “C”
Facultad de Enfermería

Dra. Mayra Itzel Huerta Baltazar
Profesora- Investigadora Titular “B”
Facultad de Enfermería

Dedicatoria

En primer lugar doy infinitamente gracias a Dios, por haberme dado fuerza y valor para culminar esta etapa de mi vida.

Agradezco también la confianza y el apoyo brindado por parte de mi madre María de Jesús Castañeda García, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me ha demostrado su amor, corrigiendo mis faltas y celebrando mis triunfos.

A mi padre Víctor Luis Valdovinos Gutiérrez, que siempre lo he sentido presente en mi vida. Y sé que está orgulloso de la persona en la cual me he convertido.

Agradezco especialmente a mis hermanos Víctor Luis, José Heriberto, Noé, Alejandro, Gabriel, quienes con su ayuda, cariño y comprensión han sido parte fundamental de mi vida.

A mi hermana Nelly Jully, que con sus consejos me ha ayudado a afrontar los retos que se me han presentado a lo largo de mi vida.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

Agradecimientos

Quisiera dar mi más sentido agradecimiento a mi asesora M. E. Ruth. Pérez Guerrero, por la orientación y ayuda que me brindo para la realización de la tesis, por brindado su confianza y apoyo, así como también sus consejos, no solo como asesora también como amiga.

Mil gracias a la Maestra Claudia Guadalupe Álvarez Huante y al Dr. José Luis Cira Huape por su apoyo incondicional.

A mis amigas que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y que hasta ahora seguimos siendo amigos: Roció Rodríguez Galván, Ana Karina Suarez Alejandre, Leydi Duran Herrera.

Al centro de salud por haberme brindado información a mis compañeras, Fanilandia Rodríguez Rodríguez, Bricia Catalina Alfaro Rubio.

También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación.

¡Gracias!

Resumen

Introducción. Agencia de autocuidado, capacidad individual para participar en el propio cuidado. Hipertensión, es un trastorno en que los vasos sanguíneos tienen una tensión persistentemente alta, lo que puede causar daños en el organismo; afecta 1130 millones de personas a nivel mundial. Enfermería fomenta la capacidad individual para participar en su autocuidado. Objetivo. Evaluar el efecto de la intervención educativa de enfermería para mejorar las dimensiones de capacidades fundamentales, componentes del poder y capacidad de operacionalizar la agencia de autocuidado en personas hipertensas de una localidad rural. Material y métodos. Estudio preexperimental con manipulación de la variable, sin control de esta en un grupo experimental, prospectivo, longitudinal con series temporales interrumpidas con repeticiones. Muestra conformada 105 adultos de un Municipio en Michoacán. Instrumento: "capacidad de agencia de autocuidado en personas hipertensas. Resultados. Los participantes 55.2% (58) cursaron nivel escolar primaria; 67.6% (71) eran casados; 58.1% (61) se ubica, la edad fluctuó entre 50 y 67 años; 75.2% (79) conocimiento de signos y síntomas tenían conocimiento de hipertensión 88.6% (93) capacidad de agencia de autocuidado alta. los resultados de la Prueba de Wilcoxon para la variable de estudio, donde se exponen las diferencias de la agencia de autocuidado pre y post medición, los resultados indican una diferencia estadísticamente significativa entre ambas mediciones ($Z=-8.905$; $p<0.001$). Conclusiones. El 88.6% (93) de los participantes presentaron capacidad de agencia de autocuidado alta. Se encontraron diferencias significativas en pre y post medición en las dimensiones: capacidad fundamental consideradas como las habilidades básicas del individuo (percepción, memoria y orientación); componente de poder, las cuales son habilidades que impulsan el individuo a la acción de auto cuidarse.

Palabras clave. Educación, Calidad de la atención en salud, Autocuidado, Hipertensión (DeCS/MeSH).

Abstract

Introduction. Self-care agency, individual ability to participate in one's own care. Hypertension is a disorder in which the blood vessels have a persistently high tension, which can cause damage to the body; it affects 1130 million people worldwide. Nursing promotes the individual ability to participate in their self-care. Objective. To evaluate the effect of the nursing educational intervention to improve the dimensions of fundamental capacities, components of power and capacity to operationalize the self-care agency in hypertensive people in a rural locality. Material and methods. Pre-experimental study with manipulation of the variable, without control of it in an experimental, prospective, longitudinal group with time series interrupted with repetitions. Sample made up of 105 adults from a municipality in Michoacán. Instrument: "Self-care agency capacity in hypertensive people. Results. The Participants 55.2% (58) attended primary school; 67.6% (71) were married; 58.1% (61) are located, the age fluctuated between 50 and 67 years; 75.2% (79) knowledge of signs and symptoms had knowledge of hypertension 88.6% (93) high self-care agency capacity. In the results of the Wilcoxon Test for the study variable, where the differences in the pre- and post-measurement self-care agency are exposed, the results indicate a statistically significant difference between both measurements ($Z=-8.905$; $p<0.001$). Conclusions. 88.6% (93) of the participants had high self-care agency capacity. Significant differences were found in pre- and post-measurement in the dimensions: fundamental ability considered as the basic skills of the individual (perception, memory and orientation); power component, which are skills that drive the individual to take care of themselves.

Keywords: Education, Quality of Health Care, Self Care, Hypertension (DeCS/MeSH).

Tabla de contenido

Directivos	2
Mesa sinodal.....	3
Acta de revisión	4
Dedicatoria.....	5
Agradecimientos	6
Resumen.....	7
Índice de tablas.....	12
Introducción	13
1. Justificación.....	16
2. Planteamiento del problema	25
3. Objetivos	28
3.1. General.....	28
3.2. Específicos	28
4. Hipótesis	28
5. Marco teórico	30
5.1 Definición.....	30
5.1.1. Intervenciones y Actividades	32
5.1.2. Planeación de la intervención: educación sanitaria.....	34
5.1.3 Evaluación	35
5.2 Agencia de Autocuidado de Dorothea E. Orem	36
5.2.1 Definición de los conceptos metaparadigmáticos	37
5.2.2 Persona	38
5.2.3 Entorno	38
5.2.4 Salud	38
5.2.5 Cuidado o Enfermería	38

5.2.6. Micro teorías Teoría del autocuidado	39
6. Material y métodos.....	50
6.1. Tipo y diseño de estudio	50
6.2. Límites de tiempo y espacio.....	50
6.3. Universo	50
6.3.1. Muestra.....	50
6.4. Definición de variables y unidades de medida	50
6.5 Criterios de selección	51
6.5.1 Criterios de inclusión	51
6.5.2. Criterios de exclusión	52
6.5.3. Criterios de eliminación	52
6.6 Instrumento de recolección de la información	52
6.7 Procedimiento	54
6.8 Definición del procedimiento y presentación de la información	55
6.9 Plan de difusión y publicación de resultados	55
6.10 Consideraciones éticas y legales	55
7 Resultados.....	59
8 Discusión	64
9 Conclusión.....	66
10 Sugerencias	68
11 Referencias bibliográficas.....	70
12 Anexos	75
Anexo I. Cédula de colecta de datos.....	75
Anexo II. Cuestionario sobre la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial	76
XIII.Apéndices.....	77

Apéndice A. Operacionalización de variables.....	77
Apéndice B. Hoja de Consentimiento informado	78
Apéndice C. Autorización del comité de investigación y bioética	79
Apéndice D. Certificado de Participación	80
Apéndice E. Plan de Intervención Educativa para Mejora de la Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas Hipertensas de un Centro de Salud.....	81
Apéndice F. Reporte antiplagio	121
Apéndice F. Formato de declaración de originalidad y uso de inteligencia artificial	123

Índice de tablas

No.	Título	Página
1	Fiabilidad del Instrumento	53
2	Rangos ponderales para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado	54
3	Escolaridad de las personas hipertensas	59
4	Estado civil de los participantes	60
5	Conocimiento de signos y síntomas de hipertensión de los participantes de un centro de salud de Michoacán	60
6	Edades de personas hipertensas de los participantes de un centro de salud de Michoacán	61
7	Capacidad de agencia de autocuidado de los participantes de un centro de salud de Michoacán colocar el pre	61
8	Prueba de Wilcoxon+ para la dimensión de la variable de estudio, capacidad fundamental	62
9	Prueba de Wilcoxon para la dimensión de la variable de estudio, componente de poder	62
10	Prueba de Wilcoxon para las dimensiones de la variable de estudio, capacidad operacionalizar	63

Introducción

La hipertensión arterial es un trastorno por el cual los vasos sanguíneos tienen persistentemente una tensión elevada (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).

La hipertensión es una enfermedad que a nivel mundial afecta a 1130 millones de personas con hipertensión, y la mayoría de ellas (cerca de dos tercios) vive en países de ingresos bajos y medianos afecta un 25% anualmente 9.4 millones mueren (Campus & Barquera, 2019). En México durante el año 2016 la prevalencia fue de 30.2%. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición [ENSANUT] (2016), 24.6% de los mexicanos con nivel socioeconómico bajo tenía HTA y sólo 47.1% de ellos habían sido diagnosticados. (Campus & Barquera, 2019,).

En Michoacán, el Programa Sectorial de Salud, refiere que las enfermedades crónicas no transmisibles que también tienen que ver con los estilos de vida, representan el uno por ciento del total de diagnósticos registrados, otras llevan su tratamiento con calidad de vida adecuada (Secretaría de Salud del Estado de Michoacán 2015-2021).

El documento se encuentra estructurado en capítulos. El capítulo I está conformado por la justificación, donde se presenta la magnitud, trascendencia, vulnerabilidad, factibilidad y estudios relacionados también se incluye el planteamiento del problema y la pregunta de investigación, seguido de los objetivos y la hipótesis de investigación.

El capítulo II presenta el marco teórico, donde se desarrolla la variable de estudio y el referente teórico de Dorothea Orem, que le da sustento a esta investigación. El capítulo III contiene la metodología propuesta para el estudio, tipo y tamaño de la muestra, así como los criterios de selección, instrumentos, procedimiento y análisis estadístico.

El capítulo IV contiene resultados, discusión, conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas, anexos y apéndices. El cual abonará a los trabajos del Cuerpo académico estilo de vida saludable CA UMSNH-CAEC-230, la LGAC Cuidado de enfermería, salud del trabajador y nutrición.

Capítulo I

1. Justificación

La hipertensión arterial (HTA) constituye un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares, tales como la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad coronaria, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad renal crónica y la enfermedad vascular periférica (Huerta et al, 2023, pp.552).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que a nivel mundial existen 1280 millones de personas hipertensas, y dos tercios reside en naciones con ingresos bajos y medianos. En 2021, Carrión et al identificó que 6 de cada 10 mujeres presenta mayor prevalencia de hipertensión que los hombres.

La Organización Mundial de la Salud calcula que hay 1280 millones de individuos en el planeta que padecen de hipertensión, y la mayor parte de ellos (aproximadamente dos tercios) reside en naciones con ingresos bajos y medios.

Uno de los objetivos globales para las enfermedades no contagiosas es disminuir en un 25% la prevalencia de la hipertensión para 2025 (Organización Panamericana de la Salud, 2024).

La HTA causa anualmente 9.4 millones de muertes en el mundo y contribuye al 12.8% de la mortalidad por todas las causas. En años recientes, la prevalencia de HTA en naciones de ingresos bajos ha ascendido al 40% y en México, en el año 2016, alcanzó el 30.2%. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016 ENSANUT (2016), el 24.6% de los mexicanos con un nivel socioeconómico bajo padecían de HTA y solo el 47.1% había sido diagnosticado (Campus & Barquera, 2018, pp. 233_243).

En Michoacán, el Programa Sectorial de Salud, refiere que las enfermedades crónicas no transmisibles que también tienen que ver con los estilos de vida, representan el 1.0 por ciento, del total de diagnósticos registrados. La hipertensión arterial es la tercera causa de morbilidad con una tasa 382 por 100, 000 habitantes., en comparación con la reporta

da a nivel nacional 358 (Secretaría de Salud del Estado de Michoacán, 2015-2021).

De acuerdo con estadísticas en Estados Unidos, la hipertensión arterial se encuentra presente en el 69% de los pacientes con infarto agudo de miocardio, en el 77% de los pacientes con ACV y en el 74% de aquellos que desarrollan fallo cardíaco. Además, es el factor de riesgo más significativo para el surgimiento de insuficiencia renal, fibrilación auricular y diabetes mellitus (Salazar & Costa, 2016, pp. 60_66).

La hipertensión arterial es un importante factor de riesgo independiente de la enfermedad arterial coronaria (EAC) para todos los grupos de edad, raza y sexo. Tomando como criterio más de 140/90 mm Hg, se estima que 65 millones de adultos en Estados Unidos, o cerca de un cuarto de la población adulta de la nación, padecen de hipertensión arterial sistémica (HTAS) (Salazar & Costa, 2016, pp. 60_66).

La repercusión socioeconómica de las enfermedades crónicas esenciales del adulto (ECEA) de Riesgo Cardiovascular resulta devastadora para cualquier sistema sanitario global, dado que son enfermedades no curables, con secuelas que en su mayoría resultarán incapacitantes. Se estima que solamente 10 % de la población hipertensa en México está realmente en control óptimo. Esto podría ayudar a entender por qué el índice de urgencias hipertensivas y sucesos vasculares cerebrales, diabetes, insuficiencia renal crónica, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca y retinopatía hipertensiva, entre otros, se incrementa y no disminuye como sucede en otras naciones (Morales & Acosta 2017).

Las complicaciones de la HTA están vinculadas directamente con la intensidad del incremento en la presión arterial y la duración de la enfermedad. Por esta razón, es crucial identificar y tratar de manera precoz la hipertensión arterial, así como las condiciones asociadas como diabetes, consumo de tabaco o aumento anormal de la frecuencia cardíaca. Un promedio de 15 millones de adultos mayores de 70 años de edad, y con una mayor incidencia en hombres (32.6%) que en mujeres (29%), serán diagnosticados con

este padecimiento, agregó el especialista en Cardiología, (Federación Mexicana de Diabetes 2022).

En el Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS] se reportaron en 2012 los resultados de la carga por enfermedad en 2010; según estos, el 27 % del total de mortalidad fue secundario a enfermedades cardiovasculares.

El rol de profesional de enfermería en personas con hipertensión arterial se enfoca en la importancia de la Enfermería Educativa, del impacto que ésta ha tenido a través de su primera intervención en la vida humana y del que ésta puede tener en nuestra forma de vida si la practicamos correctamente, sobre todo si nos vemos afectados con hipertensión arterial.

El cuidar representa una manifestación profundamente humana: vernos reflejados en el "otro", en otras palabras, vernos reflejados en nosotros mismos. Las personas al ser diagnosticadas con una enfermedad crónica se enfrentan a una tarea nueva, desconocida y más aún, atemorizante. Aunado a ello la persona sufrirá una serie de cambios psicológicos, sociales y físicos para asimilar el rol de personas con una enfermedad crónica. La única forma de asegurar una asimilación de este nuevo rol, es que él esté preparado para ser gestor de su autocuidado.

Las personas con hipertensión arterial no tienen conocimiento de los cuidados para el control de la misma, por eso es importante que el profesional de enfermería capacite a los pacientes para que adquieran los conocimientos y habilidades para el control de la enfermedad.

Los estudios previos relacionados con la capacidad de agencia de autocuidado en personas hipertensas, se realizó una búsqueda en bases de datos, revistas electrónicas, encontrando lo siguiente:

La investigación denominada "Agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión en el Hospital Erasmo Meoz". El objetivo era evaluar la capacidad de

autocuidado de los pacientes hipertensos que reciben atención externa en el Hospital Universitario Erasmo Meoz. Material y método. Se realizó un estudio descriptivo, transversal, abordaje cuantitativo con muestreo no probabilístico, a 200 hipertensos se les aplicó el cuestionario de evaluación de la capacidad de agencia de autocuidado. A nivel global se encontró que un porcentaje representativo de los encuestados (62,5%) presentó mediana capacidad de agencia de autocuidado; el 37,0% alta capacidad y baja un 0,5%. Discusión. Plantean para la enfermería la creación de estrategias de intervención educativa y asistencial que incentiven y respalden a las personas con hipertensión, con el fin de que sean autosuficientes en su propio cuidado. (Suarez & Vega, 2015, pp 45_58).

La agencia del autocuidado se refiere a la habilidad del individuo para cuidarse a sí mismo, en la que pueden intervenir varios factores propios o factores condicionantes que impacten las características de la salud del individuo. Meta: Examinar la habilidad de la mujer de autocuidado para prevenir la enfermedad cardiovascular. Métodos: revisión bibliográfica en textos, datos oficiales registrados en bases de datos de buscadores de meta reconocidos a nivel mundial, por lo que se aconseja promover investigaciones evaluativas del proceso educativo para llevar a cabo un análisis exhaustivo de las estrategias de enseñanza, aprendizaje y dominio conceptual que permitan retroalimentar de forma contextual la eficacia de los programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades. (Mantilla & Toloza, 2016, pp. 32_40).

En la Hipertensión Arterial (HTA) existen una serie de factores asociados a la misma que inciden en la Calidad de Vida Relacionada con la Salud [CVRS] de la población en general, como es el caso de la diabetes mellitus, el hábito tabáquico, alimentación, etc. se ha realizado un estudio observacional, descriptivo y transversal, en 33 pacientes hipertensos con una edad media de $73,24 \pm 5,55$ años; 20 hombres (60,6%) y 13 mujeres (39,4%), Se encontró una correlación estadísticamente significativa entre peso y rol físico y

el Índice de Masa Corporal (IMC);. el aumento de la edad y/o el IMC se relacionan con peor CVRS (Campos & Barquera, 2015, pp. 282_289).

Se midió la tensión arterial a 8 352 adultos que participaron en el diagnóstico de HTA, o presentaban cifras de tensión arterial sistólica (TAS) ≥ 140 mmHg o tensión arterial diastólica (TAD) ≥ 90 mmHg.

Se consideró controlada la tensión arterial cuando la TAS < 140 mmHg y la TAD < 90 mmHg. Un gran número de adultos desconocen tener esta condición.

HTA y casi la mitad de ellos posee un control insuficiente. Se debe valorar la relevancia de los programas actuales de diagnóstico de HTA y la eficacia de sus tácticas de control. (Campos & Barquera, 2015, pp. 282_289).

Las patologías crónicas demandan tácticas innovadoras que influyan en el autocuidado. La visión de los pacientes respecto al uso de las tecnologías de la información y la comunicación es favorable y provoca modificaciones en elementos como la dieta y el cumplimiento de los medicamentos, por lo que se convierte en un instrumento para fomentar estilos de vida saludables y la gestión de enfermedades crónicas no contagiosas.

Existe un estudio longitudinal en la que se incluyeron 90 pacientes de una institución de salud externa en Manizales para recibir mensajes de texto. Se seleccionaron individuos de 18 años en adelante con diagnóstico de hipertensión arterial o diabetes mellitus, con su propio teléfono móvil o de un cuidador próximo que aceptaran recibir los mensajes de texto en su teléfono móvil. Los correos incluían datos acerca de hábitos de vida saludables y se enviaron durante 29 semanas. 68 individuos finalizaron el rastreo. Resultados: el 100% de los pacientes que confirmaron la recepción de los mensajes percibieron una mejoría en su autocuidado; evidenciándose cambios en la dieta (95,16%) y mejoría en la adherencia a la medicación (59%), además de calificarse la utilidad del servicio como excelente por el 61,5% de los sujetos. No obstante, no se detectaron alteraciones estadísticamente relevantes en variables clínicas y de laboratorio, es necesario realizar investigaciones

estandarizadas a largo plazo para establecer el verdadero impacto en variables clínicas y su relación costo-beneficio. Además se deberá individualizar el tipo de población que obtendría mayor beneficio (Molina *et al.*, 2016, pp 29).

Otro estudio tuvo como objetivo identificar la eficacia de intervenciones educativas en la adherencia terapéutica de un grupo de pacientes hipertensos. Esto se constituye en una oportunidad para continuar haciendo esfuerzos a fin de lograr mejores resultados en el tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas.

Este es un estudio exploratorio con abordaje cualitativo fenomenológico, adelantado con una muestra de 30 pacientes hipertensos de ambos sexos, residentes en el barrio El Carmen del municipio de Toluvié, Sucre. De acuerdo con la ficha de caracterización socioeconómica, la edad de los 30 participantes oscila entre 43 y 81 años, un porcentaje representativo tiene un bajo grado de escolaridad, aproximadamente 10% de los casos tiene asociadas patologías como diabetes, hipertrigliceridemia e hipercolesterolemia, que se constituyen en factores de riesgo cardiovascular importantes, y un 30%, obesidad, uso de tabaco y alcohol, comportamientos que pueden ser modificables.

La intervención educativa pudo ejercer algún impacto directo y eficaz en el grupo de estudio, lo que impactó en los resultados de la segunda aplicación del test de Morisky-Green. Se sugiere entonces que un trabajo permanente con el paciente hipertenso y sus cuidadores incrementará el porcentaje de adherencia al tratamiento. Se recomienda evaluar la conveniencia de utilizar otro método para determinar el cumplimiento terapéutico a fin de minimizar la falta de objetividad del test utilizado (Martínez & Sequeda, 2016).

Otra investigación se propuso evaluar el impacto de un programa educativo en la habilidad del paciente hipertenso para autocuidado en una institución de segundo nivel. Se llevó a cabo una investigación de intervención pre y posttest en 83 pacientes diagnosticados con hipertensión arterial, a los que se les aplicó el instrumento de evaluación de la capacidad de autocuidado en el individuo con hipertensión. El hallazgo reveló que el

programa educativo incrementó tanto la habilidad de la agencia de autocuidado mundial como sus rangos, hallando relevancia estadística con un valor de probabilidad inferior a 0,002 y 0,0001 respectivamente. En conclusión, el plan educativo permitió alcanzar conductas permanentes de autocuidado que facilitan el autoconocimiento, la modificación del comportamiento así como la adquisición de conocimientos y habilidades (Achury & Padilla, 2013, pp. 363_372).

En la pirámide poblacional Colombia es un país con un cambio ya que la expectativa de vida a nivel nacional ha aumentado. Ello se traduce en una alta prevalencia de enfermedades crónicas en los adultos mayores, resaltando la hipertensión arterial, como oportunidades de fortalecimiento para el desarrollo de una estrategia educativa que promueva los hábitos saludables (alimentación y actividad física) como parte del manejo integral de la hipertensión arterial en el adulto mayor. Se desarrolló en tres etapas.

Esta fue la exigencia de incorporar la cultura, las costumbres y los recursos municipales como elementos que faciliten el seguimiento de estilos de vida saludables por los adultos mayores para la regulación de la presión arterial. Las intervenciones encaminadas a promover la adherencia de estilos de vida saludables en los adultos mayores (López *et al.*, 2017, pp. 70_72).

Las afecciones vinculadas al envejecimiento de la población inciden en la morbilidad y la mortalidad de estos grupos. Para medir la eficacia de una intervención cognitivo-conductual implementada en los ancianos con hipertensión en el nivel primario de atención en los municipios de Cárdenas y Santiago de Cuba, a lo largo de 2011-2013. Se seleccionó como grupo de intervención a 399 adultos mayores de las zonas Carlos Juan Finlay y Héroes del Moncada, mientras que como grupo de control se seleccionó a 377 adultos mayores de las zonas Julián Grimau y José Antonio Echeverría. La acción implicó la implementación de una táctica sistemática para promover el entendimiento de la enfermedad y cambiar los estilos de vida. La intervención cognitivo-conductual aplicada a

los ancianos en el primer nivel de atención de los municipios estudiados fue efectiva para mejorar el control de la hipertensión arterial, especialmente porque generó una mayor adherencia al tratamiento (García *et al.*, 2016, pp.41_48).

Las cardiopatías isquémicas (CI), de acuerdo con cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), lideraron la tasa de mortalidad global en 2015 a nivel nacional, mientras que en 2013 se estableció como la primera causa de fallecimiento. Para establecer la correlación entre la capacidad de agencia de autocuidado y la autoeficacia, se realizó un estudio de correlación de tipo transversal, con enfoque cuantitativo, fundamentado en la teoría de déficit de autocuidados de Orem y la te La muestra estuvo compuesta por 61 individuos, a los que se les aplicó la escala de valoración de la agencia de autocuidado, versión segunda en español, y la escala de autoeficacia global. Se halló un resultado de ($rc=0.879$, $p<0.05$), demostrando un grado fuerte de relación entre las variables agencia de autocuidado y autoeficacia percibida (Gutiérrez & Gómez, 2018, pp161_169).

La intervención educativa de enfermería para el autocuidado permitieron modificar el autocuidado. Es un estudio con enfoque metodológico cuantitativo, cuasi experimental transversal. El grupo lo conformaron 397 mujeres de entre 45 y 59 años que se presentaron en un centro médico del municipio de Toluca, en el estado de México, durante un lapso de 2 meses. La región en la que se encuentra este centro es de naturaleza urbana, en una comunidad popular, dotada de todos los servicios necesarios. El muestreo se realizó de manera no probabilística por criterio; la muestra estuvo compuesta por 30 mujeres que aceptaron participar en esta investigación, en ese rango de edad, con o sin síndrome climatérico, con educación mínima de primaria, sin historial de fallo ovárico precoz, ni ninguna enfermedad terminal o incapacitante. En este sentido, se concluye que la participación de enfermería dentro de la promoción de la salud es fundamental, ya que

busca el bienestar integral y el desarrollo de la mujer en esta etapa de la vida (Martínez & Cruz, 2016, pp. 142_150).

2. Planteamiento del problema

Existe una crisis actual de salud pública debido a la hipertensión arterial. La HAS representa el segundo mayor número de muertes por accidentes cerebrovasculares y enfermedades cardíacas prevenibles, después del tabaquismo. Se le denomina el asesino silencioso debido a que a menudo no existen síntomas, a pesar de su contribución en el incremento considerable del riesgo de enfermedades cardíacas, accidentes y enfermedades cerebrovasculares (American Heart Association, 2020).

La Universidad Nacional Autónoma de México [UNAM] (2021), señala que existen doce millones 400 mil hipertensos que ignoran que la padecen, 18 millones 600 mil que conocen el diagnóstico, solo la mitad llevan un tratamiento. Aunque no se conoce una estimación reciente sobre los efectos económicos de la HAS en el sector salud se considera que por ser un padecimiento de larga duración, tiene un alto costo tanto económico como en la calidad de vida del paciente. En términos monetarios, está asociado al tratamiento farmacológico, costoso y de por vida. Pero las complicaciones, como daño renal, cardíaco, o cerebral, que no son fáciles de calcular y tienen efectos económicos e incapacitantes lo más relevante son las complicaciones, como daño renal, cardíaco, o cerebral (García, 2015, pp. 41_48).

La Organización Mundial de La Salud, Organización Panamericana de la Salud y la Secretaría de Salud, recomiendan a través de las guías de práctica clínica los criterios para el manejo de las personas con hipertensión arterial sistémica (HAS). Una vez integrado el diagnóstico HAS se instaura un tratamiento farmacológico consistente en fármacos inhibidores de la enzima convertidores de angiotensina (IECA) esto para menores de 55 años., en otros casos se utilizan bloqueadores de canal de calcio y diuréticos tiazídicos. El tratamiento no farmacológico consiste en evitar consumir alimentos industrializados y restricción de sal en los alimentos, así mismo limitar el consumo de alcohol, incrementar la actividad física, suspensión del ámbito tabáquico, control de los tres

y mantener un IMC menor 25 kg/m². Una vez iniciado el tratamiento la persona hipertensa debe acudir a vigilancia periódica, también se recomienda reforzar las medidas del tratamiento farmacológico en las consultas de control (CENETEC, 2014).

La regulación de la HAS se basa en principios variados en cuanto a las enfermedades transmisibles. Involucra un proceso de enseñanza para comprender la enfermedad, transformaciones relevantes y centradas en el comportamiento, uso prolongado de diversos medicamentos y evaluaciones regulares, además de la colaboración de expertos en colaboración con la familia y la comunidad. Su aplicación es compleja, tanto para el médico como para el paciente. Por lo tanto, la mayoría de las instituciones sanitarias no cuentan con la estructura y los procedimientos adecuados para proporcionar tales cuidados. Los programas de educación otorgan una importancia intermedia a las patologías crónicas y degenerativas. No se consideran estos programas al señalar las estrategias terapéuticas, que son elementos cruciales que definen la observancia. Por lo tanto, el tratamiento no se fundamenta en las necesidades y aspiraciones del paciente, resultando insuficiente, tardío y costoso. El paciente no entiende las metas del tratamiento y las adecuaciones requeridas no se integran en su modo de vida. Las cantidades de los fármacos no se adecuan para cumplir con los objetivos de tratamiento intermedios. Además de lo mencionado anteriormente, también existen factores culturales que restringen el cumplimiento terapéutico. Todo esto provoca que los desafíos para lograr un tratamiento eficaz sean variados, a pesar de que las restricciones son reconocibles y hay soluciones para ellas. Es necesario fomentar comportamientos de control más efectivos; de lo contrario, la mayoría del presupuesto nacional continuará siendo asignada al pago de complicaciones e incapacidades anticipadas. (CENETEC, 2014).

Las investigaciones futuras, en particular el trabajo de intervención, también deberían mostrar los resultados en el control de hipertensión arterial a través del trabajo de

enfermería específicamente lo identificado como educación para la salud en el que se consideren las necesidades, expectativas y cultura de la persona.

Asimismo, el desarrollo de intervenciones que fomenten el autocuidado y corresponsabilidad de la persona en la mejora o mantenimiento de su salud, en el que se mida el efecto de la intervención y en consecuencia mejoren los resultados del paciente. Lo anterior es debido a que las investigaciones relacionadas a la hipertensión arterial han propuesto métodos diagnósticos, terapéutica a seguir, al punto de proponer protocolos estandarizados de atención en el primer nivel, sin embargo la población afectada por la hipertensión arterial no ha disminuido, al punto que se ubica dentro de las primeras diez causas de morbilidad y de gastos para la atención del problema y sus complicaciones, debido a que la adherencia al tratamiento es un problema multicausal en el que se requiere de intervenciones planeadas, de duración suficiente para la modificación de las conductas en salud. Por lo anteriormente planteado, se formulan la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el efecto de una intervención educativa para mejorar las dimensiones de capacidades fundamentales, componentes del poder y capacidad de operacionalizar la agencia de autocuidado en personas hipertensas de una localidad rural?

3. Objetivos

3.1. General

Evaluar el efecto de la intervención educativa de enfermería para mejorar las dimensiones de capacidades fundamentales, componentes del poder y capacidad de operacionalizar la agencia de autocuidado en personas hipertensas de una localidad rural.

3.2. Específicos

1. Caracterizar a la población del grupo experimental con base en las variables sociodemográficas.
2. Determinar la capacidad de agencia de autocuidado previo a la intervención a un grupo pre experimental en las dimensiones: capacidades fundamentales, componentes de poder y capacidad para operacionalizar.
3. Identificar las diferencias en la capacidad de agencia de autocuidado en pre y post intervención a un grupo pre experimental en las dimensiones: capacidades fundamentales, componentes de poder y capacidad para operacionalizar.

4. Hipótesis

H_i La intervención educativa es efectiva en la mejora de las dimensiones de capacidades fundamentales, componentes del poder y capacidad de operacionalizar la agencia de autocuidado en personas hipertensas de una localidad rural.

H_o La intervención educativa no es efectiva en la mejora de las dimensiones de capacidades fundamentales, componentes del poder y capacidad de operacionalizar la agencia de autocuidado en personas hipertensas de una localidad rural.

Capítulo II

5. Marco teórico

En el siguiente apartado, se conceptualizan las variables de estudio: intervención de enfermería educativa, agencia de autocuidado desde la perspectiva de la Teoría de Dorothea E. Orem e hipertensión arterial.

5. Intervención Educativa

5.1 Definición

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud (OMS), la Educación Terapéutica abarca "el conjunto de actividades educativas fundamentales para el manejo de enfermedades crónicas, realizadas por expertos en salud formados en el ámbito educativo, diseñadas para asistir al paciente o a grupos de pacientes y familiares en la ejecución de su tratamiento y prevenir complicaciones prevenibles, al mismo tiempo que se preserva o se potencia la calidad de vida" (OMS, tal como se mencionó en García-Romero & Sáez-de-Ocairiz, 2015, 431_433).

Los objetivos fundamentales de las actividades fueron aportar información, proporcionar conocimientos prácticos para lograr mejorar la hipertensión arterial a través de la intervención educativa y sobre todo modificar capacidad de agencia de autocuidado. La información y los saberes prácticos no son útiles si no se convierten en acciones tangibles y no se incorporan a las costumbres personales.

La estrategia de tratamiento ha de ser multidisciplinar e integral, que incluya, la evaluación de los aspectos relacionados con el tratamiento no farmacológico, alimentación, consumo de alcohol, actividad física y control de estrés.

El fundamento de la práctica profesional de enfermería se centra en la identificación y solución de problemas vinculados a la dependencia, así como en la adaptación a las circunstancias que las personas experimentan, y en la satisfacción de sus necesidades. El proceso y el diagnóstico enfermero, se sitúan a la cabeza de la práctica profesional y

suponen valorar el estado de salud de la persona, identificar problemas y planificar y pautar cuidados.

En la valoración de la capacidad de agencia de autocuidado en personas hipertensas, los diagnósticos enfermeros prevalentes son hipertensión relacionado con conocimiento y control de la hipertensión relacionado con niveles de estrés.

Los resultados de enfermería (NOC) son monitorización de los signos vitales, asesoramiento nutricional, enseñanza: medicamentos prescritos, fomento del ejercicio, manejo de la autoconfianza y las intervenciones de enfermería (NIC) para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes a través de una intervención educativa que se proponen a continuación (Cortes, 2020, pp. 324).

BulecheK, G. M. en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) se refiere a intervenciones de enfermería que se enfocan en la mejora de la conducta de la persona a través de la educación de los pacientes. Específicamente se encuentra la intervención denominada Educación sanitaria (Rico & Gimena, 2008, pp. 172_178).

La educación en salud se define como el proceso que se lleva a cabo y ofrece conocimientos y experiencias educativas que promuevan la adaptación voluntaria del comportamiento para alcanzar la salud en individuos, familias, colectivos o comunidades. Se identifican otras intervenciones relacionadas con la educación: terapéutica: enseñanza; actividad/ejercicio prescrito, enseñanza; dieta prescrita, enseñanza: proceso de enfermedad, enseñanza: procedimiento/tratamiento. Es así que se reconoce la importante tarea del profesional de enfermería en la educación de las personas para el control de la hipertensión arterial (Bulechek & McCloskey, 20018).

En un estudio realizado en México se aplicó una Intervención educativa de enfermería para fomentar el autocuidado de la mujer durante el climaterio. Las intervenciones se sustentaron en la teoría de sistema de apoyo educativo de Orem, en donde se destaca que las mujeres en climaterio adquieran conocimientos y habilidades para

tomar decisiones informadas y desarrollar la agencia de autocuidado (Martínez & Cruz, 2016, pp.142_150).

5.1.1. Intervenciones y Actividades

Bulechek (2018) en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) propone actividades relacionadas con la intervención de enfermería: Educación sanitaria, y se enuncian a continuación.

Determinar grupos de riesgo y edades que obtengan mayor beneficio de la educación en salud sanitaria.

Identificar las características de la población objetivo que afecta a la selección de las estrategias de enseñanza.

Formular los objetivos del programa de educación sanitaria.

Identificar los recursos (persona, espacio, equipo, dinero, etc.) necesarios para llevar a cabo el programa.

Incluir tácticas para incrementar la confianza en sí mismos de la audiencia meta.

Elaborar recursos didácticos redactados en un grado de lectura apropiado para la audiencia meta.

Preservar una exposición breve y enfocada que inicie y concluya con el asunto principal.

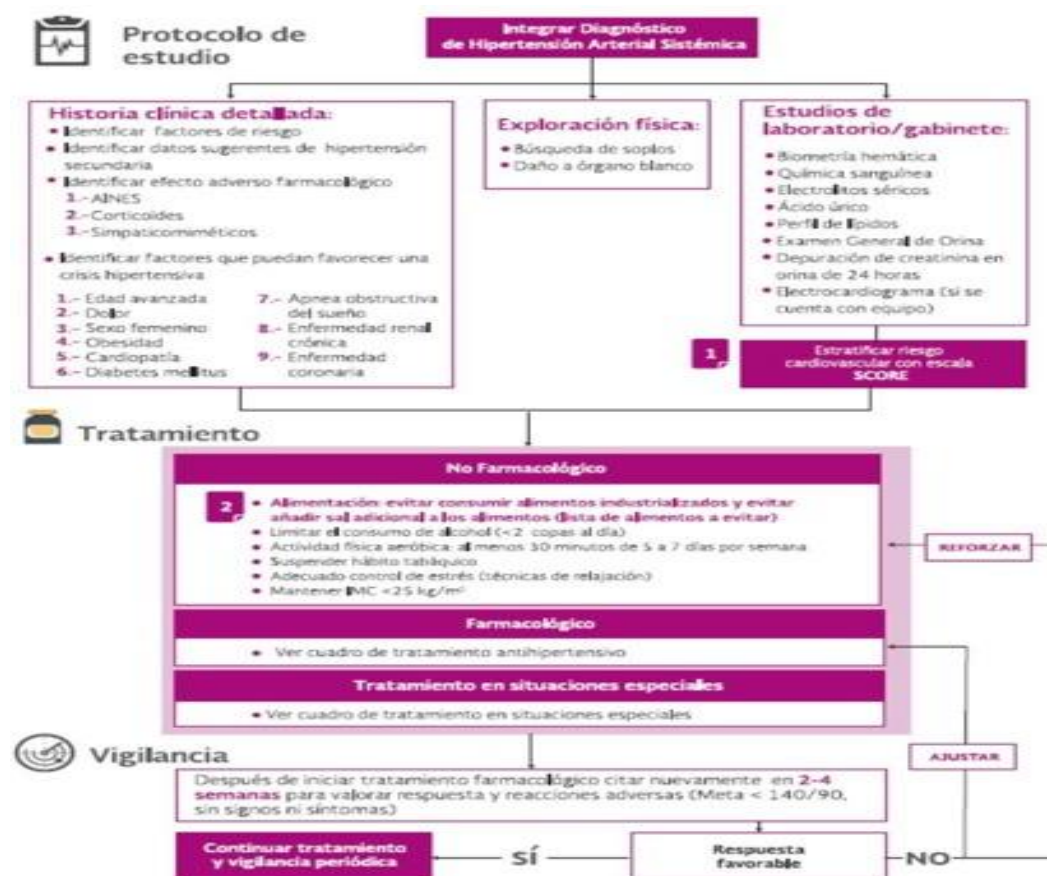
Emplear discusiones grupales y juegos de rol para impactar en las convicciones, posturas y valores existentes acerca de la salud (Cortes, 2020, pp.324).

Con estas intervenciones enfermeras se pretende que el paciente hipertenso sea capaz de identificar los factores que contribuyen al control de los signos vitales, diseñar los cambios dietéticos para conseguir el control de peso a largo plazo, tomar sus medicamentos a la hora que está indicado, se recomiendan caminatas diarias por lo menos treinta minutos

diarios para llevar una vida saludable, es la capacidad que podemos mejorar el manejo del estrés.

En la actualidad el paciente hipertenso que llega a la unidad de salud o hospital, puede proceder de consultas intra o extra hospitalarias. Durante la primera visita, la enfermera efectúa el análisis de la presión arterial utilizando medidas antropométricas (peso, estatura, circunferencia de la cintura), así como el seguimiento de constantes (tensión arterial y frecuencia cardíaca). Le explica el programa educativo, junto con las recomendaciones de modificación del estilo de vida que debe seguir. Posteriormente se analiza en la consulta médica, donde se determinará la alternativa terapéutica (Figura 1)

Figura1. Algoritmo de atención para la hipertensión arterial



Fuente: Secretaría de Salud, 2014.

El paciente con cifras de tensión arterial entre 140-159/90-99, se ubican en hipertensión arterial grado I, son candidatos para potenciar la capacidad de agencia de autocuidado, se explican las recomendaciones durante la Intervención educativa y las capacitaciones a realizar. El profesional médico encargado lleva a cabo la transferencia del paciente para un seguimiento en atención primaria.

En este caso el paciente debe comprometerse a asistir al programa de educación sanitaria, a todas las consultas médicas y enfermeras previstas, tomar los medicamentos como está indicado; modificación de hábitos alimentarios y patrón de actividad física y seguimiento en consulta enfermera mensualmente. El Paciente es reevaluado transcurridos 6 meses. Si no ha cumplido su compromiso es derivado a realizar el seguimiento en Atención Primaria (Rico & Gimena, 2008, pp.172_178).

5.1.2. Planeación de la intervención: educación sanitaria

Rico & Gimena (2008, pp.172_178) realizaron un estudio en el que aplicaron una intervención educativa terapéutica (ET) en pacientes con obesidad, y propusieron la metodología para llevar a cabo la educación sanitaria.

La intervención educativa terapéutica consistió en un curso de educación y seguimiento periódico en consulta enfermera. Rico & Gimena (2008, pp.172_178) proponen que el curso conste de doce sesiones, en grupos de unas 50-60 personas, de una hora de duración un día a la semana.

Los objetivos del programa educativo se resumen en:

- a) Perfeccionar la condición global en los ámbitos físico, mental y social.
- b) Que el paciente conozca los alimentos, sus nutrientes y su importancia para la salud.
- c) Practicar nuevos hábitos de conducta, además de adquirir nuevos conocimientos.
- d) Incorporar un mínimo de actividad física a la rutina diaria.

- e) Identificar las barreras internas y externas que dificultan el camino para que el paciente alcance la pérdida de peso y el mantenimiento a lo largo del tiempo.

Los contenidos del curso de educación se organizaron de la siguiente manera:

1ª sesión. Conceptos generales de alimentación y nutrición. La obesidad como patología, sus orígenes, problemas, entre otros. Carbohidratos y Fibras: Definición, funciones del cuerpo, fuentes de alimentos, necesidades y sugerencias nutricionales.

2ª sesión. Proteínas: Conceptos generales, funciones del cuerpo, principales fuentes de alimentos y sugerencias de consumo. Generalidades, categorización, roles, recursos alimenticios y sugerencias.

3ª sesión. Micronutrientes: Micronutrientes: Vitaminas y Minerales: detalle de cada uno, sus funciones, los alimentos que los incluyen y su correcto consumo. Agua: funciones, requerimientos y consumo sugerido.

4ª sesión. Estructura completa del curso y sesión interactiva para disipar todas las incertidumbres. Se concluye proporcionando un resumen, junto con una serie de reglas de comportamiento, astucias y tácticas que pueden ayudar a modificar hábitos y estilo de vida (Rico & Gimena, 2008, pp.172_178)

5.1.3 Evaluación

En el estudio intitulado “Intervención educativa de enfermería para fomentar el autocuidado de la mujer durante el climaterio” al concluir con las sesiones del programa educativo, se esperó un lapso de 2 meses, de acuerdo con el compromiso asumido de las mujeres participantes hacia el plan de acción propuesto y se aplicó el mismo instrumento de autocuidado, para la evaluación de intervenciones educativas y para comprobar la modificación de los hábitos de autocuidado (Martínez & Cruz, 2016, pp.142_150).

El seguimiento se llevó a cabo, en consulta grupal o individual, dependiendo de las características del paciente, con una frecuencia de 15-30 días, durante 6 meses. Este

período concluido, se traslada a la consulta médica, acompañado del informe de enfermería, para la valoración de los resultados. Una herramienta clave en la modificación de hábitos son los grupos de apoyo, es una evidencia para el tratamiento de la obesidad así como el de todas las enfermedades crónicas (Rico & Gimena, 2008, pp.172_178)

5.2 Agencia de Autocuidado de Dorothea E. Orem

Dorothea E. Orem expone su teoría sobre el déficit de autocuidado como una teoría global que incluye tres teorías vinculadas entre sí: la teoría del autocuidado, la teoría del déficit de autocuidado y la teoría de los sistemas de enfermería.

El autocuidado es una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto, es un sistema de acción. El desarrollo de los conceptos de autocuidado, necesidad de autocuidado y actividad de autocuidado constituyen las bases que facilitan la comprensión de las necesidades y restricciones de acción de aquellos que pueden obtener beneficios de la enfermería. El autocuidado, en su papel de regulador del ser humano, se diferencia de otras formas de regulación del funcionamiento y el crecimiento humano.

El autocuidado debe ser aprendido y puesto en práctica de manera consciente y constante a lo largo del tiempo, siempre en consonancia con las demandas de regulación de las personas en sus fases de crecimiento y desarrollo, estados de salud, rasgos de salud o etapas de desarrollos particulares, factores ambientales y niveles de consumo energético.

Esta teoría propone que la enfermería es una acción humana enmarcada en sistemas de acción creados (diseñados y producidos) por enfermeras, mediante la práctica de su labor profesional frente a individuos con restricciones de salud o vinculadas a ella, que presentan problemas de autocuidado o de cuidado dependiente.

La enfermería, en su calidad de ciencia, se dedica a asistir a las personas para cubrir sus necesidades básicas cuando no pueden hacerlo por sí mismas, debido a enfermedades o a la falta del conocimiento, destreza o motivación requeridos.

La incorporación de las teóricas y sus postulados en los programas de estudio de enfermería ha propiciado un aumento en el razonamiento científico acerca de los problemas de atención. El fenómeno del autocuidado no quedó exento de estos estudios, lo que demuestra que se hace necesario la aplicación de esta teoría, para el logro de mejores niveles de satisfacción en este ámbito, la observación y evaluación constante de la calidad de los servicios de enfermería, da la medida de la importancia de establecer pautas o sistemas que refuercen científicamente el trabajo de la enfermera sobre el déficit de autocuidado (Naranjo & Rodríguez, 2017, pp.89_100).

5.2.1 Definición de los conceptos metaparadigmáticos

El metaparadigma constituye la visión más amplia y abstracta de la materia. La necesidad de establecer la disciplina de enfermería ha llevado a que se establecieran de manera consensuada los fenómenos que necesitaban ser estudiados. Estos fenómenos son el individuo, el ambiente, la salud y el cuidado que constituyen el metaparadigma y buscan ofrecer una visión global de la disciplina. El metaparadigma tiene como objetivo identificar el campo de estudio, lo que demanda que los conceptos y las interrelaciones entre estos representen una visión única y distinta. Por lo tanto, debe cubrir todos los fenómenos relevantes de una disciplina desde un punto de vista neutral, es decir, sin proporcionar o ocultar un modelo conceptual, a lo que se debe añadir la característica de ser universal. Los elementos del metaparadigma incluyen: individuo, ambiente, salud y atención.

Además, es imprescindible definir vínculos entre estos fenómenos para establecer el objeto de investigación de una disciplina. Estas relaciones proponibles son cuatro:

individuo-salud, individuo-ambiente, salud-atención y individuo-ambiente-salud. El metaparadigma establece y explica las conexiones entre las ideas y los valores fundamentales, guiando la estructuración de los modelos y las teorías de una disciplina (Bermúdez & Cubero, 2015, pp.15).

5.2.2 Persona

Incluye al individuo, familia y comunidad e identifica al receptor o receptores de los cuidados, al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente.

5.2.3 Entorno

Aunque no lo define como un entorno específico, lo identifica como el conjunto de elementos externos que inciden en la elección del individuo de iniciar los autocuidados o en su habilidad para llevarlos a cabo.

5.2.4 Salud

Es un estado que para el individuo implica elementos distintos en sus diferentes componentes. Se refiere a la integridad física, estructural y funcional; la falta de imperfecciones que sugieran un deterioro del individuo; el crecimiento gradual e integrado del ser humano como una unidad individual, aproximando a niveles de integración progresivamente superiores. Así pues, lo interpreta como la sensación de bienestar que una persona experimenta.

5.2.5 Cuidado o Enfermería

Servicio humano, que se ofrece cuando el individuo no puede cuidarse de manera autónoma para preservar su salud, vida y bienestar. Por lo tanto, consiste en brindar a individuos y/o colectivos asistencia directa en su autocuidado, de acuerdo a sus

necesidades, debido a las limitaciones derivadas de sus circunstancias personales (Naranjo & Rodríguez, 2017, pp.89_100). Servicio humano, que se ofrece cuando el individuo no puede cuidarse de manera autónoma para preservar su salud, vida y bienestar. Por lo tanto, consiste en brindar a individuos y/o colectivos asistencia directa en su autocuidado, de acuerdo a sus necesidades, debido a las limitaciones derivadas de sus circunstancias personales (Naranjo & Rodríguez, 2017, pp.89_100).

5.2.6. Micro teorías Teoría del autocuidado

El autocuidado, un concepto propuesto por Dorothea E. Orem en 1969, se refiere a una actividad que los individuos aprenden, dirigida hacia un propósito específico. Es una conducta que se manifiesta en escenarios específicos de la vida, dirigida por individuos a sí mismos, a los demás o al ambiente, con el objetivo de controlar los elementos que influyen en su propio crecimiento y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

Implementó la teoría del déficit de autocuidado como un esquema general formado por tres teorías vinculadas entre ellas. La teoría del cuidado personal, la teoría del déficit de cuidado personal y la teoría de los sistemas de enfermería, se utilizan como marcos de referencia para la práctica, la educación y la administración de la enfermería.

La teoría define los requisitos de autocuidado, que además de ser un elemento clave del modelo, forman parte de la evaluación del paciente. En la teoría, el término requisito se emplea y se define como la acción que el individuo debe llevar a cabo para cuidarse a sí mismo. Dorotea E Orem sugiere tres categorías de requisitos:

1. Requisito de autocuidado universal.
2. Requisito de autocuidado del desarrollo
3. Requisito de autocuidado de desviación de la salud.

Los requisitos de autocuidado para la desviación de la salud son el motivo o meta de las acciones de autocuidado que lleva a cabo el paciente con discapacidad o enfermedad crónica.

Factores condicionantes básicos: se refiere a los elementos internos o externos de las personas que inciden en sus habilidades para gestionar su autocuidado. También afectan al tipo y cantidad de autocuidado requerido, se denominan factores condicionantes básicos Dorothea E. Orem en 1993 identifica diez variables agrupadas dentro de este concepto: edad, sexo ,estado redesarrollo estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida ,factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los recursos; pueden ser seleccionadas para los propósitos específicos de cada estudio en particular ya que de acuerdo a sus supuestos, deben estar relacionadas con el fenómeno de interés que se pretende investigar.

Salcedo-Álvarez (2017) y colaboradores proponen que el pilar esencial de la enfermería consiste en detectar el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las necesidades de autocuidado de los pacientes. La meta es eliminar este, de tal forma que se cubran los requerimientos/necesidades universales del desarrollo y se limiten las desviaciones en la salud.

De acuerdo con lo previamente expuesto, se puede considerar el autocuidado como la obligación que cada persona tiene para promover, preservar y cuidar su propia salud. Autores como Benavent y Ferrer proponen que la teoría del déficit de autocuidado de Dorothea E Orem es una de las más estudiadas y verificadas en el ámbito de la enfermería, por la amplia visión de la atención sanitaria en los variados escenarios donde este profesional actúa. Esto es porque logra organizar los sistemas de enfermería de acuerdo a las necesidades de autocuidado.

A pesar de que no lo define como un entorno particular, lo determina como la suma de factores externos que influyen en la decisión del individuo de comenzar a cuidarse a sí mismo o su capacidad para hacerlo.

En su artículo, Miriam Paula Marcos Espino resalta la relevancia de que el personal de enfermería tenga conocimiento sobre estos conceptos, ya que posibilitan establecer los cuidados de enfermería con el objetivo de asistir al paciente a realizar y sostener prácticas de autocuidado para preservar la salud y la vida, curarse de las enfermedades y afrontar sus efectos.

Así mismo, coincidimos con las definiciones elaboradas por Dorothea E Orem ya que el individuo debe ser considerado de manera integral desde la perspectiva biológica, psicológica y social (Naranjo & Rodríguez, 2017, pp. 89_100).

5.2.6 Teoría del déficit del autocuidado

La teoría del déficit de autocuidado se centra en la conexión entre los requisitos de autocuidado terapéutico y las habilidades de autocuidado de la persona. El déficit de autocuidado ocurre cuando el individuo no ha adquirido las habilidades para cubrir sus requisitos de salud ó cuando los requisitos exceden la capacidad para actuar ocasionado un déficit de autocuidado.

Algunos conceptos clave que define Dorothea E Orem para la micro teoría del déficit de autocuidado son autocuidado, agencia de autocuidado, demanda de autocuidado terapéutico, los cuales se explican a continuación:

El autocuidado se define como la capacidad de una persona para cuidar de sí misma. Para ello es necesario identificar las condiciones de salud. Esta toma de conciencia requiere el aprovechamiento de las experiencias previas, las costumbres y las conductas aprendidas, para una toma de decisiones a favor de la salud.

La agencia de autocuidado es la habilidad del individuo para realizar las acciones de autocuidado, que puede estar limitada en niños o individuos que por la etapa de

desarrollo en que se encuentran no son capaces de cuidarse. Además, esta capacidad puede estar limitada por factores como el miedo o la ansiedad, aunque la persona sea consciente de lo que necesita.

La demanda de autocuidado terapéutico se relaciona con la función de la persona, los requisitos de autocuidado, el uso de la tecnología apropiada y los cursos de acción. Es decir, se vincula con la necesidad de cuidado que presenta el ser humano (Silva, 2018).

Limitaciones del autocuidado, son los obstáculos o restricciones que pueden surgir para el autocuidado, cuando el individuo no posee suficientes conocimientos sobre sí mismo y tal vez no muestre interés en obtenerlos. Puede tener problemas para juzgar su salud y identificar cuándo es el momento de solicitar ayuda y orientación de terceros.

Las acciones de autocuidado pueden ser externas o internas

Externas: buscan interactuar con el entorno, como búsqueda de información, solicitar ayuda, hablar con grupos de ayuda u otros agentes de autocuidado y controlar factores externos.

Internas: Se centran en cuidar el cuerpo y la mente, así como la gestión de los pensamientos, y emociones.

Ambos tipos de acciones son cruciales para que la enfermería evalúe, desarrolle y mejore las habilidades de autocuidado en los pacientes.

La teoría de Orem destaca el papel del personal de enfermería en compensar el déficit de autocuidado. Esto se logra a través de los sistemas de enfermería, que se adaptan al nivel de necesidad del paciente y pueden ser de tres tipos:

Completamente compensatorio: El paciente no puede realizar ninguna acción de autocuidado, por lo que el profesional de enfermería se encarga de todo.

Parcialmente compensatorio: El paciente y el personal de enfermería colaboran en las actividades de autocuidado.

Apoyo educativo: El paciente puede realizar la mayoría de sus autocuidados, pero necesita guía y apoyo para aprender a manejar su condición.

Estos sistemas son flexibles y pueden combinarse o cambiarse según la evolución de las necesidades del paciente. La teoría de Orem reconoce que la capacidad de autocuidado está influenciada por factores culturales y que el rol de la enfermería es fundamental para ayudar a las personas a desarrollar las competencias necesarias para gestionar su salud. (Naranjo & Rodríguez, 2017, pp.89_100).

5.2.7 Teoría de sistemas de enfermería

Dorothea E. Orem propone que los sistemas de enfermería se estructuran a partir de tres elementos: el profesional de enfermería, el paciente y los acontecimientos ocurridos que considera, las interacciones con familiares y personas cercanas.

Dorothea E Orem distingue tres tipos de sistemas de enfermería: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio, de apoyo educativo.

1. Sistema totalmente compensador. Es el sistema necesario cuando el profesional de enfermería asume el rol compensatorio principal para el paciente, cuando el no puede realizar el cuidado por si mismo.

2. Sistema de compensación parcial. Este método de enfermería no demanda el mismo cuidado o magnitud de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio. El paciente se compromete con una mayor participación en el autocuidado para la toma de decisiones.

3. Sistema de apoyo educativo. El paciente es capaz de cuidar de sí mismo, pero requiere orientación, enseñanza o acompañamiento para desarrollar habilidades y adaptarse a nuevas condiciones. El rol de enfermería se reduce a asistir en la toma de decisiones y en la transmisión de saberes y competencias.

Los sistemas parcialmente compensatorios de enfermería y un sistema de asistencia educativa son adecuados cuando el paciente necesita obtener conocimientos y competencias. La función primordial de la enfermera consiste en regular la comunicación y fomentar habilidades de autocuidado (Naranjo & Rodríguez, 2017, pp.89_100).

5.3 Dimensiones del agente de autocuidado

La habilidad para cuidar de sí mismos que los individuos con hipertensión deben desarrollar es crucial, ya que permite prevenir complicaciones que pueden surgir de un manejo incorrecto de la enfermedad. Los individuos requieren tres elementos para potenciar estas habilidades:

Capacidad para cuidarse a uno mismo y habilidades primordiales: se consideran las habilidades básicas de la persona (memoria, guía y percepción).

Componente de poder: incluye las capacidades que tiene el individuo para realizar acciones de autocuidado, motivación, adquisición de conocimientos y capacidad para liderar acciones de autocuidado e integrarlas en su vida familiar y comunitaria.

Capacidad para poner en práctica el autocuidado: hace referencia a las habilidades que permiten a la persona investigar acerca de sus propias condiciones y las del entorno, las cuales son pertinentes para su autocuidado, así como tomar decisiones y desarrollar acciones para gestionar su enfermedad.

Definición de Hipertensión arterial

La fuerza que la sangre en movimiento ejerce sobre las paredes de las arterias, los principales tubos que permiten el transporte sanguíneo a través del cuerpo, se conoce como presión arterial. Si este valor es excesivamente alto, se considera hipertensión.

La presión arterial tiene dos cifras: la primera es la presión sistólica, que representa la fuerza ejercida por la sangre en los vasos durante el pulso o contracción del corazón; y la segunda, llamada presión diastólica, señala la presión que experimentan los vasos cuando el corazón se relaja entre latidos.

Para determinar la presencia de hipertensión, es necesario realizar mediciones dos días diferentes, y en ambas mediciones, la tensión sistólica debe ser superior o equivalente a 140 mmHg y la diastólica superior o equivalente a 90 mmHg. (2021) (OMS, 2021).

5.3.1. Factores de riesgo

Las siguientes son algunas de las variables de riesgo que pueden ser modificadas: una dieta inadecuada (que incluye un consumo excesivo de sal, grasas trans y saturadas, y escasez de frutas y verduras), la obesidad o el sobrepeso, la falta de ejercicio físico, el uso de tabaco y alcohol.

En contraposición, hay factores de riesgo inalterables, tales como historial familiar de hipertensión, la edad (superior a 65 años) y la presencia de otras enfermedades, como la diabetes o las nefropatías (OMS, 2021).

5.3.2. Cuadro clínico

Se estima que la hipertensión causa la muerte de manera silenciosa, pues es común que las personas no sepan que tienen esta enfermedad, dado que no siempre presenta síntomas o señales de alerta. Por ende, es esencial hacer mediciones regulares de la presión arterial.

Se pueden presentar síntomas como hemorragias nasales, tinnitus, alteraciones en la vista, cefaleas matutinas y un ritmo cardíaco irregular. La hipertensión severa puede causar temblores en los músculos, confusión, ansiedad, malestar estomacal, vómitos, fatiga y dolor en el pecho (OMS, 2021).

5.3.3. Diagnóstico

Para identificar a tiempo los casos de hipertensión arterial sistémica (HAS), se deben examinar todos los pacientes para determinar si tienen antecedentes familiares de HAS o enfermedades cardiovasculares. Si existen antecedentes positivos, se podrán prescribir medidas preventivas específicas y determinar la necesidad de adoptar un estilo de vida saludable.

Asimismo, en cada consulta se tiene que medir la tensión arterial, y con base en este resultado se decidirán las acciones a seguir:

1:<120 / < 80 mmHg: Se considera que el nivel de presión arterial es normal. En este caso, solo se requerirán recomendaciones para mantener un estilo de vida saludable.

2.120-139 / 80-89 mmHg: estas cifras son indicativas de pre hipertensión; en este caso, la medida a tomar es enfatizar lo importante que es mantener un estilo de vida saludable.

3. Se considera hipertensión de nivel 1 si la presión arterial está entre 140 y 159/90 y 99.

4.> 100 mmHg / > 160 mmHg: esta presión arterial es de grado 2.

Si la medición de la presión arterial muestra cifras que sobrepasan los 140 / 90 mmHg (ya sea en niveles de hipertensión arterial de grado 1 o 2), se tiene que:

1. Se le indicará al paciente que tome la presión arterial en su casa y mantenga un registro. Es importante enfatizar que estas deben realizarse con un instrumento validado, es decir, un esfigmomanómetro digital, mercurial o anerode que esté debidamente calibrado. Asimismo, es necesario corroborar el método de medición. La próxima cita médica (dentro de un mes) será cuando se revisen estas mediciones.

2. Reanudar el análisis de la TA en la siguiente consulta, que tendrá lugar el mes en que se detectaron variaciones en los niveles de tensión o si se informan cifras que exceden los 140/90 mmHg (150/90 mmHg en personas mayores de 60 años) en esa misma consulta, ratificando así el diagnóstico de HAS. Si no, las recomendaciones para adoptar un estilo de vida saludable necesitarán ser fortalecidas (Secretaría de Salud, 2020).

5.3.4. Tratamiento

El tratamiento se divide en tratamiento farmacológico y no farmacológico

1. Tratamiento no farmacológico, en el que se enfatiza la importancia de llevar Una alimentación sana, restringir la ingesta de alcohol a dos copas diarias, practicar ejercicio aeróbico durante al menos media hora cinco a siete días por semana, dejar de fumar, manejar el estrés con métodos de relajación y mantener un control del peso.

2. Tratamiento con medicamentos, el cual dependerá de las comorbilidades del paciente. Si no hay ninguna comorbilidad, se tienen en cuenta cuatro líneas de tratamiento:

a. Primera línea: si el paciente tiene menos de 55 años, se comenzará con un IECA (enalapril: 10mg/24h o captopril: 50mg/24h); si supera los 55 años, se empezará con bloqueadores de canales de calcio (amlodipino: 5mg/24h) o con diuréticos tiazídicos (hidroclorotiazida: 12.5mg/12 h o clortalidona: 25mg/24 h).

b. Segunda línea: Se utilizan fármacos combinados (IECA + inhibidores de canales de calcio o IECA + diurético tiazídico) en este periodo del tratamiento, sin importar la edad.

c. Tercera línea: En esta etapa se tienen en cuenta tres medicamentos (un bloqueador de canal de calcio, un IECA y un diurético tiazídico).

d. Cuarta línea: En esta etapa se toman en cuenta cuatro medicamentos, que se suman al tratamiento instaurado en la fase anterior. Dichos medicamentos pueden ser un diurético, un bloqueador alfa o un bloqueador beta. En esta fase, se considera la conexión con el segundo nivel de atención.

Como un componente del tratamiento con medicamentos, es necesario tener en cuenta la educación del paciente, que comprende: explicación de la dosis, horarios, métodos de administración y efectos adversos. Es imprescindible ajustar cada caso al contexto clínico del paciente y a su reacción (Secretaría de Salud, 2020)

5.3.5. Complicaciones

Entre otras afecciones, la hipertensión puede causar graves daños al corazón. El exceso de presión puede fortalecer las arterias, lo que disminuirá la circulación sanguínea

y el aporte de oxígeno al corazón. La elevación de la presión y la disminución del flujo de sangre pueden provocar:

Dolor torácico (angina de pecho), infarto de miocardio, a medida que la obstrucción se prolonga, los daños al corazón, como la insuficiencia cardíaca, el ritmo cardíaco irregular, pueden resultar en la muerte súbita. La hipertensión también puede provocar la obstrucción o la fractura de las arterias que suministran sangre y oxígeno al cerebro, lo cual podría desencadenar un accidente vascular cerebral. Igualmente, puede provocar lesiones en los riñones que provoquen una insuficiencia renal (OMS, 2021).

Capítulo III

6. Material y métodos

6.1. Tipo y diseño de estudio

El enfoque del estudio es el paradigma positivista. El diseño del estudio fue pre experimental con manipulación de la variable, sin control de la misma en el grupo experimental, prospectivo, con series temporales interrumpidas con repeticiones según (Grove & Gray, 2020).

6.2. Límites de tiempo y espacio

Se llevó a cabo en el período comprendido de agosto a enero de 2020.

6.3. Universo

La población se constituyó por 285 adultos que acudían a la consulta de crónicos en el centro de salud de Tarímbaro.

6.3.1. Muestra

La muestra empleada fue no probabilística a conveniencia, participando 105 adultos en el grupo experimental.

6.4. Definición de variables y unidades de medida

Las variables de estudio son intervención educativa y agencia de autocuidado, definidas como se enuncia a continuación:

Variable Independiente: Intervención educativa

De acuerdo con la Organización Mundial de Salud (OMS), la Educación Terapéutica engloba "el conjunto de actividades educativas fundamentales para el manejo de enfermedades crónicas, realizadas por expertos en salud formados en el ámbito educativo, diseñadas para asistir al paciente o a grupos de pacientes y familiares en la ejecución de

su tratamiento y evitar complicaciones prevenibles, al mismo tiempo que se preserva o se potencia la calidad de vida (OMS, 2021).

Variable Dependiente: Agencia de autocuidado

Es la habilidad de las personas para involucrarse en su propio mantenimiento. Las personas que conocen cómo cubrir sus propias necesidades de salud poseen una agencia de autocuidado desarrollada que puede cubrir sus necesidades de autocuidado. En algunas situaciones, la agencia de autocuidado todavía está en desarrollo, tal como sucede en los niños. Algunas personas podrían poseer una agencia de autocuidado desarrollada que no está en funcionamiento. Por ejemplo, cuando el miedo y la ansiedad obstaculizan la búsqueda de ayuda, a pesar de que el individuo esté consciente de que la requiere (Vazquez & Llor, 2022, p.p. 30)

El autocuidado, que consiste en cuidarse a sí mismo, comienza con la toma de conciencia de la condición de salud presente. Esta toma de conciencia requiere en sí misma el pensamiento racional para aprovechar la experiencia personal, normas culturales y de conductas aprendidas, a fin de tomar una decisión sobre el estado de salud, en el cual debe existir el deseo y el compromiso de continuar con el plan (Naranjo & Rodríguez 2017, pp.89_100). La operacionalización de variables del estudio se muestran en el Apéndice 1.

6.5 Criterios de selección

Los criterios de selección son inclusión, exclusión y eliminación. A continuación se precisan:

6.5.1 Criterios de inclusión

Se incluyeron en el estudio a los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial de al menos seis meses de diagnóstico, con edad entre 40 a 80 años, que acudían a la

consulta en el centro de salud Tarímbaro, que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado.

6.5.2. Criterios de exclusión

Se excluyeron del estudio a personas con hipertensión con comorbilidades, también nueve personas que aceptaron participar, pero no culminaron las etapas de la intervención.

6.5.3. Criterios de eliminación

Se consideró eliminar los cuestionarios incompletos en más del 30% y descartar a los participantes que no llenen de forma correcta el cuestionario.

6.6 Instrumento de recolección de la información

Las variables sociodemográficas son edad, sexo, peso, talla, tensión arterial mismas que se concentrarán en la cedula de colecta de datos (anexo 2).

La variable intervención educativa se midió en función del estilo de vida, que abarca el consumo de tabaco y alcohol, la actividad física y los perfiles alimentarios, fue utilizado para medir la variable intervención educativa. Se tomaron en cuenta elementos como el consumo de productos lácteos, frutas, verduras y ensaladas, carnes y pescados para la dieta. En relación a tres elementos: el ejercicio físico, la televisión diaria y los hábitos de descanso, se examinó la actividad física (Márquez-Hernández et al., 2015).

La variable agencia de autocuidado se midió con el cuestionario Capacidad de Agencia de Autocuidado en Pacientes con Hipertensión Arterial (Anexo 1) diseñado por Achury, Sepúlveda, & Rodríguez, 2009, basado en el modelo teórico de Dorotea Orem. Está constituido por 17 ítems que determinan la capacidad global de agencia de autocuidado, con una escala sumativa tipo Likert que consta de cinco opciones de respuesta, donde 1 es nunca, 2 es casi nunca, 3 es a veces, 4 es casi siempre y 5 es siempre, que determinan los

rangos para evaluar el grado de capacidad de autocuidado (tabla 1) con confiabilidad con alfa de Cronbach de 0.750.

Para medir la variable agencia de autocuidado, se utilizó el instrumento capacidad de agencia de autocuidado en personas hipertensas de Achury y Cols (2012). A continuación, se presenta la fiabilidad del instrumento.

Tabla 1. Fiabilidad del Instrumento

Instrumento	Reactivos	Alfa de Cronbach	Métodos de mitades
Capacidad de agencia de autocuidado en personas hipertensas.	17	.675	.755

Nota: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos n=105 de la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial.

En la tabla tres se muestra la fiabilidad del instrumento capacidad de agencia de autocuidado en personas hipertensas. De acuerdo con los resultados obtenidos se indica que es un instrumento que cuenta con fiabilidad aceptable para este grupo de participantes, con un p valor=0.675, confirmado con la prueba métodos de mitades obteniendo 0.755.

El cuestionario está estructurado en tres dimensiones:

- Habilidades esenciales: se toman en cuenta las capacidades fundamentales del individuo (percepción, memoria y guía).
- Elementos de poder: son competencias que motivan a la persona a la acción de autocuidado (motivación, obtención de conocimientos, capacidad para coordinar acciones de autocuidado y habilidad para incorporar el autocuidado en su vida familiar y comunitaria).
- Capacidad para operacionalizar: se refiere a las capacidades que habilitan a la persona para explorar las condiciones personales y del entorno, que son relevantes para su autocuidado, así como para la toma de decisiones y la creación de acciones

para lograr la gestión de su enfermedad.

Tabla 2

Rangos ponderales para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado

Puntaje	Capacidad de agencia de autocuidado
17-28	Baja
29-56	Media
57-85	Alta

Nota: Instrumento evaluación capacidad de agencia de autocuidado

6.7 Procedimiento

Se solicitó la evaluación por el Comité de Investigación y Bioética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo y posteriormente se solicitó la autorización de los directivos del Centro de Salud Tarímbaro.

En cuanto se obtuvo la autorización se solicitó a la jefa de enfermería del Centro de Salud Tarímbaro el acceso al tarjetero de crónicos, específicamente hipertensos. Se citó a reunión informativa a los pacientes explicando el objetivo del estudio para solicitar que participen. Las personas que aceptaron, se solicitó la firma de la hoja de consentimiento informado y que contesten la hoja de colecta de datos. Acto seguido se dio a conocer el cronograma de sesiones educativas, y duración. Además, se capacitó a una enfermera encargada del programa de hipertensión y un pasante de enfermería.

Se dio un curso de educación y seguimiento periódico en consulta enfermera, el curso consto en 12 sesiones sobre alimentación saludable, actividad física aeróbica, control de estrés mediante técnicas de relajación y control de peso, cada 30 días durante 6 meses en grupos de mínimos de 10 personas de una treinta minutos de duración mínimo y máximo una hora que cumplieron con los criterios de inclusión (apéndice E).

Posteriormente se capturó la información, se realizaron tablas, resultados, discusión, conclusiones y sugerencias.

6.8 Definición del procedimiento y presentación de la información

Se elaboró una matriz de datos en el programa SPSS versión 25. Se utilizó la estadística descriptiva con medidas de tendencia central, de dispersión, frecuencias absolutas y porcentajes para los objetivos específicos uno.

Para el objetivo específico dos se utilizaron frecuencias absolutas y porcentajes. Para el objetivo tres, se definió el uso de la prueba no paramétrica: prueba de los rangos con signo de Wilcoxon, identificando la mediana de las diferencias en la capacidad de agencia de autocuidado en pre y post intervención a un grupo pre experimental en las dimensiones: capacidades fundamentales, componentes de poder y capacidad para operacionalizar.

6.9 Plan de difusión y publicación de resultados

Se participó en el congreso internacional de investigación Academia Journals Morelia 2021 por el artículo titulado Escolaridad asociada a capacidad de agencia de autocuidado en personas adultas hipertensas (artículo No. MOR360).

6.10 Consideraciones éticas y legales

Esta investigación se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014). En este proyecto prevaleció el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar (artículo 13) y se apegó a los principios científicos y éticos (artículo 14, fracción I).

La Declaración de Helsinki se aplicará por medio de normas, códigos, aclaraciones que perfilan los temas de ética biomédica. De esta manera se asegura un cumplimiento de

los principios éticos durante todo el desarrollo de un estudio de investigación. Es en este escenario donde el profesional de enfermería a cargo de la coordinación del estudio tiene una gran responsabilidad e importancia por la naturaleza de su profesión, que es el cuidado en el ser humano.

Los principios que se procuraron son: el respeto por el individuo (artículo 8), su derecho a la autodeterminación y el derecho a tomar decisiones informadas (consentimiento informado) (artículos 20, 21 y 22) incluyendo la participación en la investigación, tanto al inicio como durante el curso de la investigación. El deber del investigador es solamente hacia el paciente (artículos 2, 3 y 10) o el voluntario (artículos 16 y 18), y mientras exista necesidad de llevar a cabo una investigación (artículo 6), el bienestar del sujeto debe ser siempre precedente sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad (Artículo 5), y las consideraciones éticas deben venir siempre del análisis precedente de las leyes y regulaciones (Artículo 9).

El reconocimiento de la creciente vulnerabilidad de los individuos y los grupos necesita especial vigilancia (Artículo 8). Se reconoce que cuando el participante en la investigación es incompetente, física o mentalmente incapaz de consentir, o es un menor (Artículos 23 y 24) entonces el permiso debe darlo un sustituto que vele por el mejor interés del individuo. En este caso su consentimiento es muy importante (artículo 25).

De acuerdo con el reglamento de investigación en salud, el estudio se clasifica en investigación con riesgo mínimo en virtud que es un estudio en el que se emplearan datos a través de examen físico, peso, talla, toma de signos vitales, en los que no se manipula la conducta del sujeto, el beneficio consiste en recibir orientaciones en nutrición, ejercicio, control de peso y medicación respecto al tratamiento.

Asimismo, el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o de su representante legal fue parte del proyecto (artículo 14, fracción V). Contó con el consentimiento informado del individuo en quien se llevó a cabo la investigación, o de su

representante legal si este no podía hacerlo por razones legales, conforme a lo estipulado en este reglamento y otras leyes aplicables.

De igual forma, este trabajo fue llevado a cabo por expertos en salud (artículo 14, fracción VI). Además, el protocolo recibió un dictamen positivo de los Comités de Ética en Investigación y de Investigación (artículo 14, fracción VII).

Además, se acató lo que dice el artículo 14, fracción VIII, que indica que se realizará cuando se tenga la autorización del dueño de la entidad de atención sanitaria y, si es necesario, de la Secretaría, según los artículos 31, 62, 69, 71, 73 y 88 de este reglamento.

Capítulo IV

7 Resultados

A continuación se muestran los resultados del estudio de capacidad de agencia de autocuidado en 105 pacientes con hipertensión arterial, iniciando con las características de la población al grupo experimental con base en las variables sociodemográficas. Seguido de los resultados de la capacidad de agencia de autocuidado previo a la intervención a un grupo pre experimental en las dimensiones: capacidades fundamentales, componentes de poder y capacidad para operacionalizar. Finalmente se presentan las diferencias en la capacidad de agencia de autocuidado en pre y post intervención a un grupo pre experimental en las dimensiones: capacidades fundamentales, componentes de poder y capacidad para operacionalizar.

El objetivo uno de la investigación fue caracterizar a la población en base a sus características sociodemográficas, los resultados se muestran en las tablas del tres al siete. La tabla tres muestra la escolaridad de los participantes en el estudio, donde se aprecia que el 55.2% (58) de los participantes tiene un nivel académico de primaria y un 31.4 no reporto escolaridad.

Tabla 3

Escolaridad de las personas hipertensas (n=105)

Escolaridad	<i>F</i>	%
Ninguno	33	31.4
Primaria	58	55.2
Secundaria	11	10.5
Preparatoria	3	2.9
Total	105	100.0

Nota: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la cédula de datos generales.

F = Frecuencia; % = porcentaje

En la tabla cuatro se observa el estado civil de la muestra en estudio, el 67.6% (71)

de los participantes eran casados, enseguida el 18.1 (19) son viudos.

Tabla 4

Estado civil de los participantes de un centro de salud de Michoacán (n=105)

Estado civil	<i>F</i>	%
Soltero	13	12.4
Casado	71	67.6
Viudo	19	18.1
Divorciado	2	1.9
Total	105	100.0

Nota: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos la cédula de datos generales.

F = frecuencia; % = porcentaje

Respecto al conocimiento de signos y síntomas de hipertensión de las personas que asisten al centro de salud y que se encuentran participando en el estudio, los resultados indican que el 24.8% (26) no tienen conocimiento de signos y síntomas de hipertensión (ver tabla 5).

Tabla 5

Conocimiento de signos y síntomas de hipertensión de los participantes de un centro de salud de Michoacán (n=105)

Conocimiento de signos y síntomas de hipertensión	<i>f</i>	%
Si	79	75.2
No	26	24.8
Total	105	100.0

Nota: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos, n=105 de la cédula de datos generales. F = Frecuencia; % = porcentaje

Los rangos de edades de las personas con hipertensión reportan que el 58.1% (61) de los participantes se encuentra en un rango de 50 y 67 y el 30.5% se ubica en el rango de más de 68 años (tabla 6).

Tabla 6

Edades de personas hipertensas de los participantes de un centro de salud de Michoacán (n=105)

Edades de personas hipertensas	<i>f</i>	%
30-49	12	11.4
50-67	61	58.1
68-86	32	30.5
Total	105	100.0

Nota: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la cédula de datos generales.

F = frecuencia; % = porcentaje

Respecto al objetivo dos consistió en identificar la capacidad de agencia de autocuidado en personas hipertensas, el 88.6% (93) de los participantes presentaron un nivel alto (tabla 7).

Tabla 7

Capacidad de agencia de autocuidado de los participantes de un centro de salud de Michoacán colocar el pre (n=105)

Capacidad de agencia de autocuidado	<i>f</i>	%
Media	12	11.4
Alta	93	88.6
Total	105	100.0

Nota: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la cédula de datos generales.

F=frecuencia; % = porcentaje

En atención al objetivo tres que refiere identificar las diferencias en la capacidad de agencia de autocuidado en pre y post intervención a un grupo preexperimental en las dimensiones: capacidades fundamentales, componentes de poder y capacidad para operacionalizar, se presentan las tablas ocho al diez. En la tabla ocho se muestran los resultados de la Prueba de Wilcoxon para en la dimensión de capacidad fundamental, en el que se exponen los resultados que indican una diferencia estadísticamente significativa entre ambas mediciones ($Z=-9.05$; $p<0.001$).

Tabla 8

Prueba de Wilcoxon para la dimensión de la variable de estudio, capacidad fundamental (n=105)

Variable	Media	Mediana	DE	Z	Valor de p
Capacidad fundamental pre	33.03	34.00	4.08	-9.05	.001
Capacidad fundamental post	28.99	29.00	3.47		

Nota: instrumento de capacidad de agencia de autocuidado en personas hipertensas

En la tabla 9 se presentan los resultados de la Prueba de Wilcoxon para la variable de estudio en la dimensión componente de poder, se muestran las diferencias del componente de poder pre y post medición, los resultados indican una diferencia estadísticamente significativa entre ambas mediciones ($Z=-9.08$; $p<0.001$).

Tabla 9

Prueba de Wilcoxon para la dimensión de la variable de estudio, componente de poder (n=105)

Variable	Media	Mediana	DE	Z	Valor de p
Componente de poder pre	20.04	34.00	2.09	-9.08	.001
Componente de poder pos	20.00	16.00	1.88		

Nota: instrumento de capacidad de agencia de autocuidado en personas hipertensas

En la tabla diez se observan los resultados de la prueba de Wilcoxon para la variable de estudio en la dimensión capacidad de operacionalizar, donde se expone que no hay diferencia en la medición pre y post de esta dimensión ($Z=0.00$; $p=1$)

Tabla 10

Prueba de Wilcoxon para las dimensiones de la variable de estudio, capacidad operacionalizar (n=105)

Variable	Media	Mediana	DE	Z	Valor de p
Capacidad operacionalizar pre	14.09	14.09	1.82	0.00	1.00
Capacidad operacionalizar pos	14.00	14.00	1.82		

Nota: instrumento de capacidad de agencia de autocuidado en personas hipertensas.

La hipótesis planteo que la intervención educativa es efectiva para mejora de la capacidad de agencia de autocuidado en personas hipertensas para ello se realizó la Prueba de Wilcoxon, a continuación, se exponen las diferencias de la agencia de autocuidado pretest y post medición, los resultados indican una diferencia estadísticamente significativa entre ambas mediciones ($Z=-8.905$; $p<0.001$).

Tabla 11

Prueba de Wilcoxon para la variable de estudio (n=105)

Variable	Media	Mediana	DE	Z	Valor de p
Agencia de autocuidado previa	62.72	63	5.9		
Agencia de autocuidado posterior	77.60	78.00	4.31	-8.905	.001

Nota: instrumento de capacidad de agencia de autocuidado en personas hipertensas

8 Discusión

Los resultados muestran que la mitad de la población curso únicamente estudios de primaria, estos datos discrepan de los realizados por Achury y Cols (2012) y (Campos (2018), quienes identificaron una escolaridad alta en los participantes, lo que se debe sin duda, a la baja cantidad asociada a la capacidad y educación. El estado civil de los participantes predominaron los casados, con conocimiento de signos y síntomas de hipertensión, asimismo los participantes se ubicaron en el grupo de edad de 50 a 67 años.

Se encontró que la capacidad de agencia de autocuidado de la mayoría de la población registró una capacidad de autocuidado alta, este estudio coincide con Bustos (2018), el cual también identificó el mismo resultado con la diferencia que esta variable se detectó en estudiantes.

En el estudio se identificó que la intervención fue efectiva para mejorar el control de la hipertensión arterial, especialmente porque generó una mayor adherencia al tratamiento. Por otro lado García (2016) realizó una intervención cognitivo- conductual que consistió en aplicar una estrategia sistemática a los ancianos en el primer nivel de atención para fomentar el conocimiento de la enfermedad y modificar los estilos de vida.

Respecto a la hipótesis, se señala que se cumple. De acuerdo con los resultados obtenidos se encontró asociación estadísticamente significativa entre la agencia de autocuidado y la intervención educativa para mejora de la calidad de vida. Esto se relaciona con lo planteado por López (2017) quien hace referencia a las intervenciones encaminadas a promover la adherencia de estilos de vida saludables en los adultos mayores, que deben incluir y preservar el contexto de la comunidad de la cual ellos son parte, donde los recursos de la misma sean los insumos que permitan la promoción de la salud. Asimismo, Gutiérrez (2018) demostró un grado fuerte de relación entre las variables agencia de autocuidado y autoeficacia percibida.

En relación a la pregunta de investigación: ¿Cuál es el efecto de una intervención educativa para mejorar las dimensiones de capacidades fundamentales, componentes del poder y capacidad de operacionalizar la agencia de autocuidado en personas hipertensas de una localidad rural?. La investigación permite postular que la capacidad de agencia de autocuidado mejora con la implementación de intervenciones educativas permanentes, lo cual se reflejará en apego a la mejora al tratamiento, como lo describe López (2017).

Durante la realización de este estudio, se presentaron una serie de limitantes que dificultaron el análisis y la interpretación de los resultados obtenidos. Dentro de éstas se destacan:

El enfoque utilizado para el abordaje del estudio fue el cuantitativo, con un diseño preexperimental, con manipulación de variable en grupo experimental, y medición pretest y posttest de la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. Lo anterior difiere del estudio realizado por Martínez (2016), que señala:

“la intervención educativa pudo tener alguna incidencia de manera directa y efectiva sobre el grupo en estudio, que influyó sobre los resultados en la segunda aplicación del test de Morisky-Green”.

Por lo que recomendaba evaluar la conveniencia de utilizar otro método para determinar el cumplimiento terapéutico a fin de minimizar la falta de objetividad del test utilizado. Se considera que la calidad del método utilizado es adecuada, sin embargo podría mejorar al realizar un estudio cuasi experimental con grupo control y experimental.

9 Conclusión

El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de la intervención educativa de enfermería para mejorar las dimensiones de capacidades fundamentales, componentes del poder y capacidad de operacionalizar la agencia de autocuidado en personas hipertensas de una localidad rural.

Se encontró que en escolaridad los adultos que concluyeron la primaria constituyen la mitad de la población estudiada. El estado civil se identificó que los encuestados son casados los más mencionados. Respecto al conocimiento de los adultos acerca de signos y síntomas de la hipertensión tiene conocimiento sobre los signos y síntomas. La edad de la mayoría de la población estudiada oscila en el rango de 50-67 años.

En relación con la variable capacidad de agencia de autocuidado en personas hipertensas, se expone la capacidad de agencia de autocuidado de los participantes de estudio. Donde se observa que 9 de cada 10 de los participantes presentaron capacidad de agencia de autocuidado alta de personas hipertensas. Los resultados de la prueba de hipótesis para la variable capacidad de agencia de autocuidado, realizados en sus tres dimensiones, reportaron diferencias significativas en pre y post medición en las dimensiones: capacidad fundamental consideradas como las habilidades básicas del individuo (percepción, memoria y orientación) y componente de poder, las cuales son habilidades que impulsan el individuo a la acción de auto cuidarse; motivación, adquisición de conocimientos, habilidad para ordenar acciones de autocuidado y capacidad de integración del autocuidado en su vida familiar y comunitaria.

Por el contrario en la dimensión: capacidad para operacionalizar no se encontraron diferencias significativas en pre y post medición, por lo tanto los participantes no desarrollaron la capacidad de investigar sobre las condiciones de sí mismo y del medio ambiente, que son significativos para su autocuidado, así como la toma de decisiones y construcción de las acciones para lograr el manejo de su enfermedad.

Por lo que se demuestra que las intervenciones educativas orientadas a desarrollar la capacidad de personas para que sean capaces de identificar los factores que contribuyen al control de los signos vitales, diseñar los cambios dietéticos para conseguir el control de peso a largo plazo, tomar sus medicamentos a la hora que está indicado, realizar actividad física por lo menos treinta minutos diarios y uso de técnicas para el manejo del estrés.

10 Sugerencias

A partir de las conclusiones obtenidas de esta actividad se sugiere lo siguiente.

Para la población.

1. Invitar al paciente para que mantenga el apego terapéutico: realizando ejercicios físicos, consumiendo una dieta adecuada, tomar a tiempo su medicamento y autoexámenes.
2. Asistir en forma oportuna y temprana a las consultas de hipertensión arterial médicas programadas mensuales, para evitar posibles complicaciones.
3. Participar en los talleres y grupos de ayuda que realice el personal de salud acerca del autocuidado de su salud.
4. Participar activamente con el personal de salud ya que la información es parte fundamental en las decisiones sobre los tratamientos.

Para los prestadores de servicio social de enfermería.

1. Realizar la entrega de folletos de hipertensión arterial.
2. Realizar seguimiento en la prevención y promoción de la salud en la línea de vida, detectando a los ausentes a través de las visitas domiciliarias.
3. Realizar encuestas de detección de hipertensión.
4. Promover la continuidad de las sesiones de educación para la salud.

Para las instituciones de salud

1. Capacitar al personal de salud sobre estrategias educativas para personas, para así brindar información oportuna a los pacientes.
2. Promover que el personal de salud promueva el monitoreo y auto monitoreo del paciente para lograr el control de la presión arterial.
3. Campañas permanentes en la prevención y de igual manera brindar información para el autocuidado en pacientes.

4. Promover talleres enfocados a la enseñanza de la elaboración de platillos que contengan una alimentación balanceada y baja en sodio.

Para la Facultad de Enfermería

1. Se sugiere dar seguimiento al estudio, en vista que hay un abundante campo todavía por explorarse en lo que se refiere a la capacidad de agencia de autocuidado en personas hipertensas, en especial profundizar en la dimensión; capacidad para operacionalizar puesto que no se encontraron diferencias significativas en el pre y post.
2. Establecimiento de convenios para desarrollar áreas de investigación en centros de salud y hospitales.
3. Incorporar a los alumnos a programas de prevención, y actualización sobre los servicios a la comunidad e incorporarlos más al primer nivel de atención en salud.

11 Referencias bibliográficas

- Achury D.M., Sepúlveda G.J., & Rodríguez S.M., (2009). *Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial*. 11(2), pp. 9_25. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1452/145220480002>
- Achury D.M, Rodríguez. S.M., Achury B.L., & Padilla M.P., (2013). *Efecto de un plan educativo en la capacidad de agencia de autocuidado del paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel*. Red de revistas científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal, 13(3), 363_372. doi: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2293/33>
- American Heart Association. (2020). *American heart association*, Inc. <https://newsroom.heart.org/news/redefinicion-de-la-hipertension-arterial-por-primera-vez-en-14-anos-130-es-el-nuevo-valor-para-la-presion-alta>
- Federación Mexicana de Diabetes, A. C. (10 de 06 de 2022). <https://fmdiabetes.org/hipertension-arterial-mexico/>
- Bermúdez G., Calderón M., & Cubero I. (3 de Agosto de 2015). *Meta paradigma, Modelo y Teoría En Enfermería*. *Revista Electrónica De Portales Medicos.Com.*, 15(5). <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/metaparadigma-modelo-y-teoria-enenfermeria/>
- Campos N., Hernández B., Pedroza T., Medina, C., & Barquera. (2018). *Hipertensión Arterial En Adultos Mexicanos: Prevalencia, Diagnóstico y Tipo De Tratamiento*. Ensanut MC 2016, 233_243. doi: <http://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/8813>
- Campos N., Hernández B., Pedroza T., Medina, C., & Barquera. (Octubre Diciembre de 2015). *Hipertensión Arterial En Adultos Mexicanos: Prevalencia, Diagnóstico y Tipo De Tratamiento*. Ensanut MC 2016. *Enfermería Nefrología*. 18(4), 282_289. doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842015000400006>.

- Campos N., Hernández B., Flores C., Gómez Á., & Barquera. (2019). Prevalencia, diagnóstico y control de hipertensión arterial en adultos mexicanos en condición de vulnerabilidad. Resultados de la Ensanut 100k. *Salud Pública de México*, 61(6), 888-897. <https://doi.org/10.21149/10574>
- Carrión C.M., Mesa-Cano I.C., Ramírez-Coronel A.A., & Jaya V. L., (2021). *Adherencia al tratamiento antihipertensivo y calidad de vida en adultos*. Nabón. Zenodo (1). <https://doi.org/10.5281/zenodo.5039502>
- Cortes R., (2020). NOC Y NIC y Nanda I: *diagnósticos médicos*. 324. doi:<https://memorial68.com.mx/download/248988-JQUTNQZZYXP-vinculos-de-noc>. Dirección General De Comunicacion Social. Obtenido de https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2019_340.html
- García R. R., Díaz P., Balcindes A., Londoño A., & Van Der Stuyf P., (5 de Enero de 2016). *Intervención cognitivo-conductual en ancianos hipertensos*. *Revista Finlay*, 6(1), 41_48. doi:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000100006
- Gutiérrez B., & Gómez O., (2018). *Agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas con cardiopatías isquémicas*. *Avances en Enfermería*, 36(2), 161-169. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n2.65674>
- Grove., & R., Gray. (10 de Febrero de 2020). *Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*.
- Huerta V.N., Iruela M.C., Tarraga M.L., Tárraga L.P.J. (2023). *Impacto de la hipertensión arterial en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares*. *Jonnpr*; 8(2), pp. 542-563. DOI:10.19230/jonnpr.4806
- López M., Hernández R., Correa M., Cadena B., Galvis D., & Romero P. (17 de Septiembre-octubre de 2017). *Estrategia educativa que promueve los hábitos saludables en adultos mayores con hipertensión arterial en un municipio de Colombia: Estudio De*

Investigacion-Accion Participativa. Revista Biomédica Revisada Por Pares, 70_72.

<http://doi.org/10.5867/medwave.2017.08.7072>

M Bulechek., G K., Butcher H., & McCloskey D. (2018). Clasificación De Intervención De Enfermería (NIC).

https://www.academia.edu/37376104/CLASIFICACION_DE_INTERVENCIONES_DE_ENFERMERIA_NIC

Mantilla M., Toloza D., & Caviativa. (2016). *Necesidad de autocuidado en la mujer: un reto para la prevención de la enfermedad cardiovascular*. Revista Cubana de Enfermería, 32(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000400020&lng=es&tlng=es.

Martínez G., Olivos R., Gómez T., & Cruz B. (2016). *Intervención educativa de enfermería para fomentar el autocuidado de la mujer durante el climaterio*. Enfermería universitaria. 2016; 13(3):142-150, escuela nacional de enfermería y obstetricia, 13(3), 142_150. doi:<https://core.ac.uk/download/pdf/82401587.pdf>

Martínez C., Medrano M., & Sequeda B. (25 de Octubre de 2016). *Eficacia de intervención educativa en la adherencia terapéutica de pacientes Hipertensos*. Revista Colombiana De Enfermería, 12, 41_48. <file:///C:/Users/Presidente%20Eliseo/Downloads/Dialnet-EficaciaDeIntervencionesEducativasEnLaAdherenciaTe-6547189.pdf>

Molina M., Boter B., Barrera C., Morales N., Holguín M., Granada E., & Arnoby C. (Mayo de 2016). *Tecnologías De La Información y La Comunicacion Como Herramienta Educativa En Pacientes Con Enfermedades Crónicas No transmisibles En Una IPS De La Ciudad De Manizales*. Medicas UIS, 29(2). http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012103192016000200007&script=sci_abstract&tlng=es.

- Morales D., García C., & Acosta B. (2017). *La hipertensión arterial: un problema de salud internacional*. Revista Médica. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242017000400013&lng=es&tlng=es.
- Naranjo H., Concepción P., & Rodríguez L. (Diciembre de 2017). *La teoría déficit de autocuidado: dorothea elizabeth orem*. Gac Med Espirit, 19(3), 89_100. doi:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
- García R., Teresa M., & Sáez M. (2015). *La educación terapéutica y su importancia en el ámbito de la dermatitis atópica*. Acta pediátrica de México, 36(6), 431-433. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-23912015000600431&lng=es&tlng=es
- Organización Panamericana De La Salud. (20 de febrero de 2025). *Día Mundial de la Hipertensión*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hipertension>.
- Raile M., & Marriner A. (2018). *Modelos y Teorías En Enfermería*, Elsevier España.
- Rico M., Calvo I., Díaz G., & Gimena M. (2008). Educación Terapéutica (ET) en pacientes con obesidad. Revista Española Comunitaria, 14(3), 172_178. doi:<https://www.fesnad.org/resources/files/Publicaciones/RevNutCom/6.pdf>
- Salazae C., Rotta R., & Otiniano C. (2016). *Hipertensión en el adulto mayor*. Revista Médica Herediana, 27(1), 60-66. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v27n1/a10v27n1.pdf>
- Secretaria De Salud. (2014). *Algoritmo atención clínica*. http://www.calidad.salud.gob.mx/site/calidad/algoritmos_atencion_clinica.html

Secretaria De Salud Del Estado De Michoacán. (2015-2021). *Programa sectorial de salud*.

Morelia Michoacán. Obtenido de <http://salud.michoacan.gob.mx/wp-content/uploads/2018/12/8.-Programa-Sectorial-de-Salud-2015-2021.pdf>

Silva, M., C. (2018). Análisis del impacto del trasplante hepático en el cuidado. Epub 12(3).

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2018000300007&lng=es&tlng=es

Suarez R., Acosta G., & Vega A. (2015). *Agencia de autocuidado en pacientes hipertensos del Hospital Erasmo Meoz*. Revista Colombiana de Enfermería, 10, 45/58.

<https://repositorio.ufps.edu.co/handle/ufps/6445?locale-attribute=es>

Vazquez L. D. & Loor, L. A. (2022). Gestión de enfermería en el auto cuidado y prevención de caídas en adultos mayores. [Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Magister en Gestión del Cuidado, Universidad Estatal del Sur de Manabí].

<https://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/5091/1/V%c3%a1squez%20Ay%c3%b3n%20Leonardo%20David.pdf>

Márquez-Hernández, V. V., Granados, G. & Roales-Nieto, J. G. (2015). Aplicación de un programa de mejora de la adherencia en pacientes hipertensos debutantes. Atención Primaria, 47(2), 83-89. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.03.009>.

12 Anexos

Anexo I. Cédula de colecta de datos

Folio: _____

Instrucciones

Favor de llenar los espacios requeridos de forma clara y legible (si necesita apoyo o tiene alguna duda, favor de solicitarlo con el encuestador).

1.-Edad____-

2.-Escolaridad:

- | | | |
|---------------------|---------------------|-------------------|
| 1. Ninguno () | 2. Primaria () | 3. Secundaria () |
| 4. Preparatoria () | 5. Licenciatura () | 6. Otro () |

3.- Estado Civil:

- | | | |
|-------------------|--------------------|--------------|
| 1. Soltero () | 2. Casado () | 3. Viudo () |
| 4. Divorciado () | 5. Unión Libre () | |

4.- Tiene usted hipertensión arterial a qué edad lo desarrollo:

1. SI () 2. NO ()
3. No Sé () Cual.....

5.- Conoce los signos y síntomas de la hipertensión arterial:

Si () No ()

6.- Toma Medicamentos Para La Hipertensión Arterial:

Si () No ()

Cuál:.....

7.- Tiene alguna molestia:

1. Si () 2. No ()

8.- Sabe tomarse la glicemia capilar:

Si () No ()

9.- Sabe tomarse la presión arterial:

Si () No ()

10.- Presenta dificultad para caminar:

Si () No ()

11.- Acude a sus citas de cada mes a su centro de salud:

Si () No ()

Anexo II. Cuestionario sobre la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial

Edad: (años cumplidos):	Género: 1. Femenino 2. Masculino
--------------------------------	---

Parte I. Datos sociodemográficos

1.Estado civil	Casado	Soltero	Unión libre	Viudo	Jubilado
2.Ocupación	Estudiante	Empleado	Desempleado	Independiente	Ninguna
3.Escolaridad	Primaria	Bachillerato	Técnico	Universitario	Posgrado
4.Vive con	Solo	Pareja	Padre/madre	Hijo/a	
5.Cuidador	Cónyuge	Hijo/hija	Padre/madre	Otro familiar	Otro
6.Red de apoyo	Grupo hospitalario	Grupo de amigos	Grupo religioso	Grupo social	Otro

Parte II. Instrumento para medir la capacidad de agencia de autocuidado en personas hipertensas.

Este cuestionario va orientado a evaluar e identificar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial, por favor conteste con base en las opciones que se mencionan.

No.	Afirmaciones	nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre
1	Siento que mi estado de ánimo me permite cuidarme					
2	Cuando duermo 6-8 horas diarias, me siento descansado					
3	Invierto tiempo en mi propio Cuidado					
4	Considero importante realizar ejercicio					
5	Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad					
6	Considero que conozco cómo actúan y las					

XIII.Apéndices

Apéndice A. Operacionalización de variables

Variable	Tipo de variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores empíricos
Intervención educativa	Independiente Cuantitativa continua	Conjunto de actividades educacionales esenciales para la gestión de las enfermedades crónicas, llevadas a cabo por los profesionales de la salud formados en el campo de la educación, creadas para ayudar al paciente o grupos de pacientes y familiares a realizar su tratamiento y prevenir las complicaciones evitables, mientras se mantiene o mejora la calidad de vida	Se medirá en función del estilo de vida.	Cada perfil fue catalogado de forma dicotómica (adecuado e inadecuado). 1. perfiles de alimentación (consumo de verduras y ensaladas, carnes y pescados, frutas, consumo de lácteos) 2. actividad física: ejercicio físico diario, tiempo diario de televisión y hábitos de descanso. 3. consumo de alcohol y tabaco.
Capacidad de agencia de autocuidado	Dependiente Cuantitativa continua	Capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado. Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer su necesidad de autocuidado	Se medirá con el cuestionario Capacidad de Agencia de Autocuidado en Pacientes con Hipertensión Arterial de Achury y cols (2009)	17 ítems Categorías 1) Baja 17-28 2) Media 29-56 3) Alta 57-85

Apéndice B. Hoja de Consentimiento informado

Este es un proyecto de investigación que realizará L.E Nora Noemí Valdovinos Castañeda, titulado “Capacidad de agencia de autocuidado en personas hipertensas de un centro de salud”. Aplicare un cuestionario con el propósito evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en personas hipertensas y aplicar una intervención educativa para mejora del autocuidado en personas hipertensas.

Usted puede decidir participar o no participar o cambiar de opinión y después retirarse o dejar el cuestionario inconcluso. No habrá ninguna sanción.

Su participación en esta investigación no tendrá ningún riesgo de salud para los participantes por lo cual se considera segura y sin generación de costo alguno; y se le pedirá que firme esta hoja, entregándole a usted una copia para que la conserve.

Se le harán una serie de preguntas que tienen que ver con la adaptación control de su tratamiento que lleva usted desde su diagnóstico de hipertensión, para contestar estos cuestionarios necesitamos que Usted nos dedique 30-45 min.

La información que usted nos dé en los cuestionarios, será manejada de confidencial y se utilizará sólo para los propósitos de esta investigación que ya se le explicaron anteriormente. Toda información que usted nos proporcione será guardada en un lugar seguro.

Si usted tiene dudas acerca de la investigación puede hacerlas directamente al personal del estudio quienes le ayudarán a resolver cualquier inquietud o comunicarse con L.E Nora Noemí Valdovinos Castañeda., al siguiente correo electronico norita0791.com o con la asesora de la investigación la M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero.

Firma del participante

Gracias por su participación

Apéndice C. Autorización del comité de investigación y bioética



Universidad Michoacana De San Nicolás De Hidalgo

FACULTAD DE ENFERMERIA

L.E Nora Noemí Valdovinos Castañeda
Presente

A través de este conducto se hace de su conocimiento, que la Comisión de Investigación y Bioética de la Facultad de Enfermería, ha realizado la revisión del protocolo de investigación titulado "Capacidad de agencia de autocuidado en personas hipertensas de un centro de salud" y dictaminó que está **APROBADO** mismo que ha quedado registrado con el número de folio CIB/FacEnf/024/2020; por lo tanto usted puede realizar lo conducente.

Sin más por el momento, quedamos de usted.

Atentamente

Morelia, Michoacán. A 26 de agosto del 2020

Dra. María Leticia Roba García Valenzuela
Coordinadora de la Comisión de Investigación y Bioética

C.c.p. Archivo

Apéndice D. Certificado de Participación

Certificado de Participación en el Congreso Internacional de Investigación Academia Journals Morelia 2021, por el Artículo Titulado Escolaridad Asociada a Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas Adultas Hipertensas (artículo N. MOR360) Foros de



Investigación.

**Apéndice E. Plan de Intervención Educativa para Mejora de la Capacidad de
Agencia de Autocuidado en Personas Hipertensas de un Centro de Salud**



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Facultad de Enfermería

División de Estudios de Posgrado

Maestría en Enfermería con terminal en Adulto Mayor

**Plan de Intervención Educativa para Mejora de la Capacidad de
Agencia de Autocuidado en Personas Hipertensas de un Centro
de Salud**

Presenta:

L. E. Nora Noemí Valdovinos Castañeda

Asesora:

M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero

Morelia, Michoacán

Diciembre, 2020

INDICE

1.1: Introducción.....	Página 3.
1.2: Objetivos generales.....	Página
1.3: Estructura y desglose de los contenidos.....	Página 5.
1.4: Metas.....	Página 39.
1.5: Estrategias didácticas.....	Página
1.6: Evaluación del aprendizaje.....	Página 42.
1.7: Cronograma.....	Página

1.1 Introducción

El control de la HAS se fundamenta en principios distintos en relación con los padecimientos transmisibles. Implica un proceso educativo para entender la enfermedad, cambios significativos y focalizados en las conductas, utilización a largo plazo de múltiples fármacos y evaluaciones frecuentes, además de la participación de especialistas en conjunto con la familia y la comunidad. Su aplicación es compleja, tanto para el médico como para el paciente. Por consiguiente, la estructura y los procedimientos de la mayoría de las instituciones de salud no están preparados para brindar dichos cuidados. Los programas educativos conceden una prioridad intermedia a las enfermedades crónicas y degenerativas. Tampoco se toma en cuenta dichos programas al indicar las medidas terapéuticas, que son factores críticos que determinan la observancia. En consecuencia, el tratamiento no se basa en las necesidades y expectativas del paciente y resulta insuficiente, tardío y costoso. El paciente no comprende los objetivos del tratamiento y las modificaciones necesarias no se incorporan a su estilo de vida. Las dosis de los medicamentos no se ajustan para alcanzar los objetivos terapéuticos intermedios. A lo anterior se suman también factores culturales que limitan el cumplimiento terapéutico. Todo ello hace que los retos para alcanzar un tratamiento efectivo sean múltiples, aunque las limitantes son identificables y existen soluciones para ellas. Es preciso desarrollar mejores conductas de control; de lo contrario, la mayor parte del presupuesto nacional se destinará aún al pago de las complicaciones e incapacidades prematuras (CENETEC, 2014).

Las investigaciones futuras, en particular el trabajo de intervención, también deberían mostrar los resultados en el control de hipertensión arterial a través del trabajo de enfermería específicamente identificado como educación para la salud en el que se consideren las necesidades, expectativas y cultura de la persona.

1.2 Objetivo General

Plantear una estrategia organizativa “Intervención Educativa” para mejora de la Capacidad de Agencia de Autocuidado en Personas Hipertensas.

1.2.1 Objetivos específicos

- a) Analizar la importancia del control de la hipertensión arterial como factor clave para prevenir las complicaciones.
- b) Identificará los factores de riesgo para hipertensión arterial y las medidas para modificar el estilo de vida para el control de la presión arterial.
- c) Desarrollar habilidades en el hipertenso para la valoración de la presión arterial y del estado de salud nutricional.
- d) Promover el desarrollo de habilidades para la elección de una alimentación saludable y eliminación de la dieta de alimentos prohibidos y manejo del tratamiento farmacológico.
- e) Promoción de cambios en el estilo de vida: control de peso, mantenimiento de la actividad física, métodos de relajación para el manejo del estrés, y deshabituación de uso de tabaco y alcohol.

1.3 Estructura y desglose de los contenidos.

La terapéutica seguir en personas con hipertensión para el control de la misma de acuerdo a la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la hipertensión se centra en:

Determinación farmacológica

La estrategia de tratamiento ha de ser multidisciplinar e integral, que incluya, la evaluación de los aspectos relacionados con el tratamiento no farmacológico (alimentación, consumo de alcohol, actividad física, control de estrés).

Fomentando el acudir siempre a sus consultas mensuales y comentarles cualquier eventualidad que llegue a presentar con sus medicamentos, y así tener un buen manejo farmacológico de la enfermedad.

No farmacológicos

Educación al paciente sobre las diversas actividades y cuidados no farmacológicos que pueden realizar para tener estabilidad y posible resolución de su padecimiento mediante las siguientes medidas:

Alimentación: evitar consumir alimentos industrializados y evitar añadir sal adicional a los alimentos (lista de alimentos a evitar).

Limitar el consumo de alcohol ≤ 2 copas al día.

Realizar actividad física aeróbica, al menos 30 minutos de 5 a 7 días por semana.

Suspender el hábito del tabaco.

Adecuado control de estrés mediante técnicas de relajación.

1.4 Metas

- a) Realizar cuatro sesiones, con una duración de una hora cada sesión, sobre el control de la hipertensión arterial como factor clave para prevenir las complicaciones con la temática.

Primera sesión: Realizar una explicación a los participantes para identificar la enfermedad de HAS, su origen y las consecuencias que repercuten en su vida diaria y su organismo.

- b) Identificará los factores de riesgo para hipertensión arterial y las medidas para modificar el estilo de vida para el control de la presión arterial.

Segunda sesión: Realizar una explicación a los participantes para identificar los factores de riesgo del entorno social, decisiones personales y predisposiciones familiares hereditarias para el desarrollo de la enfermedad de HAS.

- c) Desarrollar habilidades en el hipertenso para la valoración de la presión arterial y del estado de salud nutricional.

Tercera sesión: Realizar una explicación a los participantes para identificar los factores que alteran una adecuada toma de presión. Explicar los factores para desarrollar habilidades en la valoración de la presión arterial y estado de salud nutricional.

Cuarta sesión: Proteínas: Conceptos generales, funciones en el organismo, fuentes alimentarias más representativas y recomendaciones de consumo.

- d) Promover el desarrollo de habilidades para la elección de una alimentación saludable y eliminación de la dieta de alimentos prohibidos y manejo del tratamiento farmacológico.
- e) Promoción de cambios en el estilo de vida: control de peso, mantenimiento de la actividad física, métodos de relajación para el manejo del estrés, y deshabituación de uso de tabaco y alcohol.

¿Medidas recomendadas para el cambio en el estilo de vida para reducir la presión arterial?

1.5 Estrategias didácticas

Exposición de los temas a base de diapositivas.

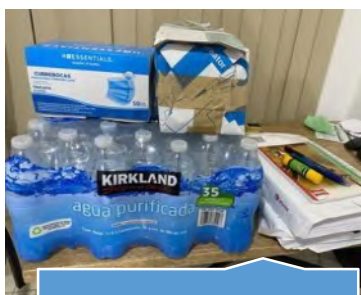
Repartición de trípticos a los participantes con información clara y precisa sobre el tema.

Generar un espacio de participación, interés y confianza sobre el tema.

Material didáctico visual en forma de carteles y periódico mural en espacio de impartición de sesiones sobre el tema.

Educación a los participantes para la toma de presión arterial con distintos aparatos como Baumanómetro de mercurio con estetoscopio, baumanometro digital y monitor de presión arterial digital.

Invitación a los participantes de poder ser acompañados de alguna persona allegada interesada en la enfermedad del participante o el tema a exponer.



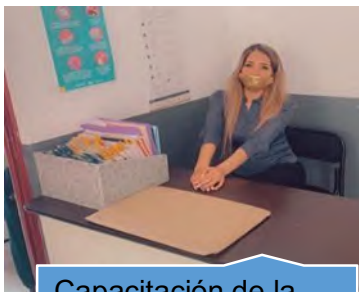
Recursos Materiales



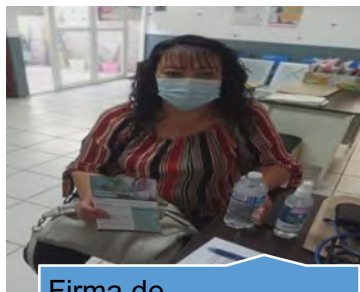
Enfermera que
apoyo



Entrega de folletos



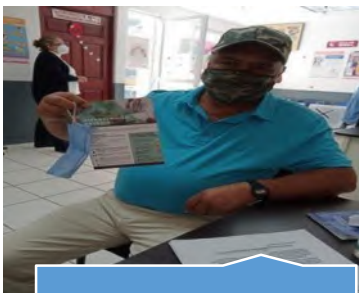
Capacitación de la encargada



Firma de Consentimiento informado



Cédula de colecta de datos



Cuestionarios



Capacidad de agencia de autocuidado



Pacientes con hipertensión arterial

1.6 Procedimiento

Definición del grupo experimental

Se desarrolló una intervención educación y seguimiento periódico en consulta enfermera, el curso consto en 12 sesiones sobre alimentación saludable, actividad física aeróbica, control de estrés mediante técnicas de relajación y control de peso, cada 30 días durante 6 meses en grupos de mínimos de 10 personas de treinta minutos de duración mínimo y máximo una hora que cumplieron con los criterios de inclusión.

Capacitación al personal

Se capacito a la enfermera encargada del programa de hipertensión y un pasante de enfermería. Se dio a conocer el cronograma de sesiones educativas, y duración.

Preparación del material “didáctico, apoyo”

Los recursos financieros a utilizar en la presente investigación fueron con recursos propios del investigador en su mayoría, y en menor parte con material y equipo del asesor. Los recursos materiales requeridos se refieren: computadora libreta, lapicero, USB, foto copias de cuestionarios, bascula, cinta métrica, baumanómetro, estetoscopio, termómetro, reloj,

material didáctico y aula para las sesiones. Los recursos humanos necesarios para el presente estudio fueron: la investigadora, asesora y dos pasantes del servicio social a los cuales se les capacitara previo a la intervención.

1.7 Evaluación del aprendizaje

Aplicación de un instrumento de evaluación constando de una preevaluación antes de iniciar las sesiones y realizando una post evaluación para comprobar conocimientos adquiridos al término de la sesión educativa con resolución de dudas.

El cual consta de lo siguiente:

- 1.- Siento que mi estado de ánimo me permite cuidarme.
- 2.- Cuando duermo 6-8 horas diarias, me siento descansado. 3.- Invierto tiempo en mi propio cuidado.
- 4.- Considero importante realizar ejercicio.
- 5.- Busco información y orientación sobre el manejo de mi enfermedad.
- 6.- Considero que conozco como actúan y las reacciones 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 de la correcta administración.
- 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.
- 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 la 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.- Evalúo 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.

SESIÓN 1. CONCEPTOS GENERALES DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

1.1 -¿Qué es la HAS y como afecta mi salud?

1.2-¿Cuáles son factores de riesgo para HAS y como prevenirlos?

1.3-¿Medidas recomendadas para el cambio en el estilo de vida para reducir la presión arterial?



1.1 -¿QUÉ ES LA HAS Y COMO AFECTA MI SALUD?

El corazón es un órgano vital al ser humano. Se encuentra localizado entre los pulmones (en el centro del pecho), levemente a la izquierda y tiene dos lados;

El lado derecho bombea sangre a los pulmones para recibir oxígeno y eliminar dióxido de carbono.

El lado izquierdo bombea sangre oxigenada al cuerpo.



El corazón actúa como una bomba que impulsa la sangre hacia los órganos, tejidos y células del organismo.

- La sangre provee oxígeno y nutrientes a cada célula y recoge el dióxido de carbono y sustancias desechadas por esas células.
- La sangre es transportada desde el corazón al resto del cuerpo a través de arterias, arteriolas y capilares y regresa al corazón por las vénulas y venas.



¿Qué es el oxígeno y el dióxido de carbono?

El dióxido de carbono es el gas que se produce como desecho cuando el carbono se combina con el oxígeno como parte del proceso de obtención de energía del cuerpo.

El aire que respiramos está compuesto por diversos gases:

El oxígeno es el más importante para mantenernos vivos porque las células de nuestro cuerpo lo necesitan como fuente de energía y para crecer.

¿qué es la presión arterial? Se mide la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes de las arterias.



2

La presión arterial se mide con un esfigmomanómetro. Es un instrumento que mide los valores extremos de presión debidos al flujo sanguíneo, es decir, la presión sistólica (de contracción del corazón), y la presión diastólica (de relajación del corazón). Se mide en milímetros de mercurio, o kPa (kilo-Pascales).

3 Qué es la presión sistólica y diastólica?

La presión sistólica es el número más alto y mide la presión con que el corazón tiene que bombear la sangre hacia las arterias

La presión diastólica es el número más bajo y mide la presión con que el corazón se relaja entre latidos.

Una lectura de 120/80 mm Hg (milímetros de mercurio) es considerada normal.

4

¿Cómo se diagnostica la hipertensión?

Según la Organización Mundial de la Salud, se debe diagnosticar hipertensión, o presión alta cuando la presión arterial se encuentra por arriba de los siguientes niveles:



5

Presión	diastólica	(mínima)
≥ 90 mmHg		

Presión	sistólica	(máxima)
≥ 140 mmHg		

Se expresa como 140/90 mmHg

6

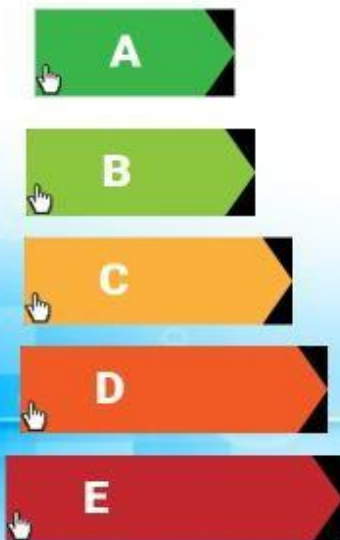
Estas cifras son aceptadas para todos lo adultos. Aunque, conforme aumenta la edad la presión arterial aumenta, se debe mantener dentro de este rango (no más de 140/90 mmHg).

NUEVAS GUÍAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN

La Asociación Americana del Corazón (AHA) lanzó nuevas guías para la detección, prevención, manejo y tratamiento de hipertensión arterial:

- La presión arterial alta debe diagnosticarse en individuos con presión arterial de 130/80 mmHg en lugar de 140/90 mmHg.
- Estos pacientes deben realizar cambios en estilo de vida y algunos empezar con medicación.

La Organización Mundial de la Salud recomienda consumir menos de 5 gramos de sal por día, lo que equivale una cucharadita al ras (sin copetear).



Normal: Menos de 120/80.

Elevada: Sistólica entre 120-129 y diastólica menor de 80.

Etapas 1: Sistólica entre 130-139, o diastólica entre 80-89.

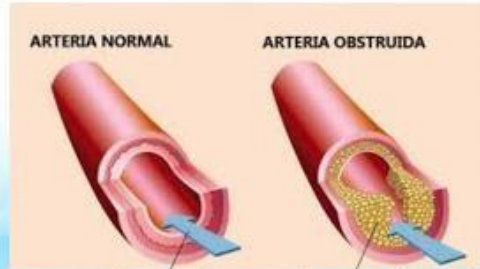
Etapas 2: Sistólica ≥ 140 , o diastólica ≥ 90 .

Crisis hipertensiva: Sistólica >180 y/o diastólica >120 .

¿QUÉ OCURRE EN NUESTRO CUERPO CUANDO SE TIENE HIPERTENSIÓN?

Cuando hay presión alta en el interior de las arterias, los músculos en las paredes de las arterias se vuelven más fuertes y más gruesos para poder bombear la sangre. A este proceso de endurecimiento de las arterias se llama arteriosclerosis.

La arteriosclerosis reduce el espacio dentro de las arterias y aumenta aún más la presión en las arterias. Los ciclos de aumento de la presión arterial ocurren lentamente durante varios años, sin causar ningún síntoma de enfermedad de las arterias del corazón.



Qué ocurre en nuestro cuerpo cuando se tiene hipertensión .

Además del corazón, la presión alta lesiona órganos vitales como el cerebro y los riñones y provoca:
Infarto cerebral, o embolia.

Insuficiencia renal.

Nos genera:

Dolor en el pecho
(angina).

Dificultad para respirar.

Ataque cardíaco.

Muerte.

¿QUÉ TAN FRECUENTE ES?

La hipertensión arterial es una enfermedad frecuente tanto a nivel nacional como mundial.

En México:

- Uno de cada cuatro adultos padece de hipertensión.
- Casi la mitad de los adultos con hipertensión desconocen que la padecen.



¿Cuáles son los síntomas de hipertensión?

En la mayoría de los casos de hipertensión no existe ningún síntoma. La hipertensión arterial es llamada la asesina silenciosa, debido a que muchos pacientes no presentan ningún síntoma de la enfermedad, y muchas veces, el diagnóstico ocurre por alguna complicación.

Los síntomas se presentan una vez que la presión es muy alta (180/120 mmHg o más) y los síntomas son señal de que existe daño en algún órgano. Pero no existe un síntoma específico de la hipertensión.



Algunos síntomas que pueden presentarse son:

Fatiga o confusión.

Problemas en la visión: ver lucecitas.

Mareo.

Dificultad para respirar.

Sangre en la orina.

Pulsaciones en el pecho, cuello u oídos.

Estos síntomas pueden deberse a otra causa que no sea hipertensión.

De cualquier forma, si presenta alguno de estos síntomas es necesario que acuda a urgencias del centro de salud más cercano.

RECOMENDACIONES

Cómo medir la presión arterial en casa :



Mantener reposo de cinco minutos.

No conversar.

Apoyar el brazo a la altura del corazón.

Colocar el manguito en el brazo sin ropa.

Usar el tamaño de manguito adecuado.

Apoyar los pies.

No cruzar las piernas.

Tener la vejiga vacía.

Apoyar la espalda.

¿Cómo vivir con hipertensión?

Hemos hablado un poco de recomendaciones para reducir la presión arterial. Estas recomendaciones son para todos.

Si ya te diagnosticaron, debes empezar el tratamiento para evitar el avance de la enfermedad, prevenir las complicaciones, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta causa. El plan de manejo debe incluir metas farmacológicas y no farmacológicas.

Preguntas que debes realizar a tu doctor:

- ¿Consideras que medirme la presión arterial en casa me ayudaría a controlarla mejor?
- ¿Cuántas veces al día, o a la semana, debo medirme la presión arterial?
- ¿Son algunas horas del día mejores que otras para medirme la presión arterial?
- ¿Debo cambiar la cantidad de medicamento que tomo de acuerdo con mis números?

1.2 -¿CUÁLES SON FACTORES DE RIESGO PARA HAS Y COMO PREVENIRLOS?

Los principales factores que aumentan la posibilidad de tener hipertensión son:

- 1- Edad
- 2- Obesidad
- 3- Historia familiar y genética
- 4- Tabaquismo
- 5- Consumo de sal en exceso
- 6- Abuso del consumo de alcohol
- 7- Inactividad física
- 8- Otras enfermedades crónicas



1 En las personas mayores de 60 años, la mitad de ellas padecen de hipertensión.

2 En edades mas avanzadas la enfermedad predomina en las mujer.

3 En edades mas jóvenes, la enfermedad predomina en los hombres.

4 El riesgo de presión arterial alta se esta incrementando en los niños y adolescentes, probablemente debido a estilos de vida poco saludables.



Edad

La hipertensión se presenta a cualquier edad, pero es más frecuente en las personas de edad avanzada. Nuestros vasos sanguíneos se engruesan y endurecen naturalmente con el paso del tiempo, lo que incrementa el riesgo de presión arterial alta.

HISTORIA FAMILIAR Y GENÉTICA

La presión arterial alta puede heredarse. Si tu padre, tu madre, o los dos son hipertensos, tienes más posibilidades de presentar hipertensión.

Algunas personas tienen gran sensibilidad a la sal, que también puede ser hereditario.

Sin embargo, es una proporción pequeña la que se atribuye a la genética, la mayor parte del riesgo se atribuye a estilos de vida poco saludables.

Mitos:

Si mis padres tienen HAS, seguro me va a dar a mí. Pero no puedo hacer nada para evitarlo.

Como no uso salero en la mesa, mi consumo de sal es bajo.

Realidad:

Hay cierto componente hereditario, pero es una proporción pequeña la que se atribuye a la genética.

No usar el salero en la mesa reduce tu consumo de sal, pero la sal también viene añadida en la comida industrializada.

1.3-¿Medidas recomendadas para el cambio en el estilo de vida para reducir la presión arterial?

Otras recomendaciones:

- 1- Evita productos procesados.
- 2- Cocina los alimentos al vapor sin añadir sal.
- 3- Come alimentos más frescos.
- 4- Lee las etiquetas de los alimentos que compras y evita consumir los que contengan glutamato monosódico.

5- Reduce el uso de sal al preparar los alimentos.

6- Prefiere la sal marina o la sal de Himalaya (de color rosa).

7- Preferible sazonar al principio de la cocción para que con poca cantidad quede más salado.



REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA CONSTANTE:



Recomendaciones

• Lo ideal es realizar de 90 a 150 minutos a la semana. Eso equivale a 30 a 50 minutos 3 días de la semana. Puedes empezar con solo 30 minutos y poco a poco lograr los 50 minutos por sesión. Puedes empezar caminando rápido o trotando y poco a poco ir subiendo el ritmo a medida que tu cuerpo lo soporte.

Rutina

La estructura de la rutina de ejercicios deberá establecerse:

1. **Calentamiento:** 5 a 10 min de movilidad articular.
2. **Resistencia:** Actividad o ejercicio aeróbico.
3. **Fortalecimiento:** 5 a 10 min.
4. **Relajación:** 5 a 10 min.

Ejemplos

- Ejercicio aeróbico:
- Nadar
- Hacer bicicleta
- Zumba
- Subir escaleras en el metro en vez de usar las escaleras eléctricas.

Nota

Realiza ejercicio poco a poco. Si no estás acostumbrado a realizar ejercicio, no empieces con ejercicio vigoroso, empieza poco a poco y consúltalo con tu médico si estás en condiciones de realizar estos ejercicios. Si quieres hacer actividades más vigorosas como correr, debes empezar lentamente con las que tienen un esfuerzo moderado, como caminar a paso ligero.

Realizar actividad física constante:

Realizar actividad física constante te ayuda a reducir la presión arterial y tiene grandes beneficios para tu salud en general. Si tienes hipertensión y logras integrar a tu vida cotidiana la actividad física, puedes bajar hasta 4 mmHg de tu presión arterial.

Pequeños cambios hacen la diferencia para que poco a poco comiences a tener una vida más activa.

Reducir el consumo de alcohol:

Si bien, consumir una copa de alcohol esporádicamente, no representa un aumento en el riesgo de hipertensión, si consumes alcohol regularmente y tienes hipertensión, debes reducir tu consumo. Si logras reducir a la cantidad recomendada (2 copas al día para hombre y 1 para mujer), podrías reducir hasta 4 mmHg de presión arterial.

Es mejor tomar el alcohol en las rocas. Si te gusta acompañado, prefiere el agua mineral en lugar de refresco.

¿Sabes cuánto es una copa?

Una copa se refiere a la cantidad de alcohol en gramos que contiene una bebida. Una copa es igual a 12 g de alcohol. Diferentes tipos de cerveza y licores tienen diferentes concentraciones de alcohol, por eso el tamaño en líquido (ml) equivalente a una copa son diferentes de acuerdo al tipo de bebida. Una copa de alcohol equivale a:

RECUERDA: la disminución del consumo de alcohol reduce tu riesgo, pero un riesgo bajo no significa que no hay ningún riesgo.



Una cerveza de 355 ml.



Un vaso 150 ml de vino.



Un caballito de 45 ml de bebidas alcohólicas destiladas.

CONTROL DE LOS NIVELES DE COLESTEROL:

Es muy común que las personas con hipertensión tengan niveles altos de colesterol. Es muy importante que te mantengas activo, comas alimentos con bajo contenido de grasa y colesterol (evita las grasas saturadas y grasas trans).

Las grasas saturadas provienen en su mayoría de leche entera, mantequilla, crema, manteca de cerdo o vegetal, carne con alto contenido en grasa como las costillas, salchichas, jamón, chorizos y chicharrones, aceite de coco, palma o pepita de palma.

Las grasas trans provienen en su mayoría de alimentos procesados, pastelillos empaquetados, productos fritos y la margarina. Los alimentos industrializados que contienen grasas trans deben mencionar en su etiqueta: "Aceite vegetal parcialmente hidrogenado".



EVITAR O DEJAR EL HÁBITO DE FUMAR

Fumar es un hábito común, pero cuando fumas, no solo te pones en peligro a tu salud, pero también la de tu familia. El consumo de tabaco puede incrementar tu presión arterial de 5 a 10 mmHg temporalmente. Si tienes hipertensión, es necesario evitar el consumo de tabaco para disminuir el riesgo de complicaciones.



Algunos consejos para dejar de fumar:

Escoge un día para dejar de fumar. Escribe los motivos por los que usted quiere dejar de fumar. Tira a la basura todos los cigarrillos, encendedores, cerillos y ceniceros. Cuando tengas deseos de fumar, toma agua, mastica goma de mascar sin azúcar o coma fruta. Mantente activo, sal a caminar cuando quieras fumar.

INACTIVIDAD FÍSICA

La inactividad física es una epidemia mundial, y no es menor.

El sedentarismo incrementa el sobrepeso y la obesidad, la hipertensión, la diabetes y el colesterol en sangre y puede estar asociado a incremento en enfermedades mentales como la depresión.



Realizar actividad física regularmente:

reduce el riesgo de hipertensión, enfermedades cardiovasculares, diabetes y reduce el riesgo de muerte prematura.



Tratamiento farmacológico

El tratamiento "farmacológico" deberá ser individualizado, considerando:

El modo de acción.

Los efectos adversos.

Otras enfermedades que padezca la persona.

Las indicaciones y las contraindicaciones.

Las interacciones farmacológicas.

La administración de medicamentos sólo puede ser autorizada por tu médico y deberás utilizar las dosis indicadas por él. Es muy importante que los tomes aún cuando te sientas bien. Recuerda que puedes tener la presión alta, aún cuando no tengas ninguna molestia.

Importante:

Recuerda acudir mensualmente a tu cita, no sólo para ir por tu medicamento. Aprovecha la cita para que comentes con tu médico cualquier cambio o inquietud que tengas respecto al tratamiento o la enfermedad. Si te sientes mal o presentas algún síntoma, es necesario que comentes con tu doctor, o acudas a urgencias.



EJERCICIO FÍSICO

El ejercicio físico en los adultos mayores hipertensos constituye en la reducción de las cifras de HTA, independientemente del sexo de los pacientes.

Así como en el control de otros factores de riesgo que se asocian a la HTA, como la alteración de la glucosa y la obesidad.



SESIÓN 2. PROTEÍNAS: CONCEPTOS GENERALES, FUNCIONES EN EL ORGANISMO, FUENTES ALIMENTARIAS MÁS REPRESENTATIVAS Y RECOMENDACIONES DE CONSUMO.



Para medir la estatura:

De pie, sin zapatos, bien derecho(a), brazos a los lados del cuerpo y sin adornos en la cabeza, viendo de frente. Tomar la medición en metros, ejemplo:

1.58 metros.

Con estos datos anteriores puede determinar su Índice de Masa Corporal (IMC), que es la forma en la que se evalúa el estado de nutrición y considere su peso corporal (Kg) con relación a su estatura (en metros cuadrados), utilizando la siguiente fórmula:

$$\text{IMC} = \text{Peso (Kg)} / \text{Estatura (m)}^2$$

Ejemplo:

Eres una mujer de 68 años con peso de 65 kg y estatura de 1.55 m.

Paso 1. Se multiplica la estatura por la estatura:
 $1.55 \times 1.55 = 2.40 \text{ m}^2$

Paso 2. Se dividen los Kg que pesas entre los m^2 del Paso 1

$$65 / 2.40 = 27.0$$

Paso 3. Tu IMC es de 27.0

Paso 4. Localiza en la tabla los valores que obtuviste según tu IMC

Paso 5. Evalúa tu estado de nutrición de acuerdo a la columna correspondiente a tu IMC.

En este ejemplo el valor obtenido de 27.0 se ubica en la columna de sobrepeso por ser mayor de 25 y menor de 29.9

NUEVAS GUÍAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN

Preguntas a responder por esta Guía:

1. ¿Qué antecedentes y situación actual se deben considerar para determinar el estado nutricional del adulto mayor?

2. ¿Cuál es el mejor instrumento para evaluar el estado nutricional del adulto mayor?

3. ¿Qué estudios de laboratorio se deben solicitar para evaluar el estado nutricional del adulto mayor?

4. ¿Cuál es el seguimiento que se recomienda para el adulto mayor con Desnutrición?

5. ¿Cuál es el seguimiento que se recomienda para el adulto mayor con Obesidad?

6. ¿Cuál es el seguimiento que se recomienda para el adulto mayor con adecuado estado nutricional?

7. ¿Cuáles son los criterios que debe tener el adulto mayor con alteraciones nutricionales para ser referido a la consulta de 2do nivel de atención?

Tabla de índice de masa corporal

PESO	ÍNDICE DE MASA CORPORAL				GRADOS DE OBESIDAD			
	NORMAL		SOBREPESO		I		II	
	Más	Menos	Más	Menos	Más	Menos	Más	Menos
BMC	18.5	24.9	25	29.9	30	34.9	35	39.9
1.44	36.4	51.6	51.8	62.0	62.2	72.4	72.6	82.7
1.46	36.4	51.6	51.8	62.0	62.2	72.4	72.6	82.7
1.48	36.4	51.6	51.8	62.0	62.2	72.4	72.6	82.7
1.50	36.4	51.6	51.8	62.0	62.2	72.4	72.6	82.7
1.52	36.4	51.6	51.8	62.0	62.2	72.4	72.6	82.7
1.54	36.4	51.6	51.8	62.0	62.2	72.4	72.6	82.7
1.56	36.4	51.6	51.8	62.0	62.2	72.4	72.6	82.7
1.58	36.4	51.6	51.8	62.0	62.2	72.4	72.6	82.7
1.60	36.4	51.6	51.8	62.0	62.2	72.4	72.6	82.7
1.62	36.4	51.6	51.8	62.0	62.2	72.4	72.6	82.7
1.64	36.4	51.6	51.8	62.0	62.2	72.4	72.6	82.7
1.66	36.4	51.6	51.8	62.0	62.2	72.4	72.6	82.7
1.68	36.4	51.6	51.8	62.0	62.2	72.4	72.6	82.7
1.70	36.4	51.6	51.8	62.0	62.2	72.4	72.6	82.7
1.72	36.4	51.6	51.8	62.0	62.2	72.4	72.6	82.7
1.74	36.4	51.6	51.8	62.0	62.2	72.4	72.6	82.7
1.76	36.4	51.6	51.8	62.0	62.2	72.4	72.6	82.7
1.78	36.4	51.6	51.8	62.0	62.2	72.4	72.6	82.7
1.80	36.4	51.6	51.8	62.0	62.2	72.4	72.6	82.7
1.82	36.4	51.6	51.8	62.0	62.2	72.4	72.6	82.7
1.84	36.4	51.6	51.8	62.0	62.2	72.4	72.6	82.7

Medición de cintura:

La aparición de enfermedades como diabetes, presión alta, elevación de grasas en sangre (colesterol y triglicéridos), cáncer, infartos y embolias entre otras, se encuentra relacionada con la cantidad y distribución de grasa en el organismo, que puede ser de la siguiente manera:

1.- En forma de pera.

La grasa se acumula en la cadera y en muslos.

Este tipo de obesidad se relaciona con varices y dolor de rodilla.

2.- En forma de manzana.

La grasa se distribuye más en el abdomen. Este tipo de obesidad predispone a desarrollar enfermedades no transmisibles como diabetes, presión alta, cáncer de colon, mama o endometrio, elevación de grasas en la sangre (colesterol y triglicéridos), infartos y embolias entre otras, que pueden desencadenar muerte prematura.

SESIÓN -3. MICRONUTRIENTES: VITAMINAS Y MINERALES Y TX FARMCOLOGICO

3.- 1 ¿Recomendación sobre la ingesta de sal?

3.- 2 ¿Cuál es la dieta más adecuada para persona hipertensa?



Tratamiento farmacológico

En la hipertensión arterial, el paciente deberá realizar tratamiento de carácter "farmacológico". Este manejo incluye:

Bajar de peso si tienes sobrepeso u obesidad:

Por cada kg de peso que bajes, puedes reducir hasta 1 mmHg de tu presión arterial. Debes perder peso poco a poco y de manera consistente.

Importante:

No hagas dietas extremas, realiza cambios en estilos de vida y haz de estos cambios tu nueva rutina. ¡No esperes bajar rápidamente el peso que subiste a lo largo de los años!



RECOMENDACIÓN:

Bajar 1 kilo por mes es lo más saludable. Debes consultar con tu médico y nutriólogo para diseñar un plan para lograr tu peso ideal y lograrlo de una manera saludable.

Disminuir el consumo de sal: Si vives con hipertensión o tienes más de 50 años, debes tener mucho cuidado en reducir tu consumo de sal a menos de 5 g/día (una cucharadita). Si logras reducir tu consumo de sal de manera permanente puedes bajar entre 3 a 5 mmHg de tu presión arterial.

Consumir potasio: Si tienes una dieta rica en potasio de manera cotidiana puedes bajar hasta 4 mmHg de tu presión arterial! La recomendación es que consumas entre 3 a 5 g/día. Muchas frutas y verduras contienen potasio. Si aumentas el consumo de fruta y verduras a tu dieta, estarás sumando poco a poco el potasio que necesitas al día.

Si bien son contenidos aproximados, si comes dos plátanos medianos, 1 mango mediano, 1 manzana grande y una naranja grande, estarás consumiendo más de la mitad de potasio que necesitas al día.

Otros alimentos con potasio son: durazno, pera, sandía, piña, melón, brócoli, camote, champiñones, lechuga, pepino, zanahoria, frijoles, lentejas.

También la sal del himalaya (rosa) contiene potasio, por lo que si la consumes en lugar de la sal refinada también estarás sumando potasio a tu dieta.

Algunos ejemplos de alimentos ricos en potasio:

1 plátano mediano 425 mg

¼ de papaya 200 mg

1 mango mediano 325 mg

1 naranja pequeña 240 mg

1 manzana pequeña 150 mg

1 papa mediana horneada con cáscara 925 mg

1 tomate mediano 290 mg



ALIMENTACIÓN SALUDABLE:

Dentro de las opciones de dietas saludable recomendadas para personas con hipertensión está la dieta DASH (en español, Enfoques Dietéticos para Detener la Hipertensión). Es una dieta caracterizada por:

Consumir muchas verduras, frutas y productos lácteos sin grasa, o bajos en grasa.

Incluir granos enteros, legumbres, semillas, nueces y aceites vegetales.

Comer pescado, aves y carnes magras.

Reducir la sal, las carnes rojas, los dulces y las bebidas azucaradas.

Reducir las bebidas alcohólicas.

En México, la diversidad de frutas y vegetales es enorme en comparación con algunos países desarrollados.



ALGUNAS RECOMENDACIONES PARA MEJORAR TU DIETA:

1

Compra frutas variadas y frescas en los mercados y mercados locales.

2

Prefiere arroz integral y no añadir cubitos de caldo. Mejor agrega sal de grano.

3

Puedes tomar un licuado todas las mañanas. Añade mucha fruta, avena y si añades leche, que sea baja en grasa.

4

Come colación entre comidas. Puedes consumir una fruta que no sea complicado de transportar: una manzana, durazno,



5

Si vas a consumir pollo, prefiere la pechuga de pollo pues tiene menos grasa.

18

Consumir agua no refrescos.

MITO Y REALIDAD

Mitos:

Leí que el vino es bueno para el corazón, entonces puedo tomar todo el vino que yo quiera.

Como tomo mi medicamento para la presión ya puedo comer lo que yo quiera.

Si tuve una medición normal de presión arterial, puedo dejar de tomar mi medicamento.

Realidad:

Se ha reportado que un consumo bajo de vino tiene una acción protectora del corazón, si tienes hipertensión y no tomas no es aconsejado que empieces a tomar.

El medicamento ayuda a tener la presión arterial dentro de los límites, pero si no realizas cambios en estilos de vida como moderar el consumo de sal, la presión arterial se mantendrá por arriba del nivel normal.

El medicamento te ayuda a quitar el "extra" de presión arterial. Si está haciendo efecto, quitarlo significa que el "extra" volverá a aparecer.



ALIMENTOS ALTOS Y BAJOS EN SAL

La sal no solo se encuentra en la sal de mesa, sino también de forma natural en la leche, crema, huevos, carne y mariscos. Sin embargo, existe en mayor cantidad en productos procesados e industrializados, como pan, galletas saladas, carnes procesados como tocino y aperitivos como los pretzels, palomitas de maíz.



¿Sabías que ?

Más de la mitad del consumo en México de sal proviene de productos industrializados.

SESIÓN -3.1 ¿RECOMENDACIÓN SOBRE LA INGESTA DE SAL?

La sal actúa en los riñones para que el cuerpo retenga más agua. El agua almacenada adicional eleva la presión arterial y ejerce presión sobre los riñones, las arterias, el corazón y el cerebro

Bajar el consumo de sal ayuda a aliviar algunos de los problemas de presión alta y reduce el riesgo de un mayor daño. Si continúa comiendo demasiada sal, con el tiempo, el daño causado por la presión arterial adicional puede ser tan grave que las arterias se obstruyen por completo.

La mejor manera de prevenir un ataque cardíaco es evitar que las arterias se dañen. Una de las mejores formas de hacerlo es comer menos sal.



¿Cómo está la situación de consumo de sal en México?

La gran mayoría de las personas consume una cantidad excesiva de sal.

Los hombres consumen 2 veces más sal de lo recomendado.

Las mujeres consumen 1.5 veces más sal de lo recomendado.

¿Sabías qué?

Reducir 15% de tu consumo de sal puede disminuir tu presión arterial y tu probabilidad de muerte por enfermedades del corazón en un 40%.

La Organización Mundial de la Salud recomienda consumir menos de 5 gramos de sal por día, lo que equivale una cucharadita de café al ras (sin copetear).



SESIÓN -3.2 ¿CUÁL ES LA DIETA MAS ADECUADA PARA PERSONAS HIPERTENSA?

Tabla de alimentos altos y bajos en sal.

En la tabla presentamos los alimentos altos en sal que debes evitar y los alimentos bajos en sal y altos en potasio, que debe consumir:



Alimentos altos en sal	Alimentos bajos en sal y altos en potasio
Sopas en sobre y cubitos de caldo	Arroz integral
Pan	Avena
Embutidos: salchicha, chorizo, salami, carnes frías	Cereales integrales
Mayonesa, manteca, margarina, mostazas	Germen de trigo
Galletas, papas fritas, cacahuates con sal	Muesli casero
Maiziscos, bacalao	Aguacate
Cereales tipo flakes	Plátano y frutas en general
Conservas y enlatados (incluso los vegetales)	Verduras y hortalizas frescas (todas menos apio, hinojo, betabel y zanahoria)
Pepinillos y similares	Legumbres: frijol, lenteja, ejote, haba, chicharo, garbanzos
Tomate concentrado (de caja, lata o frasco)	Tomate
Quesos	Papa natural
Refresco	Champiñones
Aceitunas	Fruta seca, menos las uvas pasas.

Cubitos de consomé de pollo:

Un cubito, o una cucharada de consomé de pollo contiene 3.29 g de sal. Esto equivale al 85% de lo que debes consumir en un día ¡Casi todo lo que debes consumir en un solo día!

Refresco:

Una lata de refresco de cola o 355 ml contiene 200 mg de sal. Si bien, no contiene una gran cantidad de sal, es el 5% de lo que debes consumir al día.

Si agregamos el alto contenido de azúcar que tiene, es recomendable que suspendas el consumo de refresco.

Alimentos enlatados:

Los frijoles bayos refritos (580 g) contienen 3.3 g de sal. ¡Es casi el total de sal que debes consumir al día.



Si consumes solo una porción (100g) estás consumiendo el 15% del total de sal que debes consumir al día.

¿Sabías qué?

Si cocinas comida salada, no sólo es perjudicial para ti, también lo es para tus hijos o familiares. Si desde pequeños acostumbras a tu familia a consumir alimentos menos salados, van a adquirir ese gusto durante su vida.

Recomendaciones para potencializar el sabor en tus platos sin usar glutamato monosódico y evitar el consumo de sal.

Utiliza:

Vinagre, zumo de limón (el limón en los asados de carne roja o blanca potencia su sabor. Incluso un filete a la plancha gana sabor con limón).

Pimienta, pimentón, curry, azafrán, canela, mostaza sin sal.

Hierbas frescas y secas o deshidratadas tales como albahaca, hinojo, comino, estragón, orégano, laurel, menta, perejil, romero y tomillo.

Ajo, cebolla, cebollas de cambray, poros.

¿Sabes qué es el glutamato monosódico?

Está incluido en el consomé de pollo, en cubitos o latas, salsa cátsup, salchichas, salsa de soja, salsa para carne, sopas de sobre, frituras, aceitunas (rellenas o con sabor a anchoa), artículos de repostería, barbacoa enlatada, condimentos, croquetas de jamón, mostaza preparada, entre otros.

Aunque se ahorre tiempo y dé sabor, hay que tener cuidado con el uso de glutamato monosódico. Este elemento químico no es muy aconsejable para la salud porque aumenta la presión arterial, puede causar náusea, vómitos, taquicardia (aumento de los latidos del corazón), dolor de cabeza, mareo e incluso depresión. Personas con obesidad deberían evitar glutamato monosódico, ya que este ingrediente reduce la saciedad.

¡Evítalo!



¿MEDIDAS RECOMENDADAS PARA EL CAMBIO EN EL ESTILO DE VIDA PARA REDUCIR LA PRESIÓN ARTERIAL?



SESIÓN 4. RESUMEN DE TODO EL CURSO Y SESIÓN INTERACTIVA PARA ACLARA TODAS LAS DUDAS

- 4.-1 ¿Alcoholismo bueno o malo para mi salud?
- 4.-2 ¿Quitar kilos ayuda a mi corazón "sobrepeso y obesidad en pacientes hipertensos"?
- 4.-3 El ejercicio es un aliado para mi salud.
- 4.-4 ¿Una combinación mortal tabaquismo y hipertensión mortal?
- 4.-5 ¿Evitando el estrés "métodos de relajación"?
- 4.-6 ¿Qué tanto he aprendido de la hipertensión?
- 4.-7 ¿Dudas preguntas y observaciones?



4.-1 ¿ALCOHOLISMO BUENO O MALO PARA MI SALUD?



El consumo de alcohol aumenta la presión arterial. Uno de los mecanismos probables, es por activación del sistema nervioso adrenérgico. Adrenérgico viene de adrenalina, que es una sustancia que secreta el cuerpo cuando tenemos miedo, estrés o una emoción fuerte.

Esto causa constricción de las arterias y aumenta la cantidad de sangre que llega a tu corazón.

Si bebes alcohol, hazlo con moderación. Para adultos sanos, eso significa hasta una bebida al día para las mujeres y dos bebidas al día para los hombres.

4.-2 ¿QUITAR KILOS AYUDA A MI CORAZÓN “SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES HIPERTENSOS”

Obesidad:

Cuanto más sea tu peso, más sangre necesitas para suministrar oxígeno y nutrientes a tus órganos.

A medida que aumenta la cantidad de sangre que circula por los vasos sanguíneos, también aumenta la presión sobre las paredes de las arterias.



4.-3 EL EJERCICIO ES UN ALIADO PARA MI SALUD

Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y funcional, y de reducir el riesgo, depresión y deterioro cognitivo, se recomienda que:

Estiramientos para músculos y articulaciones flexibles



De equilibrio para evitar caídas



Aeróbicos para mantener un sistema cardiovascular



1

Los adultos de 65 en adelante dediquen 150 minutos semanales a realizar actividades físicas moderadas aeróbicas, o bien algún tipo de actividad física vigorosa aeróbica durante 75 minutos, o una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.

2

La actividad se practicará en sesiones de 10 minutos, como mínimo.

3

A fin de obtener mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades dediquen hasta 300 minutos semanales a la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien 150 minutos semanales de actividad física aeróbica vigorosa, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.



ENVEJECIMIENTO ACTIVE

La OMS define el envejecimiento activo como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.

La proporción de personas mayores crece en todo el mundo a mayor velocidad que cualquier otro grupo de edad, produciéndose un envejecimiento acelerado de la población y un aumento de la esperanza de vida.



* Es importante que se transmita y promueva una imagen positiva de la persona mayor, ensalzando el importante papel que juega en la sociedad y otorgándole el valor que se merece.

4.-4 ¿UNA COMBINACIÓN MORTAL TABAQUISMO Y HIPERTENSIÓN MORTAL?

Tabaquismo:

Fumar o masticar tabaco no solo eleva la presión arterial de forma temporal, sino que los químicos en el tabaco pueden dañar el revestimiento de las paredes de las arterias. Esto puede hacer que las arterias se estrechen y aumente el riesgo de enfermedad cardíaca.

¿Sabías qué?

Los cigarrillos electrónicos con nicotina también pueden aumentar tu presión arterial, pues la nicotina aumenta la presión arterial y el monóxido de carbono reduce la cantidad de oxígeno que recibe tu cuerpo.



4.-5 ¿EVITANDO EL ESTRÉS “MÉTODOS DE RELAJACIÓN”?

Negación:

Ocurre cuando te das cuenta de la enfermedad y comienzas a hablar de tus emociones como el dolor, miedos o sentimientos de impotencia o frustración. Sin embargo, te niegas en recibir ayuda.

"Entiendo que no estoy bien de salud, pero no necesito ayuda".

Depresión y ansiedad:

Es cuando empiezas a aceptar tu enfermedad, pero te sientes triste, infeliz, estresado, temeroso. Se puede tener dificultad en tomar decisiones y falta de energía para realizar las actividades cotidianas.

"Me siento muy triste por lo que estoy viviendo, pero creo que yo puedo manejarlo".

Aceptación:

Ocurre cuando vuelves a tener una perspectiva de la vida, realizas un balance de lo que has perdido. Retomas el control de tu propia vida, disminuye el estrés o ansiedad y aumenta tu energía física y emocional.

"¡Yo sé que puedo! Voy a aprender a vivir con esto".



duelo:

Es una reacción natural ante la pérdida de salud. La intensidad del periodo de duelo puede ser intenso durante algunas semanas, pero también puede prolongarse durante mucho tiempo según tu forma de ser, el apareamiento de otras enfermedades asociadas a elevada tensión arterial y la actitud que tomes frente a ella.



Etapas del duelo.

Resistencia:

En esta etapa se siente incredulidad, inquietud, confusión, episodios de angustia, sensación de ahogo, llanto repentino o pensamientos fatalistas y catastróficos recurrentes.

"No estoy enfermo. ¿Realmente eso puede estar sucediéndome a mí? ¿Quizá este médico no sabe?"

Enojo:

Se siente rabia, culpa, agresividad, frustración, trastornos del sueño y/o del apetito. Es el enojo ante la evidencia de incurabilidad y de la incertidumbre de alguna complicación. En esta fase no quieres realizar cambios en tu estilo de vida por creencias, o hábitos creados a lo largo de la vida.

"¿Por qué a mí? No es justo. No me merezco esto. ¿Qué va a suceder?"



Algunos consejos para reducir el duelo y mejorar la autoestima

Confía en ti mismo

Enfrenta la vida con mayor confianza y optimismo. Eso te ayudará a alcanzar tus metas de tratamiento y experimentarás mayor plenitud. A mayor autoestima, más preparado estarás para afrontar las adversidades y resistir a las recaídas.

Confía en ti mismo

Convierte cada circunstancia en oportunidad para crecer o aprender. Muchas personas aprenden a controlar su hipertensión arterial y adquieren mayor madurez, fortaleza y amor propio.

Disfruta lo positivo en cada momento
Disfruta lo positivo en cada momento

Vive el presente. El pasado no se puede cambiar y el futuro no lo conocemos. Eso no significa que tengas que olvidarte de la enfermedad.

"Aprende a vivir con hipertensión arterial en el presente".

Practica actividades que te agraden

No puedes elegir tus circunstancias, pero sí cómo vivirlas. Tu bienestar físico y emocional son el resultado de tus pensamientos y acciones

Se optimista

Elige las cosas que mejoren tu bienestar. Realiza actividades que te gustan, o busca actividades nuevas, en casa o al aire libre, solo, acompañado, actividades intelectuales, manuales, espirituales o a través de internet, pero sin exigirse demasiado.

4.-6 ¿QUÉ TANTO HE APRENDIDO DE LA HIPERTENSIÓN?

La principal meta del tratamiento consiste en lograr una presión arterial menor a 140/90 mm de Hg.

En el caso de las personas con diabetes, la meta consiste en mantener una presión arterial menor a 130/85 mm de Hg.

Otras metas complementarias para la salud cardiovascular:

- Mantener el colesterol (sustancia blanda y grasosa que se encuentra en los tejidos corporales) por debajo de 200 mg/dl;
- Mantener un peso adecuado;
- No fumar (es uno de los principales factores que predisponen un ataque cardíaco).

Evitar el consumo de alcohol.



Metas del tratamiento	Bueno	Regular	Malo
Presión arterial (mmHg)	130/80* 140/90	160/95, 160/95	160/95
Colesterol total (mg/dl)	<200	200-239	≥240
IMC (kg/m2)	<25	25-27	>27
Sal	<5 g /día		
Alcohol	30 ml/día		
Tabaco	Evitar o suprimir este hábito		

De acuerdo con las nuevas guías de hipertensión para pacientes menores de 65 años de Asociación Americana de Hipertensión (AHA en inglés).



¿Cuál es la presión arterial que debo mantener si ?

Poco a poco generamos un cambio:

Implementar diferentes cambios a tu estilo de vida suman para que tengas una presión arterial dentro de los límites saludables.

De poquito en poquito generamos un cambio en nuestra presión arterial.

Tengo hipertensión Debes mantener la presión arterial como las personas que no tienen hipertensión (140/90, o de acuerdo con la nueva guía 130/80).

Tengo hipertensión y menos de 60 años Con tu tratamiento debes tener una presión arterial menor de 140/90 mmHg (guía mexicana) o 130/80 mmHg (nueva guía AHA).

Tengo hipertensión y otra enfermedad como diabetes o enfermedad cardiovascular Con tu tratamiento debes reducir la presión arterial a menos de 140/80 mmHg (guía mexicana), o 130/80 mmHg (nueva guía AHA).

Tengo hipertensión y más de 60 años Con tu tratamiento debes reducir la presión arterial a menos de 150/90 mmHg (guía mexicana), 140/80 mmHg (nueva guía AHA).

COSAS QUE TE AYUDAN A VIVIR CON TU ENFERMEDAD Y A CONTROLAR LA PRESIÓN SISTÓLICA PARA REDUCIR LA PROBABILIDAD DE TENER ENFERMEADES ASOCIADAS A ELEVADOS VALORES DE PRESIÓN SISTÓLICA:

Decisiones del tratamiento: Participa en las decisiones sobre los tratamientos y pregunta cuantas veces sea necesario hasta despejar tus dudas.

Instrucciones médicas: Escribe o dibuja las instrucciones de tus médicos. Esto te tranquilizará y te ayudará a seguir el tratamiento adecuadamente. Por ejemplo: horarios de toma de medicamentos, seguimiento de tu dieta, control de tu presión arterial y cuidados de tus ojos, corazón y riñones. Pon una palomita en cada acción que realices diariamente para tu autocuidado.



Cambios del entorno: Fíjate metas sencillas y concéntrate en lo que se puede cambiar.

Pequeños cambios en tu entorno pueden facilitarte mucho la vida, como:

Quitar el salero de la mesa

No hacer sobremesa con los platos de comida en la mesa.

Ir al súper o mercado sin hambre y con una lista en la mano con las opciones de tu dieta.

No tengas comida en casa para visitas que tú no puedas comer.

Prefiere tomar agua potable en lugar de refrescos.

Prevé con anticipación tus colaciones para llevarlas contigo si estás fuera de casa.

-Apoyo:

Busca apoyo en otras personas que hayan pasado por lo mismo, y que puedan ayudarte. Sus experiencias pueden serte muy útiles y es probable que te sientas comprendido.



-Rodéate de personas:

Rodéate de las personas que te importan, sin sentirte obligado a quedar bien con todo mundo.

-Relájate:



Realiza ejercicio físico moderado, practica relajación a través de una adecuada respiración, realiza meditación, yoga y/o escucha música suave y relajante. Descansa lo necesario y aliméntate correctamente.

Comunicación:

Recuerda que la comunicación con tu médico, otros profesionales de salud y tu familia pueden ayudarte a cambiar estilos de vida. Cada persona es única y tiene ritmos y motivaciones diferentes para lograr y mantener los cambios.

Experiencia de vida:

Tu ejemplo, experiencias de vida y actitud positiva pueden favorecer la salud de otras personas y puedes estimular la adopción de estilos de vida más saludables en tu familia, amigos y comunidad.

Tú debes de realizar preguntas con sus respuestas del tema.

4.-7 ¿DUDAS PREGUNTAS Y OBSERVACIONES?

¿Por qué necesito monitorear mi presión arterial en casa?

La Asociación Americana del Corazón recomienda que las personas que viven con hipertensión se monitoreen su presión arterial en casa. Monitorear la presión arterial y tratarla oportunamente ayuda a prevenir enfermedades del corazón, accidente cerebrovascular, problemas oculares o enfermedad renal crónica.

Todos los adultos de 18 años de edad y mayores deberían hacerse revisar la presión arterial periódicamente:



Para adultos entre los 18 a 39 años de edad con presión arterial menor a 130/85 mm Hg y no tienen otros factores de riesgo.



Para adultos de 40 años de edad y mayores.

Para personas con factores de riesgo para presión alta, incluyendo a las personas con sobrepeso u obesidad, y aquellos con presión arterial entre 130 a 139/85 a 89 mmHg.



Para personas con hipertensión es probable que su proveedor recomiende que se realice chequeos con más frecuencia basado en sus niveles de presión arterial y otros problemas.



Puedes crear un diario de cifras de presión arterial para que la siguiente vez que acudas a consulta, tu médico pueda evaluar el efecto del medicamento que recetó en caso de que te diagnostiquen hipertensión. Esto permite analizar si es necesario hacer cambios en el tratamiento a seguir.

Existen varios tipos de dispositivos para medir la presión arterial. El tipo más común y más fácil para su uso son los baumanómetros electrónicos, se pueden conseguir en cualquier farmacia. Se prefieren los que miden la presión en el brazo a los que la miden en la muñeca porque son más precisos.

Algunas enfermedades crónicas también pueden aumentar el riesgo de hipertensión arterial, como enfermedad renal, diabetes y apnea del sueño.

Fecha	Mañana	Tarde
Lunes 11	120/80	130/80
Mar 12	126/92	119/78

1.7 Cronograma.

Actividades	2020		2021											
	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
Sesión -1. Conceptos generales de alimentación y nutrición	♦	♦	♦											
Sesión -2. Proteínas: Conceptos generales, funciones en el organismo, fuentes alimentarias más representativas y recomendaciones de consumo				♦	♦	♦	♦							
Sesión -3. Micronutrientes: Vitaminas y Minerales								♦	♦					
Sesión -4. Resumen de todo el curso y sesión interactiva para aclarar todas las dudas.								♦						

Apéndice F. Reporte antiplagio



Página 1 de 132 - Portada

Identificador de la entrega trnoid::3117:500900614

Nora Noemí Valdovinos Castañeda

Efecto de una intervención educativa para mejora de las dimensiones de capacidades fundamentales, componentes de ...



Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trnoid::3117:500900614

Fecha de entrega

19 sep 2025, 11:33 a.m. GMT-6

Fecha de descarga

19 sep 2025, 12:25 p.m. GMT-6

Nombre del archivo

Efecto de una intervención educativa para mejora de las dimensiones de capacidades fundame....docx

Tamaño del archivo

13.2 MB

122 páginas

18.005 palabras

102.280 caracteres



Página 1 de 132 - Portada

Identificador de la entrega trnoid::3117:500900614

25% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Exclusiones

- N.º de fuentes excluidas
- N.º de coincidencias excluidas

Fuentes principales

- 25%  Fuentes de Internet
- 10%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Apéndice F. Formato de declaración de originalidad y uso de inteligencia artificial

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



A quien corresponda,

Por este medio, quien abajo firma, bajo protesta de decir verdad, declara lo siguiente:

- Que presenta para revisión de originalidad el manuscrito cuyos detalles se especifican abajo.
- Que todas las fuentes consultadas para la elaboración del manuscrito están debidamente identificadas dentro del cuerpo del texto, e incluidas en la lista de referencias.
- Que, en caso de haber usado un sistema de inteligencia artificial, en cualquier etapa del desarrollo de su trabajo, lo ha especificado en la tabla que se encuentra en este documento.
- Que conoce la normativa de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en particular los Incisos IX y XII del artículo 85, y los artículos 88 y 101 del Estatuto Universitario de la UMSNH, además del transitorio tercero del Reglamento General para los Estudios de Posgrado de la UMSNH.

Datos del manuscrito que se presenta a revisión		
Programa educativo	Maestría en Enfermería con Terminal en Adulto Mayor	
Título del trabajo	Efecto de una intervención educativa para mejora de las dimensiones de capacidades fundamentales, componentes de poder y capacidad de operacionalizar la agencia de autocuidado en personas hipertensas de una localidad rural	
	Nombre	Correo electrónico
Autor/es	Nora Noemí Valdovinos Castañeda	1043536k@umich.mx
Director	M.E. Ruth Esperanza Pérez Guerrero	ruth.perez@umich.mx
Codirector	Dra. Josefina Valenzuela Gandarilla	josefina.valenzuela@umich.mx
Coordinador del programa		

Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Asistencia en la redacción	no	

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Traducción al español	no	
Traducción a otra lengua	si	resumen en inglés
Revisión y corrección de estilo	no	
Análisis de datos	no	
Búsqueda y organización de información	no	
Formateo de las referencias bibliográficas	no	
Generación de contenido multimedia	no	
Otro	ninguno	

Datos del solicitante	
Nombre y firma	Nora Noemí Valdovinos Castañeda
Lugar y fecha	Morelia, Michoacán, a 19 de septiembre de 2025