



**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**

**MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA EN SERVICIO
2009-2011**

**EVALUACIÓN DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA MEJORA
DEL AUTOCUIDADO DE UN GRUPO DE HIPERTENSOS EN LA
LOCALIDAD DE QUESERÍA, MUNICIPIO DE CUAUHTÉMOC, COLIMA.**

PROYECTO TERMINAL PROFESIONAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN SALUD PÚBLICA PRESENTA

Alumno: Luis Javier Velasco Fuentes

E-mail.- javelasco83@hotmail.com

Director: MSP. Alberto Maldonado Hernández. Servicios de Salud del
Estado de Colima

Asesor: MASS. Libiet Espindola Preciado. Servicios de Salud del
Estado de Colima

Colima, Col., Junio de 2013



ÍNDICE DEL CONTENIDO

I.- INTRODUCCIÓN.	3
II.- ANTECEDENTES	5
III.- MARCO TEÓRICO	13
Planteamiento del problema	23
Justificación	25
Objetivo general	27
Objetivos específicos	27
IV.- MATERIAL, METODOS E INSTRUMENTOS	28
V.- RESULTADOS	40
VI.- DISCUSIÓN	46
VII.- CONCLUSIONES	49
IX.- RECOMENDACIONES	52
X.- BIBLIOGRAFIA	54
XI.- ANEXOS	59



INTRODUCCIÓN

Hoy en día los retos del país son abundantes y en materia de salud no lo son menos; por tanto los salubristas de México estamos obligados a trabajar desde todos nuestros espacios para aportar soluciones y propuestas innovadoras encaminadas a mejorar la salud de la población, a través de las diversas ramas que componen la salud pública como la administración, la epidemiología, el medioambiente, etc.; y es que éstas no forman parte solo de un componente meramente médico, sino que involucra a todos los profesionales de la salud, como enfermeras, nutricionistas, odontólogos, psicólogos, y otros profesionales, como sociólogos, antropólogos y estadísticos, en el mantenimiento o mejora del estado de salud de una población.

Para lo anterior el presente trabajo esboza de forma sistematizada una intervención en salud sobre las capacidades de autocuidado de un grupo de hipertensos de la localidad de Quesería, municipio Cuauhtémoc, Colima; exponiendo una perspectiva básica de la situación de salud de Cuauhtémoc y su ejercicio de priorización, del cual la Hipertensión Arterial Sistémica (HTAS) es reconocida como un problema de salud pública importante dentro de la comunidad. Para ello se realiza una justificación, planteando un problema y estableciendo objetivos para la implementación de una intervención del tema en cuestión, sirviéndole como referencia un marco teórico y estableciendo una metodología para llevarla a cabo; y posteriormente obtener resultados que permitan la discusión y conclusión de los mismos.

El propósito de la intervención se centra principalmente en uno de los determinantes de salud (estilo de vida); mediante el cambio de conductas de las personas desde un enfoque de atención primario a la salud, que fomente entre los involucrados la participación activa, y que pueda llevar a cabo un programa que mejore las capacidades de autocuidado de la hipertensión. Un cambio frente a la información sanitaria tradicional mediante la educación en el autocuidado;



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

favoreciendo los cambios conductuales necesarios para la prevención y tratamiento de las complicaciones de las enfermedades crónicas. Ya que como lo establece la educadora K.Lorig: “Si el paciente no quiere hacer algo, no lo hará”.



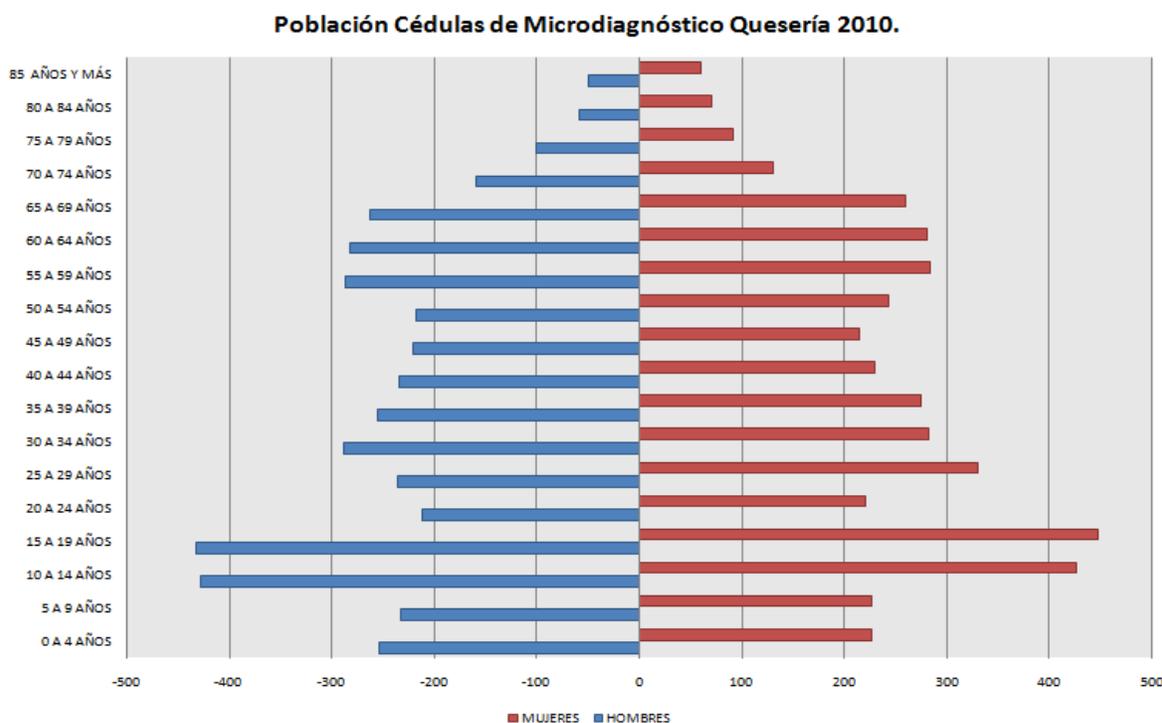
ANTECEDENTES

Carlos O. Castillo⁽¹⁾ manifiesta que la salud es más que un derecho, es una necesidad biológica de las personas y un inestimable bien social; es un punto de encuentro donde confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, la política social y la económica. Es un medio para la realización personal y colectiva, ya que forma parte de la vida misma; y constituye un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar que es, a fin de cuentas, el sentido último del desarrollo.

Uno de los instrumentos que nos permiten precisamente emprender acciones que mejoren la salud y la calidad de vida de una localidad, municipio, estado o nación es el diagnóstico integral de salud (DIS), ya que a través de éste se priorizan las necesidades de forma que se pueda trabajar tratando de resolver primero las necesidades más frecuentes y las que también puedan ser más fáciles de corregir. El municipio donde se estableció un diagnóstico de salud que llevo al presente trabajo fue el de Cuauhtémoc, Colima⁽²⁾, que es uno de los diez municipios que conforman el estado de Colima, se encuentra situado al noreste del estado, limitando en este punto con el Municipio de Tonila, Jal; al Este con el de Pihuamo, Jal.; al Sur y Sureste con el de Colima y al Oeste con los de Comala y Villa de Álvarez. La extensión territorial del municipio es de 373.2 km², aproximadamente 37,000 hectáreas. Su cabecera municipal se encuentra a 15 Km. de distancia de la Capital del Estado y la localidad Quesería a solo 21 Km; esta última es considerada dentro de las más importantes no solo del municipio sino del estado, al situarse en ella la única empresa azucarera del estado, siendo así mismo la de mayor concentración de habitantes dentro del municipio con un total de 8611 según el Censo de Población y Vivienda INEGI 2010,⁽³⁾ representando el 31.7% de la totalidad del municipio, del cual 50.1 % (4311) hombres y 49.9 % (4300) mujeres (Grafico 1); dentro del apartado de salud el DIS 2010 registró que la consulta médica otorgada en el municipio, el 29.8% se prestó en el Centro de Salud de Quesería a cargo de los Servicios Estatales de Salud

(SESA), con poco más del 85% (7456) de la población bajo su responsabilidad acorde a datos del INEGI 2010.⁽³⁾ La cobertura tanto física como humana para el 2009 en Quesería presentaron una disponibilidad de 0.23 consultorios por 1000 habitantes, cerca del valor nacional de 0.31 consultorios (que comprende SSA, IMSS, ISSSTE etc.); en los recursos humanos profesionalizados y en formación para la salud (médicos generales y pasantes de medicina) se contó con un total de 0.58 médicos generales x 1000 habitantes, cerca del valor nacional de 0.6 médicos según lo reportado por la Secretaría de Salud a través del informe nacional Rendición de Cuentas en Salud 2009^(2,4). Lo que representa una Adecuada Accesibilidad y Disponibilidad de servicios.

Grafico no. 1 Pirámide Poblacional Quesería, Cuauhtémoc 2010.



Fuente: Encuesta Poblacional Cédulas de Microdiagnóstico Quesería 2010.

El análisis del Diagnóstico Integral de Salud (DIS) 2010,⁽²⁾ permitió identificar los principales problemas de salud representativos del municipio mediante el método de priorización de Hanlon; los cuales arrojaron los de tipo crónico degenerativo como: **Diabetes Mellitus y Enfermedades Hipertensivas.**



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

Tales problemas encontrados son congruentes con las estadísticas tanto a nivel nacional y mundial, así como su incremento en incidencia y prevalencia, por lo que en el municipio de Cuauhtémoc particularmente en la localidad de Quesería no es la excepción ante ésta transición epidemiológica. El primer problema según el análisis tanto de la comunidad como de los participantes en la elaboración del proyecto en el ejercicio de priorización es la Hipertensión Arterial como daño a la salud y una de sus principales causas identificadas es la insuficiente promoción y prevención del cuidado a la salud antes y durante la enfermedad. (Tabla 1)

Tabla 1 Resultados de Método de Priorización de Hanlon Quesería.

Causa de Consulta	A	B	C	D	Resultado
Diabetes mellitus	2	10	1.5	1	18
Enfermedades hipertensivas	2	10	1.5	1	18
Infec. Respiratorias agudas	1	3	0.5	1	2

Fuente: Diagnóstico de Salud Cuauhtémoc, 2010.

Lo anterior permitió definir a la ENFERMEDAD HIPERTENSIVA como principal problema de salud de la población, dado que los resultados que se analizaron al interior del grupo de trabajo, determinaron que este tipo de enfermedad se refleja en las primeras diez causas de morbilidad como de mortalidad del municipio, así como también en los resultados desfavorables en el control y detección que en su momento de forma preliminar se encontraron en la Estrategia Nacional Consulta Segura para afiliados al Seguro Popular; seleccionándose como factor determinante al estilo de vida tanto en la aparición de la Hipertensión Arterial y sus complicaciones, lo que confluente en cómo vive la gente el día a día para favorecer o en este caso decrecer la salud; de aquí la importancia de dar respuesta a estos problemas mediante una intervención.⁽²⁾ Ya para el abordaje del problema de salud se realizó tomando en cuenta los criterios de Factibilidad Técnica, Administrativa, Política, Financiera, Social y Económica; en donde la parte Técnica se alineaba acorde a las metas nacionales y estatales sobre el uso de teorías de enfermería, planes y cuidados en la hipertensión



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

arterial, las estrategias de educación para la salud en los pacientes que se encuentren en tratamiento; en la parte administrativa se observó que los recursos humanos y materiales están cubiertos dentro de la capacidad operativa de las unidades médicas de los SESA, la complementación del equipo e insumos se entrelazan con las acciones del programa de salud del adulto y del anciano y cumplimiento de metas de control de pacientes; la parte política se enmarcó dentro del Programa Nacional De Salud 2007-2012 Objetivo 1. Meta 1.2.- Disminuir 15% la mortalidad por enfermedades del corazón en la población menor de 65; y Estatal de Salud objetivo 6, Prevenir, detectar oportunamente y mejorar la capacidad de atención de la Secretaría en lo que se refiere a las enfermedades crónico degenerativas y los diferentes tipos de cáncer, mediante estrategias eficaces que involucren al sector social, público y privado dentro y fuera del país; en la parte financiera éste está contemplado dentro de lo que se asigna por parte de gobierno del estado, para el cumplimiento de las metas del Plan Estatal de Desarrollo en su meta II. 042. Disminuir 15 por ciento la mortalidad prematura por enfermedades del corazón en la población menor de 65 años en el 2015 con referencia al 2008; la parte social se determinó debido a la percepción de la población de baja respuesta a tratamiento establecido, deficiente integración del personal de enfermería y falta de homogeneidad en educación para la salud por parte del núcleo básico de salud al paciente con hipertensión arterial, y por la sensación de estancamiento en el control del problema salud; y por último en la parte económica se justificó por la disminución de Recurrencia de hospitalización por complicaciones o descontrol, el aumento de Calidad de Vida y menores años de discapacidad en Población económicamente activa con Hipertensión arterial y/o enfermedades asociadas, así como en la disminución de gastos de la economía familiar.

Para eso la Re-Encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENAHTA)⁽⁶⁾ y la Joint National Committee (JNCV)⁽⁷⁾ en su séptimo informe, describe a la hipertensión arterial sistémica (HTAS) como una de las más comunes de las condiciones que afectan la salud de los individuos y las poblaciones en todas



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

partes del mundo. Representa por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo importante para otras enfermedades, ya que es bien conocido que la hipertensión incrementa entre tres y cuatro veces el riesgo de cardiopatía isquémica y entre dos y tres veces el riesgo cardiovascular general. En cuanto a la incidencia del accidente cerebrovascular (ACV), ésta aumenta aproximadamente tres veces en los pacientes con hipertensión aislada, y aproximadamente ocho veces en aquellos con hipertensión definitiva; se ha calculado que 40% de los casos de infarto agudo de miocardio (IAM) o de ACV es atribuible a la hipertensión^(5,6). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽⁸⁾, los ACV son una de las primeras causas mundiales de decesos, y afectan por igual a hombres que a mujeres.

Por otra parte Patricia M Kearney, Megan Whelton y cols.⁽⁵⁾ reportan que la HTAS causó 4.5% de la carga global de la enfermedad y es un factor de riesgo cardiovascular frecuente en el mundo. Se predice que para 2025, el número de adultos con hipertensión arterial sistémica, aumentará en aproximadamente 60%, lo que equivaldría a un total de 1.56 billones de adultos con este padecimiento.

En México la Secretaría de Salud dentro del programa de acción específico para riesgo cardiovascular 2007-2012 y el documento Cuentas en diabetes, enfermedades cardiovasculares y obesidad del INSP⁽⁹⁾, conjuntan que en el año 2000, las enfermedades cardiovasculares encabezadas por la enfermedad isquémica del corazón, la cerebrovascular y la hipertensiva ocuparon respectivamente el segundo, cuarto y décimo primer lugar dentro de las principales causas de muerte. En conjunto, estas enfermedades alcanzaron un total de 78,857 defunciones, lo que corresponde al 17.4% del total de fallecimientos registrados durante ese año. En comparación con ese año, estas mismas causas presentaron una secuencia similar con una magnitud mayor durante 2006, al haberse alcanzado un volumen de 117,937 fallecimientos, lo que representa 23.9% del total nacional. Durante 2006, las tasas de mortalidad por estas causas alcanzaron cifras de 51.3 muertes por 100 mil habitantes para



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

enfermedad isquémica; 37.5 para enfermedad cerebro vascular, y 23.7 para enfermedad hipertensiva. Durante 2006 se registró la hipertensión arterial sistémica (HTAS) dentro de las 20 principales causas de morbilidad del país. La HTAS ocupó el séptimo lugar de la clasificación general con un total de 521,486 casos nuevos y una tasa de 686.4 casos por cada 100 mil habitantes, 2,188 casos más que en 2005. Dentro de los grupos etarios el grupo de edad más afectado fue el de 60 y más años al contribuir con la mitad de la notificación (53%), seguido de los grupos de 45 a 59 años de edad (23%) y 20 a 44 años (24%), respectivamente.

La revista de Salud Pública de México mediante el estudio “Hipertensión en adultos mexicanos”⁽¹⁰⁾, expone que en las últimas dos décadas se observó un substancial incremento en la prevalencia de hipertensión en México de un 25% en el año 1993 a 33.3% en 2000. En ese sentido el INSP en su documento “Cuentas en Diabetes Mellitus, Enfermedades Cardiovasculares y Obesidad”⁽¹¹⁾, documenta que la distribución de la HTA por entidad federativa tienen una menor proporción en el sur, en comparación con los del noroeste y centro de la República mexicana: Zacatecas, Sinaloa, Nayarit, Durango, Coahuila y Sonora fueron los que presentaron mayor prevalencia, mientras que Puebla, Tlaxcala, Distrito Federal, Oaxaca, Guerrero y Chiapas se encuentran en el menor rango. En cuanto a mortalidad por enfermedades cardiovasculares, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006⁽¹²⁾, describe que las entidades federativas con las tasas más altas de incidencia fueron: Sinaloa (1144.6), Durango (1136.02), Coahuila (1031.8), Jalisco (1023.0) y Baja California (1003.6). En términos porcentuales la prevalencia más baja fue registrada en el Estado de Morelos con 34.4%; el Estado de Colima, registro una prevalencia de 42.5%, ligeramente por debajo de la media nacional. En el estado de Colima acorde a los resultados de ENSANUT 2006⁽¹³⁾, la prevalencia de hipertensión arterial por diagnóstico médico previo en los adultos de 20 años o más reportó un 22.5% en mujeres y 15.6% en hombres, estas prevalencias aumentaron considerablemente con la edad, llegando a ser de 36.5% en adultos de 60 años o más lo que se asemeja con lo encontrado a nivel



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

nacional. Por otra parte comparando con lo reportado en la ENSA 2000, el estado de Colima presentó incremento en la prevalencia de diagnóstico médico de esta enfermedad para hipertensión arterial (de 15.2 a 19.3%).⁽¹⁰⁾ Para el 2008 conforme el Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED) y registros de la base de datos EPIMORBI 2008⁽¹⁴⁾, las defunciones en el municipio de Cuauhtémoc por enfermedades crónicas no transmisibles, ocuparon los primeros lugares de mortalidad, destacando entre ellas la Diabetes Mellitus, Enfermedades Isquémicas del Corazón, Cerebrovasculares, Hipertensivas y Cáncer Cervicouterino (CaCu). (Tabla 2). Dentro de éstas causas de defunción, la Enfermedad Hipertensiva registro que la tasa de mortalidad en el 2008 era tres veces más elevada en el municipio de Cuauhtémoc 43.40 casos por 100,000 habitante, que la de la totalidad del Estado (14.33) (Tabla 3). En la morbilidad solo figura la hipertensión arterial dentro de las primeras diez causas como enfermedad crónica no transmisible, con un incremento del 2008 a 2009 de una tasa de 5.73 a 6.75 casos por 1,000 habitantes (Tabla 4). En este contexto epidemiológico se presenta una similitud en los resultados de morbilidad recabados de le encuesta del Diagnóstico integral de Salud 2010 del municipio de Cuauhtémoc⁽²⁾, al situar como segundo problema expresado por los encuestados a las enfermedades de tipo crónico degenerativo, como el síndrome metabólico (41 casos), Diabetes y Dislipidemia (48 casos) y enfermedades cardiovasculares (32 casos).

Tabla no. 2 Mortalidad del Municipio de Cuauhtémoc 2008.

No.	Causa	Defunciones	Tasa*
	Total	136	537.17
1	Diabetes Mellitus	19	75.05
2	Enfermedades hipertensivas	11	43.45
3	Enfermedades isquémicas del corazón	11	43.45
4	Enfermedad cerebrovascular	9	35.55
5	Accidentes de vehículo de motor (tránsito)	5	19.75
6	Tumor maligno de la próstata	5	19.75
7	Agresiones (homicidios)	4	15.80
8	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	4	15.80
9	Tumor maligno del páncreas	3	11.85
10	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2	7.90



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

*Tasa por 100,000 habitantes

Fuente: Elaborado a partir de la base de datos de defunciones Total. Dirección General de Información en Salud-INEGI.

Tabla 3. Comparativo Mortalidad Estatal y Municipal Colima-Cuauhtémoc 2008

MORTALIDAD 2008	Diabetes Mellitus	Enf. del Corazón Isquémica	Enf. Cerebro vascular	Enf. hipertensiva	Ca Cu
Estado de Colima	73.83	63.05	23.43	14.33	5.39
Cuauhtémoc	75.05	43.40	35.50	43.40	-

*Tasa por 100,000 habitantes

Fuente: Anuario Estadístico SSA

Tabla no. 4 Morbilidad del Municipio de Cuauhtémoc 2008-2009.

NO.	DIAGNOSTICO	TASA* 2008	TASA* 2009
	CUAUHTEMOC	727.15	784.9
1	INFECC. RESPIRATORIAS AGUDAS	490.64	547.6
2	INFECCIONES INT.POR OTROS ORGANISMOS	74.97	76.36
3	INFECC. VIAS URINARIAS	42.30	38.00
4	ULCERAS, GASTRITIS Y DUODENITIS	22.63	19.92
5	INTOXICACION POR PICADURA DE ALACRAN	18.56	19.26
6	FIEBRE POR DENGUE	N.D	13.94
7	VARICELA	17.85	5.61
8	OTITIS MEDIA AGUDA	11.38	8.56
9	CONJUNTIVITIS	10.82	10.18
10	HIPERTENSION ARTERIAL	5.73	6.75

*Tasa por 1000 habitantes

Fuente: Informe Semanal de Casos Nuevos (EPIMORBI) 2008 Y 2009



MARCO TEÓRICO

Sobre la salud actúan diversos determinantes que es necesario tener en cuenta a la hora de delimitar el concepto de salud, y que hacen referencia a aspectos tan variados como los biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, ambientales, alimenticios, económicos, laborales, culturales, de valores, educativos, sanitarios y religiosos.⁽¹⁵⁾ Para la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁽¹⁶⁾ se representan como un “conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones”. Comprenden los comportamientos y los estilos de vida saludables, los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos. Combinados todos ellos, crean distintas condiciones de vida que ejercen un claro impacto sobre la salud. Martínez Pérez, Misleny; Sanabria Ramos, Giselda y Prieto Silva, Rosibel⁽¹⁷⁾, documentan que el Informe Lalonde, estableció en 1974 un marco conceptual para los factores clave que parecían determinar el estado de salud: estilo de vida y conductas de salud (sedentarismo, nutrición, etc.), ambiente (contaminación, etc.), biología humana (carga genética, etc.) y servicios de salud (tipos de servicios, utilización, etc.). Sin embargo hay creciente evidencia ⁽¹⁸⁾ de que la contribución de la Medicina y la atención de la salud son bastante limitada, y que aumentar el gasto en atención no resultará en mejoras significativas en la salud de la población. Por lo que debe considerarse el abordaje de los determinantes antes descritos, ya que la salud se produce cuando se devuelve a la gente el poder para efectuar las transformaciones necesarias que aseguren un buen vivir y se reduzcan las causas que atentan contra la salud y el bienestar.

Hipertensión Arterial

La Hipertensión Arterial Sistémica (HTAS) es un síndrome de etiología y factores determinantes múltiples, caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras $\geq 140/90$ mm/Hg según lo de define la norma



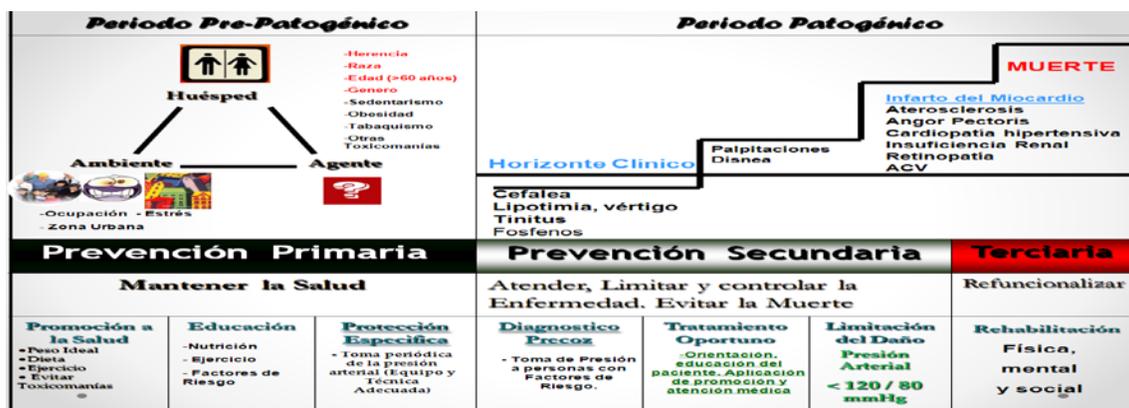
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

oficial mexicana para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial (NOM-030-SSA2-1999)⁽¹⁹⁾. El séptimo informe de la Joint National Committee (JNCV) y la Guía Técnica para capacitar al paciente con hipertensión arterial de la Secretaría de salud^(7, 20), expresan que biológicamente es producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico, sólo en el 10 % de los casos está determinada su causa que una vez tratada la enfermedad base, la hipertensión mejora. El resto de los casos, 90 % se desconoce la causa exacta, se cree que se deben a diversos factores de riesgo, y con frecuencia al estilo de vida de la persona. Un factor de riesgo es el exceso de peso, se calcula que el 50 % de obesos son hipertensos. Los hábitos alimentarios también juegan un papel importante, el excesivo consumo de sal puede provocarla, también el estrés, las emociones, las tensiones y preocupaciones constantes en el trabajo y del hogar pueden producirla, la falta de ejercicio físico y sedentarismo, y el exceso de consumo de alcohol, pueden aumentar las cifras. La HTAS es una enfermedad silenciosa y lentamente progresiva que se presenta en todas las edades con énfasis en personas entre 30 y 50 años, generalmente asintomática, que después de 10 o 20 años ocasiona daños significativos en órganos blancos.

Acorde a la historia natural de la enfermedad hipertensiva que se describe en la NOM-030-SSA2-1999, el perfeccionamiento de **la prevención secundaria** en la detección y control adecuado de la presión arterial es un desafío importante para los países, lo cual debe constituir una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos, (grafico no. 2).⁽¹⁹⁾

Grafico no.2 Historia Natural de la Enfermedad Hipertensión Arterial.



Fuente: Centro Universitario de Ciencias a la Salud. UdeG. José Z. Parra Carrillo y Cols.

En la nueva concepción de salud para todos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) mediante la Carta de Ottawa⁽²¹⁾, define que para promover la salud se debe ir más allá del mero cuidado de la misma, manifestando que el cuidado del individuo, familia o sociedad, pasa de ser un potencial a ser considerado como un componente importante de las competencias y habilidades del ser humano para la mejora de la salud. En lo referente a la población con Hipertensión Arterial, una de las formas de contribuir a ello es a través de la responsabilidad de los individuos sobre su comportamiento de salud, mediante el autocuidado que el individuo y su familia adopte para minimizar los factores de riesgo cardiovascular y mejorar su estado de salud.

La OMS en su documento “Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción”,⁽²²⁾ expresa que existen pruebas fehacientes que sugieren que los programas de autocuidado ofrecidos a los pacientes con enfermedades crónicas mejoran el estado de salud y reducen la utilización y los costos del sistema de salud. Cuando el auto cuidado y los programas de adherencia se combinan con el tratamiento regular y la educación específica de la enfermedad, se ha observado mejoras significativas en los comportamientos que fomentan la salud, la atención de los síntomas cognoscitivos, la comunicación y el tratamiento de las discapacidades. Además, cita en el documento que tales programas parecen reducir la cantidad de pacientes hospitalizados, los días de estadía



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

hospitalaria y las consultas ambulatorias; los datos encontrados indican un índice costos- ahorro de aproximadamente 1:10 en algunos casos, y estos resultados persistieron durante tres años.

Con base en lo anterior, primerio identificamos que Tobon Correa⁽²³⁾ describe que en el proceso de cuidar la vida y la salud existen tres tipos de cuidados:

Cuidado o Asistencia a Otros: Los Cuidamos.- Que corresponde a la Atención Sanitaria, que se presta a la persona enferma en una institución de salud.

Cuidado entre Todos (Nos Cuidamos): Denominado autocuidado colectivo, refiriéndose a las acciones que son planeadas y desarrolladas en cooperación, entre los miembros de una comunidad, familia o grupo.

Cuidado de Sí (Me Cuido): Corresponde al autocuidado individual y está conformado por todas aquellas medidas adoptadas por uno mismo, como un gestor de su autocuidado.

Ante ello Tobon Correa⁽²³⁾ define que el autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son ‘destrezas’ aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.

La Organización Panamericana de la Salud publica en su documento: “Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la atención primaria a la salud”⁽²⁴⁾, que la implementación de un modelo de auto cuidado en un sistema de salud exige que tanto los consultantes, como el personal de salud, realicen actividades de atención en salud en forma conjunta; requiriendo que las personas asuman mayor responsabilidad en el cuidado de su salud, y por las consecuencias de las acciones que realizan. La forma tradicional utilizada por los profesionales de



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

la salud para aproximarse a fortalecer el autocuidado de las personas ha sido mediante la educación; la cual busca estimular una actitud participativa en el cuidado de la salud que implique que las personas tomen la iniciativa y actúen en busca del bienestar deseado a través del cambio de hábitos, costumbres y actitudes de la propia vida y la del colectivo. Las herramientas para el fortalecimiento y fomento del autocuidado han sido las mismas herramientas de la promoción de la salud: información, educación y comunicación social; participación social y comunitaria; concertación y negociación de conflictos; establecimiento de alianzas estratégicas y mercadeo social.

Martin Zurro A. y J.F. Cano Pérez en el libro atención primaria⁽²⁵⁾, documentan que hoy en día la discusión en grupo está considerada como el más eficaz de los métodos de educación sanitaria; es el método más democrático de modificación de actitudes y conductas de salud, ya que en él los educandos se enseñan a sí mismos y se convencen entre sí; la organización de grupos educativos y/o terapéuticos en el ámbito de la atención primaria, responde a la necesidad de aumentar el grado de participación del paciente en el manejo y control de su patología, ya que la motivación junto con una mayor comprensión del problema favorece la adhesión al tratamiento y el seguimiento de las recomendaciones. El trabajo en grupo es una de las actividades fundamentales para el cambio de actitud y comportamiento, piezas claves en la tarea educativa de los profesionales sanitarios; en los grupos se fomenta el autocuidado del paciente favoreciendo un cambio activo, permite crear un espacio distinto al de la consulta, propicio para exponer y contrastar dificultades, inquietudes, expectativas en referencia al problema de salud. La participación en el grupo favorece la exposición de opiniones de todos los miembros que lo componen permitiendo un contraste de pareceres, un abanico de posibilidades, ideas y modos de actuación diferentes, que por el mero hecho de exponerse ya implica un juicio de las propias ideas en cada uno de los componentes del grupo. Así mismo Martín y Cano⁽²⁵⁾ mencionan que las actividades de educación sanitaria en un centro de Atención Primaria son realizadas por todos los profesionales del equipo, pero gran parte de



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

su responsabilidad recae sobre el personal de enfermería como educador de salud, así como del trabajador social del equipo; la educación sanitaria ofrece grandes posibilidades ya que su campo de acción es muy amplio y puede llevarse a cabo tanto en grupos con patología como en población sana. La educación sanitaria grupal es una ampliación de la oferta de servicios de enfermería y, por tanto, una mejora de la calidad asistencial en la atención primaria. Desde la perspectiva de enfermería, Margarita Pereda Acosta⁽²⁶⁾ expresa que Dorothea E. Orem ha definido el autocuidado como la acción de las personas maduras y en proceso de maduración que han desarrollado las capacidades para cuidarse a sí mismas en sus situaciones ambientales, la cual está considerada como una gran teoría de autocuidado de enfermería que se compone por tres subteorías relacionadas: “Teoría de Autocuidado” (Describe y explica el autocuidado), “Teoría de Déficit de Autocuidado” (Describe y explica dicho déficit y las razones por las que la enfermería puede ayudar a las personas) y “Teoría de Sistemas de Enfermería” (Describe y explica el cuidado de enfermería).

Margarita Pereda Acosta y Laura Navarrete Cortés, definen que Orem^(26,27) categoriza la teoría de autocuidado según tres tipos de requisitos: universales, para el desarrollo y desviación de la salud; éste último requisito es una necesidad sentida de los pacientes con enfermedades como la hipertensión arterial, que intenta promover en el paciente la búsqueda de ayuda médica oportuna y adecuada, el reconocimiento de signos y síntomas, la adhesión al tratamiento, el cambio del autoconcepto y la autoimagen como aceptación del propio estado de salud, la identificación de necesidades del cuidado y el aprender a vivir con los efectos de la condición patológica. En cuanto a la “Teoría de los Sistemas de Enfermería”, estos surgen cuando la capacidad de autocuidado es menor que la demanda de autocuidado, y cuando esto ocurre se denomina “Teoría del Déficit de Autocuidado”, la cual determina la relación deficitaria entre la posibilidad de autocuidado y la demanda de autocuidado; dando acciones preventivas secundarias y terciarias cuando existe un déficit de autocuidado. La Teoría de Sistemas de Enfermería considera dos aspectos en la relación enfermera-



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

paciente: un área tridimensional con tres elementos (sociales, interpersonales, tecnológicos) y un área de sistema de atención de enfermería con tres tipos de sistemas; sistema de apoyo educativo, sistema parcialmente compensatorio y sistema totalmente compensatorio. Se ha observado que la acción educativa es un componente muy presente en la teoría de Orem; en el sistema de apoyo/educación, Orem desarrolla una práctica educativa para la salud, que se dispone a movilizar la toma de decisión para los cambios necesarios para el autocuidado, y la búsqueda de nuevos conocimientos de las situaciones de vida y la salud.

Navarro Peña, Y., Castro Salas, M. describe que Orem⁽²⁸⁾ define la agencia de autocuidado, como la compleja capacidad desarrollada que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación de su enfermedad hipertensiva, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico (requisitos de autocuidado, tecnologías, medidas de cuidados) y finalmente, para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo.

Para todo lo anterior Diana Marcela Achury, Gloria Judith Sepúlveda, Sandra Mónica Rodríguez⁽²⁹⁾ documentan que la operacionalización del concepto de capacidad de agencia de autocuidado ha sido avalada por la comunidad científica de enfermería y ha sido adaptada por investigadores mediante el desarrollo de algunas escalas para su medición. Hoy es realizada mediante múltiples instrumentos entre los que se destaca la escala para valorar la agencia de autocuidado (Appraisal of Self-care Agency Scale, ASA, por sus siglas en inglés) de Evers, compuesta por 24 ítemes con un formato de respuesta de cinco alternativas tipo Likert (desde totalmente en desacuerdo hasta totalmente de acuerdo). La escala ASA ha sido desarrollada para medir las capacidades de agencia de autocuidado; el desarrollo de la escala fue un trabajo colectivo de



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

profesores de la Wayne State University y la University of Limburg; la escala esta basada en la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem y ha sido traducida, adaptada transculturalmente y validada para países de Europa, Asia oriental y Latinoamérica. La medición de la validez conceptual y confiabilidad de la escala ASA en versión español fue realizada por Gallegos⁽³⁰⁾ obteniendo un alfa de Cronbach de 0,77; así mismo confirmó la relación teórica entre los factores condicionantes básicos y la capacidad de agencia de autocuidado, aplicada está en una población mexicana en versión español.

México a través de un estudio de Medellín-Vélez Beatriz⁽³¹⁾ cuenta con experiencias obtenidas con la aplicación de la teoría del autocuidado como modelo de atención integral de enfermería para pacientes con diabetes mellitus; dicho estudio evaluaba en pacientes ambulatorios el desarrollo de las capacidades de autocuidado de acuerdo a los diagnósticos identificados, corroborándose que fuese efectivo el desarrollo de habilidades de la agencia de autocuidado a través de la aceptación y cambios realizados en el estilo de vida. La evaluación fue realizada sistemáticamente a través de los requisitos universales para el autocuidado y los requisitos en desviación de la salud; con base en el déficit detectado, las intervenciones de enfermería se condujeron a la capacitación, seguimiento y retroalimentación del desarrollo de las capacidades de autocuidado de los individuos; se concluyo que el cuidado ambulatorio del adulto con diabetes mellitus a través del programa de atención de enfermería basado en la teoría del autocuidado favoreció que las personas mantuvieran normales sus cifras de glicemia, la contundencia del programa fue notoria pues ninguno de los participantes fue hospitalizado por complicaciones derivadas a la diabetes mellitus lo que permite deducir que el desarrollo de las capacidades de autocuidado contribuyeron a alcanzar el mejor estado de salud posible.

Por otra parte Rosa A. Zarate Grajales⁽³²⁾ documenta en su revisión de la Gestión del Cuidado de Enfermería, un estudio donde se comparó la práctica de enfermería con la práctica médica con el propósito de delimitar la identidad



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

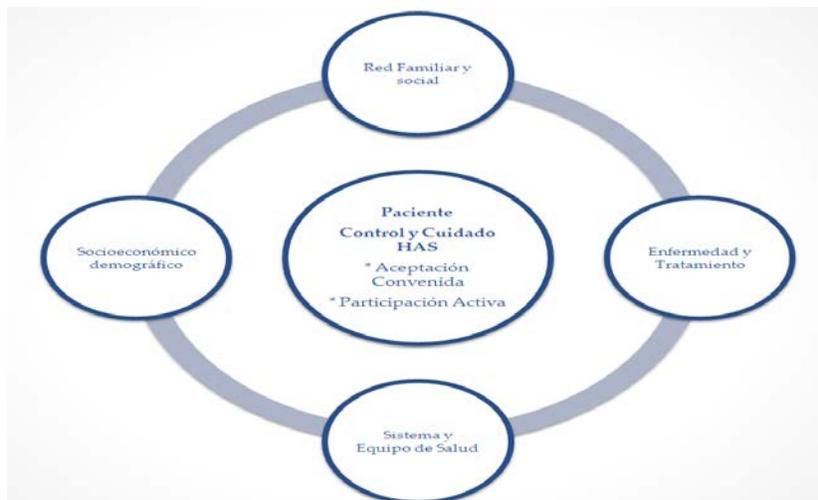
profesional de cada una; los resultados de dicho estudio muestran que el médico brinda cierta forma de cuidado cuando realiza una operación quirúrgica y tratamientos medicamentosos, la enfermera, por su parte, crea una serie de intervenciones que marcan una diferencia en la vida de las personas, mostrando así el cuidado, es decir, permite a las personas dar sentido a sus experiencias de salud y a su vida. A veces es menos visible contribuir a la salud de una persona mediante una intervención centrada en los recursos interiores de las personas (cuidado integral), que una intervención que utiliza los recursos exteriores (la etiología, la enfermedad y el tratamiento).

Intervenciones de enfermería en adultos mayores han demostrado su efectividad en el fortalecimiento de la agencia de autocuidado, como lo demuestra Alba Rosa Fernández, Fred Gustavo Manrique-abril⁽³³⁾ en un estudio pre experimental de Colombia, que determino el impacto educativo de enfermería en la capacidad de autocuidado en pacientes con HTAS en una muestra de 39 pacientes, concluyendo que la manera óptima de mantener un control de la HTAS es a través de medidas que fomenten el autocuidado, lo que permite disminuir el riesgo de complicaciones y mejorar el estado general del paciente. Sin embargo el cambio de comportamientos y prácticas de salud para el autocuidado no se logrará por el simple contacto con el conocimiento científico, pues la gente no reemplaza mecánicamente unos conocimientos por otros, ni altera necesariamente un comportamiento por efectos de un nuevo saber; por ello la educación grupal se presenta como una estrategia efectiva para la promoción de la salud, y prevención de las enfermedades y sus complicaciones, favoreciendo condiciones óptimas para el cambio hacia un estilo de vida más saludable y modificando aspectos cognitivos.⁽³⁴⁾ Al respecto la OMS clasifica los métodos de la educación en salud en dos grupos: Los Bidireccionales o directos, y los Unidireccionales o indirectos, los que se correlacionan con otras clasificaciones como unidireccionales “didácticos” y Pluridireccionales “socráticos”.⁽³⁵⁾

Por otra parte el desarrollar una intervención bajo la metodología socrática o bidireccional mediante los llamados grupos educativos, facilitan el cambio de actitudes frente a su enfermedad, da la posibilidad de expresar sus miedos y temores ante otras personas con problemas parecidos, disminuye el nivel de ansiedad y facilita la comunicación entre pacientes y con el personal sanitario como es el de enfermería, como lo reporta el estudio de Parejo Martín MJ y Sánchez Parejo H “Repercusión de la Educación Grupal en Pacientes con Hipertensión”, donde se demuestra que se ayuda a la persona a ser más consciente de su enfermedad, controlarla y ser más independiente.⁽³⁶⁾

Por lo tanto la educación pretende lograr que el paciente asuma la responsabilidad de su propio cuidado con un apoyo educativo, propiciando cambios de conducta, motivando y concientizando a los pacientes (grafico no.3)

Grafico no. 3 Roles y Aspectos de Interacción en el Control y Cuidado del Paciente





PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El diagnóstico de salud del municipio de Cuauhtémoc, Colima del 2010, permitió identificar a la Hipertensión Arterial como el problema de salud de mayor prioridad para el municipio y las localidades que lo componen; está documentado y visto que las enfermedades cardiovasculares (entre ellas la hipertensión) ocupan el primer lugar de morbi-mortalidad en más del 75% de los países a nivel mundial, ocasionando de igual forma altas tasas de incapacidad prematura, complejidad y costo elevado del tratamiento.⁽⁵⁾ En Quesería, Cuauhtémoc, los pacientes hipertensos acuden a control de su enfermedad al centro de salud, el cual cuenta con acreditación en cuanto a Capacidad, Calidad y Seguridad del paciente por la Dirección General de Educación y Calidad en salud, donde particularmente los pacientes afiliados al seguro popular asisten de forma gratuita a la consulta de forma individual, brindándoseles atención médica e información. Las actividades educativas de forma grupal entre pacientes con enfermedades crónicas han sido bajo una metodología didáctica con aspectos indirectos a través de Grupos de Ayuda Mutua para el control y cuidado de las complicaciones de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT).⁽³⁷⁾

La educación del paciente hipertenso es fundamental y necesaria para generar conocimientos que permitan el cuidado de sí mismo y su enfermedad. Al respecto la OMS ha publicado varios documentos; en uno de ellos menciona: “que no se enfatiza el papel del paciente en el “manejo” de su enfermedad, a pesar de la importancia de la salud conductual y la adherencia a las terapias para las condiciones crónicas”, no proporcionándoseles información esencial ni habilidades para “manejar” su condición, y plantea que algo de lo que pueden hacer es “educar y apoyar a los pacientes para “automanejar” sus condiciones crónicas. Por lo tanto el diseño de una intervención de educación pluridireccional o socrática con participación de enfermería, a través de la conformación de un grupo de pacientes con sesiones sistematizada, que permita abordar en el centro de salud los temas



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

de autocuidado de la Hipertensión Arterial para mejorar el manejo y control de la enfermedad, que de respuesta a un problema social que no solo afecta al individuo sino a todo el sistema de salud y de la sociedad en si. De aquí surge la siguiente pregunta a la que se busca dar respuesta:

¿Una intervención educativa orientada al autocuidado del paciente hipertenso por parte del personal de enfermería, mejorará las capacidades de autocuidado de un grupo de hipertensos en Quesería, Cuauhtémoc?



JUSTIFICACIÓN.

Uno de los mayores retos que enfrenta actualmente el sistema mexicano de salud y el municipio de Cuauhtémoc según resultados del DIS, son las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) como la Hipertensión Arterial. Para ello se han desarrollado a nivel nacional, diferentes mecanismos que permitan medir y evaluar el grado de cumplimiento de estándares normativos y de calidad en salud; como la publicación de resultados del Sistema Nacional de Indicadores de Calidad (INDICAS), que evalúa indicadores de normatividad y calidad de la atención respecto a registro, valoración y control médico de la enfermedad.⁽³⁸⁾ Sin embargo dichos resultados reflejan solo la atención médica individualizada de los servicios de salud, restando los resultados de las acciones de promoción y educación en salud, donde conforme al Sistema de Información en Salud (SIS) su objetivo sería difundir y fomentar prácticas saludables y de cuidado hacia la población con algún problema de salud o en riesgo; y en donde en el municipio de Cuauhtémoc, registra una baja ejecución por los grupos de ayuda mutua (GAM) con 115 sesiones de orientación alimentaria y activación física en 2008, a 108 sesiones (6% menos) para el 2009. De igual forma la participación social en la localidad de Quesería paso de ser una comunidad orientada en 2008 a no orientada en 2009, contrastando con el resultado del índice más alto de calidad de la atención del paciente hipertenso según INDICAS respecto a todas las localidades del municipio con promedios del 98.3% para 2008 y 95% en 2009, lo que solo puede reflejar un resultado revisado y registrado en un momento determinado de la atención del paciente, sin que esto signifique que el resto del tiempo se mantenga o siga así. Una de las acciones desarrolladas ha sido que en el Centro de Salud Quesería se conformo un grupo de ayuda mutua (GAM) activo para el control general de enfermedades como diabetes, obesidad, dislipidemia e hipertensión arterial, donde la organización de los participante con el apoyo de los servicios de salud, proyectan y explican temas de forma unidireccional y en ocasiones socrática, sin un modelo sistemático y con participación de personal de



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

salud de forma continua como sería el caso de enfermería; dejando al participante particularmente hipertenso sin abordar las necesidades específicas de su grupo bajo una orientación profesional y participativa entre los servicios de salud y usuarios.⁽³⁷⁾

Por lo que es necesario desarrollar programas de promoción de autocuidado específico, que impulsen los hábitos saludables y prevención de la enfermedad y sus complicaciones en los pacientes con ésta enfermedad, mejorando la adherencia terapéutica y conociendo las diversas formas de tanto de monitoreo y cuidado para mantener el control de su enfermedad.

El llevar a cabo esta intervención con los pacientes hipertensos mediante un espacio que les permita bajo un modelo sistematizado y basado en evidencia como el de Dorothea Orem, participar y dialogar de forma grupal con el apoyo de personal de salud (enfermería), permitirá mejorar el desarrollo de capacidades de autocuidado, conociendo, identificando y tomando decisiones saludables para un mejor control y cuidado de su enfermedad. Los resultados que se obtengan de la presente intervención se difundirán a través de los Comités de Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) de las unidades médicas, contribuyendo a que el resto de los profesionales de la salud tanto de enfermería como de otro tipo, participen en la mejora del control no solo de los pacientes hipertensos sino también de cualquier otra enfermedad particularmente los crónicos degenerativos.



OBJETIVO GENERAL:

Evaluar mediante una intervención educativa de enfermería, la mejora de las capacidades de autocuidado de un grupo de personas que padecen Hipertensión Arterial sistémica, en cinco aspectos de la escala de autocuidado de Evers, Isenberg, en la localidad de Quesería, Cuauhtémoc, durante Enero - Junio del 2013.

Objetivos Específicos:

1. Identificar la capacidad basal de autocuidado que tienen el grupo de pacientes hipertensos.
2. Aplicar mediante el personal de enfermería, técnicas y métodos educativos basados en la Teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea orem, a pacientes con hipertensión arterial, que los motive a mejorar el autocuidado en aspectos de alimentación, activación física, interacción social, tratamiento farmacológico, desarrollo y funcionamiento de grupos sociales, para autorregularse en su situación particular de salud.
3. Determinar el nivel de capacidad de autocuidado del grupo de pacientes hipertensos mediante la intervención educativa de enfermería como del grupo control.
4. Identificar la diferencia de avance de capacidad de autocuidado adquirido en el grupo de pacientes hipertensos intervenidos.



METODO, MATERIAL Y DISEÑO.

Tipo de Estudio.

Tipo cuasi-experimental prospectivo pre-post intervención en salud educativa para el autocuidado en pacientes hipertensos. Las fuentes de información fueron de tipo primaria a través de cuestionarios de autocuidado, perfil sociodemográfico y antropométrico para caracterizar la muestra de estudio.

Hipótesis nula:

Los pacientes con hipertensión arterial que reciben apoyo educativo del personal de enfermería para el cuidado de su enfermedad, no mejoran su capacidad de autocuidado.

Hipótesis alterna:

Los pacientes con hipertensión arterial que reciben apoyo educativo del personal de enfermería para el cuidado de su enfermedad, mejoran su capacidad de autocuidado.

Universo.

El trabajo se realizó en periodo de Enero a Junio de 2013 en la localidad de Quesería perteneciente al municipio de Cuauhtémoc, Colima constituida por una población de 8,611 habitantes, 4311 hombres y 4300 mujeres de estos 5,645 habitantes son población mayor de 18 años.

Sujetos de estudio y Muestra.

Los sujetos de estudio fueron los pacientes hipertensos que reciben atención médica en el centro de salud de la localidad de Quesería, del municipio de Cuauhtémoc, Colima. El tipo de muestreo fue No probabilístico por conveniencia, identificando e invitándose a pacientes registrados en los Tarjeteros de Control de Enfermedades Crónicas (Hipertensión), Sistema de Información en Salud y/o



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

grupos de ayuda mutua del Centro de Salud de Quesería, Cuauhtémoc, perteneciente a la Secretaría de Salud de Colima, a través de invitación directa por parte del personal de enfermería en el centro de salud. La conformación del grupo de estudio fue de **N = 40** pacientes, los cuales por el diseño del proyecto y criterios de optimización de tiempo y recursos se formaron dos grupos: experimental $n = 20$ y control $n = 20$ con diagnóstico de Hipertensión Arterial, determinados mediante la enumeración de todos los pacientes, y por medio de la tabla de números aleatorios se seleccionaron a los pacientes que formaron cada grupo de estudio, los números impares integraron el grupo experimental y los números pares el grupo control.

Criterios de inclusión:

- Personas con edad de 20 a 60 años y más, que sean atendidos en la localidad de Quesería, Municipio de Cuauhtémoc, Colima.
- Que cuenten con diagnóstico de Hipertensión Arterial registrado en Expediente Clínico conforme a la NOM-030-SSA2-1999.
- Que acepten participar en el estudio y firmen carta de consentimiento informado (Anexo 1).

Criterios de exclusión:

- Personas con edad menor a 20 años.
- Personas con edad de 20 a 60 años y más que NO sean atendidos la localidad de Quesería, Municipio de Cuauhtémoc, Colima.
- Que NO cuenten con diagnóstico de Hipertensión Arterial registrado en Expediente Clínico conforme a la NOM-030-SSA2-1999.

Se eliminarán a los pacientes que presentan complicaciones orgánicas de la enfermedad diagnosticadas; los que desistan de participar en el transcurso del proyecto; y aquellos que falten a una sesión educativa.



Análisis de Resultados.

Se utilizó la comparación de medias de muestras independientes aplicando la prueba t de Student, estableciendo diferencias entre los grupos, se incluyó la media, desviación estándar, el intervalo de confianza y el p valor, aceptando diferencias <0.005 para el estadístico t.

Método:

Como primer etapa se obtuvo de parte del titular de los Servicios de Salud del Estado de Colima Dr. Agustín Lara Esqueda, y de la Jefatura estatal de enfermería, la aprobación para la aplicación de la intervención en la unidad médica de Quesería, con la participación de enfermería en el desarrollo del proyecto.

Como segunda etapa se identificó a los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión de la muestra, que durante la espera de su cita médica de control en la unidad en el mes de enero y febrero, se les abordó, explicó e invitó a participar en el estudio informándoles de los objetivos del mismo, y de aceptar se les citó el 07 de marzo en el auditorio parroquial de la comunidad para presentación del proyecto.

En la tercera etapa, una vez conformada la muestra de $N=40$ pacientes, se explicó características del proyecto y se les solicitó a los presentes la firma de su autorización para participar en el proyecto a través de la firma del consentimiento informado previamente leído a los participantes (Anexo 1). De igual forma se procedió a realizarles la medición basal para determinar las capacidades de autocuidado, mediante la aplicación del instrumento denominado “Escala para Estimar capacidades de Autocuidado” (EECAC); así como también la aplicación del cuestionario de datos sociodemográficos y antropométricos. Posteriormente se conformaron los grupos de intervención y control, donde al grupo experimental ($N=20$), se les citó a partir del día 13 de marzo en el auditorio parroquial de la comunidad, donde se les impartió por parte del personal de enfermería y en



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

compañía del investigador del proyecto, la intervención del Programa Educativo con las sesiones diseñadas. Al grupo control (N=20) se continuó con la orientación y atención cotidiana que normalmente otorga el personal de salud de la Unidad.

En una cuarta etapa, al concluirse las sesiones de la intervención al grupo experimental, se citó a los dos grupos (control y experimental) el día 19 de abril en el auditorio parroquial de la comunidad, para realizar la segunda medición post intervención de las capacidades de autocuidado, aplicándose la pos prueba en un solo momento para ambos grupos, diferenciados entre sí mediante el instrumento denominado “Escala para Estimar capacidades de Autocuidado” (EECAC), así como también se realizó la identificación de algunos valores del cuestionario antropométrico, para proceder con el análisis respectivo.

La presente intervención tuvo presente las consideraciones éticas a los participantes del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar conforme lo estipula las leyes de salud estatales, nacionales e internacionales.

Ejecución de la intervención

Sesión Inicial (Grupo Control y experimental):

El 07 de marzo asisten de forma inicial 40 aceptantes a participar en el proyecto; se procedió a exponerles mediante proyector los antecedentes y la necesidad de realizar el proyecto, su contenido e implementación, dando paso posteriormente a que cada uno de los aceptantes firmara el consentimiento informado (también expuesto y leído mediante proyector), así como la determinación de valores antropométricos por parte del personal de enfermería, y posterior llenado del cuestionario sociodemográfico a la entrega a cada participante para su complementación. Una vez que cada participante concluía su



llenado se recogía y procedía a pasar en una base de datos por parte del encargado del proyecto los datos ahí plasmado.

Al haber concluido todos los participantes el llenado del cuestionario sociodemográfico, se les hizo entrega del instrumento de evaluación para medir de forma basal las capacidades de autocuidado que presentan, asignándoseles junto con el cuestionario sociodemográfico un número de registro para control y seguimiento de cada participante. Al concluir el llenado del instrumento, se procedió de forma aleatoria conforme al número de registro otorgado y capturado en la base de datos, determinar en la misma de forma, la conformación del grupo experimental y control, informándoseles en el momento su asignación y explicación de los siguientes pasos a realizar con cada uno de los grupos formados. Citándose al grupo experimental a una próxima sesión el día 13 de marzo para el desarrollo de la intervención educativa.

Sesiones Educativas (Grupo experimental):

Primera Sesión

Veinte personas del grupo experimental con diagnóstico de Hipertensión Arterial asistieron el día 13 de marzo al auditorio parroquial para el inicio de la intervención educativa que constó de un total de 4 sesiones temáticas.

Como primer punto se presento de forma verbal al grupo de trabajo, se realizó el pase de lista de los asistentes mediante la firma de los mismos, y se dio a conocer el objetivo de la sesión: "Identificar en las dimensiones no farmacológicas (alimentación, actividad física) y prevención e intervención de riesgos, la importancia de las acciones de autocuidado para un mejor control de la hipertensión arterial". Previo al inicio del contenido temático en la sesión, se realizo una breve dinámica de presentación y expectativas de la intervención de cada uno de los participantes conforme al listado de asistencia, tomando nota en



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

la bitácora del encargado del proyecto; posteriormente se dio inicio a el desarrollo de la temática de la sesión conforme a la Carta descriptiva, (Anexo 2) la que estuvo a cargo del personal de enfermería, incentivando la participación y análisis de lo presentado al grupo, mediante preguntas y puntos detonantes específicos que fortalecieran el desarrollo de las competencias esperadas. Al final de la sesión se llego al consenso de los aspectos importantes, entre ellos: el hacer hincapié en la alimentación, actividad física conforme a las particularidades que cada persona identifique dentro de sus necesidades de autocuidado, y no siendo éstas generalizadas a toda la población mediante dietas o ejercicios predeterminados. Se tomo nota en la bitácora del responsable del proyecto, de los puntos relevantes abordados y discutidos en la sesión.

Segunda Sesión.

El 14 de marzo se dio desarrolló a la segunda sesión, cuyo objetivo fue identificar las interacciones con las instituciones de salud y grupos sociales, y el rol participativo en el autocuidado de la hipertensión arterial. Como primera acción se procedió al pase de lista de los asistentes mediante su firma, dando inmediatamente a su término el desarrollo de la temática de la sesión no 2 conforme a la Carta descriptiva (Anexo 2) a cargo del personal de enfermería, se solicito a los participantes mediante una mesa de diálogo expresaran los puntos relevantes que consideraban del tema presentado; entre ellos se discutieron y analizaron la búsqueda de ayuda entre familiares, amigos o propios pacientes hipertensos, en la facilitación temporal de medicamentos para mantener el tratamiento y control de la enfermedad en caso de falta de abasto, o recursos para traslado a otra unidad para surtimiento de recetas. Se registraron los puntos y aspectos importantes tratados en la sesión en la bitácora de encargado del proyecto, al concluir se preguntó si existía alguna duda con respecto al desarrollo de las sesiones o con los temas desarrollados hasta el momento, así como la opinión de la calidad del material presentado. Ningún participante expreso alguna



duda y la mayoría considero novedoso e importante el contenido y la forma de presentación por parte del personal de enfermería.

Tercera Sesión.

El 18 de marzo se desarrolló la tercera sesión cuyo objetivo fue “consolidar la construcción y práctica del conocimiento adquirido, sobre el autocuidado de la alimentación saludable, actividad física adecuada y prevención e intervención de riesgos en la hipertensión arterial”. Se realizó el registro de asistentes para el pase de lista, y como en sesiones previas se dio a conocer el objetivo y temática de la sesión; en la temática se presentaron los puntos y aspectos tratados durante la primera sesión para retomar la discusión y reforzar el conocimiento conforme a lo descrito en la Carta descriptiva (Anexo 2), mediante la orientación y uso de evidencias, como la de los sistemas de atención de enfermería de Orem, y los planes de cuidado de enfermería para enfermedades cardiovasculares de la Comisión Permanente de Enfermería. Se presentó, orientó y ejemplificó a los participantes por parte del personal de enfermería, sobre la forma en cómo pueden llevar a la práctica los puntos y aspectos encontrados como importantes para mejorar el autocuidado en los aspectos de alimentación, actividad física y prevención de riesgos o complicaciones. Los participantes expusieron sus dudas o preguntas al personal de enfermería, y al término de la sesión se les entregó por escrito lo presentado por el personal de enfermería en la sesión y se les pidió lo guardaran y consultaran en casa como guía o en caso de duda.

Cuarta Sesión.

El 19 de marzo se desarrolló la cuarta sesión cuyo objetivo fue “consolidar la construcción y práctica del conocimiento adquirido sobre el autocuidado, a través de la interacción con las instituciones de salud y grupos sociales para la hipertensión arterial. Se realizó el registro de asistentes para el pase de lista, y como en las sesiones previas se dio a conocer el objetivo y temática de la sesión.



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

En cuanto a la temática a desarrollar, se presentaron los puntos y aspectos tratados durante la segunda sesión retomando la discusión y reforzando el conocimiento conforme a lo descrito en la Carta descriptiva (Anexo 2), a través de la orientación y uso de evidencias como la de los sistemas de atención de enfermería de Orem, y los planes de cuidado de enfermería para enfermedades cardiovasculares de la Comisión Permanente de Enfermería. Se les presento, oriento y ejemplifico a los participantes de parte del personal de enfermería, la importancia de la utilización de los grupos sociales formados o incluso institucionales como los GAM, Comités de Salud, entre otros, para mejorar y mantener el autocopiado en la hipertensión arterial. Los participantes expusieron dudas y preguntas al personal de enfermería sobre este tema, las cuales en su mayoría eran sobre la forma en que las instituciones de salud fomentaban o apoyaban el autocuidado en este tipo de pacientes, por lo que se extendió la sesión poco más 30 minutos de lo programado para la resolución de las preguntas planteadas; y al término de la sesión se les entrego por escrito lo presentado por el personal de enfermería en la sesión y se les pidió lo guardaran y consultaran en casa como guía o en caso de duda.

Sesión Final (Grupo Control y experimental):

El día 19 de abril asistieron los integrantes del grupo control y experimental, para la aplicación del instrumento de evaluación, y medición de las capacidades de autocopiado post- intervención, así como la determinación de algunos valores antropométricos. Se agradecido la participación y asistencia de las personas y se les entrego de forma simbólica reconocimientos (Anexo 6) por su participación en la implementación del Proyecto, informándoseles sobre la posterior presentación de resultados tanto a las autoridades de la unidad de salud, como a los propios participantes.

Los datos cuantitativos que se obtuvieron mediante la aplicación del cuestionario de EECAC en la medición basal como post intervención, se



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

capturaron en una hoja de cálculo del programa Excel® para ser sistematizados y analizados en el software SPSS®. Posteriormente se procedió a realizar un análisis simple en términos de distribución mediante la obtención de estadísticos descriptivos, y una determinación de forma sencilla mediante el indicador elaborado.-Índice de mejora de capacidad de autocuidado: N° personas con muy buena capacidad de auto cuidado después la intervención / N° de personas incluidas en cada grupo. X 100, con un valor esperado: ≥ 85 . En las variables continuas se obtuvo la media y desviación estándar. Para evaluar el nivel o rango de capacidad de autocuidado en la población participante, se utilizaron cuatro categorías: 24 puntos se considera muy baja capacidad de autocuidado, 25 a 48 puntos baja capacidad de autocuidado, 49 a 72 puntos buena capacidad de autocuidado, 73 a 96 puntos muy buena capacidad de autocuidado.

Selección y operacionalización de variables

Variable Dependiente:

Variable	Definición	Medición / Tipo
Capacidad de Autocuidado	Nivel o grado de auto cuidado de la persona, cuando conoce y realiza adecuadamente actividades de auto cuidado.	Numérica (Puntaje) / Ordinal

Variable Mediadora.- Programa educativo de enfermería que contempla temas y actividades relacionadas con educación para el desarrollo de las capacidades de autocuidado en salud.

Variable Independiente:

Variable	Definición	Medición / Tipo
Alimentación	Actividad de autocuidado del individuo, en el mantenimiento adecuado de consumo de alimento, con la intención de mejorar la salud, prevenir las complicaciones de la hipertensión	Nivel de conocimiento /cuestionario. Ordinal
Actividad física	Actividad de autocuidado del individuo, en la preservación de equilibrio entre actividad y reposo, con la intención de mejorar la salud,	Nivel de conocimiento /cuestionario.



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

	prevenir las complicaciones de la hipertensión	Ordinal
Interacción social	Actividad de autocuidado del individuo, en el mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social, con la intención de mejorar la salud, prevenir las complicaciones de la hipertensión	Nivel de conocimiento /cuestionario. Ordinal
Intervención de Riesgos (Tratamiento farmacológico, etc.)	Actividad de autocuidado del individuo en el funcionamiento del cuerpo y bienestar personal, con la intención de mejorar la salud, prevenir las complicaciones de la hipertensión	Nivel de conocimiento /cuestionario. Ordinal
Desarrollo y funcionamiento de grupos sociales	Actividad de autocuidado del individuo, en el desarrollo personal de grupos sociales, con la intención de mejorar la salud, prevenir las complicaciones de la hipertensión	Nivel de conocimiento /cuestionario. Ordinal
Sexo	Según estado biológico se clasificó en: Masculino y Femenino	Conteo / nominal dicotómica
Estado Civil	Condición social que guarda la persona; Soltero(a), Casado(a), Viudo(a), Divorciado(a), Unión libre, Separado(a)	Conteo / nominal politómica
Ocupación	Actividad social que realiza la persona dentro o fuera de su lugar de vivienda; Estudiante, Empleado, Hogar, Jubilado, Desempleado.	Conteo / nominal politómica
Escolaridad	Nivel de estudios ó último grado de estudios realizados; Ninguna, Primaria, Secundaria, Bachillerato, Profesional, Posgrado.	Conteo / nominal politómica
Edad	Número de años de vida cumplidos.	Conteo / ordinal, años
Peso	Medida de la masa corporal expresada en kilogramos	Conteo / Cuantitativa, Continua
Estatura	A la talla con el paciente de pie expresada en centímetros	Conteo / Cuantitativa, Continua
Índice de masa corporal	Al peso corporal dividido entre la estatura elevada al cuadrado (kg/m^2)	Conteo / Cuantitativa, Continua
Presión arterial	A la fuerza hidrostática de la sangre sobre las paredes arteriales, que resulta de la función de bombeo del corazón, volumen sanguíneo, resistencia de las arterias al flujo, y diámetro del lecho arterial, manifestada en milímetros de mercurio	Conteo / Cuantitativa, Continua



Instrumento de recolección de datos.

La recolección de los datos de este proyecto empleó instrumentos cualitativos y cuantitativos, de los cuales algunos fueron utilizados para la medición pre y post intervención. Para la medición de capacidades de autocuidado se utilizó durante la pre y post intervención, la “Escala para Estimar capacidades de Autocuidado” (EECAC) que se marca en el Anexo 3, elaborado por Evers, Isenberg, en idioma español versión para la población latina de la Dra. Esther Gallegos que está constituido por un total de 24 ítems a través de escala sumativa de tipo Likert de 1 a 4 [Rensis Likert], dividido en 5 secciones: “mantenimiento de un consumo de alimento suficiente”; “preservación de equilibrio entre actividad y reposo”; “mantenimiento del equilibrio entre soledad e interacción social”; “prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal”; “promoción del funcionamiento y desarrollo personal dentro de grupos sociales de acuerdo con el potencial humano y las limitaciones conocidas”. Cada uno de los ítems les representó cuatro opciones de respuesta ponderadas; de la cual 1 fue “Nunca”, 2 fue “Casi Nunca”, 3 fue “Casi Siempre” y 4 fue “Siempre”. La validez y confiabilidad de la escala en español fue determinada mediante estudio descriptivo, correlacional y transversal en un grupo de adultos diabéticos por la Doctora Esther C. Gallegos Cabriales (1998), donde empleó la escala “Apreciación de agencia de autocuidado” en versión español, obteniendo un valor de alfa de Cronbach de 0,77.

La aplicación del instrumento de evaluación se realizó en dos momentos, pre intervención (Marzo) y post intervención (Abril), mediante el llenado de la escala de evaluación de forma individual en grupo. Al inicio del llenado de la pre-intervención se les leyó y explicó de forma breve y sencilla su contenido, y las posibles respuestas que lo componen; a las personas que presentaron dificultades en la lectura o llenado del mismo, se les apoyo solo en la lectura del instrumento por parte del personal de enfermería y encargado del proyecto. El llenado del instrumento de evaluación se llevó en ambos casos un tiempo aproximado de 15



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

minutos. Por otro lado de igual forma se realizó el llenado del cuestionario de perfil sociodemográfico y antropométrico (Anexo 4), compuesto por reactivos de opción múltiple en variables como: edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, peso, talla, etc., el cual los datos sociodemográficos fueron llenado solo durante la evaluación pre test. Solo los datos antropométricos tuvieron a bien llenarse en dos momentos durante el pre y post intervención, donde se abordaron reactivos de salud como: medidas antropométricas de su última cita médica o recabada durante los dos tiempos en la sesión inicial o final (peso, estatura, índice de masa corporal, presión arterial), que junto al perfil sociodemográfico caracterizó la población de estudio. La intervención constó de 4 sesiones con una duración de aprox. 40 minutos cada una, en la cual se abordaron mediante temas desarrollados, secciones o aspectos del autocuidado de la persona para una mejor salud. En cada una de las sesiones se presentaron materiales específicos como se describe en la carta descriptiva del programa (anexo 2). Las sesiones se realizaron durante dos semanas, siendo dos sesiones por semana, con una duración entre 30 y 40 minutos, dentro del auditorio parroquial de la comunidad.

Por otro parte el personal de enfermería de la unidad de Quesería, tomaba pase de lista de asistencia de forma nominal, para control y mecanismo de cotejo entre el número y nombre de las personas que asistían a cada una de las sesiones de la intervención hasta su final.



EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.

Resultados

El grupo de pacientes hipertensos en la presente intervención inició con un total de 40 personas que contaban con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica registrado en expediente clínico del centro de salud de Quesería. En su inicio este grupo estaba integrado por 9 hombres y 31 mujeres, que posteriormente de forma homogénea y al azar conformaron dos grupos: el control y experimental.

Al término del estudio debido a la inasistencia en alguna de las sesiones o abandono del proyecto, se concluyó con la participación del 80% del total del grupo inicial con un total de 32 personas (cuatro hombres y veintiocho mujeres) en ambos grupos; la edad mínima fue de 45 años y la máxima de 65 años, con un rango de 20 años, el promedio fue de 55 años, con una moda de 58 y una desviación estándar de 5.6. Los grupos para la intervención quedaron integrados por un total de 16 personas, con 100% mujeres (dieciséis) en el grupo control; y 25% Hombres (cuatro) y 75% Mujeres (doce) en el grupo experimental. Para ambos grupos tanto el experimental y control, el promedio de edad fue casi similar entre ambos con 57 y 54 años respectivamente, no existiendo una diferencia significativa entre ambos grupos $p=0.056$.

El análisis de las variables sociodemográficas de los integrantes de los grupos, se encontró que el 78% de los participantes eran casados siendo mayor en el grupo control con 87,5%. Por otra parte el 75% mantenían una ocupación en el Hogar siendo para este caso una distribución similar para ambos grupos, lo cual se podría explicar por el alto porcentaje de participantes del género femenino (75% en grupo experimental y 100% grupo control); en cuanto al nivel de escolaridad se encontró que el en promedio el 78% de los integrantes de ambos



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

grupos cursaron con primaria incompleta (por lo menos un año), siendo mayormente en el grupo control con 81%. Tabla no. 5

Tabla no. 5 Resultados Sociodemográficos Grupo Control y Experimental.

GRUPO EXPERIMENTAL				GRUPO CONTROL		
Concepto / Estadístico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Edad				Edad		
40-49	1	6,3	6,3	4	25	25
50-59	8	50,0	56,3	10	62,5	87,5
60-69	7	43,8	100,0	2	12,5	100
Género				Género		
Masculino	4	25,0	25,0	0	0	0
Femenino	12	75,0	100,0	16	100,0	100,0
Estado Civil				Estado Civil		
Soltero	2	12,5	12,5	1	6,3	6,3
Casado	11	68,8	81,3	14	87,5	93,8
Viudo	1	6,3	87,5	0	0	0
Divorciado	1	6,3	93,8	0	0	0
Unión libre	1	6,3	100,0	1	6,3	100,0
Ocupación				Ocupación		
Empleado	2	12,5	12,5	1	6,3	6,3
Hogar	12	75,0	87,5	12	75,0	81,3
Jubilado	1	6,3	93,8	0	0	0
Desempleado	1	6,3	100,0	3	18,8	100
Escolaridad				Escolaridad		
Ninguna	2	12,5	12,5	1	6,3	6,3
Primaria incompleta	12	75,0	87,5	13	81,3	87,5
Primaria completa	2	12,5	100,0	2	12,5	100,0

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico Quesería, Cuauhtémoc.

De forma general, los grupos conformados al termino de la intervención tuvieron una similitud en cuanto sus características sociodemográficas, contando con un nivel escolar mínimo que les permitiera comprender los documentos presentados y el objetivo del proyecto; la edad promedio encontrada ubica a los participantes en población productiva, siendo un poco menor en el grupo control (54), la diferencia

también prevaleció solo en el grupo control con el 100% de participantes del género femenino.

Evaluación Pre y Post test

Conforme a la aplicación de la Evaluación de Capacidades de Autocuidado y el nivel de cumplimiento de los criterios preguntados, se exponen los resultados obtenidos en el pre test y post test para ambos grupos.

En el Pre test conforme se obtuvo que para el grupo experimental el 93,7% de personas contaban con una buena y muy buena capacidad de autocuidado, y para el grupo control un 75% de personas contaban con una buena y muy buena capacidad de autocuidado; lo que determinó una diferencia porcentual para ambos grupos de 18,7%, con un valor $p=0,961$ lo que arroja una diferencia no significativa. En ambos grupos ninguna persona obtuvo un puntaje que la colocara con una muy baja capacidad de autocuidado, solo se registraron 4 personas (25%) con baja capacidad de autocuidado en el grupo control. Tabla no.6

Tabla no. 6 Resultados Pre test Grupo Control y Experimental.

Concepto / Puntaje		ASA BASAL GPO EXPERIMENTAL			ASA BASAL GPO CONTROL			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	
Muy Baja Capacidad	≤ 24	,0	,0	,0	,0	,0	,0	
Baja Capacidad	25 - 48	1,0	6,3	6,3	4,0	25,0	25,0	
Buena Capacidad	49 -72	13,0	81,3	87,6	9,0	56,3	81,3	
Muy Buena Capacidad	73 - 96	2,0	12,4	100,0	3,0	18,7	100,0	
Media		60,75			60,94			
Diferencia de Medias con IC* 95%		0.19						
P valor		P= 0.961						

*Intervalo de Confianza

Fuente: Cuestionario de Escala para Estimar capacidades de Autocuidado” (EECAC)



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

Los Resultados en el post test, el 100% (16 personas) del grupo experimental obtuvieron una muy buena capacidad de autocuidado, observándose un incremento en el rango de cumplimiento del 12,4% con respecto a su medición basal en el pre test; con respecto al grupo control también se obtuvo un incremento en el número de personas con una buena y muy buena capacidad de autocuidado siendo de 81,3% y 18,7% respectivamente, no viéndose incrementado en este último rango (muy buena capacidad de autocuidado) con respecto a su medición basal que fue de 18,7%, obteniendo que ningún integrante se reportó en muy baja o baja capacidad de autocuidado. Para el análisis comparativo de las medias en el post test del grupo experimental y control, sí se encontró una diferencia significativa para ambos grupos con un valor $p=0.000$ que se representa en la Tabla no. 7

Tabla no. 7 Resultados Pos test Grupo Control y Experimental.

Concepto / Puntaje		ASA POST GPO EXPERIMENTAL			ASA POST GPO CONTROL			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado	
Muy Baja Capacidad	≤ 24	,0	,0	,0	,0	,0	,0	
Baja Capacidad	25 - 48	,0	,0	,0	,0	,0	,0	
Buena Capacidad	49 - 72	,0	,0	,0	13,0	81,3	81,3	
Muy Buena Capacidad	73 - 96	16,0	100,0	100,0	3,0	18,7	100,0	
Media		79,93			64,12			
Diferencia de Medias con IC* 95%		15.81						
P valor		P= 0.000						

*Intervalo de confianza

Fuente: Cuestionario de Escala para Estimar capacidades de Autocuidado” (EECAC)

Los resultados encontrados al mes de realizar la intervención, reportan que hay un refuerzo de la capacidad de autocuidado en el grupo experimental posterior



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

a la intervención educativa; con un aumento de sus capacidades de autocuidado, mostrado en la diferencia de la media basal y post con un 19,2%. En lo que se refiere al indicador de cumplimiento de participantes con una muy buena capacidad de autocuidado, se encontró que para el grupo experimental el 100% de participantes cumplían con el estándar planteado ($\geq 85\%$), contra un 18.7% del grupo control.

Cabe mencionar que en el grupo experimental las áreas que más vieron incrementados sus puntajes con respecto a la medición basal fueron: preservación de equilibrio entre actividad y reposo; prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal. Lo que significó una diferencia en la media de 18 puntos de aumento para ambas áreas.

Por otra parte durante el estudio también se registró el Índice de Masa Corporal (IMC) mediante la toma de peso y talla, así como la medición de la Tensión Arterial durante el pre y post test. Ante ello se encontró con diferencias en la medias de ambos grupos para los dos rubros, siendo en el IMC una disminución de 0.1 puntos en la post intervención para el grupo experimental, y un incremento de 0.03 puntos para el grupo control. En relación a ambos grupos la media total se vio disminuida 0.04 puntos en la post intervención. Tabla no. 9

Tabla no. 9. Resultados Pre y Pos test Grupo Control y Experimental del IMC.

Grupos	RESULTADO IMC* PRE-INTERVENCIÓN		RESULTADO IMC* POST-INTERVENCIÓN	
	Media	Desviación Estándar	Media	Desviación Estándar
Control	29,79	5,12	29,82	5,05
Experimental	28,25	5,89	28,15	5,98
Total Ambos	29,02	5,5	28,98	5,5

* Índice de Masa Corporal

Fuente: Cuestionario de Valores Antropométricos Quesería, Cuauhtémoc.



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

Respecto a la Presión arterial, la diferencia entre las medias registradas de la tensión arterial sistémica sistólica y diastólica, se encontraron una disminución en la tensión arterial sistémica tanto para el grupo control como experimental en la post intervención; habiendo diferencia pero hacia la alza en la tensión arterial diastólica tanto en el grupo experimental como en el grupo control. Los márgenes de diferencia fueron hacia la baja 0.3 mmHg sistólica y al alza de 0.9mmHg diastólica en el grupo control; y de 2.5 mmHg sistólica hacia la baja, y 0.94 mmHg diastólica hacia el alta del grupo experimental. Tabla no. 10

Tabla no. 10 Resultados Pre y Pos test Gpo. Control y Experimental de la T/A.

Grupos	RESULTADO T/A* PRE-INTERVENCIÓN				RESULTADO T/A* POST-INTERVENCIÓN			
	Media Sistólica	Media Diastólica	Desviación Estándar Sistólica	Desviación Estándar Diastólica	Media Sistólica	Media Diastólica	Desviación Estándar Sistólica	Desviación Estándar Diastólica
Control	137,1	85,9	12,3	12,5	136,8	86,8	9,4	8,5
Experimental	127,8	79,06	17,9	10,5	125,3	80	14,8	6,8
Total Ambos	132,45	82,48	15,1	11,5	131,05	83,4	12,1	7,65

* Tensión Arterial Sistémica.

Fuente: Cuestionario de Valores Antropométricos Quesería, Cuauhtémoc.



DISCUSIÓN

Conforme a los resultados se encontró que la intervención educativa con apoyo del personal de enfermería contribuyó a mejorar las capacidades de autocuidado de los pacientes hipertensos de la localidad de Quesería, Cuauhtémoc, situación semejante a la documentada por otros autores en diversos textos como el demostrado por Alba Rosa Fernández, Fred Gustavo Manrique-abril sobre efectividad en el fortalecimiento de la agencia de autocuidado.⁽³³⁾

Desde la Organización Panamericana de la Salud hasta diversos estudios específicos como el Ofelia Tobón Correa respecto al tema de Autocuidado^(23,24), reflejan la importancia y la trascendencia de lograr operacionalizar el autocuidado en las diversas localidades para una mejora salud; para ello el área particularmente de enfermería a logrado realizar e implementar bajo diversas estrategias en diversos países métodos y herramientas que permitieron aportar a éste tema.^(29,30) Sin embargo en nuestro medio la evidencia y cultura del papel de enfermería en éste u otro tipo de intervenciones grupales ha sido aun limitado. Por lo que se requiere de una mayor participación del personal de enfermería en los diferentes rubros de salud ante la importancia que reviste no solo la educación grupal⁽³⁶⁾, sino el rol de la experiencia y conocimientos que presenta el personal de enfermería con los pacientes.⁽³²⁾

La intervención realizada en la localidad de Quesería, Cuauhtémoc en el 2013, repercutió en un aumento del nivel de capacidad de autocuidado en los pacientes con enfermedad crónica (hipertensión arterial) como se demostró en otros estudios^(31,33). En cuanto a las áreas o dimensiones de autocuidado se observo que dos de las cinco dimensiones compuestas en la Escala de Evaluación de Autocuidado (EECAC) presentaron un mayor nivel de mejora: “preservación de equilibrio entre actividad y reposo”; “prevención de riesgos para la vida humana, el funcionamiento del cuerpo y el bienestar personal”. Esto se debe dado que durante la intervención se hizo énfasis en los beneficios en la prevención de



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

riesgos y las consecuencias de las complicaciones que conlleva el no mantener un adecuado balance entre el bienestar personal y social con un enfoque desde el punto de vista de enfermería.

Por otra parte aunque se obtuvieron resultados positivos en cuanto a la disminución del índice de masa corporal y tensión arterial, el objetivo de este estudio no fue dirigido a demostrar si la intervención educativa lograba un impacto directo en el control tanto del peso corporal como de la propia presión arterial; sin embargo el hecho de mejorar en las áreas de autocuidado previamente señaladas por la característica y contenido de las mismas, podría haber tenido un efecto positivo en el mejor control y disminución de dichos componentes; ya que varios estudios como el de Adalberto Jorge Barrón-Rivera, Federico Luis Torreblanca-Roldán y cols, “Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso”, así lo han demostrado que al intervenir en estos y otros factores, se ayuda a mejorar la calidad de vida de las personas de forma general.⁽³⁷⁾

En relación a los objetivos específicos planteados, el que se refiere a determinar el grado de capacidad de autocuidado del grupo de pacientes hipertensos mediante la intervención educativa de enfermería como del grupo control, permitió observar que ambos grupos existió mejoría en el post test ubicándolos en el rango de buena y muy buena capacidad de autocuidado; lo que marco diferencia en el grupo experimental respecto al control en gran medida fue a la intervención educativa y participación adicional del personal de enfermería que fortaleció el ritmo de trabajo que venía haciendo el personal de salud en cuanto a orientación y educación del paciente por los grupos de ayuda mutua, sesiones oportunidades y consulta médica. Lo que se ve reflejado en la diferencia de resultados entre ambos grupos.

Otro de los objetivos específicos fue identificar la diferencia de avance de capacidad de autocuidado adquirido en el grupo de pacientes hipertensos



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

intervenidos; para ello se tuvo que evitar el sesgo de ambos grupos de percibir la evaluación posterior como un mecanismo de mejora o aprobación, para la validación de su participación en el proyecto como en algún otro grupo o intervención del centro de salud. Por lo que se les expuso y continuo recalcándoles como al inicio de la evaluación basal, de la importancia de la veracidad de las respuestas para fin de poder identificar y atender las áreas de oportunidad que los pacientes requirieran en el ámbito local; lo que permitió posteriormente establecer el análisis comparativo entre ambos grupos obteniendo una diferencia significativa entre el grupo experimental y control, lo que acepta nuestra hipótesis de que los pacientes con hipertensión arterial que reciben apoyo educativo del personal de enfermería para el cuidado de su enfermedad, mejoran su capacidades de autocuidado.

Por otro lado algunas de las facilidades en la operatividad de la intervención fueron tanto la disposición del personal de la unidad así como de la propia población, reconociendo la actitud positiva de ambos hacia la búsqueda de mejoras en la salud individual y colectiva en su localidad; las personas que conformaron los grupos tanto de control como experimental, no expresaron ningún conflicto entre ellas al seleccionarse los grupos y durante el desarrollo de la intervención. También se conto con la facilidad de disponer de un espacio físico adecuado, amplio y con buenas condiciones apropiadas de iluminación y ventilación.



CONCLUSIONES

Al establecerse un grupo educativo conformado con pacientes del centro de salud de la localidad de Quesería, con el apoyo y participación de personal de enfermería mediante la utilización de elementos teórico – prácticos, como fueron la teoría de Orem y los planes y cuidados de enfermería, se busco dar respuesta a un problema de salud pública que se había priorizado en la comunidad, y que estuviera enfocado a intervenir en los determinantes de salud como es el estilo de vida, a través del cambio de conductas de las personas desde una enfoque de atención primaria a la salud.

Una buena capacidad de autocuidado es el resultado del comportamiento y las habilidades adquiridas por las personas para la toma de decisiones, que permitan elegir un curso apropiado para su salud. Se conoce que en el autocuidado actúan factores humanos y ambientales que afecten el funcionamiento y desarrollo humano. Por lo que Orem establece que la habilidad para ocuparse del autocuidado se conceptualiza en forma y contenido como una habilidad humana llamada capacidad de agencia de autocuidado; definida como la compleja capacidad desarrollada que permita discernir los factores que deben ser controlados o tratados, decidiendo lo que puede y debería hacerse para regular su propio funcionamiento y desarrollo, por lo que se pretendió utilizar la medición de este concepto mediante una escala predefinida.

Todos los participantes contaban con un diagnóstico de hipertensión arterial y no registraron en su expediente alguna complicación orgánica o funcional, que impidiera su participación plena y consiente en el desarrollo del estudio.

El registrar un aumento en la capacidad de autocuidado de las personas con Hipertensión Arterial, es un dato que muestra que la intervención podría permitir un cambio en el estilo de vida; incidiendo no solo en el comportamiento desde el punto de vista cognitivo, afectivo o conductual de la persona, sino en la



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

relación directa o indirecta entre ésta y otros actores como son los amigos, familiares o el propio personal de salud. Tales resultados favorecen que las personas incluso ya con algún riesgo o daño a la salud presente, puedan no solo mejorar su condición propia sino también incidir en los cambios que esto representa tanto para la familia y la propia comunidad, como lo relacionado al gasto económico y social en el posterior cuidado de las complicaciones o secuelas de aquellas personas que no tuvieron una buena capacidad de autocuidado durante el transcurso de su enfermedad. De nuestra población intervenida aun no se puede aseverar que el aumento de las capacidades de autocuidado detonen en un mejor control y/o hasta disminución de riesgos secundarios en enfermedades ya presentes como la hipertensión arterial, ya que solo se demostró mediante la aplicación del cuestionario de autocuidado una mayor practica de actividades hacia la mejora de la salud; sin embargo es alentador que resultados de parámetros de valoración médica como el Índice de Masa Corporal y Tensión Arterial reporten disminuciones sobre todo en el grupo intervenido, que permitan establecer una posible relación entre un buen autocuidado y un subsecuente control o disminución de riesgos potenciales para la salud de personas con alguna enfermedad.

Al implementar una intervención educativa sobre el autocuidado dirigido a los pacientes hipertensos de un centro de salud, se observaron aspectos positivos en los temas abordados, demostrado mediante el interés y curiosidad sobre los efectos no deseados si no se logra un buen autocuidado, y el cómo a través de la propia persona se puede lograr no dependiendo directamente de agentes externos como el personal de salud o la propia infraestructura disponible. Los grupos tanto control y experimental continuaron con sus reuniones programadas en los Grupos de Ayuda Mutua y Oportunidades, no permaneciendo el grupo homogéneo como pacientes hipertensos por razones de tiempo y disponibilidad de personal de salud; ya que en el centro de salud estaba por sufrir modificaciones con su plantilla de personal pasante de enfermería, entre otros. Sin embargo el que las personas continuaran acudiendo a su grupo de ayuda mutua, les permitió compartir la



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

experiencia y conocimientos adquiridos, lo que sugiere que los pacientes participantes en el estudio percibieron beneficios en su salud al pertenecer a esta intervención.



RECOMENDACIONES.

Es recomendable contar en el centro de salud con personal suficiente de enfermería que permita no solo abordar programas o tareas asignadas de forma rutinaria en la operación diaria de la unidad; sino incluir y abrir espacios hacia intervenciones específicas o generales que vayan más allá de la atención médica del paciente. Es importante también hacer co-participe al personal auxiliar como nutriólogos, psicólogos ante este tipo de intervenciones, ya que permite abrir diferentes canales de comunicación entre los participantes y los sectores involucrados.

Se sugiere que bajo los conocimientos que el propio personal de enfermería demuestra, en coordinación con las estrategias nacionales como los Planes y Cuidados de enfermería, se establezca un programa de actividades que permita desarrollar o abordar diversos temas prioritarios conforme a cada unidad; estableciendo y aprovechando las reuniones periódicas entre diferentes centros de salud de la zona o jurisdicción, ya sea propias o por medio de los comités como el Comité De Calidad y Seguridad del Paciente (COCASEP) para dar a conocer la forma de abordaje de los problemas de la comunidad y sus alternativas de solución.

Considerar los recursos asignados a cada uno de los programas prioritarios de salud, ya que en la aplicación de programas o estrategias de intervención como las de este tipo invariablemente requieren de la factibilidad económica e incluso política de acuerdo a las estrategias estatales o nacionales; esto a fin de mantener de manera más formal la implementación de aquellas intervenciones a realizar, y se le pueda dar continuidad evitando la interrupción de las mismas.

Se busca también evitar los cambios de personal en las unidades medicas en un periodo muy corto de tiempo, ya que ello no permite la continuidad de las intervenciones y el mejor conocimiento de la población.



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

Se requieren de intervenciones con un periodo de aplicación más prolongado a fin de lograr empoderar a la población en aspectos positivos hacia la preservación y búsqueda de su salud. Para este caso, en la capacidad de autocuidado de los pacientes hipertensos fue limitado, por lo que se podría dar continuidad con los personal en formación como los pasantes o adscritos dentro de la unidad ya sea de enfermería, medicina, nutrición, etc. lo que representaría un mayor impacto en la solución de problemas de salud pública si se unen esfuerzos y se aprovechan más los recursos.

Los recursos necesarios para llevar a cabo la intervención no estuvieron del todo disponibles, ya que para la proyección y registro de los valores de los pacientes, se requirió de lo existente dentro de la unidad y del propio investigador, como son principalmente báscula, esfigmomanómetro, estetoscopio, computadora, proyector, entre otros, por lo que podría establecerse una mejor coordinación entre las áreas de enseñanza y los recursos de diversos programas prioritarios de salud para su continuidad o realización.

Por otra parte es primordial el acercamiento del personal de salud con la comunidad antes y durante una intervención de este tipo; para ello es necesario establecer el contacto mediante la identificación de las necesidades de salud de la población, que en este caso se inició con la realización del DIS, lo que mantuvo una relación más cercana con el personal del centro de salud que participo antes y durante la intervención. Durante las sesiones se mantuvo un ambiente de cordialidad y empatía entre todos los participantes.



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

BIBLIOGRAFIA.-

- 1.- Carlos O. Castillo T. Una visión de la salud desde el enfoque salubrista. República Bolivariana de Venezuela, 2008. Valencia Estado Carabobo.
- 2.- Velasco Fuentes Luis Javier. Diagnóstico de Salud del municipio de Cuauhtémoc, Colima. 2010. México.
- 3.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Distribución de población, servicios y vivienda en el estado de Colima. INEGI. Estados Unidos Mexicanos, XII Censo General de Población y Vivienda 2000; Principales Resultados de Localidad. Estimaciones del CONAPO con base al II Conteo de Población y Vivienda 2005. Censo preliminar de población y vivienda 2010. Obtenido. www.inegi.org.mx.
- 4.- Secretaria de Salud. Rendición de Cuentas en Salud 2009. México. Obtenido www.dged.salud.gob.mx
- 5.- Patricia M Kearney, Megan Whelton, Kristi Reynolds, Paul Muntner, Paul K Whelton, Jiang He. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet, 2005; 365:217.23
- 6.- Martín Rosas Peralta, Agustín Lara Esqueda, Gustavo Pastelín Hernández, Oscar Velázquez Monroy, Jesús Martínez Reding, Arturo Méndez Ortiz, José-Antonio Lorenzo Negrete, Catalina Lomelí Estrada, Antonio González Hermsillo, Jaime Herrera Acosta, Roberto Tapia Conyer, Fause Attie. *Re-encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RENAHTA): Consolidación Mexicana de los Factores de Riesgo Cardiovascular. Cohorte Nacional de Seguimiento*. Instituto Nacional de Cardiología, "Ignacio Chávez". Sociedad Mexicana de Cardiología. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica, Secretaría de Salud. Vol. 75 Número 1/Enero-Marzo 2005:96-111
- 7.- Aram V. Chobanian, George L. Bakris, Henry R. Black, William C.ushman, Lee A. Green, Joseph L. Izzo, Jr, Daniel W. Jones, Barry J. Materson, Suzanne Oparil, Jackson T. Wright, Jr, Edward J. Roccella, and the National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. Séptimo Informe del



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

Comité Nacional Conjunto en Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la hipertensión arterial. *Hypertension*. 2003;42: 1206–1252.

8.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Manual de la OMS para la vigilancia paso a paso de accidentes cerebro vasculares de la OMS: estrategia paso a paso de la OMS para la vigilancia de accidentes cerebro vasculares / Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental. 2006. Organización Mundial de la Salud. Obtenido. <http://www.who.int/chp/steps/Stroke/en/>.

9.- Secretaria de Salud, Subsecretaria de Prevención y Promoción de la Salud. Programa de Acción Específico 2007-2012, Riesgo Cardiovascular. 2008. México. Primera Edición.

10.- Simón Barquera, MD, PhD, Ismael Campos-Nonato, MSc, Lucía Hernández-Barrera, MSc,(1) Salvador Villalpando, PhD, César Rodríguez-Gilabert, MD, Ramón Durazo-Arvizú, PhD, Carlos A Aguilar-Salinas, MC. Hypertension in Mexican adults: results from the National Health and Nutrition Survey 2006. Salud pública de México / vol. 52, suplemento 1 de 2010.

11.- Ávila-Burgos L, Cahuana-Hurtado L, González-Domínguez D, Aracena-Genao B, Montañez-Hernández JC, Serván-Mori EE, Rivera- Peña G. Cuentas en diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares y obesidad, México 2006. Ciudad de México/Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2009.

12.- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Colima. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud, 2007.

13.- Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Resultados por entidad federativa, Colima. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública-Secretaría de Salud, 2007.

14.- Secretaria de Salud, Dirección General de Información en Salud. Cubos de Información Dinámica; Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones. Obtenido. <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>, consultada Noviembre 2012.

15.- Urbano Luna Maldonado. Reseña de “La Salud de la Población. Hacia una Nueva Salud Publica” de Julio Frenk. Ciencia Universidad Autónoma de Nuevo León, enero-marzo, año/vol. 2006; IX, numero 001, UANL, México pp.85-86



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

- 16.- Horacio Luis Barragán. "Fundamentos de Salud Pública" – Determinantes de la salud. 2007. Editorial de la Universidad de La Plata. Capitulo 6, pp. 161- 189 ISBN: 978-950-34-0415-7.
- 17.- Misleny Martínez Pérez; Giselda Sanabria Ramos; Rosibel Prieto Silva. Propuesta de dimensiones configurativas de la promoción de salud. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2009; 25(4)138-150.
- 18.- Illich I, Moritz J. Determinantes de salud. México: Planeta; 1984.p.23-9.
- 19.- Diario Oficial de la Federación. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica. Secretaria de Salud. DOF: Obtenida el 31/05/2010. www.dof.gob.mx/normasOficiales
- 20.- Secretaria de Salud. Guía técnica para capacitar al paciente con Hipertensión Arterial. 2002. México. Obtenido. www.salud.gob.mx.
- 21.- Organización Mundial de Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud.1988. Obtenida. <http://www.promocion.salud.gob.mx>
- 22.- Organización Mundial de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo, pruebas para la acción. 2004. ISBN 92 75 325499
- 23.- Tobón Correa O. El autocuidado. Una habilidad para vivir. Hacia la promoción de la salud. 2003. 8 (8): 41- 45. Colombia
- 24.- Ilta Lange, Mila Urrutia, Cecilia Campos, Esther Gallegos, Luz María Herrera, Sonia Jaimovich, Marcela Luarte, Elizabeth Madigan. Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina. Enero 2006. Original en Español. Organización Panamericana de la Salud.
- 25.- A. Martín Zurro, J.F .Cano Pérez. "Atención Primaria" Conceptos, Organización y Práctica Clínica. 2003. Quinta Edición. Elsevier, España. S.A.



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

- 26.- Margarita Pereda Acosta. Explorando la teoría general de enfermería de Orem. 2011. Enfermería Neurológica, Universidad Nacional Autónoma de México. Vol. 10, No. 3: 163-167.
- 27.- Laura Navarrete Cortés, Sara Santiago García. Proceso de Atención de Enfermería aplicado a un agente de cuidados que padece evento cerebro vascular, utilizando la teoría general de Elizabeth Dorothea Orem. 2011. Enfermería Neurológica, Universidad Nacional Autónoma de México. Vol. 10, No. 1: 46-52.
- 28.- Navarro Peña, Y., Castro Salas, M. Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo de comunitario a través del proceso de enfermería. 2010. Universidad de Murcia, Revista electrónica cuatrimestral de enfermería, No.19. Obtenida. www.um.es/eglobal/
- 29.- Diana Marcela Achury, Gloria Judith Sepúlveda, Sandra Mónica Rodríguez. Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial. 2009. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia, Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo - Vol. 11 N° 2: 9-25, julio-diciembre de 2009.
- 30.- Gallegos CE. Validez y confiabilidad de la versión en español de la escala ASA. Desarrollo científico de enfermería. 1998; 6(9):260-4.
- 31.- Medellín-Vélez Beatriz. Desarrollo de capacidades de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2. Revista de Enfermería, Instituto Mexicano Seguro Social 2007; 15 (2): 91-98.
- 32.- Rosa A. Zarate Grajales. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Índex Enfermería, v.13 n.44-45 Granada, primavera/verano 2004. Obtenido <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962004000100009>.
- 33.- Alba Rosa Fernández, Fred Gustavo Manrique-Abril. Efecto de la intervención educativa en la agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso de Boyacá, Colombia, Suramérica. 2010. Ciencia y Enfermería XVI (2): 83-97, 2010.
- 34.- Sánchez Gómez M.B., Gómez Salgado J., Duarte Clementes G., Educación para la salud. Editorial: ENFO Ediciones para FUDEN. 2008.



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

- 35.- Organización Mundial de la Salud (OMS). Nuevos métodos de educación sanitaria en atención primaria de salud. Ginebra, 1983
- 36.- H Sánchez Parejo, M Parejo Martín. Repercusión de la educación grupal en pacientes con hipertensión arterial. 2009. Magòria/Sants de Barcelona, España.
- 37.- Secretaria de Salud, Dirección General de Información en Salud. Cubos de Información Dinámica; Concentrado por unidad médica. Obtenido. <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>, consultada Diciembre 2012.
- 38.- Secretaria de Salud, Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Sistema Nacional de Indicadores de Calidad en Salud (INDICAS). 2012. <http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/>, consultada Noviembre 2012.
- 39.- Adalberto Jorge Barrón-Rivera, M.C., Federico Luis Torreblanca-Roldán, M.C., Landy Isabel Sánchez-Casanova, M.C., Miguel Martínez-Beltrán, M.C. Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. salud pública de méxico / vol.40, no.6, noviembre-diciembre de 1998.



ANEXOS

Anexo 1



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INTERVENCIÓN:



“Evaluación de una Intervención Educativa para mejora del Autocuidado de un grupo de hipertensos, en la localidad de Quesería, Municipio de Cuauhtémoc, Colima”

La Intervención es conducida por el alumno Dr. Luis Javier Velasco Fuentes del Instituto Nacional de Salud Pública.

Objetivo y antecedentes

La Hipertensión Arterial, es un padecimiento crónico degenerativo que impacta de forma importante en las causas de mortalidad por este tipo; ya que al ser un padecimiento que en la mayoría de los casos tiene su origen en múltiples factores, requiere de establecer estrategias de adecuado control y cuidado de las cifras para evitar complicaciones y discapacidades. Con base en ello se han propuesto diversos programas educativos, para mejorar el control y capacidad de autocuidado de los pacientes hipertensos, que les permitan tomar mejores decisiones para su salud.

El objetivo de esta intervención es evaluar la mejora de las capacidades de autocuidado de un grupo de personas que padecen hipertensión, con la implementación de una intervención educativa de enfermería en la localidad de quesería, municipio de Cuauhtémoc durante el periodo Julio-Noviembre 2012.

Procedimiento:

Si acepto participar en este trabajo realizare lo que a continuación se describe:

- 1.- Responderé con veracidad un cuestionario al inicio de la intervención y al finalizar la misma.
- 2.- Asistiré dos veces por semana durante dos semanas a las reuniones de grupo que durará 45 min aproximadamente.
- 3.- Participaré de forma libre y activa durante el desarrollo de las reuniones de grupo.

Beneficios:

Es probable que no se produzca un beneficio tangible para mí por participar en la intervención, sin embargo es posible que conozca y practique de una mejor manera el autocuidado de mi hipertensión arterial, para contribuir a su control.



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

Los materiales e insumos utilizados no tendrán ningún costo para mí, así como tampoco la asistencia e uso de las instalaciones para fines de la intervención.

Riesgos:

Mi participación en esta intervención no implica ningún riesgo para mi persona ni física ni mental.

Confidencialidad:

Los resultados de los cuestionarios que me sean aplicados se discutirán conmigo. La información que se genere producto de la evaluación de la intervención será confidencial y usada con fines de análisis y difusión académica e institucional. Mi identidad será mantenida confidencial en la medida que la ley lo permita.

Preguntas:

El responsable de la intervención me ha informado y discutido conmigo el contenido de la misma, y se ha ofrecido a responder las dudas o preguntas que se genere en cualquier momento, o ponerme en contacto con él.

Derecho a Retiro o Abandono Voluntario:

Mi participación en la intervención es totalmente voluntaria y gratuita, y tengo la libertad de retirarme o abandonar en cualquier momento, sin ninguna repercusión hacia mi persona en la atención de mis problemas de salud en la unidad médica.

CONSENTIMIENTO

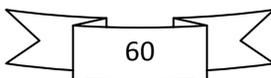
Aporto mi Consentimiento para participar en esta intervención. He recibido una copia de este impreso y he tenido la oportunidad de leerlo y/o que se me explique el contenido.

Nombre y firma del Participante

Nombre y firma del Responsable
Proyecto

Fecha: _____

Luis Javier Velasco Fuentes





INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

Anexo 2

CARTA DESCRIPTIVA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

TEMA NO.1						
LA ALIMENTACIÓN, ACTIVIDAD FÍSICA Y PREVENCIÓN DE RIESGOS EN EL AUTOCUIDADO DE LA HIPERTENSIÓN						
SESION / FECHA	OBEJTIVO DE LA SESION	CONTENIDO TEMATICO	COMPETENCIAS A DESARROLLAR	TECNICA Y AUXILIARES DIDACTICOS	EVALUACIÓN	RESPONSABLE
1.Sesión	Identificar en las dimensiones no farmacológicas (alimentación, actividad física) y prevención e intervención de riesgos, la importancia de las acciones de auto cuidado para un mejor control de la hipertensión arterial	Alcance de la alimentación, actividad física y prevención de riesgos en el auto cuidado de la hipertensión arterial	1.- Incentivar el proceso de comprensión de las acciones no farmacológicas y de prevención en el auto cuidado de la hipertensión arterial. 2.-Promover mediante el uso de la medicina basada en evidencia por el personal de enfermería, la construcción y aplicación de competencias de autocuidado por parte de los usuarios.	Fase grupal (Taller): 1. Exposición audiovisual del (los) Coordinador (es), de los componentes de la Temática. 2 Análisis grupal en tipo mesa redonda, la alimentación, actividad física y prevención de riesgo en el autocuidado de hipertensión. 3 Conclusiones y puntos relevantes escritos en pintarron / rota folio del tema expuesto.	Sesión de Preguntas y/o Comentarios abiertos.	Coordinador del Proyecto. Lic. en Enfermería del Centro de Salud Quesería.
TEMA NO.2						
LA INTERACCIÓN CON LAS INSTITUCIONES DE SALUD Y GRUPOS SOCIALES EN EL AUTOCUIDADO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL						
2.Sesión	Identificar en las dimensiones interacciones con las instituciones de salud y grupos sociales, el rol participativo en el auto cuidado de la hipertensión arterial	Alcance de la interacción con las instituciones de salud y grupos sociales en el auto cuidado de la hipertensión arterial	1.- Incentivar el discernimiento de la interacción con las instituciones de salud y grupos sociales para el auto cuidado de la hipertensión arterial. 2.-Promover mediante la participación del personal de enfermería, la construcción y aplicación de atribuciones de autocuidado en las instituciones y grupos sociales por parte de los usuarios.	Fase grupal (Taller): 1. Exposición audiovisual del (los) Coordinador (es), de los componentes de la Temática. 2 Análisis grupal en tipo mesa redonda, la interacción con las instituciones de salud y grupos sociales en el autocuidado de hipertensión. 3 Conclusiones y puntos relevantes escritos en pintarron / rota folio del tema expuesto.	Sesión de Preguntas y/o Comentarios abiertos.	Coordinador del Proyecto. Lic. en Enfermería del Centro de Salud Quesería.



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

TEMA NO.3 RETROALIMENTACIÓN DE LOS PUNTOS RELEVANTES DEL TEMA 1						
SESION / FECHA	OBEJTIVO DE LA SESION	CONTENIDO TEMATICO	COMPETENCIAS A DESARROLLAR	TECNICA Y AUXILIARES DIDACTICOS	EVALUACIÓN	RESPONSABLE
3.Sesión	Consolidar la construcción y práctica del conocimiento adquirido, sobre el autocuidado de la alimentación saludable, actividad física adecuada y prevención e intervención de riesgos en la hipertensión arterial.	“La Alimentación, Actividad física y prevención de riesgos”; puntos importantes que me ayudan al autocuidado en la hipertensión arterial	1.- Incentivar el aprendizaje y aplicación de experiencias y conocimientos adquiridos en alimentación, actividad física y prevención de riesgo, el auto cuidado de la hipertensión arterial.	Fase grupal (Taller): 1. Exposición visual y análisis grupal de los puntos relevantes de alimentación, actividad física y prevención de riesgos de la sesión no. 1 para el autocuidado de la hipertensión. 2 Entrega a los participantes de un documento escrito, con los puntos tratados en la sesión.	Sesión de Preguntas y/o Comentarios abiertos.	Coordinador del Proyecto. Lic. en Enfermería del Centro de Salud Quesería.
TEMA NO.4 RETROALIMENTACIÓN DE LOS PUNTOS RELEVANTES DEL TEMA 2						
3.Sesión	Consolidar la construcción y práctica del conocimiento adquirido para el autocuidado, mediante la interacción con las instituciones de salud y grupos sociales en la hipertensión arterial.	“La interacción con las instituciones de salud y grupos sociales”; puntos importantes que me ayudan al autocuidado en la hipertensión arterial	1.- Incentivar el aprendizaje y aplicación de experiencias y conocimientos adquiridos en la interacción con las instituciones de salud y grupos sociales, para el auto cuidado de la hipertensión arterial.	Fase grupal (Taller): 1. Exposición visual y análisis grupal de los puntos relevantes de la interacción con las instituciones de salud y grupos sociales de la sesión no. 2, para el autocuidado de la hipertensión. 2 Entrega a los participantes de un documento escrito, con los puntos tratados en la sesión.	Sesión de Preguntas y/o Comentarios abiertos.	Coordinador del Proyecto. Lic. en Enfermería del Centro de Salud Quesería.



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

Anexo 3



**ESCALA DE APRECIACIÓN DE CAPACIDAD DE AGENCIA DE
AUTOCUIDADO**



(A.S.A)

Fecha de Aplicación:_____

Registro no._____

**“Evaluación de una Intervención Educativa para mejora del Autocuidado de
un grupo de hipertensos, en la localidad de Quesería, Municipio de
Cuauhtémoc, Colima”**

**Nombre del
Participante:**_____



Marque con una X en el recuadro que considere corresponda a su respuesta

Escala de apreciación de Capacidad de Agencia de Autocuidado (A.S.A)				
ITEM AFIRMACION	RESPUESTA			
1. A medida que cambien las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Reviso si las formas que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Yo puedo buscar mejores formas para cuidar mi salud que las que tengo ahora.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día, pero no llego a hacerlo	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
14. Cuando obtengo información sobre mi salud, pido explicaciones sobre lo que no entiendo	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
19. Soy capaz de evaluar que tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
23. Puedo sacar tiempo para mí	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.	NUNCA	CASI NUNCA	CASI SIEMPRE	SIEMPRE

Elaborado por: Isemberg, Evers and cols.
Traducido al español por: Esther Gallegos



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA



Anexo 4



**CUESTIONARIO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO
Y ANTROPOMÉTRICO**

PROYECTO:

“Evaluación de una Intervención Educativa para mejora del Autocuidado de un grupo de hipertensos, en la localidad de Quesería, Municipio de Cuauhtémoc, Colima”

MARZO 2013



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA



Conteste y marque con una X la respuesta que se le solicita en cada pregunta.

1. **Nombre:** _____

 2. **Edad:** _____ años cumplidos.

 3. **Género:** _____ Femenino _____ Masculino

 4. **Estado Civil:** _____ Soltero(a) _____ Casado(a) _____ Viudo(a)
_____ Divorciado(a) _____ Unión libre _____ Separado(a)

 5. **Ocupación:** _____ Estudiante _____ Empleado _____ Hogar _____ Jubilado
_____ Desempleado.

 6. **Escolaridad:** _____ Ninguna _____ Primaria _____ Secundaria
_____ Bachillerato _____ Profesional _____ Posgrado.
- Conforme a su última cita médica o registro de cartilla de salud, anote los datos que a continuación se solicitan.*
7. **Peso:** _____ kg.

 8. **Estatura:** _____ cm.

 9. **Índice de Masa Corporal (IMC):** _____

 10. **Presión Arterial:** _____ mm/hg



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

Anexo 5

ETIQUETAS: Identificar a los Participantes

Hola, Mi Nombre es	Hola, Mi Nombre es
Hola, Mi Nombre es	Hola, Mi Nombre es



Anexo 6



**EL CENTRO DE SALUD QUESERÍA OTORGA EL
PRESENTE
RECONOCIMIENTO**

A: _____

Por su valiosa participación en la intervención:

**“Evaluación de una Intervención Educativa para mejora del
Autocuidado de un grupo de hipertensos”**

Quesería, Cuauhtémoc, Colima a ___ de _____ de 2013

EL Coordinador del Proyecto

El Director del Centro de Salud

Anexo 7

Firma de Consentimiento



Evaluación Pre- Test



Evaluación Post- Test





INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

Anexo 8

Cronograma de Actividades.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.- Anexo no. 1 MSPS-COL 01/12

El siguiente cronograma, describe las 4 Etapas que se reprogramaron para la realización de la intervención educativa concluyendo en Junio del 2013						
ACTIVIDADES	2013					
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
1a Etapa						
Presentación y Coordinación ante Autoridades Jurisdiccionales y de la localidad para realización del proyecto.						
2a Etapa.						
Identificación de usuarios candidatos a participar en el proyecto.						
Reclutamiento de la población participante.						
3a Etapa.						
Aplicación pre test de la Escala de Auto cuidado.						
Procesamiento y análisis de la información.						
Intervención Educativa.						
Procesamiento y análisis de la Intervención						
4a Etapa						
Aplicación post test						
Análisis y proceso de la información.						
Presentación de resultados ante autoridades del INSP y la localidad.						

Anexo 9

PRESUPUESTO PROYECTO INTERVENCIÓN QUESERÍA, CUAUHTÉMOC.			
DESCRIPCION	CANTIDAD	PRECIO UNITARIO	TOTAL
Gasolina (litros)	80	11,50	\$ 920,00
Copia del Cuestionario	45	0,50	\$ 22,50
Hojas blancas (paquete)	1	35,00	\$ 35,00
Lápiz No.2	45	1,50	\$ 67,50
Goma blanca	40	1,00	\$ 40,00
Sacapuntas	10	1,50	\$ 15,00
Laptop	1	NA	\$ -
Impresora	1	NA	\$ -
Tóner	1	NA	\$ -
Cámara fotográfica	1	NA	\$ -
Paquetes estadísticos (STATA)	1	NA	\$ -
Engrapadora	1	NA	\$ -
Quita grapas	1	NA	\$ -
Grapas	1	NA	\$ -
Clips	1	NA	\$ -
Cafetería	1	150,00	\$ 150,00
TOTAL			\$ 1.250,00
Quesería, Cuauhtémoc, Colima.			
NA= No Aplica, fueron otorgados por la Jurisdicción Sanitaria no. 1			



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

GLOSARIO:

Autocuidado: Son las practicas que realizan los usuarios para mantener la salud conociendo y esforzarse por comprender el significado de un suceso en la vida, centrándose para adquirir significado y comprensión directa, relacionada con la gestión del cuidado de enfermería en el autocuidado.

Intervención en Déficit de Autocuidado: Es ayudar al individuo o usuario al llevar acabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y bienestar.

Estilo de Vida: Es un conjunto de comportamientos o actitudes que desarrollan las personas, que a veces son saludables y otras veces son nocivas para la salud.

Salud: Es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y enfermedades.

Sistema de enfermería: Prestar ayuda a las personas que presentan privaciones o déficit, es tratar de controlar o regular el propio funcionamiento y desarrollo para decidir lo que puede y debería hacer para mantener la salud.

Hipertensión Arterial: A la fuerza hidrostática de la sangre sobre las paredes arteriales, que resulta de la función de bombeo del corazón, volumen sanguíneo, resistencia de las arterias al flujo, y diámetro del lecho arterial, manifestada en milímetros de mercurio.