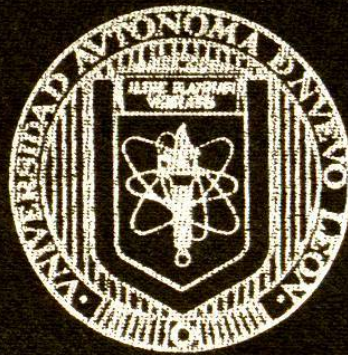


UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION



ESTADO DE SALUD Y AUTOCUIDADO EN ADULTOS

EXPUESTOS A ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Por

LIC. JORGE ARTURO ZAMORA VIQUEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de

MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

Con Enfasis en Salud Comunitaria

NOVIEMBRE 2000

TM

RA645

.C34

Z3

2000

c.1



1080111918

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION



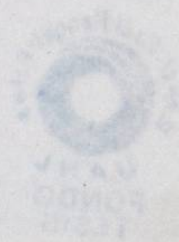
**ESTADO DE SALUD Y AUTOCUIDADO EN ADULTOS
EXPUESTOS A ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR**

Por

LIC. JORGE ARTURO ZAMORA VIQUEZ

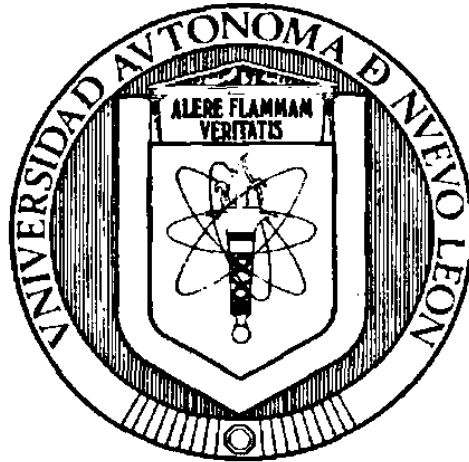
**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con Enfasis en Salud Comunitaria**

NOVIEMBRE 2000





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ESTADO DE SALUD Y AUTOCUIDADO EN ADULTOS EXPUESTOS A
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

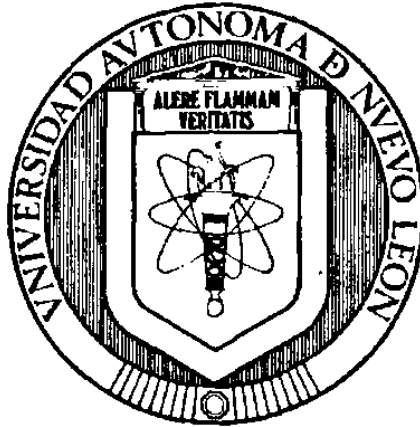
POR

LIC. JORGE ARTURO ZAMORA VÍQUEZ

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

NOVIEMBRE DE 2000

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ESTADO DE SALUD Y AUTOCUIDADO EN ADULTOS EXPUESTOS A
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

POR

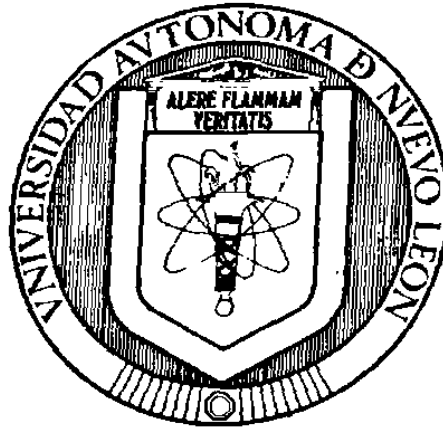
LIC. JORGE ARTURO ZAMORA VÍQUEZ

Director de tesis
ESTHER C GALLEGOS. PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Enfoque en Salud Comunitaria

NOVIEMBRE DE 2000

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DIVISIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ESTADO DE SALUD Y AUTOCUIDADO EN ADULTOS EXPUESTOS A
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

POR

LIC. JORGE ARTURO ZAMORA VIQUEZ

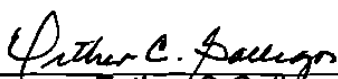
Asesor estadístico
MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA. PHD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRÍA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

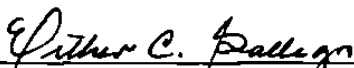
NOVIEMBRE DE 2000

ESTADO DE SALUD Y AUTOCUIDADO EN ADULTOS EXPUESTOS A
ENFERMEDAD CARDIOASCULAR

Aprobación de la tesis



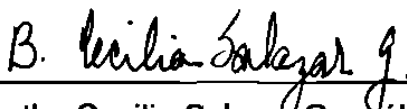
Esther C Gallegos. PhD
Director de Tesis



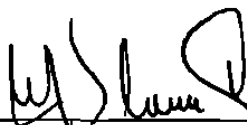
Esther C Gallegos. PhD
Presidente



M.E. Velia Margarita Cárdenas Villarreal
Secretario



Bertha Cecilia Salazar González. PhD
Vocal



MSP. Magdalena Alonso Castillo
Subdirectora de Posgrado e Investigación

DEDICATORIA

A Dios padre, por darme por su amor incondicional, por enseñarme que el oro se pule en el fuego, por regalarme los dones de la humildad, paciencia y perseverancia, dones fundamentales para lograr esta meta. Tu sabes que te amo, pero aumenta mi amor y mi fe en ti.

A Luz América, por su amor y amistad incondicional; logramos el sueño y este triunfo también es tuyo. Perdón por la ausencia, por la soledad y no estar presente cuando me necesitaste; sabes que te amo y siempre tendrás un lugar en mi corazón. Extiendo mi cariño a Silvia, Oscar, Ricardito y Susan.

A Doña Lilly y a Don Edwin mis ángeles de la guardia. Por su apoyo antes y durante mi proceso de aprendizaje; se que esta meta no hubiera sido posible sin su valiosa ayuda. Que Dios les bendiga siempre, Los amo.

A Luis, Beatriz y los niños por su cariño hacia mi persona.

A mis padres Tobías Zamora Ureña Y Nelly Víquez Hernández, por enseñarme el valor del trabajo y la constancia para cumplir mis metas; a mis hermanos y mis sobrinos por su amor incondicional; no paso un día en este país que no pensara en ustedes. Le doy gracias a Dios por ser mi familia y por amarme como lo hacen, este triunfo se los dedico con todo mi corazón

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a la Lic. Magdalena Alonso Castillo, MSP y al Lic. Lucio Rodríguez Aguilar MSP, primero por ser mis maestros y luego mis amigos. Gracias por creer en mí y darme la oportunidad de concluir satisfactoriamente esta meta. Definitivamente siempre serán un modelo a seguir en mi camino y en Costa Rica, siempre serán bienvenidos.

A mi asesora Esther C Gallegos PhD, por su acertada asesoría; gracias por sus sabios consejos y su paciencia demostrada durante mi proceso de aprendizaje.

A la Lic. Anita Castillo y a su esposo Victor Treviño por su sincera amistad y su apoyo incondicional. La palabra gracias es pequeña comparada con su nobleza. Gracias por tener siempre las puertas de tu oficina y tu corazón abiertas para escucharme las múltiples veces que lo necesite. Gracias por ser una familia para mí, en mi corazón siempre estarán presentes.

A la Lic. María Guadalupe Martínez de Dávila, Directora de la Facultad de Enfermería por su apoyo incondicional. Gracias por comprenderme y brindarme su ayuda solidaria en todo momento. Gracias por enseñarme que los buenos ejemplos dicen más que las palabras.

A Marco Vinicio Gómez Meza PhD, por su amistad, paciencia, apoyo estadístico y sugerencias durante el desarrollo de esta investigación.

A Bertha Cecilia Salazar PhD y Velia Margarita Cárdenas ME, mis maestras de metodología de la investigación,. Gracias por sus sabios consejos y por estar pendientes de mi proceso de aprendizaje.

A la Lic. Santiago Esparza Almanza MCE, gracias por su apoyo estadístico y su invaluable amistad. Que Dios te bendiga siempre.

A la Lic. María de los Angeles Paz , ME por su ayuda incondicional durante la realización de los trámites con las autoridades del estado para esta investigación. Gracias por ofrecerme su amistad, por su generosidad y sus palabras de aliento. Quiero decirle que siempre tendrá un lugar en mi corazón.

A Nidia, Silvia, Anel, Maribel y Lupita secretarias del Departamento de Posgrado. Muchas gracias por su apoyo y facilidades otorgadas a mi persona.

Al Gobierno Mexicano por otorgarme las facilidades para realizar mis estudios de Maestría en Ciencias de Enfermería con énfasis en Salud Comunitaria en su país, específicamente en la Universidad Autónoma de Nuevo León, en Monterrey

A la Lic. María Angela Camacho del Departamento de becas de Relaciones Exteriores en México, por su apoyo, paciencia y asesoría durante mi estancia en este país.

A la Lic. Daisy Solís del Instituto Mexicano de Cooperación Internacional en Costa Rica por regalarme la oportunidad de vivir esta maravillosa experiencia. Gracias por depositar su confianza en mi persona.

Al Hospital México institución donde laboro, en especial a la Lic. Silvia Beirute Directora de Enfermería y a la subdirectora, señora Flory Blanco, por su apoyo durante la realización de esta maestría. Muchas gracias y que Dios les bendiga siempre.

A todos los maestros de la Facultad de Enfermería de La Universidad Autónoma de Nuevo León, que de una u otra forma tuvieron que ver con mi desarrollo profesional, muchas gracias la oportunidad que me dieron de incorporar nuevos conocimientos y la paciencia que me demostraron durante este proceso.

A mi amiga, Lic. Nora Nelly Oliva Rodríguez y familia por regalarme su amistad. Gracias por su paciencia y apoyo incondicional, por regalarme una familia y consolidarte en los buenos y malos momentos conmigo. No necesito decirte que te quiero por que esta de más. Que Dios te bendiga siempre, chaparrita.

A mi amiga María Inés Peña Mijangos MCE, por sus consejos y todos los momentos que compartimos. Sabes que ocupas un lugar especial en mi corazón y te espero en Costa Rica.

Al Lic. Francisco Cadena Santos ME, gracias por darme el apoyo de un hermano en este país, por brindarme su familia y apoyo incondicional. Sabes que siempre serás mi amigo.

A la Lic. Jacinta Mata Castillo por su amistad y apoyo durante mi proceso de estudio.

A la Dra. Sandra Govea del Centro de Salud de la comunidad de Insurgentes en el municipio de Guadalupe. Gracias por todas las facilidades otorgadas para el desarrollo de este trabajo.

A todos los personas que participaron en esta investigación muchas gracias por depositar su confianza en mí. Gracias por hacer posible esta meta.

A mis compañeros de maestría que compartieron conmigo en algún momento. A Margarita, Manuel, Edith, Francis, Juan Carlos, Karina, Graciela, Chayo, Oralia, Muchas gracias.

Al personal de la biblioteca de la Facultad de Enfermería por todas las facilidades prestadas durante mi proceso de formación. A Laurita, la Señora, Gustavo, Marla, Irma y Miguel, muchas gracias.

A todas las personas que de una u otra forma contribuyeron para hacer posible la realización de esta investigación y que por motivos ajenos a mi voluntad ahora olvido, Muchas gracias.

TABLA DE CONTENIDO

Contenido	Página
I INTRODUCCIÓN	01
1.1 Planteamiento del Problema	02
1.2 Marco Teórico	04
1.3 Definición de Términos	08
1.4 Estudios Relacionados	09
1.5 Hipótesis	14
II METODOLOGÍA	15
2.1 Diseño del Estudio	15
2.2 Población	15
2.3 Muestra	15
2.4 Plan de Muestreo	16
2.5 Criterios de Inclusión	16
2.6 Instrumentos	17
2.7 Procedimientos de Recolección de la Información	19
2.8 Definición de Parámetros para Concluir sobre la Normalidad o Anormalidad de las Variables Clínicas	21
2.9 Estrategias de Análisis de Datos	23
2.10 Ética del Estudio	24
III RESULTADOS	26
3.1 Confiabilidad de los Instrumentos	26
3.2 Datos Descriptivos de los Factores Condicionantes Básicos	27
3.3 Variables de Tipo Clínico	27
3.4 Datos Descriptivos de las Acciones de Autocuidado	31
3.5 Correlación entre las variables de estudio	32
3.6 Estadísticas inferenciales sobre verificación de Hipótesis	32

IV	DISCUSIÓN	35
4.1	Conclusiones	38
4.2	Recomendaciones	38
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
	APENDICES	43
1	Marco Conceptual para la Enfermería de Orem	44
2	Estructura Conceptual, Teórica, Empírica	45
3	Consentimiento Informado	46
4	Técnicas para Medir las Variables Antropométricas	47

LISTA DE TABLAS

Tabla		Página
1	Criterio de para Categorizar Obesidad en Adultos	21
2	Nivel de Riesgo Según Cifras de Colesterol Total	21
3	Criterios para Clasificar la Presión Arterial en Adultos Mayores de 18 Años	22
4	Prueba de Normalidad para las Variables Continuas del Estudio	24
5	Alfa de Cronbach de los Instrumentos	26
6	Percepción del Estado de Salud por Sexo	27
7	Peso y Talla por Sexo y Muestra Total	28
8	Estadísticas Descriptivas del IMC Según Cuatro Categorías	28
9	Proporción de Sujetos que Manifestaron ECV y Padecimientos Predisponentes	30
10	Proporción de Sujetos que Manifestaron Antecedentes Familiares de ECV y Padecimientos Predisponentes	31
11	Frecuencia y Porcentaje en que se Evitan o Practican las Conductas de Interés	31
12	Correlación Bivariada entre las Variables de Estudio	32
13	Efecto de las Variables Independientes sobre las Acciones de Autocuidado	33
14	Resultados de la Prueba U de Mann Withney	34

LISTA DE FIGURAS

Figura		Página
1	Relación entre los Conceptos: Acciones de Autocuidado y FCBs	8
2	Patrón de Comportamiento de dos Mediciones de Presión Arterial Sistólica y Diastólica por Edad	29
3	Cifras de Colesterol Sanguíneo por Edad y Sexo	29

RESUMEN

Jorge Arturo Zamora Víquez
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Noviembre 2000

Título del Estudio: ESTADO DE SALUD Y AUTOCUIDADO EN ADULTOS
EXPUESTOS A ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.

Número de Páginas: 49

Candidato para obtener el
Grado de Maestría en
Ciencias de Enfermería

A pesar de que las investigaciones han demostrado que la obesidad, la hipercolesterolemia, el sedentarismo, y el consumo de sustancias estimulantes como el alcohol, café y tabaco son factores de riesgo para sufrir enfermedades cardiovasculares, la población persiste en alimentarse y conducirse en formas que arriesgan la salud. El propósito de esta investigación fue explorar el efecto del estado de salud percibido y clínico, así como el sexo, sobre conductas de autocuidado dirigidas a disminuir factores de riesgo de ECV, en población adulta aparentemente sana.

El estudio fue descriptivo correlacional, estudiando una muestra de 107 adultos, de ambos sexos, entre 20 y 60 años, domiciliados en una colonia clasificada en el estrato socioeconómico bajo. La información se recolectó por medio de tres cuestionarios y por mediciones de peso, talla, presión arterial y colesterol total.

Los resultados permiten concluir que a) la percepción del estado de salud influye en forma significativa y positiva para evitar el consumo de tabaco, café y alcohol, así como la disminución de conductas sedentarias ($R^2 = .06$; $p \leq .05$); b) las mujeres obtuvieron puntajes más altos en las conductas de cuidado a su salud, que los hombres (Med 75.2 y 63.6 respectivamente; $p = .03$). Fue importante además constatar que hay un alto porcentaje de consumo de tabaco (61%), alcohol (78%) y café (80%) en la población abierta de ambos sexos. Estos hallazgos tienen repercusiones relevantes para la práctica de enfermería que se ocupa de promover la salud en la población.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS

Jorge Arturo Zamora Víquez

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) son endémicas y plantean un grave problema de salud pública en los países en desarrollo (Pinzón y Jojoa, 1998). En América Latina se estima que el 25 por ciento de la mortalidad general es por ECV (Bertrand, 1997); en México y en el estado de Nuevo León las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar de mortalidad general (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 1997).

Las investigaciones refieren que la prevalencia de factores de riesgo para ECV en la población adulta aparentemente sana es relativamente alta. A nivel general la obesidad se ha encontrado hasta en un 60 por ciento en mujeres y un 48 por ciento en hombres. En las diferentes poblaciones de los estudios revisados la hipertensión se reportó con un mínimo de nueve por ciento y un máximo de 15 por ciento; el tabaquismo entre 33 y 71 por ciento; diabetes mellitus entre 6 y 13 por ciento y la hipercolesterolemia entre 12 y 17 por ciento. Se ha observado también que a mayor edad la prevalencia de factores de riesgo es más alta (González y Stern, 1993; Fanghänel, Sánchez, Arellano, Váldez, Chavira, y Rascón, 1997; González, Martínez, Arredondo, González, Rivera y Stern, 1996). Estudios sobre factores de riesgo de ECV informan de asociaciones significativas entre factores genéticos como las medidas de

cintura cadera; clínicas como la hipertensión arterial y cifras de colesterol; y conductuales como el consumo de tabaco, alcohol y café (Solorio, Badui, Yañez, Contreras, Velázquez y Verduzco, 1996; Fanghanél y Cols.1997; Gónzales y Cols.1996; Macdonals, Sawatsky, Wilson & Laing,1991).

1.1 Planteamiento del Problema

El interés por el problema de investigación se origina en la práctica. La experiencia muestra que algunos hábitos como el tabaquismo, alcoholismo y consumo desordenado de alimentos ricos en grasa pueden afectar negativamente la salud de las personas; la práctica de estos hábitos se da con mayor frecuencia en las áreas urbanas donde se ha desarrollado un estilo de vida nociva a la salud integral de los individuos. En particular esto se observa en la población de nivel socioeconómico medio bajo y bajo, debido a las limitaciones impuestas por su medio ambiente inmediato caracterizado por espacios reducidos, inseguridad, bajo nivel educativo y escaso ingreso económico (Cabezú, Iriarte, Gandarias y Bajón, 1994). En este contexto la prevención específica de comportamientos nocivos a la salud y la promoción de formas saludables de vida son importantes; y además constituyen objetivos centrales del cuidado de enfermería (Cockerham, Kunz & Lueschen, 1988; Orem,1993).

El fenómeno de interés para está investigación lo constituye las acciones de cuidado a la salud que las personas adultas llevan a cabo para disminuir el riesgo de ECV. En este caso las acciones deseables consisten en evitar el tabaquismo, el consumo del alcohol y café, y el sedentarismo sugerido por el nivel de actividad física. Las acciones deliberadas de rehuir el consumo de las

sustancias mencionadas y de modificar la conducta sedentaria se convierten en acciones de autocuidado en el contexto de la teoría de rango medio del autocuidado (TAC) de Orem (1993).

Según Orem, el autocuidado son acciones que el individuo dirige hacia sí mismo en circunstancias y momentos determinados, buscando satisfacer ciertos requisitos que le lleven a promover un nivel óptimo de su funcionamiento y desarrollo. La teorista sostiene que el autocuidado es autodirigido, autoiniciado y autocontrolado y persigue un fin específico que lleva al individuo a reflexionar, valorar y tomar decisiones en favor de su salud. El autocuidado en cuanto al tipo y cantidad es influenciado por factores del medio externo y del propio individuo. Estos factores se denominan factores condicionantes básicos (FCBs) dentro de la teoría.

La pregunta de investigación se formula en el contexto de la teoría del autocuidado: ¿Qué efecto tiene el estado de salud y el sexo en la práctica de acciones de autocuidado que disminuyen el riesgo de enfermedad cardiovascular, en población adulta aparentemente sana?

La presente investigación se considera importante por contribuir a la verificación empírica de dos conceptos interrelacionados de la teoría de enfermería del autocuidado. De acuerdo al método el estudio fue descriptivo y correlacional (Polit y Hungler, 1997).

Las limitaciones de este estudio tuvieron que ver con aspectos metodológicos, ya que una sola medición de las acciones de autocuidado recoge la perspectiva de los individuos en un punto específico de tiempo, y tales acciones generalmente son patrones conductuales que se estructuran por prácticas en un período largo de tiempo. Otra limitante es que los resultados de este estudio solo se podrán generalizar a la población de donde se extrajo la muestra.

1.2. Marco Teórico

La presente investigación se contextualiza en la TAC que es parte constituyente de la Teoría General del Déficit de Autocuidado (TGDAC) de Orem (1993). Con el fin de obtener una comprensión del marco general de la teoría del autocuidado, se hace un breve resumen de la TGDAC, seguido de una descripción más amplia de la TAC la cual constituye la base teórica del trabajo.

La TGDA explica bajo que condiciones los individuos requieren la intervención profesional de enfermería. Esta explicación la hace a través de los siguientes conceptos: a) Capacidades de autocuidado, b) acciones de autocuidado, c) demanda de autocuidado terapéutico, d) agencia de enfermería y e) déficit de autocuidado.

La autora refiere que las acciones de autocuidado están dirigidas a mantener o mejorar el estado de salud y requieren capacidades especializadas. Tanto las capacidades como las acciones se aprenden y desarrollan a lo largo de la vida de las personas. El conjunto de acciones de autocuidado que se deben llevar a cabo en un determinado tiempo y circunstancias, se denomina demanda de autocuidado terapéutico. Cuando por razones diversas, la situación de la persona cambia, se hace necesario desarrollar diferentes acciones de autocuidado y es posible que la persona pueda realizarlas, o que no tenga las capacidades para ello. Cuando la demanda excede las capacidades de autocuidado (CAC) del individuo, se dice que existe un déficit de autocuidado y que requiere de la intervención de la enfermera, quién con su capacidad le asiste. Tanto las variables que describen al paciente: Capacidades, acciones, demanda, déficit, como la que corresponde a las

enfermeras: En este caso la agencia de enfermería, se ve afectada por una diversidad de factores denominados factores condicionantes básicos.

Estos factores se agrupan en forma natural como factores que (a) describen al individuo, (b) asocian al individuo con su familia, y (c) sitúan a los individuos en un medio social determinado. Orem (1993), define los FCBs como condiciones internas y externas al individuo que tienen temporalidad y ubicación afectando las capacidades y las acciones de autocuidado por medio de modificar los tipos y formas de los requisitos de autocuidado. La relación entre estos conceptos se aprecia en el esquema "Marco Conceptual para la Enfermería" (Apéndice 1).

La TGDA se compone de tres teorías de rango medio: La del autocuidado, déficit de autocuidado y agencia de enfermería. Para esta investigación, como se dijo anteriormente, se toma la teoría del autocuidado. Orem (1993) plantea que el autocuidado consiste en una serie de acciones que realizadas por individuos maduros o en proceso de maduración, tienen como fin último contribuir a su bienestar, al automantenimiento, a darle continuidad a la vida y a mantener el mejor estado de salud posible. El autocuidado implica la ejecución de acciones dirigidas al propio individuo o al medio donde éste se encuentra en un momento determinado (temporalidad y espacio); tales acciones son aprendidas y en su realización se gastan recursos de diversa índole y energía.

El objetivo de las acciones de autocuidado es satisfacer los requisitos de autocuidado, por lo que se dice que el autocuidado tiene forma y contenido. La forma es la acción y el contenido es la razón por la que se ejecuta; es decir la satisfacción de cierto factor que se conoce o se presume tiene la probabilidad de promover o interferir el funcionamiento y desarrollo del individuo. Es necesario que los individuos conozcan los niveles apropiados de funcionalidad y

nivel de desarrollo en todas las esferas. La consecución de un buen funcionamiento y un desarrollo apropiado, conlleva alcanzar el mejor estado de salud posible. En particular para este estudio las acciones de autocuidado se interpretan como evitar de manera consciente conductas nocivas a la salud como alcoholismo, tabaquismo, ingesta de café y sedentarismo.

Como acción deliberada, el autocuidado es autoiniciado, autodirigido y autocontrolado, por lo que el proceso seguido para decidir que acciones llevar a cabo es sistemático implicando reflexión, valoración y toma de decisiones. La teorista sugiere una estructura tridimensional del concepto de autocuidado consistente en operaciones de tipo estimativo, transicionales y productivas.

Las operaciones de tipo estimativo, requieren conocimiento empírico de las condiciones internas y externas de la persona, y conocimiento derivado de las experiencias previas que ayuda a darle significado al evento actual. Este conocimiento se refiere a condiciones que se asocian con su estado de salud o enfermedad, a las características de dichas condiciones, al significado que ellas tienen en su salud o bienestar y a los resultados que tendrá la acción que piensa llevar a cabo, ya sea que le beneficie o le dañe. De las operaciones estimativas se procede a las de tipo transicional, que conectan a las primeras con el tercer grupo de operaciones denominadas productivas. Las operaciones productivas consisten en un curso de acciones específicas que serán llevadas a cabo por los individuos y para lo cual requieren aplicar esfuerzo y recursos. Orem (1993), especifica cinco condiciones esenciales para que dicho esfuerzo lleve a los individuos a satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutico. Estas condiciones son que tenga conocimientos y habilidades específicas, que haya motivación, que demuestre compromiso con su salud o bienestar, que tenga posibilidades de llevar a cabo las acciones, y que posea la energía suficiente y bienestar para persistir en la acción.

Como se dijo anteriormente las acciones tienen como finalidad satisfacer los requisitos de autocuidado. Estos requisitos son de tres tipos: Universales, del desarrollo, y los relacionados con el estado de salud o enfermedad. De particular interés para esta investigación son los requisitos que emergen por practicar estilos de vida que ponen en riesgo la salud e interfieren con el proceso de desarrollo. Es decir que si el individuo tiene conciencia de los efectos producidos por las conductas nocivas que realiza a través del transcurso de su vida, será capaz de llevar acciones de autocuidado dirigidas a evitar prácticas como el tabaquismo, alcoholismo, mala alimentación, sedentarismo e ingesta de café. Por ejemplo, la ingesta de café en exceso es una conducta nociva donde un consumo entre 85 a 250 miligramos de cafeína va a generar una respuesta metabólica con cambios fisiológicos y metabólicos en el organismo de los sujetos normales u obesos según lo establecido por Podoswa y Contreras (1993), y desde el punto fisiológico se convierte en un factor interno negativo a la salud de los individuos.

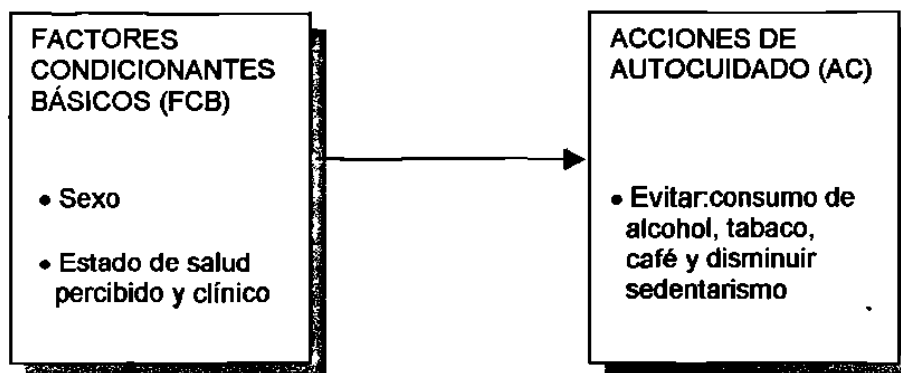
Orem (1993), refiere que existen factores internos y externos al individuo que pueden afectar la manera en que pueda cubrir los requisitos de autocuidado. Estos factores los denomina factores condicionantes básicos, y pueden afectar la forma, desarrollo y capacidades de los individuos para llevar acciones de autocuidado, para cuidar de sí mismos. La edad, el sexo, el estado de desarrollo, el estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema salud, factores del sistema familiar, patrón de vida incluyendo actividades de las que se ocupa habitualmente, factores ambientales y disponibilidad de los recursos, son los citados por la autora como factores condicionantes básicos.

En esta investigación se toman los factores condicionantes básicos de sexo y estado de salud. El estado de salud se operacionalizó en dos dimensiones: (a) La percepción del estado de salud, y (b) el estado de salud

clínico. La percepción del estado de salud del individuo se refiere a los conceptos de funcionamiento físico, funcionamiento del rol, funcionamiento social, salud mental, percepción global del estado de salud y dolor (Stewart, Hayes & Ware, 1988). El estado de salud clínico incluye las medidas antropométricas de peso y talla para construir el índice de masa corporal (IMC); cifras de presión arterial, cifras de colesterol total sanguíneo y antecedentes personales y familiares de ECV.

Las relaciones entre los conceptos acciones de autocuidado y factores condicionantes básicos se fundamenta en la siguiente proposición teórica: “La conducta de autocuidado esta afectada por los objetivos y las prácticas derivadas de la cultura” (Orem, 1993). Las relaciones se esquematizan en la siguiente figura.

Figura 1. Relación entre los Conceptos: Acciones de Autocuidado y FCBs



1.3. Definición de Términos

Acciones de autocuidado: Consisten en evitar las prácticas nocivas a la salud como el consumo de tabaco, ingesta de alcohol, café, y sedentarismo indicado por el nivel de actividad física. Estas acciones se midieron por medio

de tres cuestionarios: Cuestionario de Tolerancia de Fagerström (CTF) y Prueba para Identificar Trastornos por el Uso de Alcohol (AUDIT). El consumo de café y ejercicio se registraron en la “ Hoja de Registro de Antecedentes y Mediciones.”

Factores condicionantes básicos: Constituidos por características de los individuos como el sexo y el estado de salud que influyen para evitar prácticas nocivas a la salud. El sexo esta indicado como masculino y femenino; el estado de salud comprende dos dimensiones: (a) la percepción del individuo sobre su estado de salud y (b) el estado clínico, indicado por medidas antropométricas y clínicas. Dentro de los primeras esta el peso y la talla; dentro de las segundas, cifras de presión arterial, cifras de colesterol y antecedentes personales y familiares de ECV. Estos datos se registraron en la “Hoja Registro de Antecedentes y Mediciones”. La percepción del estado de salud se midió con el Cuestionario de la salud, (MOS). La estructura conceptual teórico empírica se muestra en el Apéndice 2.

1.4. Estudios Relacionados

A continuación se presentan los resultados más relevantes de estudios de investigaciones que se relacionan con el fenómeno de estudio incluyendo algunos que han usado conceptos de la TGDAC.

Cadena (1999) estudió el apego al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en la ciudad de Nuevo Laredo, Tamaulipas. El estudio fue descriptivo, correlacional e incluyó las variables sexo, nivel socioeconómico y percepción del estado de salud; la muestra estuvo compuesta por 80 sujetos de ambos sexos (70 por ciento masculino) con edades entre 18 y 76 años y 42

por ciento provenían del estado socioeconómico medio bajo. Los resultados mostraron que los pacientes cumplían mejor su tratamiento cuando percibían un mejor estado de salud.

Acevedo (1997) realizó un estudio con el propósito de determinar la relación entre las prácticas de ejercicio físico y el nivel de control metabólico, en mujeres adultas diagnosticadas con diabetes tipo 2 en tratamiento ambulatorio. El diseño del estudio fue correlacional y transversal con una muestra de 60 mujeres (30 de nivel socioeconómico medio bajo y 30 de nivel bajo). Los hallazgos reportaron que se encontró influencia de la percepción del estado de salud sobre la percepción de beneficios, autoeficacia y afectos relacionados con la conducta del ejercicio.

Bronfman, Castro, Zúñiga y Oviedo (1997) estudiaron los determinantes sociales que intervienen en la utilización de los servicios de salud. El estudio de tipo cualitativo se llevó a cabo con personas de estrato socioeconómico medio bajo y bajo; entrevistando 19.2 pacientes individuales y 61 prestadores de servicios de salud. Lo que se quería saber era si los sujetos eran capaces de distinguir entre "estar enfermo" y "caer enfermo". Dentro de los hallazgos se encontró que la mayoría de los sujetos inician la prevención o buscan ayuda únicamente ante la manifestación de la enfermedad. Así mismo se encontró que los sujetos entienden por "caer enfermo" el caer en cama y no poder levantarse para cumplir con las actividades rutinarias.

Campa (1997) estudió la influencia de la percepción del estado de salud en las capacidades de cuidado dependiente en los cuidadores de pacientes con discapacidad motora. En esta investigación utilizó los conceptos FCBs y Capacidades de autocuidado de la TGDA de Orem. El estudio fue descriptivo, transversal y correlacional con una muestra de 130 sujetos de ambos sexos con edades entre 18 y 67 años. Dentro de los hallazgos Campa reportó una

influencia positiva de la percepción del estado de salud en las capacidades de cuidado dependiente de los cuidadores de pacientes con discapacidad con discapacidad motora.

González y Cols. (1996) realizaron un estudio para establecer la frecuencia y asociación de riesgo cardiovascular en población abierta de nivel socioeconómico bajo. El estudio fue prospectivo y comprendió una muestra de 2,282 sujetos entre 35 y 64 años. Las variables consideradas como factores de riesgo cardiovascular fueron: Diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, hipercolesterolemia y tabaquismo. Los resultados mostraron sujetos con diabetes tipo 2, 13 por ciento, hipertensión arterial sistémica 9.3 por ciento, hipercolesterolemia 12.3 por ciento. En los hombres la frecuencia de infarto al miocardio y tabaquismo fue de 3.2, y 71.4 por ciento respectivamente, mientras que en las mujeres estas frecuencias fueron de 1.4 y 26 por ciento respectivamente. Se encontró además que 48 por ciento de los hombres y 60 por ciento de las mujeres eran obesas.

González y Stern (1993) estudiaron la prevalencia de la obesidad, características y variantes de distribución de adiposidad corporal (IMC), y su efecto sobre índices metabólicos que definen el riesgo cardiovascular. La población estudiada fueron 931 sujetos entre 34 y 64 años (48 por ciento hombres y 52 por ciento mujeres). El estudio fue descriptivo correlacional; y se midieron colesterol e índice de masa corporal (IMC). Los hallazgos mostraron cifras de colesterol semejantes entre los obesos y los que no lo eran y una tasa de prevalencia de obesidad del 37 por ciento en hombres y 60 por ciento en mujeres.

Escobedo de la Peña, Escamilla y Santos (1994) estudiaron la fuerza de asociación entre los factores de riesgo con la ocurrencia de cardiopatía isquémica CI en México. La muestra estuvo compuesta por 2,228 trabajadores

del Hospital General de México. El estudio fue de tipo ecológico; los factores de riesgo fueron la hipertensión arterial, diabetes mellitus, tabaquismo, colesterol y su asociación con la mortalidad por CI. Los hallazgos mostraron que el 66 por ciento de la mortalidad por CI se explica por los factores de riesgo. Sin embargo, solo la diabetes mellitus y el colesterol contribuyeron en forma significativa para predecir la mortalidad por CI.

Lonnquist, Weiss & Larsen (1992) estudiaron el valor de la salud y el sexo para predecir la conducta protectora de la salud. El estudio fue transversal comparativo con una muestra de 40 por ciento hombres y 60 por ciento de mujeres. Las variables estudiadas fueron el sexo, control interno de salud, el valor de la salud, autoevaluación de salud actual y conductas promotoras de salud. Los resultados mostraron que existe una relación positiva significativa entre la práctica de actividades como ejercicio, nutrición apropiada y tabaquismo con las conductas promotoras de salud. También se encontró relación significativa entre el valor de la salud con el control interno para predecir conductas protectoras de salud, esto quiere decir que quienes dan un valor alto a su salud tienen más probabilidades que otros de ocuparse de conductas que promuevan su salud. Con relación al sexo un análisis de varianza reportó una diferencia significativa encontrando que las mujeres tienen más probabilidades de ocuparse de conductas promotoras de salud que los hombres.

Hibbard & Clyde (1987) estudiaron el estado de salud entre hombres y mujeres. El estudio fue retrospectivo comparativo y la muestra fue mixta (919 hombres y 571 mujeres) entre 18 y 64 años. Los resultados reportaron que menos mujeres que hombres tienen más control sobre su salud, pero más mujeres que hombres expresaron mayor grado de satisfacción ($\chi^2 = 19.63$, $p = .000$) Mujeres, Vs ($\chi^2 = 11.86$, $p = .000$) hombres.

Ross & Bird (1994) estudiaron la estratificación por sexo y estilos de vida que afectan la salud y las consecuencias de la salud percibida por hombres y mujeres. El estudio fue descriptivo correlacional cuyo propósito fue explicar el efecto del sexo sobre la salud percibida en grupos de edad. Las variables a estudiar fueron estilo de vida, edad, nivel socioeconómico, sexo, situación laboral y salud percibida. La población fue norteamericanos de ambos sexos aparentemente sanos en una muestra de 2,021 sujetos, con edades entre 18 y 90 años. Los hallazgos reportaron que la interacción del sexo con la salud percibida fue positiva y significativa para los hombres no así para las mujeres.

Lukkarinen & Hentinen (1997) realizaron un estudio utilizando los conceptos de la teoría de Orem con el objetivo de describir la apreciación del autocuidado y la motivación para efectuarlo en pacientes con enfermedad coronaria grave y los factores de riesgo relacionados con ésta. La muestra estuvo compuesta por 250 sujetos de ambos sexos con edad promedio de 59 años. Las variables a estudiar fueron las acciones de autocuidado y factores de riesgo relacionados como la edad, el sexo, estado socioeconómico, alcoholismo, tabaquismo, diabetes.

Con relación a las acciones de autocuidado en estos pacientes, los hallazgos mostraron que el 26 por ciento tenían buenas acciones de autocuidado, 47 por ciento moderadas y 27 por ciento pobres acciones de autocuidado. El estado socioeconómico, la ingesta de alcohol, el sexo y la educación se correlacionaron de forma positiva y significativa con el autocuidado. Se observó además que los hombres practicaban menos acciones de autocuidado y mayor ingesta de alcohol que las mujeres. Se observa que un nivel económico elevado, predice mejores capacidades de autocuidado.

1.5 Hipótesis

Hipótesis 1. El estado de salud en sus dimensiones perceptuales y clínicas predicen el nivel de autocuidado.

Hipótesis 2. Existe una diferencia significativa entre las acciones de autocuidado de las mujeres con respecto a los hombres.

Pregunta 1. ¿De que manera se asocia la percepción del estado de salud con las acciones de autocuidado?.

CAPITULO II

METODOLOGÍA

2.1 Diseño del Estudio

El diseño del estudio fue de tipo descriptivo y correlacional, con una sola medición en el tiempo. Este diseño es apropiado cuando se pretende explicar las relaciones entre las variables de estudio, como es el caso de la presente investigación (Polit & Hungler, 1997).

2.2 Población

La población objetivo fue los adultos de ambos sexos con domicilio permanente en una colonia clasificada por el INEGI (1997) como de estrato socioeconómico medio bajo, perteneciente a un municipio del área conurbada de Monterrey, Nuevo León. El estudio se llevó a cabo con una muestra extraída del total de la población.

2.3 Muestra

La muestra se compuso de 107 sujetos aparentemente sanos de 20 a 60 años, 26 hombres y 81 mujeres. Para el tamaño de la muestra se determinó

con un alfa $\leq .05$ con un poder estadístico de 80%, y un nivel de confianza del 95%, considerando la regresión múltiple

2.4. Plan de Muestreo

El muestreo fue aleatorio, multietápico (Polit y Hungler, 1997). Se procedió de la siguiente manera: Del Area Geoestadística Básica (AGEB), bajo la responsabilidad de una casa de salud, se listaron el total de manzanas. Posteriormente, usando una tabla de números aleatorios, se seleccionaron 41 manzanas con un estimado de 19 casas por manzana. A partir de un recorrido por cada manzana cuantificaron y listaron las casa habitadas por familias. Las casas por manzana, se listaron progresivamente y se procedió a la selección aleatoria de hogares. En una primera visita al hogar seleccionado, se registró el número de habitantes entre 20 y 60 años y a cada uno se le asignó un número; posteriormente con la tabla de números aleatorios se seleccionó al sujeto participante.

2.5. Criterios de Inclusión

Cada uno de los seleccionados fue evaluado de acuerdo con los siguientes criterios. (a) Qué a la hora de la entrevista los sujetos estuvieran funcionando o realizando sus actividades rutinarias, (b) que manifestaran contar con tiempo y disposición de participar en el estudio, y (c) que estuvieran de acuerdo en la toma de muestra sanguínea.

2.6. Instrumentos

Los instrumentos utilizados en esta investigación fueron: Cuestionario de Tolerancia de Fagerström (CTF), Prueba para Identificar Patrones en el Consumo de Alcohol (AUDIT) y “Hoja de Registro de Antecedentes y Mediciones” (HRAM) donde se anotaron datos sociodemográficos, ingesta de café, sedentarismo y datos clínicos. Se usó además el Cuestionario de Salud (MOS). En los siguientes párrafos se describen estos instrumentos.

Cuestionario de Tolerancia Fagerström (1991). Este cuestionario fue desarrollado para población fumadora y mide consumo de tabaco. Este instrumento consta de siete reactivos con dos patrones de respuesta: Las preguntas número uno, dos, cuatro, cinco y siete requieren una respuesta entre cero y uno; las preguntas tres y seis requieren de respuesta entre cero y tres. El puntaje que un individuo puede obtener oscila entre cero y 10, donde cero es la conducta deseada y 10 la conducta no deseada. Para fines del estudio la escala se invirtió siendo el mayor puntaje la conducta deseada y el menor puntaje la no deseada.

El autor proporciona criterios para clasificar a los individuos según el grado de dependencia a la nicotina; así, cuando la persona obtiene entre cero y cuatro puntos se considera leve o moderadamente adicto a la nicotina; de cinco a seis puntos moderadamente adicto a la nicotina; de siete a ocho puntos moderada o altamente adicto a la nicotina; y nueve a 10 puntos altamente adicto a la nicotina.

Prueba para Identificar Desordenes en el Consumo de Alcohol (AUDIT), desarrollado por De la Fuente y Kershenobich (1992); mide consumo y

dependencia de alcohol en los sujetos. Los autores reportan sensibilidad de 80 por ciento, y especificidad de 89 por ciento, para el AUDIT.

El instrumento consta de 10 reactivos con un patrón de respuesta entre cero y cuatro; el puntaje que puede obtener un individuo oscila entre 0 y 32, donde cero es la conducta deseada y corresponde a un menor consumo de alcohol y 32 la conducta no deseada o mayor consumo de alcohol. En la presente investigación los puntajes de este instrumento se invirtieron, siendo el mayor puntaje la conducta deseable y el menor puntaje la conducta indeseable.

Cuestionario de la Salud (MOS). Este cuestionario fue elaborado por Stewart, Hayes & Ware (1988) y traducido por Gallegos (1998); mide percepción del estado de salud. Este instrumento ha sido utilizado con población mexicana reportando Alfa de Cronbach de .87, .78 y .75 (Gallegos, 1996; Campa 1997; y Cadena, 1999).

El Cuestionario de la Salud se compone de 20 reactivos con tres patrones de respuesta agrupados de la siguiente manera: Las preguntas de la 1 a la 12 y de la 15 a la 18 requieren una respuesta entre cero y seis; los reactivos 13 y 14 entre cero y uno, mientras que los reactivos 19 y 20 requieren respuestas entre cero y cinco. Esta escala tiene un puntaje que oscila entre 18 el valor mínimo y 108 el máximo, donde el menor puntaje significa percepción de un bajo estado de salud, y el mayor puntaje, la percepción de un alto estado de salud. Para mantener el sentido de la puntuación se invirtieron las preguntas número tres, cinco, 13, 14, 16, 17, 19 y 20.

Hoja de Registro de Antecedentes y Mediciones (HRAM, 1999). Consta de cinco secciones con preguntas abiertas y cerradas que incluyeron datos sociodemográficos, clínicos, antecedentes personales y familiares, ocupación, ejercicio e ingesta de café. Como datos sociodemográficos se registraron la edad, sexo, escolaridad, y dirección; como datos clínicos peso, talla, cifras de

primera y segunda medición de presión arterial y cifras de colesterol. Como antecedentes personales se registró si les habían diagnosticada diabetes mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia e infarto. Como antecedentes familiares se preguntó si alguno de sus familiares directos había padecido derrame cerebral, infarto, diabetes mellitus o hipertensión arterial. Para determinar la actividad física, se registró tipo de trabajo u ocupación, si practicaba ejercicio, tipo y frecuencia a la semana y duración. Para cuantificar el consumo de café, se preguntó si tomaba café, de que tipo, cuantas tazas estándar en un día típico, si sufría alteraciones y que tipo de alteraciones.

Las escalas originales de todos los instrumentos fueron transformadas a una escala de cero a 100, para facilitar la comparación entre ellas.

2.7. Procedimientos de Recolección de la Información

Preparación de los encuestadores: Previo al proceso de recolección el investigador impartió un taller con el propósito de entrenar a los encuestadores. Los participantes fueron pasantes de Licenciatura en Enfermería; el contenido del entrenamiento se enfocó a la aplicación de encuestas, toma de medidas antropométricas y toma de muestra sanguínea de forma segura. Dicho taller tuvo una duración de 16 horas impartándose en cuatro sesiones de cuatro horas. A cada uno de los encuestadores se les pagó \$ 20 pesos por encuesta y la misma cantidad se pagó al laboratorio por cada muestra sanguínea procesada.

Invitación a participar: El sujeto seleccionado fue visitado en su hogar y se le dio información acerca de la investigación y sus objetivos. Posteriormente se les pidió el consentimiento para participar de acuerdo al formato incluido

como Apéndice 3; si el sujeto daba su consentimiento, lo cual fue en forma verbal y disponía de tiempo, se le aplicaban las encuestas en ese momento; si no, se hacía una cita para el día y hora que la persona definía.

Recolección de la información: El llenado de los cuestionarios se realizó por medio de una entrevista; el investigador leía los reactivos y el sujeto, respondía señalando su respuesta en la representación gráfica de la escala. Se llevó a cabo medición de variables antropométricas y la toma de muestra sanguínea. La primera medición de presión arterial se hizo en el momento que se aplicó la encuesta; la segunda medición de presión arterial y toma de muestra sanguínea se hizo el día que el sujeto definió, según su conveniencia y en la primeras horas de la mañana, ya que debía estar en ayunas.

El orden en que se aplicaron los cuestionarios fue el siguiente:

- (a) Hoja de Registro de Antecedentes(HRAM) incluyendo mediciones.
- (b) Cuestionario de la Salud (MOS)
- (c) Cuestionario de Tolerancia Fagerström (CTF)
- (d) Prueba para Identificar Desórdenes en el Consumo de Alcohol (AUDIT).

Cierre de la entrevista: Antes de cerrar la entrevista se corroboró que cada uno de los cuestionarios estuvieran correctamente llenados; posteriormente se agradeció a cada uno de los sujetos su participación en el estudio.

Entrega de resultados: Una vez que el laboratorio reportó los resultados sobre cifras de colesterol fueron enviados por correo a cada uno de los de los sujetos a su domicilio. Cuando la persona proporcionó el teléfono, se le dieron a conocer por este medio.

2.8. Definición de Parámetros para Concluir sobre la Normalidad o Anormalidad de las Variables Clínicas

El índice de masa corporal (IMC) se calculó a partir del peso y la talla por medio de la siguiente ecuación ($\text{peso}/\text{talla}^2$). Los resultados se clasificaron bajo los siguientes criterios del índice de Quetelet citados por Vázquez, Romero, Escandón y Escobedo de la Peña (1993) y las técnicas para medir estas variables se presentan en el Apéndice 4.

Tabla 1. Criterios para Categorizar Obesidad en Adultos

Sexo	Normal	Sobrepeso	Obeso
Masculino	19-24.9	25-26.9	27
Femenino	20-25.9	26-27.9	28

kg/m²

El colesterol se midió en muestra sanguínea obtenida con 14 horas de ayuno. El procesamiento de las muestras se llevó a cabo por medio de método enzimático colorimétrico y el reactivo Sera Pack Cholesterol (Fast Color) de la casa Bayer. Los rangos para determinar el nivel de riesgo se llevaron a cabo según los criterios publicados por Henry (1991) y son los siguientes:

Tabla 2. Nivel de Riesgo Según Cifras de Colesterol Total

Deseable	Hasta 200 mg/dl
Riesgo Moderado	200-240 mg/dl
Riesgo Elevado	240 y más

Presión arterial: Para medir la presión arterial de los sujetos se utilizó el esfignomanómetro portátil marca "Aneroid Sphygmomanometer " y estetoscopios marca LyTman. La interpretación procedió de acuerdo a los criterios de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1990). Las dos mediciones se hicieron con el fin de corroborar con la segunda las cifras obtenidas en la primera. Los criterios de clasificación se presentan en la siguiente tabla

Tabla 3. Criterios para Clasificar la Presión Arterial en Adultos Mayores de 18 años

PRESIÓN ARTERIAL (mmhg)	CLASIFICACIÓN
Presión arterial diastólica	
< 85	Presión arterial normal
85 – 89	Presión normal alta
90 – 104	Hipertensión leve
105 –114	Hipertensión moderada
>115.	Hipertensión severa
Presión arterial sistólica	
< 140	Presión arterial normal
140 – 159	Hipertensión arterial sistólica
> 160	Hipertensión sistólica

Sedentarismo: Para reportar el sedentarismo indicado por el nivel de actividad física, se construyó un índice. Este índice se construyó con los los mets calculados a partir de la actividad física rutinaria del sujeto y del tipo de ejercicio que practicaba. Los mets se calcularon tomando en cuenta la frecuencia y duración del ejercicio y la actividad física implicada en la ocupación; ambas estimaciones se sumaron para calcular el índice de gasto de energía en kilocalorías del sujeto, por medio de la siguiente fórmula:
 (Número de mets) (peso corporal) (estatura) (tiempo o duración de la actividad).
 El producto de esta expresión se dividió entre 60 minutos, resultando el gasto

de energía diario. El cálculo de gasto de energía de los individuos se realizó según los criterios de Aisnworth, Haskell, Leon Jacobs, Montoye, Sallis & Paffenbarger (1993).

Ingesta de café. Se midió por número de tasas estándar que ingería al día el sujeto. De acuerdo con Podoswa y Contreras (1993) se consideró que a partir de más de tres tasas de café diario se consumen entre 85 y 250 miligramos de cafeína produciendo cambios en el ritmo cardíaco, la presión arterial y el metabolismo del organismo.

2.9 Estrategias de Análisis de Datos

El procesamiento de los datos se llevó a cabo por medio del programa estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Science) versión 9.0. Para el análisis de la información se obtuvieron estadísticas descriptivas e inferenciales. Las hipótesis se verificaron con las siguientes técnicas: Para la hipótesis uno se utilizó un análisis regresión lineal múltiple; para la hipótesis dos se aplicó la prueba U de Mann Witney y para la pregunta 1, el coeficiente de correlación de Spearman.

A todas las variables continuas del estudio se les aplicó la prueba de Kolmogorov - Smirnov para determinar normalidad. Los resultados se muestran a continuación.

Tabla. 4. Prueba de Normalidad para las Variables Continuas del Estudio

VARIABLES	PARAMETRO S NORMALES		EXTREMOS EN LAS DIFERENCIAS			SIGNIFICANCIA DE LA PRUEBA KOLMOGOROV
	Media	D.E	Abs	Posit	Negat	
Edad	38.0	10.3	.091	.091	-.058	.34
Escolaridad	9.9	3.56	.153	.153	-.126	.01
1º sistólica	139.5	28.7	.209	.209	-.164	.00
1º presión diastólica	75.6	9.23	.261	.261	-.188	.00
2º presión sistólica	143.9	26.7	.176	.176	-.163	.00
2º presión diastólica	78.6	13.8	.263	.263	-.192	.00
Cifra IMC	28.6	4.8	.062	.062	-.33	.79
Cifras de Colesterol	195.5	40.3	.107	.107	-.077	.16
MOS	77.3	15.1	.156	.83	-.156	.01
Ind. Autocuidado AC	59.2	12.8	.063	.046	-.063	.79

Los valores en la tabla cuatro permiten observar que solamente la edad, cifras de colesterol y el índice de acciones de autocuidado, obtuvieron normalidad.

2.10. Ética del Estudio

La presente investigación se llevó a cabo de acuerdo y conforme a las disposiciones de la Ley General de Salud (1987). Se obtuvo el consentimiento informado de todos los sujetos de la investigación, según el artículo 14, fracción V. Así mismo se respetó la dignidad y bienestar de los pacientes garantizando su privacidad y el derecho a retirarse en el momento que no quisiera continuar, Artículo 13, fracción V.

Como estudio con riesgo mínimo se consideró en todo momento la integridad física y psicológica de los participantes (artículo 17, fracción II).

Con relación a la participación voluntaria de los sujetos, se les dio una explicación clara de los objetivos y el propósito de la investigación, y se les brindó respuesta a preguntas que surgieron. También se les hizo llegar el resultado del análisis del colesterol sanguíneo y se mantuvo el respeto y confidencialidad de la información (Artículo 21, Fracción I, II, VI).

CAPITULO III

RESULTADOS

En el contenido de este capítulo se reportan los siguientes apartados: (a) Confiabilidad de los instrumentos, (b) datos descriptivos de los factores condicionantes básicos: Estado de salud y sexo, (c) datos descriptivos de las acciones de autocuidado, (d) Correlación entre las variables de estudio, y (e) estadísticas inferenciales para verificación de hipótesis.

3.1. Confiabilidad de los Instrumentos

La confiabilidad de los instrumentos se determinó por medio del Alfa de Cronbach. Los resultados se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 5. Alfa de Cronbach de los Instrumentos

Forma Abreviada del Cuestionario de la Salud (MOS)	.86
Cuestionario de Fagerström (CTF)	.75
Prueba para Identificar Desórdenes en el Consumo de Alcohol (AUDIT)	.86

N =107

3.2. Datos Descriptivos de los Factores Condicionantes Básicos

Como se mencionó con anterioridad, los factores condicionantes básicos en esta muestra fueron el sexo y el estado de salud. La composición de la muestra por sexo fue de 24 % hombres y 76 % mujeres (N =107). Respecto al estado de salud se obtuvieron datos descriptivos sobre la percepción del estado de salud y variables clínicas. Las cifras que reflejan la percepción del estado de salud se reportan en la siguiente tabla.

Tabla 6. Percepción del Estado de Salud por Sexo

	Hombres (n =26)				Mujeres (n =81)				Media General
	M	Med	DE	Min-Max	M	Med	DE	Min-Max	
Puntuación total	77.4	84.4	16.4	42 - 98	77.3	82.2	14.7	37 - 97	77.3
Subescala de salud funcional	86.3	97.2	20.9	18 - 100	86.4	94.5	18.2	24 - 100	86.4
Subescala de bienestar	71.2	74.1	17.9	31- 96	69.4	72.4	16.4	27 - 100	69.9
Subescala de evaluación de la salud	71.1	77.0	26.5	0 - 100	72.8	75.0	19.7	20 - 100	72.4

N = 107

La tabla anterior muestra que para ambos sexos, las medias de percepción del estado de salud fueron similares. Por subescalas, solamente la subescala de evaluación de la salud mostró una pequeña diferencia de las mujeres con respecto a los hombres.

3.3. Variables de Tipo Clínico

Las variables antropométricas consideradas como indicadores del estado clínico se introducen en la siguiente tabla.

Tabla 7. Peso y Talla por Sexo en la Muestra Total

	Hombres (26)					Mujeres (81)					Media General
	M	Med	DS	Min	Max	M	Med	DS	Min	Max	
Peso	80.9	84.1	12.7	55.6	100	71.5	70.3	10.6	52.1	97.5	73.87
Talla	1.6	1.6	6.7	1.6	1.8	1.5	1.5	8.5	1.3	1.7	1.60

N = 107

VARIABLES DE TIPO CLÍNICO COMO LA OBESIDAD, CIFRAS DE PRESIÓN ARTERIAL, CIFRAS DE COLESTEROL, Y ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES DE ECV FUERON TAMBIÉN VALORADAS EN LOS PARTICIPANTES. LOS RESULTADOS OBTENIDAS SE REPORTAN EN LAS SIGUIENTES TABLAS Y GRÁFICAS.

COMO SE PUEDE OBSERVAR EN LA SIGUIENTE TABLA, TANTO LOS HOMBRES COMO LAS MUJERES OBTUVIERON MEDIAS DE SOBREPESO MUY SIMILARES, SIENDO LA OBESIDAD LIGERAMENTE MÁS ALTA EN LAS MUJERES.

Tabla.8. Estadísticas Descriptivas del IMC según Cuatro Categorías

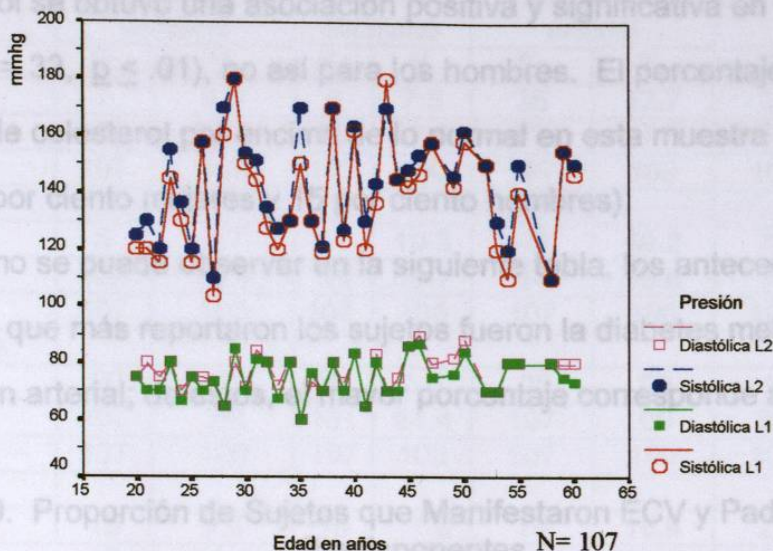
	Hombres (n = 26)				Mujeres (n = 81)			
	M	Med	DE	Min - Max	M	Med	DE	Min - Max
Bajo Peso					17.5			17.5 – 17.5
Peso Normal	22.8	23.1	1.4	20.9 – 24.6	23.5	24.0	1.6	20.3 – 25.3
Sobrepeso	26.1	26.2	.49	25.6 – 26.7	27.1	27.1	.62	26.2 – 27.9
Obesidad	30.9	30.4	1.9	27.7 – 34.8	32.5	31.5	3.5	28.1 – 40.7
Total	28.3	29.5	3.8	20.9 – 34.8	28.8	28.7	5.1	17.5 – 40.7

N = 107

AL CLASIFICAR LOS PARTICIPANTES SEGÚN SOBREPESO Y OBESIDAD POR SEXO SE ENCONTRÓ QUE UN 15.4 POR CIENTO DE LOS HOMBRES Y 12.3 POR CIENTO DE LAS MUJERES TENÍAN SOBREPESO; 61.5 POR CIENTO DE LAS MUJERES Y 54.3 POR CIENTO DE LOS HOMBRES ERAN OBESOS. EN EL TOTAL LA MUESTRA SE OBSERVÓ UN 13.1 POR CIENTO DE SOBREPESO Y 56.1 POR CIENTO DE OBESIDAD.

LA PRESIÓN ARTERIAL DE CADA SUJETO FUE DETERMINADA EN DOS MEDICIONES. LAS CIFRAS OBTENIDAS SE GRAFICAN EN LA SIGUIENTE FIGURA.

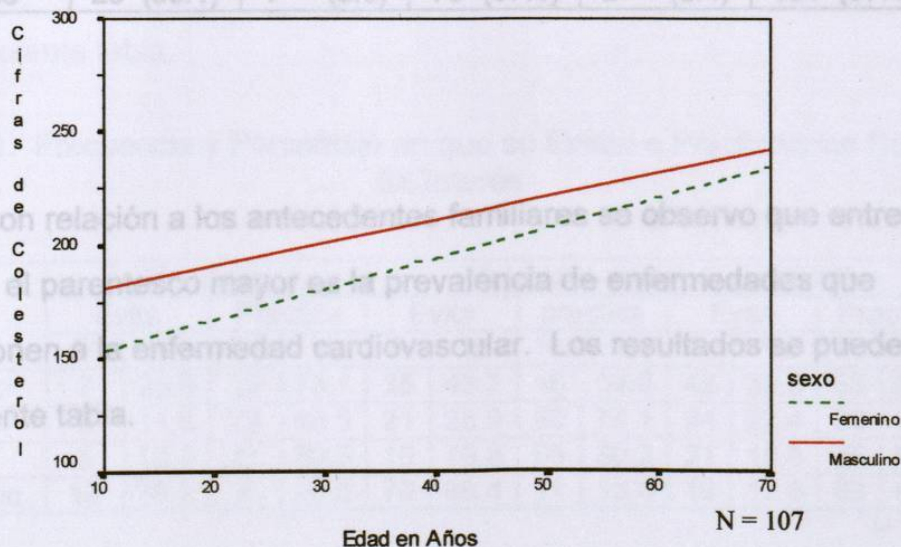
Figura 2. Patrón de Comportamiento de dos Mediciones de Presión Arterial Sistólica y Diastólica por Edad



La gráfica permite ver que las cifras de presiones sistólica y diastólica de la primera a la segunda medición fueron muy similares.

Las cifras de colesterol total, fueron reportadas en mm/dl y se grafican en la siguiente figura.

Figura 3. Cifras de Colesterol Sanguíneo por Edad y Sexo



	No.		SI (%)		No.		SI (%)		Total General	
	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)	No.	(%)
Diabetes	21	(80.7)	5	(19.2)	61	(75.3)	20	(24.6)	62	(76.6)
hipertensión arterial	15	(7.6)	11	(42.3)	55	(67.9)	26	(32.0)	70	(65.4)
Colesterol	25	(100)	0	(0.0)	79	(97.5)	2	(2.4)	105	(98.2)
Infarto cardiaco	25	(96.1)	1	(3.8)	79	(97.5)	2	(2.4)	104	(97.1)

N = 107

En la gráfica anterior se puede observar que las cifras de colesterol aumentan con la edad para ambos sexos. Al relacionar la edad con las cifras de colesterol se obtuvo una asociación positiva y significativa en el grupo de mujeres ($r_s = .32$, $p \leq .01$), no así para los hombres. El porcentaje de sujetos con cifras de colesterol por encima de lo normal en esta muestra fue de 44 por ciento (29 por ciento mujeres y 15 por ciento hombres).

Como se puede observar en la siguiente tabla, los antecedentes personales que más reportaron los sujetos fueron la diabetes mellitus y la hipertensión arterial; de estos, el mayor porcentaje corresponde a las mujeres.

Tabla 9. Proporción de Sujetos que Manifestaron ECV y Padecimientos Predisponentes

	Hombres (26)		Mujeres (81)		Total General	
	No (%)	Sí (%)	No (%)	Sí (%)	No (%)	Sí (%)
Diabetes mellitus	21 (80.7)	5 (19.2)	61 (75.3)	20 (24.6)	82 (76.6)	25 (23.4)
Hipertensión arterial	15 (7.6)	11 (42.3)	55 (67.9)	26 (32.0)	70 (65.4)	37 (34.6)
Colesterol alto	26 (100)	0 (0.0)	79 (97.5)	2 (2.4)	105 (98.2)	2 (1.7)
Infarto cardiaco	25 (96.1)	1 (3.8)	79 (97.5)	2 (2.4)	104 (97.1)	3 (2.8)

N = 107

Con relación a los antecedentes familiares se observó que entre más cercano el parentesco mayor es la prevalencia de enfermedades que predisponen a la enfermedad cardiovascular. Los resultados se pueden ver en la siguiente tabla.

Tabla 10. Proporción de Sujetos que Manifestaron Antecedentes Familiares de ECV y de Padecimientos Predisponentes

	Derrame cerebral		Infarto cardiaco		Hipertensión arterial		Diabetes mellitus	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Padre								
Sí	7	6.5	8	7.5	35	32.7	22	20.6
No	100	93.5	99	92.5	72	67.3	85	79.4
Total	107	100	107	100	107	100	107	100
Madre								
Sí	5	4.7	11	10.3	43	40.2	33	30.8
No	102	95.3	96	89.7	64	59.8	74	69.2
Total	107	100	107	100	107	100	107	100
Hermanos								
Si	.00	.00	6	5.6	.00	.00	9	8.4
No	107	.00	101	94.4	107	.00	98	91.6
Total	107	100	107	100	107	100	107	100
Tíos								
Sí	10	9.3	19	17.8	18	16.8	20	18.7
No	97	90.7	88	82.2	89	83.2	87	81.3
Total	107	100	107	100	107	100	107	100

N = 107

3.4. Datos Descriptivos de las Acciones de Autocuidado.

Las variables de autocuidado consistieron en evitar el consumo de tabaco, ingesta de alcohol, café, y en mostrar mayor nivel de actividad física. La frecuencia con que estas conductas se evitan y/o se practican se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 11. Frecuencia y Porcentaje en que se Evitan o Practican las Conductas de Interés

	Hombres				Mujeres				Total			
	Evita		Practica		Evita		practica		Evita		Practica	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Tabaco	7	26.9	19	73.1	35	43.2	46	56.8	42	39.3	65	60.7
Alcohol	3	11.5	23	88.5	21	25.9	60	74.1	24	22.4	83	77.6
Café	5	19.2	21	80.8	16	19.8	65	80.2	21	19.6	86	80.4
Ejercicio	18	69.2	8	30.8	70	86.4	11	13.6	19	17.8	88	82.2

N = 107

Los datos en la tabla 11 permiten observar hay un mayor el porcentaje de hombres que mujeres practican conductas nocivas, excepto consumo de café.

3.5 Correlación Entre las Variables de Estudio

Como se puede ver en la matriz de Correlación de Spearman, el índice de acciones de autocuidado solamente mostró significancia con antecedentes familiares (negativa) y cifras de colesterol (positiva).

Tabla 12. Correlación Bivariada entre las Variables de Estudio

Variables	1	2	3	4	5	5	6	7	8	8	9
1. Evitar tabaquismo											
2. Evitar Alcoholismo Valor de p	.145 .13										
3. Evitar café Valor de p	.146 .13	.039 .69									
4. Ind. Gasto energía Valor de p	-.186 .05	-.156 .10	-.053 .58								
5. Ant. Familiares Valor de p	-.116 .23	.036 .71	-.099 .31	.121 .21							
6. Ant. Personales Valor de p	-.136 .16	-.123 .20	-.170 .08	.050 .61	.098 .31						
7. Perc de salud Valor de p	.187 .05	.031 .75	.012 .90	.061 .53	-.117 .23	-.120 .22					
8. Índice de A.C Valor de p	.640 .00	.452 .00	.719 .00	-.168 .08	-.091 .35	-.208 .03	.110 .26				
9. 1º pres. sistólica Valor de p	-.221 .02	.021 .83	.100 .30	-.048 .62	.108 .05	.200 .03	-.121 .21	-.038 .69			
10. 1º pres. diastólica Valor de p	.052 .59	-.019 .85	-.039 .68	.004 .97	.136 .16	.445 .00	-.056 .56	-.032 .74	.352 .00		
11. IMC Valor de p	-.035 .72	.000 .10	.040 .68	.627 .00	.076 .43	.099 .31	-.087 .37	.017 .86	.046 .63	.131 .177	
12. Cifras colesterol Valor de p	-.194 .04	-.190 .05	-.042 .66	.155 .11	.125 .19	.153 .11	.008 .93	-.198 .04	.133 .17	.210 .030	.066 .50

3.6. Estadísticas Inferenciales para la Verificación de Hipótesis

Hipótesis No. 1. El estado de salud en sus dimensiones preceptuales y orgánicas predicen el nivel de acciones de autocuidado. Para verificar esta

hipótesis se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple donde la variable respuesta fue las acciones de autocuidado y las variables independientes la percepción de salud, el índice de masa corporal, cifras de presión arterial, cifras de colesterol, antecedentes personales y familiares. El resultado del modelo fue significativo ($F_{(7,99)} = 2.03$, $p \leq .05$) explicando 6 por ciento de la varianza en las acciones de autocuidado. Con base en la información reportada por el modelo de regresión múltiple usado se acepta la hipótesis, de que el estado de salud predice las acciones de autocuidado de los sujetos.

Cuando se analizó la contribución de las variables independientes a la significancia del modelo general, se encontró que solo la percepción del estado de salud y los antecedentes personales fueron significativos. Esta información se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 13. Efecto de las Variables Independientes sobre las Acciones de Autocuidado.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes Estandarizados		
	B	Err. est	Beta	t	Sig
Constante	56.6	19.4		2.9	.00
Índice MOS	.221	.106	.202	2.0	.04
Cifras IMC	.163	.327	.048	.49	.62
Cifras de colesterol	-7.280 E-02	.040	-.178	-1.82	.07
Antec. Familiares	-.129	1.65	-.008	-.078	.93
Antec. personales	-.5.35	2.65	-.207	-2.01	.04
1ª. Presión sistólica	-4.444E-03	.061	-.007	-.073	.92
1ª. Presión diastólica	.162	.167	.102	.972	.33

N = 107

Hipótesis No. 2. Existe una diferencia significativa entre las acciones de autocuidado de las mujeres con respecto a los hombres. Para concluir sobre

esta hipótesis se utilizó la prueba U de Mann Whitney para muestras independientes. El resultado fue significativo y reportó una mediana más alta para las mujeres que para los hombres, por lo que se aceptó la hipótesis de que las acciones de autocuidado son diferentes en las mujeres con respecto a los hombres. Los resultados se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 14. Resultados de la Prueba U de Mann Witney

	Indice de acciones de autocuidado (Indacaut)			
Mann – Whitney U	758.000			
Wilcoxon W	1109.000			
Z	-2.143			
Asymp. Sig (2-tailed)	.03			
Variable sexo	n	mediana	Desv. estandar	Error estándar
Masculino	26	63.6	21.7	4.2
Femenino	81	75.2	13.4	1.4

N=107

Pregunta 1. ¿De que manera se asocia la percepción del estado de salud con acciones de autocuidado?. Esta pregunta se respondió por medio de una correlación de Spearman; encontrándose que fue positiva y no significativa ($r_s = .11$, $p = .26$). Esto significa que el nivel en que se percibe el estado de salud, no se asocia con el nivel de acciones de autocuidado que se llevan a cabo.

CAPITULO IV

4.1 DISCUSIÓN

Los resultados de la presente investigación permitieron verificar la proposición entre los indicadores de los conceptos acciones de autocuidado y factores condicionantes básicos en una muestra de adultos aparentemente sanos. La conducta de autocuidado en este estudio, se vio afectada por la percepción del estado de salud y por el sexo, considerando que ambos aspectos son permeados por la cultura Orem (1993, p. 134).

EL estado de salud desde el punto de vista perceptual y clínico predijo de manera significativa el nivel de acciones de autocuidado y las mujeres mostraron un nivel más alto de acciones de autocuidado que los hombres. La influencia de la percepción del estado de salud sobre las acciones de autocuidado concuerda con lo reportado por Cadena (1999), quién relacionó la percepción del estado de salud con el apego al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar y reportó que los pacientes que mejor observan el tratamiento perciben un mejor estado de salud. Así mismo, soporta los hallazgos de Campa (1997) quién reportó una relación positiva y significativa entre la percepción del estado de salud y el cuidado dependiente de los cuidadores de pacientes con discapacidad motora. Orem (1993, p.134) expresa en su teoría que en los adultos el estado de salud juega un papel importante, ya que a partir de la percepción que el individuo tenga de ella, va a realizar acciones de autocuidado.

Sin embargo cuando se comparó el estado de salud desde el punto de vista clínico se pudo ver que el IMC fue más alto en las mujeres que en hombres encontrándose que el 65 por ciento de las mujeres y 54.3 por ciento de los hombres son obesos. Estos resultados concuerdan con Gonzáles y Stern (1993) quienes reportaron en población adulta una mayor prevalencia de obesidad en las mujeres con respecto a los hombres (60 por ciento vs 37 por ciento).

Los resultados sugieren además que los individuos no están conscientes de realizar acciones de autocuidado que les mantengan un peso proporcional a su talla y con cifras de colesterol dentro de los límites reportados como normales en hombres y en mujeres. El alto porcentaje de sujetos con sobrepeso, obesidad e hipercolesterolemia concuerda con los hallazgos de Escobedo de la Peña y Cols. (1994), quienes reportaron que los niveles de colesterol sérico en ambos sexos tuvieron una contribución significativa para explicar la mortalidad por cardiopatía isquémica en México.

Con relación a las conductas nocivas, el 61 por ciento de los sujetos consumían tabaco; 78 por ciento consumían alcohol; 80 por ciento ingerían café y 82 por ciento no realizaban ejercicio, lo que permite ver que un alto porcentaje de la población se encuentra en riesgo de enfermedad cardiovascular, según lo reportado en estudios anteriores por González y Cols. (1996) y Lukkarinen & Hentinen (1997)

La pregunta que planteaba que si el estado de salud de los adultos se percibe en un nivel alto, el nivel de acciones de autocuidado es bajo, los hallazgos reportaron un resultado no significativo pudiendo semejarse con lo que encontró Acevedo (1997), quien utilizando el Modelo de Promoción de la salud de Pender reportó que no se encontró influencia de la percepción del estado de salud sobre la percepción de beneficios, autoeficacia y afectos. Es

decir que las personas no asocian la práctica de acciones de autocuidado con su estado de salud.

En el mismo sentido Bronfman, Castro, Zúñiga, Miranda y Oviedo (1997), quienes estudiaron la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios, reportaron que solo ante la manifestación de una enfermedad el usuario inicia la prevención buscando con eso evitar caer enfermo; En otras palabras, no poder levantarse para ir a trabajar o realizar sus actividades que normalmente realiza. Los autores refieren que solo cuando se cae enfermo se toman acciones para evitar que la enfermedad evolucione hacia la gravedad.

La tercera hipótesis se confirmó mostrando una diferencia significativa entre el mayor nivel de acciones de autocuidado de las mujeres con respecto al de los hombres. Estas diferencias concuerdan con lo reportado por Lukkarinen & Hentinen (1997), quienes al describir las capacidades de autocuidado en pacientes con enfermedad coronaria y los factores de riesgo relacionados con ésta, encontraron que los hombres practicaban menos conductas de autocuidado que las mujeres. El hallazgo concuerda también con Lonquist, Weiss & Larsen (1992) quienes al estudiaron el valor de la salud y sexo para predecir la conducta promotora de la salud, y reportaron que las mujeres se ocupaban más de las conductas promotoras de salud que los hombres.

Un dato contrario a lo encontrado con relación a la tercera hipótesis de esta investigación es el reportado por Ross & Bird (1994), quienes estudiaron estratificación por sexo y estilos de vida que afectan la salud y las consecuencias para la salud percibida para hombres y mujeres. Las autoras reportaron, que la interacción de género con la salud percibida tuvo un efecto positivo para la salud de los hombres no así para mujeres.

4.1. Conclusiones

Desde el punto de vista teórico se concluyó que los factores condicionantes básicos: Sexo y estado de salud, predicen de forma significativa las acciones de autocuidado que evitan la práctica de conductas nocivas a la salud.

Desde el punto de vista clínico, la población estudiada se encuentra expuesta a un alto riesgo de enfermedad cardiovascular ya que un alto porcentaje consume alcohol, tabaco y café.

En esta investigación se pudo determinar que el sexo es un factor importante en el autocuidado observándose que las mujeres realizan más acciones de autocuidado que los hombres.

4.2. Recomendaciones

Replicar la investigación aplicando los mismo conceptos teóricos, con una muestra de nivel socioeconómico alto suponiendo que la educación y el nivel socioeconómico facilita al individuo la práctica de acciones de autocuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo, I. (1997) Ejercicio físico y control metabólico en mujeres adultas diabéticas. Tesis inédita de Maestría en Enfermería con énfasis en Salud Comunitaria, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México
- Aisnworth, B., Haskell, W., Leon, A., Jacobs, D., Montoye, H., Sallis, J & Paffenberger R. (1993). Compendium of physical activities classification of energy. Cost of human physical activities. Medicine and Science in Sports and Exercise, Oficial Journal of American College of Sports Medicine. 25, (1). 71 - 60
- Bertrand, M. (1997). Es posible poner coto a las enfermedades cardiovasculares en los países en desarrollo. Foro Mundial de la Salud, Revista Internacional de Desarrollo Sanitario, OPS. 18 (2). pp. 183 -185
- Bronfman, M., Castro, R., Zúñiga, E., Miranda, C., Oviedo, J. (1997). Del cuanto al porque: La utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. Salud Pública de México, 39 (5). 442 – 450.
- Cabezú, M., Iriarte, J., Gandarias, J., y Bajón, M. (1994). Revisión de factores de riesgo cardiovascular, Cardiovascular 15 (9). 380 – 387.
- Cadena, F. (1999). Apego al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en la ciudad de Nuevo Laredo Tamaulipas. Tesis inédita de Maestría en Enfermería con énfasis en Salud Comunitaria, Monterrey, Nuevo León, México,
- Campa T. (1997). Capacidad de los cuidadores de pacientes con discapacidad motora. Tesis inédita de Maestría en Enfermería con énfasis en Salud Comunitaria, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.
- Cockerman, W., Kunz, G, Lueschen, G. (1998). Social stratification and health lifestyles in two systems of health care delivery: A comparison of the United States and West Germany. Journal. Health and Social Behavior. 29 (2). 113 – 126.

De la Fuente, J y Kershenobich, D. (1992). El alcoholismo como problema médico. Rev. Fac Med UNAM. 35 (2). 47 – 51

Escobedo de la Peña, J., Escamilla, J., Santos, C. (1994). Colesterol sérico y diabetes mellitus: Principales factores de riesgo independientes en la mortalidad por cardiopatía isquémica en México. Archives Cardiologic México 64: 189 – 195

Fagerström, K. (1991). El papel del médico general en la suspensión del hábito de fumar. Revista Educativa para la Salud. México, 17 (31) 31- 52.

Gallegos, E. (1996). The effect of social, family and individual conditioning factors on self-care agency and self-care of adult mexican women. Tesis inédita de Doctorado en Enfermería. Wayne University, Detroit, Michigan, Estados Unidos

González, C., Martínez, S., Arredondo, B., González, M., Rivera, D., y Stern, M. (1996). Factores de riesgo cardiovascular en la ciudad de México. Estudio en población abierta. Revista Médica del IMSS, México, 34 (6) 461–466.

González, C y Stern, M. (1993). La Obesidad como factor de riesgo cardiovascular en México. Estudio en población abierta. Revista de Investigación Clínica, 45 (1) 13-21.

Henry. (1991). Clinical diagnosis and management by laboratory methods. 18th Edition, W. B. Saunders, Philadelphia, PA:

Instituto Nacional de Estadística e Informática, (INEGI), (1997). Dirección de Estadísticas Demográficas y Sociales, Estimación por entidad Federativa y Municipal, INEGI; México.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEGI), (1997). Anuario estadístico del estado de Nuevo León, INEGI, Monterrey, México.

Ley General de Salud. (1987). Reglamento de la ley de salud en materia de investigación para la salud. 2^{da} ed, Porrúa, México.

Lonquist, L., Weiss, G., Larsen, D. (1992). Health value and gender in predicting health protective behavior. Women & Health, 19 (2/3) 69–84.

Lukkarinen, H & Hentinen, M. (1997). Self-care agency and factors related to this agency among patients with coronary heart disease. Journal of Nursing Studies. 34 (4) 295–304.

MacDonal, M., Sawatsky, J., Wilson, T & Laing, G. (1991). Lifestyle profiles of hypertensives. CJCN 2 (2) 3 – 8.

Orem, D. (1993). Modelo de Orem: Conceptos de Enfermería en la Práctica. (vol 4) (trad. M^o. Luis Rodrigo). Madrid: Ed. Científicas y Técnicas, trabajo originalmente publicado en (1991).

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1990). La hipertensión arterial como problema de salud comunitario. Manual de Normas Operativas para un Programa de Control en los Diferentes Niveles de Atención. Washington D . C.

Pinzón Y. y Jojoa, M. (1998). Propuesta de intervención en salud ocupacional para la prevención de enfermedad cardiovascular en el personal de tráfico y mantenimiento de una aerolínea colombiana. Actualizaciones en Enfermería, 1 (4) 8-9.

Podoswa, S. y Contreras, P. (1993). El café su producción y sus cualidades exquisitas. Cuadernos de Nutrición, 16 (6) 18-32.

Polit, D. & Hungler, B. (1997). Investigación Científica en Ciencias de la Salud. Editorial McGraw Hill – Interamericana, 5^{ta} Ed, México.

Prieto, S., Amich, S., y Salve, M. (1993). Laboratorio Clínico. Principios Generales. Editorial McGraw – Hill Interamericana, España.

Ross, C & Bird, C. (1994). Sex stratification and health lifestyles: consequences for men's and women's perceived health. Journal. Health and Social Behavior. 35 (1) 161-178.

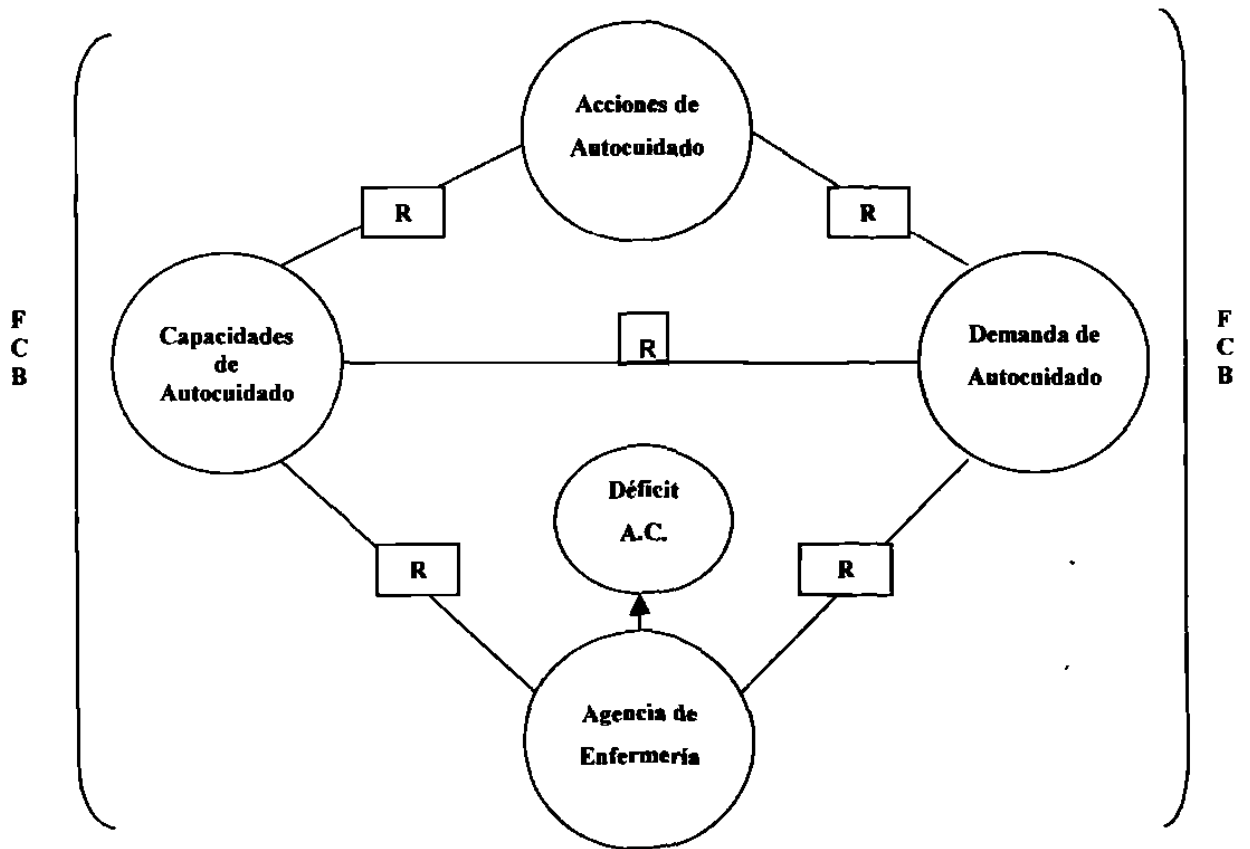
Stewart, A., Hayes, R., & Ware, J. (1988). Communication the MOS short-form general health survey; reliability and validity in a patient population. Medical Care. 26 (7) 724-732.

Vázquez, M., Romero, E., Escandon, C., y Escobedo de la Peña, J. (1993). Prevalencia de diabetes mellitus no insulino dependiente y factores de riesgo, asociados en una población de México, D. F. Gaceta Médica de México. 129 (3) 191-199.

APENDICES

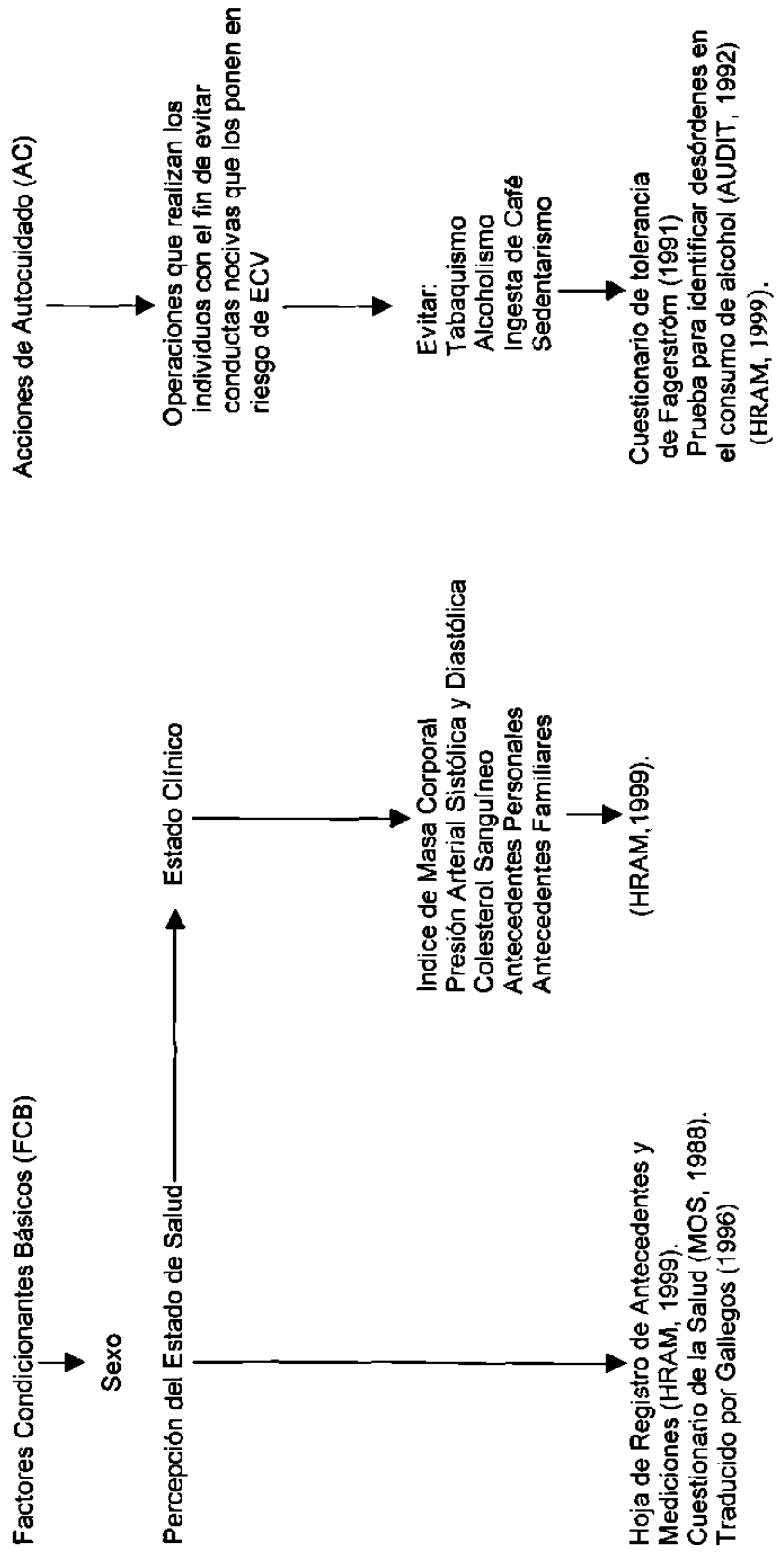
APENDICE 1

Marco Conceptual para la Enfermería (Orem; 1993)



APENDICE 2

Estructura Conceptual, Teórica, Empírica



APENDICE 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al firmar este documento doy mi consentimiento para participar en esta investigación, que tiene como finalidad determinar como influyen la percepción del estado de salud y el sexo en las acciones de autocuidado consideradas como factor de riesgo para ECV

Estoy consciente que el conocimiento que se obtenga puede ser de importancia para mejorar la calidad de atención que recibimos los pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular

Mi participación va a consistir en responder cuatro instrumentos sobre antecedentes y mediciones, sobre la percepción de salud, sobre percepciones, preferencia y posibilidades del paciente hipertenso, sobre dependencia de la nicotina y otro para determinar el consumo excesivo de alcohol, así mismo se me tomará el peso, talla, y una muestra sanguínea para determinar colesterol en sangre.

Entiendo que el Lic. Jorge Arturo Zamora Víquez, desarrolla este trabajo como parte del programa de Maestría en Salud Comunitaria en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) y que no corro ningún peligro, que mi participación es voluntaria y puedo salir de la investigación cuando lo desee. También estoy consciente que se respetará mi privacidad y mis derechos y que la información que brinde será confidencial.

Firma del entrevistado

Firma del entrevistador

Testigo _____ Monterrey, Nuevo León, México Fecha _____

APÉNDICE 4

TÉCNICAS PARA MEDIR LAS VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS

Procedimiento para Medir el Peso

- Colocar la báscula en el piso en una superficie plana
- Calibrar la báscula en cero antes de pesar al paciente
- Pedir al sujeto que se retire los zapatos y el exceso de ropa que traiga
- Colocar al paciente en posición firme (columna extendida), los pies juntos y los brazos colgando a ambos lados del cuerpo mirando al frente
- Leer el peso y registrarlo, separando con un punto los kilogramos de las fracciones, por ejemplo a 53.5 ó 53.500.

Procedimientos para Determinar la Talla

- El paciente debe de colocarse de pie en posición firme con los pies juntos y sin doblar las rodillas y sin calzado.
- Observar que la persona que se va a medir no traiga diademas, sombrero, moños u otros objetos en la cabeza.
- Solicitar a la persona que se apoye de espaldas contra la tabla que tiene la cinta métrica. El sujeto debe de estar firme sin estirar la columna vertebral, ni subir los hombros o levantar los talones
- La cabeza debe de estar con la vista dirigida hacia el frente y permanecer en esa posición mientras dure la lectura.

- Se debe tomar una pared lisa, sin desniveles o relieves, luego pedirle al sujeto que se pegue a ella y proceder a tallarlo, cuidando de no doblar la cinta, y con la ayudada de una escuadra hacer la lectura.
- El paciente debe mantenerse en esa posición mientras se registra la medida que es una acercamiento a la décima más próxima.
- Repetir el procedimiento para validar el procedimiento anterior

Procedimiento para la Punción Venosa

- Sentar al paciente y explicar el procedimiento
- Revisar las venas para elegir el sitio de punción
- Colocar a 10 cm el torniquete del vaso seleccionado que se va a puncionar.
- Limpiar la zona con una torunda con alcohol con movimientos circulares del centro hacia fuera y secar la zona
- Sujetar el vaso y hacer la punción en la vena seleccionada. La aguja debe de ir con el bisel hacia arriba en un ángulo de 15 grados
- Extraer lentamente 3 cc de sangre, retirar el torniquete, colocar una torunda sobre el sitio de punción y hacer presión sobre el mismo
- Vaciar el contenido de sangre a través de la pared de un tubo de ensayo sin anticoagulante, y mover lentamente para evitar hemólisis
- Rotular el tubo con el nombre del paciente y fecha. Colocarlo en un termo entre 2 a 8 grados mientras se traslada al laboratorio (Prieto, Amich y Salve, 1993).

Procedimiento para la Toma de Presión Arterial

- Sentar al paciente con el brazo derecho sentado en una superficie firme doblado en un ángulo de 45 grados a la altura del nivel del corazón (cuarto espacio intercostal). Dejar reposar antes por lo menos de 5 a 10 minutos para evitar que esté agitado.
- Colocar el manguito o brazal adecuado a las medidas del brazo de tal manera que su borde inferior quede por lo menos 2-3 cm por encima del pliegue del codo.
- Inflar el manguito rápidamente hasta un nivel inmediatamente superior a la presión palpatoria radial.
- Desinflar el manguito hasta llegar a 0 en la columna de mercurio.
- Inflar de nuevo y determinar la presión por el método auscultatorio desinflando el manguito a una velocidad de 2 mm por segundo.
- Se debe registrar el dato por método visual al valor más cercano a los 2 mmHg, Ejemplo: 80, 92, 96, aboliendo la preferencia por cero.

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

JORGE ARTURO ZAMORA VÍQUEZ

Candidato para el grado de Maestro en Ciencias de Enfermería con Énfasis en Salud comunitaria

Correo electrónico: Jzamora68@hotmail.com

TÉSIS: ESTADO DE SALUD Y AUTOCUIDADO EN ADULTOS EXPUESTOS A ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.

Campo de Estudio: Salud Comunitaria.

Biografía: Nacido en San Isidro del General, Pérez Zeledón, Costa Rica, el 9 de Octubre de 1964. Hijo de Tobías Zamora Ureña y Nelly Víquez Hernández.

Educación: 1989 – 1992 Bachiller en enfermería en el Colegio Andrés Bello, Universidad Autónoma de Centroamérica .

1995 1996 Licenciatura en Enfermería Universidad Santa Lucía

Marzo 1999 . Diciembre del mismo año. Diplomado en Administración Estratégica de los Servicios de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México.

Experiencia Profesional: Enero 1993 – Marzo del mismo año, enfermero general área de medicina Hospital Escalante Pradilla, Pérez Zeledón

Abril 1993 – Agosto del mismo año, enfermero general área de Medicina , emergencias y cuidados intermedios Hospital Max Peralta de Cartago.

Octubre 1993 –Marzo 1994, enfermero general Maternidad Adolfo Carit, San José.

Marzo 1994 hasta la actualidad enfermero área de cirugías Hospital México, San José, con experiencia en áreas de Cirugía General, Emergencias Quirúrgicas, Urología, Transplante Renal, transplante de Médula Ósea y consulta externa en el área de Hematología .

Enero 1998 – Mayo 1998 profesor del curso Medicoquirúrgico II, en la Universidad Santa Lucía



