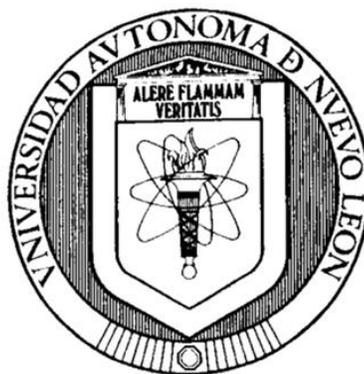


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



FACTORES SIGNIFICATIVOS EN LAS ACCIONES DE AUTOCUIDADO EN
ADULTOS MEXICANOS CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: ABORDAJE

MIXTO

POR

ME. DAYSI AMPARO ARANDA SANCHEZ

DIRECTOR DE TESIS

DCE. JUANA MERCEDES GUTIÉRREZ VALVERDE

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2022

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



FACTORES SIGNIFICATIVOS EN LAS ACCIONES DE AUTOCUIDADO EN
ADULTOS MEXICANOS CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: ABORDAJE

MIXTO

POR

ME. DAYSI AMPARO ARANDA SANCHEZ

ASESOR INTERNACIONAL.

DRA. VERÓNICA TÍSCAR GONZÁLEZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE

DOCTOR EN CIENCIAS LA ENFERMERÍA

AGOSTO, 2022

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



FACTORES SIGNIFICATIVOS EN LAS ACCIONES DE AUTOCUIDADO EN
ADULTOS MEXICANOS CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: ABORDAJE

MIXTO

POR

MCE. DAYSI AMPARO ARANDA SÁNCHEZ

ASESOR ESTADÍSTICO

DRA. JEYLE ORTIZ RODRÍGUEZ

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE

DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2022

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERÍA



FACTORES SIGNIFICATIVOS EN LAS ACCIONES DE AUTOCUIDADO EN
ADULTOS MEXICANOS CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: ABORDAJE

MIXTO

POR

MCE. DAYSI AMPARO ARANDA SÁNCHEZ

ASESOR DE ANÁLISIS CUALITATIVO

DR. JOSÉ VITOR DA SILVA

COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AGOSTO, 2022

FACTORES SIGNIFICATIVOS EN LAS ACCIONES DE AUTOCUIDADO
EN ADULTOS MEXICANOS CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR:

ABORDAJE MIXTO

Aprobación de Tesis

DCE. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde
Director de Tesis

DCE. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde
Presidente

Dr. Milton Carlos Guevara Valtier
Secretario

Dra. Yolanda Flores Peña
1er. Vocal

Dr. Geu Salome Mendoza Catalán
2do. Vocal

Dr. Verónica Tíscar González
3er. Vocal

Dra. María Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

Agradecimientos

Agradezco a Dios por su ayuda en la culminación de este desafío importante en el crecimiento de mi vida profesional académico, brindándome cada día sabiduría y fortaleza.

Agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología [CONACYT] por el sustento económico en beneficio de mi formación académica.

A la Directora de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León la Dra. María Guadalupe Moreno Monsiváis, a la Dra. María Magdalena Alonso Castillo, Subdirectora de Posgrado e Investigación, por el apoyo brindado durante mis estudios de doctorado en esta universidad.

A mi directora de Tesis, la Dra. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde por guiarme y compartir sus conocimientos y experiencia en investigación, por su paciencia y empatía durante este proceso, porque sin su apoyo el camino no hubiese sido fácil, gracias por preocuparse por mí y brindarme su amistad, la quiero mucho.

Al Dr. Milton Carlos Guevara Valtier, por brindarme su experiencia, conocimientos y su amistad, durante el desarrollo de la tesis.

A la Dra. Verónica Tíscar Gonzáles por brindarme su tiempo y recomendaciones para la mejora de este proyecto.

A la Dra. Yolanda Flores Peña, y al Dr. Geu Salome Mendoza Catalán por su apoyo en el proceso final de mi tesis

A todos los maestros y personal administrativo de la Facultad de Enfermería y de la Subdirección de Posgrado e Investigación de la Universidad Autónoma de Nuevo León, mi agradecimiento por su contribución en mi superación profesional.

Agradezco de manera especial al personal directivo y administrativos de las clínicas de Salud por haberme facilitado realizar el presente estudio. A cada uno de los participantes, mi agradecimiento por su contribución.

Dedicatoria

Primeramente, dedico a Dios este logro importante en mi vida, con quien estoy eternamente agradecida por haberme dado el valor, la sabiduría y fortaleza para concluir este proyecto. Por haberme acompañado en las tristezas y en las alegrías que se presentaron en este camino.

A mi esposo José Antonio Palacios Malqui, por su amor y apoyo incondicional.

A mi hijo Matthew Joseph Palacios Aranda por su paciencia y comprensión.

A mi padre Abelardo Aranda Mendoza⁺, quien en vida me proporcionó todo su apoyo para emprender este desafío, a mi madre Nimia Lucila Sánchez Quispe por sus oraciones constantes para tener fortalezca y no desfallecer. A mis hermanos por brindarme su apoyo incondicional, y amor que fueron un factor muy importante en este proceso, dándome ánimo en todo momento. Los amo.

A todos los maestros que han sido parte de mi formación académica de doctorado y brindado los conocimientos necesarios para lograr este sueño.

Y finalmente, a mis compañeros de doctorado, con quienes compartí esta gran experiencia del doctorado, gracias por su apoyo, compañerismo y paciencia que me dieron durante estos tres años.

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Marco Epistemológico de Métodos Mixtos	8
Marco Teórico del Enfoque Cuantitativo	10
Marco Teórico del Enfoque Cualitativo	19
Teoría de representaciones sociales	
Conceptos de la Propuesta de Investigación	22
Estudios Relacionados	30
Definición Operacional de Términos	62
Objetivos de la Investigación	64
Objetivo General	64
Objetivos Específicos	64
Capítulo II	
Metodología	67
Diseño de Investigación	67
El Diseño de MM Secuencial Explicativa de Dominio	67
Diseño de la Fase 1 (CUAN)	69
Diseño de la Fase 2 (cual)	69
Población del Estudio	69

Contenido	Página
Muestra del estudio	70
Muestreo de Métodos Mixtos Secuencial	70
Reclutamiento de los Participantes del Estudio	71
Consideraciones Éticas del Estudio	72
Recolección de Datos Fase 1 (CUAN)	74
Descripción de Instrumentos	75
Recolección de Datos Fase 2 (cual)	82
Análisis de Datos de la Fase 1 (CUAN)	83
Análisis de Datos Fase 2 (cual)	85
Análisis de Métodos Mixtos	85
 Capítulo III	
Resultados	87
Resultados de la Fase 1 (CUAN)	87
Estadística Descriptiva de las variables del Estudio	87
Consistencia Interna de los Instrumentos	88
Análisis Inferencial	90
Resultados de la Fase 2 (cual)	100
Resultado del Análisis de Métodos Mixtos	107
Modelo Explicativo del Estudio	110
 Capítulo IV	
Discusión	113
Conclusiones	123

Contenido	Página
Limitaciones	124
Recomendaciones	125
Referencias Bibliográficas	127
Apéndices	
A. Consentimiento Informado para Personas con ECV (Fase Cuantitativa)	149
B. Consentimiento Informado para Personas con ECV (Fase Cualitativa)	152
C. Consentimiento Informado para Hombres y Mujeres Vía Google Forms (Fase Cuantitativa)	155
D. Cédula de Datos Personales y de Comorbilidad	156
E. Inventario de Autocuidado en Enfermedad Cardiovascular	157
F. Inventario de Conformidad de Normas Masculinas (CMNI-22)	161
G. Inventario de Normas de Conformidad Femeninas (CFNI -23)	163
H. Índice de Estado de Actividad Duke	165
I. Escala de Conocimiento sobre Enfermedades Cardiovasculares	166
J. Cuestionario del estudio – Hombres Vía Google Forms (Fase Cuantitativa)	168
K. Cuestionario del estudio – Mujeres Vía Google Forms	171
L. Inventario de Autocuidado de Enfermedades Coronarias (SC-CHDI v3) (Versión Mexicana)	174

Contenido	Página
M. Inventario de Autocuidado de Presión Arterial Alta (SC-CH V3) (Versión Mexicana)	175
N. Propiedades Psicométricas del Inventario de Autocuidado en Enfermedades Cardiovasculares	176
Ñ. Modelo del Inventario de Conformidad de Normas Femeninas	177
O. Modelos del Inventario de Conformidad de Normas Masculinas	178
P. Instrumento de Análisis del Discurso 1 (IAD1)	179

Lista de Tablas

Tabla	Página
1. Diagnóstico médico y comorbilidad de los participantes del estudio	87
2. Consistencia interna de los instrumentos de medida del estudio	88
3. Estadística descriptiva y prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S)	89
4. Efecto de la edad, sexo, escolaridad, comorbilidad, funcionamiento físico, y conocimiento sobre ECV en las acciones de autocuidado	92
5. Efecto de las dimensiones de las normas sociales femeninas en las acciones de autocuidado en mujeres con ECV	97
6. Efecto de las dimensiones de las normas sociales masculinas en las acciones de autocuidado en hombres con ECV	100
7. Instrumento de Análisis de Discurso 2 (IAD2)	101
8. Discurso del Sujeto Colectivo	103
9. Características de las mujeres con ECV entrevistadas	105
10. Metainferencias del análisis de método mixto integrativo explicativo	108

Lista de Figuras

Figura	Página
1. Conexiones entre factores situacionales, de proceso y acciones de Autocuidado	17
2. Estructura teórico - empírica: factores significativos que influyen en las acciones de autocuidado en ECV	28
3. Modelo explicativo de factores significativos que influyen en las acciones de autocuidado en ECV	29
4. Metodología de métodos mixtos del estudio	67
5. Diseño de método mixto secuencial explicativo de dominio cuantitativo	68
6. Gráfico de la muestra cualitativa	70
7. Diagrama de dispersión: edad y acciones de autocuidado	93
8. Modelo de ecuaciones estructurales 1	95
9. Modelo de ecuaciones estructurales 2	99
10. Influencia de la norma social femenina: atención del hogar, en las acciones de autocuidado: abordaje cualitativo	106
11. Modelo explicativo de factores significativos influyentes en las acciones de autocuidado en ECV	112

RESUMEN

Daysi Amparo Aranda Sánchez
Universidad Autónoma de Nuevo León

Fecha de graduación:

Título del estudio: FACTORES SIGNIFICATIVOS EN LAS ACCIONES DE AUTOCUIDADO EN ADULTOS MEXICANOS CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: ABORDAJE MIXTO

Número de páginas: 182

Candidata a obtener el grado de
Doctor en Ciencias de Enfermería

LGAC: Cuidado a la Salud en Riesgos de Desarrollar Estados Crónicos y en Grupos Vulnerables

Objetivos y Método del estudio: El propósito del presente estudio fue probar un Modelo Explicativo: Factores Significativos que Influyen en las Acciones de Autocuidado en Adultos Mexicanos con enfermedad cardiovascular (ECV), a partir de la Teoría de Situación Específica de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca, y desde un enfoque de métodos mixtos, a fin de dar mayor comprensión y explicación respecto a los resultados del factor de índole sociocultural. El modelo propone que factores de persona (edad, sexo, escolaridad, normas sociales femeninas en mujeres o normas sociales masculinas en hombres), de problema (comorbilidad y funcionamiento físico) y de proceso (conocimiento sobre ECV) influyen en los tres tipos de acciones de autocuidado (mantenimiento [autónomo y por consultas a un proveedor de salud], monitoreo y manejo). El diseño mixto fue el secuencial explicativo de dominio cuantitativo. La muestra fue de 345 personas con ECV mayores de 18 años. El análisis cuantitativo fue descriptivo e inferencial (Regresión Lineal Múltiple y Modelo de Ecuaciones Estructurales). Para el análisis de datos cualitativos se usó el Método de Discurso del Sujeto Colectivo. Y el análisis mixto fue el integrativo explicativo.

Resultados y Conclusiones: la edad media de la población fue de 57.7 años. El 59.40% tuvo enfermedad coronaria y el 40.60% tuvo HTA. El 100% de los participantes que tuvieron enfermedad coronaria presentó HTA como comorbilidad asociada. El factor edad influyó positivamente en las acciones de autocuidado de mantenimiento por consulta a un proveedor de salud. El conocimiento sobre las ECV influyó positivamente en las acciones de autocuidado de mantenimiento autónomo y por consultas a un proveedor de salud. La diabetes tipo 2 influyó positivamente en las acciones de autocuidado de mantenimiento por consulta a un proveedor de salud, a su vez, influyó negativamente en las acciones de mantenimiento autónomo. El tener sobrepeso u obesidad influyó negativamente en las acciones de autocuidado de mantenimiento

autónomo. El conocimiento sobre ECV media la influencia entre la edad y las acciones de autocuidado de mantenimiento por consulta a un proveedor de salud, así como también, media la influencia de la norma social femenina (atención del hogar) en las acciones de autocuidado de manejo en ECV. Los resultados cualitativos dieron mayor explicación de los resultados cuantitativos mediante las expresiones claves que se agruparon en seis ideas centrales, y son: 1) estrés por las tareas del hogar; 2) tareas del hogar y automedicación; 3) tareas del hogar y ansiedad; 4) la falta de tiempo por las tareas del hogar; 5) agotamiento por las tareas del hogar; y 6) el cuidado a un familiar enfermo. Los hallazgos de este estudio contribuyen al desarrollo del cuerpo de conocimientos de enfermería y permitió tener una visión integral respecto a la influencia de la norma social femenina (atención del hogar) en las acciones de autocuidado. Se recomienda la aplicación de método mixtos secuencial explicativo en factores de índole sociocultural, puesto que otorga mayor comprensión y explicación. Los resultados permiten proponer intervenciones estratégicas de tipo educativo para el fomento de conductas o acciones autónomas de prevención (estilo de vida saludable) y de conductas relacionados al cumplimiento de las indicaciones terapéuticas a nivel de atención de salud primaria y secundaria. Además, se recomienda proponer intervenciones de educación respecto al monitoreo de signos y síntomas, y de cómo afrontar y dar respuesta a los signos y signos anormales que puedan presentarse en el proceso de la enfermedad de la persona con ECV.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS: _____

Capítulo I

Introducción

La Asociación Americana del Corazón define las ECV como todas las enfermedades del sistema circulatorio excepto las de origen congénito. Refiere que la prevalencia de las ECV incluye personas con hipertensión, cardiopatías o enfermedad coronarias e insuficiencia cardíaca (Virani et al., 2020).

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) lideran como causa de morbimortalidad en el adulto (Leslie et al, 2019). La Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que en el 2016 las ECV fueron la principal causa de muertes en el mundo con 17.9 millones de defunciones en personas de 30 a 70 años, y refieren aumentaría a 22.2 millones de defunciones para el 2030 (World Health Organization, 2018). Las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares fueron las más letales con 15.2 millones. Más del del 75% de las muertes por ECV ocurrieron en países de ingresos económicos medio y medio bajo (Secretaría de Salud [SSA], 2018).

No obstante, la probabilidad de muerte en personas con ECV ha aumentado más de lo previsto en los últimos años debido la pandemia COVID - 19. Estudiosos refieren que las personas que adolecen alguna ECV son más vulnerables a sufrir una lesión miocárdica por el SARS-CoV-2, ya sea por un daño directo del virus al miocardio o por respuestas inflamatorias sistémicas (Guo et al., 2020 y Salazar et al., 2020). Wang et al. (2020), reportaron, que de los pacientes con severos síntomas por COVID-19, el 58% tuvo hipertensión, 25% enfermedad coronaria y 44% arritmias. Así mismo, La Comisión Nacional de Salud en China refiere, que de los pacientes infectados por el SARS-CoV-2,

el 35% tuvo hipertensión y 17% enfermedad coronaria (Zheng et al., 2020). Esto infiere, que personas con ECV como primera causa de morbilidad demandan vital atención con pandemia, o sin pandemia.

En México, las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en el 2018 con el 20.7% de las muertes totales en personas de 45 años a más. De las cuales el 72.7 % fue por enfermedades isquémicas del corazón seguido por hipertensión con 15.9%; se presentó mayor prevalencia en hombres 53.5% (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2019). Por su parte, la Secretaría de Salud informó que, en hospitales del sector público, el infarto agudo de miocardio (IAM) tuvo la tasa más alta de defunciones oscilando entre 23.9 y 52.5 muertes por cada 100 egresos (Secretaría de Salud [SSA], 2016, p.124). Y según Rosas et al., (2017) cada tres minutos ocurre un ataque cardíaco en México.

La Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Epidemiología, reporta que las ECV en el país va en aumento. En el 2019 hubo más de 71 mil casos de enfermedad isquémica del corazón, nueve mil casos más respecto al año anterior; y más de medio millón de personas diagnosticadas con hipertensión arterial. En el mismo año, el estado de Nuevo León ocupó el sexto lugar en el país con más de cuatro mil casos de enfermedad isquémica del corazón y cerca de 28 mil casos de hipertensión arterial (SSA, 2019, p. 47).

Un estudio realizado por Sánchez et al. (2016) en la ciudad de México, indicó el 25% de los ingresos en un hospital de tercer nivel fue por ECV. La cardiopatía isquémica fue el principal motivo (41%), seguido del infarto agudo al miocardio (16%), y del síndrome coronario isquémico (12%); mayor prevalencia en hombres (69%) y en

aquellos de 50 a 60 años (49%). Además, refieren que de los egresos registrados en el mismo nosocomio el 75% de los pacientes reingresan por alguna complicación cardíaca. Lo que podría deberse entre otros factores a un deficiente autocuidado por parte del paciente. El incumplimiento al tratamiento farmacológico y no farmacológico de las personas con ECV refleja pobre autocuidado que conlleva a resultados clínicos inesperados como las complicaciones cardíacas, discapacidad y hospitalización con posible muerte (Gandapur et al., 2016).

Según Thomas et al. (2018), la Asociación Americana del Corazón indica que más del 50% de los pacientes con enfermedad coronaria necesita rehabilitación cardíaca (RC) ambulatoria como medida de prevención secundaria después del alta hospitalaria. Sin embargo, las tasas de aceptación y adherencia al programa de RC están muy por debajo de lo esperado (González-Salvado et al., 2019), sólo un tercio de los pacientes asisten a dichos programas (Frederix et al., 2019). México presenta una de las tasas más bajas de derivación a un programa de RC con un 5%. (Ragupathi, et al., 2017). Estudios reportan que entre los factores de mayor riesgo para las ECV y sus complicaciones son la hipertensión arterial, obesidad, dislipidemias y diabetes mellitus tipo 2 (Areiza et al., 2018; Koohi & Khalili, 2020). De lo anterior, es necesaria en el país la implementación de programas de intervención en personas con ECV centradas en el autocuidado para la prevención de complicaciones lamentables que podrían acortar la vida activa y salud de un adulto.

Se observa que la población que padece ECV en el mundo y en México son en su mayoría personas en edad adulta con alto riesgo de discapacidad laboral que afectaría su economía individual, familiar y del estado. Las complicaciones de las ECV con

consecuente hospitalización obligan desembolsos económicos tanto del paciente como de los servicios de salud. Situación que podría prevenirse con programas de prevención primaria y secundaria fortaleciendo el autocuidado que ayuden al paciente al manejo de su propia enfermedad.

Riegel et al. (2016) en su Teoría de Situación Específica de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca definen el autocuidado como un proceso de toma de decisiones en entornos reales que involucra acciones de autocuidado para *mantener la estabilidad fisiológica* (como adherencia al tratamiento y a conductas saludables); que facilitan la *percepción de los síntomas* (monitorear síntomas y estar atento a cambios fisiológicos del cuerpo); y que dirigen *el manejo* de esos síntomas (respuesta a los síntomas). Refieren que existen factores específicos de persona (como edad sexo, escolaridad y normas sociales); de problema (como comorbilidad y funcionamiento físico); de entorno (apoyo de otros); y de proceso (como el conocimiento de la enfermedad) que afectan las acciones de autocuidado. Esta definición orienta no sólo a la identificación de factores influyentes en el autocuidado, sino también, proporciona el potencial a un mayor entendimiento de cómo algunos factores afectan las decisiones respecto al autocuidado en un entorno real.

Es importante destacar que las personas con ECV como infarto agudo de miocardio, hipertensión y síndrome coronario agudo llamada también angina, presentan características específicas de situación (de persona, de problema y de entorno) y de proceso, descritas en la teoría de situación específica de Riegel et al. (2016), y que frecuentemente se tornan en factores que influyen en las acciones de autocuidado. Conocer y comprender la influencia de estos y otros factores en el autocuidado del

paciente con ECV es importante para la formulación de estrategias de prevención de eventos fatales.

Numerosas investigaciones cuantitativas y cualitativas han identificado diversos factores que influyen en las ECV y en su autocuidado, entre ellos factores personales, sociales, económicos, de accesibilidad a la atención, cognitivos, étnicos, de creencias, de componentes de sistemas de salud, entre otros (Biddle et al.,2020; Gil & Oh, 2018; Granger et al., 2015; Gupta et al., 2019; Jin et al., 2020; King-Shier et al, 2017; King-Shier et al., 2018; Koirala et al.,2020; Lee & Song, 2015; Leslie et al. 2019; Luo et al., 2020; Melo, 2018; Meraz, 2020; Mohammad et al., 2018; Ranjbar et al., 2018; Riegel et al., 2016; Risso-Gill et al. 2015).

Se encontró, que mientras algunos factores como la comorbilidad, funcionamiento físico y conocimiento de la enfermedad influyen positivamente en acciones de autocuidado en ECV (Koirala et al.,2020; Ranjbar et al., 2018; Riegel et al., 2016); en otros estudios estos mismos factores indicaron resultados de manera inversa (Biddle et al.,2020; Mohammad et al., 2018; Riegel et al., 2016). Por lo cual es necesario corroborar la influencia de dichos factores en el autocuidado en adultos mexicanos con ECV. Se encontró, además, diferencias en los resultados respecto al factor sexo y su relación con el autocuidado en ECV. Leslie et al. (2019) identificaron que los hombres son menos adherentes al autocuidado que las mujeres, mientras que Biddle et al. (2020) reportaron que los pacientes hombres tenían mayor probabilidad de tener mejor autocuidado que las mujeres. Estos estudios no dan mayor explicación de por qué las mujeres o los hombres son más o menos adherentes al autocuidado.

Se conoce que las formas de enfermar en hombres y en mujeres no son sólo

explicadas por diferencias genéticas. Courtenay (2000) refiere que las normas sociales requeridas para demostrar feminidad y masculinidad se asocian a ventajas y riesgos para la salud de manera diferente. Los hombres y las mujeres con ECV muchas veces viven en condiciones de vulnerabilidad impuestas por la cultura, sociedad y características individuales que se reflejan en las formas de auto cuidarse y de afrontar la enfermedad (Fernández et al. 2018; Tannenbaum & Frank, 2011). Dickson et al. (2013) refieren que las normas sociales interfieren en la voluntad de las personas para acceder al apoyo de otros, lo que conduciría a un pobre autocuidado.

Las normas sociales son reglas y estándares que guían y restringen el comportamiento de un hombre o una mujer. Como resultado de las normas sociales, las personas aprenden lo que se espera de ellas en sus interacciones sociales, dicho de otro modo, aprenden las “costumbres, tradiciones, normas, reglas, modas” que constituyen las normas sociales (Mahalik et al., 2003).

Mahalik et al. (2005) consideraron a la feminidad como el grado de conformidad de las mujeres con las normas que dictan la sociedad y que se consideran adecuados en una sociedad y/o cultura. En los adultos con ECV, las normas sociales para mostrar feminidad podrían afectar la decisión de auto cuidarse.

Conociendo que las normas sociales son de índole sociocultural, se propone indagar cómo las normas sociales femeninas y normas sociales masculinas influyen en las acciones de autocuidado (mantenimiento, monitoreo y manejo) desde un enfoque mixto (cuantitativa y cualitativa) que permita explorar y conocer las experiencias que darían mayor comprensión y explicación de por qué los hombres o las mujeres se adhieren o no al autocuidado. Estos factores se han estudiado en otras enfermedades en

forma aislada y no en conjunto, además no se han encontrado estudios que otorguen mayor explicación de cómo afecta o influye las normas sociales femeninas o masculinas, lo que da originalidad a este estudio.

El estudio se abordó desde un enfoque innovador de métodos mixtos de análisis explicativo, en donde los resultados cuantitativos fueron corroborados y explicados desde los resultados cualitativos; a su vez, permitió la generación de nuevas variables respecto a cómo las normas sociales femeninas influyen en las acciones de autocuidado.

En México, estudios de enfoque cuantitativo examinaron factores conductuales, psicológicas y cognitivas del individuo y su entorno inmediato (familia, pares) que afectan el autocuidado y el apego al régimen terapéutico en paciente con diabetes e hipertensión, desde una perspectiva sólo de automanejo o manejo del autocuidado, pero no desde acciones de mantenimiento y monitoreo del autocuidado, y como condiciones de riesgo cardiovascular y no en enfermedades cardiovasculares (De León et al., 2019; León et al., 2019; Luna et al., 2017; Maldonado et al., 2018; Mar et al., 2017; Mendoza, 2017; Peñarrieta et al., 2015; Trujano et al., 2009 y Villalobos et al., 2019). Así mismo, no se ha encontrado evidencia empírica que haya explorado cómo las normas sociales femeninas y masculinas influyen en las acciones de autocuidado (mantenimiento, monitoreo y manejo) desde un enfoque integral (mixto).

Por lo tanto, el propósito de este estudio fue desarrollar y probar el modelo explicativo: Factores Significativos que Influyen en las Acciones de Autocuidado en ECV, en donde se establece que los factores de persona (edad, sexo, escolaridad, normas sociales femeninas y normas sociales masculinas); de problema (comorbilidad y funcionamiento físico); y de proceso (conocimiento sobre ECV) influyen en las acciones

de autocuidado (mantenimiento, percepción de síntomas y manejo) en población adulta mexicana con ECV, desde un abordaje de métodos mixtos secuencial explicativo de dominio cuantitativo. Es decir, sólo los datos cualitativos de los factores normas sociales fueron usados para corroborar y dar mayor explicación a los resultados cuantitativos de la influencia en las acciones de autocuidado.

Preguntas de investigación:

- a) ¿Qué factores influyen en las acciones de autocuidado en adultos mexicanos con ECV?
- b) ¿Cómo influye las normas sociales femeninas y/o masculinas en las acciones de autocuidado de los adultos mexicanos con ECV?
- c) ¿Cómo los datos cualitativos explican los resultados cuantitativos respecto a la influencia de las normas sociales en las acciones de autocuidado de los adultos mexicanos con ECV?

Comprender y conocer los factores más significativos que influyen en las acciones de autocuidado en población adulta mexicana con ECV ayudará a diseñar intervenciones sobre factores modificables y promover el autocuidado en el nivel de atención primaria y secundaria. Además, los resultados permitirán evaluar la idoneidad de la Teoría de Situación Específica de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca en personas con ECV, promover su uso y desarrollo de nuevas teorías de enfermería.

Marco Epistemológico de Métodos Mixto

El Pragmatismo

Este paradigma filosófico guio el marco de métodos mixtos (MM) en este estudio. El Pragmatismo es presentado como una alternativa al pensamiento positivista y

pensamiento metafísico juntos, basado en una lógica inductiva e hipotético-deductiva (Morgan, 2007). Esta posición establece la posibilidad de mezclar método cualitativo (CUAL) y método cuantitativo (CUAN) en un solo método, en donde datos cualitativos y cuantitativos convergen o se integran para dar respuesta a las preguntas de investigación de ambos métodos y de carácter mixto (Tashakkori & Teddie, 2009).

El pragmatismo sostiene que las cuestiones epistemológicas positivista y constructivista existen en un continuo, más que en dos polos opuestos. Establece que, durante el proceso de investigación, el investigador y los participantes pueden requerir una relación altamente interactiva para responder preguntas complejas (CUAL) y, no interactiva con los participantes como en el caso de prueba de hipótesis (CUAN). Los valores numéricos y las interacciones humanas preceden a la búsqueda de descripciones, teorías, explicaciones y narrativas (Teddie & Tashakkori, 2009).

El pragmatismo es un pensamiento filosófico en donde afirma que las teorías pueden ser contextuales como generalizables, es decir, busca la *transferibilidad* para considerar las implicaciones en la investigación. Se caracteriza por la *complementariedad*, con el uso de diferentes enfoques. El foco del pragmatismo se centra en los resultados de la investigación, producto de la complementariedad; prioriza la pregunta de investigación y el uso de diferentes métodos de recopilación de datos para dar respuesta al problema de estudio (Creswell, & Plano, 2018; Teddie & Tashakkori, 2009).

A continuación, se describe el marco referencial de cada enfoque metodológico de métodos mixtos a usar.

Marco Teórico del Enfoque Cuantitativo

El enfoque cuantitativo en este estudio se sustenta en una teoría de situación específica de enfermería, que se caracteriza porque tiene el potencial de acercarse al fenómeno de manera única en un contexto particular (Riegel & Dickson, 2021), además provee un marco integrativo para la investigación. Ideal para los propósitos de este estudio.

A continuación, se describen los conceptos y relaciones de la Teoría de Situación Específica de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca revisada de Riegel et al. (2016), así también, se describen los conceptos propuestos para la investigación.

El autocuidado es definido como “el proceso de toma de decisiones naturalísticos (en entornos reales) que influye en las acciones diarias para mantener la estabilidad fisiológica, facilitar la percepción de síntomas y dirigir el manejo de síntomas cuando ocurren”. El autocuidado en la teoría comprende tres conceptos principales en secuencia referidos como procesos de autocuidado: mantenimiento, percepción de síntomas y manejo.

El autocuidado implica la toma de decisiones y a la vez acciones, mismas que son influidas por la interacción de características *situacionales de la persona, problema y entorno*, y de *proceso* como la experiencia, conocimiento, habilidades y valores. Los primeros tres factores, referidos como factores situacionales los colocan en la columna izquierda de su esquema. Al centro entre los factores situaciones y las acciones de autocuidado colocan a los denominados factores de proceso (Figura 1). En suma, la teoría está constituida por factores situacionales (persona, problema, entorno), factores

de proceso (experiencia, conocimiento, habilidades y valores) y las acciones de autocuidado (mantenimiento, percepción de síntomas y manejo).

La teoría se fundamenta en la premisa: “una situación similar puede generar una decisión diferente si el entorno y la información son diferentes”. Esto explicaría por qué las personas toman decisiones inconsistentes sobre el autocuidado y ayudaría a anticipar que aquellos que normalmente tienen éxito en su autocuidado pueden fracasar en algún momento debido a las circunstancias. Todo ello, condicionado por factores situacionales y de proceso que afectan la toma de decisiones en el autocuidado.

Factores Situacionales

Son aquellos factores que caracterizan una situación específica: persona, problema y entorno. De algunos de estos factores no ofrecen definiciones o descripciones, sin embargo, si refieren indicadores o variables.

Factores de Persona. Los autores se refieren a las características individuales de la persona tales como edad, género, alfabetismo, etnicidad, entre otros; además refieren que la manera en que la persona experimenta percibe y enfrenta la enfermedad afecta las conductas a través del poder de las normas sociales y creencias culturales. De manera similar, el significado cultural, atribuido a la enfermedad y las percepciones sobre el comportamiento adecuado de autocuidado, también influyen en las decisiones diarias de autocuidado.

Esto sugiere que el investigador puede seleccionar los factores de índole social y cultural que considere pertinente. Para este estudio se usaron los factores de persona: edad, sexo, escolaridad, normas sociales femeninas y masculinas.

Factores Problema. Comprenden las dificultades que alteran la salud y bienestar de la persona. Los autores refieren que una persona que padece enfermedad cardíaca presenta otras afecciones asociadas que disminuyen la capacidad para realizar autocuidado. Con relación a la insuficiencia cardíaca los factores problemas incluye las comorbilidades, el funcionamiento físico y el declive cognitivo:

Comorbilidades. La evidencia mostró que los pacientes con insuficiencia cardíaca sufren de múltiples morbilidades. Documentan que vivir con más de una condición de salud impone limitaciones físicas e incrementa la necesidad de apoyo y recursos financieros que minan tiempo y energía. La carencia de conocimientos, la administración de múltiples medicamentos, enfrentar síntomas y tratamientos complejos, disminuyen la habilidad para desempeñar el autocuidado.

El Funcionamiento Físico. Es la habilidad para desempeñar actividades de la vida diaria requeridas para cubrir necesidades básicas, cumplir con los roles y mantener la salud y bienestar. Una funcionalidad física baja puede interferir con la habilidad de ir de compras, ir a la farmacia y hacer ejercicio regular. Las autoras fundamentan la inclusión de este factor basados en la evidencia, en donde encontraron la asociación de un pobre funcionamiento físico con un pobre mantenimiento de autocuidado. Y en otros estudios encontraron resultados a la inversa como la asociación de un pobre funcionamiento físico con mejor mantenimiento de autocuidado. Este último explica que los pacientes sintomáticos tenían mayor probabilidad de involucrarse en autocuidado que los pacientes asintomáticos (Riegel et al., 2016).

Deterioro Cognitivo Leve. Es prevalente en la insuficiencia cardíaca manifestado por sutiles déficits de memoria, atención y habilidad para llevar a cabo conductas

dirigidas a una meta. Las personas con deterioro cognitivo leve tienen dificultad para reconocer síntomas cuando ocurre una exacerbación y sobre todo recordar cómo responder. En consecuencia, falla el autocuidado y aumentan resultados negativos (hospitalización y muertes).

Para fines de esta propuesta se estudiaron como factores de problema el factor comorbilidad y el funcionamiento físico.

Factores de Entorno. Se refieren a las personas con las que vive el paciente y al medio que lo rodea, así como al apoyo emocional y tangible para el autocuidado. Debido a limitaciones funcionales, los pacientes con insuficiencia cardíaca con frecuencia necesitan ayuda con actividades como cocinar, comprar, recordar tomar medicamentos y sobre todo reconocimiento de síntomas. Sin embargo, muchos pacientes con IC viven solos y no pueden acceder a los servicios sociales establecidos. Refieren que las normas sociales influyen en la negativa a la solicitud de apoyo de otros por parte del paciente, que podría conducir al aislamiento social y pobre autocuidado. En este estudio no se consideró como factor entorno, sino más bien, se profundizó la influencia de las normas sociales en el autocuidado.

Factores de Proceso

La toma de decisiones en entornos reales depende de la expertiz desarrollada por la persona para una acción y anticipar en cómo resultará (Riegel & Dickson, 2008). El conocimiento, experiencia, habilidad y compatibilidad con valores conforman estos factores e interactúan con los factores situacionales para la toma de decisiones de autocuidado.

El Conocimiento. Se refiere a la información relevante de lo aprendido y que uno es capaz de recordar. La adquisición de conocimiento implica procesos complejos cognitivos perceptivos, de aprendizaje, comunicación, asociación y razonamiento. Estos procesos son evidenciados mediante la habilidad de interpretar y explicar significados. Por ejemplo, un paciente necesita conocer las características de dificultad respiratoria para razonar si es a causa de la insuficiencia cardíaca o de una enfermedad pulmonar. Este concepto de la teoría fue incluido en el estudio como factor de proceso sin ser modificado.

La Experiencia. Tiene como base el conocimiento o habilidad en una determinada área como resultado de la exposición al fenómeno. La evidencia cuantitativa y cualitativa mostró que la experiencia es fundamental para el desarrollo de la *expertise*. Cameron et al. (2014), como lo cita Riegel et al. (2016), concluyó que la experiencia explicó un porcentaje importante de la varianza en autocuidado de mantenimiento y de manejo, aún al ser controlado por otras variables. Este factor no fue estudiado.

La Habilidad. Las teoristas se refieren a la capacidad de usar el conocimiento efectivamente para desempeñar una tarea. La habilidad es requerida para tomar una decisión y actuar sobre ella en una conducta de autocuidado exitosa. Las habilidades son resultado de la práctica y experiencia a través del tiempo. En el autocuidado de insuficiencia cardíaca las habilidades de autocuidado incluyen tanto tácticas (cómo), como situacionales (cuándo). Ejemplo, aquellos que carecen de habilidades para leer etiquetas de medicamentos mostrarán menor adherencia a la medicación. La habilidad no fue abordada en este estudio.

Los Valores. Es la acción o conducta elegida debe ser compatible con los valores propios. Los valores se refieren a las preferencias en cursos apropiados de acción o resultados que reflejan el sentido propio del bien y del mal. Los valores personales sirven como referencia interna para lo bueno, lo importante o constructivo. Los valores personales se derivan de los valores culturales, ya sea en acuerdo o divergencia de las normas de cultura o sociales prevalecientes. En consonancia con la toma de decisiones en entornos reales, las decisiones según el punto de referencia propio “bueno” o “útil” varía entre individuos y situaciones por la influencia de factores socioculturales. Puede ser más importante para algunas personas sentir que están disfrutando una comida “normal” con amigos, que pensar que están siguiendo un tratamiento. Este factor no fue estudiado.

Acciones de Autocuidado

Específicamente, el autocuidado implica tres conceptos separados pero vinculados que reflejan procesos dominados en secuencia. El primer proceso de autocuidado es el *mantenimiento*, que captura acciones o conductas como la adherencia al tratamiento y conductas de estilo de vida saludables (tomar medicamentos, hacer ejercicio y seguir una dieta restringida en sal, etc.). El segundo proceso de autocuidado es la *percepción de los síntomas*, implica la escucha del cuerpo, el monitoreo de síntomas, así como el reconocimiento, la interpretación y el etiquetado de los síntomas. El tercer proceso de autocuidado es el *manejo*, que son las acciones de respuesta cuando los signos y síntomas se presentan. Las teoristas proponen que las tres acciones de autocuidado involucran tanto acciones autónomas como consultivos.

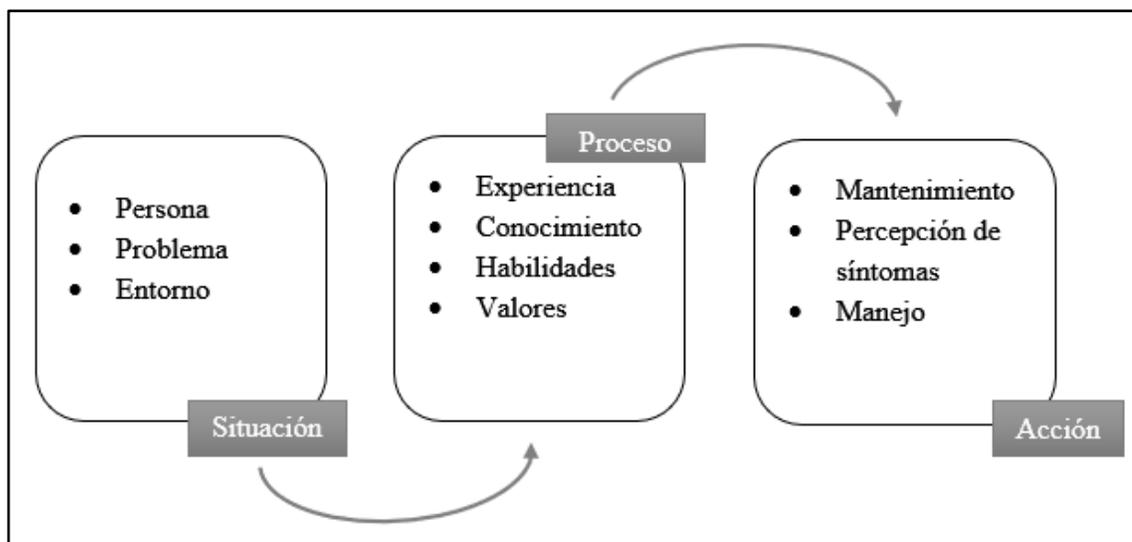
Los conceptos de acciones de autocuidado considerados en este estudio fueron *el mantenimiento, el monitoreo* (parte del concepto de percepción de síntomas) y *el manejo*. La elección del concepto de monitoreo incluido en el concepto de la percepción de síntomas se sustenta en que ha sido frecuentemente usada en enfermedades cardiovasculares como la hipertensión y enfermedades coronarias (Bayrak et al., 2021; Chen et al., 2020; Dickson et al., 2021).

El uso de la Teoría de Situación Específica de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca en este estudio permitió establecer relación de influencia con factores específicos de persona, de problema, y de proceso con las acciones de autocuidado, así como una relación de mediación de los factores de proceso entre los factores situacionales y las acciones de autocuidado.

En suma, la Teoría de Situación Específica de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca reconoce que las acciones de autocuidado son influenciadas por factores situacionales (persona, problema y entorno) y por factores de proceso que interactúan en la toma de decisiones de autocuidado. Así también, los factores de proceso que son colocados entre los factores situacionales y las acciones de autocuidado en el esquema de la teoría podrían ejercer la función mediadora entre ambos (Figura 1).

Figura 1

Conexiones entre factores situacionales, de proceso y acciones de Autocuidado



Nota. En esta figura se ilustran “los vínculos entre las características situacionales, que son factores que influyen en el proceso de toma de decisiones y estos últimos en las acciones de autocuidado. La dirección típica (de la situación al proceso y éste a la acción)”. Por, B. Riegel, V. Dickson y K. Faulkner, 2016.

Supuestos de la Teoría

Los supuestos que plantea la Teoría de Situación Específica de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca son:

1. Los seres humanos quieren sentirse física y emocionalmente bien y saludables.
2. Los adultos cognitivamente intactos tienen la responsabilidad principal de su propia salud.
3. Todo autocuidado involucra toma de decisiones; las personas que no se preocupan por sí mismas han tomado la decisión de comportarse de la manera elegida.

4. Cuando factores de persona, problema y entorno interactúan, contribuyen al autocuidado de forma única.

Proposiciones de la Teoría

Las proporciones de la Teoría de Situación Específica de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca son:

1. Las conductas específicas del nivel de mantenimiento son influidas por factores únicos o particulares.

2. El conjunto de síntomas físicos y emocionales influyen en el autocuidado de manera única e importante.

3. Las decisiones en el autocuidado pueden ser conscientes o inconscientes y reflejan elecciones influenciadas por factores de persona, problema y entorno.

4. Las condiciones comórbidas alteran las habilidades de diferenciar la causa de los síntomas y la autoeficacia del autocuidado en pacientes con insuficiencia cardíaca.

5. La autoeficacia de autocuidado, media y/o modera la relación entre predictores de autocuidado: mantenimiento de autocuidado, percepción de síntomas, manejo de autocuidado y/o resultados. Mayor autoeficacia se asocia a mejor autocuidado y mejores resultados en insuficiencia cardíaca.

6. Se requieren de moderados a altos niveles de autocuidado en insuficiencia cardíaca para mejorar los resultados.

7. Conforme aumenta la autoeficacia de autocuidado las conductas autónomas de autocuidado aumentan.

8. El dominio mantenimiento de autocuidado precede al dominio de percepción de síntomas, que a su vez precede al manejo del autocuidado. Es decir, el autocuidado

parece ser un proceso lineal que va desde el mantenimiento hasta la percepción de los síntomas y desde éste al manejo. El manejo de los síntomas es la conducta de autocuidado más elevado y refinado que requiere el mayor conocimiento y habilidad. (Riegel et al., 2016)).

Marco Teórico del Enfoque Cualitativo

El enfoque cualitativo en este estudio permitió confirmar, explicar y ampliar la comprensión de los resultados cuantitativos respecto a la influencia de los factores de normas sociales normas sociales femeninas en el autocuidado (Creswell & Plano Clark, 2009). El uso de este enfoque se sustenta en que los individuos y grupos frecuentemente se rigen socialmente por una ideología dominante en cada contexto, y que las personas reproducen lo que aprenden en sus contextos (Duarte et al., 2009).

En enfoque teórico cualitativo que se usó fue la Teoría de las Representaciones Sociales (TRS) y como marco metodológico, el Discurso de la Sujeto colectivo (DSC). La TRS sustenta el método de análisis cualitativo DSC. A continuación, una descripción más detallada del marco teórico como del marco metodológico.

Teoría de las Representaciones Sociales (TRS)

La TRS surgió del trabajo de Serge Moscovici, tiene sus raíces en sociología y en el psicoanálisis de Freud. Moscovici conceptualiza a las Representaciones Sociales (RS) como un conjunto de conceptos, proposiciones y explicaciones que se originan en la vida cotidiana y en el curso de las comunicaciones interpersonales. Ellos equivalen en nuestra sociedad, a los mitos y sistemas de creencias de sociedades tradicionales. Las RS, no son iguales para todos los miembros de la sociedad, ya que dependen del

conocimiento, del sentido común (popular), y del contexto sociocultural en que están insertados los individuos (Duarte et al., 2009).

Según Jodelet (2001), las RS son una forma de conocimiento socialmente elaborado y compartido, con un objetivo práctico de contribuir a la construcción de una realidad común y a un grupo social. De otra fuente, Lefèvre F y Lefèvre A, (2014) refieren a las RS como el conocimiento del sentido común que está presente en la opinión, posicionamiento, manifestación o postura de un individuo, y que es posible agrupar y reconstituir en amplias categorías de testimonios u otras manifestaciones de pensamiento individual. Las RS se construyen a través del diálogo, el registro y la interpretación de los testimonios.

La TRS permite entender nuevos fenómenos desde una perspectiva psicosociológica y creativa. Facilita la construcción de una representación social a partir de testimonios individuales. La TRS tienen función cognoscitiva, de identidad, de orientación y de justificación (Costa, 2015). La función cognoscitiva, contribuye a la comprensión y explicación de la realidad, a la adquisición de conocimiento y a la integración en un solo marco. La función identidad, contribuye a definir la identidad y permiten la protección de la especificidad de los grupos. La función de orientación permite que las RS guíen el comportamiento y la conducta de los individuos, constituyendo una guía para la acción. La función justificadora, permite la justificación de posiciones y conductas por parte de los sujetos (Costa, 2015; Santos, 2011). TRS sustenta los procedimientos metodológicos cualitativos del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC).

Método del Discurso de Sujeto Colectivo (DSC). es definido como un método de rescate de las representaciones sociales (RS) obtenidas de las investigaciones empíricas preservando la dimensión individual articulada con la dimensión colectiva (Lefèvre F & Lefèvre A, 2014).

En el DSC las opiniones, testimonios o expresiones individuales que presentan sentidos semejantes son agrupadas en categorías semánticas generales, como comúnmente se hace cuándo se trata de una entrevista cualitativa con preguntas abiertas (Lefèvre, 2017). El DSC, es un discurso resumido, escrito en primera persona del singular como si se tratara de una colectividad hablando en la persona de un individuo. El DSC, por lo tanto, son los testimonios de cómo en realidad un acontecimiento social es practicada por los actores sociales (Lefèvre F. y Lefèvre A., 2014; Lefèvre, 2017).

Para la construcción del DSC se utiliza las figuras metodológicas, que son: *las expresiones claves (EC)*, *las ideas centrales (IC)* y *las anclas (A)* (Lefèvre F., 2017; Duarte, et al., 2009), y se organizaron en mapas llamados *Instrumentos de Análisis del Discurso (IAD)*.

Las EC, son extractos del discurso que forman descripciones literales de los testimonios, revelando la esencia del contenido de las representaciones o teorías que las sustentan. *La IC*. es el nombre o expresión lingüística que revela y describe, de manera sintética y precisa el significado presente en los testimonios. Describe el significado utilizando las palabras del entrevistado, no constituye una interpretación. *Las IC* son elaboradas por el investigador frente al discurso del entrevistado. *Las IC* sirven para agrupar el discurso, pudiendo haber más de una idea central en un mismo discurso;

todos ellos deben ser considerados por separado y elaborados en el proceso de categorización (Duarte, et al., 2009; Lefèvre F. y Lefèvre A., 2014).

El Anclaje, según el DSC, es la manifestación de una teoría o una declaración ideológica que los autores del discurso profesan y creen. Es una afirmación genérica del enunciador del discurso para enmarcar una situación específica. El anclaje siempre debe ser una declaración escrita afirmativamente (Duarte, et al., 2009).

El proceso final del método del DSC es la síntesis de DSC, es decir, el encuentro de las *expresiones claves* que son similares y se organizan de manera lógica y coherente componiendo un discurso único escrito en primera persona del singular. A medida que se construyen los DSC, se compone el sistema de interpretación de la realidad que otorgan los participantes, se destacan los comportamientos y prácticas de los participantes (Duarte, et al., 2009). El DSC se transforma en productos científicamente tratados, manteniendo, las características espontáneas y reconocibles del habla cotidiana (Lefèvre F. y Lefèvre A., 2014).

Conceptos de la propuesta de Investigación

Factores situacionales

Factores de Persona

Normas Sociales Masculinas. Según Mahalik (2003), las normas sociales masculinas (NSM) son reglas y estándares que guían y restringen el comportamiento de los hombres, son las expectativas sociales sobre la masculinidad en la vida pública o privada de los hombres. Según Palacio (1999) la masculinidad es definida como una interacción social orientada al éxito, competencia, fuerza y desarrollo de estrategias que obligan encubrir el temor. Demarca hitos como el aprender a ser hombres significa dejar

atrás la necesidad de protección. No hacerlo es someterse al señalamiento de dependencia, vulnerabilidad y fragilidad calificada como cobardía. Deriva de la cultura hegemónica patriarcal. Tannenbaum y Frank (2011), con relación a lo anterior, señalan que los hombres muestran resistencia y aseguran no enfermarse, por lo que no buscan atención médica para no contradecirse con sus creencias de masculinidad. Esto puede ser el caso de hombres con ECV que no ha sido estudiado.

Normas Sociales Femeninas. Según Mahalik (2003) las normas sociales femeninas (NSF) son reglas y estándares que guían y restringen el comportamiento de las mujeres, son las expectativas sociales sobre la feminidad en la vida pública o privada de las mujeres. Como resultado de las normas sociales, las mujeres aprenden lo que se espera de ellas en sus interacciones sociales, o dicho de otro modo, aprenden las “costumbres, tradiciones, normas, reglas, modas”. Las normas sociales influyen en las personas para que se involucren en un comportamiento social específico, las normas de roles de género también operan cuando las personas observan lo que la mayoría de las mujeres hacen en situaciones sociales, se les dice cuál es un comportamiento aceptable o inaceptable. Como resultado las mujeres llegan a aprender lo que se espera de ellos cuando viven sus vidas de género.

En ese sentido Seem y Clark (2006), refieren que las culturas tradicionales esperan que las mujeres se comporten de un modo amable y muestren especial dedicación a la crianza de los hijos y al cuidado del hogar, dichos aspectos podrían menguar el cuidado de la salud de las mujeres. La adherencia estricta a las normas femeninas puede limitar el potencial de las mujeres y comportamientos socialmente aceptables; las normas de género se basan en la orientación hacia las relaciones con los

demás, el pudor, apariencia física y el desempeño del rol de ama de casa (Aparicio y Alvarado, 2018). Juárez et al (2016) refieren que existen modos diferenciados en la prevención de enfermedades cardíacas, por sesgos de género, invisibilizando la complejidad biopsicosocial de la enfermedad y conllevando el incremento de la vulnerabilidad en las mujeres.

Factores de Problema

Comorbilidad. Es un factor de problema puesto que prevalece en los pacientes con diagnóstico médico de tipo cardíaco o cardiovascular, imponiendo la prescripción de múltiples medicamentos y tratamientos complejos que podrían disminuir el autocuidado (Riegel et al., 2016). Para fines de este estudio se consideraron las enfermedades comórbidas asociadas a la ECV como son: la diabetes, la hipertensión, la hiperlipidemia y la obesidad.

Funcionamiento Físico. Es un factor de problema y se refiere a la capacidad física funcional para realizar actividades diarias de los pacientes con diagnóstico de ECV, generalmente se ve afectada a causa de algunos síntomas de la enfermedad cardiovascular como la fatiga. La evidencia ha mostrado resultados contradictorios respecto a la funcionalidad física al ser asociado con el autocuidado en pacientes con problemas cardíacos, así, mientras que algunos estudiosos asociaron el pobre funcionamiento físico a un pobre autocuidado de mantenimiento; otros estudiosos, encontraron que un pobre funcionamiento físico se asoció a un mejor autocuidado de mantenimiento (Riegel et al., 2016). Basados en la evidencia, el factor conocimiento sobre las ECV, fue estudiado para corroborar los resultados en población adulta mexicana.

Factor de Proceso

Conocimiento. Es el conocimiento que tiene la persona sobre su enfermedad, síntomas, tratamiento, y factores de riesgo de una ECV (Koochi & Khalili, 2020). Se refiere a la información relevante de lo aprendido y que la persona es capaz de recordar. El conocimiento puede interactuar con los factores situacionales para afectar al autocuidado (Riegel et al., 2016). En este estudio se investigó el conocimiento que tienen los adultos mexicanos sobre las ECV.

Acciones de Autocuidado en ECV

Son el resultado del proceso de toma de decisiones en tres tipos de acciones de autocuidado: *a) mantenimiento*, acciones dirigidas a mantener la estabilidad fisiológica e incluyen adherencia al tratamiento y conductas saludables; *b) monitoreo* (parte del concepto de percepción de síntomas), son acciones de seguimiento y control de los signos y síntomas y de “escucha del cuerpo”; y *c) manejo*, acciones de respuesta cuando los signos y síntomas aparecen (Riegel et al., 2016). Los tres conceptos fueron estudiados en población adulta mexicana con ECV.

Relación de conceptos y declaraciones del Modelo Explicativo de Factores Significativos que Influyen en las Acciones de Autocuidado en ECV

Estructura Teórico - Empírica: Factores Significativos que Influyen en las Acciones de Autocuidado en ECV, propuesto en este estudio, se sustenta en las relaciones de las proposiciones de la Teoría de Situación Específica de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca Riegel et al. (2016); a fin de evaluar el tipo de relación entre los conceptos que propone la Teoría y la estructura y adecuación lógica de la misma (Hardy, 1974).

El modelo propuesto en este estudio refleja la relación de efecto de la teoría. En donde, los factores situacionales (edad, sexo, normas sociales masculinas o femeninas y escolaridad); factores de problema (comorbilidad y funcionamiento físico); y el factor de proceso (conocimiento sobre ECV) se probaron como influyentes en las acciones de autocuidado. Así también, el factor de proceso (conocimiento sobre ECV) fue probado como un mediador entre los factores situacionales y las acciones de autocuidado. Este tipo de relación propuesto en el modelo, según Hardy (1974), son las más usadas para un estudio que tiene como propósito formular futuros proyectos de intervención para la promoción de la salud y prevención de complicaciones de enfermedades.

Proposiciones de la propuesta de investigación

Las proposiciones son afirmaciones que describen la relación entre los conceptos de una teoría, como tales, pueden ser probados empíricamente. Las proposiciones se derivaron de la Teoría de Situación Específica de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca. Se usaron las siguientes proposiciones:

1. *Las conductas específicas de mantenimiento son influenciadas por factores únicos o particulares.* La proposición fue representada por:

Las conductas de mantenimiento (adherencia al tratamiento y a conductas saludables) del paciente con ECV son influenciadas por factores particulares de persona (edad, sexo, escolaridad, normas sociales femeninas y/o masculinas); y de problema (comorbilidad y funcionamiento físico).

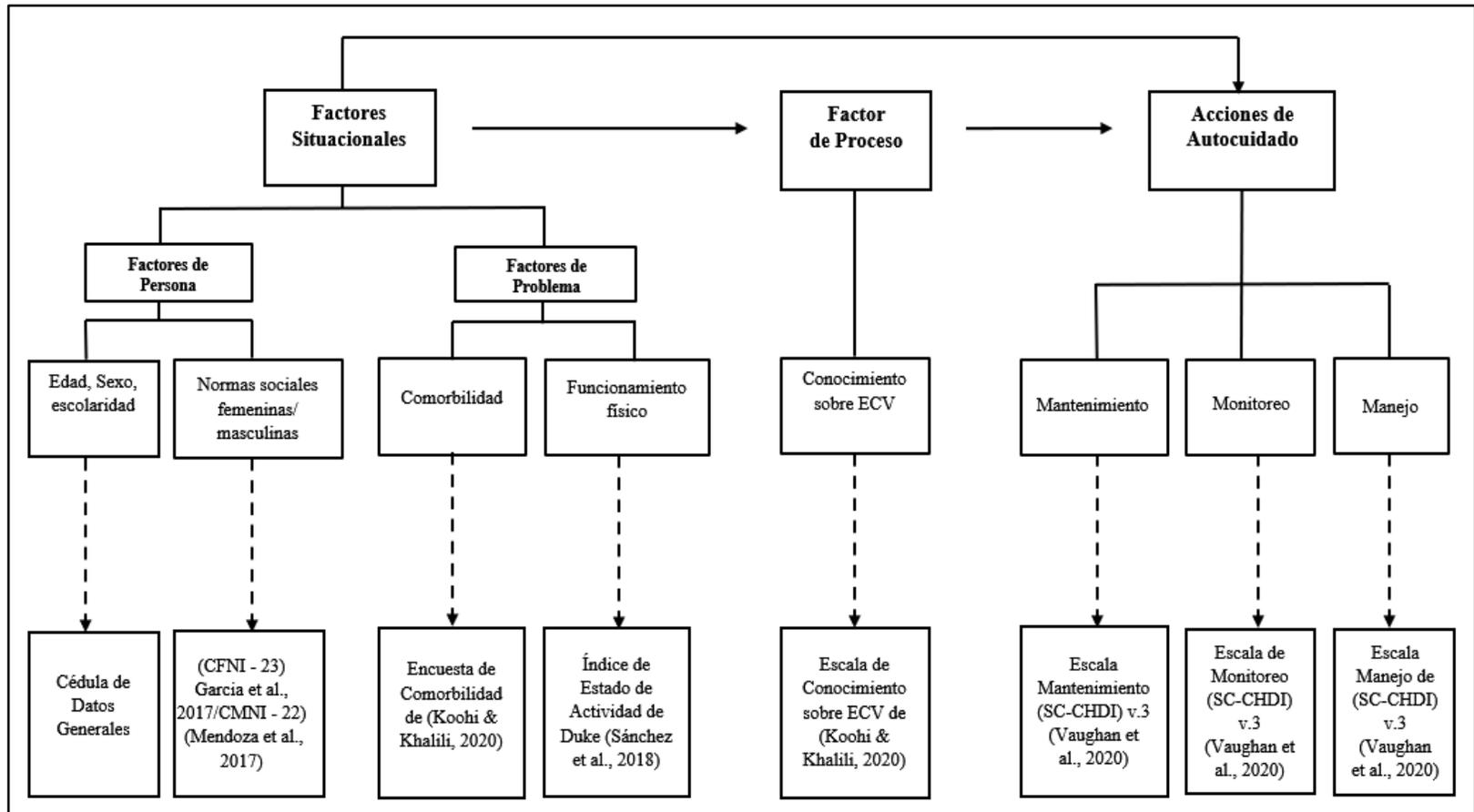
2. *Las condiciones comórbidas afectan la habilidad de los pacientes para diferenciar la causa de los síntomas.* La proposición fue representada por:

Las condiciones comórbidas asociadas a las ECV (enfermedad coronaria e hipertensión) como la diabetes tipo 2, obesidad, hiperlipidemia e hipertensión afectan las habilidades para diferenciar la causa de los síntomas de las ECV.

Enseguida, se muestra una representación gráfica de los conceptos teóricos basados en la Teoría de Situación Específica de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca Revisada (Figura 2) y sus mediciones. Así también, el modelo explicativo en donde se establece las relaciones de los conceptos teóricos que influyen en las acciones de autocuidado en ECV (Figura 3).

Figura 2

Estructura teórico - empírica: factores significativos que influyen en las acciones de autocuidado en ECV

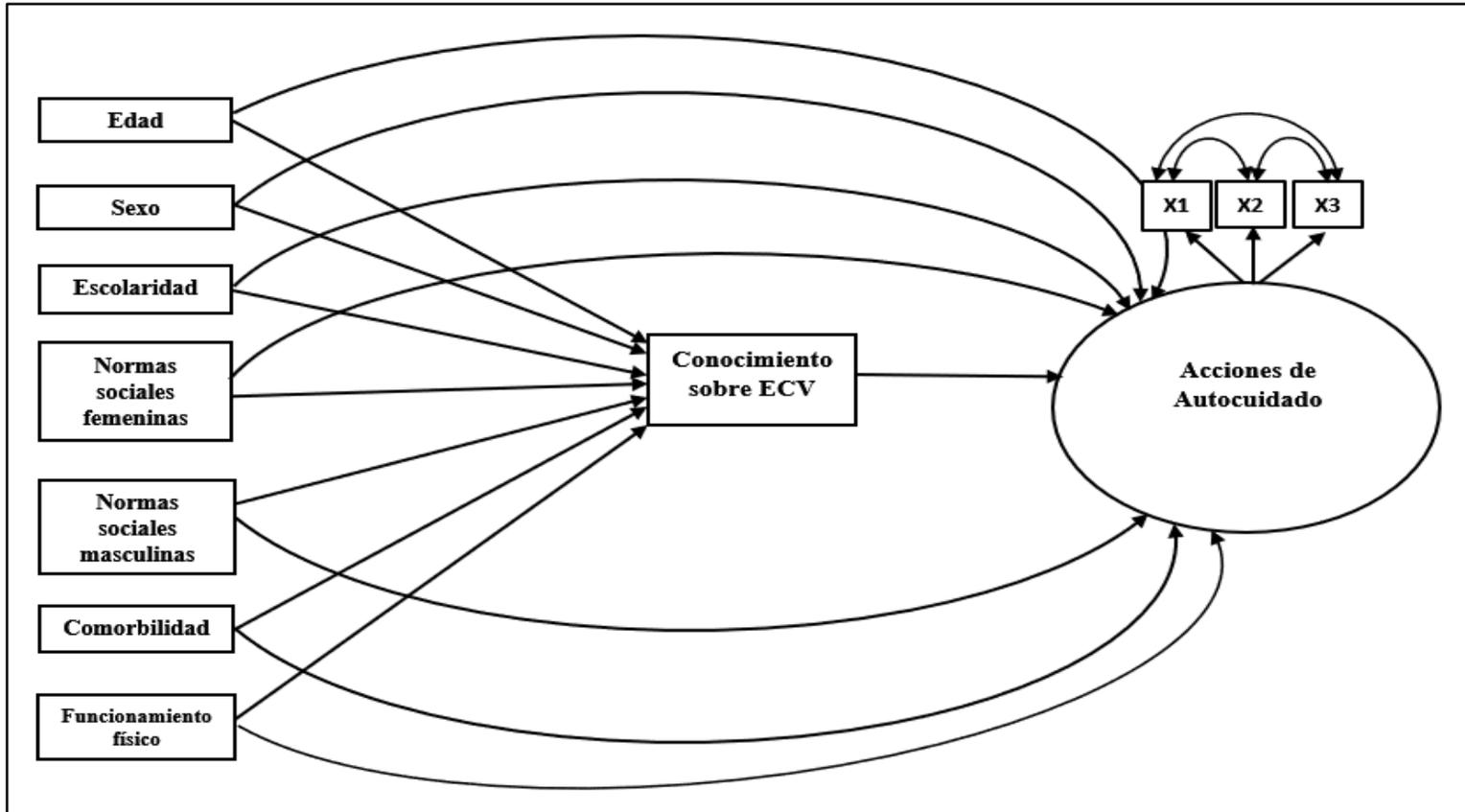


Nota. Estructura Teorico - Empirico adaptado para las ECV (Aranda & Gutiérrez. 2022) a partir de la Teoría de Situación

Especifica de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca de Riegel et al. (2016).

Figura 3

Modelo explicativo de factores significativos que influyen en las acciones de autocuidado en ECV



Nota. Representación gráfica de la influencia de los factores de persona, de problema y de proceso en las acciones de autocuidado en ECV (Aranda & Gutiérrez, 2022). X1= Acciones de mantenimiento; X2= Acciones de monitoreo; X3= Acciones de manejo.

Estudios Relacionados

En este apartado se analizaron revisiones sistemáticas y diversos estudios para identificar factores que influyen en las acciones del autocuidado: mantenimiento de autocuidado (adherencia al tratamiento y conductas saludables), percepción de síntomas, y manejo en personas con ECV.

Los estudios revisados se agruparon según las variables.

Factores de persona y problema que Influyen en las Acciones de Autocuidado

Biddle et al. (2020) realizaron una intervención para identificar predictores de adherencia a las recomendaciones de autocuidado en pacientes con IC en áreas rurales que habían recibido una intervención para promover el manejo de síntomas y el autocuidado. La muestra estuvo conformada por dos grupos de intervención $n = 349$ pacientes ($n1 = 246$; $n2 = 103$). Fue un ensayo aleatorio multicéntrico que duró tres meses. La intervención se desarrolló mediante sesiones educativas sobre confianza en la interpretación y respuesta a los signos y síntomas.

Los resultados fueron: la edad $M = 65.4$ años, el 57.9% fue hombre, el 56.3% $>$ de 65 años, el 50.1% tenía nivel secundario de educación, el 57.0% era casado y el 67.3% presentó leve limitación y sin limitación física en actividades ordinarias. El 70% mejoró las conductas de autocuidado (adherentes). Las puntuaciones de autocuidado mejoraron después de la intervención ($p < .0001$). Los pacientes que mostraron mejora de autocuidado tenían mayor probabilidad de ser hombres ($p = .009$). No mostraron ser predictores del autocuidado: la educación, alfabetización en salud y comorbilidad con $p = .50$: $p = .24$: $p = .19$, respectivamente.

Gupta et al. (2019) identificaron las barreras a la adherencia de medicamentos en

30 mujeres con hipertensión de áreas rurales de 35 a 65 años, que acuden al departamento ambulatorio de un hospital en la India. Usaron metodología cualitativa. El 70% eran analfabetas, cerca del 40% con bajos recursos económicos y el 73% se desempeñó como ama de casa. Respecto a la adherencia al medicamento en el 33.3% de participantes presentó adherencia alta; y media sólo el 30.0%. Más del 50% eran físicamente inactivas; el 53.3% presentó poco conocimiento sobre la hipertensión y sus complicaciones; el 90% no se midieron la PA en seis meses; y sólo el 36.7% acudió al centro de salud comunitario en los últimos 12 meses

Los resultados se clasificaron en cuatro temas: a) *Experiencia de vida*: la mayoría de los pacientes expresó escasa concientización sobre causas, riesgos y desconocimiento de su enfermedad; b) *Actitud del paciente*: la mayoría optan por el manejo de su enfermedad con dietas saludables antes que el manejo de sus medicamentos antihipertensivos; c) *Barreras del sistema de salud*: no disponibilidad de medicamentos en el hospital, elevado costo de medicamentos en farmacias que no son del hospital. Reportan olvidos y la falta de tiempo como principal causa de no adherencia al medicamento, refieren "no tengo tiempo para tomar las medicinas", "tengo muchas cosas que hacer", "los doctores me advirtieron tomar la medicina por la mañana, si la olvido la tomo al siguiente día".

Jin, et al. (2020) exploraron la influencia de factores a nivel individual, familiar, institucional, comunidad y político en el manejo de la enfermedad coronaria, prevención de riesgos en inmigrantes chinos y su cuidador familiar en un estudio cualitativo: participaron nueve pacientes y nueve cuidadores. Las edades oscilaron de 55 a 82 años; 11 mujeres y siete hombres; 17 casados; más del 50% con educación secundaria; el 99%

viven en zonas urbana. Once personas tuvieron más de dos factores de riesgo (hipertensión, diabetes e hiperlipidemia); diez diagnosticados por primera vez de enfermedad coronaria; ocho presentaron antecedentes de dolor de pecho; cuatro requirieron intervenciones cardiacas urgentes y ocho intervenciones electivas.

Los factores facilitadores en el manejo y prevención de la enfermedad coronaria fueron: apoyo familiar, información, apoyo social en redes sociales, existencia de protocolos para el cuidado de enfermedad coronaria, concordancia étnica entre pacientes y médicos, y el valor que otorga el participante al sistema de salud. Las barreras fueron: poco conocimiento de su enfermedad, y el uso de medicina tradicional chino.

La revisión sistemática de Leslie et al. (2019) de 45 artículos publicados desde 1996 a 2016 tuvo como objetivo revisar la evidencia de factores y resultados asociados con la adherencia a los medicamentos de enfermedades cardiovasculares (ECV). Del total, 34 artículos fueron centrados en los factores y 11 en los resultados. Se dedujo factores que se asociaron a la adherencia: la enfermedad, terapia, salud, paciente y social. *Factor Enfermedad*: 46% de pacientes se adhieren después de un síndrome coronario agudo; las personas con diabetes resultaron ser más adherente. Se observó aumento de la adherencia después de la hospitalización y con el número de hospitalizaciones.

Factor Terapia: los medicamentos combinados se asociaron a mayor adherencia; la duración del tratamiento también fue importante puesto que la adherencia fue disminuyendo con el tiempo, el 19% de los estudios reportaron que los pacientes perciben a los fármacos como dañinos para su salud debilitando su adherencia. *Factor Salud*: el 82% de los estudios encontraron una asociación significativa entre el alto costo

de la medicación y la no adherencia; la carga financiera y reembolso de medicamentos como razones de no adherencias; se encontró que la continuidad de la atención de salud influye positivamente en la adherencia, en la conciencia del paciente de su condición, tratamiento y control de la enfermedad.

Factor paciente: el 61% de los estudios reflejó que las mujeres son menos adherentes que los hombres en países desarrollados, mientras que en países con bajos y medios ingresos económicos, las mujeres tienen mayor adherencia. Los adultos de 50 y 70 años son más adherentes; los pacientes con escasos o sin síntomas y con muy severos síntomas son menos propensos a adherirse, ya que creen que no están enfermos o que es inútil porque su enfermedad ha progresado. *Factor social:* el 55 % refiere que a mayor ingreso económico más probabilidad para adherirse. *Profesionales de la salud:* las pacientes demandan empatía, comunicación, amabilidad e información de sus doctores; el tiempo de la consulta es limitado.

Meraz (2020) realizó un estudio con el propósito obtener información de los procesos de toma de decisiones y experiencias de los adultos mayores con IC mediante la exploración de aspectos al elegir tomar o no medicamentos prescritos en el entorno comunitario. Fue de diseño cualitativo, de enfoque narrativo. Los lugares de reclutamiento fueron centros comunitarios, iglesias, centro de atención para indigentes y consultorio médico. La muestra fue ($n=11$) adultos mayores, que al menos tomaban dos dosis de medicamento al día. Los resultados fueron: la edad $M= 80.7$ años, el 54.45% hombres, el 72.7% tenía educación superior, el 63.6 casados, y el 54.5% vivían con esposa.

Cinco temas fueron extraídos: a) *Yo no hago esto solo porque el doctor (a) lo dijo*: se refiere a las decisiones para la toma de medicamentos intencionadas y diferentes a los recetados por el médico; b) *Lo que me preocupa*: se refiere a la incertidumbre sobre una medicación, con información incompleta o conflictiva; c) *Conecta los puntos*: es cuando toman decisiones específicas a la situación e influenciadas por experiencias pasadas y presentes. Las consecuencias de las decisiones se evalúan continuamente para futuras decisiones; d) *Como me siento*: describe el valor personal que los pacientes usan para guiar la toma de decisiones de la medicación e) *Yo no soy no adherente*: se refiere a que los participantes no se ven como no adherentes cuando ellos mismos deciden ajustar una dosis, o un régimen de medicamentos o dejar de tomar un medicamento, sino, como decisiones lógicas para mantener su estado de salud personal, es decir su propio autocuidado.

King-Shier et al. (2018) tuvieron como objetivo generar un entendimiento sobre el proceso de toma de decisiones terapéuticas en pacientes blancos, chinos y sur asiáticos con síndrome coronario agudo. Utilizaron el enfoque del modelo de árbol de decisión etnográfico de Gladwin, partiendo de una pregunta ¿usted cree que tiene un rol en el manejo de su enfermedad cardiaca? luego elaboraron preguntas de acuerdo con la respuesta positiva o negativa, algunas preguntas en función de siempre cumple, algunas veces, y no cumple. Estudiaron a 286 pacientes. Los resultados señalan: la mayoría fueron hombres.

La edad en chinos fue $M = 73.99$ años; en blancos $M = 66.99$ años; y en sur asiáticos $M = 63$ años. Presentaron nivel de escolaridad superior a la secundaria: el 67.5% blancos; 58.9 % del sur de Asia, y 36.7% chinos; más del 50% de cada grupo

estuvo casado. Los participantes del sur de Asia que no se apegaban a sus medicamentos cardíacos refirieron que no habían recibido información; que no tenían confianza en el sistema de atención médica; los blancos presentaron mayor adherencia a sus medicamentos pues tendían a creer y confiar solo en la medicina occidental. Los participantes que podían pagar los costos de sus medicamentos tendían a la ingesta de sus medicamentos de manera consistente.

Melo (2018) realizó una revisión sistemática con el propósito de conocer las creencias y prácticas relacionadas a la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en adultos con enfermedad cardiovascular (ECV). Revisó 51 artículos publicados desde 1990 al 2016, de enfoque cuantitativo ($n= 32$), cualitativo ($n=14$), y uno de enfoque mixto (cuali- cuanti). Los temas que emergieron fueron: *a) Adherencia al tratamiento en ECV*: el promedio de adherencia fue 50% (de los cuales el 40% a tratamiento farmacológico y 60% a tratamiento no farmacológico), y se adhieren al tratamiento solo cuando presentan síntomas.

b) Creencias en ECV: el 81.3 % de pacientes expresó que si percibe síntomas cuando su presión esta alta; que la crisis nerviosa, enojo, estrés, violencia o incluso estar muy feliz causan muerte súbita; que las ECV sólo afecta a personas > de 30 años, y más a mujeres que a hombres; sólo el 13 % de mujeres refiere que la ECV es la principal causa de muerte en ellas, y 40 % se consideró estar bien o muy bien informada acerca de ECV; *c) Creencias frente al tratamiento*: la ingesta de pastillas es lo único que los mantiene con vida, pero existe temor a la adicción; el 84% de pacientes cree que la adherencia se ve afectada por temor a la interacción y efectos adversos de medicamentos.

d) *Prácticas frente al tratamiento en ECV*: debido el arraigo cultural y religioso (uso de plantas medicinales, homeopatía, acupuntura, curanderismo y remedios caseros);

e) *Relación profesional paciente*: la información brindada por el profesional de salud es general y no se ajusta a las necesidades; la relación positiva con el profesional les da confianza a continuar su tratamiento, de lo contrario no se sienten con responsabilidad de adherirse; el personal de salud sobreestima la capacidad de entendimiento de los pacientes; f) *Papel del contexto en la transmisión de creencias y prácticas en ECV*: la adherencia se asocia al apoyo familiar transmitidas de generación en generación.

g) *Relación de creencias y practicas con la adherencia al tratamiento*: el 75% creía que el alcohol es una sustancia vitalizante, el 73.7% refirió que los cambios más difíciles de hacer son en la dieta, en el tabaco y ejercicio físico. No creen que sean factores de riesgo de las ECV el consumo de sal (63.7%), de alcohol (96.3%), de grasa saturadas (48.4%), sedentarismo (88.4%), obesidad (66.0%) y fumar (57.6 %).

Manifiestan miedo a la muerte, a las complicaciones de la enfermedad, y a nuevas hospitalizaciones. Las motivaciones a la adherencia fueron: estar vivo, estar fuera del hospital, y tener mejor calidad de vida.

Tan et al. (2017) exploraron la percepción de pacientes con hipertensión sobre la calidad del uso del medicamento en una comunidad de Malasia. Utilizaron metodología cualitativa en 17 pacientes, empleando la discusión en tres grupos focales. A partir de los resultados desarrollaron tres temas principales: a) *Manejo de la hipertensión*: ocho participantes no tomaron medicamentos a la misma hora todos los días y una minoría de ellos dejó de tomar medicamentos cuando su presión arterial estaba en el rango óptimo, así también seis participantes en este estudio informaron experimentar algunos efectos

secundarios de los medicamentos antihipertensivos y les preocupaba que estos medicamentos pudieran provocar insuficiencia renal; b) *Manejo de hipertensión*: el uso de terapias herbales se percibió como una de las estrategias personales para controlar la presión arterial en lugar de tomar medicamentos antihipertensivos; c) *Conocimiento sobre la hipertensión*: la mayoría de los participantes no conocía el rango aceptado de presión arterial. Los autores concluyen que la idea errónea sobre el efecto secundario de la medicación antihipertensiva lleva a una mala adherencia al tratamiento de los participantes.

King-Shier et al. (2017) exploraron en un estudio cualitativo factores que influyen en la adherencia a la medicación cardiaca en pacientes sur asiáticos, chinos y europeos blancos con diagnóstico de síndrome agudo coronario. La muestra fue $n=64$ participantes (25 sur asiáticos, 13 chinos y 26 europeos blancos). Los resultados muestran que el rango de edades (28 a 84 años); 31 mujeres y 33 hombres; 47 presentaron nivel de escolaridad mayor que la secundaria; 28 vivían con su esposa(o) e hijos; 22 pacientes presentaron antecedentes de angina inestable y 41 de infarto de miocardio. Tres temas emergieron del estudio como factores influyentes en la adherencia:

a) *Comunicación con los médicos*: la confianza, el respeto mutuo, la comunicación directa y clara eran elementos importantes en la adherencia a los medicamentos; b) *Factores motivacionales*: la importancia de reorganizar las prioridades, los medicamentos se habían convertido en un “hecho de la vida” necesario, el rol de Dios, la toma de medicamentos como mecanismo para aliviar los síntomas o controlar su enfermedad, el miedo a lo que “podría suceder”, prevenir problemas futuros

y mantener el bienestar, miembros de la familia que les ayudan a tomar sus medicamentos, tener acceso e interacciones positivas con otros proveedores de salud (enfermeras y farmacéuticos), tener un seguro, y manejo de los efectos secundarios del fármaco; c) *Impedimentos*: comunicación ineficaz con el médico que recetó, no tener seguro o medios para pagar los medicamentos y efectos secundarios de medicamentos manejados sin éxito.

Granger et al. (2015) evaluaron la eficacia clínica de una intervención para mejorar la adherencia al medicamento en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica. Fue en un diseño prospectivo aleatorio y controlado. La intervención ($n = 44$) en tres componentes: medicamentos, significado y el Yo. Consistió en entrenamiento sobre automanejo enfocado a la identificación de metas de los medicamentos, síntomas asociados a los medicamentos y plan de respuesta a los síntomas; el entrenamiento fue dado por una enfermera previo al alta del hospital del paciente. El grupo control ($n=42$) recibió el cuidado usual. Se hicieron visitas domiciliarias a los 3, 6 y 12 meses para el seguimiento de las valoraciones. Los hallazgos fueron:

El promedio de la edad fue *Media* = 60 años, *DE* = 11.58; 64% hombres. El 60.2% presentó diabetes y el 83.1% hipertensión. La adherencia al medicamento en el grupo de intervención medido por el conteo de píldoras fue cuatro veces más respecto al grupo control ($OR = 3.92$, $p = .0007$ en todos los puntos de medición). El efecto principal de la intervención fue significativo ($t = 2.86$, $p = .0051$). El grupo de intervención reportó tener mayor "necesidad de medicamentos" percibida, que el grupo control; así mismo a los 12 meses reportó menos "preocupaciones por los medicamentos" ($F = 4.29$, $p = .04$). La frecuencia de síntomas informada por el paciente

fue similar en ambos grupos y no divergieron entre los grupos con el tiempo (media mensual de 20 episodios, $DE = 4.3$).

Risso-Gill et al. (2015) evaluaron los sistemas de salud en cuatro comunidades (dos urbanas y dos rurales) con enfoque multimétodo para describir los factores facilitadores y de barreras en el manejo óptimo de la hipertensión desde la perspectiva del paciente, proveedor de salud e informante clave. La muestra fue $n= 73$ (37 pacientes, 24 proveedores de salud y 12 informantes claves). Los resultados fueron: los médicos prescriben tratamiento antihipertensivo sin realizar exámenes físicos auxiliares, la atención médica se realiza a 10 o más pacientes por hora. El 77% de la población vive a 5 km de distancia a un centro de salud y del 10 a 15% vive a más de 9 km, existe poca disponibilidad de transporte en zonas rurales, materiales informativos de salud sin tener en cuenta las creencias arraigadas de los pacientes. Los pacientes dejan de asistir a sus controles cuando la presión arterial es baja, no existe un proceso formal para el seguimiento de los pacientes.

El incumplimiento del tratamiento se asoció a un bajo nivel educativo, ausencia de síntomas, poca comprensión de la enfermedad, efectos secundarios y cuando se tratan con medicina complementaria. En centros privados los pacientes tienden a adherirse al tratamiento, la falta de adherencia se da cuando el empleador facilita al asegurado cambios frecuentes de centro médico. Los medicamentos en el sector público son subsidiados por el gobierno, en zonas rurales desabastecimientos de medicamentos frecuentes; en el sector privado la medicina se paga del bolsillo del paciente. Escasez de médicos en zonas rurales, los pacientes ven a un médico diferente cada vez que son atendidos.

En síntesis, los estudios fueron cuantitativos, cualitativos y multi método. Los participantes con ECV tuvieron entre 28 a 82 años, hospitalizados o ambulatorios; que adicionalmente presentaban comorbilidades como la diabetes tipo 2 e hiperlipidemia. Los estudios cualitativos muestran que la adherencia terapéutica en ECV está influida por factores de: persona (hombres menos adherentes), entorno, apoyo social, enfermedad, medicamentos, economía, creencias y valores, terapias alternativas, motivaciones, percepción de síntomas, comunicación con el profesional de salud, protocolos de atención, material educativo, lugar de residencia, conocimiento de la enfermedad, hospitalización, seguro médico y tratamiento. Y los estudios cuantitativos mostraron que las sesiones educativas mejoraron la adherencia y los hombres mostraron mejor autocuidado.

Normas Sociales Femenina

García et al. (2017) adaptaron y validaron el Inventario de Conformidad de Normas Femeninas (CFNI-45, por sus siglas en ingles). La muestra fue de $n = 480$ mujeres españolas y latinoamericanas de 18 y 43 años. Usaron el cuestionario CFNI-45 de Parent y Moradi (2010), el cual es una versión abreviada de la escala de Mahalik et al. (CFNI-84, 2005). El CFNI-45 es escala tipo Likert de cuatro puntos que va de 0 = totalmente en desacuerdo a 3 = totalmente de acuerdo. La traducción y la adaptación se realizó mediante el proceso de back-translation.

Se realizó la validación cruzada, para ello, la muestra fue dividida en dos. En la primera submuestra ($n = 240$) se efectuó un análisis factorial exploratorio (AFE), en donde se identificó un modelo con siete factores que explica el 55.64% de la varianza; y presentó un buen ajuste del modelo con: $GFI = .96$; $RMSR = .05$; $\chi^2 = 4302.30$, $p < .00$.

Los ítems con comunalidades inferiores a .40 fueron eliminados, quedando 23 ítems. En la segunda submuestra ($n = 240$) se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC), en donde los resultados fueron: $X^2 = 596.61$, $p < .001$; el $RMSEA = .08$, obtuvieron índices de ajuste aceptable, aunque no así el $CFI = .88$. La confiabilidad interna de las dimensiones fluctuó entre $\alpha = .65$ a $.90$.

Desde una perspectiva de Género, Juárez et al. (2016) analizaron la percepción de riesgo coronario y prácticas de cuidados a 140 mujeres mexicanas con enfermedad coronaria (EC). Fue de diseño mixto, agruparon la muestra en: mujeres vulnerables y no vulnerables, basados en la encuesta de vulnerabilidad del Secretaria de Salud. Del total, el 58.6% desconoce cuál es su riesgo coronario y 51.4% no tiene información sobre cómo reducirlo; 74% sí se percibe en riesgo de padecer EC. Sólo 11.4% identifica como principal causa de muerte la EC.

Las mujeres vulnerables acuden menos a consulta médica ($p = 0.002$), checan con menos su presión sanguínea ($p = 0.02$) y hacen menos cambios en su alimentación ($p = 0.001$) que las no vulnerables. Las mujeres no vulnerables que tienen información sobre EC tienen más probabilidades de checar la presión ($OR = 4.71$; $IC\ 95\% [1.53, 14.46]$, $p = 0.006$) y hacer cambios alimentarios ($OR = 8.90$; $IC\ 95\% [2.02, 28.02]$, $p = 0.001$) que las vulnerables. Las mujeres vulnerables informadas que sufrieron dolor de pecho tienen más probabilidades de no buscar atención médica que las no vulnerables ($OR=11$; $IC95\% [1.6,75.5]$, $p = 0.01$). De los resultados cualitativos, las mujeres refieren que es insuficiente la información sobre cómo reducir el riesgo coronario; y se autocalifican como “dejada”, “descuidada”. Los médicos refieren, las mujeres se

demoran en buscar atención médica y no siguen los consejos por su “cultura” y “educación”.

Flórez et al. (2016) investigaron mediante un estudio de caso fenomenológico el significado de las experiencias vividas de una mujer revascularizada por enfermedad coronaria. Se describen y se interpretan cinco existenciales 1) la experiencia del cuerpo vivido: significó percibir el anuncio de la enfermedad, prever las cicatrices sobre la cuerpo y feminidad, y anticiparse al sufrimiento. 2) las relaciones vividas: significaron mantener un diálogo con un ser superior, una conexión de ayuda y dependencia con los cuidadores, sentirse “al revés”: de cuidadora a cuidada. 3) la experiencia del espacio vivido: significó la entrada al quirófano: atravesar la raya roja; la estancia en la unidad de cuidado intensivo, recibir un cuidado en soledad; salir de ella y la alegría de ganar una lucha. 4) el tiempo vivido: significó un punto de quiebre entre el antes y el ahora, un tránsito temporal de la experiencia, y recuperarse para mantener el rol. 5) las cosas vividas: significaron una preocupación anticipada y una pérdida del dominio del rol.

Hernández et al. (2017) evaluaron el grado de sobrecarga y la presencia de ansiedad y depresión en los cuidadores primarios de pacientes hospitalizados. Fue un estudio descriptivo, transversal y prospectivo. Se aplicaron 480 encuestas a cuidadores de pacientes, fue muestreo aleatorio por conglomerados, distribuyendo el número de sujetos proporcionalmente por servicio. Se aplicaron las escalas de Katz (incapacidad), Zarit (sobrecarga) y Goldberg (ansiedad-depresión). Los cuidadores fueron principalmente mujeres (68%), en su mayoría amas de casa. La edad $M = 42.9$, $DS = 9$ años. Las enfermedades prevalentes en los cuidadores fueron diabetes (10%) e

hipertensión (8%). Hubo una correlación positiva entre las horas de permanencia diaria del cuidador en el hospital y el grado de sobrecarga, ansiedad y depresión.

Trujano y De Jesús (2017) realizaron un estudio para evaluar el estrés y apoyo social en mujeres amas de casa y trabajadoras domésticas de la ciudad de México y del Estado de Puebla en una población de 200 amas de casa y de 200 trabajadoras domésticas. Encontraron que el nivel de estrés fue medio para ambas poblaciones, y que no hubo diferencias significativas entre el estrés de ama de casa y de las trabajadoras domésticas. Respecto al estrés por salud, reportaron que si existió diferencia significativa entre las poblaciones del “Consumo de alcohol o tabaco en exceso”: $t^{198} = 3.62 p < .05$, las amas de casa de la Ciudad de México presentaron consumo más frecuente de alcohol y tabaco; respecto al estrés por el trabajo entre amas de casa de Puebla Y ciudad de México se detectaron diferencias para el ítem “¿Presenta problemas financieros, como, por ejemplo: deudas, préstamos, financiamiento para la educación de los hijos, ¿etcétera?”: $t^{198} = -1.054 p < .05$, las participantes de Puebla fueron las que señalaron tener mayores problemas económicos; y para el ítem “Falta de reconocimiento por las labores domésticas que llevo a cabo”: $t^{198} = .264 p < .05$, reportando más problemas las amas de casa de Puebla.

Entre los roles sociales femeninos impuesto por la sociedad como una norma se encuentra el rol de cuidador, en los últimos años, debido al aumento de enfermedades crónicas, la mujer se ha visto realizando trabajos de cuidador a un familiar enfermo.

Así, el estudio de Buenfil et al. (2016) determinaron la relación entre el nivel de limitación en la actividad de los pacientes con enfermedades neuromusculares de la Unidad de Rehabilitación de la Universidad Autónoma de Yucatán, y los índices

de depresión en sus cuidadores primarios familiares. Los resultados muestran un perfil de cuidadores primarios, que se caracterizó por: la mayoría fueron mujeres (83.3 %), con una edad *Media* = 46.6; DE = 13.4 años, amas de casa, casadas. Se encontró una correlación positiva y significativa ($r = 0.63, p = 0.001$, entre el nivel de depresión Y ansiedad de los cuidadores primarios y el nivel de la limitación en la actividad de los pacientes a su cargo.

En síntesis, el inventario de normas femeninas es un instrumento que presenta validez aceptable y buena confiabilidad para su uso en este estudio. Las mujeres vulnerables con enfermedad coronaria acuden menos a consulta médica, checan con menos frecuencia su presión sanguínea y hacen menos cambios en su alimentación que las no vulnerables. Además, se autodenominan “dejadas” en el cuidado de su salud. El personal médico responsabiliza a las mujeres de su condición y que es por su cultura y educación. Para algunas mujeres el haber tenido alguna experiencia de tratamiento invasivo afecta su rol de cuidadora y también su imagen corporal. Por otro lado, la atención del hogar como un rol femenino es considerado por muchas mujeres como rutinario que impone estrés por diferentes causas que surgen por el trabajo en el hogar.

Conocimiento sobre ECV

Koohi y Khalili (2020) determinaron el nivel de conocimientos sobre las ECV y las prácticas o conductas relacionados a las enfermedades cardiovasculares (ECV) en adultos mayores de 20 años que acuden a centros de salud. Fue un estudio cuantitativo transversal en un $n = 300$ adultos. Se utilizaron análisis de regresión logística descriptiva y multivariante. El 51.3% fue de sexo femenino, el 79% casado, el 44% tuvo educación universitaria y el 26% tuvo enfermedad crónica asociada (hipertensión, diabetes e

hiperlipidemia). La edad $M = 39.71$ años con $DE = 21.1$. Se aplicó un cuestionario que mide conocimiento de ECV (incluye sus factores y práctica en ECV (conductas de actividad física, nutrición y tabaco) con puntuación de 0 a 100 para cada variable. El 80.3% tuvo conocimiento altamente satisfactorio; el factor de riesgo mayor identificado fue la hipertensión seguido de la obesidad.

Se encontró asociación significativa entre el conocimiento con la edad y la educación ($p < .05$). La edad fue el único factor que se asoció a conductas de nutrición y tabaco ($p < .05$). El conocimiento de ECV en adultos con edad mayor e igual a 40 años fue significativo ($p < .04$) en comparación con los que tuvieron menos de 40 años. Los que tuvieron educación universitaria presentaron más conocimientos sobre ECV en comparación con los que tenían educación baja. La actividad física fue significativa en hombres en comparación con las mujeres ($p = .046$). la confiabilidad del instrumento de conocimiento sobre las ECV, medido con el Alpha de Cronbach fue de .85.

Wòjcicki et al. (2019) realizaron un estudio para evaluar la influencia del nivel de conocimiento y de control de los factores de riesgo en enfermedad arterial coronaria en la prevalencia de los factores de riesgo en pacientes hospitalizados. El $n = 200$, conformada por pacientes con antecedentes de intervención coronaria percutànea (ICP) (36%) y pacientes previos a una ICP (64%). El 73% fue hombres; el 89% presentó antecedentes de hipertensión y el 82% de hipercolesterolemia.

Pacientes con antecedentes de ICP, no controlaron su presión sanguínea (28%) en comparación con los pacientes previo a la ICP (14%) ($p = .04$). Débil correlación se encontró entre la duración de la enfermedad coronaria y el nivel de conocimiento ($R^2 = .2$; $p = .03$). Se correlacionó el número de hospitalizaciones y la duración de la

enfermedad arterial coronaria con el nivel de control de los factores de riesgo de la enfermedad coronaria ($R^2 = .2$; $p = .002$; $R^2 = .2$; $p = .003$, respectivamente). El 50% de los pacientes previo a ICP no asistieron a ninguna rehabilitación cardiaca, lo que se correlacionó con un control deficiente de los factores de riesgo de enfermedad arterial coronaria ($p = .001$).

Mohammad et al. (2018) realizaron un estudio descriptivo transversal para determinar el conocimiento y práctica (CAP) respecto al riesgo de ECV en 100 pacientes que asistían a una clínica ambulatoria. La edad $M = 25$ años, $DE = 13.13$; y el 52% fue hombre. El 88% conocía que la ingesta de frutas y vegetales pueden prevenir ECV y que un patrón de alimentación irregular es dañino. El 80% reconoció que el tabaquismo es factor de riesgo de ECV y 71% reconoció a la obesidad.

Respecto a la práctica o conductas reportaron, el 63% camina durante más de 10 minutos y el 66 % come verduras; y sólo el 11% consume comida rápida todos los días. Se observó diferencias significativas en el nivel de conocimiento entre sexos ($p = 0,046$). Sin embargo, no se encontró diferencias significativas en conocimiento y práctica en los diferentes niveles educativos ($p = 0,332$, $0,185$ y $0,160$, respectivamente).

Areiza et al. (2018) evaluaron el conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular y la relación con el riesgo cardiovascular en pacientes ambulatorios con ECV. Fue un estudio descriptivo de corte transversal $n = 138$ pacientes con factores de riesgo o enfermedad cardiovascular $>$ de 30 años. La edad $M = 62.8$ años; $DE = 12.6$. El 76.1 % mujeres, 97.8% con historia personal de hipertensión, 29.7% de dislipidemia, 15,9% de diabetes y 0.7% de enfermedad cardiovascular. El conocimiento sobre riesgo

cardiovascular fue evaluado adecuado en 43.5% de los pacientes e inadecuado en 56.5%. El riesgo cardiovascular fue bajo en 47.8%, alto en 32.6% y moderado en 19.6% de los pacientes. Se encontró asociación estadísticamente significativa entre el conocimiento con el nivel educativo medio y alto ($p = 0.013$); y con la realización de actividad física regular ($p = 0.045$).

Ranjbar et al. (2018) investigaron el nivel de conocimientos de ECV en pacientes mayores de 18 años que asisten a un centro rehabilitación cardiaca en un estudio descriptivo transversal $n = 161$ pacientes. El instrumento incluyó preguntas de condición médica, factores de riesgo, ejercicio y nutrición. La edad $M = 54$ años, $DE = 14.57$. El 59.6% fueron hombres y el 25.5% presentó antecedente familiar de enfermedad cardiaca.

El 52.8% de los participantes presentó bajo nivel de conocimiento sobre las ECV. Se encontró diferencia significativa entre las puntuaciones medias de conocimiento con diferentes grupos de edad y educación, así, los participantes $<$ de 40 años presentaron puntuaciones de conocimiento más altas que los $>$ de 70 años ($p = 0.008$); y a mayor nivel de educación mayor nivel de conocimiento ($p = 0,001$). Los hombres tuvieron altas puntuaciones de conocimientos en todas las escalas en comparación con las mujeres, sin embargo, solo fue significativo en las subescalas de ejercicio ($p = 0.009$). No hubo diferencias significativas entre el conocimiento y antecedentes de enfermedades comórbidas.

Long et al. (2017) exploraron el conocimiento respecto al automanejo de la hipertensión e hiperlipidemia en 34 hombres de 40 a 60 años mediante un diseño cualitativo. El 58.8% fueron de 40-54 años de edad. El 41.2% tuvo hipertensión, 23.5%

colesterol alto y 35.3% ambas. Los participantes presentaron alto nivel de conocimientos sobre el automanejo de hipertensión, pero menos sobre automanejo de colesterol alto. La mayoría tenía conocimiento de las consecuencias de la hipertensión como accidente cerebrovascular, ataque cardíaco y muerte. Los efectos secundarios del medicamento y patrones de dieta no saludable fueron referidos como barreras en el automanejo; mientras que el soporte social, experiencias positivas en atención de salud y el valor a la familia como facilitadores. Las percepciones de masculinidad y automanejo se relacionaron con el diagnóstico de hipertensión e hiperlipidemia. Los participantes expresaron sentirse menos atléticos y que el uso de medicamentos afectó su funcionamiento sexual.

Sherpa et al. (2016) evaluaron el conocimiento sobre la enfermedad arterial coronaria, sus factores de riesgo, síntomas y tratamiento en un estudio descriptivo transversal con $n = 183$ pacientes ambulatorios. La puntuación media de conocimientos fue significativa para los educados y con antecedentes familiares de enfermedad cardíaca ($p = .003$; $p = .002$ respectivamente).

Los factores de riesgo modificables identificados fueron: estrés (89.1%), sedentarismo (88%), dieta grasa (86.9), tabaquismo (86.9%), hipertensión (77%), diabetes (61%) y colesterol alto en sangre (43%). El 40% de los pacientes no conocía síntomas de ataque cardíaco. El 77.6% conocía la medicación, y sólo el 13% conocía la intervención coronaria percutánea y el 83.1% desconocía la política gubernamental y las subvenciones para el tratamiento de la enfermedad coronaria. Para la prevención de enfermedades coronarias, el 78.4% consideró el ejercicio, el 93.4% consideró dejar de

fumar, el 81.7% prefirió consumir una dieta saludable y el 85% consideró el cumplimiento del tratamiento médico para la diabetes y la hipertensión.

En síntesis, el factor conocimiento sobre las ECV es influenciada por los factores edad; tienen mejor nivel de conocimiento los adultos mayores de 40 años, a mayor nivel de educación mejor conocimiento; así también este factor se asocia al sexo, a la enfermedad cardiaca y a las prácticas de actividad física.

Normas Sociales Masculinas

Mendoza, (2017). Determinó la influencia del machismo en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2 y el riesgo cardiovascular en hombres adultos, mediante un diseño correlacional predictivo en 126 participantes de 20 a 59 años. Reportó: las personas que perciben mayor machismo realizan menor autocuidado y apoyo social ($\beta = -.295, p = .001$ y $\beta = -.349, p = .001$, respectivamente). Las personas que perciben mayor machismo presentan mayor riesgo desarrollar enfermedad cardiovascular $F(1, 119) = 5.18, p = .025$, enfermedad coronaria $F(1, 119) = 4.92, p = .028$, accidente cardiovascular $F(1, 119) = 4.06, p = .046$ e infarto al miocardio $F(1, 119) = 5.62, p = .019$.

Taylor y Dumas (2019) examinaron la masculinidad basada en clases y la adherencia a pautas de rehabilitación cardiovascular en hombres de dos grupos económicamente diferentes que han sufrido un incidente cardiovascular que requirió hospitalización. Estudio cualitativo, los datos se recopilaron a través de 60 entrevistas semiestructuradas. La edad promedio fue 57.3 años. Los participantes del grupo desfavorecido (pobreza material, escasa formación académica, trabajo mal remunerado, historial de desempleo) y los del grupo de clase media y media alta, compartieron tres

tipos aspiraciones 1) lograr un sentido de seguridad: expresados por los esfuerzos para minimizar las amenazas a las vulnerabilidades físicas; así, mientras que los participantes desfavorecidos tienden a manejar estas vulnerabilidades continuando sus estilos de vida y restando importancia a las consecuencias de los síntomas, la gravedad de la enfermedad, impacto de los factores de riesgo y progresión de la enfermedad; los del grupo de clase media tienden a manejar las vulnerabilidades modificando sus estilos de vida de acuerdo a las recomendaciones de salud.

2) preservar la autonomía: la sensación de tener el control del propio destino y la capacidad de actuar de acuerdo con las creencias fueron evidentes en todas las entrevistas. Los grupos desfavorecidos percibían que la adhesión a las pautas de salud amenazaba su autonomía, y en hombres con clase media aumentaban su autonomía. 3) ganar reconocimiento social: los hombres desfavorecidos se esfuerzan por mantener un grado decente de respeto y reconocimiento social, incluso si fue a expensas de su propia salud (el reconocimiento social como una barrera para la salud). Los hombres de clase media, a menudo ilesos por el capital simbólico negativo, aspiraban a seguir con sus vidas mejorando su salud (reconocimiento social como catalizador de la salud).

Sizto y Byam (2017) examinaron la evidencia en investigaciones cualitativas sobre el automanejo de enfermedades crónicas e influencia de las percepciones de la masculinidad sobre el autocuidado en 39 estudios canadienses publicados del 2005 a 2011. Los hallazgos (temas) fueron a) *características personales de los hombres*: recibir un diagnóstico médico de enfermedad aumenta el interés en aprender sobre la enfermedad y tratamiento, en especial en hombres con múltiples comorbilidades y cuando son motivados por un profesional de salud. Respecto a los sentimientos, los

hombres en recuperación de un accidente cerebrovascular leve percibían debilidad y vulnerabilidad debido al impedimento físico; percibían disminución de su capacidad para seguir siendo el sostén y protector de la familia. Admitieron estar insatisfechos con su imagen corporal y pérdida autonomía; reportaron sentir exclusión social debido a su cultura y enfermedad.

Aspectos culturales influían en las actitudes y toma de decisiones, los hombres con enfermedades cardíacas comentaron incorporar gran cantidad de alimentos procesados a su dieta occidental. Los hombres con afección cardíaca percibían la enfermedad como consecuencia de una privación de buen empleo, de alimentos saludables, acceso a servicios de educación y prevención de la salud. Las reacciones iniciales de los hombres a los cambios corporales y al deterioro debido a problemas de salud tendieron a ser negativas; algunos rechazaron cualquier cambio en el estilo de vida saludable a pesar de tener una afección cardíaca. b) *influencias sociales del sentido de la masculinidad sobre la visión que tienen los hombres de sus cuerpos y su autocuidado*, referenciaron a la fuerza física, autonomía, potencia sexual, invulnerabilidad, perfección, capacidad y flexibilidad.

Las creencias sobre la masculinidad en hombres fueron: es un hombre viril que muestra fuerza y estabilidad, transmite confianza para cuidarse a sí mismo; es un hombre “con M mayúscula”, inteligente, protector de la familia, valiente ante las dificultades y responsable de transmitir valores; es un hombre fuerte con un cuerpo bien formado, buen carácter y consciente de sus propias elecciones; es un hombre sereno que tiene una vida familiar y profesional exitosa; y es fuente de fuerza y solidaridad, evocando nociones de acción, agresividad, ambición y protección; es un héroe familiar.

c) *Significados de masculinidad sobre el autocuidado*: los hombres revelaron que el autocuidado estuvo influido por normas culturales masculinas que connota éxito profesional y heterosexualidad; competitividad, invulnerabilidad, valentía, del tipo "que avanza", que no llore y no revele estar enfermo.

Occhipinti et al. (2019) validaron el Inventario de masculinidad en enfermedades crónicas (MCD-I, por sus siglas en inglés) en una población de 633 hombres con afección crónica de 47 a 93 años. fue un estudio cuantitativo correlacional que incluyó análisis exploratorio y confirmatorio. El MCD-I consta de 22 ítems con respuesta tipo Likert de 5 puntos (1 = no es cierto en absoluto a 5 = muy cierto). La escala presenta seis subescalas de masculinidad: fuerza/ aptitud física (cinco ítems), importancia/ prioridad sexual (cuatro ítems), responsabilidades familiares (cuatro ítems), autosuficiencia emocional (dos ítems), capacidad optimista (cuatro ítems) y enfoque de acción (tres ítems). Los puntajes más altos de las subescalas y en los puntajes totales indicaron mayor masculinidad.

La edad $M = 68$ años; el 43% tenía sobrepeso y 32% obesidad. El 68% tenían enfermedades crónicas comórbidas, las más comunes fueron la hipertensión (48%) e hipercolesterolemia (40%). Se confirmó una estructura de cinco factores con 22 ítems que explican el 60% de la varianza, con confiabilidades de buenas a excelentes ($\alpha = 0,68-0,93$), y son: capacidad optimista (nueve ítems); importancia/ prioridad sexual (cuatro ítems); responsabilidades familiares (cuatro ítems); autosuficiencia emocional (dos ítems) y fuerza/ aptitud física (tres ítems). El modelo mostró excelente ajuste: $\chi^2 = 326.27$; $RMSEA = .052$ y $CFI = .96$.

En síntesis, en estudio cuantitativos se observó que el machismo afecta el autocuidado en hombres, así a mayor machismo menor autocuidado, apoyo social y mayor riesgo a desarrollar enfermedades cardiovasculares. Este se ve reflejado en estudios cualitativos donde reportan que el hombre influenciado por la cultura de masculinidad rechaza cualquier cambio en su estilo de vida en beneficio de la salud; así como también culpan a la enfermedad de privarles de privilegios en sus “hábitos”. Se observó que el nivel económico-social afecta en las actitudes de los hombres respecto al cuidado de la salud, así, los hombres de clase media tienden a manejar las vulnerabilidades modificando sus estilos de vida de acuerdo a las recomendaciones de salud. Los grupos desfavorecidos o clase baja percibían que la adhesión a las pautas de salud amenazaba su autonomía.

Prueba de Teorías y Factores Asociados al Proceso de Autocuidado

Koirala et al. (2020) estudiaron el autocuidado (mantenimiento del autocuidado, confianza y manejo del autocuidado) y sus factores influyentes en pacientes con IC en Nepal. Estudio basado en la Teoría Revisada de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca de Riegel et al. (2016). Fue de diseño observacional transversal, en un $n = 221$ pacientes hospitalizados con IC. La edad fue $M = 57.5$ años, $DE = 15.76$; el 62% hombres, el 83% casados, el 65% desempleados, el 65% con leve limitación física según la clasificación de la escala funcional de insuficiencia cardíaca, y el 45% tuvo educación informal. Las comorbilidades más comunes fueron la diabetes (30%) y la isquemia cardíaca (42%). El autocuidado de los pacientes fue pobre con puntuaciones < 70 (0-100): autocuidado del mantenimiento $M = 38.5$, $DE = 11.56$; confianza $M = 40.9$, $DE = 16.61$; y manejo $M = 45.7$, $DE = 15.14$.

Los pacientes con nivel de educación menor e igual a secundaria y mayor nivel de secundaria influyen tanto al mantenimiento como al manejo de autocuidado con ($\beta = 7.1, p = .001; \beta = 7.4, p = .001$); [$\beta = 9.8, p = .001; \beta = 14.5, p = .002$], respectivamente). Por cada punto que incrementa el apoyo social aumenta el manejo del autocuidado ($\beta = .7, p = .002$); y por cada unidad que aumenta en la puntuación de comorbilidad aumenta la puntuación del mantenimiento del autocuidado ($\beta = .8, p = .002$).

Luo et al. (2020) describieron cómo los pacientes chinos con IC perciben sus síntomas y sus factores influyentes. Un estudio basado en la Teoría Revisada de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca de Riegel et al. (2016). Fue un diseño descriptivo correlacional. La muestra fue $n = 208$ pacientes > de 18 años.

La edad fue $M = 67.75$ años, $DE = 11.9$; el 59.6% fue hombres; el 54.3% tuvo nivel primaria e inferior; el 80.8 % casado. El tiempo promedio de tener la IC fue de $M = 40$ meses. El 51% presentó marcada limitación física. El puntaje promedio de percepción de síntomas fue de 43.16%, $DE = 10.9$ (7- 69). La disnea y molestias en el pecho fueron las más reportadas ($M = 3.21, DE = 2.36; M = 2.952, DE = 3.03$, respectivamente). El edema tuvo una puntuación $M = 1.16, DE = 2.35$, El 82.7% de los pacientes ignoraron el aumento de peso o la hinchazón en los pies (39.4%) en la última semana; el 63.5% no notó que sus zapatos apretaban al final del día. El 8.6% no sintió que la ropa le ajustaba la cintura, el 44.2% sintió malestar estomacal.

Los pacientes que tuvieron nivel educativo superior presentaron alta habilidad en la percepción de síntomas ($\beta = 8.92, p = .018$); y aquellos que presentaron incapacidad de realizar actividad física ($\beta = 6.72, p = .003$). El modelo de regresión lineal multivariado sobre la percepción de síntomas ($F = 4.33, p < .001$).

Gil y Oh (2018) llevaron a cabo un estudio para proveer un marco teórico para mejorar el autocuidado en adultos con hipertensión y examinar la idoneidad práctica de la Teoría de Rango Medio de Autocuidado de Enfermedades Crónicas de Riegel et al (2012). La muestra fue $n = 224$ pacientes coreanos adultos con hipertensión. Fue de diseño cuantitativo transversal; con métodos de verificación teórica.

Los resultados fueron: la edad $M = 56.04$ años, $DE = 7.30$; el 82.0% tuvo edad de 50 a 64 años; el 81.3% casados; el 65.6% no tenía religión; el 58.0% tenía algún trabajo. La validez del modelo cumplió con los índices de bondad de ajuste aceptables: $\chi^2 = 906.45$ ($Gl = 394$, $p < .001$), $GFI = 0.90$, $RMSEA = .08$, $AGFI = 0.87$, $CFI = .92$ y $SRMR = 0.08$. el factor apoyo de otros influyó significativamente en el proceso de autocuidado (mantenimiento, monitoreo y manejo) con $\beta = .16$, $p = .003$. El factor conocimiento no mostró influencia significativa en el proceso de autocuidado ($\beta = -.09$, $p = .462$). Los procesos de autocuidado (mantenimiento, monitoreo y manejo) influyeron significativamente en la salud y en la estabilidad de la enfermedad ($\beta = .80$, $p < .001$), y ($\beta = .51$, $p < .001$), respectivamente.

Lee y Song (2015) verificaron un modelo sobre el manejo de síntomas basados en la teoría de situación específica de autocuidado en insuficiencia cardiaca de Riegel et al. (2008). Fue de diseño cuantitativo para probar hipótesis planteadas. La muestra fue de 241 pacientes ambulatorios con insuficiencia cardiaca de un hospital universitario coreano. Los resultados fueron: la edad $M = 72.4$ años, el 53.5% fue mujeres, el 40.2% vivían con su cónyuge, el 40.3% tenían primaria completa, y el 87.6% estaban desempleados. El tiempo medio con IC fue de 6.8 años y el 45.2% tenían experiencia

visitando emergencias; el 59.3% presentó síntomas leves y disfunción parcial de la actividad física.

Los índices de ajuste del modelo hipotético fueron: $\chi^2 = 88.15$ ($gl = 29$, $p < .001$); $GFI = .93$, $RMSEA = .09$, $IFI = .90$, $CFI = .90$. Las variables que tuvieron efecto directo sobre el manejo de síntomas fueron: el reconocimiento de síntomas ($\beta = .34$, $p = .021$) y el conocimiento de insuficiencia cardiaca ($\beta = .23$, $p = .003$). El resultado del modelo fue: $\chi^2 = 98.87$ ($p < .001$), $\chi^2 / Gl = 2.60$, $GFI = .93$, $SRMR = .07$, $RMSEA = .08$, $IFI = .90$, $CFI = .9$,

En síntesis, cuando probaron en un modelo las variables del proceso de autocuidado (mantenimiento, monitoreo y manejo) y factores influyentes, el ajuste y validez del modelo fueron significativo; el factor apoyo de otros influyó en el proceso de autocuidado, no así el factor conocimiento; el proceso de autocuidado influyó en la estabilidad de la enfermedad. El modelo sobre la percepción de síntomas y factores influyentes resultó ser significativo; los pacientes que tuvieron nivel educativo superior e incapacidad de realizar actividad física presentaron alta habilidad en la percepción de síntomas.

Prueba de Instrumentos de Autocuidado en Enfermedad Coronaria (EC) e

Hipertensión Arterial (HTA)

Bayrak et al. (2021) adaptaron una versión turca del Inventario de Autocuidado de Enfermedades Coronarias (SC-CHDI) para evaluar su validez y fiabilidad en 222 pacientes con enfermedad coronaria mayores e iguales a 18 años. Usaron para la validez el índice de validez de contenido (CVI, por sus siglas en inglés), análisis factorial exploratorio (AFE) y análisis factorial confirmatorio (AFC). Previo a su validez y

fiabilidad se realizó el proceso de Back Translation. La edad $M = 62.3$ años, $DE = 11.4$; el 48.6% fue mayor a 65 años; el 73.4% fue hombre. El CVI de los ítems y del inventario fue de .99 para ambos. Analizaron las tres subescalas del inventario (mantenimiento, manejo y confianza).

En el AFE, se encontró una estructura de dos factores con coeficiente $KMO = .724$, $\chi^2 = 761.09$ y $Test\ de\ Bartlett = p < .00$; en el CFA los índices de ajuste fueron: $X^2/Gl = 2.618$; $RMSEA = .08$; $CFI = .93$. La fiabilidad interna de la subescala fue $\alpha = .63$. En la subescala de manejo el AFE indicó una estructura de dos factores (reconocimiento y respuesta temprana y respuesta tardía) con índices: $KMO = .64$; $X^2 = 393.8$; y $Test\ de\ Bartlett = p < .001$; en el AFC los índices de ajuste fueron buenos: $X^2/Gl = 1.55$; $RMSEA = .05$; $CFI = .98$. La subescala de confianza, acorde al EFA presentó una estructura de un factor y en el AFC los índices de ajuste fueron: $X^2/gl = 2.63$, $p = .001$; $RMSEA = .08$; $CFI = .98$.

Chen et al. (2020) probaron psicométricamente la versión china del Inventario de Autocuidado de Enfermedades Coronarias (SC-CHDI). Fue un diseño correlacional transversal en un $n = 301$ pacientes mayores de 18 años con enfermedad coronaria. La validez de constructo se evaluó mediante análisis factorial exploratorio (AFE) y análisis factorial confirmatorio (AFC). La fiabilidad de la consistencia interna se midió con el alfa de Cronbach. Los autores tradujeron y adaptaron el inventario original al chino mediante el proceso de Back- Translation. El inventario consta de 22 ítems con tres subescalas (mantenimiento, manejo y confianza en el autocuidado). Cada escala es estandarizada con puntuaciones de 0 a 100; las puntuaciones más altas indican un mejor

autocuidado y autoeficacia en el autocuidado. La edad $M = 65$ años, $DS = 10.0$. La mayoría hombres (61.1%); el 87% casados; y el 29.9 % con estudios de nivel medio.

En la subescala de mantenimiento dos factores se identificaron (adherencia al tratamiento y estilo de vida saludable) mediante el EFA con índices: $KMO = .75$; $X^2 = 665.804$ y $Test\ de\ Bartlett = p < .001$; y en el AFC tuvo un buen ajuste con $X^2/Gl = 1.971$, $p = .03$; $RMSEA = .05$; $CFI = .95$. Los índices de fiabilidad fue $\alpha = .88$ para el factor adherencia al tratamiento y para el factor estilo de vida saludable fue $\alpha = .71$. En la subescala de manejo el AFE indicó dos factores (reconocimiento y respuesta temprana, y respuesta tardía) con índices: $KMO = .68$; $X^2 = 665.804$ y $Test\ de\ Bartlett = p < .001$. Mediante el AFC los índices de ajuste fueron buenos: $X^2/Gl = 1.75$, $p = .03$; $RMSEA = .06$; $CFI = .97$. La fiabilidad para el factor reconocimiento y respuesta temprana fue $\alpha = .68$ y para el factor respuesta tardía fue $\alpha = .71$. La estructura unidimensional de la subescala confianza tuvo un buen ajuste en el AFC con $X^2/Gl = 1.54$, $p = .001$; $RMSEA = .04$; $CFI = .98$; y la fiabilidad fue buena con $\alpha = .80$.

Riegel et al. (2019) probaron las propiedades psicométricas de la Escala Revisada de Autocuidado de Insuficiencia Cardíaca (SCHFI, por sus siglas en inglés) v.7.2 y su armonía con la teoría actualizada de situación específica de autocuidado de insuficiencia cardíaca. Fue de diseño transversal de test y retest. La muestra fue 631 pacientes estadounidenses con insuficiencia cardíaca (IC) mayores de 18 años. La escala SCHFI v7.2 comprende: a) escala de mantenimiento del autocuidado, b) escala de percepción de síntomas y c) escala de manejo del autocuidado. Los autores hipotetizaron que cada escala presenta dos dimensiones. Usaron el análisis factorial confirmatorio (AFC) para prueba del modelo

El 63.1% fue hombres, la edad $M = 64.6$ años, $DE = 14.3$; el 70.1% tuvo nivel de educación superior; el 78.5% estuvo desempleado; y el 54.8 casado o con pareja. La escala de mantenimiento de autocuidado presentó un buen ajuste con AFC: $X^2(33, n = 631) = 70.95, p < .001, CFI = .96, RMSEA = .04$; con dos dimensiones (conductas basadas en consultas y conductas dietéticas) ambas se correlacionaron positivamente ($r = 0.51$); con $\alpha = .75$. La escala de percepción de síntomas presentó excelente ajuste, AFC: $X^2(41, n = 631) = 106.5, p < .001, CFI = .96, RMSEA = .05$; con dos dimensiones (monitoreo y reconocimiento de síntomas); con $\alpha = .85$. La escala de manejo de autocuidado presentó un buen ajuste, AFC: $X^2(19, n = 631) = 30.5, p = .05, CFI = .97, TLI = 0.96, RMSEA = 0.031$; con dos dimensiones (conductas recomendadas por proveedores y conductas de resolución de problemas); con $\alpha = .85$.

El AFC del modelo general presentó buenos índices de ajuste: $X^2(360, n = 631) = 730, p < .001, CFI = .90, RMSEA = .04$. la confiabilidad de test y retest para las escalas fueron de: .89 para el mantenimiento del autocuidado; .70 para percepción de síntomas, y .84 para manejo del autocuidado.

Vaughan et al. (2017) probaron las propiedades psicométricas del Inventario de Autocuidado de Enfermedad Coronaria (SC-CHDI), usando como base la teoría de Autocuidado de Enfermedad Crónica. El inventario consta de 22 ítems con tres escalas que mide mantenimiento, manejo y confianza en el autocuidado en personas con enfermedad coronaria estable. Cada escala es estandarizada con puntuaciones de 0 a 100; las puntuaciones más altas indican un mejor autocuidado y autoeficacia en el autocuidado. El estudio fue correlacional en un $n = 392$ adultos mayores e iguales a 18 años, con historial clínico de infarto de miocardio, angina, cirugía de corazón. La

validez factorial se probó con análisis factorial confirmatorio y la fiabilidad por determinación de factores (FDS, por sus siglas en inglés).

La edad $M = 61.4$ años, $DE = 9.6$. El 62% fue hombre. En la escala de mantenimiento de autocuidado con 10 ítems, se confirmaron dos factores: “conductas autónomas” y “conductas consultivas a un proveedor de salud” con índices de ajuste: $X^2 = 124.6$, $p = .001$; $RMSEA = .08$; $CFI = .90$. La fiabilidad fue buena ($FDS = .87$). En la escala de automanejo con seis ítems, se confirmaron dos factores: “reconocimiento y respuesta temprana” y “respuesta tardía” con índices de ajuste: $X^2 = 26.7$, $p = .004$; $RMSEA = .09$; $CFI = .90$. La fiabilidad de esta escala con dos factores fue aceptable ($FDS = .76$). La estructura unidimensional de la escala de confianza en el autocuidado con seis ítems tuvo índices de ajuste: $X^2 = 26.7$, $p = .001$; $RMSEA = .08$; $CFI = .96$. La fiabilidad de esta escala unidimensional fue buena con $\alpha = .84$.

La estructura factorial del Inventario de Autocuidado de Enfermedades Coronarias (SC-CHDI) con tres subescalas de la versión china y turca fue similar a la versión original en inglés. En la validez de la estructura del modelo mediante el análisis factorial confirmatorio mostró un buen ajuste en las tres versiones, y con confiabilidad interna aceptables. Así también, la Escala Revisada de Autocuidado de Insuficiencia Cardíaca (SCHFI) v.7.2 mostró un modelo acorde con la teoría actualizada de Situación Específica de Autocuidado de Insuficiencia Cardíaca. Comprende tres subescalas con dos dimensiones para cada una, la estructura del modelo resultó ser válida con buenos índices de ajuste. Las correlaciones entre las dimensiones de cada subescala fueron significativas y la confiabilidad interna para las tres escalas fueron buenos y aceptables.

Herrera et al. (2021) determinaron la validez de constructo y la consistencia interna del Inventario de autocuidado en Hipertensión v.2.0 (SC-HI, versión en inglés), en adultos colombianos. Fue un estudio de tipo metodológico en el que se realizó la traducción, adaptación cultural y validez de contenido mediante juicio de expertos. La muestra fue $n = 290$ personas hipertensas. La validez del constructo lo determinaron mediante análisis factorial exploratorio y confirmatorio, la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Obtuvieron una estructura de dos factores para la escala de autocuidado de mantenimiento, con un ajuste de ($\chi^2 = 104.57$; $p = .001$; $RMSEA = .12$; $SRMR = .15$; $CFI = .85$; $NNFI = .76$). En manejo del autocuidado obtuvieron una estructura bifactorial con índices de ajuste ($\chi^2 = 6.59$; $p = .58$; $RMSEA = .100$; $SRMR = .07$; $CFI = 1.00$). En la escala de confianza una estructura bifactorial con índices de ajuste ($\chi^2 = 94.991$; $p = .001$; $RMSEA = .19$; $SRMR = .10$; $CFI = .93$; $NNFI = .87$). El alfa de Cronbach para mantenimiento fue de .64, para manejo .70 y para confianza .86.

Dickson et al. (2017) probaron las propiedades psicométricas del Inventario de Autocuidado de la Hipertensión Arterial (SC-HI, siglas en inglés) de la versión 3.0, en una muestra de $n = 193$ adultos con HTA. Métodos: Usando la teoría del Autocuidado de las Enfermedades Crónicas, desarrollamos una medida de 24 ítems de mantenimiento, monitoreo y manejo para personas con HTA. Usaron análisis factorial exploratorio para identificar la estructura de la medida. Para la confiabilidad utilizaron puntajes de determinación factorial y de Cronbach. La validez se probó con la Escala de Adherencia General del Estudio de Resultados Médicos y el Inventario de Competencia para la Toma de Decisiones. El 70% de la muestra fue mujer. Obtuvieron una escala de

mantenimiento, con consistencia interna de .83; una escala multidimensional para el manejo de autocuidado (con factor autónomo y consultivas) con factor determinante de .75; y una escala de confianza con consistencia interna de .80.

Dickson et al. (2021) evaluaron las propiedades psicométricas del SC-HI v3.0 actualizado en una muestra de 200 adultos con hipertensión crónica. El análisis realizado fue análisis factoriales exploratorio en conjuntos de elementos utilizando el método del factor principal para analizar la matriz de correlación. El 83.4% de la población fue blanca no hispana; El 56% eran mujeres, con una edad $M = 62.2$, $DS = 12.5$ años. La puntuación media de la escala de mantenimiento del autocuidado fue de $M = 75.9$, $DS = 13.6$, y confiabilidad determinada por el coeficiente de determinación fue de $\rho = .81$, $.80$ para un modelo bidimensional identificado como conductas autónomas y consultivas, respectivamente. La puntuación promedio de la nueva escala de monitoreo fue de $M = 58.5$, $DS = 21.99$ para un modelo unifactorial, con confiabilidad muy buena de $\rho = .94$. La puntuación media escala de automanejo autocuidado fue de $M = 64.5$, $DS = 19.5$, resultó en una solución unifactorial, y confiabilidad aceptable de $\rho = .84$.

Definición Operacional de Términos

Edad. Años cumplidos a la fecha que refirió el participante con ECV al momento de la entrevista, y fue escrita en la cédula de datos.

Sexo: es la característica biológica que diferencia al hombre de la mujer. Los participantes con ECV se expresaron en términos de masculino y femenino. Este dato fue documentado en la cédula de datos.

Escolaridad. Son los años de estudio completos del adulto con ECV, documentado en la cedula de datos.

Conocimiento sobre ECV. Es la información que el participante con ECV indicó tener sobre la enfermedad cardiovascular, sus factores de riesgo, prevención y síntomas. Fue medido con la Escala de Conocimientos sobre ECV de (Koohi & Khalili, 2020).

Normas Sociales Masculinas. Son reglas y estándares que guían y restringen el comportamiento de los hombres, son las expectativas sociales sobre la masculinidad en la vida pública o privada de los hombres, sesgada al éxito, virilidad, competencias, fuerza y conductas que muchas veces condiciona al participante varón con ECV a encubrir algún temor relacionado a su salud. Fueron medidas con el Inventario de Conformidad de Normas Masculinas de Mendoza et al. (2017).

Normas Sociales Femeninas. Son reglas y estándares que guían y restringen el comportamiento de las mujeres, son las expectativas sociales sobre la feminidad en la vida pública o privada de las mujeres, sesgada al sometimiento, debilidad, escasos privilegios, cuidado hacia otros, que muchas veces condiciona a la mujer con ECV a descuidar su propia salud. Fueron medidas con el Inventario de Conformidad de Normas Femeninas de García et al. (2017).

Comorbilidad. Son las enfermedades crónicas asociadas a la ECV (enfermedad coronaria e hipertensión). Los participantes con ECV se expresaron en términos de tener o no tener diabetes tipo 2 (DT2), hipertensión arterial (HTA), sobrepeso/obesidad e hiperlipidemia como enfermedad crónica asociada. Este dato fue documentado en la cédula de datos, basado en la encuesta de comorbilidad de Koohi & Khalili (2020).

Funcionamiento Físico. Es la capacidad física funcional de los participantes con ECV para realizar sus actividades diarias. Fue medida con Índice de Estado de Actividad de Duke de Sánchez et al. (2018).

Acciones de Autocuidado en ECV. Se refiere a los diferentes tipos de acciones de autocuidado que el participante con ECV presenta y son: a) acciones de mantenimiento, dirigidas a mantener la estabilidad fisiológica e incluyen adherencia al tratamiento y conductas saludables; b) de monitoreo, que son acciones de seguimiento, control y vigilancia de signos y síntomas; y c) de manejo, que son acciones de respuesta cuando los signos y síntomas aparecen. Estas acciones fueron medidas a través del Inventario de Autocuidado de Enfermedades Coronarias versión 3 (SC-CHDI v.3) (Self-Care Measures (2021), con la adición de cuatro preguntas específicas de autocuidado de la hipertensión arterial, registrados del Inventario de Autocuidado en hipertensión (SC-HI v.3) de Dickson et al. (2021).

Objetivos de la Investigación

Objetivos General

Probar el modelo explicativo *factores significativos que influyen en las acciones de autocuidado en ECV* en población adulta mexicana desde un abordaje de métodos mixtos.

Objetivos Específicos

Cuantitativos

1. Determinar la influencia de los factores de persona (edad, sexo, escolaridad); de problema (comorbilidades [diabetes tipo 2, hiperlipidemia, sobrepeso/obesidad] y funcionamiento físico); y de proceso (conocimiento sobre ECV) en las acciones de

autocuidado (mantenimiento, monitoreo y manejo) en población adulta mexicana con ECV.

2. Determinar el efecto mediador del factor de proceso (conocimiento sobre ECV) entre los factores de persona y problema (edad, sexo, escolaridad, comorbilidades y funcionamiento físico) y las acciones de autocuidado (mantenimiento, monitoreo y manejo) en población adulta mexicana con ECV.

3. Determinar la influencia del factor normas sociales femeninas en las acciones de autocuidado (mantenimiento, monitoreo y manejo) en mujeres mexicanas con ECV.

4. Determinar el efecto mediador del factor proceso (conocimiento sobre ECV) entre las normas sociales femeninas y las acciones de autocuidado (mantenimiento, monitoreo y manejo) en mujeres mexicanas con ECV.

5. Determinar la influencia del factor normas sociales masculinas en las acciones de autocuidado (mantenimiento, monitoreo y manejo) en hombres mexicanos con ECV.

6. Determinar el efecto mediador del factor proceso (conocimiento sobre ECV) entre las normas sociales masculinas y las acciones de autocuidado (mantenimiento, monitoreo y manejo) en hombres mexicanos con ECV.

Cualitativos

1. Describir las experiencias de las mujeres sobre las normas sociales femeninas relacionadas a las acciones de autocuidado.

2. Describir las experiencias de los hombres sobre las normas sociales masculinas relacionadas a las acciones de autocuidado.

Mixtos

1. Explicar los datos cuantitativos de la influencia de las normas sociales femeninas en las acciones de autocuidado (mantenimiento, monitoreo y manejo) de las mujeres mexicanas a la luz de los datos cualitativos.

2. Explicar los datos cuantitativos de la influencia de las normas sociales masculinas en las acciones de autocuidado (mantenimiento, monitoreo y manejo) de los hombres mexicanos a la luz de los datos cualitativos.

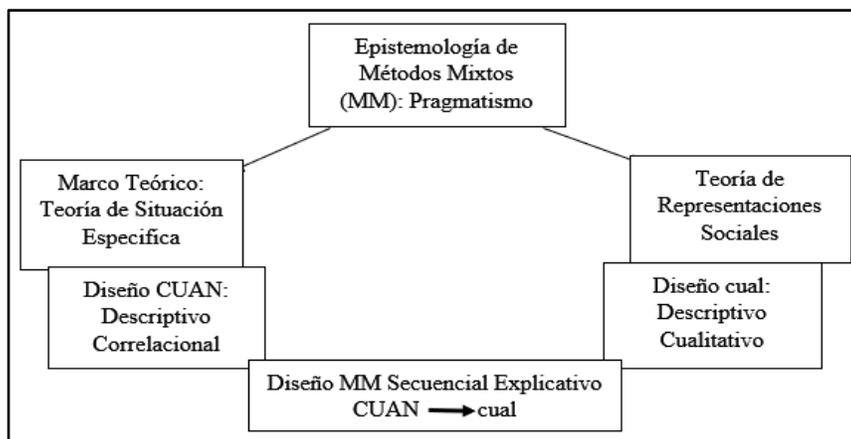
Capítulo II

Metodología

En este estudio, la metodología de Métodos Mixtos (MM) se sustentó en la epistemología del Pragmatismo y en marcos teóricos que sustentaron los diseños: cuantitativos y cualitativo (Figura 4). A continuación, se describe el diseño de métodos mixtos del estudio, que abarcó método cuantitativo dominante (CUAN), método cualitativo (cual), población, muestra, instrumentos, consideraciones éticas y estrategias de análisis.

Figura 4

Metodología de métodos mixtos del estudio



Nota. Representación gráfica del marco metodológico del estudio (Aranda & Gutiérrez, 2022) basado en Teddie & Tashakkori (2009) y J. W. Creswell & J. D. Creswell (2018).

Diseño de la Investigación

A fin de dar respuesta a las preguntas de la investigación, se realizó:

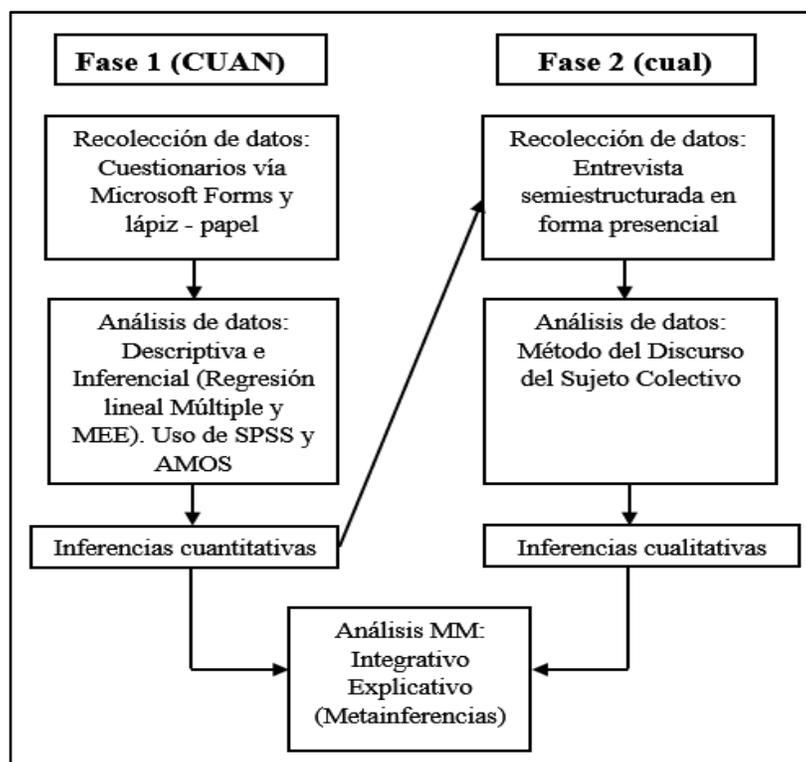
Diseño de MM Secuencial Explicativo (CUAN → cual) de Dominio Cuantitativo

Este diseño de MM consistió en dos métodos en secuencia: fase cuantitativa (CUAN) seguida de la fase cualitativa (cual) como se muestra en la Figura 5. El diseño

es de dominio cuantitativo porque todas las variables del estudio (edad, sexo, escolaridad, normas sociales femeninas, normas sociales masculinas, funcionamiento físico, comorbilidad, conocimiento sobre las ECV y las acciones de autocuidado [mantenimiento, monitoreo y manejo]), fueron analizadas con el método cuantitativo. Sólo la variable de índole sociocultural (las normas sociales), fue analizada, además, con el método cualitativo, en busca de mayor explicación a las inferencias cuantitativas de la influencia de las normas sociales en las acciones de autocuidado. (Creswell & Plano Clark, 2018; Teddie & Tashakkori, 2009).

Figura 5

Diseño de método mixto secuencial explicativo de dominio cuantitativo



Nota. Representación gráfica del diseño de métodos mixtos del estudio (Aranda & Gutiérrez, 2022) basado en Teddie & Tashakkori (2009) y J. W. Creswell & J. Creswell (2018).

Diseño de la Fase 1 (CUAN)

El diseño fue de tipo descriptivo correlacional y transversal, puesto que describió las variables del estudio, se analizaron la influencia de las variables de persona (edad, sexo, escolaridad, normas sociales femeninas y/o masculinas), de problema (comorbilidad y funcionamiento físico) y de proceso (conocimiento sobre ECV) en las acciones de autocuidado (mantenimiento, monitoreo y manejo) para probar el modelo explicativo factores significativos que influyen en las acciones de autocuidado en ECV. Las mediciones fueron en un sólo tiempo (Polit, 2015).

Diseño de la Fase 2 (cual)

El diseño fue descriptivo cualitativo. El método cualitativo que se usó para la recolección y análisis de datos cualitativos fue el método del Discurso de Sujeto Colectivo.

Población del estudio

La población estuvo constituida por personas mayores de 18 años con ECV, ambulatorios con diagnóstico de enfermedad coronaria (cardiopatía isquémica o infarto agudo de miocardio o insuficiencia cardiaca o angina de pecho o hipertensión) que asistían a clínicas de Beneficencia privada del estado de Nuevo León.

Criterios de Inclusión

Personas que supieran leer, escribir y comunicarse en español.

Criterios de Exclusión

Personas con disfunción cognitiva y aquellos con patologías en etapa terminal, hemodiálisis, discapacidad severa o postrado; enfermedad pulmonar, accidente cerebrovascular y patología cardiaca congénita.

Muestra del Estudio

El tamaño de la muestra se calculó mediante G * Programa Power 3.1, considerando el tamaño del efecto medio ($f^2 = .15$), un poder estadístico de .90 y nivel de significancia $\alpha = .05$, en base en 79 ítems o variables observables Cohen (1988). La muestra calculada fue de 345, suficientes para el análisis estadístico de Regresión lineal múltiple y de Modelo de Ecuaciones Estructurales (Cohen, 1998).

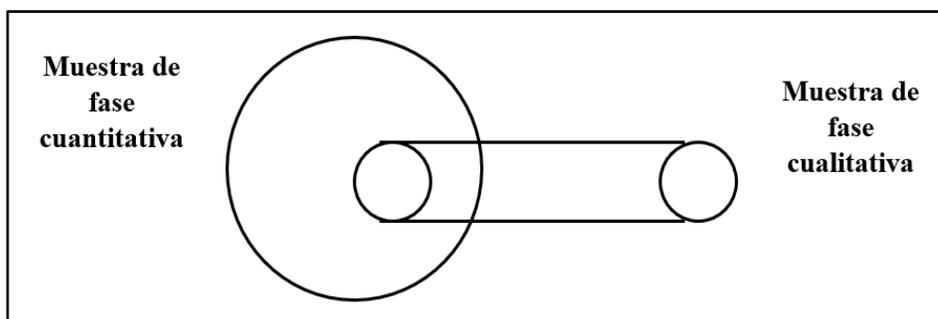
Muestra de Métodos Mixtos Secuencial

Muestra de fase 1 (CUAN): la muestra en esta fase estuvo constituida por 345 personas que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Muestra de fase 2 (cual): en esta fase, fue una submuestra derivada de la muestra de la fase 1 (CUAN), como se observa en la Figura 6 (Teddie, & Tashakkori, 2009).

Figura 6

Gráfico de la muestra cualitativa



Nota. Representación gráfica de la muestra cualitativa a partir de la muestra cuantitativa (Aranda & Gutiérrez, 2022).

Muestreo de Métodos Mixtos Secuencial

Muestreo de fase 1 (CUAN)

Debido a la contingencia por pandemia (Covid-19), el muestreo en esta fase fue muestreo por conveniencia que “implicó extraer elementos de un grupo al que el investigador puede acceder fácilmente, es una de las técnicas de muestreo intencional más utilizadas” (Kemper, Stringfield y Teddlie, 2003, p.278).

Muestreo de fase 2 (cual)

El muestreo de esta fase fue por conveniencia e intencional hasta la saturación de datos.

Reclutamiento de los Participantes del Estudio

El reclutamiento de los participantes fue para la fase (CUAN) y para la fase (cual). Se llevó a cabo en cuatro diferentes clínicas de beneficencia privada que atienden a personas de nivel económico, medio, medio-bajo y bajo, ubicados en diversos municipios del estado de Nuevo León. Previo al proceso de reclutamiento de los participantes, se obtuvo la autorización de los administradores de dichas clínicas. Los participantes con ECV fueron reclutados en tres formas: a) Se reclutaron a los participantes según la hora de llegada a las consultas médicas; se identificó a los posibles participantes cuando pasaban por recepción de la clínica, en donde manifestaban el motivo de consulta y llenaban su ficha de antecedentes médicos, según lo referidos de antecedentes con enfermedad cardiovascular se reclutaron a los participantes.

b) Se reclutaron a los participantes cuando salían de sus consultas médicas. Se solicitó al paciente un momento de su tiempo para explicar el motivo del estudio y preguntarle si acepta participar en el estudio, y c) El reclutamiento de los participantes también fue mediante una lista de posibles participantes con sus respectivos números

telefónicos, y que asistían regularmente a su cita médica. La lista fue facilitada por el personal de enfermería autorizado por los administradores de la clínica privada.

Posteriormente se hizo una llamada telefónica a cada posible participante para explicarle el propósito del estudio y solicitar su participación en el estudio.

En las tres formas de reclutamiento, al hablar con el posible participante, ya sea personalmente o por teléfono se realizaron preguntas filtro como por ejemplo si su problema cardiaco es congénito, para confirmar su elegibilidad (corroborar criterios de inclusión y exclusión), para luego proceder a explicar brevemente al participante el propósito del estudio, y luego preguntarle si le interesa o desea participar en el estudio. Sólo los pacientes que aceptaron participar en el estudio formaron parte de la muestra del estudio.

Consideraciones Éticas del Estudio

Las consideraciones éticas del presente estudio fueron las mismas para la fase cuantitativa y para la fase cualitativa.

Las consideraciones éticas se sustentan en los lineamientos de los Artículos: 13, 14,16, 20, 21 y 22 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud [SSA], 2014), que disponen:

Para la realización del estudio se contó con la aprobación de las Comisiones de Investigación, de Ética de la Facultad de Enfermería UANL (Artículo 14, Fracción I y VII), y con la autorización de las instituciones de salud de donde fueron reclutados los participantes (Artículo 14, fracción VIII). Así también, se contó con el consentimiento informado para la fase cuantitativa en modo presencial (Apéndice A) y modo en línea (Apéndice I); además, se contó con el consentimiento informado para la fase cualitativa,

que fue en modo sólo presencial (Apéndice H). Ambos consentimientos informados (Artículo 22, Fracción I) fueron revisados por el comité de ética en investigación de la Facultad de Enfermería UANL, Así también, fueron revisados por los administradores de las clínicas de salud de beneficencia privada, en donde fueron reclutados los participantes (Artículo 22, Fracción II).

En la forma presencial, en ambas fases (cuantitativa y cualitativa) el consentimiento informado fue leído a los participantes, posterior a su aceptación verbal, el participante firmó el consentimiento informado (en formato físico) (Artículo 22, fracción IV). En la forma en línea (sólo en la fase cuantitativa) previa llamada telefónica, se dio explicación al participante del propósito de investigación y del procedimiento de recolección de información de forma sencilla y clara (Artículo 21, Fracción I y II). En ambos casos el participante autorizó su participación en la investigación con pleno conocimiento de los procedimientos y con la capacidad de libre aceptación sin coacción alguna. Esto se hizo factible con la firma del participante en el documento en físico del consentimiento informado, o con marcar acepto o no acepto en el formato de consentimiento informado vía plataforma de Google Forms.

Se enfatizó que el participante tiene la libertad de finalizar su participación en el estudio en el momento que lo considere conveniente (Artículo 20). Así también, se dio a conocer los riesgos esperados y los beneficios observados; se aclararon las dudas del participante con la finalidad de que tenga la información necesaria, que le permita aceptar o rechazar su participación en el estudio con plena libertad (Artículo 21, Fracción III, IV, V, VI Y VII). Prevalció el criterio del respeto a la dignidad para cada participante y la protección de sus derechos y bienestar (Artículo 13). Se contó con la

colaboración de tres licenciadas de enfermería que laboran en las diferentes las clínicas de salud, capacitadas en el tema de la investigación y en la recolección de datos, a fin de que puedan cuidar la integridad del participante bajo supervisión del autor de la investigación (Artículo 14, Fracción VI).

Se protegió la privacidad y seguridad del participante, para que no sea identificado y se mantenga su privacidad (Artículo 21, fracción VIII). El participante fue identificado con un folio en números arábigos, para asegurarse que no será identificado por su nombre (Artículo 16). Una vez que haya firmado presencialmente el consentimiento informado (Apéndice A, Apéndice B) en presencia de testigos se proporcionó un duplicado de dicho documento (Artículo 22, Fracción III, IV y V), este procedimiento se realizó en las dos fases del estudio. En el caso de haber aceptado a participar en línea, se hizo una captura de pantalla de su consentimiento informado aceptado. El consentimiento informado vía plataforma para la recolección de datos cuantitativos vía Google Forms fue el mismo para hombres y mujeres (Apéndice C)

A continuación, se describe la recolección de datos de la fase 1 (CUAN) y de fase 2 (cual).

Recolección de Datos de la Fase 1 (CUAN)

El procedimiento de recolección de datos en esta fase se realizó en dos modos:

a) En modo presencial, en el cual, la encuesta en formato lápiz y papel fue entregada en forma presencial al participante para el llenado de los cuestionarios. La recolección de datos se realizó a los participantes que fueron reclutados en las cuatro clínicas de beneficencia privada. El investigador junto a los colaboradores (licenciados en enfermería), previa autorización de los administradores de las clínicas, facilitaron

todas las comodidades a los participantes (silla, mesa, lápiz y cuestionario) para que procediera con el llenado de los cuestionarios. El orden de llenado fue: 1) Cedula de Datos Personales y de Comorbilidad (Apéndice D), 2) Inventario de Autocuidado en Enfermedad Cardiovascular (Apéndice E), 3) Inventario de Conformidad de Normas Masculinas (Apéndice F), 4) Inventario de Conformidad de Normas Femeninas (Apéndice G), 5) Índice de Estado de Actividad de Duke (Apéndice H), y 6) Escala de Conocimientos sobre ECV (Apéndice I).

La encuesta que se administró a los hombres incluyó el Inventario de Conformidad de Normas Masculinas, mientras que, en la encuesta para las mujeres incluyó el Inventario de Conformidad de Normas Femeninas. Finalmente se agradeció a cada uno de los participantes por su participación en el estudio.

b) En modo en línea, mediante el uso de plataforma de Google Forms: en este modo, previa a la recolección de datos, se realizaron las llamadas telefónicas al número obtenido en las clínicas, para invitarles a participar en el estudio, explicarle el propósito, y que es voluntario, si aceptan se les solicitó el número de WhatsApp o correo electrónico. Posteriormente, se envió al participante un mensaje electrónico adjuntando el enlace electrónico para que acceda a la encuesta en línea (paquete de cuestionarios) en la plataforma de Google Forms. Los cuestionarios electrónicos del estudio fueron diferentes, uno para hombres (Apéndice J) y otro para mujeres (Apéndice K), debido a que el inventario de conformidad de normas es diferente según sexo. El orden del llenado de los cuestionarios en Google Forms fue el mismo de forma de lápiz y papel.

Descripción de Instrumentos

A continuación, se describen los instrumentos que se emplearon para medir las variables de estudio.

Se aplicaron una cedula de datos personales y de comorbilidad y cinco instrumentos en formato de papel y lápiz, todos auto aplicables, con una duración para su llenado de aproximadamente de 30 minutos.

Instrumentos de lápiz y papel

Los instrumentos fueron: 1. Cedula de datos Personales y de Comorbilidad (Apéndice D); 2. Inventario de Autocuidado de Enfermedad Cardiovascular (Apéndice E); 3. Inventario de Conformidad de Normas Masculinas (Apéndice F); 4. Inventario de Conformidad de Normas Femeninas (Apéndice G); 5. Índice de Estado de Actividad de Duke (Apéndice H); y 6. Escala de Conocimiento sobre ECV (Apéndice I).

1. Cédula de Datos Personales y de Comorbilidad: constituido por:

a) Un Folio. Para la identificación del participante y privacidad de esta, cada cédula contó con un folio construido tres ceros seguido por el número del orden en que se recibió la encuesta con las respuestas del participante (ejemplo: 0001, 0002, 00028); y b) la cédula en dos secciones, sección I: datos personales (edad, sexo y educación) y sección II: datos de comorbilidad. A continuación, se describe la presentación de cada variable en la cédula.

Edad. Se realizó una pregunta al participante con ECV sobre su edad en años en la actualidad.

Sexo. Se presentó en la cédula al participante con ECV dos alternativas con una opción de respuesta referente al sexo (masculino o femenino).

Escolaridad. Se realizó una pregunta al participante con ECV sobre los años de estudios concluidos.

Comorbilidad. Se realizó una pregunta estructurada por los autores del estudio sobre si el participante presenta o no enfermedades crónicas asociadas (hipertensión, diabetes tipo 2, hiperlipidemia y sobrepeso/obesidad) a su diagnóstico médico de ECV, con opciones de respuesta (no = 1; si = 2). La pregunta se estructuró teniendo como base la encuesta de comorbilidad de Koochi y Khalili (2020).

2. Inventario de Autocuidado de Enfermedad Cardiovascular

Para medir el autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular se usó el Inventario de Autocuidado de Enfermedad Cardiovascular que es una conjunción del Inventario de Autocuidado de Enfermedades Coronarias (SC-CHDI, siglas en inglés) v.3 (Self-Care Measures, 2021) con 23 ítems, y la inclusión de cuatro ítems del Inventario de Autocuidado de la Presión Arterial Alta (SC-HI, siglas en inglés) v.3 de Dickson et al. (2021).

El Inventario de Autocuidado de Enfermedad Coronaria v.3, es una escala compuesta por tres subescalas (mantenimiento, monitoreo y manejo) (Self-Care Measures, 2021), traducido del original en inglés al español por los autores de este estudio mediante la técnica de Back translation, y posteriormente publicado por los autores del Inventario original en su página principal de Medidas de Autocuidado (Apéndice L). El Inventario de Autocuidado de la Presión Arterial Alta v.3 publicado por Dickson et al. (2021), constituido por 24 ítems en tres escalas de autocuidado (mantenimiento, monitoreo y manejo), traducido al español con la técnica de Back translation y publicado la página principal de Medidas de Autocuidado (Apéndice M).

La realización del Back translation de ambos Inventarios se realizó siguiendo las etapas de Adaptación transcultural según Beaton et al. (2007) que son: traducción, síntesis, Back translation, evaluación de expertos y prueba piloto. Seguidamente del proceso de Back translation, los Inventarios fueron evaluados por 8 expertos (dos investigadores expertos en el tema, dos médicos cardiólogos, dos enfermeras y dos traductores) (Polit, 2015). Posteriormente, se estructuró el Inventario de Autocuidado de Enfermedades Cardiovasculares con los 23 ítems del SC-CHDI v3 y cuatro ítems del SC-HI v.3, que son: que son: 1. ¿con qué frecuencia toma medicamento para la presión alta?; 2. Si usted tiene hipertensión ¿qué probabilidad hay que reduzca la sal en sus comidas?; 3. ¿qué probabilidad hay que tome un medicamento para la presión alta?; y 4. Muchas personas con presión alta tienen síntomas de dolor de cabeza, edema en las piernas y/o pies, confusión, visión borrosa, zumbido en oídos. La última vez que tuvo un síntoma ¿cuán rápido reconoció que fue un síntoma de presión alta? En suma, el Inventario de Autocuidado en Enfermedades Cardiovasculares estuvo constituido por 27 ítems. La consistencia interna del Inventario en prueba piloto en 32 personas con ECV fue de un $\alpha = 0.89$. No se eliminó algún ítem del Inventario de Autocuidado en Enfermedades Cardiovasculares, sólo se hizo pequeños cambios gramaticales o de palabras (en sinónimos) para una mayor comprensión de los ítems (Apéndice E).

El Inventario de Autocuidado de Enfermedad Cardiovascular mide el autocuidado en personas adultas con ECV y consta de tres subescalas: mantenimiento, monitoreo, y manejo; con opciones de respuesta tipo Likert de 5 puntos (que va desde nunca = 1 a hasta siempre = 5, para los ítems del 1 al 15, 24 y 25; no es probable = 1 a es muy probable = 5, para los ítems del 16 al 19, 21, 22 y 26; no hice nada = 1 a muy

seguro = 5, para el ítems 20; y respecto a reconocimiento de síntomas: no he tenido síntoma = 1 a muy rápidamente = 5, para los ítems 23 y 27). Se probó la validez y confiabilidad del instrumento descritos en el capítulo de resultados teniendo como referencia la validez del Inventario de Autocuidado de Enfermedades Coronarias (SC-CHDI) y la validez del Inventario de Autocuidado en Hipertensión (SC-HI) v.3.

Respecto al Inventario de Autocuidado de Enfermedad Coronaria v.3, sólo se cuenta con la validación y fiabilidad de la primera versión del Inventario de Autocuidado de Enfermedad Coronaria de Vaughan et al. (2017) constituido por tres subescalas en las que incluye: mantenimiento y manejo y autoconfianza (no será estudiada). La validez se realizó mediante análisis factorial confirmatorio y la fiabilidad por determinación de factores (FDS, por sus siglas en inglés) en 392 adultos. En donde determinaron que el Inventario cuenta con una subescala de mantenimiento con 10 ítems en dos factores: “conductas autónomas” y “conductas consultivas a un proveedor de salud” con índices de ajuste: $X^2 = 124.6$, $p = .001$; $RMSEA = .08$; $CFI = .90$. La fiabilidad fue buena ($FDS = .87$). Una segunda subescala de automanejo con seis ítems en dos factores: “reconocimiento y respuesta temprana” y “respuesta tardía” con índices de ajuste: $X^2 = 26.7$, $p = .004$; $RMSEA = .09$; $CFI = .90$. La fiabilidad de $FDS = .76$.

En cuanto al Inventario de Autocuidado en Hipertensión (SC-HI) v.3, la validez y fiabilidad de este Inventario fue realizada por los autores Dickson et al. (2021) en una muestra de 200 adultos con hipertensión, mediante un análisis factorial exploratorio. Los autores reportaron que la validez de la actualización del SC-HI v.3 se determinó en que el Inventario está constituida por tres subescalas: 1) Subescala de mantenimiento del autocuidado ($M = 75.9$, $DE = 13.6$), compuesto por dos factores “conductas autónomas”

y “consultivas”, con fiabilidad de $\rho = .81$ y $.80$, respectivamente); 2) La nueva escala de monitoreo ($M = 58.5$, $DE = 21.99$) tuvo una solución de un sólo factor con muy buena fiabilidad de $\rho = .94$). La escala de manejo ($M = 64.5$, $DE = 19.5$) tuvo una solución de un sólo factor y una fiabilidad aceptable de $\rho = .84$).

3. Inventario de Conformidad de Normas Masculinas

Para medir las normas sociales masculinas en hombres con ECV, se utilizó el Inventario de Conformidad de Normas Masculinas adaptado y aplicado en México por Mendoza et al. (2017) del Inventario del mismo nombre de Mahalik (2003). El objetivo del uso del Inventario fue medir la conformidad a las normas masculinas en hombres (Apéndice F). El Inventario consta de 22 ítems en 11 subescalas: ganar, control de emociones, conductas de riesgos, violencia, poder sobre la mujer, mujeriego, dominio, auto eficiencia, primacía del trabajo, búsqueda de estatus social y desprecio a la auto representación heterosexual. El Inventario se presenta en respuestas de escala tipo Likert de 4 puntos (0 = totalmente desacuerdo a 3 = totalmente de acuerdo). El puntaje total de los ítems es de 0 a 66, las puntuaciones más altas representan mayor aceptabilidad a las normas sociales masculinas.

La confiabilidad interna reportado mediante el Alfa de Cronbach reportados en otras investigaciones fueron entre 0.90 a 0.94 (Mahalik et al., 2003; Mahalik et al., 2005; Mahalik et al., 2007; Tannenbaum & Frank, 2011; Amato, 2012; Parent & Moradi, 2011). En México el Inventario de Conformidad de Normas Masculinas obtuvo un Alfa de Cronbach de .78 (Mendoza et al., 2017).

4. Inventario de Conformidad de Normas Femeninas

Para medir las normas sociales femeninas en mujeres con ECV, se utilizó el Inventario de Conformidad de Normas Femeninas (CFNI, por sus siglas en inglés) de García et al. (2017), adaptada desde el CFNI-45 de Parent y Moradi (2010), el mismo que fue traducido al español y adaptada del original de Mahalik et al. (2005). El inventario tuvo como objetivo medir la aceptabilidad de las normas sociales femeninas (Apéndice G). Consta de 23 ítems, con opciones de respuesta en escala Likert de 4 puntos que va desde “totalmente en desacuerdo = 1” a “totalmente de acuerdo = 4”, puntuaciones más elevadas a partir de la media indican más adhesión a la norma femenina. Un ejemplo de ítem es: “siempre estoy intentando perder de peso”. Los índices de confiabilidad de Alpha de Cronbach del Inventario y de las escalas fluctúan entre .65 a .90 (García et al., 2017; Mahalik et al., 2005; Parent y Moradi, 2010).

5. Funcionamiento Físico

Para medir el funcionamiento físico en pacientes con ECV se utilizó el Índice de Estado de Actividad de Duke (DASI, por sus siglas en inglés) de Sánchez et al. (2018), la cual es una traducción y adaptación del original DASI (Hlatky et al., 1989) (Apéndice H). El objetivo del instrumento fue medir la capacidad física en actividades diarias en adultos con ECV. Cuenta con 12 ítems que mide actividades de cuidado personal, deambulación, tareas del hogar y actividades recreativas en dos dominios: actividades pesadas y actividades livianas. Un ejemplo de pregunta es ¿puede caminar dentro de su casa? con cuatro opciones de respuesta: lo hizo sin dificultad; lo hizo, con dificultad; no lo hizo por problema cardiovascular; no lo hizo por otra razón. Cada ítem tiene un puntaje ponderado (demanda metabólica) asignado por el autor de la versión original. Se asigna dicho puntaje al ítem si la respuesta es “lo hizo sin dificultad” y no se asignan

en caso de las demás opciones. Para los propósitos del estudio, los ítems fueron puntuados como: 1 = “lo hizo sin dificultad” y 0 = para las demás opciones. Cuenta con confiabilidad de Alpha de Cronbach entre .69 a .93 en diversos estudios (Sánchez et al., 2018).

6. Escala de Conocimiento sobre ECV

Se utilizó la Escala de Conocimiento sobre ECV de Koohi y Khalili (2020), que se encontró en versión inglés, por lo que se procedió solicitar autorización a los autores originales para su uso en este trabajo, posteriormente se realizó la traducción de la escala de forma fiel, por medio de la técnica de back translation. La escala de conocimiento tiene el propósito de determinar el conocimiento sobre las ECV, los signos y síntomas, factores de riesgo y prevención (Apéndice I). Consiste en 12 ítems de escala tipo Likert de tres puntos (0 = falso, 1= no sabe y 2 = verdadero). En este estudio las puntuaciones fueron dicotómicas con opciones de respuesta: 1 punto para respuesta falso y 2 puntos para respuesta verdadero. Un ejemplo de ítem sería “controlar la presión sanguínea alta es vital para prevenir un infarto de miocardio”. La confiabilidad de este instrumento la confiabilidad según el Alpha de Cronbach fue de .85 (Koohi & Khalili, 2020) (Apéndice I)

Recolección de Datos Fase 2 (cual)

El proceso de recolección de datos cualitativos en esta fase se basó en los resultados inferenciales cuantitativos significativos respecto a la influencia de las normas sociales en las acciones de autocuidado descritos en el Capítulo III de este estudio; en donde, sólo la dimensión atención del hogar de las normas sociales femeninas de las mujeres con ECV influyó en las acciones del autocuidado

(mantenimiento monitoreo y manejo). Se adicionaron criterios de inclusión específico para las mujeres con ECV que fueron: ser ama de casa, tener pareja o esposo y tener hijos a su cuidado.

La recolección de datos se enfocó en la búsqueda de mayor comprensión y explicación de cómo la dimensión de atención del hogar influye en las acciones de autocuidado. Para ello se desarrolló una guía de entrevista semiestructurada con una pregunta abierta basadas en las inferencias cuantitativas. La pregunta cualitativa que se formuló fue ¿Cómo influye las tareas del hogar, el rol de ser mamá y ama de casa en el cuidado de su salud? Mediante la entrevista se exploró los testimonios y experiencias vividas respecto a la influencia de la norma social femenina: atención del hogar, en las acciones de autocuidado de las mujeres con ECV. Las entrevistas se basaron en las recomendaciones de Creswell (2009) que son: 1) las preguntas de las entrevistas cualitativas deben ser abiertas, 2) sin categorías preestablecidas, a fin de que los participantes externen sus experiencias, 3) sin ser influenciadas por el investigador o por resultados de otros estudios. Y en el método de Discurso Colectivo de Lefèvre F & Lefèvre A, 2014.

Análisis de Datos de la Fase 1 (CUAN)

Se utilizó el programa estadístico Statistical Package Social Sciences (SPSS) versión 25.0 para mediciones de frecuencias y porcentajes en variables de tipo nominal; y mediciones de medias, desviación estándar y porcentajes para variables continuas. Para la confiabilidad interna de los instrumentos fue mediante el coeficiente Alfa de Cronbach. Para la confirmación del modelo explicativo propuesto, en donde se propone que los factores de persona (edad, sexo escolaridad, normas sociales femeninas y

normas sociales masculinas); de problema (comorbilidad y funcionamiento físico); y de proceso (conocimiento sobre ECV) influyen en las acciones de autocuidado, se usó el análisis de regresión lineal múltiple y Modelos de Ecuaciones Estructurales.

El Modelos de Ecuaciones Estructurales (MEE) sirvió para confirmar los modelos de influencia de los factores en cada una de las acciones de autocuidado (mantenimiento, monitoreo y manejo), así como, para determinar la influencia mediadora del factor de proceso (conocimiento sobre ECV), entre los factores (edad, sexo, escolaridad, normas sociales femeninas, normas sociales masculinas, comorbilidad y funcionamiento físico) en las acciones de autocuidado mediante el uso del software AMOS 24.0. Los índices de ajustes del modelo a considerar fueron: Chi cuadrado ($X^2 > .05$); índices de Tucker-Lewis (TLI $> 0 = .90$) o índice de bondad de ajuste (GFI $> 0 = .90$); errores cuadráticos medios de aproximación (RMSEA $< 0 = .08$); y el índice de ajuste comparativo (CFI $> 0 = .90$) (Byrne, 2010; Landis et al., 2009; Vaughan et al., 2017).

Previo al análisis inferencial, se realizó las propiedades psicométricas (validez y confiabilidad) del Inventario de Autocuidado en Enfermedades Cardiovasculares (Apéndice N), a fin de confirmar la estructura del Inventario en subescalas, que indican las acciones de autocuidado (mantenimiento, monitoreo y manejo); mediante el análisis factorial exploratorio (AFE) y análisis factorial confirmatorio (AFC); así también del Inventario de Conformidad de Normas femeninas (Apéndice Ñ) y del Inventario de Conformidad de Normas Masculinas (Apéndice O); para confirmar y conocer las dimensiones que la componen. Puesto que se probará la influencia de cada dimensión en las acciones de autocuidado. Los índices considerados de ajuste del modelo

confirmatorio de cada Inventario fueron los mismos usados en el análisis de Modelo de Ecuaciones Estructurales.

Análisis de Datos Fase 2 (cual)

El análisis de los datos cualitativo se realizó usando las figuras metodológicas del método de DSC que son: las expresiones claves (EC), idea central (IC) y el Discurso del Sujeto Colectivo (DSC). Se utilizó dos Instrumento de Análisis de discurso (IAD): IAD 1, en donde se transcribió la respuesta del entrevistado de manera literal; y el IAD 2, que se utilizó para extraer la IC y las EC. El DSC es la organización de las EC de las participantes en un sólo discurso y en primera persona. EL DSC consistió en la unión e interconexión de las EC para cada IC.

En el desarrollo del análisis de datos cualitativos se siguieron cuatro pasos:

Paso 1. Se transcribió la entrevista en formato Word.

Paso 2. Se realizó la transcripción de la entrevista (extracción literal del discurso de la participante que contesta la pregunta cualitativa, identificando la IC y características de las participantes) en el IAD1.

Paso 3. Se extrajo las EC del IAD1 y se agrupó con la IC al que corresponden en el IAD2.

Paso 4. Descripción del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC).

Análisis de Métodos Mixtos

Análisis de Métodos Mixtos Integrativo Explicativo (Fase 1 CUAN → Fase 2 cual)

El análisis mixto consistió en la integración y comparación de las inferencias cuantitativas (producto del análisis inferencial estadístico) y las inferencias cualitativas (representadas en las EC) respecto a la influencia de la norma social femenina: atención

del hogar, en las acciones de autocuidado; así como, en la explicación de las inferencias cuantitativas desde las inferencias cualitativas (Creswell & Plano Clark, 2018, p. 348; Teddie & Tashakkori, 2009, p. 240).

En el desarrollo del análisis mixto, se siguieron los siguientes pasos:

Primero, se describieron las inferencias cuantitativas (interpretaciones de los resultados cuantitativos sobre la influencia de la atención del hogar, en las acciones de autocuidado [mantenimiento, monitoreo y manejo]). Segundo, se describieron las Expresiones Claves que dieron explicación y mayor comprensión del resultado cuantitativo inferencial. Finalmente, se describieron las metainferencias del análisis mixto.

Capítulo III

Resultados

Resultados de la de la Fase 1 (CUAN)

En esta fase, se presentan los resultados cuantitativos, e incluyen: a) descripción de las variables de estudio; b) consistencia interna de los instrumentos; c) estadística descriptiva de las variables del estudio; y d) análisis inferencial.

Estadística Descriptiva de las Variables

La muestra final estuvo conformada por 345 participantes, de los cuales 53% fue mujer. El promedio de la edad de los participantes fue 57.7 años ($DE = 14.4$; 18 - 89); el promedio de escolaridad de 9.71 años ($DE = 4.82$; 0 - 22). Respecto al diagnóstico de ECV, se agruparon en dos grupos: enfermedades coronarias (infarto agudo de miocardio, angina y arritmia) que constituyó el mayor porcentaje (59.40%), y la hipertensión. El 100% de participantes que tuvo enfermedad coronaria tuvo hipertensión como comorbilidad asociada (Tabla 1). Cada comorbilidad fue considerada un factor.

Tabla 1

Diagnóstico médico y comorbilidad de los participantes del estudio (n =345)

Diagnóstico médico de ECV	<i>f</i>	<i>%</i>
<i>Enfermedades coronarias</i>		
Infarto agudo de miocardio	93	27.00
Angina de pecho	62	18.00
Arritmia	50	14.50
<i>Comorbilidad asociada</i>		
Hipertensión	205	100%
Diabetes tipo 2	133	64.90
Hiperlipidemia	117	57.10

Comorbilidad asociada			
	Sobrepeso/obesidad	113	55.10
Diagnóstico médico de ECV			
<i>Hipertensión</i>		140	40.60
Comorbilidad asociada			
	Diabetes tipo 2	76	54.3
	Hiperlipidemia	99	70.7
	Sobrepeso/obesidad	70	50.00

Nota: $n = 345$, ECV = enfermedad cardiovascular

Consistencia Interna de los Instrumentos

Bayrak & Oğuz (2021), indican que si los valores del coeficiente α de Cronbach están en el rango de $.60 \leq \alpha \leq .79$, la consistencia interna de los instrumentos de medición es confiable; y si los valores están en el rango de $.80 \leq \alpha \leq 1.00$, la consistencia interna es altamente confiable. Los instrumentos de medición presentan consistencia interna confiable y altamente confiable, ya que los valores del coeficiente α de Cronbach están entre $.72$ a $.89$, como se muestra en la Tabla 2.

Tabla 2

Consistencia interna de los instrumentos de medida del estudio

Instrumento de medición	N° Reactivos	<i>n</i>	<i>α de Cronbach</i>
Inventario de Autocuidado de ECV	27	345	.89
CMNI-22	22	162	.79
CFNI -23	23	183	.72
Índice de Estado de Actividad de Duke	12	345	.88
Escala de Conocimiento sobre ECV	12	345	.81

Nota: $n = 345$, ECV = enfermedad cardiovascular, CMNI-22 = Inventario de Conformidad de Normas Masculinas, CFNI -23 = Inventario de Normas de Conformidad Femeninas, α = Alfa.

Prueba de Normalidad

A continuación, se presenta la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov (K-S) para las variables autocuidado de enfermedades cardiovasculares, conformidad de normas masculinas, conformidad de normas femeninas, estado de actividad física y conocimientos sobre enfermedades cardiovasculares. Los resultados en la Tabla 3 muestran que todas las variables tienen $p < .05$, por lo tanto, indican que la distribución de los datos de las variables no es normal.

Tabla 3

Estadística descriptiva y prueba de Kolmogorov-Smirnov (K-S)

Instrumento de medición	Media	DE	Mín.	Máx.	Kolmogorov-Smirnov	$p < .05$
Inventario de Autocuidado de ECV	98.28	17.49	47	135	.05	.02
CMNI-22	32.32	9.12	10	66	.12	.00
CFNI -23	60.50	8.57	36	82	.07	.00
Índice de Estado de Actividad de Duke	34.20	20.26	0	58	.14	.00
Escala de Conocimiento sobre ECV	9.36	2.76	1	12	.17	.00

Nota: $n = 345$, ECV = enfermedad cardiovascular, CMNI-22 = Inventario de Conformidad de Normas Masculinas, CFNI -23 = Inventario de Normas de Conformidad Femeninas, DE: desviación estándar, *Min* = mínimo, *Max* = máximo, p = nivel de significancia.

Propiedades Psicométricas del Inventario de Autocuidado en Enfermedades

Cardiovasculares

El modelo del Inventario se confirmó como una estructura de 24 ítems en tres tipos de acciones de autocuidado presentadas en escalas y sus respectivas subescalas:

escala de mantenimiento con dos subescalas (mantenimiento autónomo y mantenimiento por consulta a un proveedor de salud); uniescala de monitoreo; y escala de manejo con tres subescalas (manejo en ECV, manejo en EC y manejo en HTA). Los índices de validez o bondad de ajuste del modelo fueron buenos: $X^2 = 602.272$, $G1 = 237$, $RMSEA = .06$, $CFI = .91$, $TLI = 90$, $p = .000$; con consistencia interna de $\alpha = .89$ (Apéndice N).

Propiedades psicométricas del Inventario de Conformidad de Normas Femeninas (CFNI)

El modelo del Inventario fue confirmado como una estructura de 14 ítems en cuatro dimensiones (atención del hogar y niños, fidelidad romántica, reconocimiento de logros, y delgadez), con buenos índices de bondad de ajuste del modelo: $X^2 = 133.304$, $G1 = 71$, $RMSEA = .06$, $CFI = .90$, y $GFI = .90$. La consistencia interna del inventario fue de un $\alpha = .70$ (Apéndice Ñ).

Propiedades psicométricas del Inventario de Conformidad de Normas Masculinas (CMNI)

El modelo del Inventario fue confirmado como una estructura de 15 ítems en cuatro dimensiones (masculinidad, poder sobre otros, control emocional, prioridad del trabajo). El modelo del Inventario presentó buenos índices ajuste: $X^2 = 134.752$, $G1 = 84$, $RMSEA = .06$, $CFI = .90$, y $GFI = .90$; y una consistencia interna de $\alpha = .82$ (Apéndice O).

Análisis Inferencial

Para dar respuesta a los objetivos del estudio se realizaron pruebas de Modelos de Regresión Lineal Múltiple y de Modelos de Ecuación Estructural. El análisis con uso de Modelo de Ecuaciones Estructurales se usó específicamente para conocer la

influencia de los factores: edad, sexo, escolaridad, comorbilidad, funcionamiento físico, normas sociales femeninas con cuatro dimensiones (Apéndice Ñ), normas sociales masculinas con cuatro dimensiones (Apéndice O) y conocimiento sobre ECV en cada una de las acciones de autocuidado (mantenimiento, monitoreo y manejo) (Apéndice N); así como, el efecto mediador del factor conocimiento sobre ECV) entre los factores: edad, sexo, escolaridad, comorbilidad, funcionamiento físico, y cada una de las acciones de autocuidado (Apéndice N).

Para el objetivo uno y dos, los análisis se realizaron en un $n = 345$ (hombres y mujeres); para los objetivos tres y cuatro, los análisis se realizaron en un $n = 183$ mujeres; y para los objetivos cinco y seis, los análisis se realizaron en un $n = 162$ hombres.

En el *objetivo uno* del estudio, se planteó determinar la influencia de los factores de persona (edad, sexo, escolaridad); de problema (comorbilidad [diabetes tipo 2, hiperlipidemia, sobrepeso/obesidad] y funcionamiento físico); y de proceso (conocimiento sobre ECV) en las acciones de autocuidado (mantenimiento, monitoreo y manejo). Para ello, se realizó dos tipos de análisis inferencial: primero, análisis de Regresión Lineal Múltiple, en donde se establece como variables independientes cada uno de los factores mencionados y como variable dependiente las acciones de autocuidado (sumatoria).

Los resultados indicaron que el modelo en su conjunto fue significativo ($F_{(336)} = 9.81$; $Gl = 8$; $p = .001$), y la varianza de las acciones de autocuidado es explicada por un 17 % ($R^2 = .17$). Los factores que presentaron efecto positivo y significativo en las acciones de autocuidado fueron: la edad ($\beta = .27$; $p = .000$) y el conocimiento sobre las

ECV ($\beta = .22$; $p = .000$); el sobrepeso u obesidad presentó un efecto negativo significativo en las acciones de autocuidado ($\beta = -.19$; $p = .000$), es decir, las persona con sobrepeso u obesidad, tienden a disminuir su autocuidado. El sexo, la escolaridad, la diabetes tipo 2, la hiperlipidemia, y el funcionamiento físico, según este análisis, no influyó en las acciones del autocuidado ($p = > .05$) (Tabla 4).

Tabla 4

Efecto de la edad, sexo, escolaridad, comorbilidad, funcionamiento físico, y conocimiento sobre ECV en las acciones de autocuidado

Modelo	<i>E</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i> < .05
(Constante)	10.83		4.93	.000
Edad	.06	.27	5.13	.000
Sexo	1.80	.03	.68	.49
Escolaridad	.18	.04	.85	.39
Diabetes tipo 2	1.76	.02	.41	.67
Hiperlipidemia	1.99	.05	.96	.33
Sobrepeso/obesidad	1.87	-.19	-3.61	.000
Funcionamiento físico	.24	-.02	-.49	.62
Conocimiento sobre ECV	.32	.22	4.43	.000

Nota: $n = 345$, variable dependiente: acciones de autocuidado; β = valor Beta; p = valor significancia; t = estadístico de prueba.

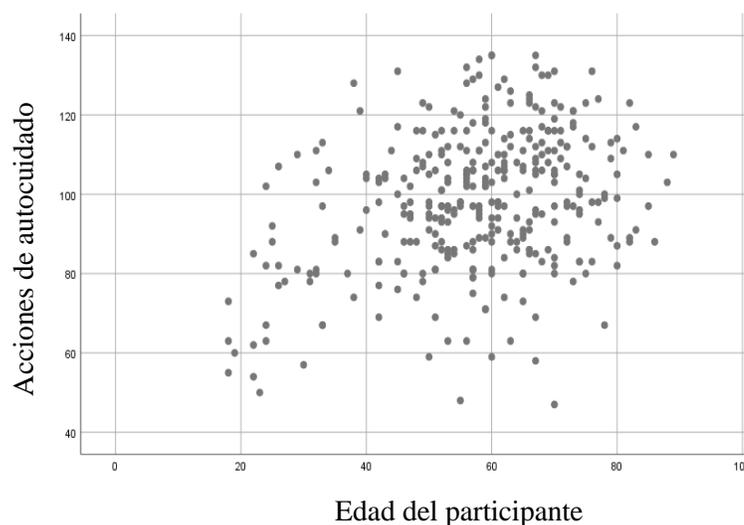
Para conocer las edades que tienen mayor asociación con las acciones de autocuidado se realizó un análisis de diagrama de dispersión, en donde se identificó que las personas con edad entre 40 y 80 años presentaron mayor asociación positiva con las acciones de autocuidado (Figura 7).

Para más detalle de la no influencia del sexo en las acciones de autocuidado se realizó una comparación de medias mediante la prueba de *T Student* para muestras

independientes; los resultados mostraron que no existe diferencia significativa entre las medias de puntuaciones de autocuidado en los hombres ($M = 98.78$) y en las mujeres ($M = 97.85$) ($Sig. \text{Bilateral} = .62$). Es decir, no hay diferencias en el autocuidado de los hombres y el autocuidado de las mujeres.

Figura 7

Diagrama de dispersión: edad y acciones de autocuidado



Segundo, se realizó el análisis inferencial mediante Modelo de Ecuaciones Estructurales, para conocer de manera específica la influencia de los factores en cada tipo de acción de autocuidado (mantenimiento, monitoreo y manejo). Este análisis se usó también, para dar respuesta al objetivo dos “*determinar el efecto mediador del factor conocimiento sobre ECV entre los factores de persona y de problema (edad, sexo, escolaridad, comorbilidad y funcionamiento físico) y las acciones de autocuidado (mantenimiento, monitoreo y manejo)*”.

Los resultados del modelo estructural de la Figura 8, indican que la edad tiene influencia positiva y significativa sólo en las acciones de autocuidado de mantenimiento

por consulta a un proveedor de salud ($\beta = .42, p = .0001$), es decir, las personas con ECV entre 40 a 80 años realizan acciones: asistir a sus consultas médicas e ingieren su tratamiento farmacológico según prescripción médica. El conocimiento sobre ECV influye de manera positiva y significativa en las acciones de autocuidado de mantenimiento por consulta a un proveedor de salud ($\beta = .23, p = .0001$) y en las acciones de autocuidado de mantenimiento autónomo ($\beta = .22, p = .0001$), es decir, las personas con ECV que tienen conocimiento sobre las ECV tienden a realizar acciones de autocuidado independientes (como ejercicio físico) y por consulta a un proveedor de salud (como la asistencia a controles médicas).

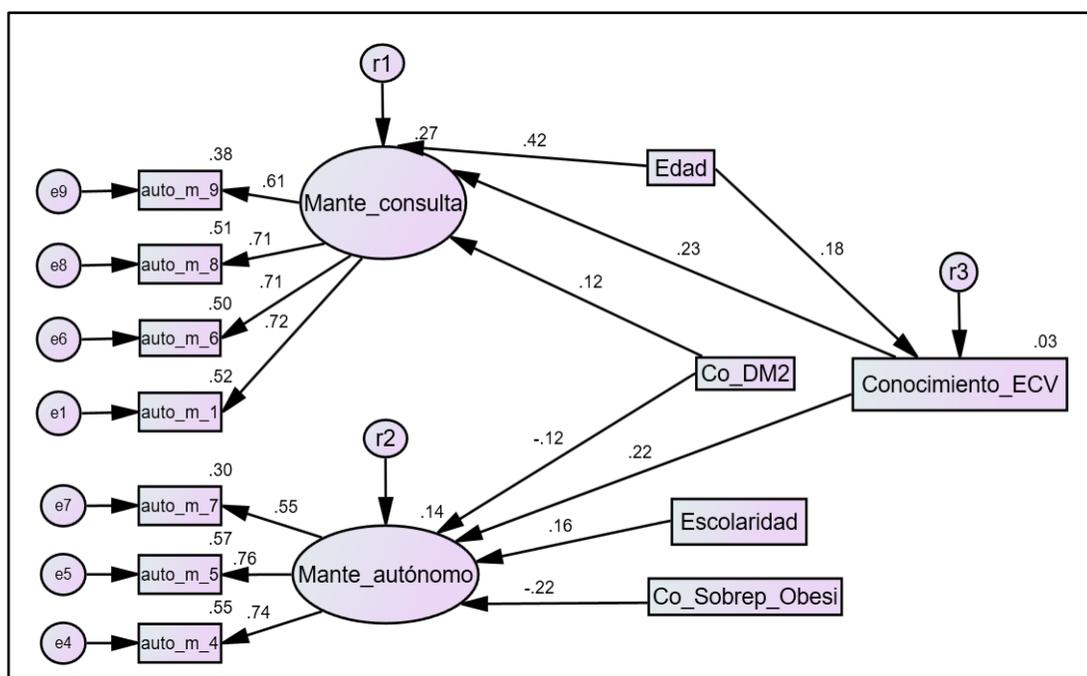
La comorbilidad de sobrepeso/obesidad influye de manera negativa y significativa en las acciones de autocuidado de mantenimiento autónomo ($\beta = -.22, p = .0001$), lo que significa, que las personas con ECV que tienen sobrepeso/obesidad tienden a realizar menos acciones de autocuidado como el ejercicio físico, o pedir alimentos bajo en grasas cuando como fuera de casa. La diabetes tipo 2 también influye de manera negativa y significativa en las acciones de autocuidado mantenimiento autónomo ($\beta = -.12, p = .04$); e influye de manera positiva y significativa en las acciones de mantenimiento de autocuidado por consulta a un proveedor ($\beta = .12, p = .03$); es decir, las personas con ECV con diabetes tipo 2 tienden a asistir a los controles médicos y a ingerir sus medicamentos según prescripción médica; sin embargo realizan menos autocuidado autónomo como controlar el estrés o realizar ejercicio físico.

Así también, la escolaridad tiene influencia positiva y significativa sólo en las acciones de autocuidado de mantenimiento autónomo ($\beta = .16, p = .006$). El efecto indirecto positivo entre la edad y las acciones de mantenimiento por consulta a un

proveedor de salud es mediado por el conocimiento sobre las ECV. El modelo de la influencia de estos factores representado en la Figura 8 presentó buenos índices de ajuste: $X^2 = 156.595$, $G1 = 51$, $p = .0001$, $RMSEA = .07$, $CFI = .87$, $GFI = .93$.

Figura 8

Modelo de ecuaciones estructurales 1: influencia de la edad, escolaridad, sobrepeso/obesidad, diabetes tipo 2, y conocimiento sobre ECV en las acciones de autocuidado, y el efecto mediador del conocimiento sobre ECV.



Nota: auto_m_n° = número de ítem de acción de autocuidado de mantenimiento
 Mante_consulta = mantenimiento de consulta; Mante_autónomo = mantenimiento autónomo; Co_DM2 = comorbilidad diabetes tipo 2; Co_Sobrep_Obesi = comorbilidad sobrepeso/obesidad; Conocimiento_ECV = conocimiento sobre enfermedad cardiovascular.

Para dar respuesta al objetivo tres “Determinar la influencia del factor normas sociales femeninas en las acciones de autocuidado (mantenimiento, monitoreo y

manejo) en mujeres mexicanas con ECV". Se realizó una prueba de correlación entre las dimensiones de las normas sociales femeninas (atención del hogar y niños, logros, fidelidad romántica y delgadez) y las acciones de autocuidado. En los resultados se obtuvo que sólo la dimensión de atención en el hogar y niños se correlacionó de manera significativa y negativa en las acciones de autocuidado ($Pearson = -.25, p = .001$), es decir que las mujeres que dan mayor atención en el hogar y niños realizan menos las acciones de autocuidado.

Posteriormente, se realizó el Análisis de Regresión Múltiple para conocer la influencia de las dimensiones de las normas sociales femeninas en las acciones de autocuidado, en donde se plantea como variables independientes a cada una de las dimensiones de las normas sociales femeninas (atención del hogar y niños, reconocimiento de logros, fidelidad romántica y delgadez), y como a variable dependiente las acciones de autocuidado (sumatoria). Los resultados en la Tabla 5 indican que el ajuste del modelo en su conjunto fue significativo ($F_{(182)} = 4.57; gl = 4; p = .002$), y la atención del hogar y niños explica un 9.3% de la varianza de las acciones de autocuidado ($R^2 = .09$). El efecto o influencia de la atención del hogar y niños fue negativo y significativo en las acciones de autocuidado ($\beta = -.28; p = .000$); las dimensiones: reconocimiento de logros, fidelidad romántica y ser delgada no influyó en las acciones de autocuidado ($p > .05$).

Tabla 5

Efecto de las dimensiones de las normas sociales femeninas en las acciones de autocuidado en mujeres con ECV

Modelo	<i>E</i>	<i>β</i>	<i>t</i>	<i>p</i> < .05
Constante)	7.46		12.60	.000
Atención de hogar y niños	.39	-.28	-3.87	.000
Modelo	<i>E</i>	<i>β</i>	<i>t</i>	<i>p</i> < .05
Reconocimiento de logros	.45	.13	1.85	.06
Fidelidad romántica	.60	.07	.97	.33
Delgadez	.51	.02	.25	.80

Nota: $n = 183$, variable dependiente: acciones de autocuidado, β = valor Beta, p = valor significancia, t = estadístico de prueba.

Se realizó, además, el análisis basado en Modelo de Ecuaciones Estructurales para conocer de manera específica la influencia de las dimensiones de las normas sociales femeninas en cada tipo de acción de autocuidado (mantenimiento, monitoreo y manejo). Se probó, además, si el factor conocimiento es mediador entre alguna dimensión de las normas sociales femeninas y las acciones de autocuidado, a fin de dar respuesta al *objetivo cuatro* del estudio.

En la Figura 9, se observa que las correlaciones múltiples al cuadrado de los ítems que corresponden a la norma social femenina: atención del hogar y niños, sólo resultaron aceptables los ítems con cargas factoriales estandarizadas mayor a .50 que presentaron los ítems 14 (me importa si mi hogar esta desordenado) y 20 (tiene sentido limpiar porque las cosas se ensuciarán de nuevo). El ítem 21 (de manera activa me gusta estar con los niños), presentó menor carga factorial y $R^2 < .25$, sin embargo, se mantuvo en el análisis a fin de cumplir con el criterio de tres variables observables (ítems) para una variable latente (dimensión) (Lloret et al., 2014).

Los ítems más significativos de esta dimensión que influyeron en las acciones de autocuidado corresponden a los ítems de la atención a las tareas del hogar (ítem 14 y 20). Esto podría deberse a la *Media* de la edad que presentó la población de 57.7 años; una población con edad que es improbable presente niños al cuidado. Por lo que a partir de este resultado la dimensión de la norma social femenina: atención del hogar y niños, será denominada dimensión atención del hogar.

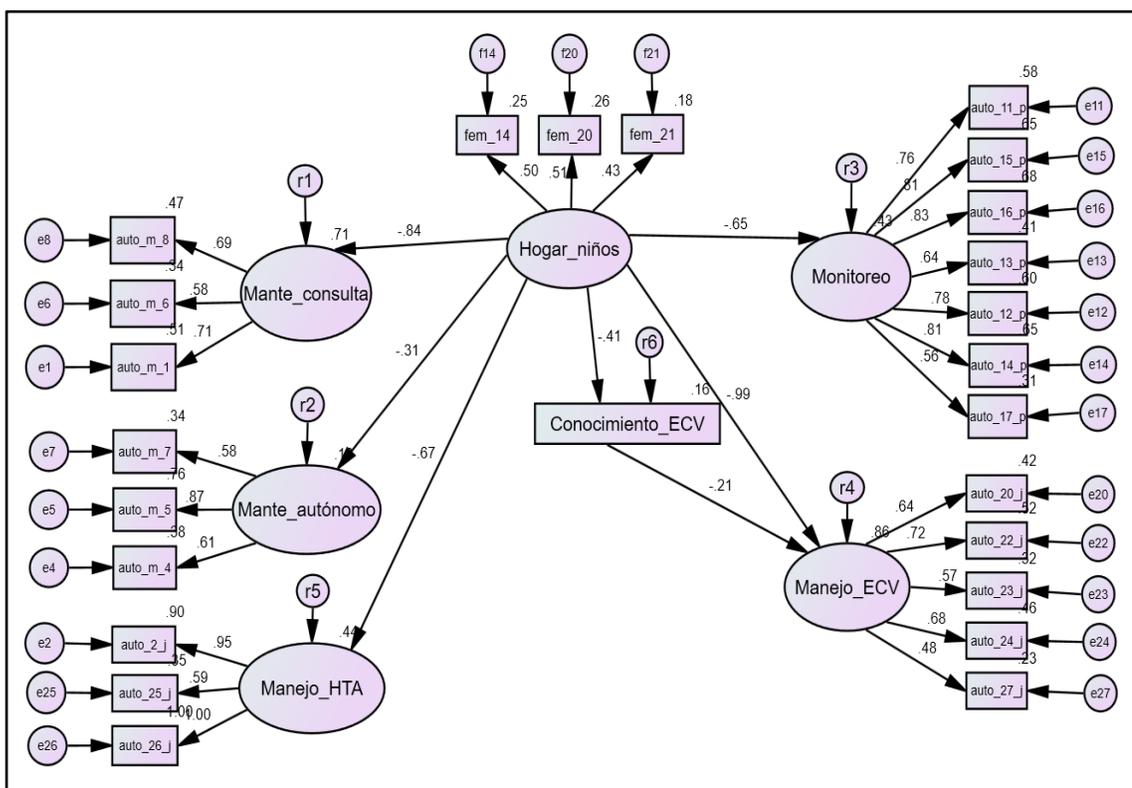
La norma social femenina: atención del hogar, tiene efecto negativo y significativo en las acciones de autocuidado de mantenimiento por consulta a un proveedor de salud y en las acciones autónomas y ($\beta = -.84, p = .0001$; $\beta = -.31, p = .002$, respectivamente); en las acciones de autocuidado de monitoreo ($\beta = -.65, p = .0001$); en las acciones de manejo en ECV y manejo de la HTA ($\beta = -.99, p = .0001$; $\beta = -.67, p = .0001$, respectivamente). El conocimiento sobre las ECV ejerce efecto mediador entre la norma social femenina: atención del hogar, y las acciones de autocuidado de manejo de las ECV. Esta mediación se explica en que la norma social femenina: atención del hogar, al pasar por el conocimiento sobre ECV, el efecto indirecto sobre las acciones de autocuidado de manejo en ECV disminuyó de $\beta = -.99$ a $\beta = -.21$. La norma social femenina: atención del hogar, influye de manera negativa en el conocimiento sobre las ECV ($\beta = -.41$). El modelo (Figura 9) presentó índices de ajuste aceptable: $X^2 = 761.019, G1 = 269, p = .0001, RMSEA = .08, CFI = .88, GFI = .90$.

Para dar respuesta al objetivo cinco “*Determinar la influencia de las normas sociales masculinas en las acciones de autocuidado (mantenimiento, monitoreo y manejo) en hombres mexicanos con ECV*”, se realizó el análisis de correlación entre las dimensiones de las normas sociales masculinas (masculinidad, prioridad en el trabajo,

dominio sobre las mujeres y control emocional) y las acciones de autocuidado (sumatoria). Se observó que no existe relación significativa ($p > .05$) entre alguna dimensión y las acciones de autocuidado.

Figura 9

Modelo de ecuaciones estructurales 2: influencia de la dimensión atención del hogar y niños en las acciones de autocuidado y el efecto mediador del conocimiento sobre ECV.



Nota: auto_ n°_j = número de ítem de acción de autocuidado de manejo; Manejo_HTA = manejo en hipertensión arterial; Hogar_niños = dimensión: atención hogar y niños; fem_n° = número de ítem de la dimensión.

Posteriormente, se realizó el análisis de Regresión Lineal Múltiple para conocer el efecto o influencia de las dimensiones de normas sociales masculinas en las acciones de autocuidado, y los resultados mostraron que el modelo en su conjunto no fue

significativo ($F_{(161)} = .86$; $Gl = 4$; $p = .48$). es decir, no hubo efecto significativo de alguna dimensión de las normas sociales masculinas en las acciones de autocuidado.

Tabla 6

Efecto de las dimensiones de las normas sociales masculinas en las acciones de autocuidado en hombres con ECV

Modelo	<i>E</i>	β	<i>t</i>	$p < .05$
(Constante)	91.35		10.72	.000
Masculinidad	.48	.14	1.57	.11
Prioridad en el trabajo	.80	-.10	-1.00	.27
Poder sobre las mujeres	.71	.03	.46	.64
Control emocional	.43	.05	.62	.53

Nota: $n = 162$, variable dependiente: acciones de autocuidado; β = valor Beta; p = valor significancia; t = estadístico de prueba.

En el análisis mediante Modelo de Ecuaciones Estructurales, se confirma que de las cuatro dimensiones de las normas sociales masculinas (Apéndice O) ninguna tuvo efecto significativo ($p > .05$) en las acciones de autocuidado (mantenimiento, monitoreo y manejo) (Apéndice N). Así también, no hubo efecto mediador significativo ($p > .05$) del factor conocimiento sobre ECV entre alguna dimensión y las acciones de autocuidado, respondiendo de esa forma el *objetivo seis* del estudio.

Resultados de la Fase 2 (cual)

Los resultados cualitativos fueron obtenidos desde el Instrumento de Análisis de discurso 1 (IAD1) (Apéndice P), en donde se transcribieron las experiencias de las mujeres con ECV respecto a la influencia de la norma social femenina: atención del hogar, en las acciones de autocuidado. Del IAD1 se extrajeron las Ideas Centrales (IC) y

se agruparon las Expresiones Claves (EC) con cada IC en el IAD2, como se muestra en la Tabla 7.

Tabla 7

Instrumento de Análisis de Discurso 2 (IAD2)

Pregunta	¿Cómo influye las tareas del hogar, el rol de ser mamá y ama de casa en el cuidado de su salud?
IC 1: Estrés por las tareas del hogar	
P1	EC 1: <i>parece que las tareas de la casa influyen en mi presión, mi médico me dice que ha empeorado mi presión. Nosotros como mujeres nos estresamos más que los hombres porque no paramos, hacemos demasiado las mujeres, siempre estamos activas.</i>
IC 1: Estrés por las tareas del hogar	
P5	EC 2: <i>yo creo que por la pandemia he tenido más estrés, me sentí más preocupaba por la limpieza y la comida.</i>
P6	EC 3: <i>pues creo si afecta las tareas del hogar, tengo mucho estrés.</i>
IC 2: Tareas del hogar y ansiedad	
P4	EC 1: <i>siempre en mi casa me están criticando porque hago mucho y estoy muy atareada. Trato de asistir a mis controles cada mes al hospital, solamente, que el detalle es la ansiedad, porque siempre estoy comiendo demasiado y no tengo tiempo para hacer ejercicios, ahora estoy pesando 87 kg.</i>
P1	EC 2: <i>.... a veces tengo ansiedad, y ahí como demasiado y subo de peso, ahora estoy con sobrepeso.</i>
IC 3: Falta de tiempo por las tareas del hogar	
P2	EC 1: <i>las tareas de la casa si me afecta, siempre quiero ir al hospital para que</i>

me vea el doctor, no tengo tiempo para mí, voy al súper, voy a hacer pagos, voy a la clínica por mi papá, y todo el tiempo me la paso siempre haciendo cosas y eso afecta en mi salud y decae mi ánimo.

P3 **EC 2:** *Si me afecta los quehaceres del hogar, la verdad es que no tengo tiempo para hacer ejercicios que yo sé es bueno para mi salud y no puedo hacerlo y bueno ahí me doy cuenta de que si las tareas del hogar todo el día pues me afectan mi salud.*

P4 **EC 3:** *No tengo tiempo para hacer ejercicios.*

P7 **EC 4:** *No tengo tiempo para ir a consultas ni para ir al médico, sé que estoy haciendo mal porque debo ir al médico, pero como a veces tengo muchos quehaceres muchas vueltas.*

IC 4: Cuidar a un familiar enfermo

P5 **EC 1:** *Llevo a la consulta de mi mamá, eso me sigue afectando en cómo controlar mi enfermedad por los tiempos.*

P7 **EC 2:** *Mi papá está enfermo en casa, también tiene problemas de riñón y tengo que atenderlo.*

P8 **EC 3:** *...Ando corre y corre en los quehaceres, en atender a mi mamá que está enferma y pues me olvido en tomar mi medicamento.*

P9 **EC 4:** *Mi mamá lleva mucho tiempo en la cama ya tiene 10 años postrada inmobilizada y uno tiene que atenderle, eso es un gran trabajo que tengo que hacer y ya no tengo mucho tiempo para cuidar mi salud.*

IC 5: Tareas del hogar y automedicación

P7 **EC 1:** *Sí reconozco que las tareas del hogar me afectan porque hay veces por andar haciendo muchas cosas uno se descuida de sí misma, por ejemplo: si me*

duele algo pues me tomo una pastilla rápido para que se me pase porque yo tengo que hacer todas las cosas de la casa.

IC 6: Agotamiento por las tareas del hogar

P10 **EC 1:** *Mire desde muy temprano estoy preparando las cosas en la casa, siento que es mi responsabilidad....pero si se tiene un agotamiento, a veces me duermo sin tomar mis medicinas.*

P8 **EC 2:** *... pues creo como ando cansada, mucho quehacer hace me olvide tomar mi medicamento.*

Nota: Datos extraídos de los discursos de los participantes del IAD 1; IC = idea central; EC = expresión clave; Pn = número de participante.

Posteriormente se estructuró el Discurso del Sujeto Colectivo (DSC) para cada IC, que consistió en la unión e interconexión de las EC de cada IC, como se observa en la Tabla 8.

Tabla 8

Discurso del Sujeto Colectivo para cada IC.

IC 1: Estrés por las tareas del hogar

DSC: *Si me afecta las tareas del hogar, es que tengo mucho estrés e influyen en mi presión, mi médico me dice que ha empeorado mi presión. Yo creo que por la pandemia he tenido más estrés, me sentí más preocupada por la limpieza y la comida. Nosotros como mujeres nos estresamos más que los hombres porque no paramos, hacemos demasiado las mujeres, siempre estamos activas.*

IC 2: Tareas del hogar y ansiedad

DSC: *EC: Siempre en mi casa me están criticando porque hago mucho y estoy muy atareada.... solamente, que el detalle es la ansiedad, porque siempre estoy comiendo demasiado..., ahora estoy pesando 87 kg. A veces tengo ansiedad, y ahí como demasiado y subo de peso.*

IC 3: Falta de tiempo por las tareas del hogar

DSC: *Siempre quiero ir al hospital para que me vea el doctor, no tengo tiempo para mí, voy*

al súper, voy a hacer pagos, voy a la clínica por mi papá, y todo el tiempo me la paso siempre haciendo cosas y eso afecta en mi salud y decae mi ánimo. No tengo tiempo para hacer ejercicios que yo sé es bueno para mi salud y no puedo hacerlo. No tengo tiempo para ir a las consultas, sé que estoy haciendo mal porque debo ir al médico, pero como a veces tengo muchos quehaceres muchas vueltas.

IC 4: El cuidado a un familiar enfermo

DSC: *Mi papá está enfermo en casa, tiene problemas de riñón y tengo que atenderlo. Mi mamá lleva mucho tiempo en la cama ya tiene 10 años postrada inmovilizada y uno tiene que atenderle, eso es un gran trabajo que tengo que hacer y ya no tengo mucho tiempo para cuidar mi salud. Ando corre y corre.... en atender a mi mamá y me olvido en tomar mi medicamento.*

IC 5: Tareas del hogar y automedicación

DSC: *Sí reconozco que las tareas del hogar me afectan porque hay veces por andar haciendo muchas cosas uno se descuida de sí misma, por ejemplo: si me duele algo pues me tomo una pastilla rápido para que se me pase porque yo tengo que hacer todas las cosas de la casa.*

IC 6: Agotamiento por las tareas del hogar

DSC: *Mire desde muy temprano estoy preparando las cosas en la casa, siento que es mi responsabilidad. Pero si se tiene un agotamiento, a veces me duermo sin tomar mis medicinas...y pues creo como ando cansada, mucho quehacer hace me olvide de tomar mi medicamento.*

Nota: Datos extraídos del IAD 2. DSC = Discurso del Sujeto Colectivo.

Características de las mujeres con ECV entrevistadas.

El total de participantes en la fase cualitativa fue de 10 mujeres con ECV, el promedio de edad fue 54.40 años. El 100% presentó la HTA, el 20% presentó además de HTA, infarto agudo de miocardio (IAM); y el 30% DT2. Del total de los participantes el 30% cumple rol de cuidador de un familiar, el 90% vive con esposo. EL 100% vive con hijas o hijos adolescentes o mayores de edad (Tabla 9).

Tabla 9

Características de las mujeres con ECV entrevistadas

N° de participante	Edad	Diagnóstico médico	Personas con quien vive
1	56 años	HTA, DM2	Esposo y un hijo mayor de edad
2	48 años	HTA	Esposo, un hijo y su papá.
3	54 años	HTA	Esposo y una hija mayor que estudia
4	63 años	Infarto agudo de miocardio (IAM), HTA	Esposo dos hijos y un nieto adolescente
5	44 años	HTA	Esposo, mamá y dos hijas adolescentes.
6	49 años	HTA	Esposo, hija y dos nietos de 3 y 5 años de edad.
7	61 años	HTA, IMA	Esposo y dos hijos mayores.
8	56 años	HTA, DM 2	Esposo, su mamá y dos hijos mayor de edad.
9	53 años	HTA	Mamá y un hijo mayor de edad.
10	60 años	HTA, DM 2	Esposo, una hija y una nieta de 7 años.

Nota: Datos extraídos del IAD1.

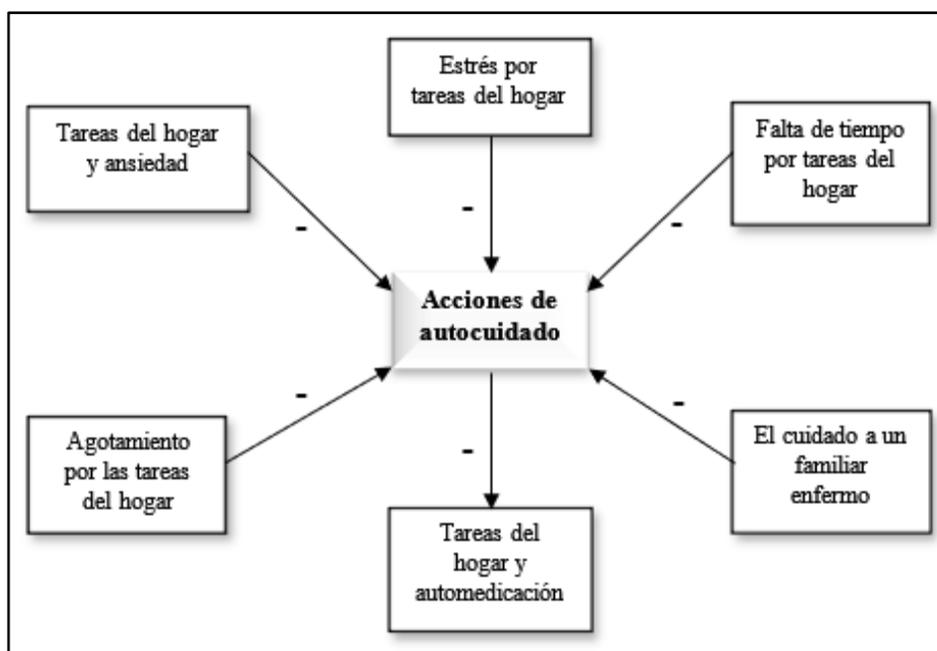
La pregunta de investigación cualitativa ¿Cómo influye las tareas del hogar, el rol de ser mamá y ama de casa en el cuidado de su salud?, permitió explorar e identificar las diversas formas de cómo influye el factor normas sociales femeninas: atención del hogar, en las acciones de autocuidado. Se encontró que, la atención del hogar (descritas por las participantes como tareas del hogar) influyen de manera negativa y de diversas formas en las acciones de autocuidado. En base al método de DSC, se presenta seis Ideas Centrales que expresaron las diversas formas como la norma social: atención del hogar afecta de manera negativa en las acciones de autocuidado (mantenimiento, monitoreo y manejo) y fueron: estrés por las tareas del hogar, tareas del hogar y

ansiedad, falta de tiempo por las tareas del hogar, el cuidado a un familiar enfermo, tareas del hogar y automedicación, y agotamiento por las tareas del hogar (Figura 10).

Las Expresiones Claves de las participantes se usaron como inferencias cualitativas para dar mayor explicación y comprensión a las inferencias cuantitativas.

Figura 10

Influencia de la norma social femenina: atención del hogar, en las acciones de autocuidado: abordaje cualitativo.



Nota: representación gráfica de las ideas centrales extraídas del IAD 2, que influyen en las acciones de autocuidado

Los resultados de esta fase cualitativa se sustentan o tiene sus Anclas en:

- Las normas de roles de género, o aquellas reglas y estándares que guían y restringen el comportamiento femenino, tienen las mismas propiedades que las normas sociales.
- Las normas sociales son reglas y estándares que guían y restringen el

comportamiento de uno. Como resultado de las normas sociales, las personas aprenden lo que se espera de ellas en sus interacciones sociales, o dicho de otro modo, aprenden las “costumbres, tradiciones, normas, reglas, modas” que constituyen las normas sociales (Mahalik et al.,2003).

- Las mujeres con ECV muchas veces viven en condiciones de vulnerabilidad impuestas por la cultura, sociedad y características individuales que se reflejan en las formas de auto cuidarse y de afrontar la enfermedad (Fernández et al. 2018; Tannenbaum & Frank, 2011).

Resultados del Análisis de Métodos Mixtos

Los resultados presentados en la Tabla 10 indican que las inferencias cualitativas reflejadas en las Expresiones Claves de las mujeres con ECV, confirman y explican las inferencias cuantitativas de cómo la norma social femenina: atención del hogar, influye de manera negativa en las acciones de autocuidado (mantenimiento, monitoreo y manejo). Las metainferencias explicativas permitió sugerir intervenciones direccionadas a fomentar las acciones de autocuidado en las mujeres mexicanas con ECV.

Tabla 10*Metainferencias del análisis de método mixto integrativo explicativo*

Inferencias cuantitativas	Inferencias cualitativas (EC)	Metainferencias explicativas
La norma social femenina: atención del hogar, influyen de manera negativa en las acciones de autocuidado de mantenimiento (autónomo y por consulta a un proveedor).	<p>EC: <i>parece que las tareas de la casa influyen en mi presión, mi médico me dice que ha empeorado mi presión. Nosotros como mujeres nos estresamos más que los hombres porque no paramos, hacemos demasiado las mujeres, siempre estamos activas.</i></p> <p>EC: <i>... ando corre y corre en los quehaceres, en atender a mi mamá que está enferma y pues me olvido de tomar mi medicamento.</i></p> <p>EC: <i>si me afecta los quehaceres del hogar, la verdad es que no tengo tiempo para hacer ejercicios que yo sé es bueno para mi salud y no puedo hacerlo y bueno ahí me doy cuenta de que si las tareas del hogar todo el día pues me afectan mi salud.</i></p>	<p>➤ Las expresiones claves de las participantes mexicanas con ECV confirman y explican como la norma social femenina: atención del hogar, influye de manera negativa en el manejo del estrés, en la ingesta de los medicamentos y en hacer ejercicio físico (autocuidado autónomo); y en la asistencia a las consultas médicas (autocuidado por consultas a un proveedor médico).</p>
La norma social femenina: atención del hogar, influyen de manera negativa en las acciones de autocuidado de monitoreo.	<p>EC: <i>siempre en mi casa me están criticando porque hago mucho y estoy muy atareada. Trato de asistir a mis controles cada mes al hospital, solamente, que el detalle es la ansiedad porque siempre estoy comiendo demasiado y no tengo tiempo para hacer ejercicios, ahora estoy pesando 87 kg.</i></p>	<p>➤ Las expresiones claves de las participantes mexicanas con ECV confirman y explican como la norma social femenina: atención del hogar, influye de manera negativa en</p>

	<p>EC: a veces tengo ansiedad, y ahí como demasiado y subo de peso, ahora estoy con sobrepeso.</p> <p>EC: sí reconozco que las tareas del hogar me afectan porque hay veces por andar haciendo muchas cosas uno se descuida de sí misma, por ejemplo: si me duele algo pues me tomo una pastilla rápido para que se me pase porque yo tengo que hacer todas las cosas de la casa.</p>	<p>el control de peso, y síntomas (monitoreo), puesto que se automedica para resolver el problema y continuar con sus tareas del hogar.</p>
<p>La norma social femenina: atención del hogar, influyen de manera negativa en las acciones de autocuidado de manejo (manejo).</p>	<p>EC: mire desde muy temprano estoy preparando las cosas en la casa, siento que es mi responsabilidad.....pero si se tiene un agotamiento, que veces me duermo sin tomar mis medicinas.</p> <p>EC: no tengo tiempo para ir a consultas ni para ir al médico, sé que estoy haciendo mal porque debo ir al médico, pero como a veces tengo muchos quehaceres, muchas vueltas.</p>	<p>➤ Las expresiones claves de las participantes mexicanas con ECV confirman y explican como la norma social femenina: atención del hogar, influye de manera negativa en la ingesta del medicamento, y en la asistencia a sus controles médicos (manejo).</p>

Nota: Datos extraídos del IAD 2, EC = Expresiones Claves.

Modelo Explicativo del Estudio

El Modelo propone que los factores situacionales de persona (edad, escolaridad, norma social femenina: atención del hogar), de problema (comorbilidad [DM2 y sobrepeso/obesidad]), y de proceso (conocimiento sobre ECV) influyen en las acciones de autocuidado (mantenimiento, monitoreo y manejo). Así también, propone el efecto mediador del factor conocimiento sobre ECV entre los factores de persona y de problema y las acciones de autocuidado. El Modelo propuesto en este estudio (Figura 11) presenta las siguientes proposiciones:

1. La edad entre 40 y 80 años de los adultos con ECV influye positivamente en las acciones de autocuidado de mantenimiento por consulta a un proveedor de salud.

2. La diabetes tipo 2 como comorbilidad asociada en la ECV influye de manera positiva en las acciones de autocuidado de mantenimiento por consulta a un proveedor de salud.

3. La diabetes tipo 2 como comorbilidad asociada en la ECV influye de manera negativa en las acciones de mantenimiento autónomo.

4. El sobrepeso/obesidad como comorbilidad asociada en la ECV influye de manera negativa en las acciones de autocuidado de mantenimiento autónomo.

5. La escolaridad influye de manera positiva en las acciones de autocuidado de mantenimiento autónomo.

6. La norma social femenina: atención del hogar, influye de manera negativa en las acciones de autocuidado de mantenimiento (autónomo y por consulta a un proveedor de salud); en las acciones de monitoreo; y en las acciones de manejo (manejo en ECV y manejo de la HTA). Estos resultados son explicados por las *expresiones claves* de las

participantes, agrupadas en las *ideas centrales* que son: estrés por las tareas del hogar; tareas del hogar y automedicación; tareas del hogar y ansiedad; la falta de tiempo por las tareas del hogar; agotamiento por las tareas del hogar; y el cuidado a un familiar enfermo.

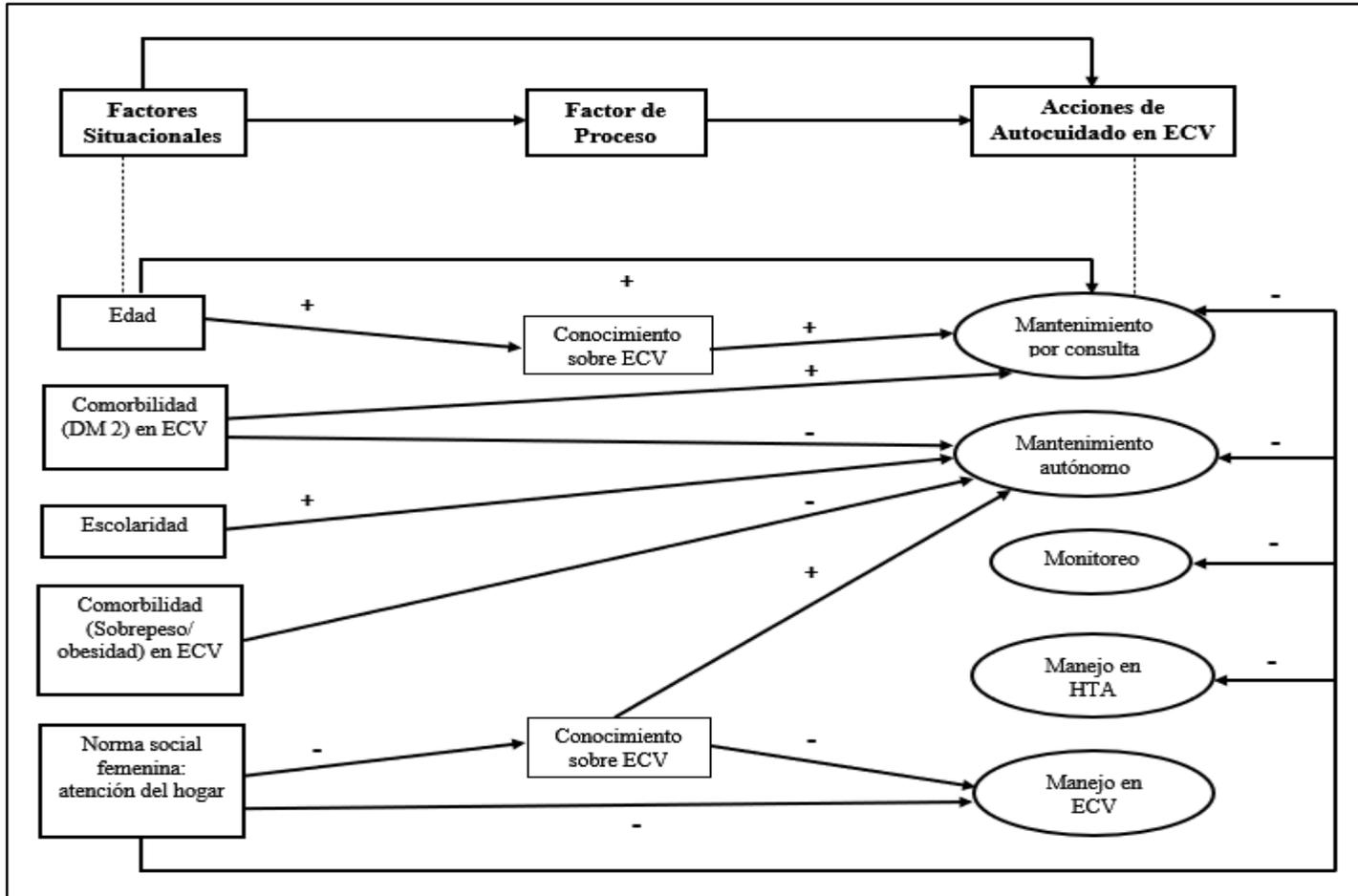
8. El conocimiento sobre ECV influye de manera positiva en las acciones de autocuidado de mantenimiento autónomo y por consulta a un proveedor de salud.

9. El conocimiento sobre ECV media la influencia de la edad en las acciones de autocuidado de mantenimiento por consulta a un proveedor de salud.

10. El conocimiento sobre ECV media la influencia del factor normas sociales femeninas: atención del hogar, en las acciones de manejo en ECV.

Figura 11

Modelo explicativo de factores significativos que influyen en las acciones de autocuidado en ECV



Nota. Representación gráfica del Modelo Explicativo de Factores Significativos que Influyen en las Acciones de Autocuidado en ECV: Abordaje Mixto (Aranda & Gutiérrez, 2022).

Capítulo IV

Discusión

El propósito del presente estudio fue desarrollar un *Modelo Explicativo Factores que Influyen en las Acciones de Autocuidado en Población adulta mexicana* basado en la Teoría de Situación Específica de Autocuidado en Insuficiencia Cardíaca de Riegel et al. (2016) en donde se propuso probar la influencia de los factores situacionales (persona, problema) y de proceso en las acciones de autocuidado (mantenimiento, monitoreo y manejo) desde un enfoque de métodos mixtos de dominio cuantitativo. El estudio mixto se caracterizó por las dos fases de recolección y análisis de datos (cuantitativa, cualitativa) y un análisis de método mixto, a fin de responder tres tipos de preguntas de investigación: 1) tipo cuantitativa: ¿Qué factores influyen en las acciones de autocuidado?; 2) tipo cualitativa (basada en los resultados cuantitativos significativos, respecto a la norma social) la pregunta fue ¿Cómo influye las tareas del hogar, el rol de ser mamá y ama de casa en el cuidado de su salud?, y 3) tipo mixta: ¿Cómo explica la influencia de la norma social femenina: atención del hogar, en las acciones de autocuidado?

A continuación, se discuten los resultados descriptivos de los factores y su influencia en las acciones de autocuidado de la fase cuantitativa, posteriormente los resultados de la fase cualitativa, seguido de los resultados del análisis mixto. Se presentan, además, las limitaciones del estudio, así como las conclusiones y las recomendaciones.

Los resultados descriptivos cuantitativos reportan que la edad promedio fue de 57.7 años, y las mujeres con ECV constituyeron el 53% de la población en estudio. Las

ECV que se identificaron fueron las enfermedades coronarias entre ellas el infarto agudo de miocardio, angina de pecho, arritmia e hipertensión arterial, las comorbilidades que se asociaron a las enfermedades coronarias fueron la hipertensión arterial (HTA) con el 100%, seguido de la Diabetes tipo 2 (DT2), la hiperlipidemia y sobrepeso/obesidad. Estos resultados guardan semejanza con el estudio realizado por Koohi y Khalili (2020) en adultos con ECV, en donde informan que las mujeres con ECV constituyeron el 51.3% de la población, y las enfermedades comórbidas asociadas fueron la DM tipo 2, la HTA y la hiperlipidemia; las comorbilidades de mayor riesgo de las ECV fueron la HTA seguido de la obesidad.

Así también, se asemejan con el estudio de Areiza et al. (2018), en donde reportan que más del 50% de la población con ECV fueron mujeres, y cerca del 100% presentó como antecedente la HTA, seguido de dislipidemias y DM tipo 2. Otro estudio de Jin et al. (2020) reportaron que de 18 personas con enfermedad coronaria 11 presentaron HTA, DM tipo 2 e hiperlipidemia.

Respecto a los resultados de análisis inferencial cuantitativo, se encontró que la edad entre 40 a 80 años de los adultos con ECV tiene influencia positiva en las acciones de autocuidado de mantenimiento por consulta a un proveedor de salud, lo que indica, que estas personas asisten a sus consultas médicas y cumplen con el tratamiento de medicamento indicados por un proveedor de salud. Estos resultados fueron similares a lo que reportó Leslie et al. (2019), en donde señalan que los adultos de 50 y 70 años edad son los más adherentes al tratamiento de ECV. Y también con las declaraciones de Tannenbaum y Frank (2011) en donde refieren que la edad predice los comportamientos de salud y la búsqueda de atención médica respaldando la hipótesis: la edad en las

personas adultas permite la incorporación de acciones en su vida diaria que implican la búsqueda de ayuda para la atención de la enfermedad o adoptar acciones más saludables.

Según este estudio, la escolaridad influye de manera positiva en las acciones de autocuidado de mantenimiento autónomo (como hacer ejercicios físicos, entre otras). Considerando que la media de escolaridad de los participantes con ECV, fue de 9,71 años, se puede inferir que las personas que tienen un nivel de estudios de secundaria completa, realizarían conductas para el mantenimiento de la salud. Esto concuerda con la afirmación por Vellone et al (2014) sobre que, el nivel educativo mejora el autocuidado en enfermedades cardíacas y es eficaz para reducir la carga de la enfermedad en la persona, en las familias, y en la sociedad. También se confirma, con los resultados de Gupta et al. (2019), en donde identificaron barreras en la adherencia al tratamiento farmacológico de las mujeres hipertensas, y son: el escaso nivel de escolaridad reflejándose en el 70% de mujeres analfabeta. El conocimiento y las habilidades adquiridas a través de la educación a lo largo de la vida pueden influir en el conocimiento sobre algún tema respecto a la salud de las personas (Riegel et al., 2016). Cuanto mayor nivel de educación tenga una persona serán más receptivos a mensajes de educación sobre la salud y habilidades para comunicarse mejor en beneficio de la salud (World Health Organization, 2010).

En cuanto a la influencia de comorbilidades asociadas a la ECV en las acciones de autocuidado, se obtuvo que la DT2 y el sobrepeso/obesidad influyen negativamente en el autocuidado de mantenimiento autónomo, es decir realizan menos conductas como la actividad física, menos manejo del estrés o pedir alimentos bajo en grasas cuando como fuera de casa. ; por otro lado, según este estudio, las personas con DT2 son las que

asisten más a consultas con un proveedor de salud y son más adherentes al tratamiento farmacológico. Esto se sustenta en que la presencia de más de una afección crónica es una barrera en el autocuidado y que a su vez, se asocia a un mayor uso de atención médica (Riegel et al., 2017; Leslie et al., 2019). Los cambios demográficos con aumento de la prevalencia de las comorbilidades como la HTA, la DT 2 y la obesidad aumentan el riesgo y las complicaciones de ECV, y se prevé que dichas comorbilidades aumenten para el 2030 (World Health Organization, 2018), por ello, el fomento de autocuidado en personas en ECV en la actualidad es crucial e importante. La obesidad y sobrepeso son factores que predisponen a una ECV y a sus complicaciones, y es uno de los principales factores de riesgo que contribuye al desarrollo de una cardiopatía aún en ausencia de otro factor de riesgo. La obesidad aumenta la presión arterial, los niveles de colesterol, triglicéridos, reduce el colesterol HDL y aumento de la glicemia en sangre (Sarre et al., 2018).

Respecto al factor conocimiento sobre ECV, se encontró que influye positivamente en las acciones de autocuidado de mantenimiento autónomo y por consulta a un proveedor de salud, es decir, las personas con ECV que tienen mayor conocimiento sobre su enfermedad, tiene más probabilidad de cumplir el tratamiento médico, de realizar conductas saludables y de asistir a las consultas médicas. De forma inversa al resultado, concuerda con el estudio de Jin et al. (2020), que exploraron la influencia de factores en el manejo de la enfermedad coronaria y prevención de riesgos; entre sus conclusiones refieren que el poco conocimiento sobre la enfermedad coronaria es una barrera para el adecuado manejo del mismo. Del mismo modo, Tan et al. (2017) indican que el desconocimiento sobre la enfermedad y los efectos secundarios de la

medicación conlleva a una inadecuada adherencia al tratamiento.

Y se confirma con el estudio de Gupta et al. (2019) en donde indican que el 50% de los participantes presentó escaso conocimiento sobre la HTA y sus complicaciones, y a su vez, pobre conductas de autocuidado como asistir a consultas con un proveedor de salud. De otra mano, Sherpa et al. (2016) evaluaron en un estudio el conocimiento sobre la enfermedad arterial coronaria, factores de riesgo, síntomas y tratamiento; los participantes reportaron que el ejercicio, consumir una dieta saludable y cumplir con el tratamiento médico para la diabetes e hipertensión, previene las enfermedades coronarias. Esto indica que a mayor conocimiento sobre la enfermedad coronaria mayor posibilidad de realizar acciones de autocuidado en favor de la salud.

Se ha encontrado además, que el factor conocimiento sobre ECV media la influencia indirecta entre la edad y las acciones de autocuidado; esto significa que existe asociación entre la edad y el conocimiento sobre ECV; datos que se confirma en el estudio de Koohi y Khalili (2020), en donde reportan que la edad es un factor que se asocia significativamente al conocimiento sobre ECV, además refieren que el conocimiento de ECV en adultos con edad mayor e igual a 40 años fue significativo en comparación con los que tuvieron menos de 40 años.

Así también, el conocimiento sobre las ECV media la influencia indirecta negativa entre la norma social femenina: atención del hogar, y las acciones de autocuidado de manejo en ECV, es decir, el conocimiento sobre ECV, disminuye el efecto negativo disminuye. De lo anterior se puede inferir que el conocimiento sobre ECV puede mejorar las acciones de autocuidado de manejo o respuesta frente a un síntoma o signo de ECV en las mujeres mexicanas.

Los resultados del efecto mediador del factor proceso (conocimiento sobre ECV) entre los factores de persona (edad y norma social femenina) y las acciones de autocuidado (mantenimiento, monitoreo y manejo) confirman los vínculos de mediación propuesto en la estructura de teórica de la Teoría de Situación Específica de Riegel et al. (2016).

Respecto a los resultados relacionados con el factor normas sociales femeninas y su influencia en las acciones de autocuidado, resultó que sólo la norma social femenina: atención del hogar, influye de manera negativa en las acciones de autocuidado de mantenimiento (autónomo y consultas a un proveedor de salud), en las acciones de monitoreo, y en las acciones de manejo (manejo en ECV y manejo en HTA). Esto es porque los ítems de mayor influencia (cargas factoriales mayor a .50) fueron los de contenido relacionados a las tareas del hogar, y también, a que las mujeres entrevistadas tenían una media de edad de 54.40 años y no tenían hijos en edad infantil, sino más bien hijos adolescentes o jóvenes adultos.

Los resultados descritos anteriormente confirman la idoneidad de la estructura lógica-teórico de la Teoría de Situación Específica de Autocuidado de Riegel et al. (2016). Y se confirma, parte la estructura teórica- conceptual propuesto en este estudio, en donde, los factores situacionales específicos de persona (edad, escolaridad, normas sociales femeninas) y de problema (comorbilidad [DM tipo 2 y sobrepeso/obesidad]) y factores de proceso (conocimiento sobre ECV) influyen en las acciones de autocuidado (mantenimiento, monitoreo y manejo).

Respecto al factor normas sociales masculinas, no mostraron tener influencia significativa en las acciones de autocuidado en los hombres con ECV, el cual guarda

cierta similitud con los resultados de los estudios de Tannenbaum y Frank (2011), en donde concluyen que la búsqueda de atención médica no se vio obstaculizada por una conformidad con las normas masculinas.

La influencia de la norma social femenina: atención del hogar, fue abordada con método mixto secuencial (cuantitativo y cualitativo), debido a la naturaleza sociocultural de la variable, con la finalidad de encontrar mayor explicación de la influencia de la atención del hogar en las acciones de autocuidado. Basado en los resultados cuantitativos se formuló la pregunta cualitativa ¿Cómo influye las tareas del hogar, el rol de ser mamá y ama de casa en el cuidado de su salud? Los datos cualitativos se analizaron a través del método de Discurso del Sujeto Colectivo, en donde se extrajeron las *expresiones claves* que explicaron el cómo influye la norma social femenina: atención del hogar, en las acciones de autocuidado, agrupadas en seis *Ideas Centrales* que son: 1) estrés por las tareas del hogar, referido a las muchas tareas del hogar y por la pandemia, que aumentó la responsabilidad de la limpieza de la casa y de los alimentos, reflejándose en la presión alta; 2) tareas del hogar y automedicación, referido a la premura por cumplir con los quehaceres de la casa, las participantes refirieron automedicarse para aliviar algún malestar y puedan seguir con las tareas del hogar; 3) tareas del hogar y ansiedad, se refiere a la preocupación excesiva de las mujeres por las tareas del hogar y de la enfermedad, manifestándose en el consumo exagerado de alimentos sin controlar el peso 4) la falta de tiempo por las tareas del hogar, las participantes refirieron no tener tiempo para asistir a sus controles y para hacer ejercicios por los quehaceres del hogar; 5) agotamiento por las tareas del hogar, se refiere el cansancio físico excesivo que conduce al olvido de la ingesta del tratamiento

médico; y 6) el cuidado a un familiar enfermo, se refiere al rol de cuidador de las participantes a un familiar enfermo (padre o madre) olvidando cuidarse a sí mismas.

Estos resultados tienen coherencia con el estudio cualitativo realizado por Gupta et al. (2019) en mujeres con HTA, en donde encontraron que, de las participantes: el 73% fueron mujeres dedicadas al trabajo del hogar; sólo la tercera parte de las participantes presentó adherencia alta al tratamiento médico; las participantes prefieren manejar la enfermedad con dietas saludables que con la ingesta de medicamentos indicados; más del 50% no realiza actividad física; el 90% no se midió la presión arterial en seis meses; y sólo un tercio de las mujeres acudió a una consulta médica en los últimos 12 meses. Además, las mujeres entrevistadas refirieron “no tengo tiempo para tomar las medicinas”, “tengo muchas cosas que hacer”; reportaron olvidos y falta de tiempo como la principal causa de la no adherencia al tratamiento médico.

El estudio realizado por Macias (2020) sobre el estrés de pandemia COVID -19 en población mexicana, concluyeron que las mujeres reportaron estrés de mayor intensidad que los hombres, y por la preocupación de la posibilidad de desarrollar los síntomas y tener que visitar el hospital y que los hospitales no tengan los recursos para atender a los enfermos, y son las que con mayor frecuencia se lavan continuamente las manos como una forma de enfrentar su estrés. Esto es coincidente con lo expresado por una entrevistada en este estudio “Yo creo que por la pandemia he tenido más estrés, me sentí más preocupada por la limpieza y la comida”.

El estrés por las tareas del hogar, se sustentan en que, las experiencias estresantes agudas, como los conflictos interpersonales son omnipresentes en la vida cotidiana de las personas. Un estudio de Trujano y De Jesús (2017) evaluaron y

compararon el estrés entre amas de casa y trabajadoras domésticas del estado de Puebla y de la ciudad de México. Concluyen que el nivel de estrés fue moderado para ambas poblaciones; se identificó que las amas de casa de Puebla reportaron una falta de reconocimiento por el trabajo en sus hogares. Estos datos corroboran el estrés que refieren las mujeres en este estudio por la atención en el hogar, que les conlleva a un deficiente autocuidado.

El estrés diario se asocia a alteraciones en los procesos biológicos que contribuyen empeoramiento de enfermedades crónicas como la presión arterial elevada, lo que a su vez puede modificar los patrones de funcionamiento cardíaco, vascular, metabólico e inmunológico. La activación repetida y/o aumentada de estos patrones con el tiempo, puede cobrar un precio que es acortar la vida útil de quienes ya padecen una afección crónica. Las personas que reaccionan fuertemente al estrés repetidamente día tras día pueden ser más vulnerables a los estados de enfermedad crónica (Chiang et al., 2018).

Respecto a rol de cuidador de la mujer a un familiar enfermo en el hogar, afecta en el autocuidado de las mujeres y se exponen a una serie de riesgos de salud tanto física como psicológica. Curto (2014) refiere que las mujeres que incluyen en sus obligaciones domésticas el cuidado de algún miembro de la familia enfermo o dependiente son las que tienen peor percepción de su salud. El cuidado a un familiar enfermo con dependencia supone esfuerzo físico y mental y, con frecuencia, grandes exigencias emocionales. Lo anterior, es corroborado por el estudio de Buenfil et al. (2016) quienes reportan que más del 80% de los cuidadores fueron mujeres amas de casa, casadas; y que existe una correlación positiva y significativa entre el cuidado a un paciente con

dificultad de movilidad física y la depresión de sus cuidadores.

Otro estudio realizado por Hernández et al. (2017) evaluaron el grado de sobrecarga y la ansiedad en los cuidadores primarios de pacientes hospitalizados. Identificaron que el 68 % de los cuidadores fue mujer; más del 50% fue ama de casa y presentó comorbilidades de DM tipo 2 e HTA. Los autores determinaron que hubo una correlación positiva entre las horas de permanencia diaria del cuidador en el hospital y el grado de sobrecarga de trabajo y ansiedad. Estos resultados confirman los resultados cualitativos respecto al rol de cuidador de un familiar enfermo, ser ama de casa y la ansiedad.

De lo anterior, probablemente, la norma social femenina: Atención del hogar determinan que las mujeres con ECV sean más sensibles y vulnerables al estrés físico y mental, la ansiedad, agotamiento físico y a las insatisfacciones cotidianas. Curto (2014) refiere, la mayor vulnerabilidad o riesgo de estrés en las mujeres estaría en las mujeres que reúnen las siguientes características: estereotipo de feminidad, presencia de los atributos más negativos de la feminidad, la dependencia y la sumisión.

Conclusiones

En base a los resultados se concluye:

Las personas con ECV entre 40 a 80 edad tienden a tener acciones de autocuidado por consulta a un proveedor de salud como adherirse a una indicación farmacológica, y a asistir a consultas médicas.

Las personas con ECV que presentan DT2 y sobrepeso/obesidad como comorbilidad asociada, son los que realizan menos acciones de autocuidado autónomo como pedir alimentos bajos en sal cuando comen fuera de casa, menos manejo del

estrés, y consumen comidas no saludables. Sin embargo, las personas con ECV que presentan DT2 tienden a asistir a sus conductas médicas y cumplir con el tratamiento farmacológico indicado por un proveedor de salud.

El conocimiento sobre ECV aumenta el autocuidado autónomo y el autocuidado por consultas a un proveedor de salud. Los años de escolaridad aumenta las conductas o acciones de autocuidado autónomo.

Es importante destacar que los factores sólo tuvieron influencia en las conductas de mantenimiento autónomo y por consulta a un proveedor, es decir, acciones que ayudan a la estabilidad de la salud física o no (en el caso de la influencia negativa), y en la promoción y prevención de enfermedades.

El conocimiento sobre las ECV en los adultos con enfermedad con ECV, media el efecto positivo indirecto entre la edad y las acciones de autocuidado de consulta a un proveedor de salud, es decir, los adultos entre 40 y 80 años que tienen conocimiento sobre ECV, mejorarían las acciones de autocuidado de cumplimiento de indicaciones médicas, asistencias a sus controles médicos y la adherencia al tratamiento. Así también, el conocimiento sobre las ECV media la influencia indirecta entre la norma social femenina: atención del hogar, y las acciones de autocuidado de manejo en ECV. La norma social femenina: atención del hogar influye de manera negativa en las acciones de manejo en ECV, sin embargo, al pasar por el conocimiento sobre ECV, este efecto negativo disminuye, es decir, la adquisición del conocimiento sobre ECV puede mejorar las acciones de autocuidado de manejo o respuesta frente a un síntoma o signo de la enfermedad.

En cuanto a la influencia de las normas sociales femeninas en las acciones de

autocuidado los resultados fueron cuantitativos y cualitativos y de análisis mixto. Los resultados cuantitativos indicaron que las norma social femenina: atención del hogar (específicamente tareas del hogar) de las mujeres con ECV influye de forma negativa en las acciones de mantenimiento (autónomo y por consulta a un proveedor de salud); en las acciones de monitoreo, es decir las tareas del hogar disminuye las acciones de control su enfermedad o estar atenta a los signos y síntomas; y a las acciones de manejo (manejo en ECV y manejo en HTA) o acciones de respuesta cuando aparecen signos y síntomas ya sea de la presión arterial o como de alguna enfermedad coronaria.

Los resultados cualitativos dieron mayor explicación de los resultados cuantitativos mediante *las expresiones claves* que se agruparon en seis *ideas centrales*, y son: 1) estrés por las tareas del hogar; 2) tareas del hogar y automedicación; 3) tareas del hogar y ansiedad; 4) la falta de tiempo por las tareas del hogar; 5) agotamiento por las tareas del hogar; y 6) el cuidado a un familiar enfermo.

Las metainferencias explicativas del análisis mixto confirmaron y dieron mayor explicación de la influencia de la norma social femenina: atención del hogar, en las acciones de autocuidado.

Limitaciones

En cuanto al muestreo y recolección de datos; se adoptó el tipo de muestreo por conveniencia debido a las contingencias por pandemia COVID -19. Así también el modo de recolección de datos cuantitativos fue de dos modos, de manera presencial y en línea. Se dificultó la recolección de datos cualitativos por motivos de pandemia, al inicio de la recolección de datos mediante la entrevista se hizo de manera virtual, sin embargo, se observó que era difícil obtener las respuestas acordes a la pregunta y optamos por

hacerla nuevamente y en modo sólo presencial, en otras mujeres respetando a su vez, sea una submuestra de la muestra cuantitativa. El tipo de muestreo en la fase cualitativa fue también por conveniencia.

Las personas consideraron muy larga la encuesta, por el tiempo que ocupaban en llenarla y por el temor de contagio del COVID-19.

Recomendaciones

Se recomienda el uso del diseño secuencial explicativo, en donde la fase cualitativa sirve para profundizar en el entendimiento de los resultados cuantitativos. Por ello, en este estudio, se exploró cualitativamente y a detalle los resultados significativos de la fase cuantitativa.

Los resultados permiten formular intervenciones novedosas de tipo educativas que fomenten conductas de autocuidado autónomas de prevención y de conductas relacionados al apego a las indicaciones farmacológicas y no farmacológicas dadas por un proveedor de salud, a nivel de atención de salud primaria y secundaria. Además, se recomienda proponer intervenciones de educación respecto a la vigilancia de signos y síntomas, y de cómo afrontar o dar respuesta a los signos y signos anormales que puedan presentarse en el proceso de la enfermedad de la persona con HTA o con alguna enfermedad coronaria.

Los programas de intervención con énfasis en la educación sobre las ECV, y en el conocimiento sobre los factores de riesgo de complicaciones, mejorarían la concientización de la enfermedad y por ende las prácticas de autocuidado para la prevención de complicaciones. Las estrategias para aumentar el conocimiento del paciente con ECV, podrían incluir: sesiones didácticas, uso de materiales escritos y/o

uso de la tecnología (aplicativos móviles, aplicaciones de salud móvil, tele monitorización, entre otros)

Se recomienda intervenciones centradas en desarrollar estrategias de afrontamiento emocional en las mujeres amas de casa con ECV, que puedan implementarse en la práctica en la vida cotidiana, programas como de afrontamiento al estrés, ansiedad, que incluya a la pareja para fomentar el apoyo en las tareas domésticas y disminuir el estrés de las amas de casa. Se recomienda realizar estudios sobre el rol de cuidador de la ama de casa en la población mexicana con ECV, considerando los resultados cualitativos de este estudio.

Se sugiere el uso del Inventario de Autocuidado de enfermedad Cardiovascular, puesto que es una herramienta válida y fiable para determinar el autocuidado en población adulta mexicana con enfermedad Cardiovascular. El Inventario mide tres tipos de acciones de autocuidado: acciones que mantienen la estabilidad fisiológica; acciones de monitoreo y vigilancia de signos y síntomas; y acciones de respuestas cuando los signos y síntomas aparecen. El inventario, tiene un lenguaje sencillo, fácil de entender y puede usarse en los diferentes niveles de atención de salud. a la fecha, no hay evidencia de un instrumento que mida acciones de autocuidado en ECV con propiedades psicométricas de validez y confiabilidad.

El profesional de enfermería que labora en atención de salud primaria y secundaria desempeña un papel fundamental en el apoyo al autocuidado de las personas con ECV. Por lo tanto, requiere que las enfermeras avancen en el conocimiento de estrategias de autocuidado que motiven al paciente en el empoderamiento de sus acciones en pro de la prevención de complicaciones y deterioro de la salud.

Referencias

- Amato, F. (2012). The Relationship of Violence to Gender Role Conflict and Conformity to Masculine Norms in a Forensic Sample. *The Journal of Men's Studies*, 20(3), 187–208. doi:10.3149/jms.2003.187
- Aparicio-García, M., Alvarado-Izquierdo, J. (2019). Is there a “Conformity to Feminine Norms” Construct? A Bifactor Analysis of two Short Versions of Conformity to Feminine Norms Inventory. *Curr Psychol* 38, 1110–1120 (2019).
<https://doi.org/10.1007/s12144-018-9815-9>
- Areiza, M., Osorio, E., Ceballos, M., & Amariles, P. (2018). Conocimiento y factores de riesgo cardiovascular en pacientes ambulatorios. *Revista Colombiana de Cardiología*, 25(2), 162-168. <https://doi.org/10.1016/j.rccar.2017.07.011>
- Batista-Foguet, J. M., Coenders, G., & Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud [Confirmatory factor analysis. Its role on the validation of health related questionnaires]. *Medicina clínica*, 122, 21–27. <https://doi.org/10.1157/13057542>
- Bayrak, B., & Oğuz, S. (2021). Validity and reliability of the Turkish version of the Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory. *International journal of nursing practice*, 27(1), e12847. <https://doi.org/10.1111/ijn.12847>
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2007). Recommendations for the cross-cultural adaptation of the DASH & Quick DASH outcome measures. *Institute for Work & Health*, 1(1), 1-45.
https://www.researchgate.net/publication/308305512_Recommendations_for_the_cross-cultural_adaptation_of_the_DASH_QuickDASH_outcome_measures

- Biddle, M. J., Moser, D. K., Pelter, M. M., Robinson, S., & Dracup, K. (2020). Predictors of Adherence to Self-Care in Rural Patients with Heart Failure. *The Journal of rural health: official journal of the American Rural Health Association and the National Rural Health Care Association*, 36(1), 120–129. <https://doi.org/10.1111/jrh.12405>
- Buenfil Díaz, B. K., Hijuelos García, N. A., Hijuelos García, N. A., Carlos Pineda, J., Carlos Pineda, J., Salgado Burgos, H., Salgado Burgos, H., Pérez Padilla, E. A., & Pérez Padilla, E. A. (2016). Depresión en cuidadores primarios informales de pacientes con limitación en la actividad / Depression in primary informal caregivers of patients with activity limitations. *RICS Revista Iberoamericana De Las Ciencias De La Salud*, 5(10), 148 - 173. Recuperado a partir de <https://www.rics.org.mx/index.php/RICS/article/view/42>
- Byrne, B. (2010). *Structural Equation Modeling with AMOS, Basic Concepts, Applications, and Programming* (2.^a ed.). Routledge Taylor & Francis Group.
- Cameron, J., Ski, C. F., McLennan, S. N., Rendell, P. G., Whitbourn, R. J., & Thompson, D. R. (2014). Development of the Heart Failure Screening Tool (Heart-FaST) to measure barriers that impede engagement in self-care. *European journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 13(5), 408–417. <https://doi.org/10.1177/1474515113502461>
- Chen, Z., Chen, Y., Geng, J., Wang, M., & Yu, H. (2020). Psychometric testing of the Chinese version of Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory. *International journal of nursing practice*, e12885. Advance online publication.

<https://doi.org/10.1111/ijn.12885>

Cherryholmes, C. H. (1992). Notes on Pragmatism and Scientific Realism. *Educational Researcher*, 21(6), 13–17. <https://doi.org/10.3102/0013189X021006013>

Chiang, J. J., Turiano, N. A., Mroczek, D. K., & Miller, G. E. (2018). Affective reactivity to daily stress and 20-year mortality risk in adults with chronic illness: Findings from the National Study of Daily Experiences. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 37(2), 170–178. <https://doi.org/10.1037/hea0000567>

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2nd ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Costa (2015). O discurso do sujeito coletivo: uma abordagem qualiquantitativa para a pesquisa social. *Trabajo Social Global-Global Social Work*, 5(8), 90-115. <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v5i8.3093>

Courtenay W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social science & medicine* (1982), 50(10), 1385–1401. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(99\)00390-1](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00390-1)

Creswell, J. W. (2009). *Research design: qualitative, Quantitative and mixed methods approaches*. (Third Ed). SAGE Publications.

Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2018). *Research design: qualitative, quantitative mixed methods approaches*. (Fifth Ed). SAGE Publications.

Creswell, J. W., & Plano, C. V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research*. SAGE Publications.

Curto, P. M. (2014). La construcción de los roles de género y su relación con el estrés

crónico y la depresión en las mujeres. *Comunitaria: Revista internacional de trabajo social y ciencias sociales*, (8), 105-126.

<http://dx.doi.org/10.5944/comunitaria.8.6>

De León, M., Peñarrieta, M., León, R., Gutiérrez, T., Piñones, M., Quintero, L. (2019).

Relación entre automanejo y síntomas depresivos en personas con diabetes e hipertensión. *Enfermería Universitaria*, 17(1), 5 -15.

<https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2020.1.681>

Díaz, B. K. B., García, N. A. H., Pineda, J. C., Burgos, H. S., & Padilla, E. A. P. (2016).

Depresión en cuidadores primarios informales de pacientes con limitación en la actividad. *Revista Iberoamericana de las Ciencias de la Salud: RICS*, 5(10), 8.

Dickson, V. V., Fletcher, J., & Riegel, B. (2021). Psychometric Testing of the Self-care

of Hypertension Inventory Version 3.0. *The Journal of cardiovascular nursing*, 36(5), 411–419. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000827>

Dickson, V. V., Fletcher, J., & Riegel, B. (2021). Psychometric Testing of the Self-care

of Hypertension Inventory Version 3.0. *The Journal of cardiovascular nursing*, 36(5), 411–419. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000827>

Dickson, V. V., Lee, C., Yehle, K. S., Abel, W. M., & Riegel, B. (2017). Psychometric

Testing of the Self-care of Hypertension Inventory. *The Journal of cardiovascular nursing*, 32(5), 431–438.

<https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000364>

Dickson, V. V., Lee, C., Yehle, K. S., Abel, W. M., & Riegel, B. (2017). Psychometric

Testing of the Self-care of Hypertension Inventory. *The Journal of cardiovascular nursing*, 32(5), 431–438.

<https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000364>

Dickson, V. V., McCarthy, M. M., Howe, A., Schipper, J., & Katz, S. M. (2013).

Sociocultural influences on heart failure self-care among an ethnic minority black population. *The Journal of cardiovascular nursing*, 28(2), 111–118.

<https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e31823db328>

Duarte, S., Mamede, M., & Andrade, S. (2009). Theoretical-methodological options in

qualitative research: social representations and discourse of the collective subject. *Saúde e Sociedade*, 18, 620-626.

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/JNbhZ3dKdrKGdYXJrr6m7ft/?lang=pt>

Fernández Milán, Ana, Navarro Despaigne, Daysi, & Bacalao Gallestey, Jorge. (2018).

Condicionamiento de género y condición socioeconómica: su asociación con algunos factores de riesgo ateroscleróticos. *Revista Finlay*, 8(1), 26-35.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000100004&lng=es&tlng=es.

Flórez, I., Giraldo, C., & Arzuaga, M. (2016). La experiencia vivida de la mujer con

enfermedad cardiovascular revascularizada: un estudio de caso. *Avances en Enfermería*, 34(3), 236-250. <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v34n3.58378>

Frederix, I., Caiani, E. G., Dendale, P., Anker, S., Bax, J., Böhm, A., Cowie, M.,

Crawford, J., de Groot, N., Dilaveris, P., Hansen, T., Koehler, F., Krstajić, G.,

Lambrinou, E., Lancellotti, P., Meier, P., Neubeck, L., Parati, G., Piotrowicz, E.,

Tubaro, M., ... van der Velde, E. (2019). ESC e-Cardiology Working Group

Position Paper: Overcoming challenges in digital health implementation in

cardiovascular medicine. *European journal of preventive cardiology*, 26(11),

1166–1177. <https://doi.org/10.1177/2047487319832394>

Gandapur, Y., Kianoush, S., Kelli, H. M., Misra, S., Urrea, B., Blaha, M. J., Graham, G., Marvel, F. A., & Martin, S. S. (2016). The role of mHealth for improving medication adherence in patients with cardiovascular disease: a systematic review. *European heart journal. Quality of care & clinical outcomes*, 2(4), 237–244. <https://doi.org/10.1093/ehjqcco/qcw018>

García, A., Martínez, C., Paterna, B., & Paren, M. (2017). Adaptación al español del Inventario de Conformidad con las Normas de Género Femeninas-45. *Uaricha*, 14(32), 1-10.
http://www.revistauaricha.umich.mx/ojs_uaricha/index.php/urp/article/view/146/
131

Gil, E., & Oh, H. (2018). Testing a Middle-Range Theory of Self-Care of Chronic Illness: A Validation for Korean Adult Patients with Severe Hypertension. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 48(5), 521.
<https://doi.org/10.4040/jkan.2018.48.5.521>

González-Salvado, V., Rodríguez-Núñez, A., & González-Juanatey, J. R. (2019). From Prevention to Rehabilitation: Toward a Comprehensive Approach to Tackling Cardiac Arrest. *Revista española de cardiología (English ed.)*, 72(1), 3–6.
<https://doi.org/10.1016/j.rec.2018.04.021>

Granger, B. B., Ekman, I., Hernandez, A. F., Sawyer, T., Bowers, M. T., De Wald, T. A., Zhao, Y., Levy, J., & Bosworth, H. B. (2015). Results of the Chronic Heart Failure Intervention to Improve Medication Adherence study: A randomized intervention in high-risk patients. *American Heart Journal*, 169(4), 539–548.

<https://doi.org/10.1016/j.ahj.2015.01.006>

Guo, T., Fan, Y., Chen, M., Wu, X., Zhang, L., He, T., Wang, H., Wan, J., Wang, X., & Lu, Z. (2020). Cardiovascular Implications of Fatal Outcomes of Patients With Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *JAMA cardiology*, 5(7), 811–818.

<https://doi.org/10.1001/jamacardio.2020.1017>

Gupta, S., Dhamija, J., Mohan, I., & Gupta, R. (2019). Qualitative Study of Barriers to Adherence to Antihypertensive Medication among Rural Women in India. *International Journal of Hypertension*, 2019(30), 1-7.

<https://doi.org/10.1155/2019/5749648>

Hardy, M. E. (1974). Theories: Components, development, evaluation. *Nursing Research*, 23(2), 372–382. <https://doi.org/10.1097/00006199-197403000-00002>

Hernández-Cantú, E. I., Reyes-Silva, A. K. S., Villegas-García, V. E., & Pérez-Camacho, J. (2017). Ansiedad, depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes internados en un hospital general de zona en Nuevo León, México. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 25(3), 213-220.

Herrera Guerra, E. del P., Bautista Arellano, L. R., & Robles González, J. R. (2021).

Validez y confiabilidad del Self- Care of Hypertension Inventory versión español colombiano. *Avances en Enfermería*, 39(2), 215–224.

<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n2.93312>

Hlatky, M. A., Boineau, R. E., Higginbotham, M. B., Lee, K. L., Mark, D. B., Califf, R. M., Cobb, F. R., & Pryor, D. B. (1989). A brief self-administered questionnaire to determine functional capacity (the Duke Activity Status Index). *The American journal of cardiology*, 64(10), 651–654. <https://doi.org/10.1016/0002->

9149(89)90496-7

- Im, E. O., & Meleis, A. I. (1999). Situation-specific theories: philosophical roots, properties, and approach. *ANS. Advances in nursing science*, 22(2), 11–24.
<https://doi.org/10.1097/00012272-199912000-00003>
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática. Ciudad de México: INEGI; 2019
<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2019/EstSociodemograficas/DefuncionesRegistradas2019.pdf>
- Jin, K., Neubeck, L., Koo, F., Ding, D., & Gullick, J. (2020). Understanding Prevention and Management of Coronary Heart Disease Among Chinese Immigrants and Their Family Carers: A Socioecological Approach. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(3), 257–266. <https://doi.org/10.1177/1043659619859059>
- Jodelet, D. (2001). Representações sociais: um domínio em expansão. As representações sociais, *Revista Interamericana de Psicología* 41(03), 1-21.
https://www.researchgate.net/publication/324979211_Representacoes_sociais_Um_dominio_em_expansao
- Juárez-Herrera y Cairo, L. A., Castro-Vásquez, M. D. C., & Ruiz-Cantero, M. T. (2016). Análisis con perspectiva de género sobre percepción y prácticas en enfermedad coronaria en mujeres en el norte de México. *Salud pública de México*, 58, 428-436. <https://doi.org/10.21149/spm.v58i4.8023>
- Kemper, E. A., Stringfield, S., & Teddlie, C. (2003). Mixed methods sampling strategies in social science research. *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*, 273-296.

- King-Shier, K. M., Singh, S., Khan, N. A., LeBlanc, P., Lowe, J. C., Mather, C. M., Chong, E., & Quan, H. (2017). Ethno-Cultural Considerations in Cardiac Patients' Medication Adherence. *Clinical nursing research*, 26(5), 576–591. <https://doi.org/10.1177/1054773816646078>
- King-Shier, K., Quan, H., Mather, C., Chong, E., LeBlanc, P., & Khan, N. (2018). Understanding ethno-cultural differences in cardiac medication adherence behavior: A Canadian study. *Patient Preference and Adherence*, 12, 1737–1747. <https://doi.org/10.2147/PPA.S169167>
- Koirala, B., Dennison Himmelfarb, C. R., Budhathoki, C., & Davidson, P. M. (2020). Heart failure self-care, factors influencing self-care and the relationship with health-related quality of life: A cross-sectional observational study. *Heliyon*, 6(2), e03412. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e03412>
- Koohi, F., & Khalili, D. (2020). Knowledge, Attitude, and Practice Regarding Cardiovascular Diseases in Adults Attending Health Care Centers in Tehran, Iran. *International journal of endocrinology and metabolism*, 18(3), e101612. <https://doi.org/10.5812/ijem.101612>
- Landis, R., Edwards, B., y Cortina, J. (2009). On the Practice of Allowing Correlated Residuals Among Indicators in Structural Equation Models. En Charles Lance y Robert Vandenberg (Eds), *Statistical and Methodological Myths and Urban Legends* (193-215). Routledge Taylor & Francis Group.
- Lee, C. S., Suwanno, J., & Riegel, B. (2009). The relationship between self-care and health status domains in Thai patients with heart failure. *European journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular*

Nursing of the European Society of Cardiology, 8(4), 259–266.

<https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2009.04.002>

Lee, J. & Song, R. (2015). Symptom Management to Predict Quality of Life in Patients with Heart Failure: A Structural Equation Modeling Approach. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 45(6), 846-856.

<http://dx.doi.org/10.4040/jkan.2015.45.6.846>

Lefèvre, F. (2017). Discurso del Sujeto Colectivo: nuestras formas de pensar, nuestra idea colectiva. Andreoli.

Lefèvre, F., & Lefèvre, A. (2014). Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 23, 502-507.

<https://doi.org/10.1590/0104-07072014000000014>

León, R., Peñarrieta, M., Gutiérrez, T., Banda, O., Flores, F. & Rivera, M. (2019).

Predictores del comportamiento de automanejo en personas con enfermedades crónicas de Tamaulipas. *Enfermería Universitaria*, 16(2), 128 -137.

[http://www.revista-](http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/637/576)

[enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/637/576](http://www.revista-enfermeria.unam.mx/ojs/index.php/enfermeriauniversitaria/article/view/637/576)

Leslie, K. H., McCowan, C., & Pell, J. P. (2019). Adherence to cardiovascular medication: a review of systematic reviews. *Journal of public health (Oxford, England)*, 41(1), e84–e94. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy088>

Leslie, K., McCowan, C., & Pell, J. (2019). Adherence to cardiovascular medication: a review of systematic reviews. *Journal of Public Health, Oxford, England*, 41(1), e84 - e94. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy088>

Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I.

- (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*, 30(3), 1151–1169. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- Long, E., Ponder, M., & Bernard, S. (2017). Knowledge, attitudes, and beliefs related to hypertension and hyperlipidemia self-management among African-American men living in the southeastern United States. *Patient education and counseling*, 100(5), 1000–1006. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.12.011>
- Luna, U., Haro, S., Uriostegui, L., Barajas, T., Rosas, D. (2017). Nivel de adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial: experiencia en una unidad de medicina familiar de Zapopan Jalisco, México. *Atención Familiar*, 24(3), 116-120. <https://doi.org/10.1016/j.af.2017.07.004>
- Luo, H., Lindell, D. F., Jurgens, C. Y., Fan, Y., & Yu, L. (2020). Symptom Perception and Influencing Factors in Chinese Patients with Heart Failure: A Preliminary Exploration. *International journal of environmental research and public health*, 17(8), 2692. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082692>
- Macías, A. (2020). El estrés de pandemia (COVID 19) en población mexicana. Centro de Estudios Clínica e Investigación Psicoanalítica SC. <http://redie.mx/librosyrevistas/libros/estrescovid.pdf>
- Macías, A. (2020). El estrés de pandemia (COVID 19) en población mexicana. *Centro de Estudios Clínica e Investigación Psicoanalítica SC*. 1-53. <http://redie.mx/librosyrevistas/libros/estrescovid.pdf>
- Mahalik, J., Burns, S., & Syzdek, M. (2007). Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. *Social Science &*

Medicine, 64(11), 2201–2209. [https://doi: 10.1016/j.socscimed.2007.02.035](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.02.035)

Mahalik, J., Locke, B., Ludlow, L. H., Diemer, M. A., Scott, R. P. J., Gottfried, M., &

Freitas, G. (2003). Development of the Conformity to Masculine Norms Inventory. *Psychology of Men & Masculinity*, 4(1), 3–25.

<https://doi.org/10.1037/1524-9220.4.1.3>

Mahalik, J., Morray, E., Coonerty, A., Ludlow, L., Slattery, S. & Smiler, A. (2005).

Development of the conformity to feminine norms inventory. *Sex Roles*, 52(7-8), 417-435.

Maldonado, G., León. R., Banda, O., Carbajal, F., Peñarrieta, M., Ibarra, C. (2018).

Automanejo y apoyo social en personas con cronicidad. *Nure Investigación*. 16(99).

https://www.researchgate.net/publication/335635971_Automanejo_y_apoyo_social_en_personas_con_cronicidad

Mar, J., Peñarrieta, M., León, R., Gutiérrez, T., Banda, O., Rangel, S. & De León, M.

(2017). Relación entre automanejo y percepción de funcionalidad familiar en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Enfermería Universitaria*, 14(3), 155-61.

Melo O. (2018). Enfermedad cardiovascular: creencias y prácticas en la adherencia al tratamiento. *Revista Ciencia y Cuidado*, 15(2), 164-176.

<https://doi.org/10.22463/17949831.1410>

Mendoza G. (2017). Factores socioculturales asociados al riesgo cardiovascular en

hombres con diabetes mellitus tipo 2 [Tesis de Doctorado, Universidad

Autónoma de Nuevo León]. Repositorio Institucional Universidad Autónoma de

Nuevo León. <http://eprints.uanl.mx/17667/1/1080261638.pdf>

- Meneguín, S., Morais, J. F., Pollo, C. F., Benichel, C. R., Gobbi, J. F., Garuzi, M., & Bettini, N. (2021). Psychometric analysis of the comfort scale for family members of people in critical health condition. *Revista brasileira de enfermagem*, 74(2), e20200170. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0170>
- Meraz R. (2020). Medication Nonadherence or Self-care? Understanding the Medication Decision-Making Process and Experiences of Older Adults With Heart Failure. *The Journal of cardiovascular nursing*, 35(1), 26–34. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000616>
- Mohammad, N., Rahman, N. A., & Haque, M. (2018). Knowledge, attitude, and practice regarding the risk of cardiovascular diseases in patients attending outpatient clinic in kuantan, malaysia. *Journal of Pharmacy & Bioallied Science*, 10(1), 7-14. https://doi.org/10.4103/jpbs.JPBS_227_17
- Morgan, D. L. (2007). Paradigms Lost and Pragmatism Regained: Methodological Implications of Combining Qualitative and Quantitative Methods. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 48–76. <https://doi.org/10.1177/2345678906292462>
- Occhipinti, S., Laurie, K., Hyde, M. K., Martin, S., Oliffe, J., Wittert, G., & Chambers, S. K. (2019). Measuring Masculinity in Men with Chronic Disease. *American journal of men's health*, 13(4), 1557988319859706. <https://doi.org/10.1177/1557988319859706>
- Palacio Valencia, M. (1999). La socialización masculina: ¿un drama oculto del ejercicio del poder patriarcal? *Nómadas*, (11),166-171.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105114277015>

- Parent, M. C. y Moradi, B. (2010). Confirmatory factor analysis of the Conformity to Feminine Norms Inventory and development of an abbreviated version: The CFNI-45. *Psychology of Women Quarterly*, 34(1), 97-109. doi:10.1111/j.1471-6402.2009.01545.x
- Peñarrieta, M., Reyes, G., Krenderdt, S., Flores, F., Resendiz, E. & Chávez, E. (2015). Automanejo en enfermedades crónicas: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y cáncer. *Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener*, (4), 43-53. <https://bit.ly/3b6xma7>
- Polít D. F. (2015). Assessing measurement in health: Beyond reliability and validity. *International journal of nursing studies*, 52(11), 1746–1753. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.07.002>
- Ragupathi, L., Stribling, J., Yakunina, Y., Fuster, V., McLaughlin, M. A., & Vedanthan, R. (2017). Availability, Use, and Barriers to Cardiac Rehabilitation in LMIC. *Global heart*, 12(4), 323–334.e10. <https://doi.org/10.1016/j.gheart.2016.09.004>
- Ranjbar, H., Ebrahimi, F., & Mehrabi, E. (2018). Cardiovascular disease knowledge among cardiac rehabilitation patients in Eastern Iran: A cross-sectional study. *International Cardiovascular Research Journal*, 12(2), 64-68. <https://www.researchgate.net/publication/325541740>
- Riegel, B. & Dickson, V. (2021) The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care. En E.O., Im; A.I., Meleis (Ed). *Situation Specific Theories: Development, Utilization, and Evaluation in Nursing. Switzerland: Springer International Publishing; 2021, 149 -160.*

- Riegel, B., & Dickson, V. V. (2008). A situation-specific theory of heart failure self-care. *The Journal of cardiovascular nursing, 23*(3), 190–196.
<https://doi.org/10.1097/01.JCN.0000305091.35259.85>
- Riegel, B., Barbaranelli, C., Carlson, B., Sethares, K. A., Daus, M., Moser, D. K., Miller, J., Osokpo, O. H., Lee, S., Brown, S., & Vellone, E. (2019). Psychometric Testing of the Revised Self-Care of Heart Failure Index. *The Journal of cardiovascular nursing, 34*(2), 183–192.
<https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000543>
- Riegel, B., Dickson, V. V., & Faulkner, K. M. (2016). The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care: Revised and Updated. *The Journal of cardiovascular nursing, 31*(3), 226–235. <https://doi.org/10.1097/JCN.00000000000000244>
- Riegel, B., Dickson, V. V., & Faulkner, K. M. (2016). The Situation-Specific Theory of Heart Failure Self-Care: Revised and Updated. *The Journal of cardiovascular nursing, 31*(3), 226-235. <https://doi.org/10.1097/JCN.00000000000000244>
- Riegel, B., Jaarsma, T., & Strömberg, A. (2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *ANS. Advances in nursing science, 35*(3), 194–204.
<https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318261b1ba>
- Riegel, B., Moser, D. K., Buck, H. G., Dickson, V. V., Dunbar, S. B., Lee, C. S., Lennie, T. A., Lindenfeld, J., Mitchell, J. E., Treat-Jacobson, D. J., Webber, D. E., & American Heart Association Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Peripheral Vascular Disease; and Council on Quality of Care and Outcomes Research (2017). Self-Care for the Prevention and Management of Cardiovascular Disease and Stroke: A Scientific Statement for

Healthcare Professionals from the American Heart Association. *Journal of the American Heart Association*, 6(9), e006997.

<https://doi.org/10.1161/JAHA.117.006997>

Risso-Gill, I., Balabanova, D., Majid, F., Ng, K., Yusoff, K., Mustapha, F., Kuhlbrandt, C., Nieuwlaat, R., Schwalm, J., McCreedy, T., Teo K., Yusuf, Y., & McKee, M. (2015). Understanding the modifiable health systems barriers to hypertension management in Malaysia: a multi-method health systems appraisal approach.

BMC Health Serv. Res., 15(254). <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0916-y>

Rosas-Peralta, M., Arizmendi-Uribe, E., & Borrayo-Sánchez, G. (2017). ¿De qué fallecen los adultos en México? Impacto en el desarrollo económico y social de la nación. La carga global de los padecimientos cardiovasculares. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1), 98-103.

<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71855>

Salazar, M., Barochiner, J., Espeche, W., & Ennis, I. (2020). COVID-19, hipertensión y enfermedad cardiovascular [COVID-19 and its relationship with hypertension and cardiovascular disease]. *Hipertensión y riesgo vascular*, 37(4), 176–180.

<https://doi.org/10.1016/j.hipert.2020.06.003>

Sánchez, A., Bobadilla, M., Dimas, B., Gómez, M., y Gonzales, G. (2016). Enfermedad cardiovascular: primera causa de morbilidad en un hospital de tercer nivel.

Revista Mexicana de Cardiología, 27(3), 98 -102.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/cardio/h-2016/hs163a.pdf>

Sánchez-Ropero E. (2018) Validación para Colombia del cuestionario para la “Medición de la capacidad funcional en pacientes con falla cardíaca”, *Revista Colombiana*

de Cardiología, 25 (6) : 356 DOI: 10.1016/j.rccar.2018.04.004

- Santos, R. (2011). Representaciones sociales del trabajo social profesional sobre procesos de exclusión. Una investigación con profesionales de la ciudad de Granada (España). Granada: Universidad de Granada. Disponible en <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/19441/20059474.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sarre-Álvarez, Diego, Cabrera-Jardines, Ricardo, Rodríguez-Weber, Federico, & Díaz-Greene, Enrique. (2018). Enfermedad cardiovascular aterosclerótica. Revisión de las escalas de riesgo y edad cardiovascular. *Medicina interna de México*, 34(6), 910-923. <https://doi.org/10.24245/mim.v34i6.2136>
- Secretaría de Salud (2018). *Enfermedades no transmisibles situación y propuestas de acción: Una perspectiva desde la experiencia de México*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/416454/Enfermedades_No_Transmisibles_ebook.pdf
- Secretaria de salud (2019). *Boletín epidemiológico: sistema nacional de vigilancia epidemiológica. Sistema único de información*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/522437/BSEMANAL_52.pdf
- Secretaria de Salud. (2014). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. (México). http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf
- Secretaria de Salud. (2016). *Informe sobre la salud de los mexicanos 2016*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/239410/ISSM_2016.pdf
- Seem, S. R. y Clark, M. D. (2006). Healthy women, healthy men, and healthy adults: An

evaluation of gender role stereotypes in the twenty-first century. *Sex Roles*, 55, 247-258. doi:10.1007/s11199-006-9077-0

Self-Care Measures (2021). SC-CHDI v3 (Spanish). Available from: <https://self-care-measures.com/project/patient-version-schdi-spanish-3-2-2-2-2/>

Sethares, K. A., Sosa, M. E., Fisher, P., & Riegel, B. (2014). Factors associated with delay in seeking care for acute decompensated heart failure. *The Journal of cardiovascular nursing*, 29(5), 429–438.

<https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e3182a37789>

Sherpa, K., Shah, P., Karki, S., Mahaju, S., Maharjan, R., Pandey, N., Dhungana, S., Uranw, S., & Karki, P. (2016). PS083 knowledge, attitude and practice on coronary artery disease in patients attending the tertiary health care center in nepal. *Global Heart*, 11(2), e29-e29.

<https://doi.org/10.1016/j.gheart.2016.03.096>

Shin, N., Jang, Y., & Kang, Y. (2017). The Relationships among Perceived Parental Bonding, Illness Perception, and Anxiety in Adult Patients with Congenital Heart Diseases. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 47(2), 178-187.

<https://doi.org/10.4040/jkan.2017.47.2.178>

Sizto, T., & Byam, A. (2017). Canadian Men's Self-Management of Chronic Diseases: A Literature Analysis of Strategies for Dealing With Risks and Promoting Wellness. *American journal of men's health*, 11(4), 1077–1095.

<https://doi.org/10.1177/1557988315577674>

Tan, C., Hassali, M., Neoh, C., & Saleem, F. (2017). A qualitative exploration of hypertensive patients' perception towards quality use of medication and

- hypertension management at the community level. *Pharm Pract (Granada)*, 15(4), 1074. Doi:10.18549/PharmPract.2017.04.1074
- Tannenbaum, C., & Frank, B. (2011). Masculinity and health in late life men. *American journal of men's health*, 5(3), 243–254.
<https://doi.org/10.1177/1557988310384609>
- Taylor Smith, A., & Dumas, A. (2019). Class-based masculinity, cardiovascular health and rehabilitation. *Sociology of health & illness*, 41(2), 303–324.
<https://doi.org/10.1111/1467-9566.12827>
- Teddie, Ch. y Tashakkori, A. (2009). *Foundations of mixed methods research*. SAGE Publications, Inc
- Thomas RJ, Balady G, Banka G, Beckie TM, Chiu J, Gokak S, Ho PM, Keteyian SJ, King M, Lui K, Pack Q, Sanderson BK, Wang TY. (2018). 2018 ACC/AHA Clinical Performance and Quality Measures for Cardiac Rehabilitation: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 11(4), <https://doi.org/10.1161/HCQ.0000000000000037>
- Trujano, R. S., & De Jesús, N. L. (2017). Estrés y apoyo social en mujeres amas de casa y empleadas domésticas. *Alternativas Psicológicas*, (38) 99-114.
<https://www.alternativas.me/attachments/article/159/7%20-%20Estr%20y%20apoyo%20social%20en%20mujeres%20amas%20de%20casa%20y%20empleadas%20dom%20sticas.pdf>
- Trujano. R., Vega. C., Nava, C. (2009). Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas*

en *Psicología*. 14(20).

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2009000100008

Vaughan Dickson, V., Lee, C. S., Yehle, K. S., Mola, A., Faulkner, K. M., & Riegel, B.

(2017). Psychometric Testing of the Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory (SC-CHDI). *Research in nursing & health*, 40(1), 15–22.

<https://doi.org/10.1002/nur.21755>

Vellone, E., Jaarsma, T., Strömberg, A., Fida, R., Arestedt, K., Rocco, G., & Alvaro, R.

(2014). The European Heart Failure Self-care Behaviour Scale: New insights into factorial structure, reliability, precision and scoring procedure. *Patient education and counseling*, 94(1), 97-102.

<https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.09.014>

Vellone, E., Riegel, B., Cocchieri, A., Barbaranelli, C., D'Agostino, F., Antonetti, G.,

Glaser, D., & Alvaro, R. (2013). Psychometric Testing of the Self-Care of Heart Failure Index Version 6.2. *Research in nursing & health*, 36(5), 500-511.

<http://dx.doi.org/10.1002/nur.21554>

Villalobos, A., Rojas, R., Aguilar, C., Romero, M., Mendoza, L., Flores, M., Escamilla,

A., Ávila, L. (2019). Atención médica y acciones de autocuidado en personas que viven con diabetes, según nivel socioeconómico. *Salud Publica de México*, 61(6), 876-887. <http://dx.doi.org/10.21149/10546>

Virani, S. S., Alonso, A., Benjamin, E. J., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson,

A. P., Chamberlain, A. M., Chang, A. R., Cheng, S., Delling, F. N., Djousse, L., Elkind, M., Ferguson, J. F., Fornage, M., Khan, S. S., Kissela, B. M., Knutson,

- K. L., Kwan, T. W., Lackland, D. T., Lewis, T. et. al. American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee (2020). Heart Disease and Stroke Statistics-2020 Update: A Report from the American Heart Association. *Circulation*, *141*(9), e139–e596. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000757>
- Wang, D., Hu, B., Hu, C., Zhu, F., Liu, X., Zhang, J., Wang, B., Xiang, H., Cheng, Z., Xiong, Y., Zhao, Y., Li, Y., Wang, X., & Peng, Z. (2020). Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*, *323*(11), 1061–1069. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.1585>
- World Health Organization (2010) A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health. Discussion Paper. *WHO Document Production Services*, Geneva, Switzerland. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf
- World Health Organization (2018). *Global coordination mechanism on the prevention and control of non-communicable diseases: final report*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312273/WHO-NMH-NMA-GCM-18.12-eng.pdf>
- Zheng, Y. Y., Ma, Y. T., Zhang, J. Y., & Xie, X. (2020). COVID-19 and the cardiovascular system. *Nature reviews. Cardiology*, *17*(5), 259–260. <https://doi.org/10.1038/s41569-020-0360-5>

APÉNDICES

Apéndice A

Consentimiento Informado para Personas con ECV

(Fase Cuantitativa)

Título de investigación: Factores Significativos en el Proceso de Autocuidado en el Adulto con Enfermedad Cardiovascular

Investigadores responsables:

Estudiante del Doctorado en Ciencia de Enfermería: ME. Daysi Aranda Sánchez

Director de tesis: Dra. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde

Justificación y objetivos de investigación: El autocuidado en enfermedades cardiovasculares (ECV) es un tema que necesita ser abordado a mayor profundidad a fin de generar propuestas de programas de intervención para los adultos con ECV. El objetivo de este estudio es conocer si las normas sociales masculinas, normas sociales femeninas, las enfermedades asociadas, el cuidado que recibe de otros, la capacidad física y el conocimiento sobre las ECV influyen en el autocuidado de la enfermedad en adultos mayores de 18 años. Por lo que la Maestra Daysi Aranda Sánchez, alumna del Doctorado en ciencias de enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, le hace la cordial invitación a participar en este estudio.

Antes de decidir su participación, usted debe de conocer y comprender cada apartado de este consentimiento. Se le hace saber que usted tiene la libertad de preguntar cualquier situación que contribuya a aclarar sus dudas sobre su participación en la investigación. Una vez que haya comprendido la finalidad del estudio y **si usted desea participar**, se le solicitará que firme el consentimiento informado, del cual se le

entregará una copia firmada y fechada.

Su **participación** consistirá en el llenado de una cédula de datos y cinco cuestionarios autoadministrados en un lapso de aproximadamente 40 minutos. Si las preguntas durante el llenado de cuestionarios le parecen incómodas, tiene el derecho de hacérselo saber al investigador y tomarse el tiempo necesario para continuar. También se le hace saber que **no corre ningún riesgo** debido a que solo llenará cuestionarios a lápiz en papel y que **no recibirá un beneficio** directo por su participación en el estudio.

Se le informa que **su participación es voluntaria** y que puede retirarse cuando usted lo decida, sin que esto represente alguna dificultad en su atención por parte de la institución de salud. Se le asegura que se **respetará su confidencialidad**, la información que proporcione será anónima, su nombre o datos personales no serán identificados, sin embargo, las iniciales de su primer y segundo nombre serán ligadas a un código para el folio de identificación que sólo la investigadora principal tendrá acceso y será confidencial; los datos obtenidos sólo serán utilizados para fines de la investigación. Los resultados de este estudio podrían ser publicados en forma general sin ninguna alusión al participante. Las encuestas serán conservadas por el autor por 12 meses y luego serán descartadas.

He sido informado y todas mis preguntas han sido contestadas, en el caso de tener alguna duda respecto a mi participación puedo comunicarme a la Secretaría de Investigación de la Facultad de Enfermería al teléfono 818348 89 43 o dirigirme a Avenida Gonzalitos 1500 Norte. Colonia. Mitras Centro. C.P. 64460 Monterrey, Nuevo León, México.

Firma del participante

Firma del investigador

Firma del testigo 1

Firma del testigo 2

Fecha. _____

Apéndice B

Consentimiento Informado para Personas con ECV

(Fase Cualitativa)

Título de investigación: Factores Significativos en el Proceso de Autocuidado en el Adulto con Enfermedad Cardiovascular

Investigadores responsables:

Estudiante del Doctorado en Ciencia de Enfermería: ME. Daysi Aranda Sánchez

Director de tesis: Dra. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde

Justificación y objetivos de investigación: El autocuidado en enfermedades cardiovasculares (ECV) es un tema que necesita ser abordado a mayor profundidad a fin de generar propuestas de programas de intervención para los adultos con ECV. El objetivo de este estudio es conocer cómo las normas masculinas, normas femeninas y el cuidado de otros influyen en el autocuidado de la enfermedad en adultos mayores de 18 años. Por lo que la Maestra Daysi Aranda Sánchez, alumna del Doctorado en ciencias de enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León, me hace la cordial invitación a participar en este estudio.

Antes de decidir mi participación, debo conocer y comprender cada apartado de este consentimiento:

Procedimiento: Entiendo que soy participante de un estudio de dos fases; durante la primera fase he participado y ahora nuevamente soy elegida para para la segunda fase, en donde participare de una entrevista que incluye hablar de aspectos personales. También entiendo que esta entrevista será audio grabada por el investigador. Me han informado que para realizar esta

entrevista se me citará en un día y fecha que yo considere adecuado. La entrevista será de aproximadamente de una hora.

Riesgos: Conozco que no existen riesgos relacionados con mi participación en este estudio, sin embargo, la entrevista que me harán puede incluir temas personales que me pueden incomodar o hacer recordar hechos desagradables. Si lo deseo puedo dejar de continuar con la entrevista.

Beneficios: No habrá ninguna retribución económica, ni de otro tipo por mi participación en este estudio.

Confidencialidad: La información que proporcionaré será manejada de forma estrictamente confidencial ya que no se identificarán mis datos personales. No proporcionaré mi nombre, dirección ni teléfono. Sin embargo, mi nombre y apellido será ligado a un código, y sólo la investigadora principal tendrá acceso. Después de que finalice esta segunda fase, la lista con los códigos será destruida. Al finalizar el estudio los datos serán resguardados por 12 meses y luego serán destruidos.

Dudas: He sido informada que esta investigación fue aprobada por la Comisión de Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León y en caso de tener dudas respecto a mi participación puedo comunicarme a la Secretaría de Investigación de la Facultad de Enfermería al teléfono 8348 89 43 o dirigirme a Avenida Gonzalitos 1500 Norte. Colonia. Mitras Centro. C.P. 64460 Monterrey, Nuevo León, México, en el horario de 8 a 17:0 horas.

Consentimiento: Se me ha explicado que tendré oportunidad de hacer preguntas y tener las respuestas a estas satisfactoriamente, además, que recibiré una copia del consentimiento informado con todos los puntos que anteriormente se redactaron. Por

medio del presente documento doy mi autorización para participar en este estudio.

Firma: _____

Nombre y Firma Testigo 1: _____

Relación con el participante: _____

Nombre y firma testigo 2: _____

Relación con el participante: _____

Nombre y firma del investigador: _____

Fecha: _____

Apéndice C

Consentimiento Informado para Hombres y Mujeres Vía Google Forms

(Fase Cuantitativa)

Factores Significativos en el Proceso de Autocuidado (Hombres y Mujeres)

FASE CUANTITATIVA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de investigación: Factores Significativos en el Proceso de Autocuidado en el Adulto con Enfermedad Cardiovascular

Investigadores responsables:
Estudiante del Doctorado en Ciencia de Enfermería: ME. Daysi Aranda Sánchez
Director de tesis: Dra. Juana Mercedes Gutiérrez Valverde

Justificación y objetivos de investigación: El autocuidado en enfermedades cardiovasculares (ECV) es un tema que necesita ser abordado a mayor profundidad a fin de generar propuestas de programas de intervención para los adultos con ECV. El objetivo de este estudio es conocer si las normas sociales masculinas, normas sociales femeninas, las enfermedades asociadas, el cuidado que recibe de otros, la capacidad física y el conocimiento sobre las ECV influyen en el autocuidado de la enfermedad en adultos

Se le informa que su participación es voluntaria y que puede retirarse cualquier momento, sin que esto represente alguna dificultad en su atención por parte de la institución de salud. Se le asegura que se respetará su confidencialidad, la información que proporcione será anónima, su nombre o datos personales no serán identificados. Los datos obtenidos sólo serán utilizados para fines de la investigación. Los resultados de este estudio podrían ser publicados en forma general sin ninguna alusión al participante. Las encuestas serán conservadas por el autor por 12 meses y luego serán descartadas.

He sido informado y todas mis preguntas han sido contestadas, en el caso de tener alguna duda respecto a mi participación puedo comunicarme a la Secretaría de Investigación de la Facultad de Enfermería al teléfono 818348 89 43 o dirigirme a Avenida Gonzalitos 1500 Norte. Colonia. Mitras Centro. C.P. 64460 Monterrey, Nuevo León, México.

***Obligatorio**

Consentimiento de participar en este estudio *

Si acepto

No acepto

Apéndice D

Cédula de Datos Personales y de Comorbilidad

Estimado/a participante a continuación, se presentan una serie de preguntas que incluyen aspectos personales de índole biosocial, por favor conteste lo más honestamente posible. Recuerde no hay respuestas buenas o malas, así también, todas sus respuestas son estrictamente confidenciales. Gracias por participar.

Folio: _____

I. Datos Personales

1. ¿Cuántos años tiene actualmente?: _____ años
2. Sexo (marque con **X**): a. Mujer _____ b. Hombre _____
3. ¿Cuántos años de estudios formales concluidos tiene? _____ años

II. Datos de Comorbilidad

4. De las siguientes enfermedades ¿Cuál de las siguientes enfermedades crónicas tiene usted? Marque con un **X** en **Si** (si usted tiene la enfermedad), en **No** (si usted no tiene la enfermedad) y en **No Sabe**, si aún desconoce tener la enfermedad. Muchas gracias por participar.

Enfermedad	Si	No
Hipertensión	2	1
Diabetes	2	1
Hiperlipidemia	2	1
Obesidad	2	1

Apéndice E

Inventario de Autocuidado en Enfermedad Cardiovascular

A continuación, se presenta preguntas sobre su propio cuidado de la enfermedad. Le pedimos conteste lo más honestamente posible. No hay respuestas correctas o incorrectas. Todas sus respuestas son estrictamente confidenciales. Muchas gracias por participar.

- A.** De las indicaciones más comunes que usted recibe para su enfermedad cardiovascular (cardiaca o hipertensión) ¿Con qué frecuencia hace lo siguiente? (marque con X).

		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre/ diariamente
1.	¿Asiste a las citas con su proveedor de atención médica?	1	2	3	4	5
2.	¿Hace algo para disminuir su estrés (ejemplo: meditación, yoga o escucha música)?	1	2	3	4	5
3.	¿Hace actividad física (caminata ligera o usa las escaleras)?	1	2	3	4	5
4.	¿Toma medicamentos recetados sin dejar de tomar una dosis?	1	2	3	4	5
5.	¿Pide alimentos bajos en grasas cuando visita a otros, o come fuera de casa?	1	2	3	4	5
6.	¿Trata de evitar enfermarse (ejemplo: ¿colocándose vacuna antigripal, lavándose las manos)?	1	2	3	4	5
7.	¿Come frutas y vegetales?	1	2	3	4	5
8.	¿Evita los cigarrillos y/o los fumadores?	1	2	3	4	5

- B.** A continuación, se enumeran aspectos más comunes que las personas con enfermedad cardiovascular (cardiaca o hipertensión) controlan o monitorean. ¿Con qué frecuencia hace lo siguiente? (marque con X).

		Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre/ diariamente
9.	¿Monitorea su condición?	1	2	3	4	5
10.	¿Pone atención a los cambios de cómo se siente?	1	2	3	4	5
11.	¿Revisa su presión arterial?	1	2	3	4	5
12.	¿Vigila si se cansa más de lo habitual realizando actividades normales?	1	2	3	4	5
13.	¿Vigila los efectos secundarios de la medicación?	1	2	3	4	5
14.	¿Vigila los síntomas?	1	2	3	4	5
15.	¿Controla su peso?	1	2	3	4	5

C. A continuación, se enumeran acciones o conductas que las personas con enfermedad cardiovascular (cardíaca o hipertensión) realizan. Si usted tiene un síntoma, ¿qué probabilidad hay que haga una de estas acciones? (marque con X).

		No es probable	Casi nada probable	Algo probable	Probable	Muy probable
16.	Cambiar el nivel de actividad física (reducir velocidad, descansar)	1	2	3	4	5
17.	Tomar un medicamento para que el síntoma disminuya o desaparezca	1	2	3	4	5
18.	Llamar a su proveedor médico para obtener orientación	1	2	3	4	5
19.	Informar a su proveedor médico sobre el síntoma en la próxima visita al consultorio	1	2	3	4	5

20. Piense en un tratamiento que usó la última vez que tuvo un síntoma de enfermedad cardiovascular (cardíaca o hipertensión) ¿El tratamiento que usó le hizo sentirse mejor?

(marque con X).

No hice nada	No estoy seguro	Casi nada seguro	Algo seguro	Muy seguro
1	2	3	4	5

Otras Preguntas:

Si usted tiene hipertensión (presión arterial alta) ¿Qué probabilidad hay que realice lo siguiente: (marque con X)

	No es probable	Casi nada probable	Algo probable	Probable	Muy probable
21. Reducir la sal en sus comidas	1	2	3	4	5
22. Tomar un medicamento para la presión alta	1	2	3	4	5

23. Muchas personas con hipertensión (presión arterial alta) tienen síntomas de dolor de cabeza, edema en las piernas y/o pies, confusión, visión borrosa y zumbido en oídos (tinnitus). La última vez que tuvo un síntoma ¿Cuán rápido reconoció que fue un síntoma de presión arterial alta? (marque con X).

No he tenido síntomas	No rápidamente	Algo rápido	Rápido	Muy rápidamente
1	2	3	4	5

24. ¿Conque frecuencia toma medicamento para la presión arterial?

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre/ diariamente
1	2	3	4	5

25. Si usted tiene enfermedad cardiaca ¿Con qué frecuencia toma aspirina u otro anticoagulante?

Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre/ diariamente
1	2	3	4	5

26. Si usted tiene un síntoma cardiaco ¿qué probabilidad hay que usted tome una aspirina? (marque con X).

No es probable	Casi nada probable	Algo probable	Probable	Muy probable
1	2	3	4	5

27. Muchas personas con enfermedad cardiaca tienen síntomas de dolor en el pecho, presión en el pecho, ardor, pesadez, falta de aire y fatiga. La última vez que tuvo un síntoma ¿Cuán rápido reconoció que fue un síntoma cardiaco? (Marque con X).

No he tenido síntomas	No rápidamente	Algo rápido	Rápido	Muy rápidamente
1	2	3	4	5

Apéndice F

Inventario de Conformidad de Normas Masculinas (CMNI-22)

(Mendoza et al., 2017)

Piense en sus propias acciones, sentimientos y creencias e indique si usted está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación, rodeando con un círculo 0-TDES para “Totalmente desacuerdo”, 1-DES para “desacuerdo”, 2-DA “De acuerdo”, 3-TDA “totalmente de acuerdo”. Recuerde no hay respuestas correctas o incorrectas. Gracias por su participación.

1.	Su trabajo es la parte más importante en su vida	TDES	DES	DA	TDA
2.	Usted se asegura que las personas hagan lo que usted dice	0	1	2	3
3.	A usted le gustan las situaciones de riesgo*	0	1	2	3
4.	Sería terrible si alguien piensa que usted es gay	0	1	2	3
5.	Usted cree que los hombres están a cargo de las mujeres	0	1	2	3
6.	Usted habla de sus sentimientos	0	1	2	3
7.	Usted se sentiría bien si tuviera diferentes parejas sexuales	0	1	2	3
8.	Es importante que la gente piense que usted es hombre	0	1	2	3
9.	Usted cree que la violencia está justificada *	0	1	2	3
10.	Usted suele compartir sus sentimientos	0	1	2	3
11.	En cualquier situación, usted debería ser el responsable	0	1	2	3
12.	A usted le gustaría ser una persona importante *	0	1	2	3
13.	A veces la violencia es necesaria	0	1	2	3
14.	A usted le gusta darle toda su atención al trabajo *	0	1	2	3
15.	En ocasiones perder le molesta*	0	1	2	3
16.	Le gustaría cambiar con frecuencia las parejas sexuales	0	1	2	3

17.	Usted hace cosas para ser una persona importante *	0	1	2	3
18.	Usted suele pedir ayuda *	0	1	2	3
19.	A usted le gusta tomar riesgos	0	1	2	3
20.	Los hombres y mujeres deben respetarse como iguales	0	1	2	3
21.	Ganar es lo mejor	0	1	2	3
22.	A usted le molesta cuando tiene que pedir ayuda	0	1	2	3

Apéndice G

Inventario de Normas de Conformidad Femeninas (CFNI -23)

(García et al., 2017)

Piense en sus propias acciones, sentimientos y creencias e indique el grado en que usted está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación, rodeando con un círculo 0-TD (totalmente en desacuerdo), 1-D (en desacuerdo), 2-A (de acuerdo) o 3-TA (totalmente de acuerdo). Recuerde no hay respuestas buenas o malas. Gracias por su participación.

		TD	D	A	TA
1.	Sería más feliz si fuese más delgada.				
2.	Cuento a todo el mundo mis logros.	1	2	3	4
3.	Limpio mi casa regularmente.	1	2	3	4
4.	Los niños me parecen molestos	1	2	3	4
5.	Cuando tengo éxito se lo cuento a mis amigos	1	2	3	4
6.	Tener una relación estable es esencial en mi vida	1	2	3	4
7.	Me maquillo regularmente.	1	2	3	4
8.	No me esfuerzo en mantener el contacto con mis amigos.	1	2	3	4
9.	La mayoría de la gente disfruta de los niños mucho más que yo.	1	2	3	4
10.	Me gustaría perder unos kilos.	1	2	3	4
11.	Estoy lista por la mañana sin tener que mirarme mucho en el espejo.	1	2	3	4
12.	Me sentiría sobrecargada si tuviera que mantener muchas amistades a la vez	1	2	3	4
13.	Intento quedar con mis amigos regularmente.	1	2	3	4
14.	No me importa si mi hogar esta desordenado.	1	2	3	4
15.	Nunca me maquillo.	1	2	3	4
16.	No tengo problemas en contar mis logros a los demás.	1	2	3	4
17.	Siempre estoy intentando perder de peso.	1	2	3	4

18.	Solamente tendría sexo con la persona que amo	1	2	3	4
19.	Cuando tengo una relación estable me encanta concentrar mis energías en la relación.	1	2	3	4
20.	No tiene sentido limpiar porque las cosas se ensuciarán de nuevo	1	2	3	4
21.	De manera activa evito a los niños.	1	2	3	4
22.	Me gusta estar rodeada de niños.	1	2	3	4
23.	Tener una relación estable es importante	1	2	3	4

Apéndice H

Índice de Estado de Actividad Duke

(Sánchez et al., 2018)

Piense en las actividades diarias que hizo en las dos últimas semanas e indique el grado de dificultad con que realizó la actividad marcando con **X** su respuesta. Se asigna el puntaje (demanda metabólica) solo si hace la actividad sin dificultad

		Lo hizo, sin dificultad	Lo hizo, con dificultad	No lo hizo por problemas cardiovascular	No lo hizo por otra razón
1.	¿Se defiende solo (comer, vestirse, bañarse o usar el baño)?	1	0	0	0
2.	¿Puede caminar dentro de su casa?	1	0	0	0
3.	¿Puede caminar una o dos cuadras en plano?	1	0	0	0
4.	¿Puede subir unas escalas o una loma?	1	0	0	0
5.	¿Puede correr una distancia corta?	1	0	0	0
6.	¿Puede hacer labores domésticas sencillas, como sacudir o lavar los trastes?	1	0	0	0
7.	¿Puede hacer labores domésticas más complejas, como aspirar, barrer o cargar la despensa?	1	0	0	0
8.	¿Puede hacer labores domésticas pesadas como trapear pisos o levantar y mover muebles pesados?	1	0	0	0
9.	¿Puede hacer labores en el jardín como barrer hojas, sacar maleza o cortar el césped?	1	0	0	0
10.	¿Puede tener relaciones sexuales?	1	0	0	0
11.	¿Puede participar en actividades recreativas como: ¿caminar rápido, montar bicicleta despacio o jugar tenis?	1	0	0	0
12.	¿Puede participar en deportes fatigantes como: nadar, jugar baloncesto, jugar fútbol, ¿correr o montar rápido en bicicleta?	1	0	0	0

Apéndice I

Escala de Conocimiento sobre Enfermedades Cardiovasculares

(Koochi & Khalili, 2020)

A continuación, se presenta una serie de enunciados sobre las enfermedades cardiovasculares, sus factores de riesgo, síntomas y prevención. Por favor marque con un **X** en 2-V si el enunciado es “verdadero”, en 0-F si es “falso” o 1-NS si “no sabe”.

Recuerde no hay respuesta correcta o incorrecta. Gracias por su participación.

	V	NS	F
1. Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en México.	2	1	1
2. La actividad física puede prevenir las enfermedades cardiovasculares.	2	1	1
3. El consumo diario de frutas y verduras tiene efecto beneficioso en la salud cardiovascular.	2	1	1
4. Los antecedentes de enfermedad cardiovascular en la familia (padre, madre, hermana o hermano) pueden aumentar el riesgo de enfermedad cardiovascular.	2	1	1
5. Hay un alto riesgo de enfermedad cardiovascular en personas quienes están con sobrepeso y obesidad.	2	1	1
6. Usar tabaco (cigarrillos) puede incrementar el riesgo de enfermedad cardiovascular.	2	1	1
7. El consumo de alimentos salados y enlatados aumenta el riesgo de presión arterial alta.	2	1	1
8. Controlar la glucosa en sangre y la prevención de la diabetes pueden resultar una reducción del riesgo de complicaciones cardiovasculares.	2	1	1
9. Controlar la presión sanguínea alta es vital para prevenir infarto al miocardio.	2	1	1
10. La sensación de dolor, presión o ardor en el pecho puede ser síntoma de un infarto.	2	1	1

11. La sensación de dolor o malestar repentino en la mandíbula, el cuello, entre las dos escápulas, los hombros o los brazos y la zona del estómago puede ser síntoma de un infarto.	2	1	1
12. El entumecimiento o debilidad repentina de los músculos de la cara, los brazos o las piernas pueden ser signos de un accidente cerebrovascular.	2	1	1

Apéndice J

Cuestionario del estudio – Hombres Vía Google Forms

(Fase Cuantitativa)

CEDULA DE DATOS PERSONALES Y SOCIOCULTURALES
 Estimado/a participante a continuación, se presentan una serie de preguntas que incluyen aspectos personales. Por favor conteste lo más honestamente posible. Recuerde no hay respuestas buenas o malas, así también, todas sus respuestas son estrictamente confidenciales. Gracias por participar.

I. Datos Personales

Edad

Tu respuesta _____

Sexo

Hombre

Actividades de Autocuidado en Enfermedad Cardiovascular

A continuación, se presenta preguntas sobre su propio cuidado de su enfermedad. Le pedimos conteste lo más honestamente posible. No hay respuestas correctas o incorrectas, así también, todas sus respuestas son estrictamente confidenciales. Muchas gracias por participar.

Sección A
 De las indicaciones más comunes que se dan a las personas con enfermedad cardíaca o hipertensión
 ¿Con qué frecuencia hace lo siguiente? Marque por favor.

	Nunca / raramente	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre / diariamente
¿Asiste a las citas con su proveedor de atención médica?	<input type="checkbox"/>				

Inventario de Conformidad de Normas Masculinas (CMNI) -22

Piense en sus propias acciones, sentimientos y creencias e indique si usted está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación. Marque por favor.

	Totalmente desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Su trabajo es la parte más importante en su vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usted se asegura que las personas hagan lo que usted dice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A usted le gustan las	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Índice de Estado de Actividades Diarias

Piense en las actividades diarias que hizo en las dos últimas semanas e indique el grado de dificultad con que realizó la actividad. Marque por favor.

	Lo hizo, sin dificultad	Lo hizo, pero con dificultad	No lo hizo por problemas de salud cardiovascular.	No lo hizo por cualquier otra razón.
¿Se defiende solo (comer, vestirse, bañarse o usar el baño)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede caminar dentro de su casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Conocimiento Sobre Enfermedades Cardiovasculares

A continuación, se presenta una serie de enunciados sobre las enfermedades cardiovasculares, sus factores de riesgo, síntomas y prevención. Por favor marque.

	Verdadero	Falso	No sabe
Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en México.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La actividad física puede prevenir las enfermedades cardiovasculares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El consumo diario de frutas y verduras			

Apéndice K

Cuestionario del estudio – Mujeres Vía Google Forms

CEDULA DE DATOS PERSONALES Y DE COMORBILIDAD
 Estimado/a participante a continuación, se presentan una serie de preguntas que incluyen aspectos personales. Por favor conteste lo más honestamente posible. Recuerde no hay respuestas buenas o malas, así también, todas sus respuestas son estrictamente confidenciales. Gracias por participar.

I. Datos Personales

Edad

Tu respuesta _____

Sexo

Hombre

Actividades de Autocuidado en Enfermedad Cardiovascular

A continuación, se presenta preguntas sobre su propio cuidado de su enfermedad. Le pedimos conteste lo más honestamente posible. No hay respuestas correctas o incorrectas, así también, todas sus respuestas son estrictamente confidenciales. Muchas gracias por participar.

Sección A
 De las indicaciones más comunes que se dan a las personas con enfermedad cardíaca o hipertensión
 ¿Con qué frecuencia hace lo siguiente? Marque por favor.

	Nunca / raramente	Casi nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre / diariamente
¿Asiste a las citas con su proveedor de atención médica?	<input type="checkbox"/>				

Inventario de Normas de Conformidad Femeninas (CFNI-23)

Piense en sus propias acciones, sentimientos y creencias e indique el grado en que usted está de acuerdo o en desacuerdo con cada afirmación. Marque por favor.

	Totalmente desacuerdo	Desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
Sería más feliz si fuese más delgada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuento a todo el mundo mis logros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limpio mi casa regularmente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Los niños me	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Índice de Estado de Actividades Diarias

Piense en las actividades diarias que hizo en las dos últimas semanas e indique el grado de dificultad con que realizó la actividad. Marque por favor.

	Lo hizo, sin dificultad	Lo hizo, pero con dificultad	No lo hizo por problemas de salud cardiovascular.	No lo hizo por cualquier otra razón.
¿Se defiende solo (comer, vestirse, bañarse o usar el baño)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede caminar dentro de su casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede caminar una o dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Conocimiento Sobre Enfermedades Cardiovasculares

A continuación, se presenta una serie de enunciados sobre las enfermedades cardiovasculares, sus factores de riesgo, síntomas y prevención. Por favor marque.

	Verdadero	Falso	No sabe
Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en México.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La actividad física puede prevenir las enfermedades cardiovasculares.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El consumo diario de frutas y verduras tiene efecto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Apéndice L**Inventario de Autocuidado de Enfermedades Coronarias (SC-CHDI v3)****(Versión Mexicana)**

Para mayor información ver en: <https://self-care-measures.com/project/patient-version-scchdi-spanish-3-2-2-2-2/>

Apéndice M

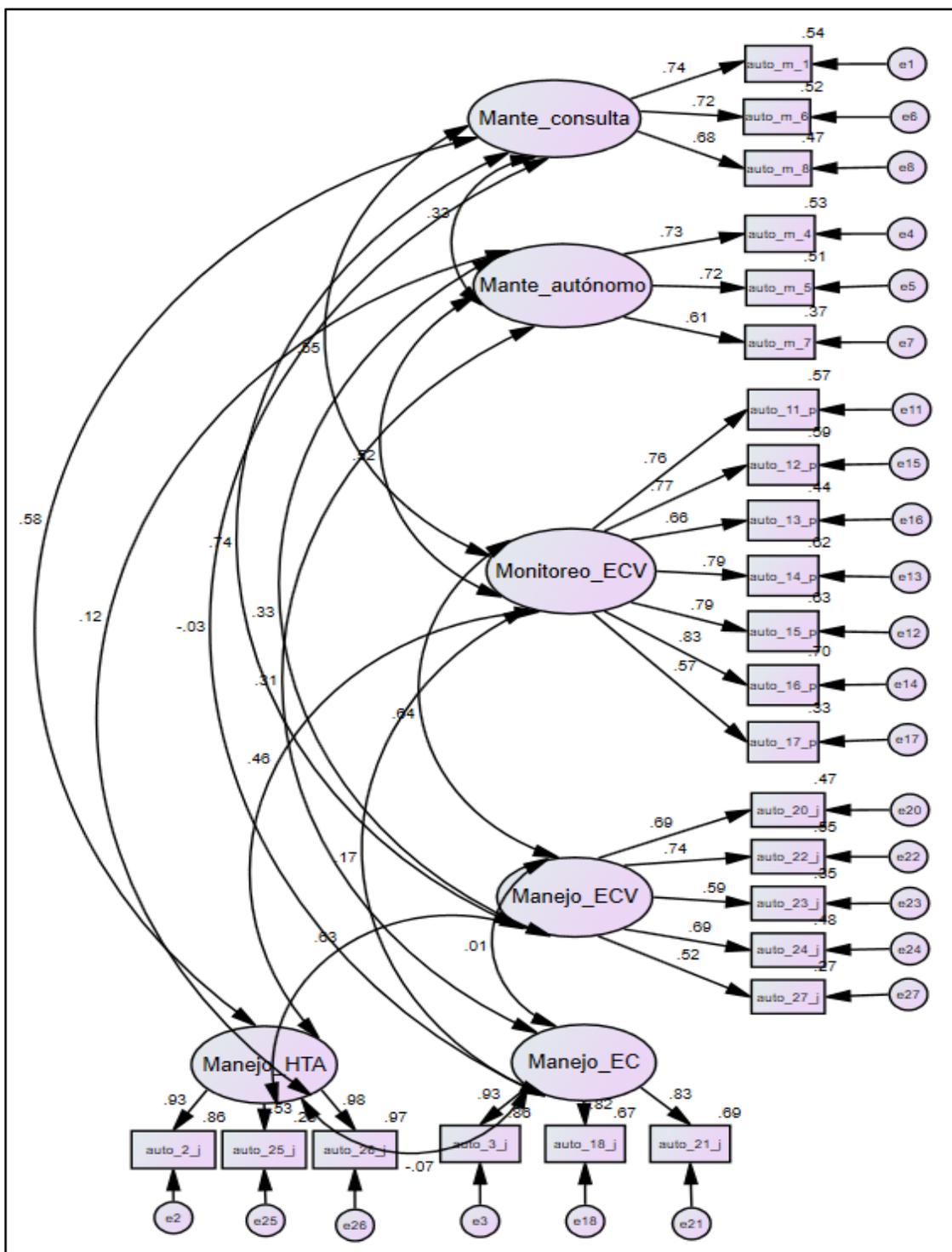
Inventario de Autocuidado de Presión Arterial Alta (SC-CH V3)

(Versión Mexicana)

Para mayor información ver en: <https://self-care-measures.com/project/patient-version-sc-hi-v3-spanish/>

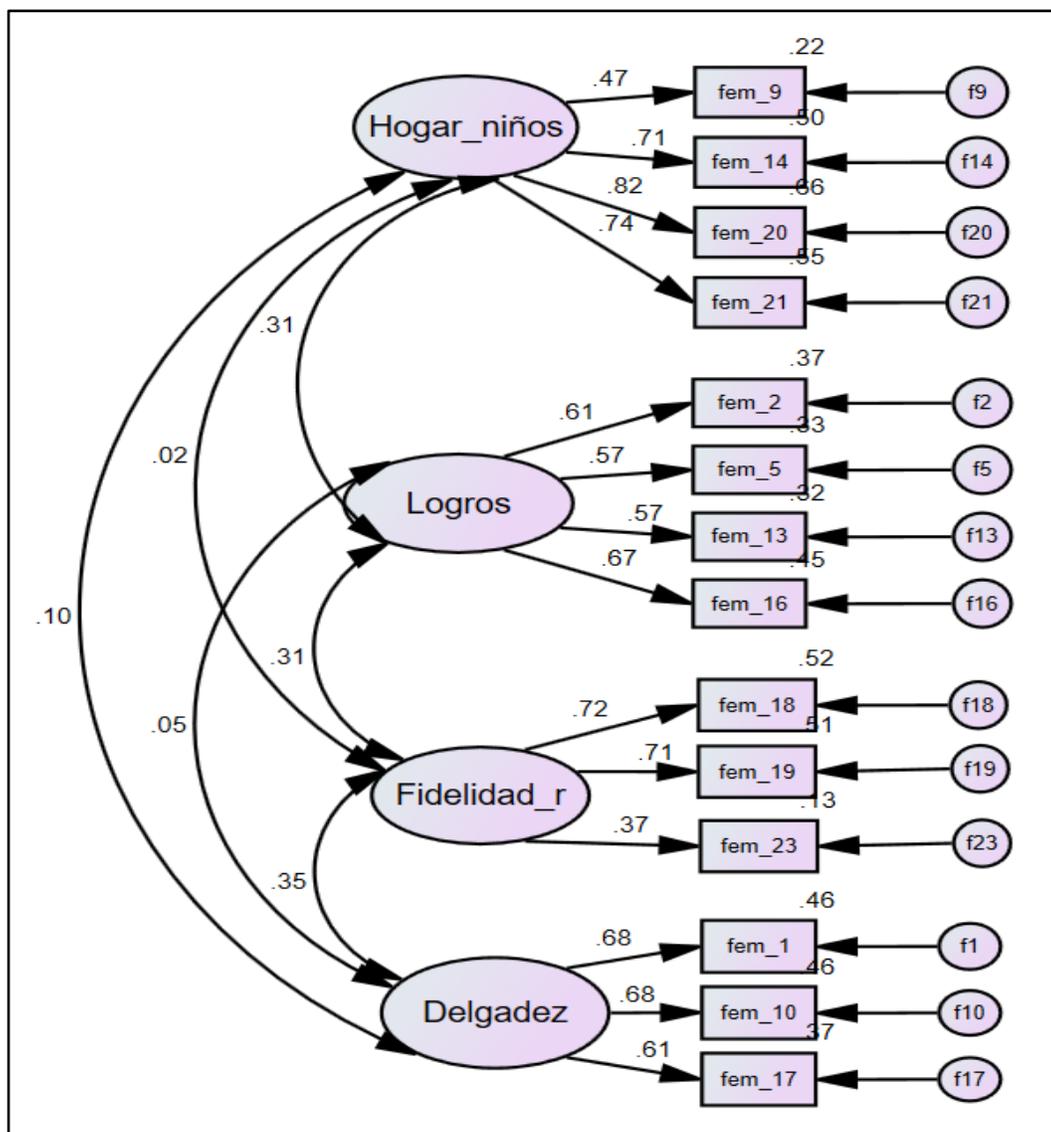
Apéndice N

Modelo del Inventario de Autocuidado en Enfermedades Cardiovasculares



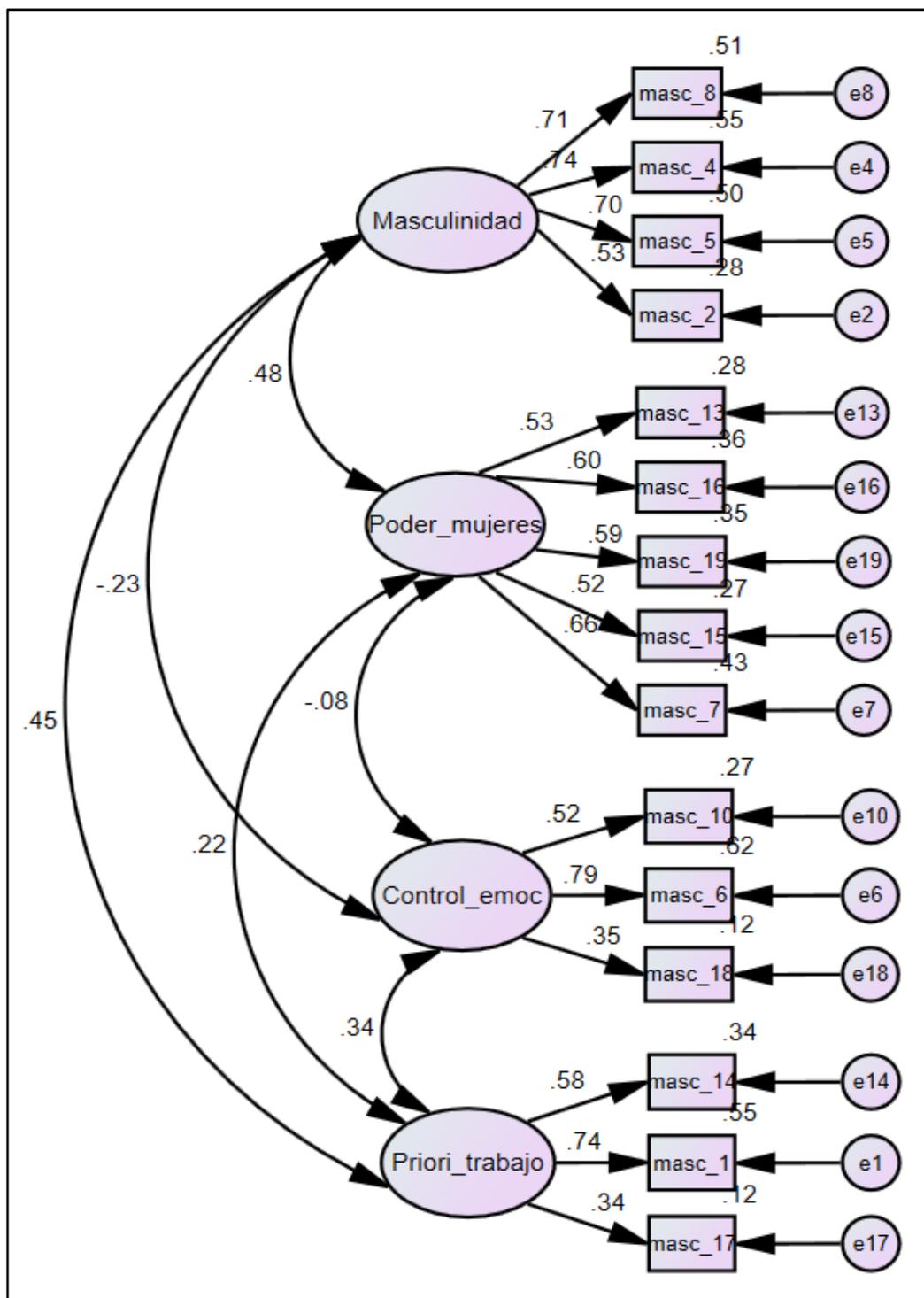
Apéndice Ñ

Modelo del Inventario de Conformidad de Normas Femeninas



Apéndice O

Modelo del Inventario de Conformidad de Normas Masculinas



Apéndice P

Instrumento de Análisis del Discurso 1 (IAD1)

N° de participante	Expresión clave (EC)	Idea central (IC)
<p style="text-align: center;">1</p> <p>Diagnóstico médico: HTA, DM2 Edad: 56 años Vive con esposo y un hijo mayor de edad.</p>	<p><i>Parece que las tareas de la casa influyen en mi presión, mi médico me dice que ha empeorado mi presión. Nosotros como mujeres nos estresamos más que los hombres porque no paramos, hacemos demasiado las mujeres, siempre estamos activas, y a veces tengo ansiedad, y ahí como demasiado y subo de peso, ahora estoy con sobrepeso.</i></p>	<p>IC: Estrés por las tareas en el hogar. IC: Ansiedad por las tareas de hogar.</p>
<p style="text-align: center;">2</p> <p>Diagnóstico médico: HTA Edad: 48 años Vive con esposo, un hijo y su papá</p>	<p><i>Las tareas de la casa si me afecta, siempre quiero ir al hospital para que me vea el doctor, no tengo tiempo para mí, voy al súper, voy a hacer pagos, voy a la clínica por mi papá, y todo el tiempo me la paso siempre haciendo cosas y eso afecta en mi salud y decae mi ánimo.</i></p>	<p>IC: Falta de tiempo por las tareas en el hogar.</p>
<p style="text-align: center;">3</p> <p>Diagnóstico médico: HTA Edad: 54 años</p>	<p><i>Pues si me afecta los quehaceres del hogar, la verdad es que no tengo tiempo para hacer ejercicios que yo sé es bueno para mi salud y no puedo hacerlo y bueno ahí me doy cuenta</i></p>	<p>IC: Falta de tiempo por tareas del hogar</p>

<p>Vive con esposo y una hija mayor que estudia.</p>	<p><i>de que si las tareas del hogar todo el día pues me afectan mi salud.</i></p>	
<p>4</p> <p>Diagnóstico médico: Infarto agudo de miocardio (IAM), HTA.</p> <p>Edad: 63 años</p> <p>Vive con esposo, dos hijos y un nieto adolescente.</p>	<p><i>Siempre en mi casa me están criticando porque hago mucho y estoy muy atareada. Trato de asistir a mis controles cada mes al hospital, solamente, que el detalle es la ansiedad porque siempre estoy comiendo demasiado y no tengo tiempo para hacer ejercicios, ahora estoy pesando 87 kg.</i></p>	<p>IC: Ansiedad por las tareas de hogar.</p>
<p>5</p> <p>Diagnóstico médico: HTA</p> <p>Edad: 44 años</p> <p>Vive con esposo, mamá y dos hijas adolescentes.</p>	<p><i>Yo creo que por la pandemia he tenido más estrés, me sentí más preocupaba por la limpieza y la comida. Llevo a la consulta de mi mamá, eso me sigue afectando en cómo controlar mi enfermedad por los tiempos, es que ando muy acelerada tengo que hacer muchas cosas.</i></p>	<p>IC: Estrés por las tareas en el hogar.</p> <p>IC: Cuidado de un familiar enfermo</p>
<p>6</p> <p>Diagnóstico médico: HTA</p>	<p><i>Pues creo si afecta las tareas de la casa, tengo mucho estrés y tengo mucha preocupación en la casa, por mis hijos con</i></p>	<p>IC: Estrés por las tareas en el hogar.</p>

<p>Edad: 49 años</p> <p>Vive con esposo, una hija y dos nietos.</p>	<p><i>muchos problemas y eso hace que pues deje mis consultas y no puede avanzar en mi salud.</i></p> <p><i>Bueno tengo muchas cosas que hacer tengo que preparar la comida preparar el baño de mis nietos, mi hija trabaja, ayudar a mi familia pues es lo más importante.</i></p>	
<p>7</p> <p>Diagnóstico médico: HTA, IMA</p> <p>Edad: 61 años</p> <p>Vive con esposo y dos hijos mayores.</p>	<p><i>Sí reconozco que las tareas del hogar me afectan porque hay veces por andar haciendo muchas cosas uno se descuida de sí misma, por ejemplo: si me duele algo pues me tomo una pastilla rápido para que se me pase porque yo tengo que hacer todas las cosas de la casa. No tengo tiempo para ir a consultas ni para ir al médico, sé que estoy haciendo mal porque debo ir al médico, pero como a veces tengo muchos quehaceres muchas vueltas. Mi papá está enfermo en casa, también tiene problemas de riñón y tengo que atenderlo. Sé que es prioridad la salud, pero tengo que hacer muchas cosas también.</i></p>	<p>IC: Tareas del hogar y automedicación</p> <p>IC: Falta de tiempo por las tareas del hogar</p> <p>IC: Cuidado de un familiar enfermo</p>
<p>8</p> <p>Diagnóstico médico: HTA,</p>	<p>Si me afecta las tareas del hogar, pues ando corre y corre en los quehaceres, en atender a mi mamá que está enferma, a mis</p>	<p>IC: Cuidar a un familiar</p>

<p>Edad: 56 años</p> <p>Vive con esposo, mamá y dos hijos mayores de edad</p>	<p>hijos, y pues creo como ando cansada, mucho que hacer hace me olvide tomar mi medicamento.</p>	<p>enfermo</p>
<p>9</p> <p>Diagnóstico médico: HTA</p> <p>Edad: 53 años, Vive con mamá y un hijo mayor de edad.</p>	<p><i>Si me afecta las tareas del hogar, es que mi mamá lleva mucho tiempo en la cama ya tiene 10 años postrada inmovilizada y uno tiene que atenderle, eso es un gran trabajo que tengo que hacer y ya no tengo tiempo para cuidar mucho mi salud.</i></p>	<p>IC: Cuidar de un familiar enfermo</p>
<p>10</p> <p>Diagnóstico médico: HTA y DM2.</p> <p>Edad: 60 años</p> <p>Vive con esposo, una hija y una nieta de 7 años.</p>	<p><i>Mire desde muy temprano estoy preparando las cosas en la casa, siento que es mi responsabilidad, para mí es muy importante que cuando acabas de hacer algo dejes las cosas limpias y todo eso, no puedo sentarse si las cosas todavía no están limpias, cuando veo que ya todo está limpio y que mi hija tiene todo limpio entonces yo ya me puedo tomar el rato para mí y descansar. Pero si se tiene un agotamiento, que a veces me duermo sin tomar mis medicinas.</i></p>	<p>IC: Agotamiento por tareas del hogar.</p>

Resumen Autobiográfico

MCE. Daysi Amparo Aranda Sánchez

Candidato para obtener el grado de Doctor en Ciencias de Enfermería

Tesis: FACTORES SIGNIFICATIVOS EN LAS ACCIONES DE AUTOCUIDADO EN ADULTOS MEXICANOS CON ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR: ABORDAJE MIXTO

LGAC: Cuidado a la Salud en Riesgos de Desarrollar Estados Crónicos y en Grupos Vulnerables

Biografía: Daysi Amparo Aranda Sánchez, nacida en la ciudad de Trujillo, Perú, el día 30 de octubre de 1975 hija de Abelardo Aranda Mendoza y Nimia Lucila Sánchez Quispe. Esposa de José Antonio Palacios Malqui y madre de Matthew Joseph Palacios Aranda

Educación: Egresada de la Escuela de enfermería de la Universidad Nacional de Trujillo como licenciada en el 2004 y de la Facultad de enfermería de la Universidad de Concepción, Chile, como Maestra en enfermería en el 2011.

Becaria del Concejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONCYT) para realizar estudios de doctorado en ciencias de enfermería en la Universidad Autónoma de Nuevo León en el periodo 2019 – 2022.

Experiencia profesional: Enfermera asistencial en el hospital regional de Trujillo, Perú. (2004 – 2005) Enfermera en emergencias de la clínica Good Hope, Perú (2006 – 2008). Docente Universitaria a tiempo parcial en la Universidad Peruana Unión, Perú (2006 – 2018), (2012 – 2015). Docente Universitaria a tiempo completo en la Universidad Adventista de Chile (2008 – 2012).

Miembro de Sigma Teta Tau International. Honor Society of Nursing

Correo: daysinurse@gmail.com