

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION



**ESTILO DE VIDA EN EL PACIENTE
CON HIPERTENSION ARTERIAL**

Por

GRACIELA ARRIOJA MORALES

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

FEBRERO, 2001

ESTILO DE VIDA EN EL PACIENTE
ENFERMO

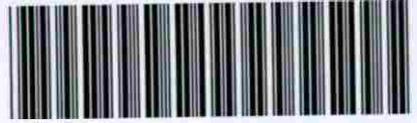
COMUNICACIÓN
HIPERTENSION ARTERIAL
FEBRERO, 2001

RC685
A7
2001
c.1

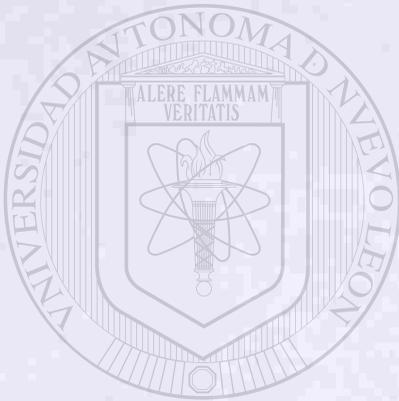
ESTILO DE VIDA EN EL PACIENTE
ENFERMO

COMUNICACIÓN
HIPERTENSION ARTERIAL
FEBRERO, 2001

RC685
A7
2001
c.1



1080091870



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

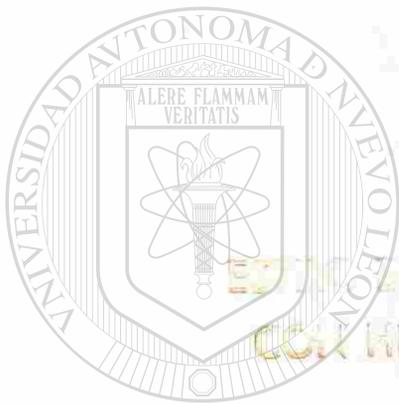
®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE ENFERMERIA

DIVISION DE DOCENCIA E INVESTIGACION



EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA
CON HIPERTENSION ARTERIAL

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

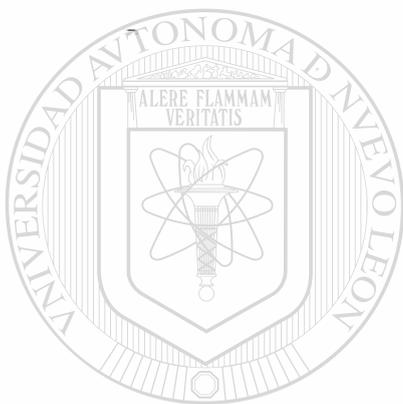
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

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

FEBRERO 2011



TM
RC685
.H8
A7
2001



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

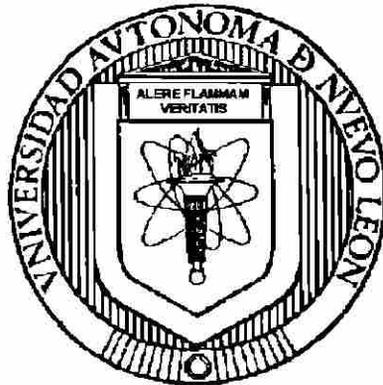
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD ENFERMERIA

DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION



ESTILO DE VIDA EN EL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Por
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

®

GRACIELA ARRIJOA MORALES

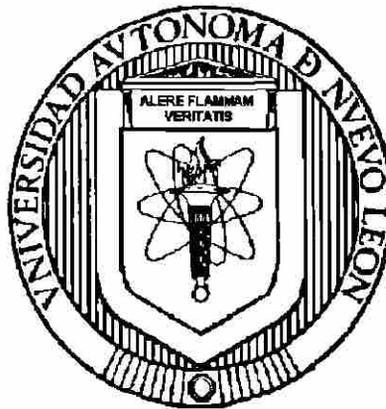
**Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA Con Enfasis en
Salud Comunitaria**

Febrero, 2001

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD ENFERMERIA

DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION



ESTILO DE VIDA EN EL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

Por

GRACIELA ARRIOJA MORALES

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

®

Director de Tesis

M.S.P. MAGDALENA ALONSO CASTILLO

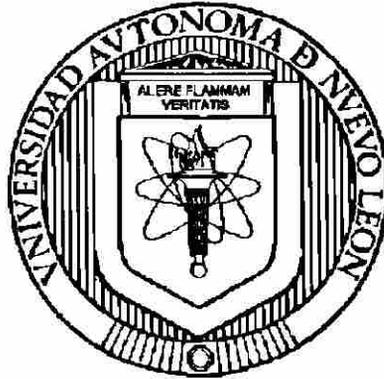
**Como requisito parcial para obtener el Grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA Con Enfoque en
Salud Comunitaria**

Febrero, 2001

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD ENFERMERIA

DIVISION DE POSGRADO E INVESTIGACION



ESTILO DE VIDA EN EL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Por

GRACIELA ARRIJOA MORALES

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Asesor Estadístico

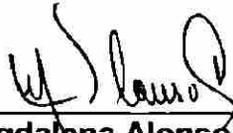
MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA Ph D

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

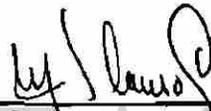
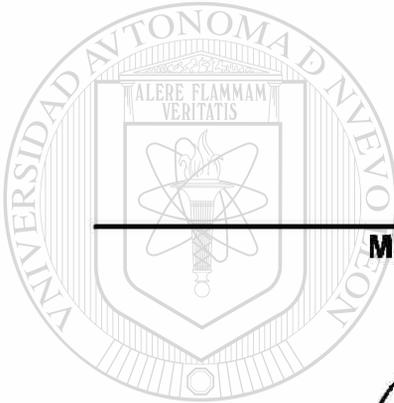
Febrero, 2001

**ESTILO DE VIDA EN EL PACIENTE CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

Aprobación de Tesis



**M.S.P. Magdalena Alonso Castillo
Director de Tesis**



**M.S.P. Magdalena Alonso Castillo
Presidente**



**M.S.F. Lucio Rodríguez Aguilar
Secretario**

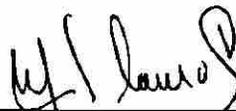
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

®



**Marco Vinicio Gómez Meza Ph D
Vocal**



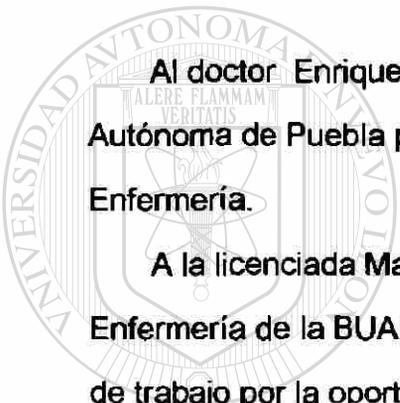
**M.S.P. Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación**

AGRADECIMIENTOS

Te exaltaré, mi Dios, mi Rey, y bendeciré tu nombre eternamente y para siempre. Cada día te bendeciré y alabare tu nombre eternamente; porque formidables y maravillosas son tus obras; Estoy maravillada y mi alma lo sabe muy bien. Gracias a Dios y Padre de mi Señor Jesucristo que me bendijo con toda bendición espiritual en los lugares celestiales en Cristo.

Salmos 139: 14; 145: 1-2; Efesios 1:3

Mi profunda gratitud a mi amada familia que tanto aprecio y que fue mi inspiración.



Al doctor Enrique Doguer Guerrero, rector de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla por su amplio y comprometido apoyo a la Facultad de Enfermería.

A la licenciada Margarita Campos Vázquez, directora de la Facultad de Enfermería de la BUAP y a cada uno de los integrantes de su valioso equipo de trabajo por la oportunidad permitida para iniciar y concluir esta meta.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

A la Maestra María Guadalupe Martínez de Dávila, directora de la [®] Facultad de Enfermería de la UANL por su gentileza mostrada en mi trayecto académico en esta gloriosa institución.

A toda la comunidad de la Facultad de Enfermería de la UANL que con su cordialidad se hizo el camino transitable al logro de mi meta.

Expreso mi más sincera gratitud a la M.S.P. Magdalena Alonso Castillo por su valiosa dirección y asesoría en mi tesis. Así como al M.S.P Lucio Rodríguez Aguilar y al Ph D Marco Vinicio Gómez Meza por formar parte del Comité de Tesis, por sus invaluable aportaciones e interés, en la revisión del presente trabajo.

Mi amplio y profundo reconocimiento a los maestros: Lucio Rodríguez Aguilar, Francisco Rocha, Velia M. Cárdenas V., Santiago Esparza A. Y a los doctores Marco Vinicio Gómez Meza, Esther Gallegos C., Bertha C. Salazar, que con sus conocimientos y expertes contribuyeron a enriquecer la presente Investigación.

Mi gratitud y respeto a los directivos de las unidades médica que dieron las facilidades para la realización del presente trabajo: Clínica de los Servicios Médicos para los Trabajadores de la Universidad Autónoma de Nuevo León y a la Unidad Médico familiar número 19 del Instituto Mexico del seguro Social.

Agradecimientos a la Subsecretaría de Educación Superior e Investigación Científica, SESIC por impulsar la superación académica de los profesores universitarios.



UANL
DEDICATORIA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

A los profesionales de las ciencias de la salud y muy especialmente a la comunidad de la profesión de enfermería en formación y en ejercicio, con el propósito que sea de utilidad.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

TABLA DE CONTENIDO

Capítulo I	Página
1. Introducción.	1
1.1 Planteamiento del problema.	3
1.2 Propósito.	5
1.3 Importancia del Estudio.	5
1.4 Limitación de Estudio.	5
1.5 Marco Teórico.	6
1.5.1 Modelo de Promoción de la Salud.	6
1.5.2 Ubicación del Problema de Investigación en la Teoría.	9
1.5.3 Estructura Conceptual Teórico Empírica	9
1.6 Definición de términos.	9
1.7 Estudios Relacionados.	13
1.7.1 Factores personales	13
1.7.2 Autoeficacia	14
1.7.3 Apoyo Social	15
1.8 Hipótesis.	16

Capítulo II

2. Metodología.	17
2.1 Diseño de Estudio.	17
2.2 Muestra y Muestreo.	17
2.3 Criterios de Inclusión.	17
2.4 Material.	18
2.4.1 Cuestionario de Factores Personales del Paciente con Hipertensión Arterial (CFPHTA)	18
2.4.2 Cuestionario de Percepción del Estado de Salud (MOS) de Stewart y Ware (1988). Forma Abreviada del Cuestionario de Salud.	18
2.4.3 Cédula autoeficacia en el Paciente con Hipertensión Arterial (CAPHTA)	20
2.4.4 Cédula de Apoyo Social en el Paciente con Hipertensión Arterial de Norbek (NSSQ)	21
2.4.5 El Instrumento del Perfil de Estilos de Vida Adaptado al Paciente con Hipertensión Arterial, de Pender (1987) (PEVPHTA)	22
2.5 Procedimiento.	23

2.6	Ética del Estudio.	25
2.7	Estrategias de Análisis.	25

Capítulo III

3.	Resultados.	27
3.1	Confiabilidad de los Instrumentos.	27
3.2	Datos Descriptivos de Factores Personales Biológicos, Socioculturales y Relacionados con Enfermedad.	29
3.3	Índices y Prueba de Kolmogorov-Smirnov de los Instrumentos.	31
3.4	Correlación de Spearman de las Variables de Estudio.	35
3.5	Estadísticas Inferenciales Para Prueba de Hipótesis.	42

Capítulo IV

4.	Discusión.	52
4.1	Conclusiones.	55
4.2	Recomendaciones.	56

	Referencias Bibliográficas.	57
--	-----------------------------	----

	Apéndices.	64
--	------------	----

1.	Apéndice A Cédula de Factores Personales del Paciente con Hipertensión Arterial. (CFPPHTA).	65
2.	Apéndice B Cédula Forma Abreviada del Cuestionario de Salud MOS en pacientes con HTA.	67
3.	Apéndice C Cédula de Autoeficacia Percibida del Paciente con Hipertensión Arterial (CAPHTA).	70
4.	Apéndice D Cédula Apoyo Social de NORBECK (NSSQ) en el Paciente con Hipertensión Arterial.	72
5.	Apéndice E Cédula del Perfil de Estilos de Vida en el Paciente con Hipertensión Arterial (PEVPHTA).	74
6.	Apéndice F Consentimiento Informado.	77
7.	Apéndice G Símbolos de las Opciones de Respuestas de la Forma Abreviada de Salud (MOS).	79

LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
1. Coeficiente Alpha de Cronbach para el Cuestionario de Percepción del Estado de Salud (MOSPHTA).	27
2. Coeficiente Alpha de Cronbach para la Cédula de Autoeficacia Percibida (CAPPHTA).	28
3. Coeficiente Alpha de Cronbach para la Cédula de Apoyo Social de Norbeck (NSSQPHTA).	28
4. Coeficiente Alpha de Cronbach para la Cédula de Perfil de Estilos de Vida (CPEVPHTA).	29
5. Factores Personales Biológicos y Socioculturales.	30
6. Factores Personales Relacionados con la Hipertensión Arterial	31
7. Estadísticas Descriptivas y Prueba de Kolmogorov-Smirnov de los Índices MOS, APPHTA, NSSQ y PEVPHTA Total.	32
8. Estadísticas Descriptivas y Prueba de Kolmogorov-Smirnov de los Índices MOS, APPHTA, NSSQ y PEVPHTA del Estrato Medio.	33
9. Estadísticas Descriptivas y Prueba de Kolmogorov-Smirnov de los Índices MOS, APPHTA, NSSQ y PEVPHTA del Estrato Bajo.	34
10. Matriz de Correlación de Spearman Variables Biológicas, Socioculturales, Percepción del Estado de Salud MOS y Perfil de Estilos de Vida Total.	35
11. Matriz de Correlación de Spearman Variables Biológicas, Socioculturales, Percepción del Estado de Salud MOS y Perfil de Estilos de Vida Estrato Medio.	36
12. Matriz de Correlación de Spearman Variables Biológicas, Socioculturales, Percepción del Estado de Salud MOS y Perfil de Estilos de Vida Estrato Bajo.	37

13	Matriz de Correlación de Spearman Variables Autoeficacia Percibida, Apoyo Social y Perfil de Estilos de Vida Total.	38
14	Matriz de Correlación de Spearman Variables Autoeficacia Percibida, Apoyo Social y Perfil de Estilos de Vida Estrato Medio.	40
15	Matriz de Correlación de Spearman Variables Autoeficacia Percibida, Apoyo Social y Perfil de Estilos de Vida Estrato Bajo.	41
16	Regresión Lineal Múltiple Efecto Variables Personal, Biológica, Psicológica y Socioculturales Sobre el Estilo de Vida.	43
17	Modelo 1 Efecto de Factores Personales Biológicos Psicológicos y Socioculturales Sobre el Estilo de Vida.	43
18	Regresión Lineal Múltiple Efecto de Variable Personal, Biológica, Psicológica y Sociocultural con Estrato Socioeconómico Sobre el Estilo de Vida.	45
19	Modelo 2 Efecto de los Factores Personales, Biológica, Psicológica y Sociocultural con Estrato Socioeconómico Sobre el Estilo de Vida.	45
20	Regresión Lineal Múltiple Efecto de la Autoeficacia Percibida y Estrato Socioeconómico Sobre el Estilo de Vida.	47
21	Modelo 3 Efecto de la Autoeficacia Percibida y Estrato Socioeconómico Sobre el Estilo de Vida.	47
22	Regresión Lineal Múltiple Efecto del Apoyo Social y Estrato Socioeconómico Sobre el Estilo de Vida.	48
23	Modelo 4 Efecto del Apoyo Social y Socioeconómico Sobre el Estilo de Vida.	49
24	Resultados de la Prueba U de Mann-Whitney para las Variables de Estilo de Vida.	50
25	Medias de Estilo de Vida por Estrato Socioeconómico.	51

LISTA DE FIGURAS

Figura	Página
1. Modelo de Promoción de la Salud, Pender (1996).	8
2. Ubicación del Problema de Investigación en el Modelo de Promoción de la Salud Pender (1996) En los Estilos de Vida del paciente con Hipertensión Arterial 200.	11
3. Estructura Conceptual Teórico Empírico.	12
4. Dispersión de las Variables Perfil de Estilo de Vida, Percepción del Estado de Salud y Estrato Medio y Bajo.	43
5. Dispersión de las Variables Perfil de Estilo de Vida, Factor Biológico y Percepción del Estado de Salud Estrato Medio y Bajo.	46
6. Dispersión de las Variables Perfil de Estilo de Vida, Factor Sociocultural Percepción del Estado de Salud Estrato Medio y Bajo.	46
7. Dispersión de las Variables Perfil de Estilo de Vida y Autoeficacia Percibida del Estrato Medio y Bajo.	48
8. Dispersión de las Variables Perfil de Estilo de Vida Y de Apoyo Social del Estrato Medio y Bajo.	50

RESUMEN

GRACIELA ARRIJOJA MORALES

Fecha de graduación:

Febrero del 2001

Universidad Autónoma de Nuevo León

Facultad de Enfermería

Título del Estudio: ESTILO DE VIDA DEL PACIENTE
CON HIPERTENSION ARTERIAL

Número de Páginas: 90

Candidato para el Grado de Maestro en
Ciencias de Enfermería con Énfasis en
Salud Comunitaria

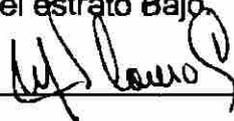
Area de Estudio: Salud Comunitaria

Propósito y Métodos de Estudio: El propósito fue explicar el efecto de los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales, la autoeficacia percibida y el apoyo social sobre el estilo de vida del paciente con hipertensión arterial pertenecientes a dos estratos.

A la vez se conocieron las diferencias en los estilos de vida de dichos pacientes. El estudio se realizó bajo la perspectiva teórica del Modelo de Promoción de la Salud (Pender, 1996). El diseño fue de tipo descriptivo, correlacional y comparativo. Se utilizó el muestreo aleatorio estratificado con asignación proporcional al total de pacientes adscritos en el programa de Hipertensión Arterial. La muestra total fue de 255 pacientes pertenecientes al estrato Medio, 190 pacientes de la Clínica de los Servicios Médicos UANL y 65 pacientes de estrato Bajo de la U.M.F.No. 19 IMSS. Se trabajó con un nivel de confianza del 95 % con un error de estimación de .06. Los instrumentos utilizados mostraron consistencia interna aceptable.

Contribuciones y Conclusiones: Los resultados del estudio permitieron verificar las proposiciones entre los indicadores de los conceptos, factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales, autoeficacia percibida, apoyo social y conducta promotora de salud. Las variables sexo, la escolaridad, la ocupación, estrato socioeconómico y la percepción del estado de salud afectaron significativamente el estilo de vida (responsabilidad en salud, ejercicio, nutrición, manejo del estrés, no consumo de alcohol y no consumo de tabaco del paciente con hipertensión arterial ($F_{cal} = 9.24, p < .001$). La autoeficacia percibida ($F_{cal} = 100.38, p < .001$) y el apoyo social ($F_{cal} = 43.03, p < .001$) afectaron significativamente el estilo de vida del paciente con hipertensión arterial. El estrato socioeconómico Medio mostró diferencias significativas con respecto al estrato Bajo en cada estilo de vida: responsabilidad en salud ($Z = -7.74, p < .001$); ejercicio ($Z = -3.4, p < .001$); nutrición ($Z = -7.00, p < .001$); manejo de estrés ($Z = -5.85, p < .001$); no consumo de alcohol ($Z = -3.67, p < .001$) y no consumo de tabaco ($Z = -5.52, p < .001$). Los resultados mostraron más altas puntuaciones en cada estilo de vida de los pacientes del estrato socioeconómico Medio, que en el estrato Bajo.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS



CAPITULO I

1. Introducción

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica de alta prevalencia en adultos; en el ámbito mundial 20 de cada 100 habitantes entre 18 y 65 años la padece, en América Latina la prevalencia oscila entre un 4.1 a un 37.9 por ciento y en México el 26.6 por ciento de los adultos de 20 a 69 años la presentan, se calcula que existen más de trece millones de personas con hipertensión arterial en el país (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1990; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 1990; Secretaria de salud [SS], 1995).

La hipertensión arterial (HTA) tiene un origen multicausal, se caracteriza por la elevación sostenida y prolongada de la presión diastólica por arriba de 90 mm Hg, suele acompañarse de elevación de la presión sistólica por encima de 140 mm. Hg. Habitualmente no presenta sintomatología y es grave por el daño discreto, progresivo e irreversible que produce en órganos blanco. El 90 por ciento de años de vida saludables perdidos (AVISA) atribuidos a la HTA se asocian con cardiopatías hipertensivas e isquémicas y enfermedad cerebrovascular, además se ha observado un incremento sostenido de complicaciones relacionadas a la hipertensión en las ultimas dos décadas. En el Estado de Nuevo León la incidencia es de 10,033 casos de los cuales el 28 por ciento se presentó en la población de 15 y 44 años (Ballesteros, Cabrera, Saucedo & Grijalva 1998; Lozano, Murray, Frenk, Bobadilla & Fernández, 1994; SS, 1994; 2000).

Este problema de salud pública está asociado con el desarrollo de estilos de vida no saludables por parte de los individuos, los que se transforman en factores

de riesgo (Abauza, 1998; Fanghanel et al. 1998; Frenk, Lozano & Gónzales, 1995; González et al. 1996; IMSS, 1994; SS, 1999; Whelton, 1997).

El estilo de vida según Pender (1987) es un patrón multidimensional de acciones autoiniciadas y percepciones que sirven para mantener o ampliar el nivel de bienestar y la autorrealización. Alcanzar un estilo de vida saludable tal como llevar una buena nutrición, realizar ejercicio, manejar adecuadamente el estrés y cultivar la responsabilidad en salud, disminuyen el riesgo de enfermedades crónico degenerativas (Barrón, Torreblanca, Sánchez & Martínez, 1998; Matarazzo, citado por Sallis et al. 1998; S S, 1994).

En los servicios de salud para la prevención y el control de la HTA se fomentan la práctica de los estilos de vida saludables en la población general y en particular en los adultos, por lo que se requiere de la comprensión de los factores que se asocian con la práctica de las conductas promotoras de salud en los individuos que padecen hipertensión arterial. La Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Hipertensión Arterial, 1999 [NOMPTCHTA, 1999] se aplica en el país desde 1986 y tiene como propósito contribuir a reducir la incidencia de la HTA, evitar, retrasar complicaciones y disminuir la mortalidad por esta causa, a través de acciones de promoción de estilos de vida saludables tales como el ejercicio, alimentación baja en sal, grasas saturadas y colesterol, manejo adecuado del estrés, evitar consumo de tabaco, alcohol y café, así como el examen periódico de la presión arterial entre las otras acciones principales.

El Modelo de Promoción de la Salud (MPS) propone una forma de explicar y predecir el estilo de vida, conductas específicas y promotoras de salud (Pender, 1987, 1996). Constituye una base para estudiar el modo en que los individuos toman decisiones con respecto al cuidado de su salud. Por tal motivo el presente

estudio se realizó bajo esta perspectiva teórica. EL estudio fue descriptivo, correlacional y comparativo (Polit & Hungler, 1997).

1.1 Planteamiento del Problema

El problema de estudio tiene su origen en la práctica profesional; es necesario comprender la manera cómo los individuos con HTA toman decisiones sobre sus conductas promotoras de salud y contar con evidencias científicas que en el futuro apoyen intervenciones efectivas.

El estilo de vida es un proceso inconsciente que se forma en la infancia y es practicado durante la vida adulta hasta la vejez (Pender, 1987) el cual permite que estos sean promotores de salud. Para que ocurra el estilo vida saludable existe una combinación e influencia de procesos biopsicosociales que motivan a los individuos a realizar acciones dirigidas a ampliar sus niveles de bienestar. Existe evidencia de que los estilos de vida saludables contribuyen al control del paciente con hipertensión arterial (Orbach & Lownthol, 2000; Wang & Abbott, 1998; Whelton, 1997).

Pender (1996) a través del Modelo de Promoción de la Salud (MPS) explica que los individuos adquieren estilos de vida promotores de salud a través de la influencia de factores personales, cogniciones y afectos específicos de la conducta y del compromiso con un plan de acción. Por medio del modelo se han investigado varias conductas promotoras de salud de manera específica, sólo se ha encontrado un estudio exploratorio que describe el estilo de vida del paciente con hipertensión arterial.

Los factores personales una de las variables del MPS se han estudiado en programas de rehabilitación cardíaca, en el apego al ejercicio y dieta en adultos con diabetes mellitus tipo 2, y en lactancia materna (Bañuelos, 1999; Pender et al. 1987; Peña, 2000), en estos estudios los factores han resultado ser parcialmente predictores de la conducta promotora.

La autoeficacia percibida ha sido investigada como respuesta efectiva, de esfuerzo al ejercicio y el afecto en la tarea, en protección auditiva, en la formación del afecto relacionado al ejercicio, en la asistencia a un programa de ejercicio en mujeres, en ejercicio y dieta en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (Bañuelos, 1999; Lusk, Ronis & Hongan, 1996; McAuley & Courneya, 1992; Salazar, 1996). En la mayoría de ellos se ha encontrado que la autoeficacia muestra efecto en las conductas promotoras de salud mencionadas.

El apoyo social ha sido estudiado en pacientes con enfermedad cardiovascular (Pender, 1989); en adultos con hipertensión arterial (Ronquillo, 1992; Sociedad Americana de Medicina Psicosomática, 1998; Wang & Abbott, 1998) y en adultos con diabetes mellitus (Bañuelos, 1999; Esparza, 1999; González, 1995). Mostrando que éste es predictor de los estilos de vida.

Los estudios realizados, referentes a la conducta promotora de salud se han efectuado en intervenciones correctivas para enfermedad cardiovascular e hipertensión arterial (Allen, Shykoff & Izzo, 1998; Barrón, Torreblanca, Sánchez & Martínez, 1996; Hans, 1998; Pender, 1990; Wang, 1998). También se ha estudiado el estilo de vida en adultos con diabetes tipo 2 (Esparza, 1999; González 1995) y en otros fenómenos de la conducta de salud. En estos casos se ha encontrado que las conductas promotoras en pacientes con HTA con diabetes tipo2 y en enfermedad cardíaca han estado influidas por algunos factores personales, la autoeficacia, y el apoyo social.

El estado socioeconómico es un factor personal sociocultural que afecta el estilo de vida, Pender (1996) señala que a mejor estrato socioeconómico, mayor conducta promotora de salud. Por tal motivo se establecieron comparaciones en los estilos de vida en dos estratos de pacientes con HTA uno del estrato socioeconómico Medio y otro del estrato socioeconómico Bajo que se atienden, el primero en la Clínica de Servicios Médicos para los Trabajadores de la

Universidad Autónoma de Nuevo León, y el segundo estrato en la Unidad Médico Familiar número 19 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

Por lo anterior se enuncia el siguiente el problema de investigación: ¿Cuál es el efecto de los factores personales biológicos, psicológicos, socioculturales; la autoeficacia percibida y el apoyo social sobre el estilo de vida de pacientes con hipertensión arterial que pertenecen a los estratos socioeconómicos Medio y Bajo atendidos en dos instituciones de salud?

1.2 Propósito

Los propósitos del presente estudio fueron explicar el efecto de los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales, la autoeficacia percibida y el apoyo social sobre el estilo de vida del paciente con hipertensión arterial pertenecientes a dos estratos socioeconómicos: Medio y Bajo. A la vez se conocieron las diferencias en los estilos de vida de dichos pacientes.

1.3. Importancia del Estudio

El estudio contribuye a la disciplina dado a que se sometió a verificación empírica los conceptos características personales, autoeficacia percibida, apoyo social y la conducta promotora de salud del MPS de Pender (1996). En un futuro puede seguirse ampliando y profundizando en los resultados obtenidos para tener conocimientos que eventualmente sirvan de base para estudios de intervención.

1.4 Limitación del Estudio

Los resultados sólo se podrán aplicar a poblaciones con características similares.

1.5 Marco Teórico

1.5.1 Modelo de Promoción de la Salud

El sustento teórico que guió la presente investigación fue el Modelo de Promoción de Salud de Pender (1996)(MPS), tres proposiciones del marco conceptual y las investigaciones relacionadas con el fenómeno de estudio.

Este marco conceptual ilustra la naturaleza multidimensional de las personas que interactúan con su medio ambiente en busca de salud. Las bases teóricas son: La teoría del aprendizaje social de Bandura, y la teoría de la acción razonada de Feather Fishbein.

Según el MPS las conductas promotoras de salud son influidas de manera directa e indirecta por dos categorías: a) Las características y experiencias individuales incluyen a la conducta previa, que se vincula con la percepción de eficacia que la hace el mejor predictor, y comprende los hábitos de los individuos en el pasado. Y los factores personales de tipo biológicos, psicológicos y socioculturales; b) Las cogniciones y afectos específicos de la conducta son motivadores para que los individuos adquieran y mantengan conductas promotoras de salud. Las cogniciones incluyen a los beneficios percibidos que son reforzadores a través de representaciones mentales de las consecuencias positivas, así los individuos pueden sentirse más inclinados a iniciar o continuar una conducta saludable si los beneficios a lograr le son importantes; las barreras percibidas son convicciones en cada individuo de que una actividad o conducta es difícil o imposible de conquistar para influir en su compromiso con la acción y son obstáculos de la conducta de salud; la autoeficacia percibida es la convicción del individuo, de que una conducta es posible realizar; y la relación afecto – actividad se establece en la asociación subjetiva de una determinada conducta a sentimientos positivos o negativos que influyen directamente en el cumplimiento de tal conducta, e indirectamente en la potencialización de la propia eficacia.

Los afectos específicos consideran a las influencias interpersonales y estas a su vez comprenden: las normas, el modelamiento y el apoyo social. El apoyo social es la percepción del paciente sobre el apoyo (instrumental o emocional) que proviene de la familia, amigos y personal de salud; las influencias situacionales u opciones representan el medio ambiente en el que se puede facilitar o inhibir una determinada conducta promotora de salud.

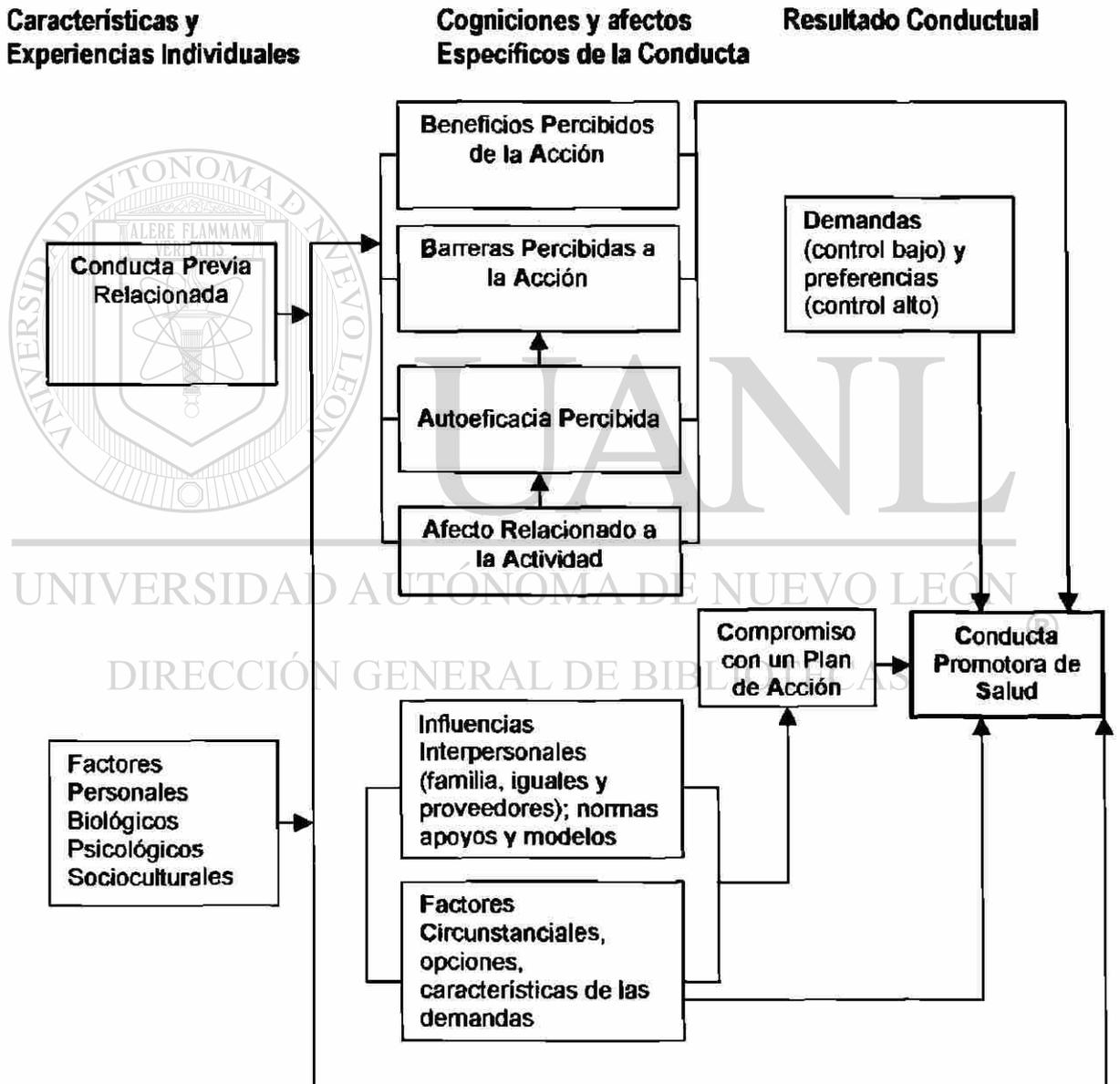
El resultado conductual representa a los resultados esperados de la conducta promotora de salud. Dicha conducta se puede alcanzar a través de un compromiso con un plan de acción implica procesos cognitivo subyacentes (en tiempo, lugar, identificación de estrategias para iniciar, realizar y reforzar la conducta deseada. Tal compromiso compite con las demandas y las preferencias inmediatas contrarias refiere los conflictos que afinan las nociones de beneficios y obstáculos, mediante la visión de las posibles conductas alternativas a la planeada momentos antes de poner en práctica la conducta promotora de salud, que es el producto de la acción deseada y se orienta a la consecución de resultados positivos en la salud de los individuos. El MPS con sus categorías, conceptos y relaciones puede observarse completo en la figura 1.

Pender (2000) establece 15 proposiciones teóricas para la investigación de conductas promotoras y específicas, en el estudio se verificaron tres:

1. Las características personales (heredadas y adquiridas) influyen en las creencias y promulgación de la conducta promotora de la salud.
2. La competencia percibida o autoeficacia para ejecutar una conducta dada aumenta la probabilidad de compromiso con la acción y la realización real de la conducta.
3. Las familias, iguales y proveedores de atención son fuentes importantes de influencia interpersonal que pueden aumentar o reducir la probabilidad de conducta promotora de la salud.

Figura 1

Modelo de Promoción de la Salud, Pender (1996)



1.5.2 Ubicación del Problema de Investigación en la Teoría

El problema de investigación sobre Estilos de Vida en el paciente con hipertensión arterial se ubica en el MPS de Pender (1996) en sus tres grandes categorías. De las características y experiencias individuales se investigó el concepto de factores personales; de la categoría cogniciones y afectos específicos se abordó el concepto de autoeficacia percibida, y las influencias interpersonales, específicamente el apoyo social emocional y tangible. Además del resultado conductual se considera la conducta promotora de salud para los individuos con hipertensión arterial que indica la NOMPTCPHTA (1999). En total son cuatro conceptos necesarios para llevar a cabo el presente estudio. Se establece que los factores personales, la autoeficacia percibida y el apoyo social afectan directamente la conducta promotora (ver figura 2).

1.5.3 Estructura Conceptual Teórico Empírica

La estructura conceptual teórico empírica para la operacionalización de variables de la presente investigación, se derivó de los tres grandes constructos del MPS de Pender (1996). Se contemplaron cuatro definiciones conceptuales de la autora, de donde se derivaron los conceptos teórico seleccionados. En el nivel empírico la medición de las variables se realizó con cinco instrumentos (ver figura 3).

1.6 Definición de Términos

Factores Personales. Son factores relevantes que predicen la conducta y son modelados por la naturaleza de ésta. Estas características son: Biológicas (edad, sexo), psicológicas (percepción del estado de salud) y socioculturales (escolaridad, estado civil, ocupación y estrato socioeconómico) son determinantes; se midieron con dos instrumentos: Cédula de Factores Personales en Pacientes con Hipertensión Arterial (CFPPHTA) y Forma Abreviada del Cuestionario de la Salud (MOS), (Apéndices A y B).

Estrato Medio. Corresponde a pacientes que se encuentran incorporados al programa de control de hipertensión arterial en la Clínica de Servicios Médicos para los Trabajadores de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Estrato Bajo. Corresponde a los pacientes que se encuentran incorporados al programa de control de hipertensión arterial en la Unidad Médico Familiar No. 19 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Autoeficacia Percibida. Es el juicio sobre la capacidad para realizar una conducta con cierto nivel de logro de desempeño en estilos de vida saludables para controlar la presión arterial. Se midió con el instrumento de Autoeficacia Percibida del Paciente con Hipertensión Arterial (APPHTA) es una adaptación de la Escala Generalizada de Autoeficacia de Schwarzer – Basslaer (1996) y NOMPTCHAT (1999) (Apéndice C).

Apoyo Social. Es la percepción del paciente sobre el apoyo que recibe de la familia, amigos y trabajadores de la salud. Este puede ser tangible o emocional para cultivar la conducta promotora de salud. El apoyo social en el paciente con hipertensión arterial se midió con el cuestionario de apoyo social de Norbeck, NSSQ (1981) (Apéndice D).

Estilos de vida. Son conductas que forman parte regular de un patrón de vida para el control de la presión arterial. Por tanto, los estilos de vida saludables que se estudiaron fueron responsabilidad en salud en visita médica periódica; ejercicio o actividad física practicada de manera regular; nutrición alimentación idónea baja en grasas saturadas, sodio y control de peso; manejo del estrés; no consumo de tabaco; no consumo de alcohol (PEPS I, 1986) (Apéndice E).

Figura 2

Ubicación del Problema de Investigación en el Modelo de Promoción de la Salud Pender (1996) en el estilo de vida del paciente con Hipertensión arterial 2000.

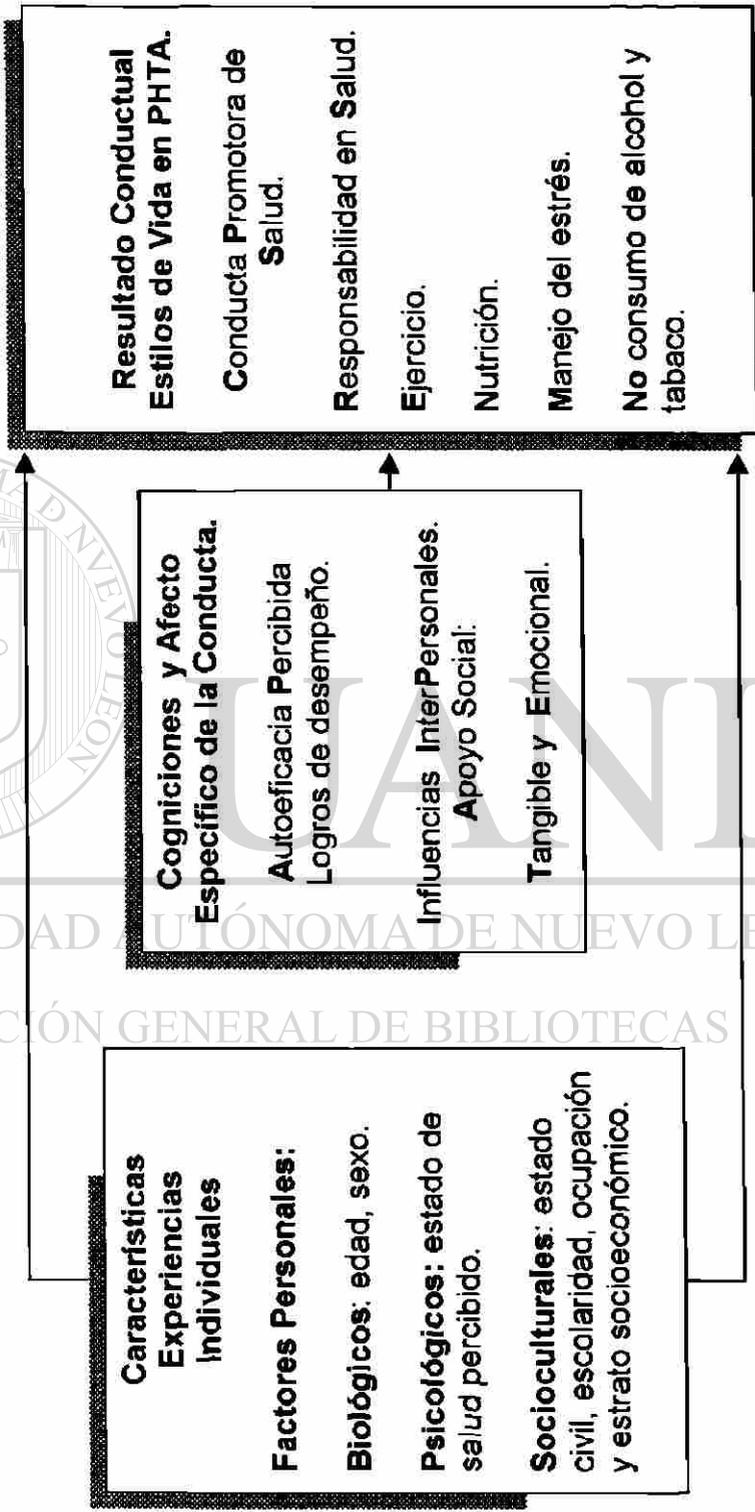
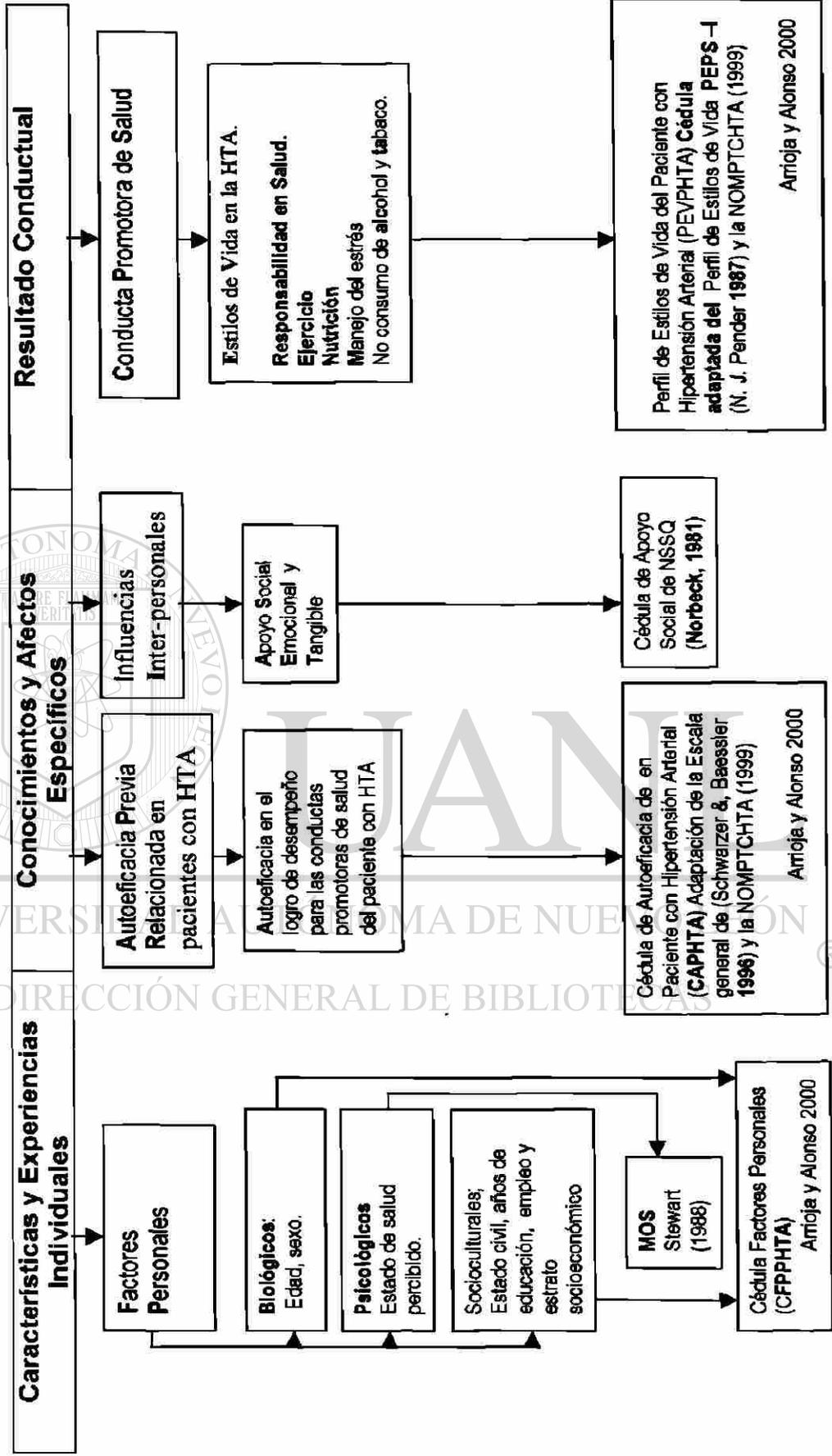


Figura 3
Estructura Conceptual Teórico Empírico



1.7 Estudios Relacionados

La presentación de la literatura se organiza en función de los conceptos del MPS (Pender 1996).

1.7.1 Factores Personales

Los factores personales se han estudiado en programas de rehabilitación cardiaca donde los predictores significativos del MPS fueron las características demográficas (edad, educación, sexo). Los factores como edad y el estado socioeconómico tuvieron caminos directos hacia el estilo de vida (Pender & Cols.1987).

Se ha encontrado efecto significativo del sexo con la autoeficacia previa al ejercicio y posterior al ejercicio (Mc Auley & Courneya, 1992).

En relación con los factores personales biológicos se ha encontrado efecto indirecto a través apoyo social y estilo de vida del paciente con diabetes mellitus ($p < .05$) Esparza (1999). Se ha encontrado también efecto de la edad y sexo, e IMC con el apego al ejercicio y dieta en pacientes con diabetes tipo 2 ($p < .03$). La edad de pacientes con hipertensión arterial se ha correlacionado con los índices de estilo de vida: responsabilidad en salud, manejo del estrés, nutrición y no consumo de alcohol y tabaco ($p < .05$) (Garza & González, 2000). Los factores biológicos como la edad mostró efecto sobre el estilo de vida de la mujer ($p < .05$) Salazar, (1996).

Los factores personales socioculturales han mostrado efecto sobre el estilo de vida del paciente con diabetes tipo 2 ($p < .05$) Carmona, Garcia y Vega (1998). La escolaridad y el estrato socioeconómico también han mostrado efecto sobre apego al ejercicio y dieta en pacientes con diabetes tipo 2 ($p < .05$), explicando un 16 % de varianza total Bañuelos, (1999). La escolaridad y el estado civil han mostrado efecto sobre el estilo de vida de nutrición, ejercicio y responsabilidad en salud ($p < .05$) en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 Esparza (1999). Los

factores personales socioculturales como estado civil, escolaridad ocupación y nivel socioeconómico mostraron efecto sobre la responsabilidad en salud y apego al tratamiento en pacientes con TBP ($p < .05$) explicando un 12 % de la varianza total (Cadena, 1999). La escolaridad del paciente con hipertensión arterial se ha correlacionado positivamente con, manejo del estrés y no consumo de alcohol en una población de estrato socioeconómico bajo ($p < .05$). La ocupación también se correlacionó significativamente con el estilo de vida general del paciente con hipertensión arterial ($p < .05$) Garza y González, (2000).

De los factores personales psicológicos se ha estudiado el estado de salud percibido y ha mostrado efecto con el nivel socioeconómico y ejercicio en pacientes con diabetes tipo 2 ($p < .03$) Acevedo (1997). También ha mostrado efecto sobre el apego al tratamiento tuberculoso ($p < .05$) con un 7 % de variación explicada Cadena (1999). En pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular la percepción del estado de salud se correlacionó con el evitar el tabaquismo ($p < .05$) Zamora (2000). También se ha correlacionado en mujeres México americanas con el estilo de vida de ejercicio ($p < .05$) Duffy (1997).

1.7.2 Autoeficacia

En un análisis de regresión Weitzel y Waller (citado por Duffy, 1997) encontraron que la autoeficacia percibida era el predictor más importante de la práctica de conductas promotoras de salud en obreros México-americanos explicó del 10 al 17 por ciento de la varianza.

Mc Auley y Courneya (1992) encontraron que la autoeficacia inicial y posterior a un programa de ejercicio fueron significativas ($p < .001$) en adultos sedentarios de mediana edad. También se ha correlacionado la autoeficacia percibida con ejercicio en pacientes con diabetes mellitus ($r = .44$, $p < .001$) (Acevedo, 1997).

Salazar (1999) no encontró efecto predictor de la autoeficacia percibida y la asistencia a un programa de ejercicio, en 2 grupos mujeres adultas mexicanas: grupo experimental ($n_1 = 73$) y el grupo control ($n_2 = 53$). La autoeficacia no predijo la asistencia al programa de ejercicio.

También la autoeficacia percibida se ha encontrado como predictor de cambios dietéticos y pérdida de peso en pacientes con diabetes, Contento y Murphy (1990). Se ha estudiado en adultos jóvenes que inician transiciones en su vida como predictor de estrés ($p < .001$) Jerusalem & Mittag (1995).

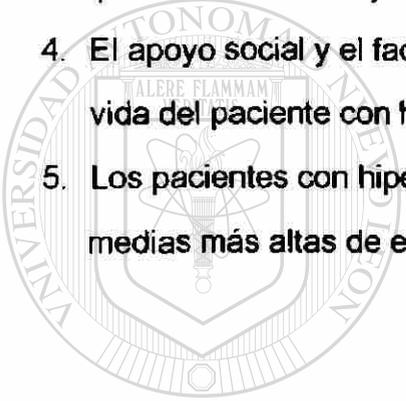
1.7.3 Apoyo Social

Ronquillo (1992) estudió adultos con hipertensión arterial y analizó si el apoyo social percibido influía en el paciente para que realizara actividades de autocuidado, y encontró una relación débil entre ambas variables, sin embargo la correlación fue significativa entre el apoyo percibido y la realización de acciones de autocuidado ($p = .05$).

Wang (1998), en el desarrollo de un programa de prevención de diabetes e hipertensión en la comunidad china, los participantes redujeron su presión arterial ($p < .001$) y niveles de glucosa sérica ($p < .01$) Debido al apoyo familiar recibido. El apoyo social, emocional y tangible se ha correlacionado positivamente con el estilo de vida responsabilidad en salud en pacientes con diabetes tipo 2 ($p < .005$) Carmona, Garcia y Vega (1998). También el apoyo familiar mostró efecto sobre el apego al ejercicio y dieta del paciente con diabetes tipo 2 ($p < .05$) y explico un 11 % de la varianza total Bañuelos (1999). El apoyo social fue predictor en pacientes con diabetes tipo 2 de un conjunto de estilos de vida como ejercicio, nutrición, manejo de estrés y responsabilidad en salud ($p < .001$) explicando un 13 % de la varianza, total Esparza (1999). En adultos con hipertensión arterial se encontró correlación positiva entre el apoyo emocional y tangible con el índice general de estilo de vida ($p < .05$) Garza y González (2000).

1.8 Hipótesis

1. Los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales tienen efecto sobre el estilo de vida del paciente con hipertensión arterial.
2. Los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales tienen efecto y muestran diferencias sobre el estilo de vida en pacientes con hipertensión arterial del estrato Medio con respecto al estrato Bajo.
3. La autoeficacia percibida tiene efecto sobre el estilo de vida en pacientes con hipertensión arterial de manera más importante en el estrato Medio que en el estrato Bajo.
4. El apoyo social y el factor socioeconómico tiene efecto sobre el estilo de vida del paciente con hipertensión arterial.
5. Los pacientes con hipertensión arterial del estrato Medio tendrán medias más altas de estilo de vida, que el estrato Bajo.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



CAPITULO II

2. Metodología

2.1 Diseño de Estudio

Con el fin de dar respuesta a la pregunta de investigación se realizó un estudio de tipo descriptivo, correlacional y comparativo (Polit & Hunger, 1997).

2.2 Muestra y Muestreo

La población de interés para el estudio fueron pacientes adultos de ambos sexos, de 18 años de edad y más, con diagnóstico de hipertensión arterial.

El marco muestral lo constituyeron 717 pacientes de estrato Medio adscritos a la Clínica de los Servicios Médicos de los Trabajadores de la UANL y de 87 pacientes de estrato socioeconómico Bajo de la Unidad Médico Familiar No. 19 del Instituto Mexicano del Seguro Social (UMF No. 19 IMSS) con residencia en la colonia de Pueblo Nuevo municipio de Apodaca Nuevo León. Para la selección de la muestra se utilizó el muestreo aleatorio estratificado con asignación proporcional al total de pacientes adscritos en el programa en cada una de las instituciones seleccionadas. En total se seleccionaron 190 pacientes de la Clínica de los Servicios Médicos UANL y 65 pacientes de la U.M.F. No. 19 IMSS. Se trabajó con un nivel de confianza del 95% y con un error de estimación de .06 en cada estrato, cuando el parámetro a estimar es una proporción.

2.3 Criterios de Inclusión

1. Adultos de 18 años de edad y más, de ambos sexos, diagnosticados con hipertensión arterial.
2. Derechohabientes de la U.M.F. No. 19 del I.M.S.S. y de la Clínica de los Servicios Médicos de los Trabajadores de la U.A.N.L.

2.4 Material

Los instrumentos utilizados para el estudio fueron cinco, uno fue elaborado por la investigadora, dos fueron adaptados de instrumentos originales y dos de otros autores.

2.4.1 Cédula de Factores Personales del Paciente con Hipertensión Arterial (CFPPHTA)

Este instrumento consta de 13 reactivos que se presentan en dos apartados uno para factores personales biológicos con ocho preguntas, donde se interroga sobre la edad en años cumplidos, sexo, antecedentes familiares de HTA, años de trayectoria de la enfermedad, años de participar en un programa institucional de control de HTA, enfermedades previas y posteriores al diagnóstico. El otro apartado referente a factores socioculturales, consta de cinco reactivos donde se interroga sobre estado civil, años de educación formal, tipo de empleo, relación laboral y tipo de servicios médico donde recibe atención. Los criterios para valorar el estado civil, años de educación formal, tipo de empleo y relación laboral son los normados en la clasificación del Instituto Nacional de Estadística

Geografía e Informática (INEGI, 1999).

2.4.2 Cuestionario de Percepción del Estado de Salud (MOS) de Stewart y Ware (1988). Forma Abreviada del Cuestionario de Salud

El cuestionario de la Forma Abreviada de Salud (MOS) fue utilizado para medir el estado de salud percibido variable correspondiente a los factores personales psicológicos. Fue elaborado por Stewart, Hays y Ware (1988) y está constituido por 20 preguntas y cinco patrones de respuesta. Este instrumento se fracciona en tres secciones: (a) estado funcional valora cómo se sintió el paciente el mes anterior a la encuesta, consta de seis preguntas con un valor máximo de 36 representa cuando la persona se sintió mejor y mínimo de 6, cuando la persona se sintió mal; (b) bienestar: valora las limitaciones que hubo en los últimos meses como consecuencia de la alteración del estado de salud, contiene

ocho preguntas con un valor máximo de 24 que indica que no ha tenido limitaciones y un mínimo de ocho, que refiere que ha presentado limitaciones por más de tres meses); (c) evaluación global de salud está constituida por seis preguntas, con una puntuación máxima de 34, que indica mejor percepción del estado de salud y un mínimo de seis que refiere una baja percepción del estado de salud.

El instrumento a su vez se subdivide en seis subescalas que valoran el funcionamiento social, la salud mental, funcionamiento físico, rol funcional, percepción de la salud y dolor. De la pregunta 1 al 6 el patrón de respuestas oscilan en seis posibilidades: todo el tiempo = 1; la mayor parte del tiempo = 2; buena parte del tiempo = 3, algo de tiempo = 4; poco tiempo = 5; nada de tiempo = 6 con un valor máximo de 36 y un valor mínimo de 6. Para las preguntas del 7 a la 14 sus opciones de respuestas son tres: Si, por más de tres meses = 1, si, por tres meses ó menos = 2; no = 3, con un valor máximo de 24 indica mejor desarrollo del rol funcional y un valor mínimo de 8; Indica menor desarrollo de éste. La preguntas del 15 al 18 tienen cinco posibles respuestas: 1= definitivamente cierto; 2= en su mayoría; 3= no se; 4= en su mayoría falso; 5= definitivamente falso. Para pregunta 19 presenta cinco respuestas: excelente = 5; muy buena = 4; buena = 3; regular = 2; deficiente = 1. El patrón de respuesta de la pregunta 20, que valora dolor, sus opciones son seis: ninguno = 1; muy breve = 2; leve = 3; moderado = 4; severo = 5 y muy severo = 6. Para lograr la calificación final, se recodificaron las preguntas del 7 al 14 con la siguiente puntuación 0,0, y 1 respectivamente, también se invirtieron las preguntas 3, 5, 16,17 y 20 con el propósito de conservar el mismo sentido (Ware, 1989). Para que finalmente se obtuviera el valor máximo de la escala general que es 75 e indica mejor percepción del estado de salud, y un valor mínimo de 12 que refiere baja percepción del estado de salud.

El instrumento se probó en la Unión Americana en población adulta que asistió a consulta médica, reportó un Alpha Cronbach de .81 a .88 (Stewart, Hays, 1988). En una población del norte de México fue probado por Gallegos, (1996) y reportó; un Alpha de Cronbach de .87 para la escala general. Cadena, (1999) reporto en una población de la frontera norte de México un Alpha de Cronbach .75.

2.4.3 Cédula Autoeficacia en el Paciente con Hipertensión Arterial (CAPHTA)

El instrumento esta constituido por 15 preguntas con una escala tipo Likert, mide el juicio de la capacidad personal para organizar y ejecutar la acción de la conducta saludable en el paciente con hipertensión arterial; y se subdivide en seis subescalas: 1) para medir el logro de desempeño en nutrición, con las preguntas 1, 2, 3, y 4; 2) consumo de tabaco, con las preguntas 5 y 6; 3) consumo de alcohol con las preguntas 7 y 8; 4) ejercicio con la 10 y 14; 5) el manejo de estrés con las preguntas 11 y 12; y 6) responsabilidad en salud, con las preguntas 13 y 14. El patrón de respuesta tiene cuatro criterios posible (incorrecto = 1; apenas cierto = 2; más bien cierto = 3; cierto = 4) con una puntuación que va de 15 a 60 puntos, a mayor puntuación, mayor autoeficacia para el logro de desempeño de la conducta promotora de salud del paciente con hipertensión arterial. Esta escala fue adaptada de la Escala General de Autoeficacia Percibida, desarrollada por Schwarzer y Baessler traducida al español por ellos mismos en 1996. Con la NOMPTCHTA, (1999).

La escala original contiene 10 preguntas y un patrón de respuesta que miden la competencia personal para manejar de forma eficaz una variedad de situaciones, fue aplicada en población latina y se obtuvo un Alpha de Cronbach de .81, en población europea fue de .79 a .93. Peña (2000) aplico la escala a una población al norte de México y obtuvo un Alpha de Cronbach de .91.

2.4.4 Cédula de Apoyo Social en el Paciente con Hipertensión Arterial, de Norbeck (NSSQ)

Este instrumento esta formado por 11 preguntas con tres patrones de respuesta para enumerar y cualificar el apoyo recibido de la red de apoyo. Las preguntas 1, 2, 3 y 4 miden el apoyo emocional y las 5 y 6 el apoyo tangible; así también las preguntas 7 y 8 miden estabilidad y frecuencia de las relaciones, la pérdida del apoyo percibido se mide con la 9 (9^a y 9^b). Para el presente estudio sólo se aplicarán las primeras seis preguntas, las cuales se presentan en una hoja horizontal con su respectivo encabezado y diez columnas; la primera corresponde al número de familiares que proveen apoyo o los sujetos significativos en la vida del paciente, donde se colocaran las siglas del familiar por orden de significancia; la segunda columna es para especificar la relación con el paciente de la persona registrada en la columna anterior; de la tercera columna a la octava se mide el apoyo emocional y tangible (Norbeck, 1995).

El patrón de respuestas para las preguntas del uno al seis es: poco = 1, moderadamente = 2; bastante = 3; mucho = 4. Para la pregunta siete las respuestas pueden ser: menos de seis meses = 1; de seis meses a 12 meses = 2; de 1 a 2 años = 3; de 2 a 5 años = 4; más de 5 años = 5; para la pregunta 8 las posibles respuestas son: diariamente = 5; semanalmente = 4; mensualmente = 3; pocas veces al año = 2; una vez al año = 1.

El instrumento de Apoyo Social fue desarrollado por Norbeck, Lindsey, Carrieri (1981) y reportaron un Alpha de Cronbach de .88 para apoyo emocional y tangible y de .92 para el resto del instrumento. En México fue aplicado por Carmona, en población mexicana; reporto un Alpha de Cronbach .97 (Carmona, Garcia & Vega, 1998); en población adulta con diabetes mellitus se obtuvo un Alpha Cronbach de .87 para la escala general, para apoyo emocional .98 y para tangible, .72 (Esparza, 1999); en población de la frontera norte de México con

enfermedad crónica se reportó un Alpha de Cronbach .99, (Cadena, 1999); en población femenina adulta se obtuvo un Alpha Cronbach de .98 en la escala general para apoyo emocional .98 y para el tangible .90 (Quintana, 2000).

2.4.5 El Instrumento del Perfil de Estilos de Vida Adaptado al Paciente con Hipertensión Arterial, de Pender (1987) (PEVPHTA)

Este instrumento fue adaptado del Perfil de Estilos de Vida de Pender, 1987 (PEPS I). La adaptación se basó en la NOMPTCPHTA (1999), consta de 36 reactivos tipo Likert con un patrón de respuesta. Los 36 reactivos están distribuidos en seis subescalas: responsabilidad en salud, con 10 preguntas; ejercicio, con cinco; nutrición con seis; manejo del estrés, con siete preguntas; no consumo de tabaco, con cuatro y no consumo de alcohol, con cuatro. Para cada pregunta el patrón de respuesta tiene cuatro criterios que son: nunca = 1; a veces = 2; frecuentemente = 3; rutinariamente = 4; El valor mínimo es 36 y el máximo de 144, donde a mayor puntuación mejor estilo de vida.

Walker et al, (1987) reportaron un Alpha de Cronbach para la escala general de .93 y varió de .81 a .91 para las subescalas. Pender, Sechrist, Walker y Stromborg (1990) reportaron un Alpha Cronbach de .93 para la escala general; para cada subescala se obtuvieron en: responsabilidad en salud .86; actividad física .85; nutrición .80 y manejo de estrés .79. Duffy (1997) reporta un Alpha de Cronbach de .94 para la escala general y para las subescalas: nutrición .76; responsabilidad de salud .83; ejercicio .86 y manejo del estrés con .76. Salazar (1996) aplicó el instrumento a madres de familia de diferente estrato socioeconómico del norte del país y reportó una Alpha de Cronbach de .92. Rodríguez, (1996) aplicó el instrumento en adultos jóvenes universitarios reportó un Alpha de Cronbach de .76 para la escala general. Esparza, (1999) aplicó el instrumento en paciente con diabetes tipo 2 y reportó un Alpha de Cronbach de

.90 para la escala general; para las subescalas de responsabilidad en salud de .70; ejercicio de .78; manejo del estrés .67 y nutrición .53.

Las escalas de los instrumentos MOSPHTA, CAPPHTA, NSSQPHTA y PEVPHTA fueron transformadas a una escala de cero a 100, para facilitar la comparación requerida entre ellas.

2.5 Procedimiento

La recolección de información: Antes de la aplicación de los estudios se cubrieron los tramites correspondientes con la dirección de la clínica de los Servicios Médicos para los Trabajadores de la Universidad Autónoma de Nuevo León y con los directivos de la Unidad Médico Familiar número 19 del IMSS para obtener la autorización para la realización del estudio y contar con las facilidades necesarias. Previa a esta autorización se contó con la aprobación del Comité de Ética y de Investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Se realizó una prueba piloto en 45 pacientes de estrato socioeconómico Medio y Bajo para conocer la claridad de las preguntas, el tiempo de llenado de los instrumentos así como la consistencia interna de los mismos. Posterior a la prueba piloto se realizó adecuación eliminando de la escala PEPS I subescalas que fueron soporte interpersonal que mostraba problemas conceptuales con apoyo social y la subescala de autorealización por el uso de términos difíciles de entender para la mayoría de la muestra.

Del cuestionario de apoyo social de NSSQ se dejaron solamente seis preguntas y se eliminan lo relacionado con el tiempo, frecuencia de visita y pérdidas, por considerarse que éstas no corresponden conceptualmente al apoyo social planteado por Pender (1996) en el MPS.

Para la recolección de datos se utilizó la entrevista, los cinco instrumentos fueron aplicados por la autora de la investigación. La forma para obtener la

información fue por medio de visitas domiciliarias en la cual se explicó el propósito de la visita y se solicitó la autorización al paciente para incluirlo como sujeto de estudio por medio del consentimiento informado verbal y por escrito posterior al cual se daba inicio a la entrevista. En los sujetos de la Clínica de los Servicios Médicos para Trabajadores Universitarios se llamaba por teléfono para asegurar la visita, hacer una cita y poder contar con el tiempo del paciente. En los casos en los que no contaba con teléfono el sujeto se visitó en el domicilio hasta tres ocasiones para lograr la entrevista. Para iniciar la entrevista se buscaba un lugar cómodo y privado, donde el paciente pudiera sentirse en confianza para responder las preguntas. Se formulaba la pregunta pausadamente para ser escuchada y comprendida por el paciente además en los casos que fue necesario se mostraban ilustraciones de las opciones respuestas de cada instrumento (Apéndices G, H, I y J) se esperaba la respuesta del entrevistado y se llenaba el cuestionario. En los casos en que el paciente solicitaba que se repitiera la pregunta se volvía hacer.

El tiempo calculado para cada entrevista fue de 25 minutos al finalizar se ofreció una orientación sobre estilos de vida saludables del paciente con hipertensión arterial tanto al paciente como a su familiar también se brindó el servicio de toma de presión arterial, peso, talla y se les entregaba el dato por escrito y se les obsequiaba un tríptico sobre estilos de vida saludables del paciente con hipertensión que fue elaborado por la autora del estudio y aprobado por las autoridades de las instituciones de salud a la que pertenecían los pacientes. Al término de la entrevista se agradecía al sujeto su participación.

Los cuestionarios fueron revisados para verificar que estuvieran completos y bien codificados.

2.6 Ética del Estudio

De acuerdo a lo dispuesto en la Ley general de Salud de 1987, y en lo correspondiente a investigación en esta área se acata de conformidad a lo señalado en los siguientes artículos: Artículo 13: Se solicitó la autorización para realizar el estudio a las autoridades correspondientes de las instituciones de salud obteniendo su aprobación; en el estudio se respetaron la dignidad y los derechos del paciente (sujeto de estudio) buscando siempre su seguridad y bienestar. En relación con el artículo 14, fracción V, la participación en el estudio fue voluntaria, previa información verbal y por escrito, se le indicó que se podría retirar del estudio cuando lo considerara necesario. Artículo 16 se garantizó el anonimato; los datos fueron sólo del conocimiento exclusivo del investigador, quien los depositará en un archivo secreto y una vez que sea aprobado el estudio por autoridades académicas se destruirá sin dejar rastro alguno.

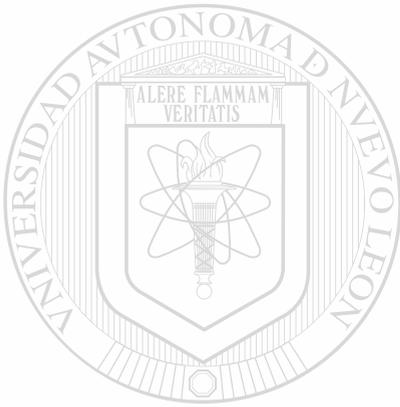
Capítulo II, fracción I artículo 17, el estudio fue de riesgo mínimo para los sujetos seleccionados de la muestra de investigación, dicha consideración obedece a que sólo se realizaron procedimientos sencillos como fueron la toma y registro de peso, talla presión arterial y la aplicación dirigida de cinco cuestionarios. Artículo 20: la participación de los sujetos de estudio se logró bajo un consentimiento informado verbalmente sin presión o coherción.

2.7 Estrategias de Análisis

El procesamiento de los datos se realizó por medio del paquete computacional SPSS versión 8.0. Se midió la consistencia interna a cuatro instrumentos a través del coeficiente Alpha de Cronbach. El análisis estadístico fue descriptivo e inferencial. En el análisis descriptivo se obtuvieron frecuencias, porcentajes, medidas de centralidad (media, mediana) y medidas de variabilidad (rango, desviación estandar, varianza) para las variables originales e índices de los instrumentos. Para el análisis estadístico inferencial se utilizó la prueba de

normalidad de Kolmogorov -Smirnov así como correlaciones de Spearman. Las hipótesis se verificaron con los siguientes estadísticos; para la hipótesis 1, 2, 3, y 4 se utilizó la regresión lineal múltiple; para la hipótesis 5 se aplicó la prueba de U de Mann Whitney.

Los datos se presentan en tablas de contingencia y en gráficas, para ello se utilizó el paquete del Windows 98, los programas: Microsoft Word, Microsoft Power Point, Microsoft Excel. Los resultados se presentan a continuación.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CAPITULO III

3. Resultados

Los resultados que se reportan corresponden al estudio efectuado en pacientes con hipertensión arterial que se atienden en la clínica de los Servicios Médico para Trabajadores de la Universidad Autónoma de Nuevo León denominado estrato Medio y los pacientes que reciben atención en la Unidad Médico Familiar número 19 del Instituto Mexicano del Seguro Social residentes en la colonia Pueblo Nuevo del municipio de Apodaca Nuevo León denominado estrato Bajo.

El contenido de este capítulo incluye los siguientes apartados: 1) confiabilidad de los instrumentos, 2) datos descriptivos de los factores personales biológicos, socioculturales y los relacionados con la enfermedad, 3) índice de los instrumentos y prueba de Kolmogorov-Smirnov 4) correlaciones de Spearman de las variables de estudio y 5) prueba de hipótesis.

3.1 Confiabilidad de los Instrumentos

La confiabilidad de los instrumentos se determinó por medio del coeficiente Alpha de Cronbach. Los resultados se muestran en las siguientes tablas.

Tabla 1

Coefficientes Alpha de Cronbach para el Cuestionario de Percepción del Estado de Salud (MOSPHTA)

No	Subescalas	No	Reactivos	Estrato		Total
				Medio	Bajo	
1	Salud Mental	5	2,3,4,5,6	.63	.83	.71
2	Funcionamiento Físico	6	7,8,9,10,11 y 12	.69	.78	.72
3	Funcionamiento de Rol	2	13,14	.83	.82	.83
4	Percepción de Salud	5	15,16,17,18 y 19	.86	.79	.85
	Escala General	20	Del 1 al 20	.86	.81	.84

Fuente: MOSPHTA

n₁=190; n₂=65; n = 255

En la tabla 1 se observan los resultados del Alpha de Cronbach del instrumento de percepción del estado de salud MOS en dos estratos (Medio y Bajo) así como la consistencia interna general. Todas las escalas se consideran aceptables de acuerdo a Polit (1997).

Tabla 2

Coefficientes Alpha de Cronbach para la Cédula de Autoeficacia Percibida (CAPPHTA)

No	Subescalas	No	Reactivos	Estrato		Total
				Medio	Bajo	
1	Responsabilidad en Salud	2	13, 14	.60	.48	.60
2	Ejercicio	2	10, 14	.82	.58	.77
3	Nutrición	4	1, 2, 3, 4	.81	.81	.81
4	Manejo de Estrés	3	9, 11 y 12	.75	.56	.70
5	No Consumo de Tabaco	2	5, 6	.86	.99	.92
6	No Consumo de Alcohol	2	7, 8	.60	.48	.60
	Escala General	15	Del 1 al 15	.80	.84	.82

Fuente: CAPPHTA

$n_1=190$; $n_2=65$; $n=255$

La tabla 2 muestra la consistencia interna del instrumento CAPPHTA para los dos estratos y el total. Las subescalas de responsabilidad en salud y no consumo de alcohol fueron las más bajas con .60 de Alpha de Cronbach de acuerdo a Polit (1997) los resultados son aceptables por ser la primera ocasión que se utiliza la escala.

Tabla 3

Coefficientes Alpha de Cronbach para la Cédula de Apoyo Social de Norbeck (NSSQPHTA)

No	Subescalas	No	Reactivos	Estrato		Total
				Medio	Bajo	
1	Apoyo Emocional	4	1, 2, 3, 4	.86	.84	.84
2	Apoyo Tangible	2	5, 6	.60	.88	.60
	Escala General	6	Del 1 al 6	.79	.87	.83

Fuente: NSSQPHTA

$n_1=190$; $n_2=65$; $n=255$

En la tabla 3 se presenta la consistencia interna del instrumento de apoyo social de Norbeck los resultados de la subescala apoyo tangible fue la más baja

para el estrato Medio. La subescala total también reporto .60 de Alpha de Cronbach.

Tabla 4

Coefficientes Alpha de Cronbach para la Cédula de Perfil de Estilos de Vida (CPEVPHTA)

No	Subescalas	No	Reactivos	Estrato		Total
				Medio	Bajo	
1	Responsabilidad Salud	10	2,7,13,16,21,24,26,33,34,36	.72	.81	.81
2	Ejercicio	5	3,10,17,22,29,	.60	.64	.62
3	Nutrición	6	1,4,11,14,19,25	.61	.54	.66
4	Manejo de Estrés	7	6,9,20,28,30,31, 32	.62	.72	.70
5	No consumo de tabaco	4	8,12,18,27	.61	.52	.63
6	No consumo de alcohol	4	5,15,23,35	.82	.61	.76
	Escala General	36	Del 1 al 36	.86	.89	.90

Fuente: CPEVPHTA

$n_1=190$; $n_2=65$; $n=255$

En la tabla 4 se presenta los resultados de la consistencia interna del instrumento perfil de estilos de vida en pacientes con hipertensión arterial. La escala general tuvo .90 de Alpha de Cronbach por lo que se considera aceptable.

3.2 Datos Descriptivos de Factores Personales Biológicos, Socioculturales y Relacionados con la Enfermedad

Como se señaló anteriormente los datos que se presentan corresponden a los factores personales estudiados, se reportan como (n_1) la muestra de estrato Medio con 190 sujetos y la muestra (n_2) de estrato Bajo con 65 sujetos. La muestra total fue de 255.

En la tabla 5 se muestran los factores personales biológicos y socioculturales para ambos estratos. Se puede apreciar que de acuerdo a la edad de 45 a 54 y 55 a 64 años se concentra el mayor porcentaje de los pacientes en el estrato Medio (36.8 %) y en el Bajo (30.8 %). El sexo femenino es el predominante en ambos estratos Medio (71.1 %) y Bajo (78.5 %). El 78.4 por ciento de los pacientes del estrato Medio tienen pareja y el 73.8 por ciento en el estrato Bajo. En relación con la escolaridad en ambos estratos el mayor porcentaje de la

Tabla 5
Factores Personales Biológicos y Socioculturales

FACTORES PERSONALES	ESTRATO MEDIO		ESTRATO BAJO		TOTAL	
	fr	%	Fr	%	fr	%
Edad						
18 – 34	2	1.1	2	3.1	4	1.6
35 – 44	19	10.0	3	4.6	22	8.6
45 – 54	70	36.8	20	30.8	90	35.4
55 – 64	56	29.5	24	36.9	80	31.3
65 – 74	38	20.0	13	20.0	51	20.0
75 y más	5	2.6	3	4.6	8	3.1
Total	190	100.0	65	100.0	255	100.0
Sexo						
Femenino	135	71.1	51	78.5	186	72.9
Masculino	55	28.9	14	21.5	69	27.1
Total	190	100.0	65	100.0	255	100.0
Estado Civil						
Con pareja	149	78.4	48	73.8	192	75.3
Sin pareja	41	21.6	17	26.2	63	24.7
Total	190	100.0	65	100.0	255	100.0
Educación						
Sin escolaridad	16	8.4	20	30.8	36	14.1
Primaria	66	34.7	39	60.0	105	41.2
Capacitación	15	7.9	5	7.7	20	7.8
Secundaria	16	8.4	1	1.5	17	6.7
Prof. Medio	15	7.9	0	0.0	15	5.9
Bachillerato	7	3.7	0	0.0	7	2.7
Profesional	55	28.9	0	0.0	55	21.6
Total	190	100.0	65	100.0	255	100.0
Tipo de Empleo						
Empleado	86	45.3	14	21.5	100	39.3
Jubilado	36	18.9	8	12.3	44	17.2
Ama de Casa	68	35.8	43	66.1	111	43.5
Total	190	100.0	65	100.0	255	100.0

Fuente CFPHTA

n₁ = 190; n₂ = 65; n = 255

población cuenta con estudios de primaria el 34.7 por ciento para el estrato Medio y el 60.0 por ciento para el estrato Bajo. Sin embargo en el estrato Medio el 28.9 por ciento cuenta con estudios profesionales. Con relación al tipo de empleo en el estrato Medio el 45.3 son empleados mientras que en el estrato Bajo el 66.1 se dedican al hogar.

En tabla 6 se presentan los factores personales relacionados con la hipertensión arterial. En el estrato Medio el 63.2 por ciento de los pacientes presentan antecedentes heredofamiliares de hipertensión arterial y el 43.1 por ciento en el estrato Bajo. El 40.0 por ciento corresponde a sus padres en el estrato Medio y el 26.1 por ciento para el estrato Bajo. En cuanto a los años de trayectoria de la enfermedad el 61.1 por ciento tiene 4 años en el estrato Medio y

Tabla 6

Factores Personales Relacionados con la Hipertensión Arterial

Factores Personales	ESTRATO MEDIO		ESTRATO BAJO		TOTAL	
	fr	%	fr	%	fr	%
Antecedentes						
Si	120	63.20	28	43.1	107	42.00
No	70	36.80	37	56.9	148	58.00
Total	190	100.00	190	100.00	255	100.00
Familiar HTA						
Padres	76	40.00	17	26.10	93	36.40
Hermano/a	42	22.10	8	12.40	50	19.60
Tía /o	2	1.10	0	0.00	2	.80
Hija/o	0	0.00	3	4.60	3	1.20
No familiar HTA	70	36.80	37	56.90	107	42.00
Total	190	100.00	65	100.00	255	100.00
A Trayectoria						
1-4	116	61.10	38	58.40	154	60.40
5-9	38	20.00	18	27.70	56	22.00
10-15	23	12.10	5	7.70	28	11.00
15-20	13	6.80	4	6.20	17	6.60
Total	190	100.00	65	100.00	255	100.00
Años Programa						
1-4	153	80.50	47	72.30	200	79.00
5-9	27	14.20	13	20.00	40	15.10
10-14	8	4.20	3	4.60	11	4.30
15-20	2	1.10	2	3.10	4	1.60
Total	190	100.00	65	100.00	255	100.00
Enfermedad						
E. Cerebral	4	2.10	0	0.00	4	1.60
E. Corazón	6	3.20	1	1.50	7	2.70
C Hipertensiva	31	16.30	6	9.20	37	14.50
Sin enfermedad	149	78.40	58	89.20	207	81.20
Total	190	100.00	65	100.00	255	100.00

Fuente: FPPHTA

n₁=190;n₂=65;

n = 255

el estrato Bajo presenta el 58.4 por ciento. El 80.5 por ciento tuvo de 1 a 4 años de estar incorporado a un Programa de Control de HTA en el estrato Medio y el estrato Bajo el 72.3 por ciento. De los pacientes que han presentado enfermedad relacionada a la hipertensión arterial el 16.3 por ciento han cursado con crisis hipertensiva en el estrato Medio el 9.2 por ciento en el estrato Bajo.

3.3 Índices y Prueba de Kolmogorov-Smirnov de los Instrumentos

A continuación se presentan las estadísticas descriptivas de los instrumentos: MOSPHTA, CAPPHTA, NSSQPHTA y PEVPHTA, así como la prueba de normalidad de Kolmogorov -Smirnov para los estratos Medio, Bajo y muestra total.

Tabla 7

**Estadísticas Descriptivas y Prueba de Kolmogorov - Smirnov
de los Índices MOS, APPHTA, NSSQ y PEVPHTA Total**

Índices	Valor Mínimo	Valor Máximo	Media	Mediana	Rango	DE	K-S-Z	Valor p
MOSPHTA	18.10	86.98	63.43	70.00	68.88	12.49	1.917	.001
Salud Mental	4.00	100.00	72.00	72.00	96.00	17.48	2.156	.001
F. Físico	.00	100.00	76.60	76.60	100.00	22.02	4.730	.001
Rol Funcional	.00	100.00	94.50	100.00	100.00	22.57	8.502	.001
Percepción Salud	.00	100.00	58.87	65.00	100.00	21.02	1.983	.001
CAPPHTA	35.56	100.00	77.39	77.77	64.44	15.10	1.329	.058
R Salud	16.67	100.00	76.53	83.33	83.33	24.11	3.686	.001
Ejercicio	16.67	100.00	68.62	66.66	83.33	26.63	3.168	.008
Nutrición	8.33	100.00	77.32	83.33	91.67	21.71	3.076	.001
Manejo del Estrés	11.11	100.00	71.54	66.66	88.89	22.96	2.226	.001
No Consumo Tabaco	.00	100.00	94.31	100.00	100.00	18.39	8.107	.001
No Consumo Alcohol	33.33	100.00	94.64	100.00	66.67	14.40	7.985	.001
NSSQPHTA	.00	100.00	78.48	83.33	100.00	20.24	2.298	.001
Emocional	.00	100.00	82.35	89.58	100.00	19.79	2.974	.001
Tangible	.00	100.00	74.61	83.33	100.00	26.82	2.952	.001
PEVPHTA	6.48	98.15	60.97	62.96	91.67	17.10	.893	.403
R Salud	6.67	100.00	60.79	63.33	93.33	23.30	1.442	.003
Ejercicio	.00	100.00	33.43	33.33	100.00	24.61	1.653	.008
Nutrición	.00	100.00	63.83	66.66	100.00	19.96	1.558	.016
Manejo del Estrés	9.52	90.48	64.14	66.66	90.48	21.94	1.388	.042
No Consumo Tabaco	.00	100.00	71.01	75.00	100.00	21.75	3.071	.001
No Consumo Alcohol	.00	100.00	75.94	75.00	100.00	18.45	4.088	.001

Fuente: Cuestionarios Aplicados

n = 255

Como se observa en la tabla 7 correspondiente a la muestra total donde la mayor media de la escala de MOS fue para la subescala de rol funcional con una media 94.50, y obtuvo la mayor variabilidad con 22.57 de desviación estándar (DE). De la escala de autoeficacia percibida las medias más altas fueron para las subescalas de no consumo de alcohol con 94.64 y de no consumo de tabaco con 94.31 de media. La mayor variabilidad fue para la subescala de ejercicio con 26.63 de DE.

En relación con la escala de apoyo social de NSSQ la media más alta fue para apoyo emocional con 82.35; la mayor variabilidad fue para apoyo tangible con 26.82 de DE. De la escala de PEVPHTA la media más alta fue para la subescala de no consumo de alcohol con 75.94 de media. La mayor variabilidad fue para la subescala de ejercicio con 24.61 de DE. También en la tabla 7 muestra que los índices de las subescalas mostraron significancia, por lo que se rechaza la hipótesis nula de que los índices tienen distribución normal.

Tabla 8

Estadísticas Descriptivas y Prueba de Kolmogorov - Smirnov de los Índices MOS, APPHTA, NSSQ y PEVPHTA del Estrato Medio

Índices	Valor Mínimo	Valor Máximo	Media	Mediana	Rango	DE	K-S-Z	Valor p
MOSPHTA	26.98	100.00	70.93	72.53	73.02	14.78	.860	.450
Salud Mental	24.00	100.00	72.67	72.00	100.00	15.54	1.490	.024
F. Físico	.00	100.00	76.40	83.33	100.00	21.69	4.121	.001
Rol Funcional	.00	100.00	21.65	100.00	100.00	21.65	7.329	.001
Percepción Salud	.00	100.00	23.30	67.00	100.00	23.30	1.820	.003
CAPPHTA	42.22	100.00	78.93	77.77	67.78	14.40	1.367	.048
R Salud	16.67	100.00	79.82	83.33	83.33	23.17	3.665	.001
Ejercicio	.00	100.00	54.29	50.00	100.00	37.33	2.795	.001
Nutrición	8.33	100.00	79.21	100.00	91.67	21.15	2.843	.001
Manejo del Estrés	11.11	100.00	72.63	77.77	88.89	23.16	1.992	.001
No Consumo Tabaco	.00	100.00	95.87	100.00	100.00	14.81	7.097	.001
No Consumo Alcohol	.00	100.00	95.26	100.00	100.00	15.55	6.928	.001
NSSQPHTA	30.77	100.00	85.99	100.00	69.27	13.64	2.099	.001
Emocional	.00	100.00	83.98	91.66	69.27	19.57	2.851	.001
Tangible	.00	100.00	75.63	83.33	100.00	27.44	2.859	.001
PEVPHTA	10.19	98.16	65.88	66.66	87.96	14.46	.808	.853
R Salud	20.00	100.00	67.85	70.00	80.00	19.25	1.008	.261
Ejercicio	.00	100.00	36.59	33.33	100.00	24.81	1.172	.128
Nutrición	.00	100.00	68.94	72.22	100.00	18.24	1.473	.026
Manejo del Estrés	9.52	100.00	69.02	71.42	90.48	19.92	1.243	.091
No Consumo Tabaco	.00	100.00	75.00	75.00	100.00	19.10	2.750	.001
No Consumo Alcohol	.00	100.00	75.00	75.00	100.00	18.72	3.374	.001

Fuente: Cuestionarios Aplicados

n₁ = 190

En la tabla 8 se muestran las estadísticas descriptivas de los instrumentos aplicados en el estrato Medio. Se puede observar que la media más alta de la escala MOS, fue para la subescala funcionamiento físico con 76.40 de media y la desviación estándar de 21.69. En la escala de APPHTA obtuvieron las medias más altas las subescalas de no consumo de tabaco con 95.87 y no consumo de alcohol con 95.26 de media; la mayor variabilidad fue para la subescala de ejercicio 37.33 de DE.

En relación con la escala de NSSQ el apoyo emocional mostró la media más alta con 83.98, el apoyo tangible tuvo la mayor desviación estándar (27.44).

En la escala de PEVPHTA, se observa que las subescalas que obtuvieron las más altas medias fueron no consumo de tabaco con 75.00 y no consumo de alcohol 75.00. la mayor variabilidad fue para la subescala de ejercicio con 24.81 de D.E. La tabla 8 también mostró que los índices de las subescalas fueron

significativos, por lo que se rechaza la hipótesis nula de que los índices tienen distribución normal.

Tabla 9

Estadísticas Descriptivas y Prueba de Kolmogorov-Smirnov de los Índices MOS, APPHTA, NSSQ y PEVPHTA del Estrato Bajo

Índices	Valor Mínimo	Valor Máximo	Media	Mediana	Rango	DE	K-S-Z	Valor p
MOS	30.16	84.13	60.87	65.07	53.97	13.05	1.204	.110
Salud Mental	4.00	100.00	70.03	72.00	96.00	22.25	1.505	.022
F. Físico	.00	100.00	77.17	83.33	100.00	24.75	2.342	.001
Rol Funcional	.00	100.00	95.35	100.00	100.00	19.38	4.300	.001
Percepción Salud	25.00	100.00	55.23	55.00	75.00	20.00	1.245	.090
APPHTA	30.16	84.13	72.88	76.66	53.97	15.95	.896	.399
R Salud	16.67	100.00	66.92	66.66	83.33	24.38	1.393	.041
Ejercicio	.00	100.00	49.23	50.00	100.00	32.19	.968	.306
Nutrición	16.67	100.00	71.79	75.00	83.33	22.56	1.203	.111
M Estrés	11.11	100.00	68.37	66.66	88.89	22.24	1.055	.215
No Cons Tabaco	.00	100.00	89.74	100.00	100.00	25.80	3.912	.001
No Cons Alcohol	33.33	100.00	94.61	100.00	66.67	14.46	3.961	.001
NSSQ	10.26	96.15	73.96	78.84	85.90	18.29	1.087	.188
Emocional	11.11	100.00	75.77	83.33	88.89	22.18	1.508	.021
Tangible	.00	100.00	69.01	75.00	100.00	28.14	1.134	.153
PEVPHTA	6.48	79.63	46.60	47.22	73.15	16.19	.737	.649
R Salud	6.67	86.67	40.15	40.00	80.00	21.91	.820	.512
Ejercicio	.00	66.67	24.20	20.00	66.67	21.68	1.178	.125
Nutrición	5.56	77.78	48.88	44.44	72.22	17.15	1.010	.259
M Estrés	9.52	95.24	49.89	21.51	85.71	21.51	.725	.669
No Cons Tabaco	.00	91.67	57.82	66.66	91.67	66.66	1.481	.025
No Cons Alcohol	.00	100.00	70.38	75.38	100.00	75.38	2.437	.001

Fuente: Cuestionarios Aplicados

$n_2 = 65$

La tabla 9 muestra los datos descriptivos de los diferentes índices obtenidos en la población de estrato Bajo, se puede observar que del instrumento MOS, la subescala que presentó la media más alta fue la de Rol Funcional ($M=95.35$). La mayor variabilidad la obtuvo la subescala funcionamiento físico con 24.75 de DE. El instrumento de autoeficacia APPHTA, la subescala de autoeficacia para el no consumo de alcohol obtuvo la media más alta de 94.61, la mayor variabilidad la obtuvo el no consumo de tabaco con 25.80 de DE. En lo referente al instrumento de Apoyo Social NSSQ, la subescala de apoyo emocional presentó una media mayor de 75.77 con una $DE=22.18$.

El instrumento de estilos de vida PEVPHTA, la subescala de no consumo de alcohol presentó la media mayor de 70.38 con una DE 75.38, el estilo de vida con una media menor fue el ejercicio (M=24.20, DE=21.68).

En los resultados de la prueba de Kolmogorov -Smirnov sólo se presentó normalidad en los índices de percepción de salud, autoeficacia para ejercicio, autoeficacia en nutrición, autoeficacia para el manejo del estrés, estilo de vida responsabilidad en salud, ejercicio, nutrición, manejo del estrés y apoyo tangible, por lo tanto se aplicó el Coeficiente de Correlación de Spearman, para estudiar las asociaciones entre los índices.

3.4 Correlación de Spearman de las Variables de Estudio

Con el propósito de conocer la asociación entre las variables de estudio se construyó una matriz de correlación de Spearman general y para cada estrato.

Tabla 10

Matriz de Correlación de Spearman Variables Biológicas, Socioculturales, Percepción del Estado de Salud y Estilos de Vida Total

VARIABLES	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. EDAD VALOR p	1. .001	-.334** .001	.140* .025	-.200** .001	.086 .169	-.066 .297	-.093 .137	-.088 .159	-.128 .041
2. EDUCACION FORMAL VALOR p	-.334** .001	1. .001	.200* .001	.496** .001	.266** .001	.386** .001	.276** .001	.329** .001	.216** .001
3. PERCEPCIÓN DEL E SALUD VALOR p	.140* .025	.200* .001	1. .001	.260** .001	.253 .001	.302 .001	.236** .001	.242 .001	.168** .007
4. INPEV RESPON SALUD VALOR p	-.200** .001	.496** .001	.260** .001	1. .001	.504 .001	.625** .001	.617** .001	.603** .001	.432** .001
5. INPEV EJERCICIO VALOR p	.086 .169	.266** .001	.253 .001	.504 .001	1. .001	.457** .001	.465** .001	.367** .001	.213 .001
6. INPEV NUTRICION VALOR p	-.066 .297	.386** .001	.302 .001	.625** .001	.457** .001	1. .001	.514** .001	.529** .001	.365** .001
7. INPEV MANEJO ESTRÉS VALOR p	-.093 .137	.276** .001	.236** .001	.617** .001	.465** .001	.514** .001	1. .001	.495** .001	.307 .001
8. INPEV NO CONS TABACO VALOR p	-.088 .159	.329** .001	.242 .001	.603** .001	.367** .001	.529** .001	.495** .001	1. .001	.483** .001
9. INPEV NO CONS ALCOHOL VALOR p	-.128 .041	.216** .001	.168** .007	.432** .001	.213 .001	.365** .001	.307 .001	.483** .001	1. .001

** Correlación significativa 0.01

*Correlación significativa 0.05

Fuente: CFPHTA; CPEVPHTA

n = 255

Los resultados de la tabla 10 muestran los coeficientes de correlación de la muestra general e indican que la edad influye en el índice de responsabilidad en

salud, y el no consumo de alcohol ($r_s = -.200$, $p = .001$; $r_s = -.128$, $p = .041$), la educación formal influye en la responsabilidad en salud, ejercicio, nutrición, manejo del estrés, no consumo de tabaco y no consumo de alcohol de una manera significativa ($p = .001$). La variable psicológica percepción del estado de salud muestra asociación con la subescala responsabilidad en salud ($r_s = .260$, $p = .001$) ejercicio ($r_s = .253$, $p = .001$), nutrición ($r_s = .302$, $p = .001$), manejo del estrés ($r_s = .236$, $p = .001$), no consumo de tabaco ($r_s = .242$, $p = .001$) y no consumo de alcohol ($r_s = .168$, $p = .007$).

.Tabla 11

Matriz de Correlación de Spearman Variables Biológicas, Socioculturales, Percepción del Estado de Salud y Estilos de Vida del Estrato Medio

VARIABLES	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. EDAD VALOR p	1.								
2. EDUCACION FORMAL VALOR p	-.345** .001	1.							
3. PERCEPCIÓN DEL E SALUD VALOR p	.122 .094	-.224** .002	1.						
4. INPEV RESPON SALUD VALOR p	-.185* .011	.410** .001	.227** .001	1.					
5. INPEV EJERCICIO VALOR p	-.075 .306	.198** .006	.280 .001	.462** .001	1.				
6. INPEV NUTRICION VALOR p	-.064 .382	.288** .001	.393** .001	.504** .001	.434** .001	1.			
7. INPEV MANEJO ESTRÉS VALOR p	-.093 .204	.127 .081	.260** .001	.516** .001	.392** .001	.366** .001	1.		
8. INPEV NO CONSUMO TABACO VALOR p	-.064 .384	.256** .001	.305 .001	.501** .001	.320** .001	.416** .001	.399** .001	1.	
9. INPEV NO CONSUMO ALCOHOL VALOR p	-.128 .079	.181* .012	.176 .015	.409** .001	.185* .010	.299** .001	.270** .001	.464** .001	1.

** Correlación significativa 0.01

*Correlación significativa 0.05

Fuente: CFPPhTA; CPEVPhTA

$n_1 = 190$

En la tabla 11 se muestra que al obtener el coeficiente de correlación de Spearman para estudiar la asociación de las variables personales con el estilo de vida en los sujetos del estrato Medio se encontró correlación positiva y significativa de la educación formal con el estilo de vida responsabilidad en salud, ejercicio, nutrición, no consumo de tabaco y no consumo de alcohol, de igual forma la variable psicológica percepción del estado de salud con la

responsabilidad en salud, ejercicio, nutrición, manejo del estrés, no consumo de tabaco y no consumo de alcohol con un valor de $p < .05$.

Tabla 12

Matriz de Correlación de Spearman Variables Biológicas, Socioculturales, Percepción del Estado de Salud y Estilos de Vida del Estrato Bajo

VARIABLES	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. EDAD VALOR p	1.								
2. EDUCACIÓN FORMAL VALOR p	-.110 .381	1.							
3. PERCEPCIÓN DEL E SALUD VALOR p	-.163 .194	.118 .349	1.						
4. INPEV RESPOS SALUD VALOR p	-.097 .442	.145 .248	.053 .677	1.					
5. INPEV EJERCICIO VALOR p	-.043 .734	.214 .087	.131 .300	.608** .001	1.				
6. INPEV NUTRICIÓN VALOR p	.034 .788	.097 .444	.010 .938	.633** .001	.386** .002	1.			
7. INPEV MANEJO ESTRÉS VALOR p	.046 .717	.220 .078	.109 .388	.702** .001	.585** .001	.574** .001	1.		
8. INPEV NO CONSUMO TABACO VALOR p	-.063 .616	.015 .909	.007 .958	.638** .001	.414** .001	.634** .001	.559** .001	1.	
9. INPEV NO CONSUMO ALCOHOL VALOR p	-.050 .693	-.155 .248	.110 .381	.282* .023	.215 .086	.332** .007	.206 .097	.403** .001	1.

$r_2 = 66$

** Correlación significativa 0.01

* Correlación significativa 0.05

Fuente: CFPPhTA; CPEVPHTA

En la tabla 12 se observa que no existió correlación significativa en el estrato Bajo de los factores personales edad, educación percepción del estado de salud con los estilos de vida.

En la tabla 13 se puede observar que existe correlación positiva y significativa entre las variables apoyo emocional y todos los estilos de vida a excepción del estilo de vida consumo de alcohol. El apoyo tangible mostró correlación positiva y significativa con responsabilidad en salud ($r_s = .142$, $p .023$) ejercicio ($r_s = .134$, $p .032$) y no consumo de tabaco. No existió significancia con el estilo de vida de nutrición, ni manejo de estrés y no consumo de alcohol. También se observa que en relación con la autoeficacia esta mostró correlación positiva y significativa en todos los estilos de vida ($p < .05$).

En la tabla 14 se muestra que al obtener el coeficiente de correlación de

Tabla 13

Matriz de Correlación de Spearman Variables de Autoeficacia Percibida Apoyo Social y Estilos de Vida Total

VARIABLES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.IN AUTOEFICACIA P NUTRICION Valor p	1.													
2.IN AUTOEFICACIA P NO CONS TABACO Valor p	.163** .009	1.												
3.IN AUTOEFICACIA P NO CONS ALCOHOL Valor p	.093 .140	.432** .001	1.											
4.IN AUTOEFICACIA P EJERCICIO Valor p	.403** .001	.119 .058	.083 .184	1.										
5.IN AUTOEFICACIA P MANEJO ESTRÉS Valor p	.424** .001	.107 .088	.117 .063	.719** .001	1.									
6.IN AUTOEFICACIA P RESPONSA SALUD Valor p	.442** .001	-.005 .919	.037 .559	.465** .001	.607** .001	1.								
7. APOYO EMOCIONAL Valor p	.167** .007	.039 .536	-.007 .907	.147* .019	.133* .033	.055 .382	1.							
8. APOYO TANGIBLE Valor p	.135* .031	-.001 .990	-.084 .182	.054 .389	.121 .053	.123* .050	.507** .001	1.						
9.INPEV RESPONSA SALUD Valor p	.334** .001	.209** .001	.110 .079	.306 .001	.304** .001	.405** .001	.208** .001	.142* .023	1.					
10.IN PEV EJERCICIO Valor p	.271** .001	.128* .042	.030 .630	.385 .001	.313** .001	.329** .001	.142* .023	.134* .032	.504** .001	1.				
11. INPEV NUTRICION Valor p	.337** .001	.135* .031	.047 .458	.216** .001	.288** .001	.347** .001	.132* .035	.082 .194	.625** .001	.457** .001	1.			
12.INPEV MANEJO ESTRÉS Valor p	.210** .001	.219** .001	.111 .077	.225** .001	.324** .001	.243** .001	.161* .010	.096 .126	.617** .001	.465** .001	.514** .001	1.		
13.INPEV NO CONSUMO DE TABACO Valor p	.274** .001	.385** .001	.146* .020	.257** .001	.264** .001	.294 .001	.197** .001	.134* .032	.603** .001	.367** .001	.529** .001	.495** .001	1.	
14.INPEV NO CONSUMO DE ALCOHOL Valor p	.238** .001	.267** .001	.400** .001	.185** .003	.163** .009	.138 .027	.040 .525	.046 .464	.432** .001	.213** .001	.365** .001	.307** .001	.483** .001	1.

** Correlación significativa 0.01

* Correlación significativa 0.05

Fuente: CAPPHTA, NSSQPHTA, CPEVPHTA

n = 258

Spearman entre las variables se encontró en la población de estrato Medio una asociación positiva significativa de la autoeficacia en nutrición con el estilo de vida nutrición, responsabilidad en salud, no consumo de tabaco con un valor de $p = .001$ y asociación con no consumo de alcohol, con un valor de $p < .05$.

El índice de autoeficacia para el no consumo de tabaco presentó correlación positiva con el estilo de vida no consumo de tabaco con un valor de $p = .001$, y con responsabilidad en salud, manejo del estrés, y no consumo de alcohol con un valor de $p < .005$. El índice de autoeficacia para el no consumo de alcohol mostró asociación con el estilo de vida no consumo de alcohol ($r_s = .412$, $p = .001$). Los índices de autoeficacia para el ejercicio y manejo del estrés mostraron correlación positiva significativa con todos los índices de estilos de vida con valor de $p = .001$ y $< .05$ como se muestra en la tabla. De la misma forma el índice de autoeficacia en responsabilidad en salud mostró asociación con los estilos de vida excepto con el manejo del estrés y no consumo de alcohol. El apoyo social emocional y tangible no mostraron asociación con el estilo de vida del paciente hipertenso. Lo anterior muestra que la autoeficacia si influye en el desarrollo de conductas promotoras de salud como lo es el estilo de vida.

En la tabla 15 se observan los datos de la muestra del estrato Bajo se encontró una correlación positiva significativa del índice de autoeficacia en nutrición con el estilo de vida manejo del estrés ($p = .001$) y no consumo de tabaco ($p < .05$); la autoeficacia para el no consumo de tabaco influye en el estilo de vida no consumo de tabaco ($p = .001$), responsabilidad en salud, ejercicio y no consumo de alcohol con un valor de $p < .05$. El índice de autoeficacia para el no consumo de alcohol mostró correlación positiva y significativa ($p < .05$) con todos los estilos de vida excepto con el de nutrición; el índice de autoeficacia para el ejercicio indica que existe una asociación positiva con el estilo de vida ejercicio, responsabilidad en salud, manejo del estrés y no consumo de alcohol con un

Tabla 14

Matriz de Correlación de Spearman Variables de Autoeficacia Percibida Apoyo Social y Estilos de Vida Estrato Medio Alto

VARIABLES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. IN AUTOEFICACIA P NUTRICION Valor p	1.													
2. IN AUTOEFICACIA P NO CONS TABACO Valor p	.121 .095	1.												
3. IN AUTOEFICACIA P NO CONS ALCOHOL Valor p	.062 .397	.441** .001	1.											
4. IN AUTOEFICACIA P EJERCICIO Valor p	.387** .001	.028 .697	.010 .887	1.										
5. IN AUTOEFICACIA P MANEJO ESTRÉS Valor p	.387** .001	.069 .221	.074 .307	.740** .001	1.									
6. IN AUTOEFICACIA P RESPONSA SALUD Valor p	.407** .001	-.040 .562	-.018 .807	.494** .001	.582** .001	1.								
7. APOYO EMOCIONAL Valor p	.150* .038	.002 .977	.012 .870	.184* .011	.098 .177	-.022 .768	1.							
8. APOYO TANGIBLE Valor p	.121 .095	-.086 .237	-.103 .156	.093 .203	.102 .162	.094 .199	.491** .001	1.						
9. INPEV RESPONSA SALUD Valor p	.323** .001	.194* .023	.072 .324	.312** .001	.277** .001	.310** .001	.106 .146	.028 .726	1.					
10. IN PEVEJERCICIO Valor p	-.270** .001	.039 .598	-.061 .403	.383** .001	.253** .001	.299** .001	.116 .111	.086 .236	.462** .001	1.				
11. INPEV NUTRICION Valor p	.318* .001	.103 .157	.018 .804	.198** .006	.256** .001	.265** .001	.040 .583	.012 .817	.504** .001	.434** .001	1.			
12. INPEV MANEJO ESTRÉS Valor p	.095 .192	.208 .004	.050 .496	.181* .012	.280** .001	.065 .375	.092 .208	.038 .602	.516** .001	.392** .001	.368** .001	1.		
13. INPEV NO CONSUMO DE TABACO Valor p	.243 .001	.362** .001	.098 .180	.285** .001	.265** .001	.221** .002	.110 .131	.048 .508	.501** .001	.320** .001	.418** .001	.399** .001	1.	
14. INPEV NO CONSUMO DE ALCOHOL Valor p	.228** .002	.228** .002	.412** .001	.153* .035	.162 .025	.121 .095	.004 .955	.008 .909	.409** .001	.185* .010	.299** .001	.270** .001	.464** .001	1.

** Correlación significativa 0.01

* Correlación significativa 0.05

Fuente: CAPPHTA, NSSQHTA, CPEVPHTA

n₁ = 190

Tabla 15
Matriz de Correlación de Spearman Variables de Autoeficacia Percibida
Apoyo Social y Estilos de Vida
Estrato Bajo

VARIABLES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.IN AUTOEFICACIA P NUTRICION Valor p	1.													
2.IN AUTOEFICACIA P NO CONS TABACO Valor p	.203 .106	1.												
3.IN AUTOEFICACIA P NO CONS ALCOHOL Valor p	.164 .191	.448** .001	1.											
4.IN AUTOEFICACIA P EJERCICIO Valor p	.398** .001	.337** .006	.306* .013	1.										
5.IN AUTOEFICACIA P MANEJO ESTRÉS Valor p	.478** .001	.149 .235	.256* .040	.831** .001	1.									
6.IN AUTOEFICACIA P RESPONS SALUD Valor p	.455** .001	-.002 .985	.203 .105	.308* .013	.705** .001	1.								
7. APOYO EMOCIONAL Valor p	.114 .365	.079 .532	-.056 .657	-.016 .902	.210 .093	.149 .237	1.							
8. APOYO TANGIBLE Valor p	.113 .372	.170 .175	-.032 .802	-.130 .303	.136 .273	.154 .221	.519** .001	1.						
9.INPEV RESPONS SALUD Valor p	.229 .067	.312* .011	.291* .019	.270* .029	.363** .003	.364** .002	.249* .045	.374** .001	1.					
10.IN PEV EJERCICIO Valor p	.191 .127	.303* .014	.322** .009	.348** .005	.449** .001	.311* .072	.110 .383	.230 .065	.608** .001	1.				
11. INPEV NUTRICION Valor p	.234 .061	.093 .460	.102 .418	.186 .137	.319** .010	.325 .008	.093 .464	.179 .155	.633** .001	.386** .002	1.			
12.INPEV MANEJO ESTRÉS Valor p	.401** .001	.208 .065	.331** .007	.338** .006	.494 .001	.632** .001	.115 .362	.164 .192	.702 .001	.585** .001	.574** .001	1.		
13.INPEV NO CONSUMO DE TABACO Valor p	.262* .036	.431** .001	.329** .007	.178 .156	.235 .059	.292** .018	.249* .048	.273* .028	.638** .001	.414** .001	.634** .001	.559** .001	1.	
14.INPEV NO CONSUMO DE ALCOHOL Valor p	-.143 .255	.285* .021	.359** .003	.257* .039	.110 .361	.015 .903	-.018 .867	.132 .295	.262* .023	.215 .086	.332** .007	.208 .097	.403** .001	1.

** Correlación significativa 0.01

*Correlación significativa 0.05

Fuente: GAPPHTA, NSSQHTA, CPEVPHTA

n₂ = 86

valor de $p < .01$. El índice de autoeficacia para el manejo del estrés reveló asociación con el estilo de vida manejo del estrés, responsabilidad en salud, ejercicio, nutrición con un valor de $p < .01$; el índice de autoeficacia para la responsabilidad en salud presentó correlación positiva y significativa, $p < .05$, con todos los estilos de vida excepto con el no consumo de alcohol. El apoyo emocional y tangible mostraron asociación con los estilos de vida responsabilidad en salud y no consumo de tabaco con un valor de $p < .05$. Los datos presentados reflejan la asociación de la autoeficacia en los estilos de vida y la correlación de apoyo social con el estilo de vida responsabilidad en salud y no consumo de tabaco.

3.5 Estadísticas Inferenciales Para Prueba de Hipótesis

Hipótesis 1 Los factores personales biológicos, psicológicos y sociales tienen efecto sobre el estilo de vida del paciente con hipertensión arterial.

Para verificar estas hipótesis se ajustó un modelo de regresión lineal múltiple (tabla 16) donde las variables independientes fueron el factor personal biológico, psicológico y sociocultural, sobre el estilo de vida del paciente con hipertensión éste mostró efecto significativo ($F = 7.20$, $p = .001$). Los factores sexo, educación y ocupación se incluyeron en el modelo de regresión por medio de variables "artificiales" o de "engaño". La variable sexo toma el valor 1 cuando el paciente es del sexo masculino y cero cuando éste es del sexo femenino. Las variables DEO1, DEO2, DEO3, DEO4, DEO5 y DEO6 son las que introducen el factor educación en el modelo, mientras que las variables: DTEO1, DTEO2 y DTEO3 son las variables que consideran el factor ocupación. El modelo usado explica un 25 por ciento de la variabilidad total del estilo de vida del paciente con hipertensión arterial. Los resultados mostraron un efecto significativo del sexo, educación (DEO1-DEO2, DEO3, DEO4, DEO5 y DEO6), ocupación (DTE1-DTE2-DTE3) y percepción del estado de salud sobre el estilo de vida (tabla 17).

De acuerdo con estos resultados se sustenta la hipótesis 1.

Tabla 16

Regresión Lineal Múltiple Efecto de Variable Personal Biológica, Psicológica y Sociocultural Sobre el Estilo de Vida

Variables	GI	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	F cal	Valor de p
Modelo 1	14	22790.68	1627.90	7.20	.001
Residual	240	54210.33	225.87		

Modelo 1: Variable Personal Biológica, Psicológica y Sociocultural

$R^2 = 25.5 \%$

Tabla 17

Modelo 1 Efecto de Factores Personales Biológicos, Psicológicos y Socioculturales Sobre el Estilo de Vida

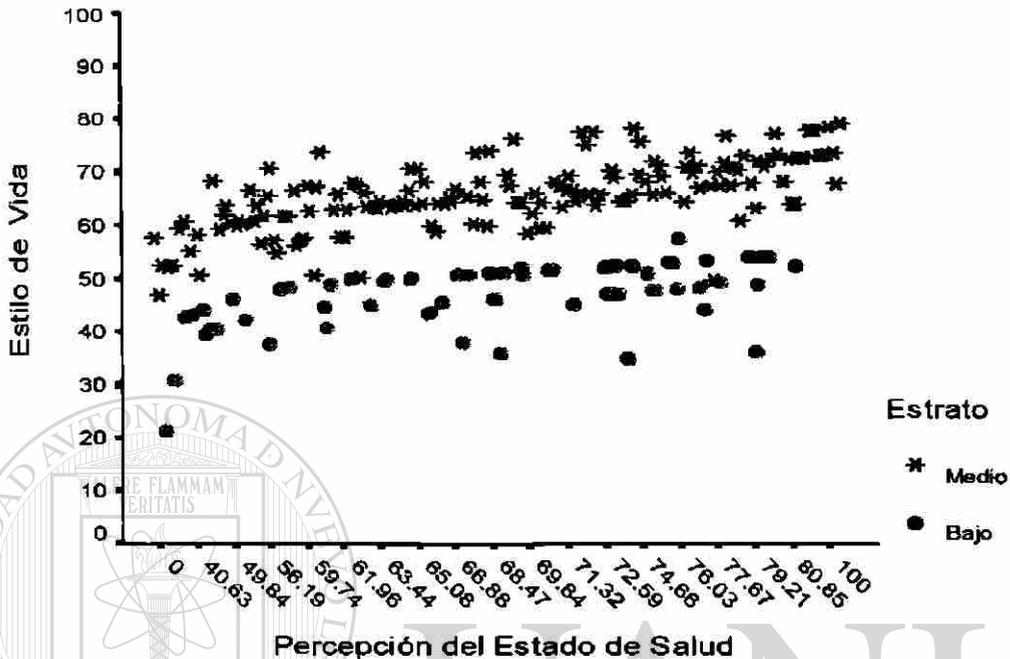
Variables	B	Limite Inferior	Limite Superior	T	Valor de p
Edad	.102	-.124	.328	.89	.374
Sexo	-6.235	-11.102	-1.367	-2.52	.012
Educación DE01	-22.770	-30.192	-15.347	-6.04	.000
Educación DE02	-15.377	-21.336	-9.418	-5.08	.000
Educación DE03	-9.151	-17.127	-1.176	-2.26	.025
Educación DE04	-10.582	-19.195	1.969	-2.42	.016
Educación DE05	-7.688	-16.725	1.349	-1.67	.095
Educación DE06	-2.914	-15.040	9.213	-.47	.636
Ocupación DTE1	.975	-4.879	6.828	.32	.743
Ocupación DTE2	-17.062	-27.019	-7.105	-3.37	.001
Ocupación DTE3	2.177	-3.832	8.186	.71	.476
Percepción del Estado salud	.280	.124	.436	3.53	.001
Constante	54.708	36.027	73.388	5.76	.001

n =255

Para mostrar mejor la verificación de las hipótesis 1,2,3 y 4 en la regresión lineal múltiples se elaboraron sus respectivas gráficas de dispersión (figuras 4,5,6,7 y 8).

Figura 4

Dispersión de las Variables Perfil de Estilo de Vida, Percepción del Estado de Salud Estrato Medio y Bajo



En la figura 4 se observa que a mejor percepción del estado de salud mejor estilo de vida en el paciente con hipertensión por estrato. Así como también se aprecia que el estrato Medio tuvo mejor percepción del estado de salud y mejores estilos de vida.

Hipótesis 2 Los factores personales biológicos, psicológicos y sociales tienen efecto y muestran diferencias sobre el estilo de vida en pacientes con hipertensión arterial del estrato Medio con respecto al estrato Bajo.

Al incluir en el Modelo la variable estrato socioeconómico éste resultó ser significativo ($F_{cal}=9.24$, $p=.001$), con una variación explicada del 38 por ciento (tabla 18). Se presentó un efecto significativo de las variables estrato socioeconómico ($p \leq .001$), sexo ($p \leq .06$), escolaridad, ocupación y percepción del estado de salud ($p \leq .001$). Se concluye que existe un efecto del factor personal biológico, psicológico y sociocultural sobre el estilo de vida del paciente

con hipertensión, donde se refleja que el estrato Medio presenta diferencia significativa con respecto al estrato Bajo (tabla 19). Por lo anterior se sustenta la hipótesis 2.

Tabla 18

Regresión Lineal Múltiple Efecto de Variable Personal Biológica, Psicológica y Sociocultural con Estrato Socioeconómico Sobre el Estilo de Vida

Variables	gl	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	F cal	Valor de P
Modelo 2	16	29506.06	1844.12	9.24	.001
Residual	238	47494.94	199.55		

Modelo 2: Variable Personal Biológica, Psicológica y Sociocultural + Estrato

$R^2 = 38.3\%$

Tabla 19

Modelo 2 Efecto de los Factores Personales Biológicos, Psicológicos y Sociocultural con Estrato Socioeconómico Sobre el Estilo de Vida

Variables	B	Limite Inferior	Limite Superior	T	Valor de P
Estrato	-13.904	-18.630	-9.179	-5.79	.001
Edad	-2.586	-.227	.222	-.02	.982
Sexo	-4.633	-9.302	.035	-1.95	.052
Estado Civil	-1.677	-6.081	2.727	-.75	.454
Educación DE01	-15.828	-23.193	-8.463	-4.23	.001
Educación DE02	-11.158	-16.949	-5.366	-3.79	.001
Educación DE03	-6.282	-13.842	1.278	-1.63	.103
Educación DE04	-9.881	-17.995	-1.766	-2.39	.017
Educación DE05	-8.495	-17.019	.029	-1.96	.051
Educación DE06	-3.556	-14.969	7.857	-.61	.540
Ocupación DTE1	-1.944	-7.627	3.740	-.67	.501
Ocupación DTE2	-12.963	-22.436	-3.490	-2.69	.008
Ocupación DTE3	.343	-5.355	6.042	.11	.906
Percepción del Estado Salud	.283	.136	.430	3.79	.001
Constante	77.090	55.121	99.060	6.91	.001

En la figura 5 se observa que las mujeres tienen más alta percepción del estado de salud y del estilo de vida.

Figura 5

Dispersión de las Variables Perfil de Estilo de Vida, Factor Biológico y Percepción del Estado de Salud del Estrato Medio y Bajo

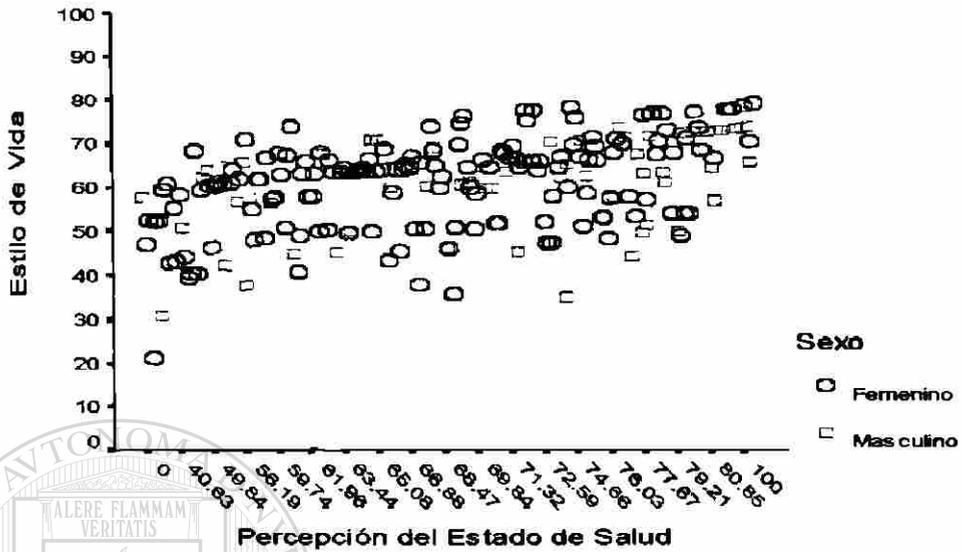
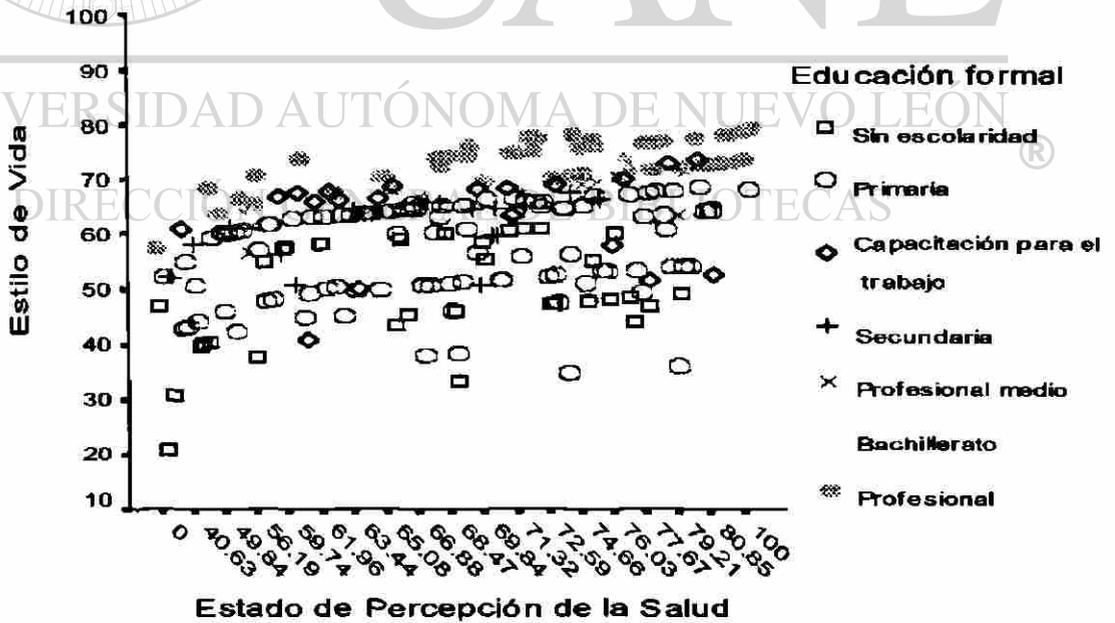


Figura 6

Dispersión de las Variables Perfil de Estilo de Vida, Factor Sociocultural y Percepción del Estado de Salud del Estrato Medio y Bajo



En la figura 6 se presenta la gráfica de dispersión donde se observa que el nivel de escolaridad profesional tiene más alta percepción del estado de salud y más alto estilo de vida.

Tabla 20

Regresión Lineal Múltiple Efecto de la Autoeficacia Percibida y Estrato Socioeconómico Sobre el Estilo de Vida

Variables	gl	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	F cal	Valor de p
Modelo 3	2	34143.44	17071.72	100.38	.001
Residual	252	42857.57	170.07		

Modelo 2: Autoeficacia Percibida + Estrato

$R^2 = 44.3\%$

Tabla 21

Modelo 3 Efecto de la Autoeficacia Percibida y Estrato Socioeconómico Sobre el Estilo de Vida

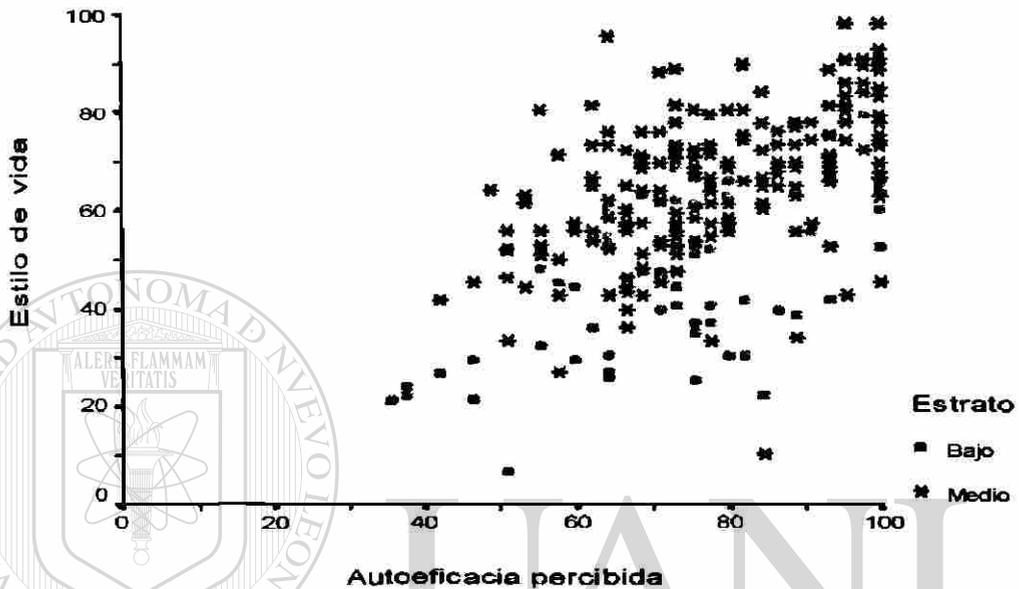
Variables	B	Limite Inferior	Limite Superior	T	P
Autoeficacia Percibida	.533	.424	.642	9.632	.001
Estrato	-16.248	-19.997	-12.499	-8.535	.001
Constante	40.238	29.756	50.720	7.560	.001

En las tablas 20 y 21 se observa que existe un efecto significativo de la autoeficacia percibida y el estrato socioeconómico sobre el estilo de vida ($F=100.38$, $p=.001$), con una variación explicada del 44 por ciento. La autoeficacia mostró significancia ($t=9.63$, $p=.001$) de igual forma el estrato ($t=-8.53$, $p=.001$), por lo que se puede afirmar que la autoeficacia percibida y el estrato socioeconómico afectan el estilo de vida del paciente con hipertensión.

De acuerdo a estos resultados se sustenta la hipótesis 3 que señala: la autoeficacia percibida tiene efecto sobre el estilo de vida del paciente con hipertensión de manera más importante en el estrato Medio que en el estrato Bajo.

Figura 7

Dispersión de las Variables Perfil de Estilo de Vida y Autoeficacia Percibida del Estrato Medio y Bajo



En la figura 7 la dispersión de variables muestra que el estrato Medio tuvo más altos índices de autoeficacia percibida y por lo tanto mejores índices de estilos de vida.

Tabla 22

Regresión Lineal Múltiple Efecto del Apoyo Social y Estrato Socioeconómico Sobre el Estilo de Vida

Variables	gl	Suma de Cuadrados	Cuadrado Medio	F cal	Valor de p
Modelo 4	2	19604.412	9802.206	43.037	.001
Residual	252	57396.604	227.76		

Modelo 2: Apoyo Social + Estrato

$R^2 = 25.5\%$

Tabla 23

Modelo 4 Efecto del Apoyo Social y Estrato Socioeconómico Sobre el Estilo de Vida

Variables	B	Limite Inferior	Limite Superior	T	P
Apoyo Social	.110	.017	.203	2.334	.020
Estrato	-18.899	-23.198	-14.601	-8.660	.001
Constante	76.211	66.499	85.924	15.454	.001

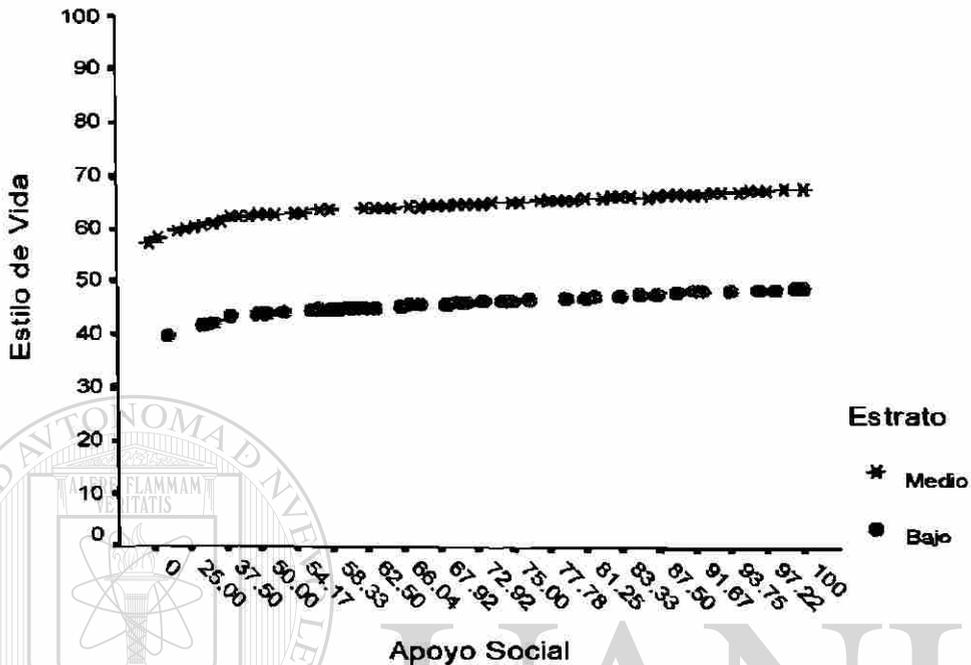
Los resultados presentados en las tablas 22 y 23 indican que existe un efecto del apoyo social y estrato socioeconómico en el estilo de vida del paciente con hipertensión ($F_{cal} = 43.03$, $p = .001$), éste efecto es apoyado con un 25 por ciento de variación explicada, la asociación significativa del apoyo social presentó una $t = 2.33$, con un valor de $p = .020$ y el estrato una $t = -8.66$ y $p = .001$. En el estrato Medio se encontraron los valores más altos de estilos de vida.

Por lo anterior se sustenta la hipótesis 4 el apoyo social y el estrato socioeconómico tiene efecto sobre el estilo de vida del paciente con hipertensión arterial. Para probar la hipótesis 4 se construyó un modelo de regresión lineal múltiple donde las variables independientes fueron el apoyo social y estrato socioeconómico la variable dependiente fue el estilo de vida del paciente con hipertensión.

En la figura 8 se muestra la dispersión de variables de apoyo social y estilo de vida donde se observa que el estrato medio, tuvo mejores índices de apoyo social y por lo tanto más alta puntuación de estilo de vida.

Figura 8

Dispersión de las Variables Perfil de Estilo de Vida y Apoyo Social del Estrato Medio y Bajo



Para concluir sobre la hipótesis 5 se aplicó la prueba U de Mann -Whitney para muestras independientes (tablas 24 y 25) la cual mostró diferencia de medias respecto al estrato socioeconómico Medio, Bajo y el estilo de vida del paciente con

Tabla 24

Resultados de la Prueba U de Mann-Whitney para las Variables de Estrato Socioeconómico con Estilo de Vida

Estilo de Vida	U Mann-Whitney	Wilcoxon	Z	p
Estilo de Vida Total	2328.00	4473.00	-7.497	.001
Responsabilidad en Salud	2203.00	4348.00	-7.747	.001
Ejercicio	4429.00	6574.00	-3.419	.001
Nutrición	2592.50	4737.50	-7.006	.001
Manejo del Estrés	3178.50	5323.50	-5.853	.001
No consumo de tabaco	3377.00	5522.00	-5.528	.001
No consumo de alcohol	4347.50	6492.50	-3.679	.001

n =255

Tabla 25

Medias de Estilo de Vida por Estrato Socioeconómico

Estilo de Vida	Estrato	Medias
Escala General	Medio	66.68
	Bajo	46.60
Responsabilidad en Salud	Medio	67.85
	Bajo	40.15
Ejercicio	Medio	36.59
	Bajo	24.20
Nutrición	Medio	68.94
	Bajo	48.88
Manejo del Estrés	Medio	69.02
	Bajo	49.89
No consumo de Tabaco	Medio	75.00
	Bajo	57.82
No Consumo de Alcohol	Medio	75.00
	Bajo	70.38

n =255

hipertensión en el estilo de vida general y en las subescalas con un valor de $p=.001$. Las medias de cada subescala reflejaron mayor valor para el estrato Medio y el menor valor para el Bajo. Por lo anterior se sustenta la hipótesis 5 que señala: Los pacientes con hipertensión arterial del estrato Medio tendrán medias más altas de estilos de vida, que aquellas proporcionadas por el estrato Bajo.

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

CAPITULO IV

4. Discusión

Los resultados de la investigación permitieron verificar las proposiciones entre los indicadores de los conceptos, factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales, autoeficacia percibida, apoyo social y conducta promotora de salud del Modelo de Promoción de la Salud Pender (1996); en una muestra de 255 pacientes con hipertensión arterial de estrato socioeconómico Medio ($n_1 = 190$) y Bajo ($n_2 = 65$) que se atendían en dos instituciones de salud.

Con relación a la primera hipótesis se estableció que los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales tienen efecto sobre el estilo de vida del paciente con hipertensión arterial fue posible sustentarse. El sexo, la escolaridad, la ocupación y la percepción del estado de salud afectaron significativamente el estilo de vida del paciente con hipertensión arterial esto, es consistente con lo planteado por Pender (1996) en su modelo, ya que establece que los factores personales tienen caminos directos hacia el estilo de vida.

Carmona, García y Vega (1998); Esparza (1999) encontraron efecto significativo de la edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con los estilos de vida responsabilidad en salud, ejercicio, nutrición, manejo del estrés ($p < .05$). Bañuelos (1999) encontró efecto de la edad y el sexo con el apego a la dieta y ejercicio ($p < .03$), lo que concuerda con este estudio.

Cadena, (1999) encontró efecto de la percepción del estado de salud con el apego al tratamiento del paciente con tuberculosis pulmonar ($p < .05$). Zamora (2000) reportó en pacientes con riesgo de enfermedad cardiovascular efecto

significativo de la percepción del estado de salud con el evitar el tabaquismo ($p < .03$), resultados similares a lo encontrado en este estudio.

Con relación a la hipótesis 2 que establece que los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales tienen efecto y muestran diferencias sobre el estilo de vida en pacientes con hipertensión arterial del estrato Medio con respecto al estrato Bajo; fue posible sustentarse. El sexo, la escolaridad, la ocupación, el estrato socioeconómico y la percepción del estado de salud afectaron el estilo de vida del paciente con hipertensión arterial. El estrato socioeconómico Medio mostró promedios más altos de estilo de vida que los reportados por el estrato Bajo. Esto concuerda con Pender (1996) al señalar que a mejor estrato socioeconómico mejor conducta promotora de salud. Por otra parte se encontró en el estudio que el estrato socioeconómico Medio, mostró más altas puntuaciones de percepción del estado de salud que el estrato Bajo, lo cual influye en medias más altas de estilo de vida para el estrato Medio.

La hipótesis 3 planteo que la autoeficacia percibida tiene efecto sobre el estilo de vida en pacientes con hipertensión arterial de manera más importante en el estrato Medio que en el Bajo. De acuerdo con los resultados del estudio se sustentó la hipótesis. La autoeficacia percibida y el estrato socioeconómico afectaron el estilo de vida del paciente con hipertensión; el estrato socioeconómico Medio obtuvo las mayores puntuaciones de autoeficacia percibida y de estilos de vida. Pender, (1996) establece que la autoeficacia percibida es el mejor predictor de la conducta promotora de salud, lo cual se confirmó en esta hipótesis.

Weitzel y Waller (citados por Duffy, 1997) encontraron en mujeres mexicano-americanas que la autoeficacia percibida era el promotor más importante del estilo de vida saludable. Contento y Murphy (1990); Jerusalem y Mittag (1995); McAuley y Courneya (1992) encontraron que la autoeficacia percibida fue

predictora de conductas específicas como cambios dietéticos, manejo de estrés y ejercicio. Lo cual concuerda con los resultados de este estudio.

En relación con la hipótesis 4 se propuso que el apoyo social tiene efecto y muestra diferencias sobre el estilo de vida en pacientes con hipertensión arterial en el estrato Medio, con respecto al estrato Bajo. Los resultados mostraron que el apoyo social y el estrato socioeconómico afectaron el estilo de vida del paciente con hipertensión. Este resultado fue más importante y mostró mayor diferencia en el estrato Medio que el Bajo por lo que se sustenta la hipótesis. Pender(1996) propone que las influencias interpersonales (apoyo social) facilita o inhibe las conductas promotoras de salud; en este estudio se verifico que el apoyo social facilita la práctica de estilos de vida en pacientes con hipertensión arterial.

También concuerda con lo reportado por Bañuelos (1999) que el apoyo familiar afecta las conductas del apego a la dieta y ejercicio en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 ($p \leq .05$); Carmona, García y Vega (1998) encontraron efecto de apoyo social emocional y tangible con el estilo de vida responsabilidad en salud en pacientes con diabetes mellitus tipo2 ($p < .05$). Esparza (1999) reporto

también, efecto del apoyo social con el conjunto de estilos de vida; responsabilidad en salud, ejercicio, nutrición, manejo del estrés ($p = .001$); Garza y González (2000) reportaron que el apoyo social; emocional y tangible se correlacionaron significativamente con el índice general de estilos de vida de pacientes con hipertensión arterial.

La hipótesis 5 propuso que los pacientes con hipertensión arterial del estrato Medio tendrán medias más altas del estilo de vida que el estrato Bajo. Los resultados mostraron mayores medias en cada estilo de vida (responsabilidad en salud, ejercicio, nutrición, manejo del estrés y no consumo de tabaco y alcohol)de los pacientes del estrato socioeconómico Medio, con respecto al Bajo con lo cual se sustenta la hipótesis, Pender (1996) señala que el estrato socioeconómico es

determinante en la práctica del estilo de vida lo cual se comprueba con esta hipótesis. Salazar (1996) también encontró que las mujeres de clase social alta obtuvieron índices de estilos de vida más altos en responsabilidad en salud, ejercicio, nutrición y manejo del estrés que las mujeres de estrato social marginal ($p \leq .001$). Por otra parte Quintana (2000) encontró diferencias de medias significativas del estilo de vida responsabilidad en salud en la prevención de cáncer cervicouterino, en mujeres de estrato alto con respecto al estrato bajo ($p \leq .001$)

4.1 Conclusiones

Las contribuciones del estudio permitieron afirmar la relación en los conceptos del Modelo de Promoción de Salud de Pender (1996) de: factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales autoeficacia percibida y apoyo social con el estilo de vida del paciente con hipertensión arterial.

Los factores personales biológicos, psicológicos y socioculturales tienen efecto y mostraron diferencias sobre el estilo de vida del paciente con hipertensión arterial del estrato Medio con relación al estrato Bajo. Con relación al sexo las mujeres obtuvieron más altos índices de percepción del estado de salud y mayores puntuaciones en estilo de vida. Respecto a la escolaridad el nivel profesional obtuvo mejores puntuaciones en percepción del estado de salud y más altas puntuaciones en el estilo de vida.

La autoeficacia percibida registro efecto y mostró diferencias significativas sobre el estilo de vida del paciente con hipertensión arterial en el estrato Medio mientras que el estrato Bajo registró menos efecto en los estilos de vida.

El apoyo social obtuvo mejor efecto y registró diferencias sobre el estilo de vida del paciente con hipertensión arterial en el estrato Medio, que el estrato Bajo.

Las medias más altas del estilo de vida fueron para los pacientes del estrato Medio mientras que el estrato Bajo obtuvo los promedios más pequeños.

3. Referencias Bibliográficas

- Abauza A., Hipertensión – cuidado y tratamiento, dietas para adelgazar y evaluación, Colección Electrónica: A54484358, RN: A54484358, Texto Completo COPYRIGHT Interamerican Medical Publications, Inc, Pequeños Cambios en su estilo de vida, y una dieta no reduce el riesgo de la hipertensión arterial, (1998)
- Acevedo G. I., Ejercicio físico y control metabólico en mujeres adultas diabéticas Tesis Inédita de Maestría en Enfermería con Especialidad en Salud Comunitaria, Facultad de Enfermería. U.A.N.L., pp. 45.60, (1997).
- Allen K., Shykoff, B. E., Izzo J. Jr., Social support predicts cardiovascular Reactivity To psychological ressors in medical students, School of Medicine, Suny Buffalo, Psychosom Med, Volumen 60 (1), (1998).
- Schachwrzer R y Baessler J. Evaluación de la autoeficacia: adaptación Española de la Escala de Autoeficacia General, Editores Antonio Cano Vindel, Juan J. Miguel Tobal. Universidad Libre de Berlín, Alemania, 2 (1) 1-8, (1996).
-
- Bañuelos, B. Y. Conductas promotoras de salud en adultos con diabetes mellitus tipo 2 Tesis Inédita de Maestría en Ciencias de Enfermería con Enfoque en Salud Comunitaria, Facultad de Enfermería. U.A.N.L., pp.32 – 45, (1999).
- Ballesteros V. Y Cabrera P. Consumo de fibra dietética, sodio, potasio y calcio y su relación con la presión arterial en hombres adultos normotensos, revista de Salud Pública, vol. 40, no. 3 mayo- junio de (1998).
- Barrón R. Y Torreblanca R., Efecto de una intervención educativa sobre la calidad del paciente con hipertensión leve y moderada, revista de Salud pública Mexicana, México, (1998).
- Cadena S.F. Apego al tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar en la ciudad de Nuevo Laredo Tamaulipas, Tesis Inédita de Maestría en Enfermería con Especialidad en salud Comunitaria, Facultad de Enfermería.

U.A.N.L., pp.39.59., (1999).

- Carmona M, García I. y Vega L., Relación de factores personales e influencias interpersonales con práctica de estilos de vida saludables de los pacientes diabéticos tipo 2, Facultad de Enfermería de la U.A.N.L., (1998).
- Contento R., Murphy B.M: Psico- social factors differentiating people who reported Marking desirable changes in their diets, from those who did not. J. Nutr. Educ. 22: 614., (1990),
- Duffy, M. Determinants of reported health promotion behaviors in employed mexican american women. Health Care for Women international, 18: 149-163, (1997).
- Esparza A. S. Apoyo social y estilos de vida del pacientes diabético tipo 2, Tesis Inédita de Maestría en Ciencias de Enfermería con Enfoque en Salud Comunitaria, Facultad de Enfermería. U.A.N.L., pp. 35.49, (1999).
- Fanghanel S., Sanchez R., Arellano M., Valdés L., Chavira L., y Rascón P., Prevalencia de factores de riesgo de enfermedad coronaria en trabajadores del Hospital General de México, Revista de Salud Pública, México, 39:427-432; (1997).
- Frenk J., Lozano R., González B., Fundación Mexicana de Salud (FUNSALUD), Economía y Salud: Propuesta para el Avance del Sistema de Salud en México - Visión de Conjunto. Informe Oficial. México, D.F., pp 25- 55 (1995).
- García P. J., El Peligro de la hipertensión arterial para la mujer, artículo 15 Colección Electrónica: A20966461RN: A20966461, Texto Completo COPYRIGHT Spanish Publications, Inc., (1998).
- Garza B.y González G., Apoyo social y estilos de vida del pacientes Hipertensión arterial, Tesis Inédita de licenciaturas en Enfermería

Facultad de Enfermería. U.A.N.L., pp.24.33, (2000).

Gallegos C. E., The effect of social, family y and individual conditioning factors on self-care agency and self-care of adult mexican women, Wayne State University, Detroit, Michigan, in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy, 1997 E.E. U.U., (1996).

González, Martínez, Arredondo, González, Rivera Y Stern, Factores de riesgo cardiovascular en la ciudad de México. Revista del IMSS., México D.F., 34 (6) 461- 466, (1996).

González R. Percepción del apoyo familiar por el adulto con diabetes tipo 2
Tesis Inédita de Maestría en Enfermería con Especialidad en salud Comunitaria, Facultad de Enfermería. U.A.N.L., (1995).

Hall, A., Wellman, B Social networks and social support. social support and Health. Orlando. Academic Press. pp 23-41, (1985).

Hans A, Diehl, Reducción del riesgo coronario a través de un trabajo Intensivo en la comunidad basado en intervenciones de estilos de vida: proyecto prueba de salud coronaria, (1998).

Hinson L. C., Boswsher, J., Maloney I. P. & Lillis P.P., Social support: a conceptual analysis, Journal of Advanced Nursing,. 25 pp. 95 –100, (1997).

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática [INEGI], (1999).

Instituto Mexicano del Seguro Social, Guía para la prevención y control de hipertensión arterial esencial en la atención primaria a la Salud, Sistema Nacional de salud, México D.F., (1994).

Jerusalem, M. & Mittag V.V., Self-efficacy in stressful lifetransitions, in self-Efficacy in changing societies, (A. Bandura, ed) Cambridge University Press, (1995).

- Lozano R., Murray C.J.L., Frenk J., Bobadilla J.L. y Fernández S., El peso de la enfermedad en México: doble reto, Ed. Fundación Mexicana para la Salud, documento para el análisis de la convergencia, (1994).
- Lusk L.S., Ronis L. D. Y Hongan M. M., Prueba del Modelo Promoción de la Salud como modelo causal del uso de protección auditiva de los trabajadores, *Reasearch in Nursing & Health*, 20: 183 - 194, (1997).
- Mc Auley E. And Courneya K Self - efficacy relationships with affective and exertion responses to exercise. *Journal of Applied Social Psychology*. . 22 (4); 312 - 326., (1992).
- Norbeck, J., Lindsey A., Carrier, V, (1981). Thes developmen of a instrument to measure social support. *Nursing Research*, Vol. 30. No.5 Traducido, FE.UA.N.L., (2000).
- Norbeck J. Scoring Instuctions for the Norbeck social support questionnaire (nssq), University of california, san Francisco, (1995).
- Orbach P. Y Lowenthal, D. T., Evaluación y tratamiento de hipertensión Inactiva Individuo, Departamento de Fisiología y Departame3nto de la Medicina y Farmacología y de la Ciencia de Ejercicio de la Universidad de Florida, (2000).
- Organización Panamericana de la Salud, La hipertensión arterial como problema de salud comunitario, Oficina Regional de la OMS, (1990).
- Pender N. J. Health Protecting (Preventive) Behavior. *Health Promoting in Nursing Practice*. E.E.U.U. Appleton & Lange. 2ª., (1987).
- Pender N., Sechrist K., Walker N. S., y Stromborg M. F., Prediciendo Estilos de Vida Promotores de la Salud en el Lugar de Trabajo., *Nursing research*. 39: 326-33280, (1990).
- Pender N. Health Promotion in Nursing Practice. 3ª Ed. Stanford,Connecticut: Appleton & Lange, Cap. 3, pp. 51-75, (1996).
- Peña M. M., Factores promotores de salud y la práctica de lactancia materna, Tesis Inédita de Maestría en Ciencias de Enfermería con Enfoque en Salud Comunitaria, Facultad de Enfermería. U.A.N.L., (2000).

- Polit D. F. & Hungler B.P., Investigación Científica en Ciencias de la Salud, 5ª Edición Ed. Interamericana, Mc. Graw Hill Interamericana, México D.F., (1997).
- Quintana D. M. R. F., Factores que promueven la práctica de la detección oportuna del cáncer cervicouterino en mujeres adultas, Tesis Inédita de Maestría en Ciencias de Enfermería con Enfoque en Salud Comunitaria, Facultad de Enfermería. U.A.N.L., (2000).
- Rodríguez A. E. L. (1996) Conocimientos y percepciones de salud de adultos jóvenes en relación con su estilo de vida. Tesis Inédita, U.A.N.L., (1996).
- Ronquillo G.R., Apoyo percibido sobre el paciente hipertenso para que realice acciones. Tesis para obtener el grado de maestría en Enfermería con Especialidad en salud Comunitaria, Universidad Autónoma de Nuevo León, (1992).
- Salazar Aguilar, Factores culturales y sociales de la mujer para promover la salud familiar y la propia, Facultad de Enfermería de la U.A.N.L., (1996).
- Salazar G. B.C., Responsesto exercise in elderl y mexican women, Submitted to the Graduate School of Wayne State University, Detroit, Michigan in parcial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy, (1999).
- Sallis, J.F. Pinski, R.B., Grossman, R.M., Patterson, T.L Nader, P.R., The development of self-efficacy scales for health-related diet and exercise behaviors, Health Education Research, Theori & Practice 3,32 83- 292, (1996).
- Stewart L. A., Hays D. R., and Ware E. J., The MOS Short- Form General Health Survey. Vol 26 No. 7, Department of Behavioral Sciences, The Rand Corporation, Santa Monica California, (1988).
- Secretaria de Salud, Anuario Estadístico, México D.F., (1994).

Secretaría de Salud, Anuario Estadístico, México D.F., (1995).

Secretaría de Salud, Anuario Estadístico, del Estado de N.L.,(2000).

Secretaría de Salud, Norma técnica número 66 para la prevención y control de la hipertensión arterial esencial en la atención primaria a la salud, México D.F., (1986).

Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades , Coordinación de vigilancia Epidemiológica de la Secretaría de salud, Proyecto de Norma Oficial Mexicana para el tratamiento y control de la Hipertensión Arterial (1999).

Subsecretaría de Planeación, Ley General de Salud, de la Secretaría de Salud., México D.F., (1987).

Statistical Package for the Social Sciences [SPSS] Inc., Base 8.0 para Windows, (1998).

Tripp M. Perspective on the development and influence of self-efficacy beliefs.. Traducido por Casado L.V., FEUANL, 1998 pp.1.12, (1997).

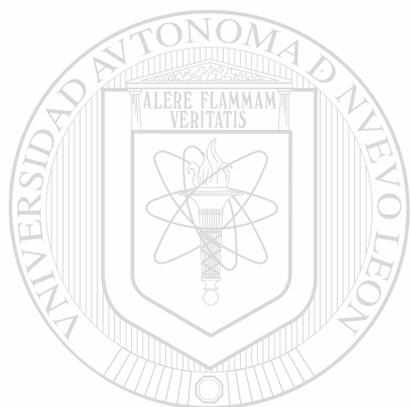
Walker, S., Sechrist, K. y Pender, N.J., Prediciendo estilos de vida promotores de la salud en el lugar de trabajo. Nursing research. 36: 76-80, (1987).

Ware E. J., Users of the medical outcomes study (MOS)20-item Short-Form Health Survey (SF-20), Subj: How to Score SF-20, (1989).

Wang Ch. Y. y Abbott J., Desarrollo de un programa de prevención diabetes e hipertensión en la comunidad con los chinos en Chinatown, Hawaii, pp. 406 – 414, (1998).

Whelton P., Weight loss, sodium restriction are effective in older hypertensivos Citation; Geriatrics, v 52, feb.p.66, (1997).

Zamora V.J.A., Estado de salud y autocuidado en adultos expuestos a enfermedad cardiovascular, Tesis Inédita de Maestría en Ciencias de Enfermería con Énfasis en Salud Comunitaria, Facultad de Enfermería U.A.N.L., (2000.)

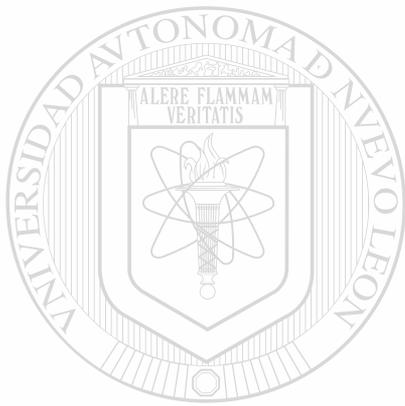


UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



4. APÉNDICES

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN[®]
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



APÉNDICE A

Cédula de Factores Personales del Paciente
con Hipertensión Arterial. (CFPPHTA)

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN[®]
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

APENDICE A

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON, FACULTAD DE ENFERMERÍA SUDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

CEDULA DE FACTORES PERSONALES DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL (CFPPHTA)

Encuestador: Por favor marca con una X el cuadro de la respuesta correcta y escribe sobre las líneas las respuesta del paciente.

No. Cuestionario _____ Fecha de aplicación _____
Día / mes/ año

Dirección _____

Calle Número Colonia Municipio Estado

1. Edad _____ 2. Sexo: Femenino Masculino
Años cumplidos

Antecedentes Heredofamiliares

3. ¿Algún familiar de usted tiene hipertensión?: SI NO 1) Padre 2) Madre 3) He
4) Tío/a 5) Hijo/a 6) Otro

4. Fecha en que el doctor le dijo que tenía la presión arterial alta _____

5. Fecha en la que se incorporo al programa de control de hipertensión arterial _____

6. Antes que le dijeran que tenía la presión alta tenía alguna enfermedad: SI No

7. Después de que le dijeron que tenía la presión alta ¿se le ha manifestado otra enfermedad que le haya dicho el médico que esta relacionada con su presión alta; SI No

8. ¿Cuál? _____

III. SOCIOCULTURALES

9. Estado Civil: 1. Sin pareja 2. Con pareja

10. Años de Educación Formal

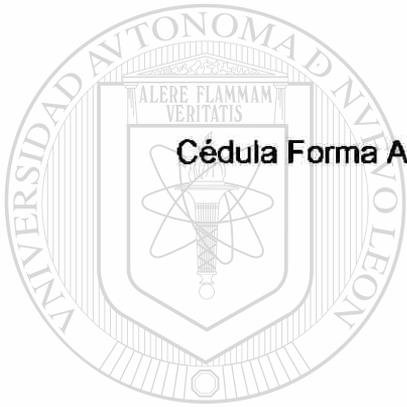
1. Primaria 2. Capacitación para el trabajo 3. Secundaria 4. Profesional medio 5. Bachillerato
6. Profesional

11. ¿Tipo de empleo?: 1. Empleado 2. Patrón 3. Por cuenta propia 4. Jubilado 5. Pensionado
6. Albañil 7. Obrero 8. Ama de casa 9. Vendedora
10. Empleada doméstica 11. Otro

12. ¿Tipo de relación laboral?: 1. Trabajador de contrato o eventual 2. Trabajador de planta o base
3. Sin salario

13. ¿Dónde hace su visita al médico para control de su presión arterial? 1 Clínica de la UANL

2. IMSS 2. ISSSTE 3. SESA 4. Particular 5. Otros



APÉNDICE B

**Cédula Forma Abreviada del Cuestionario de Salud de MOS
en pacientes con HTA**

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

®

APENDICE B

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON FACULTAD DE ENFERMERIA SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Forma abreviada del cuestionario de la salud (MOS)
En pacientes con hipertensión arterial

Cuestionario de Percepción del Estado de Salud de MOS
en Pacientes con Hipertensión Arterial

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR: Número _____

- a) **Lea cuidadosamente** las preguntas y marque el número de respuesta que refleje mejor la percepción actual del paciente sobre cada aspecto que se pregunta. No hay respuestas incorrectas o correctas, solo debe permitir que el paciente exprese su pensamiento sobre el particular.
- b) **Marque** con una **X** el número de la respuesta que mejor describa la forma en que se ha sentido durante el **pasado mes**.

PREGUNTAS	RESPUESTAS					
	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Buena parte del tiempo	Algo del tiempo	Poco tiempo	Nada del tiempo
1.- ¿Cuánto tiempo, durante el mes pasado su salud le ha limitado sus actividades sociales? (como, visitar a sus amistades o familiares cercanos)	1	2	3	4	5	6
2.- ¿Cuánto tiempo ha sido usted una persona muy nerviosa?	1	2	3	4	5	6
3.- Cuánto tiempo ha sentido una persona calmada y con paz?	1	2	3	4	5	6
4.- ¿Cuánto tiempo se ha sentido descorazonada (o) y triste?	1	2	3	4	5	6
5.- ¿Cuánto tiempo ha sido usted una persona	1	2	3	4	5	6

feliz?						
6.- ¿Cuánto tiempo ha sentido tan desanimada (o) que nada le dio alegría?	1	2	3	4	5	6

3. Por cuánto tiempo (si así ha sucedido) su estado de salud le ha limitado en las siguientes actividades?

	Limitado por más de 3 meses	Limitado por 3 meses o menos	No limitado
7.- El tipo y cantidad de actividades pesadas que usted puede realizar, como levantar objetos, correr o practicar deportes rudos.	1	2	3
8.- El tipo y cantidad de actividades moderadas que usted puede hacer como mover una mesa, cargar las bolsas de mandado o jugar pelota.	1	2	3
9.- Caminar cuesta arriba o subir alguno peldaños de la escalera.	1	2	3
10.- Agacharse, erguirse o doblarse.	1	2	3
11.- Caminar una cuadra.	1	2	3
12.- Comer, vestirse, bañarse o ir al baño.	1	2	3
13.- Su salud le ha impedido tener un empleo, hacer el trabajo de su casa o ir a la escuela?			
14.- ¿No ha podido hacer ciertas cosas o cantidades de trabajo, quehaceres domésticos o tareas escolares debido a su salud?			

DIRECCIÓN GENERAL DE INVESTIGACIONES Y SERVICIOS DE INVESTIGACIÓN Forma Abreviada (MOS) en PHTA (PSPHTA)

No. Subescala	No. de variables	Variables
1. Funcionamiento social	1	1
2. Salud mental	5	2,3,4,5,6
3. Funcionamiento Físico	6	7,8,9,10,11
4. Rol Funcional	2	13,14
5. Percepción de la salud	5	15,16,17
6. Dolor	1	20



APÉNDICE C

**Cédula de Autoeficacia Percibida del Paciente
con Hipertensión Arterial (CAPHTA)**

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



PENDICE C

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON.
FACULTAD DE ENFERMERIA
Sudirección de Posgrado e Investigación

Autoeficacia Percibida del Paciente con Hipertensión Arterial (CAPHTA) Adaptación de la escala General (Schwitzer & Baessler, 1996)

Fecha _____

No. _____

Instrucciones para el encuestador: a) Este cuestionario hace preguntas sobre la autoeficacia del paciente para controlar su presión arterial

b) Registre: cada pregunta de la manera más exacta posible y por favor no deje alguna pregunta sin respuesta para poder tener la información más completa que será mucha utilidad.

c) **Patrón de Respuestas:** Incorrecto = 1; Apenas cierto = 2; Más bien cierto = 3; Cierto = 4

d) Cruza con una X la letra de la respuesta que se lleve más con el estilo de vida del paciente

Num	Pregunta	Respuestas			
		1	2	3	4
1	Puede encontrar la manera de mantener su peso normal (que le permita controlar su presión arterial) si yo quiero aunque la tentación de comer más y lo que yo quiero se me oponga.	1	2	3	4
2	Puede encontrar la manera de disminuir la sal a sus alimentos si yo quiero aun que la comida no le sepa tan sabrosa y placentera.	1	2	3	4
3	Puede encontrar la manera de incluir en sus comidas más verduras y frutas si se lo propone aunque no sea su costumbre.	1	2	3	4
4	Puede encontrar la manera de evitar o disminuir el consumo de alimentos que contienen grasa (colesterol) si yo quiero aunque le guste mucho.	1	2	3	4
5	Puede resolver problemas difíciles como el evitar o abandonar el consumo de tabaco (cigarros, pipa, puro) si se esfuerza lo suficiente	1	2	3	4
6	Puede resolver problemas difíciles como evitar o disminuir consumo de tabaco (cigarros, pipa, puro) si se fuerza lo suficiente.	1	2	3	4
7	Le es fácil continuar evitando o disminuyendo el consumo de alcohol si se lo propone hasta llegar alcanzar sus metas.	1	2	3	4
8	Le es fácil continuar si se lo propone evitando o abandonando el consumo de alcohol hasta llegar alcanzar sus metas.	1	2	3	4
9	Tiene confianza en que podría manejar con éxito acontecimientos inesperados para alcanzar un estilo de vida que beneficie su presión.	1	2	3	4
10	Gracias a sus cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas para mantenerse en su hábito de ir a caminar, trotar, nadar o la práctica de otro deporte para controlar su presión.	1	2	3	4
11	Cuando se encuentra en dificultades en la familia, trabajo o amigos puede permanecer tranquilo/a porque tiene habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	1	2	3	4
12	Venga lo que venga, por lo general es usted capaz de manejar problemas y situaciones sin que se pongan alterada(o) o nerviosa (o).	1	2	3	4
13	Puede resolver la mayoría de los problemas para seguir las indicaciones médicas si se esfuerza lo necesario.	1	2	3	4
14	Si se encuentra en una situación difícil para salir a caminar, trotar, nadar, generalmente se le ocurre qué debe hacer para lograrlo.	1	2	3	4
15	Al tener que hacer frente a un problema derivado de su hipertensión arterial, generalmente se le ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	1	2	3	4

Cédula de Autoeficacia en PHTA (CAPHTA) de 15 preguntas

No. Subescala	No. variables	Variables
1. Nutrición	4	1,2,3 y 4
2. No consumo tabaco	2	5 y 6
3. No consumo Alcohol	2	7 y 8
4. Ejercicio	2	10 y 14 ó 63,67
5. Manejo de Estrés	3	9,11 y 12, 62,64 y 65
6. Responsabilidad en salud	2	13 y 15 ó 66 y 68

APÉNDICE D

**Cédula Apoyo Social de NORBECK. (NSSQ)
en el Paciente con Hipertensión Arterial**



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

®

APENDICE D

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION

Cuestionario de Apoyo Social de Norbeck (NSSQ)

INSTRUCCIONES para el encuestador. a) Enumere, considerando a todas las persona significativas para el paciente que le proporcionan apoyo personal, que son importantes para acudir al control médico de hipertensión arterial y ayudarlo a desarrollar estilos de vida saludables como (llevar una alimentación adecuada, realizar ejercicio, manejar se estrés, ser responsable de su salud, actualización y a relacionarse con los demás).

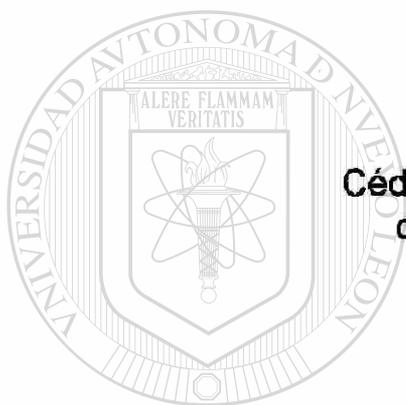
b) Escriba el nombre de pila y especifique la categoría de relación que tiene con el paciente.

c) Patrón de posibles respuestas de las preguntas de la 1 a la 6: Poco = 1, Moderadamente = 2, Bastante = 3, Mucho = 4; De la pregunta 7 Menos de seis meses = 1, de seis a doce meses = 2, de uno a dos años = 3, de dos a cinco años = 4, de más de cinco años = 5. Para la pregunta 8; Diariamente = 5, Semanalmente = 4, Mensualmente = 3, Pocas veces al año = 2, Una vez al año = 1

Nombre	Relación	1. ¿Cuánto te hace sentir querido o amado por ésta?	2. ¿Cuánto te hace sentir respetado o admirado por ésta?	3. ¿Cuánto puedes confiar en ésta?	4. ¿Cuánto coincide contigo o apoya tus acciones o pensamientos ésta?	5. Si necesitas pedir prestado dinero, que lo lleven al doctor o alguna ayuda inmediata, ¿Cuánto podría ayudarte usualmente esta persona?	6 si estuvieras en cama por varias semanas ¿cuánto podría ayudarte esta persona?	7. ¿Durante cuánto has conocido en el trabajo a esta persona?	8. ¿Con qué frecuencia te comunicas con esta persona?
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									

Cédula de apoyo social de Norbeck (NSSQ) en Paciente con HTA

No. Subescala	Apoyo	No. variables	Variables
1. Afecto	Emocional	2	1 y 2
2. Afirmación		2	3 y 4
3. Ayuda a corto plazo	Tangible	1	5
4. Ayuda a largo plazo		1	6



APÉNDICE E

**Cédula Perfil de Estilos de Vida del Paciente
con Hipertensión Arterial (PEVPHTA).**

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

APENDICE E

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON FACULTAD DE ENFERMERÍA SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Cuestionario Perfil de Estilos de Vida del Paciente con Hipertensión Arterial (PEVPHTA)

Instrucciones para el encuestador: a) este cuestionario hace preguntas sobre el modo en que el paciente vive actualmente, o sobre sus hábitos personales: Por favor registre todas y cada una las respuestas de la manera más exacta posible.

b) Registre la frecuencia con que el paciente lleva a cabo cada acto mencionado, circulando la letra que mejor corresponde con una: **N** = nunca; **V** = a veces; **F** = frecuentemente; **R** = rutinariamente.

c) **Cruza** con una **X** la letra de la respuesta que se lleve más con el estilo de vida del paciente.

No.	Pregunta	1 2 3 4			
		N	V	F	R
1	Come al levantarse en la mañana.	N	V	F	R
2	Relata al médico cualquier sintoma extraño de su hipertensión.	N	V	F	R
3	Hace ejercicio para estirar los músculos al menos 3 veces por semana.	N	V	F	R
4	Escoge comidas que no tengan ingredientes artificiales o químicos para preservar la comida.	N	V	F	R
5	Utiliza diferentes estrategias para evitar consumir alcohol.	N	V	F	R
6	Toma tiempo al día para el relajamiento.	N	V	F	R
7	Sabe, el nivel de colesterol en su sangre.	N	V	F	R
8	Lee revistas o folletos que hablan sobre el daño a la salud que el tabaco produce.	N	V	F	R
9	Es consciente de las fuentes de tensión en su vida	N	V	F	R
10	Hace ejercicio vigoroso por 20 o 30 minutos al menos 3 veces por semana para el control de la presión arterial y reducir el peso corporal.	N	V	F	R
11	Come tres comidas buenas al día.	N	V	F	R
12	Utiliza diferentes estrategias para evitar consumir tabaco.	N	V	F	R
13	Lee libros o artículos sobre promoción a la salud.	N	V	F	R
14	Lee las etiquetas de las comidas empaquetadas para identificar los nutrimentos y escoger los que estén bajos en colesterol y sal.	N	V	F	R
15	Lee revistas o folletos que le informan del daño al organismo que el alcohol produce.	N	V	F	R
16	Interroga a otro doctor en busca de otra opción cuando no esta de acuerdo con lo que su médico le recomienda.	N	V	F	R
17	Participa en el programa de actividades de ejercicio físico bajo supervisión para reducir de peso y mejorar su presión arterial.	N	V	F	R
18	En lugares cerrados decide sentarse en área de no fumadores.	N	V	F	R
19	Incluye en su dieta alimentos que contienen fibra (granos enteros, frutas crudas, verduras crudas) para reducir su peso y controlar su presión arterial.	N	V	F	R
20	Pasa 15 o 20 minutos en relajamiento o meditación.	N	V	F	R
21	Discute con profesionales calificados sus inquietudes respecto al cuidado de su salud con relación a su presión arterial.	N	V	F	R
22	Evalúa su pulso durante el ejercicio físico.	N	V	F	R
23	Evita consumir alcohol en reuniones sociales sin sentirse forzado por que sabe que beneficia su presión arterial.	N	V	F	R
24	Hace evaluar su presión en sangre y saber el resultado.	N	V	F	R
25	Planea o escoge comidas que incluyan los cuatro grupos básicos	N	V	F	R

	en la comida del día.				
26	Asiste a programas educativos sobre el control de su presión arterial.	N	V	F	R
27	Conscientemente evita fumar para mejorar su presión arterial.	N	V	F	R
28	Relaja conscientemente los músculos a la hora de dormir	N	V	F	R
29	Hace actividades físicas de recreo como caminar, nadar, jugar fútbol, montar en bicicleta para reducir de peso corporal y controlar su presión arterial.	N	V	F	R
30	Se concentra en pensamientos agradables antes de dormir	N	V	F	R
31	Usa métodos específicos para controlar la tensión.	N	V	F	R
32	Encuentra manera positiva para expresar sus sentimientos.	N	V	F	R
33	Pide información a los profesionales de salud sobre como cuidarse para evitar complicaciones de su hipertensión arterial.	N	V	F	R
34	Observa al menos cada mes su cuerpo para ver cambios físicos o señas de peligro consecuencia de la hipertensión arterial.	N	V	F	R
35	Conscientemente evita consumir alcohol para controlar su presión arterial.	N	V	F	R
36	Asiste a programas educativos sobre el cuidado de la salud personal.	N	V	F	R

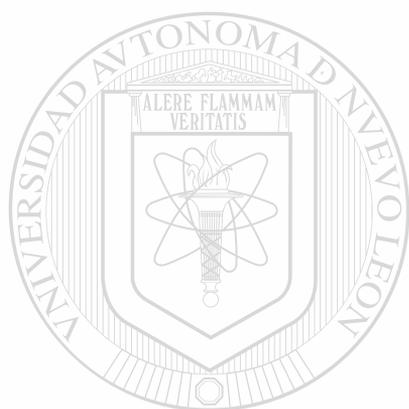
**Perfil de Estilo de Vida en pacientes con Hipertensión Arterial
36 Preguntas.**

No. Subescala	No variables	Variables
2. Responsab en salud	10	2,7,13,16,21,24,26,33,34,36
3. Ejercicio.	5	4,10,17,22,29,
4. Nutrición	6	1,5,11,14,19,25
6. Manejo de estrés	7	7,9,20,28,30,31,32
7. No consumo de tabaco	4	8,12,18,27
8. No consumo de alcohol	4	6,15,23,35

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

®



APÉNDICE I

Consentimiento Informado

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

®

APENDICE I

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON FACULTAD DE ENFERMERIA SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

A QUIEN CORRESPONDA

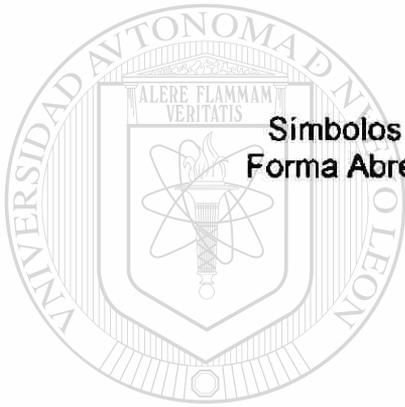
Fecha _____ del 2000

Al firmar este documento, acepto de conformidad participar de manera voluntaria en esta investigación, de la que se me informo que tiene como propósito conocer el efecto de los factores personales biológicos, psicológicos, socioculturales, autoeficacia percibida y el apoyo social sobre el estilo de vida del paciente con hipertensión arterial. También se me dio a saber que no corro ningún riesgo, puedo retirarme cuando yo así lo decida. Se me aseguro que se respetará mi privacidad, mis derechos como ser humano, y la información que proporcionaré será confidencial y a la que tendrá acceso únicamente la investigadora.

Por lo que doy mi autorización a la Lic. Graciela Arriola Morales quien desarrolla tal investigación, para que realice las preguntas necesarias de los cinco cuestionarios en los que se recabará información los cuales responderé de conformidad. Y además me tomará el peso talla y presión arterial como complemento de la información requerida.

Firma del informante

Firma del investigador



APÉNDICE G

**Símbolos de las Opciones de Respuestas de la
Forma Abreviada del cuestionario de Salud (MOS)**

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

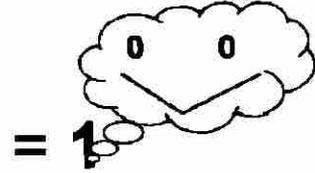
®

APENDICE G

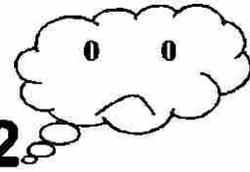
Símbolos de las Opciones de Respuestas de la
Forma abreviada del cuestionario de salud (MOS)

Marque con una **X** el número de la respuesta que mejor describa la forma en que se ha sentido durante el **pasado mes**.

Todo el tiempo



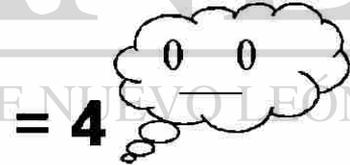
La mayor parte del tiempo = **2**



Buena parte del tiempo = **3**



Algo del tiempo = **4**



Poco tiempo = **5**

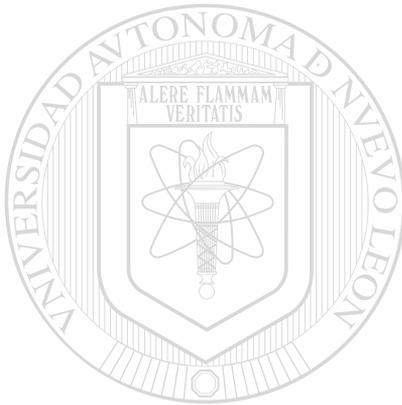


Nada del tiempo = **6**



APENDICE H

Símbolos de las Opciones de Respuestas de la Cédula de Autoeficacia Percibida del Paciente con Hipertensión Arterial (CAPHTA)



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

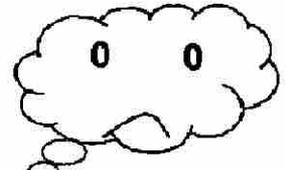
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

APENDICE H

Símbolos de las Opciones de Respuestas de la Cédula de Autoeficacia Percibida del Paciente con Hipertensión Arterial (APHTA)

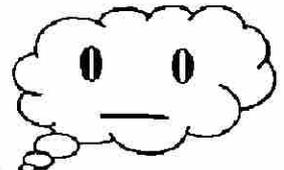
Incorrecto

= 1



Apenas cierto

= 2



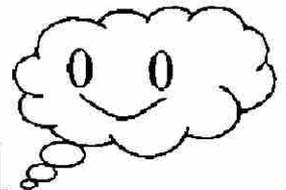
Más bien cierto

= 3



Cierto

= 4





APENDICE I

**Símbolos de las Opciones de Respuestas de la Cédula
Apoyo Social de NORBECK. (NSSQ) en Paciente con Hipertensión Arterial**

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

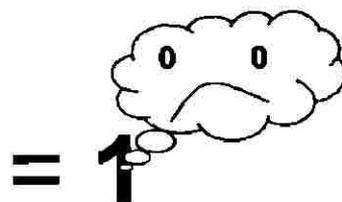
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

®

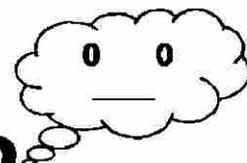
APENDICE I

Símbolos de las Opciones de Respuestas del 1 al 6 de la Cédula
Apoyo Social de NORBECK. (NSSQ) en Paciente con Hipertensión Arterial

Poco



Moderadamente = 2



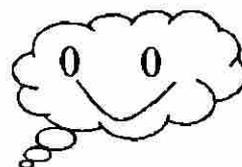
Bastante

= **3**



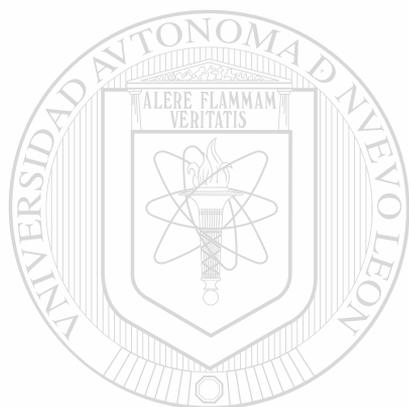
Mucho

= **4**



APENDICE J

Símbolos de las Opciones de Respuestas de la Cédula Perfil de Estilos
de Vida en el Paciente con Hipertensión Arterial (PEVPHTA)



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

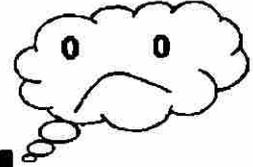
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

APENDICE J

Símbolos de las Opciones de Respuestas de la Cédula Perfil de Estilos de Vida en el Paciente con Hipertensión Arterial (PEVPHTA)

Nunca = N

=1



A veces = V

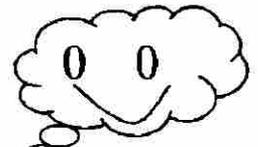
=2



Frecuentemente = F = 3

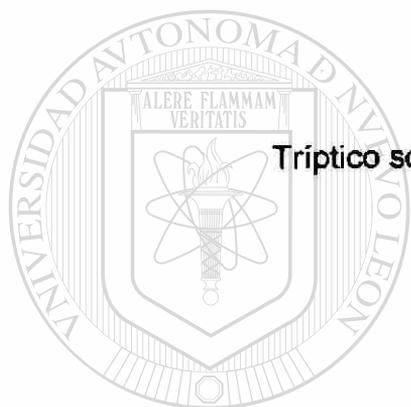


Rutinariamente = R = 4



UANI

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



APÉNDICE K

Tríptico sobre Estilos de Vida del Paciente con HTA.

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

TE INVITAN A:

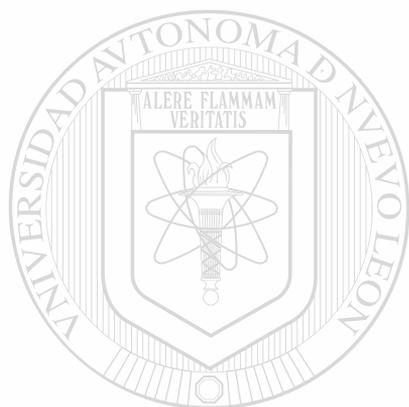
Prevenir y Controlar la Hipertensión Arterial

Para adquirir una conducta y estilo de vida saludable que evite o retarde la hipertensión arterial y sus complicaciones deberás persistir en:

- ✓ Alimentación saludable y actividad física suficiente adecuada a la edad, condiciones y estado de salud
- ✓ En las comidas se debe aumentar la cantidad de derivados lácteos desgrasados, de verduras y frutas para garantizar una adecuada ingestión de potasio, magnesio y calcio. (tomate, plátano, naranja entre otros alimentos)
- ✓ Sal no exceder de 6 g/ día (2.4 g. de sodio)
- ✓ Actividad física habitual en sus diferentes formas: actividad diaria, trabajo no sedentario, recreación y ejercicio tienen una acción protectora contra el aumento de la presión arterial.
- ✓ Es muy bueno practicar ejercicio aeróbico (caminata, marcha) 150 minutos por semana con sesiones de 30 minutos como mínimo con intensidad regulada por la sensación de fatiga.
- ✓ Cultivar el buen ánimo, el optimismo, la alegría, el entusiasmo en todo lo que hagamos
- ✓ Recreación para manejo del estrés; actividad artística, deportiva o campestre en familia o amistades
- ✓ Consulta médica periódica, chequeo de presión arterial y control de peso
- ✓ Evitar la ingestión de alcohol.

A través de la adquisición de una conducta y estilo de vida promotor de salud





APÉNDICE L

Resumen Autobiográfico

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

®

DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Graciela Arrijo Morales

Candidato para el Grado de
Maestro en Ciencias de Enfermería

Tesis: **ESTILO DE VIDA EN EL PACIENTE
CON HIPERTENSION ARTERIAL**

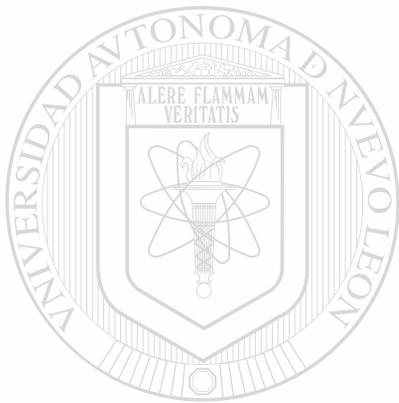
Campo de Estudio: Salud Comunitaria

Biografía:

Datos: personales: Nacida en Puebla, Puebla el 24 de Enero de 1953, hija de Juan Samuel Arrijo Valerdi y Guadalupe Morales Palacios

Educación: Egresada de la Universidad Autónoma de Tlaxcala con el grado de Licenciada en Enfermería en el año de 1996. Diplomada en la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla en: Dirección y Liderazgo Universitario y en Epidemiología Clínica (1997 y 98).

Experiencia Profesional: Jefe de Piso y Subjefe de Enfermeras en el Hospital General de Zona "La Loma" de la Delegación del IMSS de la ciudad de Tlaxcala. Enfermera operativa en la UCI Neonatología y de pacientes Adultos del IMSS Tlaxcala y Puebla, enfermera operativa en quirófanos de la Clínica Hospital del ISSSTE en la ciudad de Tlaxcala. Profesor Investigador Tiempo Completo B en la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla de 1984 a la fecha.



UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN



DIRECCIÓN GENERAL DE BIBLIOTECAS



