



**Universidad
Norbert Wiener**

UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

ESCUELA DE POSGRADO

“FACTORES Y AUTOMANEJO DE PACIENTES CON
HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS EN
CENTROS DE SALUD DE LA RED LIMA CIUDAD”

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
DOCTOR EN SALUD

Presentado por:

Mg. GIOVANNA ELIZABETH REYES QUIROZ

LIMA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A mis Padres, Flor y Marcial
Por estar ahí cuando más
los necesite, por su ayuda y
constante cooperación.

A mis hijos Raúl y Gabriela,
que han sido mi mayor
motivación para nunca
rendirme en los estudios y
poder ser un ejemplo para
ellos

Giovanna

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Norbert Wiener por brindarme la oportunidad de realizar estudios de Doctorado y concluirlo satisfactoriamente.

A la Dra. Jannet Aspiros Bermúdez por haberme guiado en el desarrollo del presente trabajo de investigación.

A la Dra. María Isabel Peñarrieta de Cordova, por brindarme sus conocimientos sobre automanejo y motivarme a realizar el presente trabajo de investigación. Al Mg. Raúl Ruiz por su colaboración valiosa en la asesoría estadística de la tesis.

A los pacientes de los Centros de salud de la Red Lima Ciudad: Breña, Magdalena, Surquillo y San Miguel, con diagnóstico de hipertensión arterial y diabetes Mellitus por su colaboración en la investigación.

Giovanna

ÍNDICE GENERAL

Dedicatoria	II
Agradecimiento	III
Índice general	IV
Índice de tablas y gráficos	V
Resumen	IX
Abstract	X
Introducción	XI
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1 Descripción de la realidad problemática	13
1.2 Identificación y formulación del problema	16
1.2.1 Problema general	16
1.2.2 Problemas específicos	17
1.3 Objetivos de la investigación	17
1.3.1 Objetivo general	17
1.3.2 Objetivos específicos	17
1.4 Justificación de la investigación	18
1.5 Limitaciones de la investigación	21
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	22
2.1 Antecedentes de la investigación	22
2.2 Bases legales	32
2.3 Bases teóricas	34
2.4 Formulación de hipótesis	71
2.4.1 Hipótesis general	71
2.4.2 Hipótesis específicas	71
2.5 Operacionalización de variables e indicadores	72
2.6 Definición de términos básicos	74
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	78
3.1 Tipo y nivel de la investigación	78
3.2 Diseño de la investigación	78
3.3 Población y muestra	79
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	81
3.5 Técnicas de procesamiento y análisis de datos	86
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	90
4.1 Procesamiento de datos: Resultados	90
4.3 Discusión de resultados	115
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	125
Conclusiones	125
Recomendaciones	128
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	130
ANEXOS	157
Anexo 1 Matriz de Consistencia de la investigación	157
Anexo 2 Instrumento de recolección de datos	159
Anexo 3 Data consolidada de resultados	164
Anexo 4 Certificados de validez de contenido del instrumento	170
Anexo 5 Validación del instrumento	177
Anexo 6 Testimonios fotográficos	178
Anexo 7 Carta de consentimiento informado	180
Anexo 8 Declaración de Autenticidad	182
Anexo 9 Tablas y Gráficos adicionales	183

INDICE DE TABLAS

N° de la tabla	Nombre de la tabla	N° de pagina
TABLA N° 1	Factores sociodemográficos de los pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus de los Centros de Salud de la Red Lima Ciudad. 2015	91
TABLA N°2	Factores de la salud en general de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial de Centros de Salud de la Red Lima Ciudad. 2015	92
TABLA N°3	Factores de los problemas de salud(enfermedad) de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial de Centros de Salud de la Red Lima Ciudad. 2015	93
TABLA N°4	Factores emocionales de los pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial de Centros de Salud de la Red Lima Ciudad. 2015	94
TABLA N°5	Factores de apoyo social en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial de Centros de Salud de la Red Lima Ciudad. 2015	95
TABLA N°6	Análisis descriptivo de Automanejo de los Pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus de los Centros de Salud de la Red Lima Ciudad 2015	96
TABLA N°7	Automanejo de los Pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus de los Centros de Salud de la Red Lima Ciudad. 2015	97
TABLA N°8	Factores sociodemográficos que se relacionan con el automanejo en pacientes con hipertensión arterial. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad.2015	98
TABLA N°9	Factores de la salud que se relacionan con el automanejo en pacientes con hipertensión arterial. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad. 2015	99
TABLA N°10	Factores de la enfermedad que se relacionan con el automanejo en pacientes con hipertensión arterial. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad. 2015	100
TABLA N°11	Factores de emocionales que se relacionan con el automanejo en pacientes con hipertensión arterial. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad.2015	101

TABLA N°12	Factores del apoyo social que se relacionan con el automanejo en pacientes con hipertensión arterial. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad.2015	102
TABLA N°13	Factores sociodemográficos que se relacionan con el automanejo en pacientes con diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad.2015	103
TABLA N°14	Factores de la salud que se relacionan con el automanejo en pacientes con diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad.2015	104
TABLA N°15	Factores de la enfermedad que se relacionan con el automanejo en pacientes con diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad.2015	105
TABLA N°16	Factores de emocionales que se relacionan con el automanejo en pacientes con diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad.2015	106
TABLA N°17	Factores del apoyo social que se relacionan con el automanejo en pacientes con diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad.2015	107
TABLA N°18	Resultados para el modelo con todas las variables de los pacientes con hipertensión arterial	108
TABLA N°19	Medidas de evaluación del modelo con variables significativas en pacientes con hipertensión arterial	110
TABLA N°20	Prueba de Hosmer y Lemeshow en pacientes con hipertensión arterial	111
TABLA N°21	Resultados para el modelo con todas las variables de los pacientes con diabetes mellitus	112
TABLA N°22	Medidas de evaluación del modelo con variables significativas en pacientes con diabetes mellitus.	113
TABLA N°23	Prueba de Hosmer y Lemeshow en pacientes con diabetes mellitus.	114
TABLA N°24	Factores sociodemográficos que se relacionan con el automanejo en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad.2015	183

TABLA N°25	Factores de la salud que se relacionan con el automanejo en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus Centros de Salud de la Red Lima	185
TABLA N°26	Factores de la enfermedad que se relacionan con el automanejo en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad.2015	187
TABLA N°27	Factores emocionales que se relacionan con el automanejo en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad.2015	189
TABLA N°28	Factores de apoyo que se relacionan con el automanejo en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad.2015	190

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Nº de Gráfico	Nombre del Gráfico	Nº de pagina
GRÁFICO Nº 1	Procedencia como factor que se relaciona con el automanejo en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad.2015	184
GRÁFICO Nº 2	Antecedentes familiares como factor que se relaciona con el automanejo en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad.2015	186
GRÁFICO Nº 3	Calidad de vida como factor que se relaciona con el automanejo en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad.2015	188
GRÁFICO Nº 4	Apoyo confidencial como factor que se relaciona con en el automanejo en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad.2015	191
GRÁFICO Nº 5	Apoyo afectivo como factor que se relaciona con el automanejo en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad.2015	192
GRÁFICO Nº 6	Apoyo familiar como factor que se relaciona con el automanejo en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad.2015	193

RESUMEN

Tuvo por objetivo determinar los factores relacionados con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en Centros de Salud de la Red Lima Ciudad, fue de tipo prospectivo y transversal con diseño no experimental, correlacional-causal de enfoque cuantitativo en una muestra de 164 personas con diagnóstico de diabetes mellitus y 190 personas con diagnóstico de hipertensión arterial, atendidos en los 4 centros de salud seleccionados. La técnica de recolección de datos fue la encuesta y los instrumentos fueron 4 cuestionarios., resultados mostraron, baja calidad de vida y falta de apoyo familiar. Se concluyó que el nivel educativo se relaciona positivamente con el automanejo de pacientes hipertensos, pero no en el automanejo de diabéticos; la baja calidad de vida y las visitas al médico los últimos 6 meses se relacionan positivamente con el automanejo de pacientes hipertensos y diabéticos ; el haber tenido problemas para dormir, el sentirse mal consigo mismo y el tener dificultad para concentrarse se relacionan positivamente con el automanejo de los pacientes hipertensos, mientras que en pacientes diabéticos ningún factor emocional se relaciona con el automanejo; de los factores de apoyo social, el tener el apoyo familiar disfuncional se relaciona positivamente con el automanejo de hipertensos y diabéticos.

Palabras clave: Factores sociodemográficos, salud/ enfermedad, emocionales, de apoyo social, Automanejo, diabetes mellitus, hipertensión arterial.

ABSTRACT

The objective of the investigation was to determine the factors related to the self-management of patients with hypertension and diabetes mellitus in Health Centers of the City of Lima.

The research was a prospective and cross-sectional study with a quantitative non-experimental and correlational approach in a sample of 164 people diagnosed with diabetes mellitus and 190 people diagnosed with hypertension attended at the 4 selected health centers. The data collection technique was the survey and the instruments were 4 questionnaires.

The main results showed similarities in self-control in hypertensive and diabetic patients; In addition, poor quality of life and support from the dysfunctional family were factors that negatively influenced self-management by increasing at least 5.8 and 4.8 times the risk of inappropriate self-management. It was concluded that there is similar self-management in patients with hypertension and diabetes mellitus. Educational level, poor quality of life, visits to the doctor in the last 6 months and dysfunctional family support negatively influenced the self-control of hypertensive and diabetic patients.

Key words: Self-management, risk factor for chronic disease, diabetes mellitus, hypertension.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día se evidencia gran porcentaje de adultos mayores con hipertensión arterial y Diabetes Mellitus y a pesar que los índices se incrementan estos pacientes no reciben tratamiento oportuno. Es importante considerar las consecuencias que traen consigo estas dos patologías, pues el crecimiento poblacional de pacientes en diálisis va en aumento y si tenemos en cuenta que la Diabetes y Arterial son las principales causas de la enfermedad renal crónica y que casi la mitad de los pacientes que se sometan a diálisis son diabéticos, la tercera parte son Hipertensos. Este aspecto ha sido reconocido por la Organización Mundial de la Salud, a través de la propuesta de un modelo de atención para enfermedades crónicas en el primer nivel de atención, donde el automanejo es uno de los seis aspectos más importante a considerar en la organización de este tipo de servicios, pues el automanejo involucra la habilidad de cuidarse a sí mismo y el desempeño de actividades, implica que el individuo trabaje en colaboración con su cuidador, profesionales de la salud y pueda conocer su enfermedad y tratamiento , negociar un plan de cuidado, participar en actividades que protegen y promueven salud, supervisar y controlar los síntomas y signos , gestionar el impacto de la condición física en el funcionamiento, las emociones y relaciones interpersonales y adoptar formas de vida para promover la salud. El propósito del presente trabajo de investigación, radica en conocer el comportamiento de las personas con hipertensión arterial y diabetes mellitus, referente a su manejo y cuidados. Asimismo, reorientar y fortalecer los programas educativos destinados a promover el automanejo bajo una perspectiva colaborativa entre la persona con la enfermedad y los profesionales de salud. La población estuvo conformada por los pacientes con diabetes e Hipertensión de los Centros de Salud de la Red Lima Ciudad. El tipo de muestreo fue Probabilístico, bietapico, ya que en un primer

momento se consideró un muestreo estratificado y luego un muestreo sistemático en cada centro de salud. En cada centro de salud, se encuesta a los pacientes citados diariamente en los servicios de medicina, de acuerdo a la distribución de pacientes según Centro de Salud, hasta completar la muestra, el factor para el muestreo sistemático considero una constante de 12, es decir los pacientes se seleccionaron en intervalos de 12 pacientes. La presente investigación está estructurada en 5 capítulos:

Capítulo I: planteamiento del problema, que abarca la descripción de la realidad problemática tanto en América Latina, como en Perú y específicamente en la Red Lima ciudad, la identificación y formulación del problema, el problema, los objetivos, la justificación y las limitaciones.

Capítulo II: marco teórico, que abarca antecedentes internacionales de Colombia, México y Cuba, antecedentes nacionales y antecedentes locales, normas nacionales e internacionales, base teórica sobre los factores que se relacionan con el automanejo y la formulación de hipótesis, Operacionalización de variables e indicadores, definición de términos básicos.

Capítulo III: metodología abarca el tipo y nivel, diseño de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, descripción de instrumentos, validación de instrumentos y técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Capítulo IV: presentación y análisis de resultados, abarca procesamiento de datos, prueba de hipótesis y discusión de resultados.

Capítulo V: conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2006), las enfermedades crónicas constituyen una verdadera epidemia mundial, pues son responsables de 35 millones de muertes al año. ⁽¹⁾ Entre estas enfermedades crónicas destacan la hipertensión arterial y la diabetes mellitus con prevalencias de 40% en adultos mayores de 25 años y 9% en mayores de 18 años, respectivamente. ⁽²⁾ Asimismo, la hipertensión arterial es una comorbilidad muy frecuente en diabéticos y genera una mayor morbimortalidad, así lo reportó Araya (2004) al encontrar que ambos son factores de riesgo para enfermedad cardiovascular. ⁽³⁾ e incluso son responsables de la mitad de muertes por infartos y enfermedades del corazón. (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2012). ⁽⁴⁾ La prevalencia de diabetes mellitus e hipertensión arterial ha dejado de ser un problema casi exclusivo de los países del primer mundo, pues hoy en día también se aprecia un incremento en países vías de desarrollo, atribuida a creciente masa poblacional, a su envejecimiento y a comportamiento, como la dieta malsana, el uso nocivo del alcohol, la inactividad física, el sobrepeso o la exposición prolongada al estrés (OMS, 2010). ⁽⁵⁾

En América Latina, la situación respecto a la diabetes mellitus e hipertensión arterial no es nada distinta pues en países como Nicaragua se han reportado prevalencias de 9% y 25% para la diabetes mellitus e hipertensión arterial, respectivamente; situación que se prevé empeorará a medida que van cambiando

los hábitos de vida y el envejecimiento de la población (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2010) ⁽⁶⁾ Ambos procesos mórbidos según López et al. (2013) confluyen en una entidad clínica de mayor impacto en salud pública, el síndrome metabólico.⁽⁷⁾ Estos padecimientos tienen origen en inadecuados estilos de vida en base a dietas hipercalóricas, sedentarismo, hábitos nocivos como el consumo de alcohol, tabaco, etc. es decir cuestiones modificables; por ello, se ha establecido al autocuidado como la piedra angular en la atención de estos pacientes (American Diabetes Association [ADA], 2004) y este autocuidado implica modificar significativamente el estilo de vida, promover regímenes alimenticios balanceados y fomentar la actividad física básicamente⁽⁸⁾. En relación a ello, se ha dicho que a razón del estrecho vínculo entre la hipertensión y la diabetes, no se puede controlar adecuadamente una de estas afecciones sin atender la otra (OMS, 2013).⁽⁹⁾ Sin embargo, Araya (2004) menciona que la falla en lograr un control adecuado de la hipertensión y la diabetes, a menudo implica un problema del automanejo, dada la complejidad del tratamiento. Por esta razón es importante identificar los factores que influyen en el nivel de autocuidado que un paciente pueda tener, pues estos factores estiman el potencial de la prevención de conductas inadecuadas y/o insuficientes de autocuidado.

Según diversos investigadores, el éxito o fracaso del autocuidado en las enfermedades crónicas está determinada por: a) factores sociodemográficos como la edad, sexo, escolaridad, etc. (Achury et al., 2012); b) factores familiares, como el apoyo recibido de esta (Fernández y Manrique, 2011), c) factores emocionales (Epul, 2012) entre muchos otros factores. Sin embargo, es poco lo investigado respecto a estos factores en patologías como la diabetes mellitus e hipertensión

arterial, menos aún no existen investigaciones donde se comparen los factores que influyen en el comportamiento de automanejo tanto de la diabetes como de la hipertensión, lo cual fundamentó la relevancia de esta investigación. ⁽¹⁰⁾

En el Perú, el 34% de los adultos mayores de 60 años han sido diagnosticados de hipertensión arterial y el 9% de la población peruana ha sido diagnosticada de diabetes, pero el 21% no recibe tratamiento contra estas enfermedades (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2012).⁽¹¹⁾ Ambos son padecimientos que requieren atención durante toda la vida y a su vez plantean roles diferentes en los profesionales proveedores de los cuidados como es el caso de Enfermería, donde el paciente o usuario es el que debe ser el protagonista de su cuidado, y que a diferencia de los cuidados agudos, donde el paciente sigue las ordenes médicas y su duración es corta, en el caso de los cuidados crónicos, es el afrontar día a día estos cuidados, siendo entonces el rol del proveedor más bien el de informar, educar y fortalecer el auto manejo de su enfermedad, aspecto que recae principalmente en el profesional de enfermería. ⁽¹²⁾ Estos datos son alarmantes si se tiene en cuenta la pérdida de años de vida saludable, años productivos, incapacidad física, costos para los pacientes y el sistema de salud peruano, por lo que se hace necesaria la prevención mediante el abordaje de todos aquellos factores que determinan una buen o mal automanejo, pues investigadores peruanos como Hidalgo (2005) encuentran una baja capacidad de autocuidado en diabéticos y relatan existencia de ciertos factores estarían limitando los cuidados del paciente para consigo mismo. ⁽¹³⁾ En Lima Peñarrieta et al. (2015) confirma lo dicho en líneas previas al hallar un deficiente automanejo en pacientes diabéticos, hipertensos y cáncer encontrando además influencia del sexo de los paciente sobre esta capacidad de automanejo, específicamente en aspectos de

conocimiento de la propia enfermedad y de la salud, repercutiendo ello en la presencia de problemas de orden físico, emocional y social.⁽¹⁴⁾

En la Red de Salud Lima Ciudad del Ministerio de Salud (MINSA) ámbito donde se desarrolló la presente investigación no existen el programa de diabetes mellitus y de hipertensión, por lo que se hace difícil realizar seguimientos a los pacientes. Asimismo, es de suponer existe un inadecuado autocuidado por parte de pacientes producto de insuficiente seguimiento que se les brinda. Todo ello, impacta negativamente en la calidad de vida de las personas por las complicaciones que acarrearán consigo. Por ello es necesario un estudio sobre factores que se relacionan con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en Centros de Salud de la Red Lima Ciudad.

Con los resultados del presente estudio de investigación se busca mejorar el comportamiento de los pacientes hipertensos y diabéticos, así como la comunicación con los profesionales de la salud, permitirá detectar mejor el estado de salud de los pacientes y hacer un menor uso de los servicios de salud y tener menos complicaciones.

1.2. Identificación y formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Existe una relación entre los factores y el automanejo de pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en Centros de Salud de la Red Lima-Ciudad 2015?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Los factores sociodemográficos están relacionados con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en los Centros de Salud de la Red Lima-Ciudad 2015?
- ¿Los factores de la salud/enfermedad están relacionados con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en los Centros de Salud de la Red Lima-Ciudad 2015?
- ¿Los factores emocionales están relacionados con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en los Centros de Salud de la Red Lima-Ciudad 2015?
- ¿Los factores de apoyo social están relacionados con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en los Centros de Salud de la Red Lima-Ciudad 2015?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar los factores relacionados al automanejo en pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en Centros de Salud de la Red Lima-Ciudad 2015.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los factores sociodemográficos relacionados con en el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en Centros de Salud de la Red Lima-Ciudad 2015.

- Definir los factores de la salud/enfermedad relacionados con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en Centros de Salud de la Red Lima-Ciudad 2015.
- Determinar los factores emocionales que están relacionados con automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en Centros de Salud de la Red Lima-Ciudad 2015.
- Determinar los factores de apoyo social relacionados con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en Centros de Salud de la Red Lima-Ciudad 2015.

1.4 Justificación y viabilidad de la investigación.

La hipertensión arterial y la diabetes mellitus debido a la magnitud con que se presentan y por ser patologías que generan un mayor riesgo cardiovascular constituyen un gran problema de salud pública (Yalda, Gonzáles, Yentzen & De la Fuente, 2014), evidencia de ello es su reconocimiento como parte de las actuales prioridades dentro de las políticas sanitarias (OPS, 2010). Por ser ambas patologías de lenta evolución y larga data requieren que el paciente tanto diabético como hipertenso ejerza un papel al ser el quien tome las decisiones sobre su salud, incluidas aquellas decisiones relativas al automanejo de su padecimiento. Por ello, el automanejo cobra gran relevancia, pues se encarga de maximizar la Calidad de Vida, evitando complicaciones innecesarias y maximizando los apoyos, como las redes sociales comunitarias y las aportaciones de los proveedores sanitarios. Sin embargo, investigadores peruanos han llegado a encontrar en nuestra población peruana diabética e hipertensa que existe un deficiente automanejo (Peñarrieta, 2014), lo que cronifica aún más el

padecimiento y conlleva a un mayor riesgo de complicaciones. En el marco de estos planteamientos es importante identificar aquellos factores que se relacionan con las prácticas de automanejo, pues tienen el potencial de evitar innecesarias complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente. Es así que desde una perspectiva práctica esta investigación cobra gran relevancia pues tiene la función decisiva de aportar pruebas que permitan sustentar las prácticas que potencien el automanejo interviniendo en factores que la afectan negativamente, los cuales serán llevados a la práctica clínica por el profesional de enfermería y demás profesionales de la salud.

De esta manera, es que la presente investigación pretende generar sustanciosos aportes teóricos, pues generara un conocimiento original sobre los factores relacionados con el automanejo en pacientes con hipertensión y diabetes en el primer nivel de atención debido a las insuficientes investigaciones realizadas respecto al tema en el Perú.

El Automanejo de condiciones crónicas ha sido visto como una estrategia viable para llenar el vacío existente entre la capacidad del individuo y del sistema de salud para satisfacer las necesidades de los individuos con enfermedades crónicas. En este sentido el automanejo es considerado la piedra angular en la atención del paciente diabético y/o hipertenso; sin embargo, se carecen de investigaciones respecto a aquellos factores que al parecer inciden hacia una inadecuado automanejo, de ahí la importancia de esta investigación desde una perspectiva teórica. Los resultados serán novedosos en la medida que existe ausencia de investigaciones respecto a los factores sociodemográficos, de la salud/enfermedad, emocionales y apoyo social que se relacionan con el automanejo, es decir se pretende llenar un vacío en el conocimiento actual.

El automanejo en pacientes con enfermedad crónica persigue un objetivo primordial el cual es, mantener el bienestar psicológico por el propio paciente; a través de potencializar en el paciente competencias básicas de autocuidado para: la resolución de problemas, toma de decisiones, la utilización de recursos, la formación de alianzas con los proveedores de atención de la salud, y la adopción de medidas siguiendo tres tareas indispensables: la gestión de los aspectos médicos de la enfermedad, la gestión de los roles en la vida, incluyendo los cambios en los papeles producidos por la enfermedad, y la gestión de las consecuencias psicológicas de la enfermedad crónica. He ahí la importancia del presente estudio. Permitirá tener evidencia científica válida que sustente la toma de decisiones, teniendo además el potencial de convertirse en una política pública que impulse programas para promover un óptimo automanejo que tengan como punto de intervención aquellos factores que se relacionan negativamente con este comportamiento. Asimismo, esta investigación es pertinente, porque el crecimiento poblacional de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus amerita llevar a cabo intervenciones a la brevedad, caso contrario esto derivaría en mayores costos al sistema sanitario peruano, costos para el pacientes y su familia. Por último, esta investigación es viable pues se contó con una población que regularmente asistían a las locaciones donde se realizó el estudio, a las cuales fue posible acceder; asimismo otros aspectos que hacen del estudio viable de realizar fue el contar con recursos financieros, humanos y logísticos necesarios para culminar satisfactoriamente cada etapa de la investigación (desde la formulación, planeamiento metodológico hasta la elaboración del informe final).

1.5 Limitaciones de la investigación

Por ser el estudio prospectivo y requirió la directa participación de pacientes hipertensos y diabéticos, las principales limitaciones fueron:

- Aceptación y consentimiento respecto a la participación de las unidades de estudio, se solucionó sensibilizando a los pacientes.
- Veracidad, naturalmente existió también cierto sesgo en cuanto a la recolección de información, debido a la posibilidad de que los pacientes omitan, nieguen o brinden información no verídica respecto a los datos solicitados; frente a ello se dio estricto cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión.
- Limitada bibliografía investigativa acerca del tema a nivel nacional/local que sirva como referente; sin embargo, esto impulsa y justifica la realización del presente estudio como un novedoso aporte al conocimiento científico nacional en esta área de investigación. Se solucionó consultando bibliografía de investigadores expertos en automanejo.
- No generalizable. Los resultados del presente estudio son principalmente válidos para la población de la cual fue tomada la muestra de estudio, es decir será válido principalmente para la Red Lima Ciudad (Validez interna) y solo referencial para otras redes de salud (Validez externa), por lo que su utilidad pudo verse limitada; sin embargo, esta investigación permite generar aportes relevantes y sirve como referencia para otros estudios similares.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

Antecedentes Internacionales

Achury L., et al (2012) efectuaron una investigación en Colombia con el título: “Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel”. El objetivo del estudio fue determinar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial en una institución del segundo nivel. El tipo y diseño de estudio fue cuantitativo, descriptivo y transversal; se contó con 245 pacientes hipertensos a quienes se les aplicó el instrumento: Evaluación de la capacidad de agencia de autocuidado en el paciente hipertenso, los rangos ponderales utilizados para evaluar el instrumento fueron baja, (17-28 puntos) media (29-56 puntos) y alta (57-85 puntos). Encontraron que el sexo femenino predominó en un 71%, el estado civil casado en el 93%, la ocupación jubilado en 41%, el grado de estudios que predominó el bachillerato en 32% y primaria 30%; además la persona a cargo del cuidado del paciente hipertenso en mayor porcentaje fue el cónyuge con 44% y los hijos con 40%. Por otro lado, el índice de masa corporal con mayor porcentaje fue sobrepeso en 41% seguida de obesidad I con 28%; por último el 81 % (n = 199) y el 8% (n = 20) de los pacientes presentaron una capacidad de agencia de autocuidado media y baja respectivamente, y tan solo el 10 % (n = 26) fue alta. Llegaron a la conclusión de que el paciente cumple un rol fundamental en su estado de salud para el desarrollo de las capacidades de autocuidado; por eso el

profesional de enfermería debe intervenir de acuerdo con las capacidades del individuo, para promover el autocuidado y educación que le permita al paciente modificar su comportamiento, adquirir conocimiento y adquirir habilidades de autocuidado. (15)

Leyva, Venegas y Medel (2011) realizaron un estudio en México con el título: “La capacidad de autocuidado en el control del paciente hipertenso”. Con el objetivo de evaluar el autocuidado de los pacientes hipertensos y su asociación con el control de las cifras tensionales. El tipo y diseño del estudio fue observacional, analítico - comparativo, prospectivo y transversal; muestreo no probabilístico, en el que participaron 79 pacientes con HTA controlado y 79 pacientes con HTA no controlado. Para evaluar los factores de autocuidado y capacidad de autocuidado se les aplicó un instrumento validado denominado: Escala de Medición de los Factores Condicionantes Básicos y Capacidad de Autocuidado en el paciente con HTA. La parte de la escala que mide el sistema familiar tiene un índice de confiabilidad de Kuder Richardson=0.70, la parte de factores culturales, ambientales y capacidad de autocuidado un índice de confiabilidad de alfa de Cronbach de 0.88. Para el análisis utilizaron estadística descriptiva como medias, desviación estándar, rango, intervalos de confianza 95% y tablas de frecuencias; para evaluar la asociación entre los factores condicionantes de autocuidado y la capacidad de autocuidado con el control de la hipertensión arterial emplearon la prueba de χ^2 y para la comparación de las variables cuantitativas entre los dos grupos se utilizó la prueba U de Mann-.Whitney. El 77% fueron mujeres y 22% hombres, la edad promedio de 44 ± 6 años, el tiempo de diagnóstico de la HTA promedio de 5 ± 4 años. También encontraron que la capacidad de autocuidado en pacientes con HTA controlado fue buena en (n=58) 73% y en HTA no

controlado (n=3) 3% ($p<0.05$). El sistema familiar fue positivo en 91% en pacientes controlados y 67% en no controlados ($p<0.05$), por otra parte los factores socioculturales fue bueno en 64% para los controlados y 16% para los no controlados, la diferencia entre ambos grupos fue significativa $p=0.000$, X^2 . En cuanto a los factores ambientales fue bueno para los controlados en 50% y para los no controlados 2%; además para el grupo con HTA no controlado el 14% malo (OR=21), 83% regulares (OR=23). Concluyeron, que existe asociación entre las capacidades de autocuidado y el control de la presión arterial. (16)

Millán (2010) efectuó una investigación en Cuba titulado: "Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad". El objetivo de la investigación fue evaluar la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. El estudio fue descriptivo, transversal; seleccionaron a 195 adultos mayores, a quienes se les aplicó el test de CYPAC-AM (Capacidad y Percepción de autocuidado del Adulto Mayor) diseñado para medir el nivel de autocuidado. Encontraron que el autocuidado inadecuado en hombres es el 50% y en mujeres el 43%, la categoría de edad entre 60-69 años 54% tuvieron autocuidado inadecuado y 45% autocuidado adecuado; por otro lado el nivel de autocuidado fue déficit de autocuidado cognoscitivo – perceptivo en 46%, el déficit parcial 9% y déficit total 5%. De los 121 pacientes con nivel de autocuidado inadecuado 75% son independientes y el 63% percibían su estado de salud aparentemente sano, no realizaron el control de salud n=119, no participaron del círculo de ancianos n=147, tuvieron una alimentación inadecuada n=82, consumían medicamentos sin prescripción médica n=64. Se concluyó que la mayoría de pacientes adultos mayores independientes desarrollaron un autocuidado deficiente y el grado funcional independiente es una condición

necesaria pero no lo suficiente para un buen autocuidado; los adultos mayores que perciben algún riesgo para su salud se cuidan más que los que se perciben sanos. (17)

Amador, Márquez y Sabido (2007) desarrollaron una investigación en México con el título “Factores asociados al auto-cuidado de la salud en pacientes diabéticos Tipo 2”. El objetivo fue cuantificar la prevalencia y los factores asociados al autocuidado de la salud en pacientes con diabetes tipo 2. El estudio fue de tipo transversal, analítico y contó con la participación de 200 pacientes diabéticos tipo 2 a quienes se les aplicó un cuestionario de autocuidado de la salud y otro cuestionario de factores sociodemográficos, culturales y psicológicos. El 65% fueron catalogados como pacientes con autocuidado y el 37% no reunieron los criterios y se catalogaron como pacientes sin autocuidado, siendo la asistencia a citas médicas (95%) y el tratamiento farmacológico (70%) los criterios de autocuidado que más destacaron. De los factores sociodemográficos se encontró destacan el nivel socioeconómico medio (RM=1,31) y bajo (RM=1,27), pues incrementan el riesgo de tener autocuidados no adecuados en el paciente; similar situación sucede con el analfabetismo (RM=1,20), pues también incrementa el riesgo de autocuidado inadecuado para el paciente. Asimismo, resaltó el factor familiar, pues la desintegración familiar incrementó considerablemente el riesgo de no cuidado de la salud (RM=4,62). Por su parte el factor psicológico ansiedad también estuvo asociado al no cuidado (RM=1,94). Se concluyó que el principal factor relacionado con el autocuidado se encuentra en la familia, por lo que es necesario promover la integración y apoyo familiar. (18)

Méndez, Becerril, Morales y Pérez (2007) México titulado: “Autocuidado de las adultas mayores con diabetes mellitus inscritas en el programa de enfermedades

crónicas en Temoaya, México”. Objetivo fue describir las actividades del autocuidado en el adulto mayor con Diabetes Mellitus tipo 2. El estudio fue con enfoque cualitativo, descriptivo, utilizaron como técnica la entrevista a profundidad y como método el etnográfico aplicado a 10 mujeres adultas mayores. Encontraron como actividades de autocuidado: a) Los ejercicios, donde no todas las usuarias lo realizan por razones de accesibilidad, motivación o por ocupaciones en el hogar; b) la alimentación es poco balanceada por los escasos ingresos económicos, Ellas comprendieron la importancia de disminuir la ingesta de azúcar, proteínas y grasas para mantener en equilibrio los niveles de glucosa, colesterol y urea; c) respecto a la salud bucal el cepillado de los dientes es con irregularidad y además no tienen dinero para comprar pasta dental; d) respecto al vestido y calzado cuando realizaron la exploración de los pies se encontró que las lesiones en 50% fueron callosidades , micosis y mal olor debido al uso de calzados de tela, plástico y huaraches de piel; e) en el automonitoreo hallaron que algunas usuarias asistían para el monitoreo de los niveles de glucosa, presión arterial, circunferencia abdominal, revisión de oídos y agudeza visual; f) por último la medicación que consumieron fueron pastillas para aliviar dolores de cabeza, espalda y zumbidos de oídos. El autocuidado emocional fue evaluado a través de la participación de los familiares quienes ayudaron a conocer las actividades de prevención en el grupo de ayuda mutua en el Centro de Salud; por otra parte para el autocuidado social se organizaron encuentros sociales donde las usuarias se mostraron satisfechas, alegres y con ánimo de ocuparse de su persona.

Concluyeron que las acciones de autocuidado que llevan a cabo las adultas mayores con DM 2, en la medida de sus posibilidades intentan cumplir con las recomendaciones de las enfermeras y los médicos. (19)

Antecedentes Nacionales

Aguado E., Arias M., Sarmiento G., & Danjoy D. (2014) desarrollaron un estudio en Perú titulado: "Asociación entre conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos, consultorio de cardiología Hospital Nacional". El objetivo fue determinar la asociación entre el nivel de conocimientos sobre la hipertensión arterial y autocuidado en pacientes adultos con hipertensión arterial. Se planteó el estudio con enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo corte transversal; con un tamaño de muestra de 86 pacientes de un Hospital Nacional. Sobre las técnicas e instrumentos de recolección de datos, se aplicó la técnica de la entrevista, un cuestionario sobre conocimiento de hipertensión arterial y para medir el autocuidado una Escala de Lickert. Validez y confiabilidad de los instrumentos: se sometió a juicio de expertos con 10 profesionales de salud, la confiabilidad se obtuvo mediante la aplicación de una prueba piloto. Procedimiento de recolección de datos: se solicitó la autorización del Comité de Ética de la UPCH y del Hospital, la recolección de datos se realizó previo consentimiento informado de los participantes. La información obtenida se procesó en una base de datos en Excel a través del programa estadístico SPSS versión 15; y el análisis estadístico se realizó con la prueba t de student; se utilizó el análisis descriptivo y los resultados se presentaron en tablas estadísticas. Concluyeron que el 40.0% de los pacientes tenían un nivel de conocimiento y autocuidado alto; el 38.1% presentaron un nivel de conocimiento y autocuidado bajo. Las diferencias resultaron estadísticamente significativas. (20)

Peñarrieta et al (2013), desarrollaron una investigación en Perú titulado "El automanejo de enfermedades crónicas: población de una jurisdicción de centros de salud". Su objetivo fue describir el automanejo en personas con enfermedades

crónicas (diabetes, hipertensión y cáncer). El tipo y diseño del estudio fue descriptivo, exploratorio y transversal. La población seleccionada fue por conveniencia del Centro de salud de Puente Piedra del Ministerio de Salud (MINSA), de los 12 Centros de Salud se eligieron 4 de forma aleatoria, se usó la técnica de las agujas del reloj casa por casa hasta completar las viviendas de la jurisdicción del Centro de Salud con una muestra total de 382 personas (con Hipertensión=134, Diabetes=138 y cáncer=110). EL instrumento original aplicado fue sobre “Automanejo en padecimientos crónicos - Partners in Health Scale”, instrumento validado en la población peruana con tres dimensiones: conocimiento, adherencia y manejo de los síntomas, con una confiabilidad de alpha de Cronbach de 0,893. La técnica estadística para variables continuas fue con el análisis de normalidad Kolmogorov – Smirnou, también se utilizó la prueba de Kruskal-Wallis para el análisis de diferencias entre grupos. Encontraron una tasa de no respuesta de 5% por no encontrar a los pacientes en sus viviendas, la edad media de los participantes fue 57 años con rangos de 18 – 90 años; que el automanejo es deficiente en los pacientes con diabetes, hipertensión y cáncer con una media de 66, se encontraron diferencias en el automanejo en las dimensiones de adherencia y manejo de signos y síntomas., por otra parte mostraron mejor manejo de los signos y síntomas los pacientes con diabetes frente a los que hipertensos y con cáncer; también hallaron que los pacientes con cáncer tienen mejor adherencia en comparación a los hipertensos y diabéticos, además se encontraron diferencias en el automanejo según sexo. Concluyeron que el automanejo en pacientes con enfermedades crónicas es deficiente en todas sus dimensiones como conocimientos, adherencia y manejo de signos y síntomas. (21)

Fanarraga J. (2013) elaboró una tesis en Perú con el título: “Conocimiento y

práctica de autocuidado domiciliario en pacientes adultos con hipertensión arterial, en consultorios externos de cardiología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen EsSalud". El objetivo fue determinar la relación que existe entre el conocimiento y la práctica de autocuidado domiciliario que realizan los pacientes adultos con diagnóstico de hipertensión arterial. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, descriptivo y transversal; participaron en éste estudio 130 pacientes de ambos sexos y residentes en la ciudad de Lima. La técnica que se utilizó fue la encuesta, como instrumento un cuestionario con preguntas cerradas y también una lista de chequeo. La validez de los instrumentos fue evaluado por Juicio de expertos; se aplicó una prueba piloto para evaluar la confiabilidad mediante el coeficiente de alfa de Cronbach obtuvieron para la variable conocimiento el valor significativo de 0.817 y para la variable práctica de autocuidado obtuvieron 0.847 igualmente significativo. Encontraron que los pacientes con HTA conocen los alimentos que deben consumir diariamente y los signos y síntomas (99% y 99%), conocen que deben de realizar caminatas durante el día el 98%, conocen que debe de descansar durante el día el 94%; por otro lado el 78 % desconocen los daños ocasionados por la hipertensión y que se agravan a través del tiempo, también el 28% desconocen que la hipertensión arterial aumenta con la edad, sexo y obesidad. Respecto a la práctica de autocuidado el 69% se controlan la presión arterial, el 77% realizan caminatas durante el día y el 87% tienen una alimentación adecuada conteniendo frutas y verduras. Concluyó que los pacientes en un mayor porcentaje conocen sobre la hipertensión arterial y un porcentaje significativo desconoce que la hipertensión se grava con el tiempo, edad y obesidad; además existe relación significativa entre conocimiento y prácticas de autocuidado. (22)

Noda, Pérez, Malaga y Aphan (2008) efectuaron una publicación en Perú titulado: "Conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales". El objetivo fue medir el nivel de conocimiento, sobre diabetes mellitus 2 en pacientes hospitalizados del Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL) y el Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH). Fue un estudio cualitativo, el tipo de muestreo por saturación con un total de 31 pacientes, 16 del HNAL y 15 del HNCH, se utilizó la entrevista como técnica que fueron grabadas, transcritas, interpretadas y calificadas. Por otra parte, los datos demográficos, complicaciones y tratamiento se recolectaron de las historias clínicas para luego contrastarlas con las respuestas de los entrevistados. La edad promedio que hallaron fue de 59 años, de los cuales tenían educación primaria 38%, secundaria 45% y superior 16%; el tiempo de enfermedad promedio fue 9 años que mostró asociación sólo con el número de complicaciones ($p=0.032$). El 100% de pacientes conocían el nombre de su enfermedad, el 38% sabía en qué consistía, el 16% pensaba que es una enfermedad curable y el 48% conocía los factores que descompensan su enfermedad; así mismos, los pacientes que tenían conocimiento adecuado de las posibles complicaciones de la DM fue el 9% y conocía adecuadamente las complicaciones que presentaban el 22%. Además conocían la medicación recibida y sabía que el tratamiento era de por vida 71% y 58% respectivamente. Conocían las medidas adecuadas sobre tratamiento no farmacológico 51%, fueron hospitalizado por hipoglicemia 29% y sólo el 12% conocía que era una complicación del tratamiento; durante la hospitalización el 25% conocían los niveles de glicemias; por otra parte el 41% de pacientes con DM2 obtuvieron sus conocimientos del personal no médico, tenían nivel de conocimientos adecuado sobre su enfermedad el 12% de los pacientes, 48%

intermedio y 38% inadecuado, siendo los resultados similares en los dos hospitales. No se halló asociación estadística entre el nivel de conocimientos con ninguna de las variables estudiadas. Concluyeron que el nivel de conocimientos sobre la diabetes en estos pacientes fue insuficiente. La educación que brinda el personal médico a los pacientes es deficiente. (23)

Antecedentes Locales

Peñarrieta et al (2015), desarrollaron una investigación en Lima titulada “Automanejo en enfermedades crónicas: Diabetes mellitus 2, hipertensión arterial y cáncer”. Su objetivo fue describir las características del automanejo de la enfermedad crónica en adherencia, conocimiento, manejo de signos y síntomas en personas con diabetes, hipertensión y cáncer. El diseño fue exploratorio, con una muestra por conveniencia. Se seleccionó un total de 562 personas: 400 usuarios diagnosticados con diabetes tipo 2 e hipertensión arterial y 162 usuarios con diagnóstico de cáncer. Se aplicó el instrumento de automanejo de “Partners in Health Scale”. Los resultados muestran deficiente automanejo de su enfermedad con una media de índice general de 69, así como diferencias entre sexos en aspectos de conocimiento de la enfermedad, presencia de problemas de orden físico, emocional y social, los de mayor mención fueron los emocionales y sociales. Concluyeron que el mayor porcentaje de usuarios se constituye de mujeres, lo que confirma considerar la perspectiva de género en la planeación de la atención. (24)

2.2. Bases legales

2.2.1. Normas nacionales

Ley No 26842, Ley General de Salud en cuyo ítem XV del título preliminar establece que el estado promueve la investigación científica y tecnológica en el campo de la salud para el cuidado; por ello es necesario realizar investigaciones que pretendan contribuir con nueva alternativa de tratamiento para enfermedades crónicas de gran prevalencia como la diabetes e hipertensión arterial (Congreso de la República, 1997). ⁽²⁵⁾

- Ley que modifica la Ley No 28553, Ley General de Protección a las personas con Diabetes establece un régimen legal de protección para personas con el diagnóstico de diabetes mellitus, así como dotarles de una cultura de prevención (Congreso de la República, 2013). ⁽²⁶⁾
- Ley No 28705, Ley para la Prevención y Control de los Riesgos del Consumo del Tabaco, donde se menciona al tabaco con un hábito nocivo que influye significativamente sobre la salud integral del paciente, por lo que se requiere tener cuidado con su consumo (Congreso de la República, 2006). Congreso de la República (2008) ⁽²⁷⁾
- Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva, la cual busca contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad producida por la enfermedad hipertensiva (MINSa, 2015). ⁽²⁸⁾

2.2.2. Normas Internacionales

- Normas sobre Prevención y Control de Enfermedades Crónicas de América Latina: Obesidad, Diabetes, Enfermedades Cardiovasculares, donde se menciona que el esfuerzo legislativo debe centrarse en el aspecto preventivo y fundamentalmente en los factores dietéticos y en el incremento de la actividad física (OMS, 2009). ⁽²⁹⁾
- Normas para el manejo y tratamiento de las enfermedades Cardiovasculares priorizadas: Hipertensión arterial, Cardiopatía isquémica, Enfermedades cerebrovasculares, en la cual se menciona que la educación del paciente, de sus familiares y del público es sumamente importante para la prevención de las enfermedades cardiovasculares y el cuidado de la salud (MINSA, 2006). ⁽³⁰⁾
- Manual de Normas Técnicas y Administrativas del Programa de Diabetes Mellitus, donde se recomienda educar al paciente para garantizar un Autocuidado óptimo de la diabetes y así evitar complicaciones (OPS, 1988). ⁽³¹⁾
- Plan Mundial Contra la Diabetes 2011-2021, donde menciona que la promoción de una alimentación sana se realiza mediante normativas para reducir el contenido en grasas, azúcares y sales de los alimentos y bebidas procesados y eliminar las grasas trans, programas de concienciación y cambio conductual (FID, 2010). ⁽³²⁾

2.3. Bases teóricas

2.3.1 Factores que se relacionan con el automanejo

2.3.1.1 Factores sociodemográficos que se relacionan con el automanejo

Según Song et al. en su estudio, obtuvieron diferencias entre sexos en relación a las necesidades de información y de soporte. Concluyeron que sus participantes requerían información y soporte en relación al control emocional, a qué tipo de actividad física debían de realizar, a cuáles eran las recomendaciones dietéticas a llevar a cabo y a cuáles debían ser los cuidados en el control de pies, en el control glicémico y en la toma de medicación. Aun así, fueron las mujeres quienes más necesidad de información y de soporte expresaron. ⁽³³⁾

Vega y Suarez (2015) la importancia de la escolaridad radica en que condiciona la capacidad de agencia de autocuidado en la medida en que permite el aprendizaje y facilita la búsqueda de información. Asimismo, para Otero et al. (2007) las personas que tienen un mayor número de años de educación formal tienden a presentar mayor conocimiento y habilidades para el cuidado en salud, así como mejor capacidad de relacionarse con el equipo de salud. ⁽³⁴⁾ Romero et al. La mayoría de pacientes diabéticos presentan una capacidad de autocuidado regular, siendo los años de estudio un factor sociodemográfico que se asociaba con una menor capacidad de automanejo. Asimismo mencionan la direccionalidad que aparentemente tienen los años de estudio y el autocuidado de las personas diabéticas pues hallaron una correlación directamente proporcional entre capacidad de autocuidado y años de estudio ($r=0,124$; $p<0,05$), es decir mientras mejor es el autocuidado mayores son los años de estudio y viceversa ⁽³⁵⁾ En un estudio realizado en Brasil en el 2006 sobre las características sociodemográficas

y clínicas de una población diabética en el primer nivel de atención de salud , se tuvo que 54 usuarios participantes del estudio fueron adultos y ancianos, siendo que 51,9% se encontraban en el grupo etáreo de 45-64 años y 35,1% con 65 años a más. Se observó un predominio del sexo femenino (74,1%), y del estado civil casado (68,5%). En cuanto a la ocupación 42,8% eran jubilados. Con respecto a la escolaridad se encontró que 59,3% tenían primaria incompleta. Con relación al salario familiar 29,6% de los pacientes refirieron tener un ingreso entre uno y dos salarios mínimos. (36)

Navarro y Castro (2010), refieren que “sigue siendo el principal desafío para la enfermería ‘lograr el cambio de conducta’ para que ejerzan un adecuado autocuidado como lo propone Orem y lograr así contribuir en la mantención de la salud y de una mejor calidad de vida para nuestros usuarios”. (37)

Aguado, Arias, Sarmiento & Danjoy (2014) refieren que los años educativos que dispone una persona incide en la alimentación y el efecto que se produce en los diferentes sistemas y aparatos, que pudieran estar relacionados con la actitud que asumen hacia su autocuidado, que son todas las acciones o actividades que realizan las personas en forma voluntaria para mantener la salud y el bienestar en los diferentes roles que desempeñan y especialmente cuando se enfrenta a una enfermedad crónica como la hipertensión arterial. (38)

En otro estudio realizado en Perú, sobre automanejo de enfermedades crónicas, se muestra un rango bastante amplio en las edades que refieren presentar una de estas dos enfermedades crónicas, desde 18 a 90 años de edad, aspecto que llama la atención pues en la literatura revisada, se reporta edades con mayor prevalencia a partir de los 40 años de edad. (39)

Si bien no todos los factores sociodemográficos se relacionan con el autocuidado, el hecho de haber hallado que el nivel educativo si se relaciona con este comportamiento basta para coincidir con la teoría del déficit de autocuidado de Orem (2001) quien menciona presencia en el individuo de factores condicionantes básicos (personales y de contexto) para satisfacer las demandas de autocuidado de todos los requisitos de autocuidado o pueden significar un obstáculo para su cobertura. Orem D. (2001) Nursing. Concepts of practice. (6th ed.)St. Louis, Missouri: Mosby.

2.3.1.2 Factores de salud y enfermedad que se relacionan con el automanejo

De acuerdo con las actuales recomendaciones de la OMS, el cumplimiento terapéutico o adherencia debe entenderse como una conducta en la que el paciente participa racionalmente en todas las recomendaciones dadas por el grupo de profesionales. ⁽⁴⁰⁾ En Chile un estudio evidencia una alta prevalencia de incumplimiento terapéutico (78,4%). ⁽⁴¹⁾ Los hábitos que mayoritariamente se habían modificado en el grupo eran los referidos a alimentación y consumo de medicamentos, (82% y 89%, respectivamente) mientras que los referidos al manejo de conflictos personales o recreación sólo se habían modificado en 50% y 40%, respectivamente. Esto revela que un gran porcentaje de hipertensos no considera los aspectos sociales o psicológicos que ayudan a manejar la enfermedad, estando muy arraigada la idea que los tratamientos o los actos médicos culminan con la prescripción farmacológica y se deposita en ese aspecto casi toda la solución a la enfermedad. Esto pudiera tener explicación en el manejo que el mismo equipo de salud implementa para los pacientes hipertensos, pues en este estudio llamó la atención que todos los casos tenían indicados medicamentos antihipertensivos desde la fecha de ingreso al programa, sin

resguardar los tres a seis meses de manejo no- farmacológico inicial, necesario y recomendado para esta edad, situación que pudiera estar favoreciendo que el paciente perciba que sólo la prescripción farmacológica es importante en su tratamiento. (42)

Otro aspecto importante de considerar es la dificultad en la ingesta de medicamentos que indica que para este grupo, no es la cantidad de medicamentos lo que incide en el cumplimiento, sino más bien la complicación que la ingesta le ocasiona. (43)

Estudios similares en adultos mayores hipertensos norteamericanos han revelado que el olvido y los efectos desagradables que les producen los antihipertensivos, son las dificultades que impiden cumplir con la ingesta de medicamentos. (44) Estas dificultades, aunque no se indagaron en profundidad, pueden originarse al momento de la ingesta (dificultades para tragar, confusión de dosis, etc.) o después, por efectos no deseados, como el deseo de orinar más frecuentemente, situaciones que provocan a la larga la decisión de evitar la ingesta y ahorrarse las molestias de una enfermedad que ni siquiera perciben. Sobre todo en el anciano, la ingesta de medicamentos y la ocurrencia de efectos secundarios, deben ser permanentemente valorados por el equipo de salud, para ir adecuando el tratamiento integral a las necesidades y actividades diarias del paciente. (45)

Aguado et al. (2014) encontró que más de la tercera parte (38,1%) de hipertensos tienen un autocuidado inadecuado, proponen que la educación del paciente hipertenso se posicione como un elemento primordial para el adecuado control de la HTA al propiciar una mejor calidad de vida. Contreras (2011) menciona el papel

tan significativo que juega la familia en el fomento de las conductas de autocuidado para mejorar calidad de vida del hipertenso. (46)

Otro aspecto importante es el que refiere Achury et al. (2012), quien dice que se debe buscar que el paciente alcance una alta capacidad de agencia de autocuidado a partir del conocimiento y realización de forma voluntaria de actividades que le permitan mantener su salud y mejorar su calidad de vida. Asimismo, otra alternativa para propiciar una mejor calidad de vida sería lo propuesto por Achury et al. (2012) quienes propusieron la realización de intervenciones educativas estructuradas y orientadas específicamente a las necesidades individuales del paciente, ya que también demostraron que mejora la calidad de vida del paciente. (47)

Otro aspecto que no debemos dejar de lado es la presencia de las dos enfermedades juntas, ya que la hipertensión arterial empeora y acelera el daño que la diabetes ejerce sobre las arterias, lo que da lugar a que las personas hipertensas y diabéticas sufran con mayor frecuencia que las que únicamente padecen diabetes y mucho más que las sanas, infarto de miocardio, insuficiencia renal, accidentes vasculares cerebrales (trombosis), enfermedad vascular periférica, etc., que incluso puede llegar a ocasionar la muerte del paciente. Aprender a vivir con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial es un proceso largo, que precisa la gestión activa de la persona con esta enfermedad, además los cambios que genera en la vida de quienes la padecen y en sus familias pueden constituir una amenaza para su salud a corto, medio y largo plazo, debido a las repercusiones biológicas, psicológicas y sociales, por las complicaciones agudas y crónicas que pueden mermar la calidad de vida de la persona afectada. Para ello, deberán contar con conocimientos y habilidades que les capaciten para

satisfacer sus nuevas necesidades o requisitos de autocuidado terapéuticos durante el resto de su vida. Esta tarea es difícil y con frecuencia las personas no son capaces por sí mismas de satisfacerlos de forma adecuada, surgiendo en el proceso, dificultades y problemas diversos, necesitando las intervenciones de profesionales sanitarios.

2.3.1.3 Factores emocionales que se relacionan con el automanejo

Los padecimientos crónicos repercuten sensiblemente en el bienestar y la calidad de vida de quienes los padecen y de sus allegados. En el caso de los diabéticos se ha informado de mayores niveles de depresión, ansiedad, baja autoestima y sentimientos de desesperanza y minusvalía. ⁽⁴⁸⁾

En el caso de la hipertensión, la ansiedad es una dimensión naturalmente asociada con ella por las reacciones fisiológicas que implica. Además, por su sintomatología, son los hipertensos los que tienen más probabilidades de desarrollar un trastorno de ansiedad en comparación con otras condiciones crónicas⁽⁴⁹⁾ Se ha informado además, mayor angustia, problemas de funcionamiento sexual, de sueño y autocontrol. ⁽⁵⁰⁾ Complementariamente a estos comportamientos, se presentan otros ocasionados por el mismo tratamiento farmacológico como dolor de cabeza, mareo, estreñimiento, baja energía o efectos sedantes, náuseas, flatulencia, entre otros. En suma y en sentido amplio el sueño es un aspecto fundamental que afecta el autocuidado del paciente, pues una de las principales alteraciones del sueño en el adulto mayor con hipertensión arterial y diabetes mellitus es el insomnio, problema que puede estar asociado con estados de depresión o a la falta de actividad durante el día, lo que genera malestar y ansiedad (Dois, Masalán y Leyton 2003). ⁽⁵¹⁾

Entre los principales factores que con frecuencia producen alteraciones en los estadios del sueño están la edad, las temperaturas externas, el ambiente de la habitación, el consumo de sustancias, e incluso los medicamentos prescritos para su tratamiento (Coca, Aranda, Redon, 2009).⁽⁵²⁾ Sino también psicosocial, las acciones y programas de atención en este sentido resultan necesarios y pertinentes.⁽⁵³⁾ A fin de restablecer el mayor bienestar o calidad de vida posible en estas personas. Sin embargo, estas acciones psicosociales deben encaminarse a aspectos específicos de relevancia que estén significativamente comprometidos en el caso de la vida del hipertenso y del diabético, esto es, sus creencias acerca de la enfermedad, sus sentimientos, y las emociones derivadas de la experiencia humana que padecerlas implica al individuo.⁽⁵⁴⁾

El reto es responder con las estrategias apropiadas de resolución de problemas y toma de decisiones asociadas con la condición de la enfermedad y que tienen que ver con su dieta, nuevos hábitos, formas de control de la enfermedad y reacondicionamiento de sus rutinas, actividades y cotidianidad en general (afrontamiento instrumental). Según la Asociación Americana de Diabetes en su reporte del 2012; señala que los problemas psicológicos pueden perturbar al paciente y a su familia para cumplir con el tratamiento de la diabetes y las diferentes metas que deben alcanzar, lo que compromete el estado de salud.⁽⁵⁵⁾

Por consiguiente, Samaniego y Álvarez (2006) establecen que diferentes autores reconocen la relación significativa entre los factores psicológicos con las enfermedades, por lo que se ha convertido en un tema relevante y de interés por diversos campos en los últimos tiempos, cuyas investigaciones tratan de ofrecer respuestas a las preguntas que han surgido respecto del origen y desarrollo de diversas enfermedades como la diabetes mellitus y la hipertensión

arterial. Además, existen numerosas investigaciones dirigidas al estudio de la enfermedad crónica; de las cuales se ha obtenido un importante aceptación, sobre las repercusiones psicológicas que produce una enfermedad como lo es la diabetes mellitus, ya que se posee una amplia información proveniente de los trabajos efectuados sobre el impacto de este tipo de condición. (56)

Con respecto a esto, según Olivera y Soria (2008) presumen que el curso de un trastorno crónico involucra un proceso de cambio en la actividad física, laboral y social de los pacientes. De la misma manera, estas personas se ven forzadas a adaptarse a nuevos hábitos por una condición que puede persistir toda la vida y en el aspecto psicológico asumir el rol de un paciente que padece una enfermedad crónica. Asimismo, cuando hablamos de enfermedades crónicas, el predominio de factores emocionales y comportamentales que aprecian tanto el paciente como su familia, deben tomarse en cuenta, dado que son estos factores, los que permiten que la condición de enfermedad, deje de considerarse como algo exclusivamente médico y tomar en cuenta de esta forma, el impacto que la nueva condición representa para el paciente y su entorno. Es debido a esto, que el cambio de los estilos de vida de las personas que padecen diabetes e hipertensión arterial es reto porque implica la adopción de nuevas conductas y en las actitudes totalmente asentadas por muchos años. (57)

En el mismo orden de ideas Martínez, Vega, Nava y Anguiano (2010) señalan que la presencia de diversas variables de índole psicológico implicadas en el desarrollo y transcurso de las enfermedades crónicas, pueden llevar a agravar la enfermedad, entre ellos destacaremos la depresión, el estrés, los estilos de vida, entre otros; o incluso variables que sirven para mejorar la calidad de vida del paciente tales como el apoyo social, la adherencia terapéutica, una alta

autoestima entre otros; que están presentes igualmente en la diabetes por ser una enfermedad de carácter crónico. (58)

Concerniente a lo antepuesto estos pacientes, no sólo son perturbados físicamente sino que también desarrollan problemas emocionales a medida que su padecimiento acrecienta, lo cual conlleva a un deterioro del bienestar y de la calidad de vida de estos. Una de esas alteraciones emocionales son los cuadros de ansiedad o angustia que se manifiestan mediante miedo, incertidumbre, inseguridad, nerviosismo, entre otras conductas reactivas que son propias del individuo. (59)

Además, algunos pacientes expresan sentimientos de negación ante el diagnóstico, ya que la enfermedad les impone ciertas limitaciones incrementando el estrés y el sentimiento de culpa. (60) Los problemas para dormir son un aspecto que probablemente forma parte de perfil del paciente hipertenso, pues según Rivera (2006) mediante una investigación realizada en Colombia encontró que la mayoría de los hipertensos casi nunca o nunca pueden dormir lo suficiente para sentirse descansado. Asimismo Vega et al. (2015) reportó que hasta un 50% de hipertensos tiene problemas para dormir.

El descanso es considerado una acción que puede evitar el agotamiento, el estrés y que proporcionan salud mental, además que está muy relacionado con el componente de poder "uso controlado de la energía física", para poder iniciar y mantener una buena práctica de autocuidado (Rivera, 2006). Asimismo reconocen la trascendencia del descanso, pues es una acción que puede evitar el agotamiento, el estrés y que proporcionan salud mental para poder iniciar y mantener una buena práctica de autocuidado.

2.3.1.4 Factores de apoyo social que se relacionan con el automanejo

La familia es reconocida por los pacientes como un soporte social importante como apoyo físico o instrumental, mental y financiero. Así se recoge en los trabajos realizados por diversos investigadores. Estos estudios describieron una ayuda referida al plan dietético. ⁽⁶¹⁾

Asimismo, las mujeres recibían ayuda de sus maridos con recordatorios de la medicación y favoreciendo la comunicación con los profesionales. ⁽⁶²⁾

Lundberg et al. Destacaron el rol de la familia a la hora de acompañar a los pacientes a las citas médicas. ⁽⁶³⁾ Por el contrario, se identificaron otros estudios, donde se mostraron resultados contradictorios. Según Jones et al. Los pacientes percibían este soporte como positivo y negativo al mismo tiempo ya que la familia tenía pocos conocimientos sobre la enfermedad y sobre las necesidades específicas de los pacientes.⁽⁶⁴⁾ Según Lohry describió que las esposas llegaban a causar estrés en los maridos con DM2, al inculcarles miedo para evitar que realizaran trabajos costosos que supusieran un peligro para su integridad física como por ejemplo un corte en el puesto de trabajo.⁽⁶⁵⁾

Por último, Adams identificó una incomprensión por parte de la familia debida al desconocimiento de lo que significaba para el paciente convivir con la enfermedad. ⁽⁶⁶⁾ Cuando la familia se convertía en un soporte negativo para el paciente, producía una sumisión y una disminución de su independencia a la hora de favorecer y continuar con su correcto automanejo ya que sustituían a los pacientes en el automanejo. ⁽⁶⁷⁾

Por último el factor psicológico de importancia para el automanejo de los pacientes al tratamiento es la conducta instrumental, esta se refiere a toda

actividad que sirve como instrumento al individuo para modificar su ambiente interno y externo y que trae consigo consecuencias específicas. (68)

Los pacientes con diabetes suelen carecer de habilidades y conductas que son útiles en el manejo de su enfermedad como el monitoreo de glucosa, toma de medicamentos, realización de una actividad física, etc. Si los pacientes no pueden dominar estas habilidades, el tener pensamientos apropiados y control emocional no será suficiente para que el paciente lleve a cabo las rutinas y actividades pertinentes para su tratamiento. (69)

Desde el punto de vista psicosocial, los padecimientos crónicos como la hipertensión y la diabetes afectan a la población, principalmente de dos formas: Deteriorando la productividad de los pacientes y su capacidad de generar ingresos y servicios y, por otro lado, aumentando el uso de servicios de salud y asistencia, entre otros. (70)

Por otro lado, las relaciones sociales pueden ser alteradas, de alguna manera por esta condición; debido a esto se requerirá de todo el apoyo posible de las personas que componen el entorno de estos pacientes, para facilitar el ajuste a un nuevo estilo de vida centrado en el bienestar, aunque esto no resulta fácil, si tomamos en consideración que en el entorno de las relaciones sociales se comparten hábitos no saludables, como fumar, consumir alcohol, comer en exceso, entre otros. Asimismo, más explícitamente hablando el apoyo social es considerado como otro factor asociado a la adherencia. (71)

En relación con lo anterior, el apoyo social también ha sido definido como un recurso aprovechable en el entorno que el individuo puede disponer, señalando además, que puede estar referido al apoyo emocional, el cual se refiere a contar

con alguien, el apoyo tangible, el cual establece la ayuda directa de materiales tangibles y apoyo en información, representando la información de otra persona como guía. (72)

También, señalan que diferentes autores, propone dos clases de apoyo social: uno es el que se le ofrece y otro es el que percibe que está recibiendo. Por su parte Brannon y Feist (2001) con respecto al papel del apoyo social en la adherencia al tratamiento, afirman que es uno de los predictores con más compromiso en la adherencia al tratamiento, el cual viene dado por parte de los amigos y la familia.

En general, las personas que se sienten apartadas de las demás señalan no ser cumplidoras, mientras que aquellas personas que gozan de sus relaciones personales cercanas están más dispuestas a cumplir con el consejo del médico.(73)

En el mismo orden de ideas, Avendaño y Barra (2008) señalan que diversos autores refieren que una variable asociada a la salud y a la calidad de vida es el apoyo social, ya que proporciona efectos positivos para el bienestar y la salud, se han conceptualizado desde dos modelos diferentes; un modelo de efectos principales, el cual sostiene que el apoyo social beneficia el bienestar y la salud independiente de los niveles de estrés del individuo y el otro el modelo de amortiguación, en el cual se propone que el apoyo social es una herramienta de protección de los efectos patogénicos de los eventos estresantes muy intensos.(74)

Colliere (1993): nos dice “La familia es un elemento participante del cuidado en el hogar y son la mayor fuente de apoyo para el paciente por lo que es necesario

conocer de quien recibe el apoyo social y psicológico para su tratamiento y así poder reforzar las relaciones familiares” (75)

2.3.2. Automanejo en diabetes mellitus e hipertensión

“El automanejo a menudo significa cosas diferentes en diferentes personas y a veces diferentes cosas en momentos diferentes, incluso en la misma persona”. No existe un patrón de oro aceptado para definir universalmente automanejo, más bien se usan varias condiciones, a veces intercambiablemente, dependiendo del contexto y enfoque de la discusión”. Independientemente de las múltiples descripciones de “automanejo” conocidas, hay una que en opinión de los expertos figura entre las más completas: la definición consensual emitida en la Conferencia Internacional sobre Automanejo del Paciente, (76) Refiere que: “El automanejo se relaciona con las tareas que un individuo debe emprender para vivir adecuadamente con una o más cronicidades. Estas tareas incluyen ganar confianza para lidiar con el manejo médico, el manejo de funciones y el manejo emocional.” Esa definición engloba conductas en el “automanejo”, pero incluye la noción de “confianza” o autoeficacia (confianza en sí mismo para llevar a cabo esas tareas) y abarca el manejo de funciones, o sea, la persona que padece una enfermedad crónica puede crear los mecanismos pertinentes para poder realizar las distintas actividades que forman parte de su vida: doméstica, laboral, profesional, social, recreativa u otras; el manejo de emociones, generalmente asociadas a las afecciones crónicas, tales como: la incertidumbre, el miedo, la depresión, la ira, el estrés; y el manejo médico (una preocupación primaria de proveedores del cuidado de salud), que contempla el “manejo”, por el propio paciente, de manifestaciones clínicas como el dolor crónico, la fatiga, la falta de aire y otras, así como de aparatos de automonitoreo (inhaladores, medidores de

niveles de glucemia en sangre u orina, por citar algunos), uso adecuado de fármacos (una óptima adherencia con los conocimientos sobre sus efectos adversos e interacciones medicamentosas) y otras acciones (Adams, Greiner, & Corrigan, 2004), (77)

Adams lo define como la provisión sistemática de educación e intervenciones de apoyo para los equipos de salud para incrementar las habilidades del paciente y la confianza en manejar sus propios problemas, metas, contextos y apoyo a la solución de problemas. (78)

El Automanejo puede conceptualizar como un grupo de tareas que un individuo debe emprender para vivir bien con una o más condiciones crónicas. Las tareas se refieren a adquirir confianza para tratar con el manejo médico, la administración del rol y el manejo emocional. (79)

Para que el paciente “automaneje” su enfermedad se impone educarle, pero no solo con la simple transmisión de información, basada en conocimientos biomédicos de su proceso morboso típico de la tradicional educación al paciente , sino con una instrucción sobre “automanejo” Al respecto, Bodenheimer, Lorig, Colman y Grumbach, diferencian claramente la educación tradicional que se imparte al paciente con afecciones crónicas de la concerniente al “automanejo”, pues según ellos, la educación tradicional tiene como objetivos la obediencia y el cumplimiento de lo que se le explique al paciente; y la de “automanejo”, el incremento de la autoeficacia para mejorar los resultados clínicos. La educación tradicional al paciente proporciona información y habilidades técnicas sobre su enfermedad (conocimientos biomédicos); la de “automanejo” enseña destrezas para saber cómo actuar ante el fenómeno. (80)

Sin duda alguna es importante que se divulguen estas disquisiciones, no solo entre los gestores de información, sino entre los profesionales y prestadores de servicios de salud de la atención primaria, pues así se prevendrían omisiones lamentables como la que se describe más abajo en un documento clave de la Organización Panamericana de la Salud del 2002, que marca la política sanitaria a seguir en los países de Latinoamérica y el Caribe en relación con los adultos mayores afectados por enfermedades crónicas. (81)

En pacientes con enfermedades específicas como la diabetes mellitus mejora el control glucémico; en adultos con asma bronquial disminuyen los síntomas nocturnos y visitas a urgencias; en personas con hipertensión arterial se reducen las cifras tensionales; sin embargo, se ha encontrado menos efectividad en los programas antiartríticos. (82)

Para comprender con claridad el concepto de Automanejo, deben ser consideradas las definiciones que han aportado expertos al respecto. Barlow; lo define como la capacidad de una persona para controlar los síntomas y las consecuencias de vivir con una enfermedad crónica, incluyendo el tratamiento, físico, social y cambios de estilo de vida. (83)

Lorig y Holman señalan que no es necesario que una persona tenga una enfermedad crónica para realizar el Automanejo de su propia salud, pero si la persona tiene una enfermedad crónica, éste se hace continuamente a lo largo de su vida. (84)

Para la presente investigación se han considerado las definiciones que exponen los investigadores Barlow et al. (2002), Lorig et al. (1999), Peñarrieta y Adams et al. (2004) que se puede relacionar íntimamente con el Automanejo de la

hipertensión arterial y la diabetes, mediante una conceptualización del término más sólido y apegado al bagaje teórico del que se dispone; el Automanejo de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus es: “Las actividades que realiza la persona y la capacidad que tiene para manejar la hipertensión arterial y la diabetes, mediante el empoderamiento de su enfermedad, en base a los conocimientos que tiene sobre ésta, el apego a su tratamiento e identificación de las consecuencias físicas, sociales, psicológicas y cambios en el estilo de vida.”⁽⁸⁵⁾

2.3.2 Automanejo en enfermedades crónicas

Si bien muchas enfermedades crónicas de gran prevalencia, como las cardiopatías, la diabetes y el reumatismo articular, presentan características y exigencias únicas, también comparten dificultades parecidas en cuanto a su atención: hacer frente a los síntomas y la discapacidad; vigilar los indicadores físicos; seguir regímenes medicamentosos complejos; mantener un grado adecuado de nutrición, ingesta de calorías y ejercicio; adaptarse a las exigencias psicológicas y sociales, lo que incluye algunos ajustes difíciles del modo de vida, y establecer interacciones eficaces con los prestadores de atención de salud. Un aspecto central del campo del automanejo de las enfermedades es la determinación y elaboración de estrategias comunes centradas en el paciente para hacer frente a estos retos. ⁽⁸⁶⁾ Independientemente de la enfermedad crónica en cuestión, se ha demostrado que adquirir un conjunto genérico de aptitudes es bueno para que las personas manejen eficazmente las enfermedades y mejoren su salud. ⁽⁸⁷⁾

En un informe del 2010 elaborado por el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos, se incluyó el automanejo como una de las

cuatro metas de un marco estratégico para mejorar el estado de salud de las personas con múltiples enfermedades crónicas. (88)

Las ciencias de la enfermería contribuyen al campo del automanejo de las enfermedades mediante la investigación para definir el concepto, describir sus bases teóricas, elaborar intervenciones concretas de automanejo y examinar su eficacia en diversos entornos. (89)

Creer para indicar que los pacientes son participantes activos en su propio tratamiento. (90)

En la actualidad, el término se usa laxamente, y la variedad de definiciones y conceptualizaciones hace que no haya claridad ni acuerdo al respecto en la bibliografía. (91)

El automanejo es también uno de los seis elementos esenciales establecidos en el modelo de atención de las enfermedades crónicas. (92)

En este modelo se procura mejorar la calidad de vida y los resultados al centrarse en los cambios sistémicos que tienen un efecto sobre los factores relacionados con el paciente y el prestador, (93) y cada vez sirve más de marco para determinar los elementos del sistema que se cree que influyen en la evolución de las enfermedades crónicas. El automanejo de las enfermedades crónicas no existe de manera aislada, sino que tiene lugar en el contexto de otras personas e influencias. (94)

Un aspecto fundamental para que tenga buenos resultados es la relación entre el paciente y los prestadores de atención sanitaria (principalmente las enfermeras), los amigos y la comunidad, al igual que los familiares. (95)

La familia es una fuente importante de apoyo para las personas con alguna enfermedad crónica: las personas con mayor apoyo familiar muestran mayor cumplimiento de las recomendaciones del automanejo (96) y mejor control de su enfermedad. (97)

Esto es particularmente importante en el caso del automanejo a largo plazo donde el énfasis familiar en la autosuficiencia y el logro personal, la cohesión familiar y la reacción atenta a los síntomas se asocian con una mejor evolución del paciente.(98)

La mejora de la calidad de vida mediante el automanejo de las enfermedades crónicas representa una buena oportunidad para las ciencias de la enfermería. Según Grady P. y Grough L. a medida que las enfermedades crónicas cobran mayor importancia en el ámbito de la salud pública, el automanejo seguirá afianzándose como un enfoque crucial para tratar estas enfermedades, prevenirlas y promover el bienestar. (99)

Por último, Bonal y Cascaret (2009) mencionan que la definición de automanejo no debería confundirse ni sustituirse por otras como autocuidado, automonitoreo, autocontrol, autoayuda, autogestión y autotratamiento; otros conceptos relacionados, igualmente intercambiables, ya han sido definidos. La comprensión de estos términos y su justa delimitación, no solo por los profesionales de gestión de la información, sino por todos los prestadores de servicios de salud cuya labor se extiende a personas con enfermedades crónicas, incluidos los decisores sanitarios en todos los niveles, es uno de los primeros pasos en ese sentido, sobre todo en la atención primaria. (100)

2.3.2.1. Automanejo en diabetes mellitus

Según Guinea y Portillo las estrategias actuales de Cronicidad y de la Diabetes presentes en España abogan por un adecuado automanejo del paciente por medio de programas y/o intervenciones apropiadas para ello. ⁽¹⁰¹⁾

De una manera general, la participación terapéutica en la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) y tipo 2 (DM2) pretende conseguir tres objetivos fundamentales: a) la desaparición de los síntomas relacionados con la hiperglucemia y los factores de riesgo cardiovascular modificables asociados, b) retrasar la aparición de las complicaciones crónicas (CC) micro y macro vasculares, o enlentecer su progresión si ya estuvieran establecidas en el momento del diagnóstico, y c) normalizar el estilo de vida del paciente e implicarle en el conocimiento y autocontrol de la enfermedad. Se basa en la actuación integrada sobre la totalidad de los aspectos que influyen en el pronóstico de la enfermedad. ⁽¹⁰²⁾ De una manera práctica, las recomendaciones actuales de la American Diabetes Association (ADA) para el control en pacientes diabéticos adultos, se basa en la educación diabetológica. ⁽¹⁰³⁾

El paciente con DM1 y DM2 debe recibir información sobre nutrición, ejercicio físico y también sobre todas las posibilidades farmacológicas de reducir, hasta las recomendaciones, las cifras de glucemia. A su vez, debe recibir exhaustiva información acerca de sus efectos adversos y de la posibilidad de aparición de hipoglucemia, incidiendo en el conocimiento de todos sus síntomas (especialmente los de inicio). Debe implicarse en el manejo y autocontrol de la enfermedad y para eso debe ser estimulado e incentivado de una manera personal y familiar. Debe conocer la DM como una enfermedad en la que “no

únicamente sube el azúcar en la sangre”, sino en la que existe una realidad sistémica mucho más amplia sobre la que también tenemos que actuar. Hay que hacerle comprender, y fundamentalmente al paciente con DM2, que es una enfermedad sistémica cardiometabólica y cardiovascular que exige un control y seguimiento estrecho y permanente en nuestra consulta. La educación diabetológica se basa fundamentalmente en varios pilares de obligado intento y cumplimentación:

En varios estudios, destacaron la importancia de la continuidad de cuidados en el fomento del automanejo de la DM2. Concretamente, se resaltó la importancia de ser recibidos por el mismo profesional y la necesidad de eliminar las barreras estructurales existentes entre niveles asistenciales para así aumentar la comunicación entre profesionales. (104)

Estudios realizados en el Perú muestran que el 54,7% presentó un nivel de conocimiento medio sobre el autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas, el 30,0 % presentó un nivel de conocimiento bajo, mientras que el 15,3% tuvo un nivel de conocimiento alto. Baca Martínez, B. et al., clasificó el conocimiento en suficiente, regular e insuficiente y refleja los siguientes resultados: insuficiente 78,7%; regular 15,9%, y suficiente 5,4% de los 94 usuarios entrevistados. (105) Así mismo, Corbacho et al. Encontraron un nivel bueno con 23,0% (40); regular 37,9% (66), y malo 39,1% (68). (106) A pesar que aún son muy pocos los estudios que evalúan el comportamiento de las personas con enfermedad crónica en sus cuidados, al menos en Perú, estos resultados caracterizan una problemática que merece destacar y que refuerza la necesidad de buscar estrategias innovadoras para promover la adhesión de esa población al

tratamiento instituido, así como conseguir una participación mayor en sus propios cuidados.⁽¹⁰⁷⁾

En pacientes con enfermedades específicas como la diabetes mellitus mejora el control glucémico; en adultos con asma bronquial disminuyen los síntomas nocturnos y visitas a urgencias; en personas con hipertensión arterial se reducen las cifras tensionales; sin embargo, se ha encontrado menos efectividad en los programas antiartríticos. ⁽¹⁰⁸⁾

2.3.2.1 Automanejo en la hipertensión arterial

La principal estrategia terapéutica de la hipertensión arterial consiste en el cambio de estilos de vida, pues se ha descrito son la piedra angular para la prevención de la HTA; son también importantes para su tratamiento, aunque nunca deben retrasar la instauración del tratamiento farmacológico en pacientes con un nivel de riesgo alto. Ensayos clínicos han demostrado que los efectos de los cambios en el estilo de vida en la reducción de la PA pueden ser equivalentes al tratamiento con un fármaco.⁽¹⁰⁹⁾ Aunque el inconveniente más importante es el bajo nivel de adherencia a lo largo del tiempo, una cuestión que requiere especial atención superar. Los cambios en el estilo de vida pueden retrasar o prevenir de forma segura y eficaz la HTA en pacientes no hipertensos, retrasar o prevenir el tratamiento farmacológico en pacientes con HTA de grado 1 y contribuir a la reducción de la PA en pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico, lo que permite una reducción de número y dosis de fármacos antihipertensivos. ⁽¹¹⁰⁾ Además del efecto de control de la PA, los cambios en el estilo de vida contribuyen al control de otros factores de riesgo CV y otras entidades clínicas.⁽¹¹¹⁾

Si bien la evidencia muestra claramente el efecto protector del tratamiento antihipertensivo, no está tan claro cómo se debe organizar y proporcionar la atención médica a los pacientes hipertensos en la comunidad. (112)

Sin embargo, parece haber pocas dudas en cuanto a que el manejo de la enfermedad hipertensiva requiere una estrategia multidisciplinaria. Esto implica la participación de diversos profesionales de la salud, el médico general, que atiende a la mayoría de los pacientes hipertensos; especialistas de varios campos, dependiendo de la naturaleza de la HTA y la dificultad del tratamiento; personal de enfermería entrenado específicamente en el seguimiento del paciente hipertenso durante su vida, y farmacéuticos que gestionan las recetas del médico, tratan directamente los problemas del paciente y resuelven muchas de sus dudas. (113)

Las medidas recomendadas para el cambio en el estilo de vida con demostrada capacidad para reducir la PA son: a) restricción de la ingesta de sal; b) moderación en el consumo de alcohol; c) consumo abundante de frutas y verduras, alimentos bajos en grasa y otros tipos de dieta; d) reducción y control del peso, y e) actividad física regular. Además es imprescindible insistir en el abandono del tabaco para mejorar el riesgo CV y porque fumar cigarrillos tiene un efecto vasopresor agudo que puede aumentar la PA ambulatoria diurna. (114)

Restricción de ingesta de sal: Existe evidencia de la relación causal entre la ingesta de sal y la presión arterial; además, el consumo excesivo de sal puede contribuir al desarrollo de HTA resistente. Entre los mecanismos que relacionan la ingesta de sal con el aumento de la PA, se incluye el aumento de volumen extracelular y de la resistencia vascular periférica, debido en parte a la activación

del sistema simpático. ⁽¹¹⁵⁾ En muchos países el consumo habitual de sal suele ser de 9-12 g/día, y se ha demostrado que la reducción del consumo a 5 g/día tiene un efecto reductor de la PAS moderado (1-2 mmHg) en individuos normotensos y algo más pronunciado en hipertensos (4-5 mmHg). ⁽¹¹⁶⁾ Por ello se recomienda a la población general una ingesta diaria de 5-6 g de sal. El efecto de la restricción de sodio es mayor en personas de raza negra, personas mayores y en individuos con DM, síndrome metabólico o ERC, y la restricción de sal puede reducir número y dosis de fármacos antihipertensivos. ⁽¹¹⁷⁾ No se ha determinado con claridad el efecto de la restricción de sal de la dieta en las complicaciones cardiovasculares. ⁽¹¹⁸⁾ Aunque el seguimiento a largo plazo del estudio TOHP (Trials of Hypertension Prevention) mostró que la ingesta reducida de sal se asoció a menor riesgo de complicaciones cardiovascular. ⁽¹¹⁹⁾

En términos generales, no hay evidencia de que la reducción de la ingesta de sodio de elevada a moderada cause efecto nocivo alguno. Caso por caso, la reducción efectiva del consumo de sal no es fácil de lograr. Es necesario informar y aconsejar sobre los alimentos que contienen sal añadida o tienen un alto contenido en sal. La reducción de la ingesta poblacional de sal es una prioridad sanitaria que requiere el esfuerzo combinado de industria alimentaria, gobiernos y toda la población, ya que el 80% del consumo de sal implica alimentos con “sal oculta”. Se ha calculado que la reducción de sal en los procesos de elaboración de pan, alimentos cárnicos, queso, margarina y cereales resultaría en un aumento de los años de vida ajustados por calidad.⁽¹²⁰⁾

Moderación del consumo de alcohol: La relación entre consumo de alcohol, cifras de presión arterial y prevalencia de HTA es lineal. El consumo regular de alcohol eleva la PA de pacientes hipertensos tratados. Si bien el consumo

moderado puede ser inofensivo, el consumo excesivo se asocia tanto con elevación de la PA como con aumento del riesgo de ictus. El estudio PATHS (Prevention and Treatment of Hypertension Study) investigó los efectos de la reducción del consumo de alcohol en la PA. El grupo de intervención obtuvo una reducción de la PA 1,2/0,7 mmHg mayor que el grupo de control al cabo de 6 meses. No se ha realizado ningún estudio para evaluar el impacto de la reducción del consumo de alcohol en los objetivos de valoración cardiovascular. Se debe aconsejar a los hipertensos que reduzcan el consumo de alcohol a un máximo diario de 20-30 g de etanol los varones y 10-20 g las mujeres. El consumo semanal total de alcohol no debe exceder los 140 g los varones y 80 g las mujeres. (121)

Otros cambios de la dieta: Se aconsejará a los pacientes hipertensos sobre el consumo de hortalizas, productos lácteos desnatados, fibra dietética y soluble, cereales integrales y proteínas de origen vegetal, con menos contenido en grasas saturadas y colesterol. La fruta fresca también es recomendable, aunque con precaución en pacientes con sobrepeso porque en algunos casos su alto contenido en hidratos de carbono puede favorecer el aumento de peso. (122) La dieta de tipo mediterráneo ha despertado gran interés en los últimos años. Una serie de estudios y metanálisis han comunicado el efecto cardioprotector de la dieta mediterránea. (123) Se recomendará a los pacientes con HTA el consumo de pescado al menos dos veces por semana y 300-400 g/día de frutas y verduras. La leche de soja parece que reduce la PA, comparada con la leche desnatada de vaca. (124) Los ajustes de la dieta deben ir acompañados de otros cambios en el estilo de vida. En pacientes con la PA elevada, la dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) combinada con ejercicio y pérdida de peso dio

como resultado una mayor reducción de la PA y de la MVI, comparada con la dieta sola³⁶⁰. Con respecto al consumo de café, una revisión sistemática realizada recientemente ha mostrado que los estudios disponibles (10 ECa y 5 estudios de cohortes) no tenían suficiente rigor para establecer recomendaciones a favor o en contra del consumo de café para personas hipertensas. ⁽¹²⁵⁾

Reducción de peso: La HTA tiene una fuerte relación con el exceso de peso corporal³⁶² y la pérdida de peso suele ir acompañada de una reducción de la PA. En un metanálisis, la reducción media de PAS/PAD asociada a una pérdida de peso de 5,1 kg fue de 4,4/3,6 mmHg. ⁽¹²⁶⁾ Se recomienda la pérdida de peso para pacientes hipertensos obesos o con sobrepeso para el control de los factores de riesgo, aunque la estabilización del peso podría ser un objetivo razonable para muchas de estas personas. En pacientes con manifestaciones de ECV establecida, los datos observacionales indican peor pronóstico tras la reducción del peso. Este parece ser el caso también para el paciente anciano. Se recomienda el mantenimiento de un peso corporal saludable (IMC alrededor de 25) y una adecuada circunferencia de cintura (< 102 cm los varones y < 88 cm las mujeres) a los sujetos no hipertensos para prevenir la HTA y a los pacientes hipertensos para reducir la PA. Pero hay que señalar que, según dos grandes metanálisis de estudios observacionales prospectivos de población, no se puede establecer con claridad el IMC óptimo. En la Prospective Studies Collaboration se llegó a la conclusión de que la mortalidad fue inferior con IMC 22,5-25.⁽¹²⁷⁾ Mientras que en un metanálisis más reciente se observó que la mortalidad era menor entre los sujetos con sobrepeso. ⁽¹²⁸⁾ La pérdida de peso puede mejorar la eficacia de la medicación antihipertensiva y el perfil de riesgo CV. Para la pérdida de peso se empleará una estrategia multidisciplinaria, que incluye consejos sobre

la dieta y el ejercicio físico regular. Los programas para la pérdida de peso no suelen tener demasiado éxito y su influencia en la PA podría estar sobrevalorada. Además, los resultados a corto plazo frecuentemente no se mantienen a largo plazo. En una revisión sistemática de pacientes diabéticos 366, la pérdida media de peso tras 1-5 años fue de 1,7 kg. En pacientes pre diabéticos, las intervenciones combinadas sobre la dieta y el ejercicio físico resultaron en una reducción extra del peso, de 2,8 kg al año y otros 2,6 kg a los 2 años; aunque no se trata de resultados impresionantes, son suficientes para ejercer un efecto protector contra la incidencia de DM. ⁽¹²⁹⁾ Según los datos del estudio AHEAD (Action for HEalth in Diabetes), en pacientes con DM2 establecida, la pérdida intencionada de peso no redujo las complicaciones CV, por lo que probablemente el control general de los factores de riesgo es más importante que la pérdida de peso en sí. La pérdida de peso también se puede promover mediante fármacos contra la obesidad, como el orlistat, y en mayor medida con la cirugía bariátrica, que al parecer disminuye el riesgo CV de pacientes muy obesos. Se puede encontrar más detalles sobre este tema en un documento publicado recientemente por la ESH y la Asociación Europea para el Estudio de la Obesidad. ⁽¹³⁰⁾

Ejercicio físico regular: Los estudios epidemiológicos indican que la actividad física aeróbica regular puede ser beneficiosa tanto para la prevención como para el tratamiento de la HTA y la reducción del riesgo y la mortalidad CV. Un metanálisis de ECa mostró que el entrenamiento de resistencia aeróbica reduce la PAS y la PAD en reposo 3,0/2,4 mmHg en la población general y 6,9/4,9 mmHg en participantes hipertensos. ⁽¹³¹⁾ Se ha demostrado también en estudios de cohortes que incluso la actividad física menos intensa y de menor duración se

asocia con una reducción del 20% en la mortalidad ⁽¹³²⁾ y sucede lo mismo con la forma física medida.⁽¹³³⁾ Se aconsejará a los pacientes hipertensos que practiquen al menos 30 min de ejercicio físico aeróbico dinámico de intensidad moderada (caminar, correr, montar en bicicleta o nadar) 5-7 días a la semana. El ejercicio aeróbico a intervalos también reduce la PA. ⁽¹³⁴⁾ El impacto en la PA de otras formas de ejercicio, como la resistencia isométrica (desarrollo de fuerza muscular sin movimiento) y la resistencia dinámica (desarrollo de fuerza muscular con movimiento), se ha revisado recientemente.⁽¹³⁵⁾ El ejercicio dinámico de resistencia se siguió de una significativa reducción de la PA, así como de mejoras en los parámetros metabólicos; se puede recomendar la práctica de ejercicios de resistencia 2-3 días a la semana. No se recomiendan los ejercicios isométricos debido a que solo se dispone de datos de unos pocos estudios.⁽¹³⁶⁾

Dejar de fumar: El tabaco es uno de los riesgos más importantes para la ECV aterosclerótica. Aunque la tasa de fumadores disminuye en la mayoría de los países europeos (donde tiene efecto la legislación antitabáquica), el consumo de tabaco todavía es muy común en muchas regiones y grupos de edad, en parte debido a desigualdades relativas a la educación de la población.⁽¹³⁷⁾ Existe evidencia también de los efectos nocivos para la salud de los fumadores pasivos.⁽¹³⁸⁾ El tabaco causa un incremento agudo de la PA y la frecuencia cardíaca que persiste más de 15 min después de fumar un cigarrillo. ⁽¹³⁹⁾ Como consecuencia de la estimulación del sistema nervioso simpático a nivel central y en las terminaciones nerviosas. ⁽¹⁴⁰⁾ Se ha descrito un cambio paralelo de las catecolaminas plasmáticas y la PA, además de alteración barorrefleja, relacionados con el tabaco.⁽¹⁴¹⁾ En estudios que utilizaban MAPA, se ha observado que tanto los fumadores normotensos como los hipertensos sin tratar

presentaban valores de PA diurna más elevados que los no fumadores. ⁽¹⁴²⁾ No se han descrito efectos crónicos del tabaco en la PA en consulta la cual no disminuye al dejar de fumar. ⁽¹⁴³⁾ Aparte del impacto en los valores de PA, el tabaco es un poderoso factor de riesgo CV, y dejar de fumar probablemente sea la medida más eficaz de los cambios en el estilo de vida para la prevención de las ECV, incluidos ictus, IAM y enfermedad vascular periférica. ⁽¹⁴⁴⁾

Por lo tanto, en cada consulta se debe constatar el estado del paciente con respecto al tabaco y los pacientes hipertensos deben recibir consejos para dejar de fumar. Incluso en pacientes motivados, los programas para dejar de fumar solo tienen éxito en el 20-30% (al año).⁽¹⁴⁵⁾ Cuando fuese necesario se puede considerar el uso de medicamentos para tratar la dependencia tabáquica, como la terapia de sustitución nicotínica (TSN), bupropión o vareniclina. Un metanálisis de 36 estudios en los que se comparaban la tasas de abandono del tabaco a largo plazo empleando bupropión comparado con un grupo control dio como resultado una tasa relativa de éxito de 1,69 (1,53-1,85).⁽¹⁴⁶⁾ Mientras que la evidencia sobre el efecto adicional de la combinación de bupropión con la TSN no fue adecuada.⁽¹⁴⁷⁾ La vareniclina, un agonista parcial de los receptores de la nicotina, ha mostrado moderado beneficio comparada con la TSN y el bupropión. ⁽¹⁴⁸⁾

Pero la FDA ha emitido recientemente una advertencia sobre el perfil de seguridad de este fármaco. Aunque en estudios clínicos se ha demostrado la eficacia de estos fármacos, en la mayoría de los países están infrutilizados debido a los efectos secundarios, las contraindicaciones, la baja aceptación, los altos costes y la ausencia de reembolso. La prevención de recaídas es una piedra angular de la lucha contra la adicción a la nicotina; sin embargo, esta cuestión está insuficientemente estudiada y la evidencia disponible es desalentadora.⁽¹⁴⁹⁾

Tampoco hay suficiente evidencia que respalde el empleo de intervenciones conductuales específicas; cabe esperar algunos resultados positivos de las intervenciones centradas en que el fumador evite situaciones en las que siente la tentación de fumar, así como de estrategias que animen al paciente a cambiar comportamientos, como las entrevistas de motivación. El tratamiento prolongado con vareniclina puede prevenir futuras recaídas, pero no se dispone de datos sobre el uso prolongado de sustitutos de la nicotina. (150)

Teorías relacionadas al automanejo

Según Alés et al. de entre todos los modelos de Autocuidado de enfermería desatacan tres autores: 1) Dorothea Orem, quien destaca la contribución continua del adulto a su propio ser, salud y bienestar, 2) Virginia Henderson, quien mediante su teoría de las necesidades humanas usa el concepto de necesidades sobre las que se conforman los cuidados de enfermería, y 3) Roper, Logan y Tierny, quienes proponen que la salud de las personas y las enfermedades que padecen van unidas a su estilo de vida.(151)

Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem

La teoría expuesta por Orem sobre el déficit de autocuidados se sustenta en base a tres conceptos:

Autocuidado: en ella se explica y describe al Autocuidado, definiéndola como “una actividad aprendida por la persona a lo largo de su vida y orientada hacia un objetivo”. Es, por tanto, una conducta ante la vida dirigida hacia uno mismo en beneficio de la salud y bienestar.

Existen varias clases de Autocuidado, se encuentran aquellos que derivan de las necesidades básicas y de crecimiento del individuo (alimento, descanso, oxígeno, etc.), los asociados al proceso de desarrollo (niñez, embarazo, vejez, etc.) y los derivados de las desviaciones del estado de salud.

Por tanto, la persona que es autosuficiente es responsable de sus propios cuidados y de los de las personas que tiene a su cargo y tendrá capacidades para dar respuesta a toda una serie de necesidades para la vida. Ello debe suponer la capacidad de llevar una vida sana, comportarse de forma que se trate de alcanzar el bienestar y la salud.

El déficit de Autocuidado: describe y explica las razones por el que la enfermería puede ayudar a las personas. El déficit de Autocuidado se da cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar, incapacitándola para el Autocuidado continuo.

La existencia de un déficit de Autocuidado es la condición que avala la necesidad de los cuidados de enfermería.

Los sistemas de enfermería: describe y explica las relaciones que es necesario establecer para que se dé la enfermería. Un sistema de enfermería es “un complejo método de acciones realizadas por las enfermeras determinadas por las demandas de Autocuidado terapéutico del paciente”.

Esta teoría considera al paciente como una unidad que se puede contemplar desde un punto de vista biológico, social y simbólico. La persona se contempla como un agente, con capacidad potencial de satisfacer sus propias necesidades de Autocuidado con el fin de mantener su vida, salud y bienestar. La fuente de dificultades por parte del paciente son, en este modelo, las interferencias que

puedan surgir en el Autocuidado, a parte de una persona, un objeto, etc. Cabe señalar que un sistema de Enfermería es algo que se construye con las actividades de las enfermeras y con las relaciones de estas y los pacientes, por ello Dorothea Orem identifica tres sistemas de enfermería, los cuales son:

- **Sistema de enfermería totalmente compensador:** trata de compensar una incapacidad total del paciente para su Autocuidado. Las actividades manipulativas y de deambulaci3n las realiza en su totalidad la enfermera. En este caso, la enfermera realiza algunas de las acciones de Autocuidado del paciente. En este sistema la enfermera se encarga del Autocuidado terap3utico y compensa con sus actuaciones la incapacidad del paciente para realizar su propio Autocuidado a la vez que le apoya y protege.
- **Sistema de enfermería parcialmente compensador:** en este sistema la enfermera y su paciente realizan medidas de asistencia y otras actividades manipulativas o de deambulaci3n. En este caso, la enfermera realiza algunas de las acciones de Autocuidado del paciente, dependiendo de sus destrezas y capacidades f3sicas y ps3quicas.
- **Sistema de apoyo educativo:** dirigido a pacientes que son capaces o deben aprender a realizar acciones de su Autocuidado y que, en principio, no pueden hacerlo sin la correspondiente ayuda. La enfermería orienta a la persona llevar a cabo las acciones de Autocuidado que sean necesarias.⁽¹⁵²⁾

En los sistemas de enfermería, la enfermera pasa a ser agente de Autocuidado; asimismo, la agencia de autocuidado es la combinaci3n de conocimientos, habilidades, destrezas y motivaciones adquiridas, a trav3s de la formaci3n y la experiencia, que la posibilitan para poder proporcionar cuidados de enfermería.

En tal sentido para efectivizar el autocuidado el profesional de enfermería se vale de cinco métodos de ayuda, los cuales son: actuar o hacer por, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno que estimule el desarrollo.

Es posible establecer, de acuerdo a la teoría de autocuidado de Orem, que esta investigación tiene por fundamento teórico el sistema de apoyo educativo, pues los pacientes de esta investigación fueron todos seleccionados de la consulta externa, evidenciando cierta capacidad de autocuidado a lo el rol de la enfermera se sustentaba en el apoyo educativo que pueda brindar a pacientes diabéticos e hipertensos. En última instancia según Prado et al. la teoría descrita por Dorothea Orem es un punto de partida que ofrece a los profesionales de la enfermería herramientas para brindar una atención de calidad, en cualquier situación relacionada con el binomio salud-enfermedad por personas enfermas y por personas sanas que desean mantenerse o modificar conductas de riesgo para su salud, este modelo proporciona un marco conceptual y establece una serie de conceptos, definiciones, objetivos, para intuir lo relacionado con los cuidados de la persona, por lo que se considera debe aceptarse para el desarrollo y fortalecimiento de la enfermería.⁽¹⁵³⁾

La Teoría de Autoeficacia de Albert Bandura

Como parte del Automanejo se debe de contemplar la inclusión de la Autoeficacia; siendo esta la base teórica que permite comprender la programación y cambios en la conducta del individuo que le permitan alcanzar sus objetivos, convirtiéndose en éxitos logrados. En tal sentido el Automanejo y la Autoeficacia se relacionan íntimamente, si se considera que para lograr un Automanejo de alguna condición de salud se requieren implementar estrategias que lo permitan y

parte crucial de ello es el cambio de actitudes y conductas en el estilo de vida que le mejoren su condición de salud. Para tal caso el Automanejo de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus este debe afrontar e incrementar su capacidad para manejar por él mismo cambios en el estilo de vida, adopción de actividades físicas (rehabilitación), recreativo, ocupacional, cognoscitivo y emocional, toma de decisiones para implementar estrategias y cambiar conductas que le permitan mejorar su estado de salud. El creciente envejecimiento poblacional plantea la necesidad de profundizar el conocimiento de distintos aspectos que influyen en el bienestar y la vejez saludable que generan un “envejecimiento competente” a través de la autoeficacia. (154)

La autoeficacia es un importante predictor de conductas saludables, así como un factor relevante en el abandono de conductas nocivas. Se trata de la confianza que tiene la persona en su capacidad de lograr los cursos de acción necesarios para alcanzar los resultados deseados. Asimismo, determina la cantidad de esfuerzo para realizar una conducta y cómo las personas recuperarán su estabilidad en la vida y representa un aspecto nuclear de la teoría social cognoscitiva. (155)

De acuerdo con esta teoría, la motivación humana y la conducta están regulados por el pensamiento e involucran tres tipos de expectativas: a) aquellas relacionadas con la situación, en la que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal, b) las de resultado, que se refieren a las creencias de que una conducta producirá determinados resultados, y por último, c) las expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida, que son las creencias que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener

los resultados deseados. Los niveles de autoeficacia determinan la motivación. Una vez que se ha iniciado un curso de acción, las personas con alta autoeficacia invierten más esfuerzo, son persistentes y mantienen mayor compromiso con sus metas frente a las dificultades. ⁽¹⁵⁶⁾ Las investigaciones revelan que altos niveles de autoeficacia tienen consecuencias beneficiosas para el funcionamiento del individuo y su bienestar general.⁽¹⁵⁷⁾ Con relación a las conductas preventivas en salud, los individuos con alta autoeficacia percibida tienen más probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas con respecto a la eficacia de éstos.⁽¹⁵⁸⁾ Además, las personas con alta autoeficacia percibida también tienen mayor probabilidad de recuperarse mejor y más rápidamente de las enfermedades que quienes tienen baja autoeficacia.⁽¹⁵⁹⁾ Debido a que el automanejo de la diabetes involucra una serie de factores conductuales, personales y ambientales que interactúan en la realización de las actividades cotidianas de autocuidado, se han asociado altos niveles de autoeficacia con un adecuado automanejo en diabetes en adolescentes; y adultos con diabetes tipo 1 y tipo 2. ⁽¹⁶⁰⁾

La teoría social cognitiva del Dr. Albert Bandura se resume en que los individuos se programan a sí mismos para el éxito o para el fracaso, ejecutando sus expectativas de autoeficacia. ⁽¹⁶¹⁾ Los resultados positivos o negativos son consecuencia de la retroalimentación para la experiencia personal del individuo; la motivación y las acciones humanas que están reguladas en gran medida por las creencias de control que implica tres tipos de expectativas:

a) Las expectativas de situación resultado, en las que las consecuencias se producen por sucesos ambientales independientemente de la acción personal.

b) Las expectativas de acción resultado, en las que el resultado sigue (o es consecuencia de la acción personal) y

c) La autoeficacia percibida, referida a la confianza de la persona en sus capacidades para realizar los cursos de acción que se requieren para alcanzar un resultado deseado. (162)

Quienes no perciben niveles adecuados de autoeficacia tienden a mostrar una baja autoestima y sentimientos negativos sobre sus posibilidades de superar aquellos factores estresantes propios de la vejez. Para ellos, resulta más difícil motivarse con las capacidades que poseen y así lograr sus metas. En consecuencia, realizan una valoración negativa de su vida. Contrariamente, las personas mayores con percepción de elevada autoeficacia facilitan la cognición de las habilidades propias, actuando con pensamientos motivadores de la acción.(163)

A su vez, la percepción de control sobre la propia vida es uno de los condicionantes psicológicos que permite predecir un buen envejecimiento, así como una buena salud. Dentro del control subjetivo cabe destacar, en primer lugar, el control interno/externo que el individuo ejerce sobre el medio y recibe de él (desde una perspectiva dimensional), y, en segundo lugar, la percepción que la persona tiene respecto del control que ejercerá en el futuro, es decir la autoeficacia para envejecer.(164) Estos conceptos son incorporados en el Programa Flinders, desarrollado en la Universidad Flinders Australia, que implica involucrar a los pacientes en una red de colaboración en sus cuidados con los profesionales de salud para manejar su enfermedad crónica de manera efectiva. El programa define automanejo como evitar complicaciones innecesarias,

maximizar la calidad de vida y maximizar el soporte formal e informal como de la sociedad, familiares proveedores de la salud. Por ejemplo, para que las personas estén involucradas activamente en su cuidado deben entender su condición, los efectos de la enfermedad y cómo manejar estos efectos, así como buena comunicación entre los pacientes y proveedores de la salud y entre los proveedores de la salud como algo esencial. ⁽¹⁶⁵⁾

Instrumentos de evaluación del Automanejo

Instrumento de automanejo Partners in Health Scale

El instrumento sobre “Automanejo en padecimientos crónicos. Partners in Health Scale”, comprende doce ítems, con tres dimensiones: Conocimiento de la enfermedad, Manejo de los signos y síntomas y Adherencia al tratamiento. ⁽¹⁶⁶⁾

En la dimensión conocimiento se consideran dos preguntas

- En general, lo que conoce usted acerca de su estado de salud es:
- En general, lo que conoce acerca de su tratamiento, incluyendo medicamentos y de su estado de salud es:

En la dimensión manejo de signos y síntomas, las preguntas que se consideran en esta dimensión son:

- Puede manejar los efectos secundarios de su estado de salud con relación a la actividad física diaria (caminar, las tareas del hogar):
- Puede mantener el equilibrio emocional y espiritual con respecto a su estado de salud.
- Puede interactuar con otras personas cotidianamente, a pesar de su estado de salud.

En la dimensión adherencia las preguntas que se consideran en esta dimensión son:

- Toma las medicinas y/o medicamentos y lleva a cabo los cuidados indicados por su médico o trabajador de salud
- Comparte las decisiones tomadas de su estado de salud con su médico.
- Es capaz de solicitarle al profesional de salud la atención para obtener los servicios que necesita. (acorde a su cultura, valores y creencias).
- Asiste a las citas programadas por su médico o trabajador de salud.
- Se mantiene al tanto de sus síntomas y signos de alerta temprana (por ejemplo, los niveles de azúcar en la sangre, límite de presión arterial, peso, falta de aliento, dolor, problemas de sueño, estado de ánimo).
- Toma medidas a las primeras señales de advertencia y cuando los síntomas empeoran.

En general, lleva un estilo de vida saludable, se las arregla para vivir una vida sana (por ejemplo, no fumar, moderado de alcohol, la alimentación sana, actividad física regular, controlar el estrés):

Según Peñarrieta et al. Los resultados permiten corroborar la importancia de usar el instrumento “Automanejo en padecimientos crónicos Partners in Health Scale” en el primer nivel de atención, como una herramienta útil para evaluar y monitorear este comportamiento en las personas con enfermedades crónicas, dada la presencia de la polipatología en la cronicidad.⁽¹⁶⁷⁾

2.4. Formulación de hipótesis

2.4.1. Hipótesis general

Habrán factores que se relacionan con el automanejo en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en los Centros de Salud de la Red Lima-Ciudad 2015.

2.4.2. Hipótesis específicas

- Los factores sociodemográficos están relacionados con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en los Centros de Salud de la Red Lima-Ciudad 2015.
- Los factores de la salud/enfermedad afectan la relación con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en los Centros de Salud de la Red Lima-Ciudad 2015.
- Los factores emocionales afectan la relación con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en los Centros de Salud de la Red Lima-Ciudad 2015.
- Los factores de apoyo social están relacionados con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en los Centros de Salud de la Red Lima-Ciudad 2015.

2.5 Operacionalización de variables e indicadores

VARIABLE I	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Factores	Grey M, Knafl K, McCorkle R. en el 2006, nos dice que hay factores que se relacionan con la capacidad de las personas y familias de tratar las enfermedades crónicas y que podrían ser objeto de algún tipo de intervención	Los factores relacionados al automanejo, son elementos que condicionan y/o contribuyen a que el paciente cuide de sí mismo y por ende de su propia salud, por ello debemos tener en cuenta a los factores sociodemográficos, factores de salud/enfermedad, factores emocionales y los de apoyo social.	Dimensión 1: Factores sociodemográficos. Son el conjunto de características biológicas, socio económico culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando en cuenta aquellas que pueden ser mediables. Fuentes: Rabines A. Factores de riesgo para el consumo de tabaco en una población de adolescentes escolarizados (Tesis) Lima-Perú Universidad Nacional Mayor de San Marcos 2002	1.1 Edad
				1.2 Sexo
				1.3 Estado Civil
				1.4 Tipo de familia
				1.5 Procedencia
				1.6 Nivel educativo
			Dimensión 2: Factores de la salud/enfermedad Aspectos relacionados al completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades Fuente: Organización Mundial de la Salud. Preguntas frecuentes ¿Cómo define la OMS la salud? Suiza- Ginebra Centro de Prensa de la OMS 2016.	2.1 Seguro de salud
				2.2 Ejercicio la semana pasada
				2.3 Comorbilidad
				2.4 Percepción sobre la salud
				2.5 Calidad de vida auto percibida
				2.6 Fatiga
				2.7 Dolor
				2.8 Falta de respiración
				2.9 Estrés
				2.10 Problemas para dormir
				2.11 Problemas salud física
				2.12 Problemas salud mental
				2.13 Problemas sociales
			2.14 Visitas al médico	
2.15 Visitas a emergencias				
2.16 Hospitalización previa				
2.17 Noches Hospitalizado				
Dimensión 3: Factores emocionales. Son factores relacionados a alteraciones del estado de ánimo intenso y	3.1 Desinterés y abulia			
	3.2 Desanimo y Depresión			
	3.3 Trastorno del sueño			
	3.4 Cansancio y fatiga			

			<p>pasajero, agradable o penoso que va acompañada de cierta conmoción somática.</p> <p>Fuente: Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española 23° Ed. España. Editorial Espasa Calpe 2014</p>	<p>3.5 Problemas del apetito</p> <p>3.6 Sensación de fracaso</p> <p>3.7 Dificultad de concentración</p> <p>3.8 Actitud letárgica</p>
			<p>Dimensión 4: Factores de apoyo social. Son factores relacionados aquel fenómeno de la interacción e interrelación humana que ocurre con frecuencia de forma espontánea entre las personas como forma de soporte.</p> <p>Fuente: Gracia E. El apoyo social en la intervención comunitaria 1° ed. España Editorial Paidós 1997</p>	<p>4.1 Apoyo Confidencial</p> <p>4.2 Apoyo afectivo</p> <p>4.3 Apoyo familiar</p>
VARIABLE II	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus	<p>En el 2002, la OMS reconoció que el automanejo era la piedra angular en la atención a personas con enfermedades crónicas. Automanejo se refiere al rol central del paciente en el manejo de su propia enfermedad. No existe una definición universalmente aceptada sobre automanejo en cambio se usan varios términos, algunos de ellos con significados</p>	<p>Rol central de paciente con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en el manejo de su propia enfermedad considerando tres dimensiones: Conocimiento, Adherencia y Manejo de signos y síntomas.</p>	<p>Dimensión 1: Conocimiento. Es un atributo de las personas que se caracteriza por ser una mezcla de experiencias, valores, información contextual que deriva de la información y los datos.</p> <p>Fuente: Valhondo D. Gestión de conocimiento del mito a la realidad. 1°ed.España: Editorial Díaz de Santos. 2012</p> <p>Dimensión 2: Adherencia. Se refiere a la magnitud con que una persona enferma toma las medicinas, asiste a citas y modifica su conducta orientándola hacia el cumplimiento de lo prescrito.</p> <p>Fuente: Salinas E. Nava G Adherencia terapéutica. Enf Neurol 2012, 11(2).102-</p>	<p>1.1 Conocimientos sobre estado de salud</p> <p>1.2 Conocimiento sobre el tratamiento.</p> <p>2.1 Toma de medicinas/ indicaciones</p> <p>2.2 Comparte decisiones en su salud</p> <p>2.3 Capacidad de solicitar atención</p> <p>2.4. Asistencia a citas programadas</p> <p>2.5 Expectante a los signos de alerta</p> <p>2.6 Toma de medicinas ante Peligros</p> <p>2.7 Valoración sobre vida</p>

	similares dependiendo del contexto en que aparecen.		104 Dimensión 3: Manejo de signos y síntomas Se refiere a la acción de la capacidad de conducir aquellas alteraciones en el organismo que ponen en evidencia la existencia de una enfermedad o que son resultante de la ingesta de medicamentos Fuente: Argente H, Álvarez M. Semiología médica. Fisiopatología, Semiología y Propedéutica. 1° ed (3° reimp). Argentina: Editorial Medica Panamericana Española. Diccionario de la Lengua Española 23° ed. España Editorial Espasa	saludable 3.1 Manejo de signos y síntomas. 3.2 Manejo de equilibrio emocional y espiritual 3.3 Interacción cotidiana
--	---	--	---	---

2.6. Definición de términos básicos

- Factores sociodemográficos: “son el conjunto de características biológicas, socioeconómicas, socioculturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando en cuenta aquellos que pueden ser medibles” (Rabines 2002)
- Factores salud/enfermedad: “aspectos relacionados al completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS 2016)
- Factores emocionales: “son factores relacionados a alteraciones del estado de ánimo intensos y pasajeros, agradables o penosos que va acompañado de cierta conmoción somática” (Real academia española 2014)

- Factores de apoyo social: “son factores relacionados aquel fenómeno de la interacción e interrelación humana que ocurre con frecuencia de forma espontánea entre las personas como forma de soporte” (Gracia 1997)
- Conocimiento: “Atributo de las personas que se caracteriza por ser una mezcla de experiencias, valores, información contextual que deriva de la información y los datos” (Valhondo 2012)
- Adherencia: “se refiere a la magnitud con que una persona enferma toma las medicinas, asiste a citas y modifica su conducta orientándola hacia el cumplimiento de lo prescrito” (Salinas 2012)
- Manejo de signos y síntomas: “se refiere a la capacidad de conducir aquellas alteraciones en el organismo que ponen en evidencia la existencia de una enfermedad o que son resultado de la ingesta de medicamentos” (Argente H2014)
- Apoyo social: “es el sistema de relaciones formales e informales por las cuales los individuos reciben ayuda emocional, material o de información, para enfrentar situaciones que generan estrés emocional” (Fachado, 2008.p.2). (168)
- Calidad de vida: “es un concepto que involucra diferentes grados de aspectos emocionales, intelectuales y culturales y que va más allá del confort material, lo abstracto del concepto, y la fuerte relación que tiene con la percepción de bienestar, ha generado que la calidad de vida este fuertemente relacionada con el estudio en paralelo del concepto conocido como bienestar subjetivo” (Garduño, Salinas, & Rojas, 2005.p.63.). (169)

- Déficit de autocuidado: “deterioro de la habilidad para realizar o completar por si misma las actividades de alimentación, baño/higiene, etc” (NANDA, 2005). (170)
- Diabetes mellitus: “es un desorden metabólico de múltiples etiologías, caracterizado por hiperglucemia crónica con disturbios del metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas y que resulta de defectos en la secreción y/o la acción de la insulina” (MINSA, 2014). (171)
- Educación para la salud: “es un instrumento fundamental en la prevención y en la promoción de la salud...es un proceso de comunicación interpersonal dirigido a proporcionar las informaciones necesarias para realizar un examen crítico de los problemas de salud y responsabilizar a los individuos y grupos sociales en la elección de los comportamientos que tienen efectos directos e indirectos sobre la salud física y psíquica de los individuos y la colectividad” (Ballano & Esteban, 2009.p.102.)
- Enfermedad crónica: “es toda enfermedad que signifique problemas de salud, que requiera una gestión constante durante años... son enfermedades de larga duración y en general de progresión lenta”.
- Estilo de vida: “no hay un definición consensuada sobre estilos de vida, aun así, la mayoría de estudiosos afirman que los estilos de vida saludables están formados por patrones de conductas relacionadas con la salud...forman parte del estilo de vida saludable y se caracterizan por ser observables, constituyen hábitos y poseen consecuencias para la salud” (Moral, Martínez, & Grao, 2013. p.23). (172)
- Hipertensión arterial: “es un síndrome, cuyo componente indispensable es la elevación anormal de la presión arterial sistólica y/o diastólica. Para la

población adulta se consideran cifras patológicas a la presión arterial sistólica mayor o igual a 140 mmHg, y a la diastólica mayor o igual a 90 mmHg” (MINSA, 2011). (173)

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1. Tipo y nivel de investigación

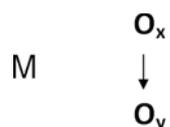
La presente investigación es de enfoque Cuantitativo, porque “usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías” (Hernández, 2010.p.4).

El estudio es Transeccional o transversal, porque se “recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado” (Hernández, 2010.p.154).

3.2. Diseño de la investigación

Según Hernández-Sampieri R. et al. (2010) la presente investigación corresponde a un estudio No Experimental, ya que “se realiza sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos”. El diseño es Correlacional, porque “describen relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado, ya sea términos correlacionales, o en función de la relación causa–efecto (Hernández, 2010.p155).

Donde:



M : muestra de pacientes con diabetes e hipertensión de la Red Lima Ciudad

Ox : medición u observación de las variables relacionadas, es decir los factores sociodemográficos, de la salud/enfermedad, emocionales y de apoyo

Oy : medición u observación de las variable automanejo

↓ : Presunta relación a comprobarse

3.3 Población y muestra de la investigación

3.3.1 Población:

La población estuvo conformada por los pacientes con diabetes mellitus e Hipertensión arterial de los Centros de Salud de la Red Lima Ciudad.

Red Lima Ciudad DISA V		
Centro de Salud	Programas	
	Diabetes Mellitus	Hipertensión
CS 1	0	944
CS 2	517	802
CS 3	567	783
CS 4	285	602
Sub total	1369	3131
Total	4500	

Fuente: Padrón Nominal del Centro de Salud. 2015

Unidad de análisis:

Pacientes diabéticos e hipertensos pertenecientes a los Centros de Salud de la Red Lima Ciudad.

Unidades de muestreo

- Unidad Primaria de Muestreo: Centros de salud perteneciente a la Red Lima Ciudad.

- Unidad Secundaria de Muestreo: Pacientes que se atienden en los servicios de medicina de los centros de salud de la red Lima ciudad.

3.3.2 Muestra

Se determinó un tamaño muestral mediante la fórmula para proporciones, la cual está dada por:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Encontrando un tamaño de muestra de 354 pacientes, según el siguiente criterio:

$$: \frac{4500 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2 * (4500 - 1) + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 354$$

Donde

- N: Tamaño de población, que corresponde a 4500 pacientes atendidos por diabetes e Hipertensión de los Centros de Salud de la Red Lima Ciudad.
- Z0: valor de la tabla de distribución normal que corresponde al 95% de Confianza.
- d=0.05: nivel de precisión para la investigación que corresponde a d=0.05.
- p=0.5 : prevalencia de la prueba, se considera 0.5 para maximizar el tamaño de la muestra, se considera p=0.5 y q=1-p=0.05

En cada centro de salud, se encuestó a los pacientes citados diariamente en los consultorios de medicina, de acuerdo a la distribución de pacientes según Centro de Salud, hasta completar la muestra, el factor para el muestreo sistemático considero una constante de 12, es decir los pacientes se seleccionaron en intervalos de 12 pacientes. Se excluirá a los pacientes que no cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de elegibilidad

Criterios de Inclusión

- Persona con diagnóstico de diabetes mellitus y/o hipertensión arterial.
- Persona con tiempo de tratamiento no menor a un año producto del padecimiento crónico (en caso se refiere presentar ambas patologías crónicas se tomará en cuenta aquella enfermedad con mayor duración)
- Persona que se atiende en los consultorios de medicina, de cualquiera de los centros de salud seleccionados de la Red Lima Ciudad.
- Persona que haya cumplido mayoría de edad.

Criterios de exclusión

- Persona con déficit visual y/o auditivo que dificulte su participación.
- Persona con alteración del estado de conciencia.
- Persona niegue su participación y/o no firme consentimiento informado respecto a su participación.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de recolección de datos fue la Encuesta y el instrumento de recolección de datos fue el Cuestionario.

3.4.1. Descripción de Instrumentos

Se emplearon 4 cuestionarios, cuyas características se exponen a continuación:

1. Cuestionario de datos sociodemográficos, de salud/enfermedad y aspectos emocionales: Este instrumento cuenta con un total de 31 ítems: 6 corresponden a los factores sociodemográficos, 17 corresponden a los

- factores de la salud enfermedad y 8 corresponden a los factores emocionales.
2. Cuestionario de apoyo social de Duque-UNC: Este instrumento también es denominado Functional Social Support Questionnaire y evalúa la variable apoyo social y sus dimensiones apoyo confidencial y apoyo afectivo mediante un total de 11 ítems con opciones de respuesta de tipo Likert: 1=Mucho menos de lo que deseo, 2= “Menos de lo que deseo”, 3=“Ni mucho ni poco”, 4=“Casi como deseo” y 5=“Tanto como deseo”, lo cual permite obtener un puntaje mínimo de 11 puntos y máximo de 55 puntos.
 3. Cuestionario Apgar Familiar: este instrumento evalúa la variable grado de satisfacción y armonía existente en la vida familiar mediante una total de 5 ítems que responden a las dimensiones Adaptación, Asociación, Desarrollo, Afecto y Resolución. Las preguntas que incluyen este cuestionario fueron con opciones de respuesta tipo Lickert: 0=“Nunca”, 1=“Casi nunca”, 2=“Algunas veces”, 3=“Casi siempre” y 4=“Siempre”. Asimismo, el puntaje mínimo de este cuestionario es de 0 puntos y el máximo de 20 puntos, los cuales permiten categorizar la variable de la siguiente manera: < 9 puntos= “Disfunción familiar severa”, 10-12 puntos=“Disfunción familiar moderada”, 13-16 puntos=“Disfunción familiar leve” y 17-20 puntos=“Normal”.
 4. Cuestionario Partners y Health Scale: Este instrumento evaluó la variable automanejo sea en la persona diabética y/o hipertensa, mediante un total de 12 ítems que evaluaron de forma específica las dimensiones de “Conocimiento” (ítems 1, 2), “Adherencia” (ítems 3, 4, 5, 6, 7, 8, 12), “Manejo de síntomas” (9, 10, 11). Las preguntas que contenía este

instrumento se caracterizaron por presentarse en escala con valores de 0 a 8 puntos, donde un menor puntaje correspondió a deficiente automanejo para el aspecto que señala y un mayor puntaje correspondió a un automanejo favorable para el aspecto señalado. Asimismo, este instrumento permitió obtener un mínimo puntaje de 0 puntos y un puntaje máximo de 96 puntos, los cuales permitieron categorizar la variable de la siguiente manera: Si la persona presentó un puntaje menor al 50% del total se consideró como “Automanejo deficiente”, pero si la persona presentó un puntaje superior al 50% (51%- 100%) se consideró como “Automanejo eficiente”.

3.1.2. Validación de Instrumentos

1. Cuestionario de datos sociodemográficos, de salud/enfermedad y aspectos emocionales: debido a que este cuestionario fue elaborado a propósito de la presente investigación y no se cuenta con precedente investigativo que evalúe sus cualidades psicométricas se realizó su validación mediante análisis de consistencia interna o confiabilidad (alfa de Cronbach) y análisis de la validez de contenido mediante juicio de expertos (Prueba binomial), quienes fueron 5 jueces expertos: Dra. Carmen Cruz, Dra. Milagros Salazar, Dra. Sherin Krederdt Dra. Amalia Loli y el Dr. Walter Gómez, los que revisaron los contenidos del instrumento en pertinencia, claridad, cantidad y relevancia, obteniéndose una opinión de aplicable. (Anexos 4 y 5)
2. Cuestionario de apoyo social de Duque-UNC: Si bien inicialmente ha sido desarrollado por Broadhead et al. (1988) y validado en pacientes estadounidenses. Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., Degruy, F. V. y

Kaplan, B. H. (1988). The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire: Measurement for Social Support in Family Medicine Patients. *Medicine Care*, 26(7), 709-723. Hoy en día, su posterior adaptación y validación para la población hispana hacen de este un instrumento válido y confiable para ser aplicado en el contexto peruano, pues son diversas las investigaciones que respaldan sus cualidades psicométricas (Cuellar & Dresch, 2013; Nava, Bezies & Vega, 2015). Cuellar, I., Dresch V. (2012). Validación del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNK-11 en personas cuidadoras. *RIDEP*, 34(1), 89-101. Nava, C., Bezies, R., Vega, C. (2015). Adaptación y validación de la escala de percepción de apoyo social de Vaux. *LIBERABIT*, 21(1), 48-58. Debido a que existen precedentes que respaldan sus cualidades psicométricas no se realizó su validación para el caso de la presente investigación.

3. Cuestionario Apgar Familiar: si bien inicialmente Smilkstein et al. (1982) demostraron la gran utilidad de este instrumento para evaluar a la familia, posteriormente son diversas Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract* 1982; 15: 303-11 las investigaciones que confirman sus bondades psicométricas tanto a nivel internacional como a nivel nacional. Entre los precedentes investigativos que valoran su validez y confiabilidad en contextos sanitario-sociales internacionales se encuentra la investigación de Bellón et al. (2012) quienes reportaron en España que esta herramienta tiene una fiabilidad test-retest superior a 0,75 y una buena consistencia interna con alfa de Cronbach de 0,84. Bellon JA, Delgado A, Luna del Castillo JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de

función familiar Apgar- familiar. *Aten Primaria*. 1996; 18(6): 289-96. En Colombia otros investigadores como Forero et al. (2006) confirmaron también que esta herramienta tiene una buena consistencia interna. Forero, L., Avendaño, M., Duarte, Z., Campo, A. (2006). Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(1), 23-29.; asimismo, en el Perú otros investigadores también confirman la validez y confiabilidad de este instrumento en nuestro contexto socio sanitario (Castilla et al., 2014). Castilla, H., Caycho, T., Shimabukuro, M., Valdivia, A. (2014). Percepción del funcionamiento familiar: Análisis psicométrico de la Escala APGAR-familiar en adolescentes de Lima. *Revista de Psicología Educativa de la USIL*, 2(1), 50-63.

4. Cuestionario Partners y Health Scale: Este instrumento fue desarrollado y validado inicialmente por un equipo de investigadores de la Universidad de Flinders de Australia donde se demostró buenas propiedades psicométricas para medir el automanejo. Los sucesivos estudios también confirman su validez y confiabilidad para la evaluación del automanejo en padecimientos crónicos como la diabetes mellitus y la hipertensión (Lenferink et al., 2015; Petkov et al., 2010; Chiu et al., 2016) Lenferink, A., Paap, M., Harvey, P., Battersby, M., Frith, P., et al. Validation of the 12-item partners in health scale to measure patient self-management behaviour and knowledge in Dutch patients with COPD. *European Respiratory Journal*, 46(59), 1059-1065. Petkov, J., Harvey, P., Battersby, M. (2010). The internal consistency and construct validity of the partners in health scale:

validation of a patient rated chronic condition self-management measure. Qual Life Res, 19(7), 1079-85. Chiu, T., Tam, K., Siu, C., Battersby, M. (2016). Validation study of a Chinese version of Partners in Health in Hong Kong (C-PIH HK). Qual Life Res, 32(3), 1212-1218 La adaptación y validación de este instrumento en el contexto mexicano fue realizada Peñarrieta et al. (2014) presento una confiabilidad de Alpha de Cronbach de 0,893; asimismo, ha sido empleada en diversas investigaciones en el Perú que demuestran su gran utilidad para evaluar el automanejo en el diabético, hipertenso o cualquier patología de carácter crónico. Peñarrieta, I., Barrios, F., Gutiérrez, T., Piñones, M., Quintero, L., et al. (2014). Self-management in chronic conditions: partners in health scale instrument validation. Nurs Manag (Harrow), 20(10), 32-37.

3.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento y análisis de datos se empleó el software estadístico IBM Statistical Package for the Social Sciences (IBM SPSS Statistics -V22) y la diagramación de resultados mediante gráficos se realizó en el programa Microsoft Excel 2010.

a. Análisis exploratorio de datos

Para iniciar el análisis de los datos, se procedió a la exploración de los datos con el programa SPSS versión 22 en español. El análisis exploratorio de datos, fase conocida como EDA por sus siglas en inglés (Exploratory Data Analysis) correspondió al análisis estadístico univariado y tuvo por objetivo comprender cada una de las variables por separado. Esto se realizó para comprobar los

supuestos, tener una idea del comportamiento de los datos y para verificar la validez de éstos.

b. Estadística Bivariada

Tuvo como objetivo buscar relaciones entre pares de variables. Para el caso de las variables cualitativas (ya sean nominales u ordinales) se construyeron tablas de contingencia a partir de las cuales se analizó si hay relación entre las dos variables.

c. Estadística multivariada

El análisis multivariado ha sido definido por Kendall como “el conjunto de técnicas estadísticas que analizan simultáneamente más de dos variables en una muestra de observaciones”. Para Cuadras, este tipo de análisis considera observaciones multidimensionales, es decir no se limita a establecer una relación unicausal como lo hace en análisis bivariado sino que toma en cuenta el efecto de otras variables que también se relacionan. En esta investigación se utilizó el análisis de regresión logística, cuyo objetivo no fue estimar el valor de la variable dependiente, sino expresar la probabilidad de que ocurra el hecho en cuestión, como función de k variables influyentes. En el presente estudio se estimó la probabilidad que ocurra un deficiente automanejo, las variables predictoras identificadas en el modelo. Se incluyeron todas las variables del estudio. Posteriormente se realizó el análisis multivariado de regresión logística con la misma variable de automanejo usada en el bivariado; asimismo se realizara dos regresiones: la primera para las personas con diabetes mellitus y la segunda para las personas con hipertensión arterial.

La regresión lineal múltiple se utilizó para estudiar la relación entre una variable dependiente y un conjunto de variables independientes, pero ésta técnica sólo

puede aplicarse con variables cuantitativas (numéricas), cuyo modelo lineal tiene la siguiente forma:

$$Y = a + B_1X_1 + B_2X_2 + \dots + B_kX_k + e$$

Dónde:

- Y** : Es la variable dependiente.
- X_i** : Son las variables independientes o explicativas.
- a** : El intercepto o término constante de la regresión.
- B_i** : Son los parámetros de la ecuación
- e** : Error

Una técnica similar a la regresión lineal múltiple para el caso en que la variable dependiente “Y” toma sólo dos valores (0 y 1), es la regresión logística. En una regresión lineal múltiple, se buscó estimar el valor que toma la variable dependiente “Y”, cuando la función de regresión se evalúa para los valores específicos de la variable “Y”, salvo excepciones, será diferente de 0 y de 1, lo cual carece de sentido en nuestro modelo (con Y=1 cuando presenta adecuado automanejo y Y=0 de otro modo). Así el objetivo de la regresión logística no es estimar el valor de la variable de dependiente, sino expresar la probabilidad de que ocurra el hecho en cuestión, como función de k variables influyentes o relevantes, de la siguiente manera:

$$P[Y = 1] = \frac{e^{a + B_1X_1 + B_2X_2 + \dots + B_kX_k}}{1 + e^{a + B_1X_1 + B_2X_2 + \dots + B_kX_k}}$$

Además:

$$P(Y = 0) = 1 - P(Y = 1)$$

Dónde:

La variable dependiente:

Y = 0, Si el hecho ocurre (automanejo deficiente)

Y = 1, Si el hecho no ocurre (automanejo eficiente)

X1, X2, . . . , Xk : Son las variables independientes o influyentes

B1, B2, . . . Bk : Son los llamados parámetros del modelo.

a : Es la constante del modelo

e : Denota la función exponencial.

Selección del mejor modelo de regresión. Si se incluyen k variables explicativas (Xs) en el modelo, pero no todas ellas son relevantes para el problema en cuestión, entonces hay que seleccionar un mejor modelo de regresión quitando las variables menos relevantes con algún criterio de selección para obtener un modelo más simple y manejable. En el presente estudio se utilizó el criterio de ir eliminando variables, es el caso opuesto al primer criterio, donde se empieza con el modelo completo, es decir, se incluyen todas las variables y se van ajustando modelos de orden inferior, hasta llegar a uno que ya no pueda degradarse sin pérdida de información significativa. Se validó el modelo con la prueba (test) de Hosmer y Lemeshow.

Aspectos éticos

Se respetó en todo momento los lineamientos de investigación de la Declaración de Helsinki, tales como la autonomía de la personas pues previo a su participación se le informó de los procedimientos y se les solicitó la firma del consentimiento informado. La supervisión y monitoreo de la recolección de datos estuvo a cargo de la investigadora del presente estudio, quien velo efectivamente por el cumplimiento de las disposiciones éticas para la investigación establecidas en el Código de Ética del Colegio de Enfermeros del Perú.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Procesamiento de datos: Resultados

A continuación se presentan los resultados, teniendo en cuenta los siguientes tipos de análisis:

4.1.1. Análisis univariado

Se presentan los resultados de 354 pacientes con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial procedentes de la Red Lima Ciudad. Se miden los factores con cada grupo de pacientes.

Tabla N° 1

Factores sociodemográficas de los pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus de los Centros de Salud de la Red Lima Ciudad. 2015

Aspectos socio-demográficos	Grupo				p*
	Diabéticos		Hipertensos		
	± DS (Min. - Máx.)		± DS (Min. - Máx.)		
Edad (años)	58.82 ± 12.5 (21 - 84)		63.84 ± 13.3 (19 - 98)		<0.001
Educación (años de estudios)	10.7 ± 3.5 (1 - 16)		10.22 ± 4.1 (1 - 16)		0.237
Sexo	N	%	N	%	p**
Femenino	97	59.1	128	67.4	0.109
Masculino	67	40.9	62	32.6	
Estado civil					0.181
Casado	112	68.3	112	58.9	
Viudo	22	13.4	37	19.5	
Divorciado	15	9.1	15	7.9	
Soltero	15	9.1	26	13.7	
Tipo de familia					0.796
Nuclear	99	60.4	100	52.6	
Nuclear modificada	30	18.3	40	21.1	
Nuclear reconstituida	5	3.0	7	3.7	
Extensa	21	12.8	28	14.7	
Pareja	3	1.8	5	2.6	
Atípica	6	3.7	10	5.3	
Procedencia					0.284
Lima	113	68.9	120	63.2	
Costa	24	14.6	24	12.6	
Sierra	21	12.8	39	20.5	
Selva	6	3.7	7	3.7	
Total	164	100.0	190	100.0	

(*) Prueba t – Student / (**) Prueba Chi Cuadrado

Fuente: Elaboración propia

El promedio de edad y educación en pacientes con diabetes mellitus 58,8 y 10,7 años, hipertensión arterial 63,8 y 10,2 años, sin diferencias significativas ($p < 0,01$). La mayoría de pacientes pertenecieron al sexo femenino (59,1%, 67,4%), casados (68,3% y 59,8%), familia de tipo nuclear (60,4% y 52,6%) procedían de Lima (68,9% y 63,2%,). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los aspectos sociodemográficos ($p < 0,05$).

Tabla N° 2

Factores de la salud en general de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial de Centros de Salud de la Red Lima Ciudad. 2015

Aspectos de su salud	Grupo				p*
	Diabéticos		Hipertensos		
	N	%	N	%	
Tipo de seguro					
Ningún seguro	30	18.3	21	11.1	0.533
Con seguro	134	81.7	169	88.9	
Hizo ejercicio la semana pasada					
No	100	61	108	56.8	0,431
Si	64	39	82	43.2	
Más de una enfermedad					
Una enfermedad	130	79.3	141	74.2	0,263
Más de una enfermedad	34	20.7	49	25.8	
Antecedentes familiares					
Presenta antecedentes	147	92.1	160	84.2	0.030
No presenta Antecedentes	13	7.9	30	15.8	
Percepción de su salud					
Excelente	6	3.7	6	3.2	0.402
Muy buena	17	10.4	20	10.5	
Buena	66	40.2	63	33.2	
Regular	70	42.7	88	46.3	
Mala	5	3	13	6.8	
Total	164	100.0%	190	100.0%	

Fuente: Elaboración propia

Seguro de salud (81,7% y 88,9%), practicaron ejercicios la semana previa (61,0% y 56,8%), presentaban solo una enfermedad (79,3% y 74,2%,) y se percibían con un regular estado de salud (42,7% y 46,3%,) no hubo diferencias significativas en cuanto a características sociodemográficas ($p > 0,05$), si se presentó diferencias significativas en cuanto a la presencia de antecedentes familiares ($p < 0,05$).

Tabla N° 3

Factores de la salud (enfermedad) de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial de Centros de Salud de la Red Lima Ciudad. 2015

Problemas de salud	Diabéticos	Hipertensos	p*
	Media	Media	
Percepción de su calidad de vida	6.14	5.84	0.138
Fatiga la semana pasada	3.91	3.97	0.808
Dolor la semana pasada	3.83	3.93	0.712
Problemas respiratorios la semana pasada	2.75	2.78	0.890
Estrés la semana pasada	4.74	4.58	0.584
Problemas para dormir la semana pasada	3.71	3.95	0.410
Problemas salud física (Días del mes pasado)	5.78	5.43	0.636
Problemas salud mental (Días del mes pasado)	3.63	4.56	0.119
Problemas sociales (Días del mes pasado)	3.02	3.91	0.115
Visita al médico los pasado 6 meses (N° de visitas)	2.29	2.79	0.352
Visita a emergencias los pasados 6 Meses (N° de visitas)	0.24	0.65	0.015
Hospitalizado los pasado 6 meses (N° de veces hospitalizado)	0.24	0.35	0.427
Noches hospitalizado los pasado 6 meses (N° de noches)	0.51	0.59	0.668

(*) Prueba t de Student

Fuente: Elaboración propia

La calidad de vida autopercebida fue similar ($p=0,138$). No hubo diferencias significativas en cuanto a la presencia de síntomas como fatiga, dolor, problemas respiratorios, estrés y dificultad para dormir ($p>0,05$). Respecto a la salud física, salud mental y problemas sociales no hubo diferencias estadísticamente significativas ($p>0,05$), no hubo diferencias significativas en las visitas al médico, los días de hospitalización y las noches hospitalización los seis meses previos ($p>0,05$), el número de visitas a emergencia si alcanzó diferencias significativas con predominio de mayores visitas a emergencias en pacientes hipertensos respecto a pacientes diabéticos ($p=0,015$).

Tabla N° 4

Factores emocionales de los pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial de Centros de Salud de la Red Lima Ciudad. 2015

Aspectos emocionales	Diabéticos (n:164)								Hipertensos (n:190)							
	Ningún día		Varios días		Más de la mitad de los días		Casi todos los días		Ningún día		Varios días		Más de la mitad de los días		Casi todos los días	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Poco interés en hacer las cosas	61	37.2	57	34,8	26	15.9	20	12	71	37.4	73	38.4	25	13.2	21	11.1
Se sintió desanimado o	73	44.5	46	28	31	18.9	14	8.5	84	44.2	66	34.7	30	15.8	10	5.3
Problemas para dormir	77	47	44	26.8	31	18.9	12	7.3	74	38.9	63	33.2	37	19.5	16	8.4
Cansado con poca energía	65	39.6	57	34.8	27	16.5	15	9.1	67	35.3	78	41.1	38	20	7	3.7
Poco/demasiado apetito	77	47	45	27.4	29	17.7	13	7.9	86	45.3	62	32.6	30	15.8	12	6.3
Sintió mal consigo mismo	97	59.1	34	20.7	24	14.6	9	5.5	104	54.7	50	26.3	29	15.3	7	3.7
Dificultad en concentrarse	90	54.9	41	25	19	11.6	14	8.5	108	56.8	46	24.2	29	15.3	7	3.7
Habla despacio / habla muy rápido	95	57.9	37	22.6	23	14	9	5.5	109	57.4	54	28.4	20	10.5	7	3.7

Fuente: Elaboración propia

La mayoría de pacientes con diabetes mellitus refieren no percibir ningún día poco interés en hacer las cosas (apatía), desánimo, problemas para conciliar el sueño, poca energía (fatiga), alteración del apetito, malestar consigo mismo, dificultad para concentrarse y alteración de la velocidad del habla; similar situación fue de la de los pacientes con hipertensión arterial a excepción de la apatía y fatiga, pues un 38,4% y 41,1% refirieron haberlas percibido varios días.

Tabla N° 5

Factores de apoyo social en pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial de Centros de Salud de la Red Lima Ciudad. 2015

Apoyo social	Grupo				p*
	Diabéticos		Hipertensos		
	N	%	N	%	
Apoyo confidencial					
Escaso apoyo	29	17.7	49	25.8	0.067
Adecuado apoyo	135	82.3	141	74.2	
Apoyo afectivo					
Escaso apoyo	26	15.9	40	21.1	0.210
Adecuado apoyo	138	84.1	150	78.9	
Apoyo de la familia					
Disfunción severa	26	15.9	40	21.1	0.399
Disfunción moderada	43	26.2	47	24.7	
Disfunción leve	61	37.2	65	34.2	
Normal	34	20.7	38	20.0	
Total	164	100.0	190	100.0	

(*) Prueba Chi Cuadrado

Fuente: Elaboración propia

El 17,7% y 25,8% de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial percibieron tener un escaso apoyo afectivo, sin diferencias estadísticamente significativas ($p=0,067$). El 15,9% y 21,1% de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial tuvieron un escaso apoyo afectivo, sin diferencias estadísticamente significativas ($p=0,210$). Además el 37,2% y 34,2% de pacientes con diabetes mellitus e hipertensión arterial manifestaron sentir una leve disfunción familiar, sin diferencias entre ambos grupos ($p=0,339$).

Tabla N° 6

Análisis descriptivo de Automanejo de los Pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus de los Centros de Salud de la Red Lima Ciudad.

2015

Pacientes	Estadísticos	Conocimiento	Manejo de signos y síntomas	Adherencia
Diabéticos	N	164	164	164
	Media	64,20	66,47	65,48
	Mediana	63,00	67,00	64,00
	Desviación estándar	18.48	15.936	15.708
Hipertensos	N	190	190	190
	Media	62,57	67,54	67,83
	Mediana	63,00	71,00	70,00
	Desviación estándar	23.975	17.874	19.02
Total	N	354	354	354
	Media	63,32	67,05	66,74
	Mediana	63,00	67,00	66,00
	Desviación estándar	21.589	16.989	17.579

Fuente: Elaboración propia

La puntuación media más baja se registró en la dimensión conocimientos con 62,57 puntos y la puntuación media más alta, en la dimensión manejo de adherencias con 67,83 puntos. La más baja puntuación media se obtuvo en la dimensión conocimientos con 64,20 y 62,57 puntos, manejo de signos y síntomas media de 66,47 y 67,54 puntos para pacientes con diabetes e hipertensión, respectivamente; dimensión adherencia la puntuación media para diabéticos e hipertensos fue 65,48 y 67,83 puntos.

Tabla N° 7

**Automanejo de los Pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus
de los Centros de Salud de la Red Lima Ciudad. 2015**

Automanejo	Diabéticos Media	Hipertensos Media	p*
Conocimiento	64.20	62.57	0.472
Manejo de signos y síntomas	66.47	67.54	0.554
Adherencia	65.48	67.83	0.204

Fuente : elaboración propia

No hubo diferencias significativas en los puntajes promedio obtenido en las dimensiones: conocimiento (64,20 vs 62,57 puntos, $p=0,472$), manejo de signos y síntomas (66,47 vs 67,54 puntos, $p=0,554$) y adherencia (65,48 vs 67,83, $p=0,204$).

4.1.2 Análisis bivariado: Factores que se relacionan con en el automanejo en pacientes con hipertensión arterial.

Tabla N° 8

Factores sociodemográficos que se relacionan con el automanejo en pacientes con hipertensión arterial. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad.2015

Aspectos demográficos	Automanejo - Paciente Hipertensos				p*	OR***	IC al 95%	
	Inadecuado		Adecuado				Inferior	Superior
	± DS (Min. - Máx.)		± DS (Min. - Máx.)					
Edad (años)	65,2± 11,3 (46 - 93)		63,5 ± 13,8 (19 - 98)		0.493	-	-	-
Educación	8,9 ± 3,9 (1 - 16)		10,6 ± 4,1 (1 - 16)		0.025	-	-	-
Sexo	N	%	N	%	p**			
Femenino	27	73.0%	101	66.0%	0.418	-	-	-
Masculino	10	27.0%	52	34.0%				
Estado civil					0.415	-	-	-
No Unido (Otro estado)	13	35.1%	65	42.5%				
Unido (Casado)	24	64.9%	88	57.5%				
Tipo de familia					0.140	-	-	-
No Nuclear	5	13.5%	38	24.8%				
Nuclear	32	86.5%	115	75.2%				
Procedencia					0.031	2.302	1.065	4.972
Sierra-Selva	14	37.8%	32	20.9%				
Lima-Costa	23	62.2%	121	79.1%				
Total	37	100.%	153	100.%				

(*) Prueba t – Student / (**) Prueba Chi Cuadrado / (***) Odds Ratio

Fuente: Elaboración propia

La edad promedio mayor automanejo inadecuado, (65,2 vs 63,5 años, p=0,493). Educación automanejo inadecuado (8,9 vs 10,6 años, p=0,025). El sexo, estado civil, tipo de familia se relacionan al automanejo inadecuado (p>0,05). Procedencia se relaciona significativamente al automanejo adecuado, y redujo en 2,3 veces el riesgo de presentar automanejo inadecuado (37,8% vs 20,9%, p=0,031, OR=2,302).

Tabla N° 9

Factores de la salud que se relacionan con en el automanejo en pacientes con hipertensión arterial. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad. 2015

Aspectos de su salud	Automanejo - Paciente Hipertensos				p*	OR**	IC al 95%	
	Inadecuado		Adecuado				Inferior	Superior
	N	%	N	%				
Tipo de seguro								
Ningún seguro	5	13.5%	16	10.5%	0.810	-	-	-
Con seguro	32	86.5%	137	89.5%		-	-	-
Hace ejercicio la semana pasada								
No	20	54.1%	88	57.5%	0.703	-	-	-
Si	17	45.9%	65	42.5%		-	-	-
Más de una enfermedad								
Más de una enfermedad	5	13.5%	44	28.8%	0.057	-	-	-
Una enfermedad	32	86.5%	109	71.2%		-	-	-
Antecedentes familiares								
No presenta	10	27.0%	20	13.1%	0.037	0.406	0.171	0.964
Presenta	27	73.0%	133	86.9%				
Percepción de su salud								
Deteriorada	22	59.5%	79	51.6%	0.392	-	-	-
Conservada	15	40.5%	74	48.4%		-	-	-
Total	37	100.0%	153	100.0%				

(*)Prueba Chi Cuadrado / (**) Odds Ratio

Fuente: Elaboración propia

Seguro de salud no se relaciona con el automanejo inadecuado ($p=0,810$). Haber realizado ejercicios la semana pasada no se relaciona con el automanejo inadecuado ($p=0,703$). Tener más de un enfermedad no se relaciona con el automanejo inadecuado ($p=0,057$). La autopercepción deteriorada de la salud no se relaciona con el automanejo inadecuado ($p=0,392$). De todos los factores relacionados a la salud de la persona, antecedente familiar de hipertensión arterial no solo se relacionó con automanejo adecuado ($p=0,037$) sino que reduce 0,4 veces el riesgo automanejo inadecuado ($OR=0,406$).

Tabla N° 10

**Factores de la enfermedad que se relacionan con en el automanejo en
pacientes con hipertensión arterial. Centros de Salud de la Red Lima
Ciudad.2015**

Problemas de salud	Automanejo - Paciente Hipertensos				p*	OR**	IC al 95%	
	Inadecuado		Adecuado				Inferior	Superior
	N=37	%	N=153	%				
Calidad de vida								
Baja calidad	18	48.6%	20	13.1%	<0,001	6.3	2.837	13.991
Alta calidad	19	51.4%	133	86.9%				
Fatiga	15	40.5%	66	43.1%	0.774	-	-	-
Dolor	14	37.8%	71	46.4%	0.347	-	-	-
Problemas respiratorios	7	18.9%	33	21.6%	0.723	-	-	-
Estrés	20	54.1%	73	47.7%	0.489	-	-	-
Problemas dormir	12	32.4%	67	43.8%	0.208	-	-	-
Problemas salud física	30	81.1%	109	71.2%	0.226	-	-	-
Problemas salud mental	26	70.3%	99	64.7%	0.522	-	-	-
Problemas social	25	67.6%	85	55.6%	0.184	-	-	-
Visita al médico	18	48.6%	110	71.9%	0.007	0.37	0.178	0.772
Visita emergencias	6	16.2%	38	24.8%	0.265	-	-	-
Hospitalizado	0	0.0%	3	2.0%	0.902	-	-	-
Noches	4	10.8%	26	17.0%	0.355	-	-	-

(*)Prueba Chi Cuadrado / (**) Odds Ratio

Fuente: Elaboración propia

Baja calidad de vida no solo se relaciona con el automanejo inadecuado ($p < 0,001$) incrementa 6,3 veces el riesgo de presentar un automanejo inadecuado ($OR = 6,3$).
visitado al médico no solo se relaciona con el automanejo ($p = 0,007$) redujo a 0,3 veces el riesgo de presentar un automanejo inadecuado. Fatiga, dolor, problemas respiratorios, estrés, problemas para dormir, salud física, mental, social, ingresos por emergencia, hospitalizaciones no se relacionan con el automanejo ($p > 0,05$).

Tabla N° 11

Factores emocionales que se relacionan con en el automanejo en pacientes con hipertensión arterial. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad.2015

Aspectos emocionales	Automanejo - Paciente Hipertensos				p*	OR**	IC al 95%	
	Inadecuado		Adecuado				Inferior	Superior
	N=62	%	N=292	%				
Poco interés en hacer las cosas	26	70.3%	93	60.8%	0.284	-	-	-
Se sintió desanimado	23	62.2%	83	54.2%	0.384	-	-	-
Problemas para dormir	28	75.7%	88	57.5%	0.042	2.3	1.016	5.2
Cansado con poca energía	26	70.3%	97	63.4%	0.432	-	-	-
Poco/demasiado :apetito	24	64.9%	80	52.3%	0.168	-	-	-
Sintió mal consigo mismo	23	62.2%	63	41.2%	0.021	2.3	1.122	4.911
Dificultad en concentrarse	22	59.5%	60	39.2%	0.026	2.3	1.093	4.727
Habla despacio / habla muy rápido	17	45.9%	64	41.8%	0.650	-	-	-

(*)Prueba Chi Cuadrado / (**) Odds Ratio

Fuente: Elaboración propia

Tener problemas para dormir, sentirse mal consigo mismo y tener dificultad para concentrarse se relaciona significativamente con el automanejo inadecuado ($p < 0,05$) Otros factores emocionales relacionados al automanejo como el poco interés en hacer las cosas, sentirse desanimado, cansado con poca energía, con poco/demasiado apetito no se relacionan de forma significativa con el automanejo ($p > 0,05$).

Tabla N° 12

**Factores de apoyo social que se relacionan con en el automanejo en
pacientes con hipertensión arterial. Centros de Salud de la Red Lima
Ciudad.2015**

Aspectos emocionales	Automanejo - Paciente Hipertensos				p*	OR**	IC al 95%	
	Inadecuado		Adecuado				Inferior	Superior
	N	%	N	%				
Apoyo confidencial								
Escaso	18	48.6%	46	30.1%	0.032	2.2	1.06	4.579
Adecuado	19	51.4%	107	69.9%				
Apoyo afectivo								
Escaso	18	48.6%	42	27.5%	0.013	2.5	1.199	5.227
Adecuado	19	51.4%	111	72.5%				
Apgar								
Disfuncional	23	62.2%	45	29.4%	<0.001	3.9	1.863	8.346
Normal	14	37.8%	108	70.6%				
Total	37	100.0%	153	100.0%				

(*)Prueba Chi Cuadrado / (**) Odds Ratio

Fuente: Elaboración propia

Escaso apoyo confidencial no solo se relaciona de forma significativa ($p=0,032$) con el automanejo inadecuado de la hipertensión arterial sino que incrementa 2,2 veces el riesgo de presentar un automanejo inadecuado ($OR=2,2$). El apoyo afectivo además de estar relacionado al automanejo inadecuado incrementó 2,5 veces el riesgo de presentar un automanejo inadecuado ($OR=2,5$). Así mismo el apoyo familiar disfuncional está relacionado significativamente con el automanejo inadecuado ($p=0.001$) e incrementa el riesgo de presentar automanejo inadecuado ($OR= 3.9$).

4.1.3 Análisis bivariado: factores que se relacionan con en el automanejo en pacientes con diabetes mellitus

Tabla N° 13

Factores sociodemográficos que se relacionan con en el automanejo en pacientes con diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad.2015

Aspectos demográficos	Automanejo - Paciente Diabéticos				p*	OR***	IC al 95%	
	Inadecuado		Adecuado				Inferior	Superior
	± DS (Min. - Máx.)		± DS (Min. - Máx.)					
Edad	58,8± 12,6 (28 - 81)		58,8 ± 12,5 (21 - 84)		0.994	-	-	-
Educación	9,6 ± 4,5 (1 - 16)		10,9 ± 3,3 (1 - 16)		0.164	-	-	-
Sexo	N	%	N	%	p**			
Femenino	15	60.0%	82	59.0%	0.925	-	-	-
Masculino	10	40.0%	57	41.0%				
Estado civil								
No Unido (Otro estado)	10	40.0%	42	30.2%	0.333	-	-	-
Unido (Casado)	15	60.0%	97	69.8%				
Tipo de familia								
No Nuclear	4	16.0%	26	18.7%	0.967			
Nuclear	21	84.0%	113	81.3%				
Procedencia								
Sierra-Selva	7	28.0%	20	14.4%	0.163	-	-	-
Lima-Costa	18	72.0%	119	85.6%				
Total	25	100.%	139	100.%				

(*) Prueba t – Student / (**) Prueba Chi Cuadrado / (***) Odds R

Fuente: Elaboración propia

La edad promedio es igual, (58,8 vs 58,8 años, p=0,994). Educación, fue menor en aquellos con automanejo inadecuado (9,6 vs 10,9 años, p=0,164). El sexo, estado civil, tipo de familia, procedencia se relacionan al automanejo inadecuado (p>0,05).

Tabla N° 14

**Factores de la salud que se relacionan con en el automanejo en
pacientes con diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red Lima
Ciudad.2015**

Aspectos de su salud	Automanejo – Paciente Diabéticos				p*	OR**	IC al 95%	
	Inadecuado		Adecuado				Inferior	Superior
	N	%	N	%				
Tipo de seguro								
Ningún seguro	7	28.0%	23	16.5%	0.279	-	-	-
Con seguro	18	72.0%	116	83.5%				
Hace ejercicio la semana pasada								
No	19	76.0%	81	58.3%	0.094	-	-	-
Si	6	24.0%	58	41.7%				
Más de una enfermedad								
Más de una enfermedad	4	16.0%	30	21.6%	0.526	-	-	-
Una enfermedad	21	84.0%	109	78.4%				
Antecedentes familiares								
Presenta antecedentes	23	92.0%	128	92.1%	0.998	-	-	-
No presenta Antecedentes	2	8.0%	11	7.9%				
Percepción de su salud								
Deteriorada	13	52.0%	62	44.6%	0.494	-	-	-
Conservada	12	48.0%	77	55.4%				
Total	25	100.0%	139	100.0%				

(*)Prueba Chi Cuadrado / (**) Odds Ratio

Fuente: Elaboración propia

Seguro de salud no se relaciona con el automanejo inadecuado (p=0,279). Haber realizado ejercicios la semana no se relaciona con el automanejo inadecuado (p=0,094). Tener más de un enfermedad además de la diabetes mellitus no se relaciona con el automanejo inadecuado (p=0,526). La autopercepción de la salud no se relaciona (p=0,494).

Tabla N° 15

**Factores de la enfermedad que se relacionan con en el automanejo en
pacientes con diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red Lima
Ciudad.2015**

Problemas de salud	Automanejo - Paciente Diabéticos				p*	OR**	IC al 95%	
	Inadecuado		Adecuado					Inferior
	N=25	%	N 139	%				
Calidad de vida								
Baja calidad	12	48.0%	18	12.9%	<0,001	6	2.454	15.692
Alta calidad	13	52.0%	121	87.1%				
					2			
Fatiga	11	44.0%	56	40.3%	0.728	-	-	-
Dolor	8	32.0%	50	36.0%	0.702	-	-	-
Pro espiratorios	6	24.0%	29	20.9%	0.725	-	-	-
Estrés	15	60.0%	66	47.5%	0.249	-	-	-
Problemas dormir	12	48.0%	46	33.1%	0.151	-	-	-
Pro salud física	24	96.0%	110	79.1%	0.084	-	-	-
Pro salud mental	20	80.0%	92	66.2%	0.172	-	-	-
Pro social	19	76.0%	81	58.3%	0.094	-	-	-
Visita al médico	11	44.0%	91	65.5%	0.042	0.414	0.175	0.983
Visita emergencias	3	12.0%	28	20.1%	0.496	-	-	-
Hospitalizado	0	0.0%	2	1.4%	0.998	-	-	-
Noches	2	8.0%	20	14.4%	0.586	-	-	-

(*Prueba Chi Cuadrado / (** Odds Ratio

Fuente: Elaboración propia

Baja calidad de vida autopercibida no solo se relaciona significativamente con el automanejo inadecuado ($p < 0,001$) sino que reduce 6,2 veces el riesgo de presentar un automanejo inadecuado ($OR = 6,3$). Asimismo, haber visitado en los últimos meses al médico no solo se relaciona de forma significativa con el automanejo ($p = 0,042$) sino que redujo a 0,4 veces el riesgo de presentar un automanejo inadecuado. Otros factores relativos a la enfermedad como la presencia de fatiga, dolor, problemas respiratorios, estrés, problemas para dormir, problemas de salud física, mental, social, ingresos por emergencia hospitalaria, hospitalizaciones previas y las noches de hospitalización no se relacionan de forma significativa con el automanejo ($p > 0,05$)

Tabla N° 16

Factores emocionales que se relacionan con el automanejo en pacientes con diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad.2015

Aspectos emocionales	Automanejo - Paciente Diabéticos				p*	OR* *	IC al 95%	
	Inadecuado		Adecuado				Inferior	Superior
	N=62	%	N=292	%				
Poco interés en hacer las cosas	18	72.0%	85	61.2%	0.301	-	-	-
Se sintió desanimado	16	64.0%	75	54.0%	0.352	-	-	-
Problemas para dormir	17	68.0%	70	50.4%	0.104	-	-	-
Cansado con poca energía	19	76.0%	80	57.6%	0.083	-	-	-
Poco/demasiado :apetito	13	52.0%	74	53.2%	0.909	-	-	-
Sintió mal consigo mismo	12	48.0%	55	39.6%	0.430	-	-	-
Dificultad en concentrarse	15	60.0%	59	42.4%	0.104	-	-	-
Habla despacio / habla muy rápido	12	48.0%	57	41.0%	0.514	-	-	-

(*)Prueba Chi Cuadrado / (**) Odds Ratio

Fuente: Elaboración propia

Poco interés en hacer las cosas, sentirse desanimado, tener problemas para dormir , sentirse cansado con poca energía, con poco/demasiado apetito, sentirse mal consigo mismo, tener dificultad para concentrarse así como hablar despacio/ hablar rápido no se relaciona significativamente con el automanejo inadecuado (p>0,05).

Tabla N° 17

Factores de apoyo social que se relacionan con el automanejo en pacientes con diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad. 2015

Aspectos emocionales	Automanejo - Paciente Diabéticos				p*	OR**	IC al 95%	
	Inadecuado		Adecuado				Inferior	Superior
	N	%	N	%				
Apoyo confidencial								
Escaso	8	32.0%	35	25.2%	0.475	-	-	-
Adecuado	17	68.0%	104	74.8%		-	-	-
Apoyo afectivo								
Escaso	8	32.0%	31	22.3%	0.294	-	-	-
Adecuado	17	68.0%	108	77.7%		-	-	-
Apgar								
Disfuncional	16	64.0%	38	27.3%	<0.001	2.2	1.06	
Normal	9	36.0%	101	72.7%				
Total	25	100.0%	139	100.0%				

(*)Prueba Chi Cuadrado / (**) Odds

Fuente: Elaboración propia

Apoyo familiar disfuncional no solo se relaciona de forma significativa ($p < 0.001$) con el automanejo inadecuado de la diabetes mellitus sino que incrementa 2,2 veces el riesgo de presentar un automanejo inadecuado ($OR = 2,2$). El apoyo confidencial y el apoyo afectivo no están relacionados al automanejo inadecuado ($p > 0,05$)

4.1.3 Análisis multivariado: factores que se relacionan con en el automanejo en pacientes con hipertensión arterial

En esta sección, se trata de encontrar los factores que se relacionan (factores predictores) en un automanejo inadecuado. Es decir encontrar mediante un modelo que produzcan las estimaciones más precisas, para lo cual se evaluará mediante “test estadísticos” la inclusión de las variables y sus significancias.

En primer lugar, se evaluará que variables son las apropiadas, incluyendo a todas las variables del estudio. Este análisis se hará para pacientes hipertensos.

Primer Paso: Ajustar un modelo con todas las variables de estudio

Se ajustó un modelo de regresión logística con todas las variables. Además, las medidas de evaluación del modelo como: R² de Nagelkerke, nos indica que el 62,3% de la variación de la variable dependiente es explicada por las variables dependientes incluidas en el modelo, es decir el modelo es muy adecuado, sin embargo hay variables que no son significativas, por lo que no deben considerarse.

Segundo Paso: Ajustar un modelo con las variables de estudio significativas

Luego, se procedió a excluir las variables no significativas, se volvió a analizar el modelo, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 18

Resultados para el modelo con todas las variables

Variables	B	E.T.	Wald	Gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Años de estudio	-0.227	0.066	11.748	1	0.001	0.797	0.700	0.907
Más de una enfermedad	-1.519	0.646	5.521	1	0.019	0.219	0.062	0.777
Antecedentes familiares	-1.589	0.629	6.380	1	0.012	0.204	0.060	0.701
Baja calidad de vida	1.852	0.516	12.908	1	0.000	6.375	2.321	17.511
Visita al médico	-1.494	0.505	8.732	1	0.003	0.225	0.083	0.605
Problemas para dormir	1.931	0.639	9.128	1	0.003	6.898	1.971	24.146
Apgar disfuncional	1.646	0.500	10.845	1	0.001	5.187	1.947	13.816
Constante	-0.326	1.199	0.074	1	0.785	0.722		

Fuente: Elaboración propia

Se confirma que las variables Años de estudio, Más de una enfermedad, Antecedentes familiares, Baja calidad de vida, Visitar al médico, Problemas para dormir y Apgar disfuncional, son significativas y tienen relación con el automanejo inadecuado, en pacientes con hipertensión arterial.

Tabla 19.

Medidas de evaluación del modelo con variables significativas

-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
120,399	0,247	0,474

Luego, de la eliminación de las variables no significativas y analizado el modelo con las variables significativas, el R^2 de Nagelkerke disminuyó ligeramente, sin embargo aún tiene una buena medida que explica el 47,4% de la variación de la variable dependiente por las variables independientes incluidas en el modelo, es decir el modelo adecuado.

Tercer Paso: Evaluación del ajuste del modelo de regresión

- Para probar si el Modelo es adecuado o tiene un buen ajuste utilizamos la prueba de Hosmer-Lemeshow

H0: El modelo tiene buen ajuste

H1: El modelo no tiene buen ajuste.

Tabla 20

Prueba de Hosmer y Lemeshow

Chi cuadrado	GI	Sig.
7,399	8	0,494

No se rechaza Ho y concluimos que el modelo tiene un buen ajuste.

4.1.3 Análisis multivariado: factores que se relacionan con en el automanejo en pacientes con diabetes mellitus

En esta sección, se trata de encontrar los factores que se relacionan (factores predictores) en un automanejo inadecuado. Es decir encontrar mediante un modelo que produzcan las estimaciones más precisas, para lo cual se evaluará mediante “test estadísticos” la inclusión de las variables y sus significancias. En primer lugar, se evaluará que variables son las apropiadas, incluyendo a todas las variables del estudio. Este análisis se hará para pacientes hipertensos.

Primer Paso: Ajustar un modelo con todas las variables de estudio

Se ajustó un modelo de regresión logística con todas las variables (Ver Anexo). Además, las medidas de evaluación del modelo como: R^2 de Nagelkerke, nos indica que el 44,1% de la variación de la variable dependiente es explicada por las variables dependientes incluidas en el modelo, es decir el modelo es adecuado, sin embargo hay variables que no son significativas, por lo que no deben considerarse.

Segundo Paso: Ajustar un modelo con las variables de estudio significativas
Luego, se procedió a excluir las variables no significativas, se volvió a analizar el modelo. Obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 21**Resultados para el modelo con todas las variables**

Variables	B	E.T.	Wald	Gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
No tiene seguro	1.408	0.603	5.464	1	0.019	4.090	1.256	13.321
Baja calidad de vida	1.770	0.529	11.180	1	0.001	5.868	2.080	16.557
Problemas social	1.371	0.592	5.359	1	0.021	3.939	1.234	12.575
Apgar disfuncional	1.570	0.523	9.023	1	0.003	4.806	1.725	13.385
Constante	-4.197	0.732	32.848	1	0.000	0.015		

Fuente: Elaboración propia

Se confirma que las variables No tiene seguro, Baja calidad de vida, Presentar dolor, Problemas social (Dejar hacer actividades como cuidado personal, trabajo, salir a pasear) y Apgar disfuncional, son significativas y tienen relación con el automanejo inadecuado, de pacientes con diabetes mellitus.

Tabla 22.

Medidas de evaluación del modelo con variables significativas

-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
108,766	0,174	0,302

Luego, de la eliminación de las variables no significativas y analizado el modelo con las variables significativas, el R^2 de Nagelkerke disminuyó, sin embargo aún tiene una buena medida que explica el 30,2% de la variación de la variable dependiente por las variables dependientes incluidas en el modelo, es decir el modelo es adecuado.

Tercer Paso: Evaluación del ajuste del modelo de regresión Para probar si el Modelo es adecuado o tiene un buen ajuste utilizamos la prueba de Hosmer-Lemeshow.

- H0: El modelo tiene buen ajuste
- H1: El modelo no tiene buen ajuste

Tabla 23

Prueba de Hosmer y Lemeshow

Chi cuadrado	GI	Sig.
6,178	5	0,289

No se rechaza H_0 y concluimos que el modelo tiene un buen ajuste.

4.2. Prueba de Hipótesis

Para la prueba de hipótesis se utilizó la prueba de coeficiente de contingencia V de Cramer.

Tabla N° 24

Factores que se relacionan con el automanejo en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus de los Centros de Salud de la Red Lima Ciudad.2015

Factores	Indicadores	Chi-Cuadrado	p**	Coefficiente V de Cramer	p***
Aspectos de su salud	Tipo de seguro	1.291	0.192	0.058	0.296
	Hace ejercicio la semana pasada	1.758	0.113	0.07	0.185
	Más de una enfermedad	16.976	0.001	0.219	0.001
	Antecedentes familiares	1.091	0.192	0.056	0.296
	Percepción de su salud	12.829	0.012	0.19	0.012
Problemas de salud	Calidad de vida	38.532	0.000	0.33	0.000
	Fatiga	10.985	0.277	0.176	0.277
	Dolor	9.29	0.411	0.162	0.411
	Problemas respiratorios	4.216	0.239	0.109	0.239
	Estrés	18.999	0.025	0.232	0.025
	Problemas dormir	23.043	0.06	0.255	0.06
	Problemas salud física	30.604	0.133	0.294	0.133
	Problemas salud mental	18.207	0.509	0.227	0.509
	Problemas social	29.798	0.019	0.29	0.019
	Visita al médico	18.725	0.028	0.23	0.028
	Visita emergencias	7.142	0.414	0.142	0.414
	Hospitalizado	7.295	0.505	0.144	0.505
	Noches	11.448	0.407	0.18	0.407
Aspectos emocionales	Poco interés en hacer las cosas	0.277	0.064	0.143	0.064
	Se sintió desanimado	5.351	0.148	0.123	0.148
	Problemas para dormir	13.594	0.004	0.196	0.004
	Cansado con poca energía	9.489	0.023	0.164	0.023
	Poco/demasiado :apetito	4.998	0.172	0.119	0.172
	Sintió mal consigo mismo	14.353	0.002	0.201	0.002
	Dificultad en concentrarse	13.298	0.004	0.194	0.004
	Habla despacio / habla muy Rápido	10.298	0.016	0.17	0.016
Factores de apoyo social	Apoyo confidencial	2.471	0.073	0.084	0.116
	Apoyo afectivo	9.489	0.023	0.164	0.023
	Apgar	12.229	0.023	0.233	0.023

Factores	Indicadores	95% Intervalo de confianza para la diferencia de promedios		p*	
	Edad	-3.348	2.423	0.753	
	Educación	-1.593	+ 0.086	0.078	
Aspectos demográficos		Chi-Cuadrado	p**	Coeficiente V de Cramer	p***
	Sexo	0.256	0.349	0.027	0.613
	Estado civil	0.711	0.871	0.045	0.871
	Tipo de familia	3.779	0.582	0.103	0.582
	Procedencia	8.883	0.031	0.158	0.031

(*) Prueba t – Student / (**), (***) Prueba Chi Cuadrado

Fuente: Elaboración propia

Valor Estadístico Chi cuadrado de los indicadores de todos los factores considerados versus el automanejo en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus, el valor V de Cramer que oscila entre 0 y 1 y mide la relación de dos variables categóricas. En términos generales pacientes hipertensión arterial y diabetes mellitus valores del coeficiente V de Cramer significativos, con p valor menor a 0.05 esto sucede cuando cuantificamos la relación entre el automanejo y los indicadores: Años de estudios (p valor = 0.078) Calidad de vida (p valor=0), Más de una enfermedad (p valor =0.001), Sintió mal consigo mismo (p valor=0.002), Problemas para dormir (p valor =0.004), Dificultad en concentrarse (p valor =0.004), Percepción de su salud (p valor =0.012), Habla despacio / habla muy rápido (p valor =0.016), Problemas social (p valor =0.019), Cansado con poca energía (p valor =0.023), Apoyo afectivo (p valor =0.023), Apgar (p valor=0.023), Estrés (p valor =0.025), Visita al médico (p valor =0.028).

4.3 Discusión de resultados

La hipótesis 1 dice: “Los factores sociodemográficos están relacionados con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en los Centros de Salud de la Red Lima-Ciudad 2015.”

Frente a este supuesto, los resultados obtenidos en la tabla No 8 y 13 permiten observar tanto en pacientes hipertensos como diabéticos con automanejo inadecuado, menos años de educación. No obstante esta diferencia solo alcanzó significancia estadística en hipertensos ($p=0,025$), lo que lleva a suponer que el nivel educativo es solo un factor relacionado con el automanejo en pacientes hipertensos, suposición que es corroborada posteriormente en el análisis multivariado pues los años de estudio lograron obtener un ($p = 0.001$) demostrando relación de forma positiva en el automanejo de pacientes hipertensos.

Esta relación entre la educación y el autocuidado es explicado por Aguado, Arias, Sarmiento & Danjoy (2014) los años educativos que dispone una persona incide en la alimentación y el efecto que se produce en los diferentes sistemas y aparatos, que pudieran estar relacionados con la actitud que asumen hacia su autocuidado, que son todas las acciones o actividades que realizan las personas en forma voluntaria para mantener la salud y el bienestar en los diferentes roles que desempeñan y especialmente cuando se enfrenta a una enfermedad crónica como la hipertensión arterial.

Si bien en esta investigación el nivel educativo no se relaciona con en el automanejo de la persona diabética, si existió una ligera menor instrucción en personas automanejo inadecuado ($p=0,164$). Otros investigadores como

Romero et al. (2010), por su parte, mencionan la direccionalidad que aparentemente tienen los años de estudio y el autocuidado de las personas diabéticas pues hallaron una correlación directamente proporcional entre capacidad de autocuidado y años de estudio ($r=0,124$; $p<0,05$), es decir mientras mejor es el autocuidado mayores son los años de estudio y viceversa.

Según Vega y Suarez (2015) la importancia de la escolaridad radica en que condiciona la capacidad de agencia de autocuidado en la medida en que permite el aprendizaje y facilita la búsqueda de información. Asimismo, para Otero et al. (2007) las personas que tienen un mayor número de años de educación formal tienden a presentar mayor conocimiento y habilidades para el cuidado en salud, así como mejor capacidad de relacionarse con el equipo de salud. Frente a la complejidad de la enfermedad, la escolaridad es una variable que debe ser considerada en la planificación de programas de educación en diabetes que tengan por objetivo el desarrollo de habilidades de autocuidado. En ese sentido, los profesionales de salud deben considerar esa variable y buscar estrategias de enseñanza diversificadas, innovadoras, que sean capaces de movilizar a las personas con diabetes en la búsqueda de su autocuidado.

Si bien en el análisis bivariado tener como procedencia la sierra/selva fue un factor sociodemográfico que se relacionó con el automanejo inadecuado ($p=0,031$ $OR=2,3$) de personas hipertensas, en el análisis multivariado no resultó ser un factor que se relaciona en el automanejo (Ver Tabla No8 y 18). Mientras que otros investigadores explican este hecho en la existencia de conductas alimentarias más deficitarias en el contexto rural, lo que parece estar relacionado en este ámbito a una alimentación menos variada y equilibrada respecto al contexto urbano.

Si bien no todos los factores sociodemográficos se relacionan con el autocuidado, el hecho de haber hallado que el nivel educativo si se relaciona en este comportamiento basta para coincidir con la teoría del déficit de autocuidado de Orem (2001) quien menciona presencia en el individuo de factores condicionantes básicos (personales y de contexto) para satisfacer las demandas de autocuidado de todos los requisitos de autocuidado o pueden significar un obstáculo para su cobertura. Orem D. (2001)

Los resultados obtenidos plantean un importante reto para enfermería tanto en el diseño e implementación de programas preventivos como en la estructuración de intervenciones concretas que valoren las verdaderas necesidades de asesoramiento y motiven a los hipertensos para que decidan modificar su comportamiento y adopten estilos de vida saludable y fortalezcan su actitud para comprometerse en su autocuidado. En ese sentido, y como lo refieren Navarro y Castro (2010), “sigue siendo el principal desafío para la enfermería ‘lograr el cambio de conducta’ para que ejerzan un adecuado autocuidado como lo propone Orem y lograr así contribuir en la mantención de la salud y de una mejor calidad de vida para nuestros usuarios”.

Frente a todo lo analizado se concluye: El nivel educativo se relaciona con el automanejo de hipertensos, pero no en el automanejo de diabéticos; no obstante, los diabéticos con automanejo inadecuado tuvieron menos años estudio, lo que sugiere una probable relación.

La hipótesis 2 dice: “Los factores de la salud/enfermedad están relacionados con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en los Centros de Salud de la Red Lima-Ciudad 2015.”

De todos los factores de la salud, el antecedente familiar de patologías no solo se asoció según análisis bivariado ($p=0,037$) sino que en el análisis multivariado resultó relacionarse con el automanejo del paciente hipertenso, pues obtuvo valor de ($p= 0.012$) siendo ello indicativo de que todo paciente sin antecedente familiar de patología tiene un riesgo 0.2 veces menor que una persona con este antecedente no obstante, en las personas diabéticas ningún factor de la salud se relaciona con el automanejo. Quizás la relación del antecedente familiar sobre el autocuidado del hipertenso, encuentra explicación en que los familiares con experiencias en el manejo de la hipertensión por haber padecido o padecer esta patología crónica hace que estos transmitan sus recomendaciones a favor del cuidado facilitando así mejores prácticas de autocuidado en la persona familiar en este caso que recién empieza a padecer este proceso crónico. El que no haya encontrado relación con el antecedente familiar sobre el automanejo en diabéticos no quita que este factor se relacione con el automanejo, pues de forma univariada o descriptiva se pudo apreciar una tendencia para un automanejo adecuado en personas sin este antecedente familiar pero sin diferencias significativas ($p 0,05$).

Entre los factores de la enfermedad, la semejanza entre personas diabéticas e hipertensas fue la calidad como único factor común que se relaciona con el automanejo, pues mientras en diabéticos la baja calidad de vida incremento 5,8 veces el riesgo de automanejo inadecuado, este riesgo de incremento a 6,3 veces en personas hipertensas. Por este motivo Achury et al. (2012) refiere que, se debe buscar que el paciente alcance una alta capacidad de agencia de autocuidado a partir del conocimiento y realización de forma voluntaria de actividades que le permitan mantener su salud y mejorar su calidad de vida. Aguado et al. (2014) al encontrar que más de la tercera parte (38,1%) de

hipertensos tienen un autocuidado inadecuado, proponen que la educación del paciente hipertenso se posicione como un elemento primordial para el adecuado control de la HTA al propiciar una mejor calidad de vida. Ya que la calidad de vida resultado del análisis multivariante es un factor sumamente importante, es preciso establecer estrategias que mejoren la calidad de vida de las personas.

Asimismo, otra alternativa para propiciar una mejor calidad de vida sería lo propuesto por Achury et al. (2012) quienes propusieron la realización de intervenciones educativas estructuradas y orientadas específicamente a las necesidades individuales del paciente, ya que también demostraron que mejora la calidad de vida del paciente.

Aprender a vivir con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial es un proceso largo, que precisa la gestión activa de la persona con esta enfermedad, además los cambios que genera en la vida de quienes la padecen y en sus familias pueden constituir una amenaza para su salud a corto, medio y largo plazo, debido a las repercusiones biológicas, psicológicas y sociales, por las complicaciones agudas y crónicas que pueden mermar la calidad de vida de la persona afectada.

Para ello, deberán contar con conocimientos y habilidades que les capaciten para satisfacer sus nuevas necesidades o requisitos de autocuidado terapéuticos durante el resto de su vida. Esta tarea es difícil y con frecuencia las personas no son capaces por sí mismas de satisfacerlos de forma adecuada, surgiendo en el proceso, dificultades y problemas diversos, necesitando las intervenciones de profesionales de la salud, siendo fundamental el papel del profesional de enfermería acorde a la teoría del autocuidado de Dorothea Orem.

Frente a todo lo analizado se concluye: La baja calidad de vida se relaciona con el automanejo de hipertensos y diabéticos al incrementar al menos 5,8 veces el riesgo de un automanejo inadecuado. Adicionalmente, solo en hipertensos el dolor y las visitas al médico se relacionan con en el automanejo; mientras que solo en diabéticos la presencia de problemas sociales se relaciona con el automanejo.

La hipótesis 3 dice: “Los factores emocionales están relacionados con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en los Centros de Salud de la Red Lima-Ciudad 2015.”

Según resultado del análisis bivariado, tener problemas para dormir ($p=0,042$), sentirse mal consigo mismo ($p=0,021$) y tener dificultad de concentración ($p=0,026$) fueron factores emocionales del paciente hipertenso relacionados al autocuidado de todos estos factores solo tener problemas para dormir se relaciona con en el automanejo del paciente hipertenso, pues se obtuvo un valor de 6,8 que indica que la presencia de problemas para dormir incrementa casi siete veces el riesgo de automanejo inadecuado. Por otro lado, ningún factor emocional no estuvo relacionado mediante análisis bivariado ni se relacionó, mediante análisis multivariado en el automanejo del diabético.

Si bien hasta un 90% de hipertensos reconocen correctamente la importancia de dormir (Farranaga, 2013), los problemas para dormir son un aspecto que probablemente forma parte de perfil de paciente hipertenso, pues según Rivera (2006) mediante una investigación realizada en Colombia encontró que la mayoría de los hipertensos casi nunca o nunca pueden dormir lo suficiente para sentirse descansado. Asimismo Vega et al. (2015) reportó que hasta un 50% de

hipertensos tiene problemas para dormir. Es importante trabajar este aspecto, pues no basta con reconocer lo importante que es dormir y el tiempo adecuado en que se debe hacer, sino que hace falta efectivizar un real descanso en el paciente □ ante ello son los profesionales de enfermería son los profesionales llamados a abordar esta situación mediante estrategias de intervención y apoyo al paciente.

Aunque en los pacientes diabéticos la presencia de problemas para dormir no resultó no relacionarse con el automanejo, se observó de forma descriptiva una tendencia de una mayor frecuencia relativa de problemas del sueño en personas con automanejo inadecuado respecto a aquellos con automanejo adecuado (68,0% vs 50,4%). Este hallazgo sigue la línea de lo reportado por Contreras et al. (2013) quienes encontraron marcadas deficiencias en los aspectos de actividad y descanso de personas colombianas con diabetes mellitus.

El descanso es considerado una acción que puede evitar el agotamiento, el estrés y que proporcionan salud mental, además que está muy relacionado con el componente de poder "uso controlado de la energía física", para poder iniciar y mantener una buena práctica de autocuidado (Rivera, 2006). Asimismo, otros investigadores como Rivera y Díaz (2013) también reconocen la trascendencia del descanso, pues es una acción que puede evitar el agotamiento, el estrés y que proporcionan salud mental para poder iniciar y mantener una buena práctica de autocuidado.

Por ello es importante que el profesional de enfermería aborde esta dificultad para conciliar el sueño del paciente tanto hipertenso como diabético, además una técnica muy útil vendría a ser la relajación pues es una forma de autocontrol del

sistema nervioso que puede ser utilizada como ayuda para el control de la hipertensión arterial. Los individuos pueden relajarse voluntariamente en distintas situaciones de su vida personal o profesional, lo cual favorece una disminución de la presión arterial por reducción de la activación del sistema nervioso autónomo (Duran, 2015). Pero no puede considerarse como la única herramienta para el manejo de la hipertensión, sino como un abordaje complementario que el profesional de enfermería de forma individual o con apoyo interdisciplinario del profesional de psicología podría realizar.

En suma y en sentido amplio el sueño es un aspecto fundamental que afecta el autocuidado del paciente, pues una de las principales alteraciones del sueño en el adulto mayor con hipertensión arterial y diabetes mellitus es el insomnio, problema que puede estar relacionado con estados de depresión o a la falta de actividad durante el día, lo que genera malestar y ansiedad (Dois, Masalán y Leyton 2003). Entre los principales factores que con frecuencia producen alteraciones en los estadios del sueño están la edad, las temperaturas externas, el ambiente de la habitación, el consumo de sustancias, e incluso los medicamentos prescritos para su tratamiento (Coca, Aranda, Redon, 2009). Ello genera insatisfacción en el mantenimiento del equilibrio de los cuidados que la personas realiza para consigo mismo

Frente a todo lo analizado se concluye: Haber tenido problemas para dormir o hacerlo en demasía incrementó 6,8 veces el riesgo de presentar un inadecuado automanejo en hipertensos; mientras que en personas diabéticas ningún factor emocional se relacionó con el automanejo.

La hipótesis 4 dice: “Los factores de apoyo social están relacionados con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en los Centros de Salud de la Red Lima-Ciudad 2015.

En el análisis de los factores del apoyo social, se apreció en el análisis bivariado que el apoyo familiar está relacionado al automanejo en el diabético e hipertenso ($p=0,05$), posteriormente el análisis multivariado demostró su relación con la variable automanejo de forma que en personas diabéticas el apoyo de una familia disfuncional incremento 4,8 veces de presentar un automanejo inadecuado, riesgo que se vio incrementado a 5,5 veces en personas hipertensas. De ello es posible inferir que la semejanza entre diabéticos e hipertenso consiste en que comparten el apoyo familiar como factor que se relaciona con la conducta de automanejo. Por su parte, Hidalgo (2005) concluyó en una investigación realizada en el Hospital Dos de Mayo (Lima, Perú) que el apoyo familiar constituye un factor que favorece el cumplimiento del autocuidado del paciente diabético.

Estos hallazgos relativos al papel que cumple la familia se fundamentan en lo dicho por Colliere (1993): “La familia es un elemento participante del cuidado en el hogar y son la mayor fuente de apoyo para el paciente por lo que es necesario conocer de quien recibe el apoyo social y psicológico para su tratamiento y así poder reforzar las relaciones familiares”; es decir la familia es un recurso de apoyo para la persona diabética, en diferentes etapas de su desarrollo. Su adecuada participación favorece la salud y calidad de vida del paciente.

El control de la hipertensión arterial y la diabetes mellitus es un proceso complejo y multidimensional cuyo objetivo es la prevención, detección temprana, tratamiento oportuno y adecuado que disminuya el riesgo de complicaciones; por

esto la promoción del autocuidado a través de la educación a los pacientes y familiares de las personas con esta patología, permitirá desarrollar conductas que no sólo beneficia su estado de salud, sino que contribuyen a la formación de una persona responsable y productiva. En última instancia y de acuerdo a los resultados del análisis multivariante se asume que el apoyo de la familia es factor protector de la salud en caso sea funcional y fuente de apoyo social que refuerza la adopción de conductas de cuidado saludables para consigo mismo, es decir el autocuidado.

El profesional de enfermería, dentro de sus acciones preventivo promocionales cumple un rol muy importante en el cuidado del paciente diabético ya que realiza una serie de acciones, dirigidas a los diferentes factores que se relacionan con el autocuidado del paciente en la prevención de complicaciones siendo una de ellas la educación mediante la cual promueve estilos de vida saludables, mejorando su calidad de vida, contribuyendo así a disminuir las altas tasas de morbimortalidad.

Frente a todo lo analizado se concluye: Tener el apoyo de una familia disfuncional se relaciona con el automanejo inadecuado de hipertensos y diabéticos al incrementar al menos 4,8 veces el riesgo de una automanejo inadecuado.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

1. Las variables sociodemográficas, como el sexo, el grado de escolaridad, el estado civil, demuestran una relación importante en el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus.
2. El acceso a las consultas, los controles son un factor decisivo y de manera directamente proporcional con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus.
3. Los factores emocionales, tales como problemas para dormir, sentirse mal consigo mismo, stress, dificultad para concentrarse se relacionan positivamente con el automanejo de los pacientes hipertensos, mientras que en pacientes diabéticos no se encuentra relación.
4. El tener el apoyo familiar disfuncional se relaciona positivamente con el automanejo de hipertensos y diabéticos.

Recomendaciones

1. Al ser el nivel educativo un factor relacionado con el automanejo en pacientes hipertensos, se recomienda incidir en el aspecto informativo y de seguimiento de pacientes que presenten escasos años de estudio. Si bien el nivel educativo no influyó en el automanejo de personas diabéticas se recomienda no descuidar la educación dietética.
2. Al ser la calidad de vida un factor relacionado con el automanejo tanto de pacientes hipertensos como diabéticos, se recomienda abordar al paciente no solo desde el enfoque biológico o de salud, sino que es importante incluir el enfoque social haciendo participe de la atención de estos pacientes a profesionales como la asistente social y demás profesionales. Se recomienda la conformación de un club comunitario de pacientes hipertensos y diabéticos, conducido por el centro asistencial, con el objetivo de compartir experiencias de automanejo que favorezcan las actitudes favorables y como consecuencia su calidad de vida del paciente.
3. Al haberse relacionado positivamente en el automanejo de los pacientes hipertensos, los problemas para dormir, el sentirse mal consigo mismo y el tener dificultad para concentrarse se recomienda intervenciones psicológicas para mejorar estos aspectos, pues afecta el proceso de recuperación de la enfermedad. Si bien en el paciente diabético ningún factor emocional influyó en el automanejo, se recomienda no descuidar también la calidad del sueño, pues en literatura sanitaria se menciona que una mala calidad de sueño es un factor de riesgo no solo para el agravamiento de la diabetes, sino que interfiere también en el control metabólico y por ende en el automanejo.

4. Posicionar a la familia como elemento clave no solo para mejorar la situación del automanejo, sino que se recomienda también fomentar su participación e involucramiento durante el manejo del paciente diabético e hipertenso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Guía práctica para la promoción exitosa de la causa. Suiza-Ginebra, 2006. [internet] Revisado el 02/02/2017 Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf
2. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases. Geneva- Switzerland. [internet] Revisado el 02/02/2017 Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&=270
3. Araya, M. Hipertensión arterial y diabetes mellitus. Rev Costarric Cien Med. 2004.25 (3-4), 65-71. [internet] Revisado el 02/02/2017 Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-294820000007
4. Organización de las Naciones Unidas. OMS: prevalecen altas tasas de hipertensión arterial y diabetes en el mundo. [[internet] Revisado el 02/02/2017 Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87679/1/WHO_DCO_WHD_.2_spa.pdf
5. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles: Resumen de orientación. Suiza- Ginebra: Servicio de Producción de Documentos de la OMS. 2010 [internet] Revisado el 02/02/2017 Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/8779/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf
6. Organización Panamericana de la Salud. Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo de enfermedades crónicas. Washington D.C.: 2010. [internet] Revisado el 02/02/2017 Disponible en http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf

7. López, P., & Sánchez, R., & Días, M., & Cobos, L., & Bryce, A. Consenso Latinoamericano de Hipertensión en pacientes con Diabetes tipo 2 y Síndrome Metabólico. 2013 26(1), 40-61. . [internet] Revisado el 02/02/2017 Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2013/ene133c.pdf>
8. American Diabetes Association. Implications of the United Kingdom Prospective Diabetes Study. Diabetes Care, 2004. 27(1), 28-32. [Internet] Revisado el 02/02/2017 Disponible en <http://scielo.sld.cu/scielo.S1727->
9. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Suiza-Ginebra: WHO Library. 2013. [Internet] Revisado el 02/02/2017 Disponible en:
http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0253-2948200200007
10. Epul, P. Factores que influyen en el manejo de la diabetes mellitus tipo II en pacientes de bajo control del consultorio adosado al Hospital San José de Maipo en el año 2010. [Tesis de maestría en Salud Pública]. Chile
11. Fernández, A., & Manrique, F. (2011). Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores.
12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar nacional y departamental 2012. Revisado 02/03/2017 Disponible en: <http://www.andina.com.pe/agencia/noticia-el-34-adultos-mayores-peru-sufre-hipertension-arterial-segun-inei-457067.aspx>
13. Von Korff M, & Gruman J, & Schaefer J, & Curry S, & Edward H. Wagner. Collaborative Management of Chronic Illness. Ann Intern Med. 1997; 127(12): 1097-1102 Disponible en:

http://www.uwiener.edu.pe/portales/centroinvestigacion/documentacion/revista_3/006_Pe%C3%B1arrieta

14. Hidalgo, E. Medidas de autocuidado que realizan los pacientes diabéticos. [Tesis de licenciatura en enfermería]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2005.
15. Peñarrieta, M., El automanejo de enfermedades crónicas: población de una jurisdicción de centros de salud. Rev Enferm Herediana. 2013. 6(1), 42-49.
16. Achury L., Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. 2012..
17. Leyva, R., & Venegas, E., & Mendel, A. La capacidad de autocuidado en el control del paciente hipertenso. Revista Investigación clínica. 2011. 63(4) 376-381.
18. Millán I. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. Revista cubana de enfermería, 2010. 26 (4), 222- 234.
19. Amador, M., & Márquez, F. & Sabido, A. Factores asociados al autocuidado de la salud en pacientes diabéticos Tipo 2. Archivos de Medicina Familiar. 2007. 9(2), 99-107
20. Méndez, V., & Becerril, V., & Morales M., & Pérez, V. Autocuidado de las adultas mayores con Diabetes Mellitus inscritas en el programa de Enfermedades Crónicas en Temoaya, México.. 2007. 16(3) ,103-109.

21. Aguado E., & Arias M., & Sarmiento G., Danjoy & D. Asociación entre el conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos, consultorio de cardiología, Hospital Nacional. Revista Enfermería Herediana. 2014. 7(2), 132-139.
22. Peñarrieta M., et al. El automanejo de enfermedades crónicas: población de una jurisdicción de centros de salud. Revista de Enfermería Herediana. 2013. 6(1)
23. Fanarraga M. Conocimiento y práctica de autocuidado domiciliario en pacientes adultos con hipertensión arterial, en consultorios externos de cardiología del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen Es Salud. [Tesis Licenciatura]. Perú: Universidad Ricardo Palma. 2013.
24. Noda J., & Pérez J., & Malaga G., & Aphanh M. Conocimientos sobre su enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a hospitales generales. Revista Médica Herediana. 2008. 19 (2), 68-72.
25. Peñarrieta M., et al. El automanejo en enfermedades crónicas: diabetes Mellitus tipo 2, hipertensión Arterial y cáncer. Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener. 2015. N °4pp. 43-56
26. Congreso de la República Ley No26842, Ley General de Salud. [Internet] Revisado el 02/02/2017 Disponible en: <http://bit.ly/219s411>
27. Congreso de la República Ley No28553, Ley General de Protección a las personas con Diabetes. [internet] Revisado el 02/02/2017 Disponible en: <http://bit.ly/1re5YPd>

28. Ley N° 28705, Ley para la Prevención y Control de los Riesgos del Consumo del Tabaco. [internet] Revisado el 02/02/2017 Disponible en 2016. <http://bit.ly/1Xbudvb>.
29. Ministerio de Salud. Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Enfermedad Hipertensiva. Lima- Perú. Dirección General de Salud de las Personas. 2015.
30. Organización Panamericana de la Salud. Normas sobre Prevención y Control de Enfermedades Crónicas de América Latina: Obesidad, Diabetes, Enfermedades Cardiovasculares. 2009.
31. Ministerio de Salud. Normas para el manejo y tratamiento de las enfermedades Cardiovasculares priorizadas: Hipertensión arterial, Cardiopatía isquémica, Enfermedades cerebrovasculares. Venezuela: Dirección General de Salud Poblacional. 2006
32. Organización Panamericana de la Salud. Manual de Normas Técnicas y Administrativas del Programa de Diabetes Mellitus. Washington D.C.: Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la OMS. 1988.
33. Federación Internacional de la Diabetes. Plan Mundial Contra la Diabetes 2011-2021.
34. Song Y, & Song HJ, & Han HR, & Park SY, & Nam S, & Kim MT. Unmet Needs for Social Support and Effects on Diabetes Self-care Activities in Korean Americans With Type 2 Diabetes. *Diabet Educ* 2012; 38: 77-85.

35. Vega O., & Suárez J., & Acosta S. (2015). Agencia de autocuidado en pacientes hipertensos del Hospital Erasmo Meoz. *Revista Colombiana de Enfermería*, 10(10), 45-56.
36. Romero I, & Dos Santos M, & Aparecida T, & Zanetti M. Autocuidado de personas con diabetes mellitus atendidas en un servicio de urgencia en México. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2010; 18(6)
37. Miyar L, & Lúcia M, & Souza C. Características sociodemográficas y clínicas de una población diabética en el nivel primario de atención a la salud. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2007; 15:32-38.
38. Navarro Y., & Castro M. (2010). Modelo de Dorothea Orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enferm. Glob*, 19, 1-14
39. Aguado E., & Arias M., Sarmiento G., & Danjoy D. (2014). Asociación entre el conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos, consultorio de cardiología, Hospital Nacional. *Revista Enfermería Herediana*, 7(2), 132-139.
40. Peñarrieta M, & Vergel S, Lezama S, & Rivero, Taipe J, Borda H. El automanejo de enfermedades crónicas: población de una jurisdicción de centros de salud. *Rev Enferm Herediana*. 2013; 6(1): 42-49.
41. Sabaté E Adherence to long-term therapies: evidence for action. [documento en Internet]. Geneva: The WHO Adherent to Long-term Therapies Project 2003. World Health Organization Health Care for Chronic Conditions (CCH); 2003.

42. Román OA, & Valenzuela MAC, & Badilla MS, & Báez DC, & Herrera EV. Optimización de la reducción de la presión arterial en hipertensos esenciales. Rev Méd Chile 2002; 130: 519-26.
43. Muñoz M, & Merino J, & Barriga O. Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. Rev Med Chile. 2006; 134: 65-75.
44. Muñoz M, & Merino J, & Barriga O. Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. Rev Med Chile. 2006; 134: 65-75.
45. Evangelista LS, & Doering LV, Dracup K, & Westlake C, & Hamilton M, & Fonarow G. Compliance behavior of elderly patients with advanced heart failure. Journal of Cardiovascular Nursing 2003; 18: 197-206.
46. Muñoz M, & Merino J, & Barriga O. Factores determinantes de cumplimiento terapéutico en adultos mayores hipertensos. Rev Med Chile. 2006; 134: 65-75.
47. Aguado E., & Arias M., & Sarmiento G., & Danjoy D. (2014). Asociación entre el conocimiento y autocuidado sobre hipertensión arterial en pacientes hipertensos, consultorio de cardiología, Hospital Nacional. Revista Enfermería Herediana, 7(2), 132-139.
48. Achury L., et al (2012). Capacidad de agencia de autocuidado en el paciente con hipertensión arterial en una institución de segundo nivel. Investigación Enfermería imagen y desarrollo, 14 (2) 61-83.

49. Sherbourne, C.D., & Wells, K.B. & Judd, L.J. Functioning and wellbeing of patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 1996. 153, 213-218.
50. Hume, A.L. Applying quality of life data in practice: Considerations for antihypertensive therapy. *Journal of Family Practice* 1989, 28, 403-407.
51. Dois A., & Masalán P., & Leyton P. (2003). Enfermería para el autocuidado en personas con problemas del sueño. *Investigación y Educación en Enfermería*, 21(2) ,16-30
52. Coca, A., & Aranda, P., & Redón, J. (2009). Manejo del paciente hipertenso en la práctica clínica. 1ª ed. España: Editorial Medica Panamericana.
53. Knight, S. & Camic, P. Health Psychology and medicine: The art and science of healing. En P. Camic y S. Knight (Eds). *Clinical Handbook of Health Psychology*. Seattle: Hogrefe y Huber Publishers. 1998.
54. Robbins, M., & Elias, M., & Croog, S. & Colton, T. Unmedicated blood pressure levels and quality of life in elderly hypertensive women. *Psychosomatic Medicine*, 1994; 56, 251-257.
55. American Diabetes Association. Momentum builds: Annual report. United States of America. 2012
56. Samaniego, A., & Álvarez, J. Control de enfermedades en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II: Una muestra Regiomontana. *Red de revistas científicas de América Latina y el caribe, España y Portugal. Psicología y salud*, 2006; Vol. 16, Núm. 1: 63-70.

57. Olvera, J., & Soria, M. La importancia de la psicología de la salud y el papel del psicólogo en la adherencia al tratamiento de pacientes infectados con VIH. Revista electrónica de Psicología Iztacala, 2008; 4 (11).
58. Martínez L., & Vega, C., & Nava, C., & Anguiano, S. Revisión de investigaciones sobre las enfermedades del siglo XXI en México. Revista electrónica de Psicología Iztacala.,2010; Vol. 13. N°. 1.
59. Zavala, M., & Martinez, O, & Whetsell, M .Bienestar espiritual y ansiedad en pacientes diabéticos. Revista Aquichan., 2006; Vol. 6 N° 1 (6) – 8-21.
60. Ponce, J., Velásquez, A., Márquez, E., López, L., Bellido, M. (2009). Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes. Index Enfermería, (18) ,4
61. Abbott S, & Gunnell C. & Older people´s experiences of diabetes care. J Diabet Nurs 2004; 8: 182-84. Lundberg PC, Thrakul S. Type 2 diabetes: how do Thai Buddhist people with diabetes practise self-management? J Adv Nurs 2012; 68: 550-558. Lohri-Posey B. Middle-aged Appalachians living with diabetes mellitus: a family affair. Fam Community Health 2006; 29: 214- 220.
62. Burke JA, & Earley M, & Dixon LD, & Wilke A, & Puczynski S. Patients with diabetes speak: exploring the implications of patients´ perspectives for their diabetes appointments. Health Commun 2006; 19: 103-114.
63. Pilkington FB, & Daisuki I, & Bryant T, & Dinca-Panaitescu M, D. The experience of living with diabetes for low-income Canadians. Can J Diabetes 2010; 34: 119-126.

64. Burke JA, & Earley M, & Dixon LD, & Wilke A, Puczynski S. Patients with diabetes speak: exploring the implications of patients' perspectives for their diabetes appointments. *Health Commun* 2006; 19: 103-114.
65. Lundberg PC, & Thrakul S. Type 2 diabetes: how do Thai Buddhist people with diabetes practise self-management? *J Adv Nurs* 2012; 68: 550-558.
66. Adams CR. Lessons learned from urban Latinas with type 2 diabetes mellitus. *J Transcult Nurs* 2003; 14: 255-265.
67. Carter-Edwards L, & Skelly AH, & Cagle CS, & Appel SJ. They care but don't understand: family support of African American women with type 2 diabetes. *Diabet Educat* 2004; 30: 493-501.
68. Jones RA, & Utz SW, & Williams IC, & Hinton I, & Alexander G, Moore C et al. Family interactions among African Americans diagnosed with type 2 diabetes. *Diabet Educ* 2008; 34: 318-326.
69. Jones RA, Utz SW, Williams IC, Hinton I, Alexander G, Moore C et al. Family interactions among African Americans diagnosed with type 2 diabetes. *Diabet Educ* 2008; 34: 318-326.
70. Lohri-Posey B. Middle-aged Appalachians living with diabetes mellitus: a family affair. *Fam Community Health* 2006; 29: 214-220.
71. Adams CR. Lessons learned from urban Latinas with type 2 diabetes mellitus. *J Transcult Nurs* 2003; 14: 255-265.

72. Carter-Edwards L, & Skelly AH, & Cagle CS, & Appel SJ. They care but don't understand: family support of African American women with type 2 diabetes. *Diabet Educat* 2004; 30: 493-501.
73. Sanchez-Sosa JJ. Treatment adherence: The role of behavior mechanisms and some implications for health care interventions. *Revista Mexicana de Psicología*. 2002;19:85-92.
74. Escobar, M., & Petrásovits, A., & Peruga, A., & Silva, N., & Vives, M. & Robles, S. (2000). Mitos sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en América Latina. *Salud Pública de México*, 42, 56-64.
75. Marin M, & Mubayad J. Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Diabetes Mellitus: Un Modelo de Ruta. [Tesis de licentura]. Venezuela. Universidad Centrooccidental Lisandro Alvarado. 2012.
76. Peñaranda, P. Tres variables psicosociales en el dolor crónico bucofacial. Universidad Central de Venezuela. Volumen 41 nº 3. Pérez, C.,
77. Martínez, 2011. Factores asociados a la sintomatología depresiva en adultos/as con 102 diabetes y el impacto en su autoeficacia y en el cuidado de la Salud & Sociedad. 2002; Vol 2 N°1. PP.O44-061
78. Brannon, L., & Feist, J. Psicología de la salud. En *Introducción a la psicología de la salud y Adherencia a las prescripción médicas*. España. International Editores Spain, 2001.
79. Avendaño, M.J. & Barra, E. Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con enfermedades Crónicas. *Terapia psicológica*. 2008. 165-172.

80. Colliere, M. (1993). Promover la Vida. (1^a ed.) pp.232-237. España: Editorial Mc Graw Hill Interamericana.
81. McGowan P. Self-management: A background paper. New perspectives: International Conference on Patient Self-Management, 2005.
82. Adams K, & Greiner AC, & Corrigan JM (Eds). Report of a summit. The 1st annual crossing the quality chasm summit-A focus on communities. Washington, DC: Institute of Medicine of the National Academies, 2004.
83. Adams K, & Greiner AC, & Corrigan JM (Eds). Report of a summit. The 1st annual crossing the quality chasm summit-A focus on communities. Washington, DC: Institute of Medicine of the National Academies, 2004.
84. Lawn S, & Battersby M, & Harvey P, & Pols R, & Ackland A. Terapia de enfoque conductual para el autocontrol: el Programa Flinders. Diabetes Voice. 2009; 54: 30-32.
85. Bodenheimer T, & Lorig K, Holman H, & Grumbach M. Patient self-management of chronic disease in primary care. JAMA 2002; 288(19):2469-75.
86. Chodosh J, & Morton S, Mojica W. Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. Ann Intern Med 2005;143: 427-38.
87. Warsi A, & LaValley MP, & Wang PS. Arthritis self-management education programs: a meta-analysis of the effect on pain and disability. Arthritis Rheum 2003; 48: 2207-13.

88. Barlow JH, & Sturt J, & Hearnshaw H. Selfmanagement interventions for people with chronic conditions in primary care: examples from arthritis, asthma and diabetes. 2002;61(4):365–78
89. Lorig KR, & Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med.* 2003; 26(1):1–7.
90. Wagner EH, & Austin BT, & Davis C, & Hindmarsh M, & Schaefer J, & Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood).* 2001;20(6): 64–78.
91. Clark NM, & Becker MH, & Janz NK, & Lorig K, & Rakowski W, & Anderson L. Self-management of chronic disease by older adults: a review and questions for research. *J Aging Health.* 1991; 3(1):3– 27.
92. Barlow JH, & Sturt J, & Hearnshaw H. & Selfmanagement interventions for people with chronic conditions in primary care: examples from arthritis, asthma and diabetes. *Health Educ J.* 2002; 61(4):365–78.
93. Lorig KR, & Sobel DS, & Stewart AL, et al. Evidence suggesting that a chronic disease selfmanagement program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Med Care.* 1999;37(1):5–14
94. Grady P, & Gough L. El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención. *Am J Public Health.* 2014; 104: e25-e31.
95. Lorig KR, & Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med.* 2003; 26(1):1–7.

96. Ryan P & Sawin KJ. The individual and family self-management theory: background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nurs Outlook*. 2009;57(4):217–25.
97. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract*. 1998;1(1):2–4
98. Gallant M. The influence of social support on chronic illness self-management: a review and directions for research. *Health Educ Behav*. 2003;30(2):170–95.
99. Geden E, & Saramalai SA, & Taylor S. Influences of partners' views of asthma selfmanagement and family environment on asthmatic adults' asthma quality of life. *Appl Nurs Res*. 2002;15(4):217–26.
100. Rosland AM, & Heisler M, & Choi HJ, & Silveira MJ, & Piette JD. Family influences on selfmanagement among functionally independent adults with diabetes or heart failure: do family members hinder as much as they help? *Chronic Illn*. 2010;6(1):22– 33.
101. DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a metaanalysis. *Health Psychol*. 2004;23(2):207–18.
102. Luttik ML, & Jaarsma T, & Moser D, & Sanderman R, & Van Veldhuisen DJ. The importance and impact of social support on outcomes in patients with heart failure: an overview of the literature. *J Cardiovasc Nurs*. 2005; 20 (3):162–9.
103. Strom JL, & Egede L. The impact of social support on outcomes in adult patients with type 2 diabetes: a systematic review. *Curr Diab Rep*. 2012;12(6): 769–81

104. Rosland AM, & Heisler M, & Piette JD. The impact of family behaviors and communication patterns on chronic illness outcomes: a systematic review. *J Behav Med.* 2012;35(2): 221–39.
105. Grady P, & Grough L. El automanejo de las enfermedades crónicas: Un método integral de atención. *Rev Panam Salud Publica.* 2015; 37(3): 187- 194.
106. Bonal R, & Cascaret X. ¿Automanejo, autocuidado o autocontrol en enfermedades crónicas? Acercamiento a su análisis e interpretación [artículo en línea] *MEDISAN* 2009; 13(1).
107. Guinea N, & Portillo M. El automanejo de los pacientes con diabetes tipo2 una revisión narrativa. *Anales Sis San Navarra.* 2013; 36(3): 489-504.
108. American Diabetes Association. Standars of Medical Care in Diabetes 2008. *Diabetes Care.* 2008;31:S12-S54,S71-S78
109. Abbott S, & Gunnell C. Older people´s experiences of diabetes care. *J Diabet Nurs* 2004; 8: 182-84.
110. Burke JA, & Earley M, & Dixon LD, & Wilke A, & Puczynski S. Patients with diabetes speak: exploring the implications of patients´ perspectives for their diabetes appointments. *Health Commun* 2006; 19: 103-114. Johnson M, Baird W, Goyder E. Understanding issues involved in the transfer of diabetes care to general practice: the patient perspective. *Qual Prim Care* 2006; 14: 247-252.
111. Oftedal B, & Karlsen B, & Bru E. Perceived support from healthcare practitioners among adults with type 2 diabetes. *J Adv Nurs* 2010; 66 (7): 1500-1509.

112. Cabrera-Morón R, & Motta-Quijandría I, & Rodríguez C, & Velásquez-Carranza D. Nivel de conocimiento sobre autocuidado en la prevención de complicaciones diabéticas en usuarios del Policlínico Chincha – EsSalud. Ica; 2009.
113. Corbacho A & Palacios G. Relación entre el nivel de conocimiento y la práctica de estilos de vida del paciente con diabetes mellitus en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. [Tesis de Licenciatura]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2008.
114. Chodosh J, & Morton S, & Mojica W. Meta-analysis: chronic disease self-management programs for older adults. *Ann Intern Med* 2005;143: 427-38. Warsi A, LaValley MP, Wang PS. Arthritis self-management education programs: a meta-analysis of the effect on pain and disability. *Arthritis Rheum* 2003; 48: 2207-13.
115. Elmer PJ, & Obarzanek E, & Vollmer WM, & Simons-Morton D, & Stevens VJ, & Young DR, & Lin PH, & Champagne C, & Harsha DW, & Svetkey LP, & Ard J, & Brantley PJ, & Proschan MA, & Erlinger TP, & Appel LJ. Effects of comprehensive lifestyle modification on diet, weight, physical fitness and blood pressure control: 18-month results of a randomized trial. *Ann Intern Med* 2006; 144:485–495.
116. Frisoli TM, & Schmieder RE, & Grodzicki T, & Messerli FH. & Beyond salt: lifestyle modifications and blood pressure. *Eur Heart J* 2011;32:3081–3087.
117. The Fifth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of nine societies and by invited experts) Developed with the

special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *Eur Heart J* 2012; 33:1635–1701.

118. Fahey T, & Schroeder K, & Ebrahim S. Educational and organisational interventions used to improve the management of hypertension in primary care: a systematic review. *Br J Gen Pract* 2005; 55:875–882.

119. Fahey, T, & Schroeder K, & Ebrahim S. Educational and organisational interventions used to improve the management of hypertension in primary care: a systematic review. 2005;55:875–882.

120. Weingarten SR, & Henning JM, & Badamgarav E, & Knight K, & Hasselblad V, & Gano A., & Ofman J. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness-which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ* 2002;325:925.

121. Carter BL, & Bosworth HB, & Green BB. The hypertension team: the role of the pharmacist, nurse and teamwork in hypertension therapy. *J Clin Hypertens (Greenwich)* 2012;14:51–65.:

122. Gropelli A, & Omboni S, & Parati G, & Mancia G. Blood pressure and heart rate response to repeated smoking before and after beta-blockade and selective alpha 1 inhibition. *J Hypertens* 1990;8 (Suppl 5):S35–40 G

123. Gropelli A, & Giorgi DM, & Omboni S, & Parati G, & Mancia G. Persistent blood pressure increase induced by heavy smoking. *J Hypertens* 1992; 10:495–499.

124. Mann SJ, & James GD, & Wang RS, & Pickering TG. Elevation of ambulatory systolic blood pressure in hypertensive smokers. A case-control study. *JAMA* 1991; 265: 2226–2228.
125. Guild SJ, & McBryde FD, & Malpas SC, & Barrett CJ. High dietary salt and angiotensin II chronically increase renal sympathetic nerve activity: a direct telemetric study. *Hypertension* 2012; 59:614–620.
126. Dickinson HO, & Mason JM, & Nicolson DJ, & Campbell F, & Beyer FR, & Cook JV, & Williams B, & Ford GA. Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials. *J Hypertens* 2006;24:215–233.
127. Pimenta E, & Gaddam KK, & Oparil S, & Aban I, & Husain S, & Dell'Italia LJ, & Calhoun DA. Effects of dietary sodium reduction on blood pressure in subjects with resistant hypertension: results from a randomized trial. *Hypertension* 2009; 54:475–481.
128. Graudal NA, & Hubeck-Graudal T, & Jurgens G. Effects of lowsodium diet vs. highsodium diet on blood pressure, renin, aldosterone, catecholamines, cholesterol and triglyceride (Cochrane Review). *Am J Hypertens* 2012;25:1–15.
129. Bibbins-Domingo K, & Chertow GM, & Coxson PG, & Moran A, & Lightwood JM, & Pletcher MJ, & Goldman L. Projected effect of dietary salt reductions on future cardiovascular disease. *N Engl J Med* 2010; 362:590–599.
130. He FJ, & MacGregor GA. Salt reduction lowers cardiovascular risk: meta-analysis of outcome trials. *Lancet* 2011; 378:380– 382.

131. Taylor RS, & Ashton KE, & Moxham T, & Hooper L, & Ebrahim S. Reduced dietary salt for the prevention of cardiovascular disease: a meta-analysis of randomized controlled trials (Cochrane review). *Am J Hypertens* 2011; 24:843–853.
132. Cook NR, & Cutler JA, & Obarzanek E, & Buring JE, & Rexrode KM, & Kumanyika SK, & Appel LJ, & Whelton PK. Long term effects of dietary sodium reduction on cardiovascular disease outcomes: observational follow-up of the trials of hypertension prevention (TOHP). *BMJ* 2007;334:885–888.
133. O'Donnell MJ, & Mente A, Smyth A, & Yusuf S. Salt intake and cardiovascular disease: why are the data inconsistent? *Eur Heart J* 2013; 34:1034–1040.
134. Cobiac LJ, & Vos T, & Veerman JL. Cost-effectiveness of interventions to reduce dietary salt intake. *Heart* 2010;96:1920–1925.
135. Cushman WC, & Cutler JA, & Hanna E, & Bingham SF, & Follmann D, & Harford T, et al. Prevention and Treatment of Hypertension Study (PATHS): effects of an alcohol treatment program on blood pressure. *Arch Intern Med* 1998;158: 1197–120.
136. Dickinson HO, & Mason JM, & Nicolson DJ, & Campbell F, & Beyer FR, & Cook JV, & Williams B, & Ford GA. Lifestyle interventions to reduce raised blood pressure: a systematic review of randomized controlled trials. *J Hypertens* 2006;24:215–233.

137. Mente A, & Koning L, & Shannon HS, & Anand S. A systematic review of the evidence supporting a causal link between dietary factors and coronary heart disease. *Arch Intern Med* 2009;169:659–669.
138. Sofi F, & Abbate R, & Gensini GF, & Casini A. Accruing evidence on benefits of adherence to the Mediterranean diet on health: an updated systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr* 2010;92:1189–1196.
139. Estruch R, & Ros E, & Salas-Salvadó J, & Covas MI, & Corella D, Arós F, & Gómez-Gracia E, & Ruiz-Gutiérrez V, & Fiol M, & Lapetra J, & Lamuela RM, & Serra-Majem L; the PREDIMED Study Investigators. Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet. *N Eng J Med* 2013;368:1279–1290.
140. Rivas M, & Garay RP, & Escanero JF, milk lowers blood pressure in men and women with mild to moderate essential hypertension. *J Nutr* 2002; 132:1900–1902.
141. Stessen M, & Kuhle C, & Hensrad D, & Erwin PJ, & Murad MH. The effect of coffee consumption on blood pressure and the development of hypertension: a systematic review and metaanalysis. *J Hypertens* 2012;30;2245–2254.
142. Neter JE, & Stam BE, & Kok FJ, & Grobbee DE, & Geleijnse JM. Influence of weight reduction on blood pressure: a metaanalysis of randomized controlled trials. *Hypertension* 2003;42:878–884.
143. Prospective Studies Collaboration. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet* 2009; 373:1083:1096.

144. Flegal KM, & Kit BK, & Orpana H, & Graubard BI. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories. A systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2013;309:71–82.
145. Norris SL, & Zhang X, & Avenell A, & Gregg E, & Schmid CH, & Lau J. & Long-term nonpharmacological weight loss interventions for adults with pre-diabetes. *Cochrane Database Syst Rev* 2005:CD005270.
146. Jordan J, & Yumuk V, & Schlaich M, & Nilsson PM, & Zahorska B, & Grassi G, & Schmieder RE, & Engeli S, & Finer N. Joint statement of the European Association for the Study of Obesity and the European Society of Hypertension: obesity and difficult to treat arterial hypertension. *J Hypertens* 2012;30:1047–1055.
147. Cornelissen VA, & Fagard RH. Effects of endurance training on blood pressure, blood pressure-regulating mechanisms and cardiovascular risk factors. *Hypertension* 2005; 46:667–675.
148. Leitzmann MF, & Park Y, & Blair A, & Ballard-Barbash R, & Mow T, & Hollenbeck AR, & Schatzkin A. & Physical activity recommendations and decreased risk of mortality. *Arch Intern Med* 2007;167:2453–2460. 371.
149. Rossi A, & Dikareva A, & Bacon SL, & Daskalopoulou SS. The impact of physical activity on mortality in patients with high blood pressure: a systematic review. *J Hypertens* 2012;30:1277–1288.
150. Fagard RH. Physical activity, fitness, mortality. *J Hypertens* 2012;30:1310–1312.

151. Molmen HE, & Stolen T, & Tjonna AE, & Aamot IL, & Ekeberg IS, & Tyldum GA, & Wisloff U, & Ingul CB, & Stoylen A. & Aerobic interval training reduces blood pressure and improves myocardial function in hypertensive patients. *Eur J Prev Cardiol* 2012; 19:151–160.
152. Cornelissen VA, & Fagard RH, & Coeckelberghs E, & Vanhees L. Impact of resistance training on blood pressure and other cardiovascular risk factors: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Hypertension* 2011;58:950–958.
153. Huisman M, & Kunst AE, & Mackenbach JP. Inequalities in the prevalence of smoking in the European Union: comparing education and income. *Prev Med* 2005;40: 756–764.
154. Yarlioglu M, & Kaya MG, & Ardic I, & Calapkorur B, & Dogdu O, & Akpek M, & Ozdogru M, & Kalay N, & Dogan A, & Ozdogru I, & Oguzhan A. Acute effects of passive smoking on blood pressure and heart rate in healthy females. *Blood Press Monit* 2010;15: 251–256.
140. Groppelli A, & Omboni S, & Parati G, & Mancia G. Blood pressure and heart rate response to repeated smoking before and after beta-blockade and selective alpha 1 inhibition. *1990;8(Suppl 5):S35–40.*
141. Grassi G, & Seravalle G, & Calhoun DA, & Bolla GB, & Giannattasio C, & Marabini M, & Del Bo A, & Mancia G. Mechanisms responsible for sympathetic activation by cigarette smoking in humans. *Circulation* 1994;90:248–253.
142. Groppelli A, & Giorgi DM, & Omboni S, & Parati G, & Mancia G. Persistent blood pressure increase induced by heavy smoking. *J Hypertens* 1992;10:495–499.
149. Mann SJ, James GD, Wang RS, Pickering TG. Elevation of ambulatory

systolic blood pressure in hypertensive smokers. A case-control study. *JAMA* 1991;265: 2226–2228.

143. Primatesta P, & Falaschetti E, & Gupta S, Marmot MG, & Poulter NR. Association between smoking and blood pressure: evidence from the health survey for England. *Hypertension* 2001; 37:187–193.

144. Doll R, & Peto R, & Wheatley K, & Gray R, & Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 40 years' observations on male British doctors. *BMJ* 1994;309:901–911.

145. Lancaster T, & Stead L. Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2004:CD000165.

146. Cahill K, & Stead LF, & Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2010:CD006103.

147. Hughes JR, & Stead LF, & Lancaster T. Antidepressants for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2007:CD000031.

148. Cahill K, & Stead LF, & Lancaster T. Nicotine receptor partial agonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2010:CD006103.

149. Alés M, & Ania J, & Junquera C, & García J, & Rodríguez L, & Morillo R, et al. Auxiliares de enfermería del Servicio Navarro de Salud de Osasunbidea. (Vol. I) 1ª ed. España: Editorial MAD. 2006.

150. Pérez J, & Silva L, & Gómez D, & Ania J, & Morillo R, & Utrilla A, et al. Manual para el diplomado de enfermería (ATS/DUE). 1ª ed. España: Editorial. MAD. 2003
151. Silva L, & Ania J, & Bazán P, & Castilla M, & Garrido M, & Gonzáles J, et al. Atención especializada ATS/DI. 1ª ed. España: Editorial MAD. 2006.
152. Prado L, & Gonzáles M, & Paz N, & Romero K. La teoría de déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev Med Electron. 2014; 36(6): 835-845.
153. ARIAS, C, & SOLIVEREZ, C. El bienestar psicológico en la vejez. ¿Existen diferencias en grupos de edad? Trabajo presentado en el 2.º Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata «Psicología y construcción de conocimiento en la época». La Plata. 2009.
154. Klein-Hessling, J., & Lohaus, A. & Ball, J. (2005). Psychological predictors of health-related behavior in children. *Psychology, Health & Medicine*, 10(1), 31-43.
155. Grembowski, D., & Patrick, D., & Diehr, P., & Durham, M., Beresford, S., Kay, E. & Hecht, J. (1993). Self-efficacy and behavior among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 89-104.
156. Aljaseem, L., & Peyrot, M., & Wissow, L. & Rubin, R. (2001). The impact of barriers and self-efficacy on self-care behaviors in type 2 diabetes. *Diabetes Educator*, 27, 393-404.
157. King, D., & Glasgow, R., & Toobert, D., & Strycker, L., & Estabrooks, P., & Osuna, D. & Faber, A. (2010). Self-Efficacy, Problem Solving, and Social-

Environmental Support Are Associated With Diabetes Self-Management Behaviors. *Diabetes Care*, 33(4), 751-753.

158. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman. Bandura, A. (1999). *Auto-eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Biblioteca de Psicología. Bilbao, Spain: Desclée De Bower

159. San Juan, P., & Pérez, A. & Bermúdez, J. (2000). Escala de Autoeficacia General: Datos Psicométricos de la adaptación para población Española. *Psicothema*, 12, 509-513.

160. Fernández, R. (2008). *Una psicología de la Vejez. Una psicogerontología aplicada*, Madrid: Psicología Pirámides. Fernandez- Ballesteros, R. (2002). Autoeficacia para envejecer. En *Vital Age-II Project*: uninettuno.it/Vitalgell/frameset.htm.

161. Lawn S, & Battersby M, & Harvey P, & Pols R, & Ackland A. Terapia de enfoque conductual para el autocontrol: el Programa Flinders. *Diabetes Voice*. 2009; 54: 30-32.

162. Petkov J, & Harvey P, & Battersby M. The internal consistency and construct validity of the partners in health scale: validation of a patient rated chroniccondition self-management measure. *Qual Life Res*. 2010; (19): 1079–1085.

163. Battersby M, & Ask A, & Reece M, & Markwick M, & Collins J. The Partners in Health scale: The development and psychometric properties of a generic assessment scale for chronic condition self-management. *Australian Journal of Primary Health*, 2003; 9: 41-52.

164. Peñarrieta I, & Olivares D, & Gutierrez T, & Flores F, & Socorro M, Quintero L. Automanejo en personas con diabetes mellitus e hipertensión arterial en el primer nivel de atención. Revista de Investigación de la Universidad Norbert Wiener, 2014; 3: 53-62.
165. Fachado, A. (2008). Influencia del apoyo social en el control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2. Tesis de doctorado. España: Universidad Santiago de Compostella.
166. Garduño, L., & Salinas, B., & Rojas, M. (2005). Calidad de vida y bienestar subjetivo en México. 1ª ed. México: Editorial Plaza y Valdez.
167. Nursing Diagnoses: Definitions & Classification. (2005). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2005-2006. España: NANDA International.
168. Fachado, A. (2008). Influencia del apoyo social en el control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2. Tesis de doctorado. España: Universidad Santiago de Compostella.
169. Garduño, L., & Salinas, B., & Rojas, M. (2005). Calidad de vida y bienestar subjetivo en México. 1ª ed. México: Editorial Plaza y Valdez.
170. Nursing Diagnoses: Definitions & Classification. (2005). Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2005-2006. España: NANDA International.
171. Moral, J., & Martínez, E., & Grao, A. (2013). Sedentarismo, salud e imagen corporal en adolescentes. 1ª ed. España: Editorial Deportiva Wanceulen.

172. Ministerio de Salud. (2014). Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2. Lima-Perú: Dirección General de Salud de las Personas.

ANEXOS

Anexo 1.

Matriz de consistencia de la investigación

TÍTULO: “Factores y el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en centros de salud de la red Lima ciudad 2015”

AUTOR: Mg. Reyes Quiroz, Giovanna Elizabeth

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	
<p>Problema General: ¿Existe una relación entre los factores y el automanejo de pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en Centros de Salud de la Red Lima-Ciudad 2015?</p> <p>Problemas específicos ¿Los factores sociodemográficos están relacionados con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en los Centros de Salud de la Red Lima-Ciudad 2015?</p> <p>¿Los factores de la salud/enfermedad están relacionados con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en los Centros de Salud de la Red Lima-Ciudad 2015?</p> <p>Los factores emocionales están relacionados con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en los Centros de Salud de la Red Lima-Ciudad 2015?</p> <p>¿Los factores de apoyo social están relacionados con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en los Centros de Salud de la Red Lima-Ciudad 2015?</p>	<p>Objetivo general: Determinar los factores relacionados al automanejo de pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus en Centros de Salud de la Red Lima- Ciudad 2015.</p> <p>Objetivos específicos Identificarlos factores sociodemográficos que se relacionan con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red Lima-Ciudad 2015.</p> <p>Definir los factores de la salud/enfermedad que están relacionados con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red Lima-Ciudad 2015.</p> <p>Determinar los factores emocionales que están relacionados con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en los Centros de Salud de la Red Lima-Ciudad 2015.</p> <p>Determinar los factores de apoyo social que están relacionados con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red Lima-Ciudad 2015.</p>	<p>Hipótesis General: Habrá factores que se relacionan con el automanejo en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en los Centros de Salud de la Red Lima-Ciudad 2015.</p> <p>Hipótesis específicas Los factores sociodemográficos están relacionados con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en los Centros de Salud de la Red Lima-Ciudad 2015.</p> <p>Los factores de la salud/enfermedad están relacionados con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en los Centros de Salud de la Red Lima-Ciudad 2015.</p> <p>Los factores emocionales están relacionados con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en los Centros de Salud de la Red Lima-Ciudad 2015.</p> <p>Los factores de apoyo social están relacionados con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en los Centros de Salud de la Red Lima-Ciudad 2015.</p>	Variable N° 1 :: Factores	
			Dimensiones	Indicadores
			Factores sociodemográficos	Edad, sexo, estado civil, tipo de familia, nivel educativo y procedencia.
			Factores de la salud/enfermedad	Seguro de salud, actividad física, comorbilidades, calidad de vida, fatiga, dolor, estrés, problemas respiratorios, problemas de salud física, mental, problemas sociales, visitas al médico, Hospitalizaciones.
			Factores emocionales	Desinterés, desánimo, trastorno de sueño, cansancio, fatiga, falta de apetito, sensaciones de fracaso y dificultad de concentración
			Factores del apoyo social	Apoyo confidencial, apoyo afectivo apoyo familiar.
			Variable N° 2 : Automanejo	
			Dimensiones	Indicadores
			Conocimiento	Conocimiento sobre el estado de salud y conocimiento sobre el tratamiento.
			Adherencia	Toma de medicación, cumplimiento indicaciones, compartir decisiones, asistencia a citas, actitud expectante, signos de alarma.
Manejo de signos y síntomas	Manejo de la sintomatología, del equilibrio emocional, manejo de las interacciones cotidianas.			

MÉTODO Y DISEÑO	POBLACIÓN	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	MÉTODO DE ANÁLISIS DE DATOS
<p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Tipo: Estudio, prospectivo</p> <p>Diseño investigación: No experimental.</p> <p>O_x ↓ O_y</p> <p>Dónde: M : muestra de pacientes con diabetes e hipertensión de la red Lima Ciudad. O_x : medición u observación de las variables relacionadas, es decir los factores sociodemográficos, de la salud/enfermedad, emocionales y de apoyo O_y : medición u observación de la variable automanejo ↓ : presunta relación a comprobarse</p> <p>Método de estudio: Hipotético deductivo</p>	<p>Población: La población estuvo conformada por todos los pacientes atendidos en los consultorios del servicio de medicina de los centros de salud de la Red Lima Ciudad.</p> <p>Muestra: Se determinó el tamaño muestral mediante la fórmula para Proporciones, encontrando un tamaño de muestra de 354 pacientes, según criterio de inclusión y exclusión.</p> <p>Tipo de Muestreo: El tipo de muestro es probabilístico y bietápico estratificado.</p>	<p>Técnica: La técnica de recolección de datos fue la Encuesta, la cual se caracteriza por ser anónima, con una duración de 20 minutos.</p> <p>Instrumento: Los instrumentos de recolección de datos serán los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario diseñado por la investigadora (para recoger información sobre los factores sociodemográficos, de la salud/enfermedad y los factores emocionales) - Cuestionario de Duque-UNC (para evaluar el apoyo confidencial y el apoyo afectivo) - Cuestionario Apgar familiar (para evaluar el apoyo recibido por parte de la familia) - Cuestionario Partners in Health Scale (para evaluar el automanejo de los pacientes) 	<p>Codificación: Se asignarán códigos a las respuestas registradas para cada una de las variables estudiadas.</p> <p>Calificación: Para este estudio se trabajó con 4 instrumentos de recolección, el cuestionario diseñado por la investigadora (una ficha de datos) y los tres restantes (Duque-UNC, Apgar familiar y Partners in Health Scale) que están basados en instrumentos ya validados según la literatura nacional como internacional. Estos 3 instrumentos utilizan como escala de medición de tipo Lickert y escala numérica.</p> <p>Tabulación: Se realizó utilizando el programa estadístico SPSS v. 22, previamente se hizo un control de calidad de los datos, considerando la operacionalización de las variables y objetivos del estudio.</p> <p>Interpretación: En base a los resultados que respondan a los objetivos del estudio, tanto a nivel descriptivo (promedios, desviación estándar, frecuencia absolutas y porcentajes) e inferencial (Chi cuadrado, t de student, regresión logística).</p>

Anexo 2

Instrumento de recolección de datos

FACTORES Y EL AUTOMANEJO DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS EN. CENTROS DE SALUD DE LA RED LIMA CIUDAD

NOTA: Estimado paciente, esta es una investigación realizada por la MG. Giovanna Reyes sobre como manejan pacientes como Ud. su enfermedad y los factores que se relacionan con este manejo. Se le informa que esto no es ninguna clase de examen, por lo que se pide la mayor sinceridad posible y la vez le volvemos a recordar que su participación será anónima.

Datos generales

N° de encuesta:..... Fecha:.....

Nombre (coloque solo sus iniciales):..... Dirección
(distrito/ calle/jirón/dpto.):.....

Número de teléfono:..... Número de celular:.....

A. Factores sociodemográficos

1. Edad:.....(años)

2. Sexo: Masculino Femenino

3. Estado civil Casado/a Divorciado/a
 Viudo/a Soltero/a

4. Tipo de familia: Nuclear Nuclear modificada
 Nuclear reconstituida Extensa

Pareja Atípica

5. Procedencia: Lima Sierra
 Selva

6. Nivel educativo Primaria ¿Cuántos años completos estudió?.....
 Secundaria ¿Cuántos años completos
 estudió?.....

Instituto/Universidad
 ¿Cuántos años completos
 estudió?.....

Maestría/doctorado ¿Cuántos años
 completos estudió?.....

B. Factores de la salud/enfermedad

B.1 Salud

7. ¿Cuenta con seguro de salud?	No	Si, ¿Cuál?:
8. ¿Hizo ejercicio la semana pasada?	No	Si
9. ¿Aparte de la diabetes o hipertensión, que otra enfermedad crónica tiene?	Solo tengo una enfermedad Tengo más de una enfermedad	
	En caso, respondió tener más de una enfermedad aparte de la diabetes o presión alta mencione ¿Cuál? <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enfermedad de corazón <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Bronquitis <input type="checkbox"/> Otra enfermedad:.....	
10. ¿Generalmente, como diría Ud. que su salud es en la actualidad?	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Mala
		<input type="checkbox"/> Buena

B.2 Enfermedad (Problemas de salud)

B.3 Enfermedad (Problemas de salud)

SÍNTOMAS	11. ¿Cómo califica su <i>calidad de vida</i> en una escala del 1 al 10? Considere 1 como muy pobre calidad y 10 como excelente calidad	
	12. ¿Qué tanta <i>fatiga</i> ha sentido la semana pasada? Considere 1 como no fatiga y 10 como fatiga severa.	
	13. ¿Qué tanto <i>dolor</i> ha sentido la semana pasada? Considere 1 como no dolor y 10 como dolor severo.	
	14. ¿Qué tanto ha sentido que le <i>falta la respiración</i> ? Considere 1 como no falta de respiración y 10 como falta de respiración severa	
	15. ¿Qué tanto <i>estrés</i> ha sentido la semana pasada? Considere 1 como nada de estrés y 10 como estrés severo	
	16. Del 1 al 10 ¿Qué tanto ha tenido <i>problemas para dormir</i> la semana pasada? Considere 1 como ningún problema y 10 como mucho problema para dormir	
SALUD ACTUAL	17. Acerca de su <i>salud física</i> que incluye enfermedades físicas o causadas por accidentes, ¿Cuántos días del mes pasado su salud física NO fue buena?	
	18. Acerca de su salud mental que incluye estrés, depresión y problemas emocionales, ¿Cuántos días de la semana pasada su salud mental NO fue buena?	
	19. ¿Cuántos días del mes pasado dejó de hacer actividades como su cuidado personal, trabajo, salir a pasear producto de su mala salud física o mental?	
COMUNICACION CON EL MÉDICO	20. En los últimos 6 meses, ¿Cuántas veces ha visitado al médico? No incluya visitas si estuvo hospitalizado/a o en sala de emergencia del hospital	
	21. En los últimos 6 meses, ¿Cuántas veces visitó la sala de emergencias de un hospital?	
	22. En los últimos 6 meses, ¿Cuántas veces estuvo hospitalizado por una noche o más?	
	23. ¿Cuántas noches ha estado hospitalizado los pasados 6 meses?	

C. Factores emocionales

Marque con una "X" sobre cómo se ha sentido la semana pasada. Considere: 0="Ningún día", 1="Varios días", 2="Más de la mitad de los días" y 3="Casi todos los días".

PREGUNTAS	0	1	2	3
24. ¿Sintió tener poco interés o placer en hacer las cosas?				
25. ¿Se sintió desanimado, deprimido, o sin esperanza?				
26. ¿Tuvo problemas para dormir o durmió demasiado?				
27. ¿Se sintió cansado o con poca energía?				
28. ¿Sintió tener poco o demasiado apetito?				
29. ¿Se sintió mal consigo mismo, pensó que usted es un fracaso o que le ha fallado o familia?				
30. ¿Tuvo dificultad en concentrarse en cosas, como leer el periódico o mirar la televisión?				
31. ¿Notó que se movía tan lentamente o hablaba tan despacio que las otras personas pudieran haberlo notado, o lo contrario- estuvo inquieto(a) o impaciente y se movió mucho más de lo usual?				

D. Factores de apoyo social

32-33. Apoyo confidencial y apoyo afectivo: En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación y considere como sus posibles respuestas: 1=Mucho menos de lo que deseo, 2= "Menos de lo que deseo", 3="Ni mucho ni poco", 4="Casi como deseo" y 5="Tanto como deseo".

PREGUNTAS: <i>Cuestionario de Duque-UNC</i>	1	2	3	4	5
Recibo visitas de mis amigos y familiares					
Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
Recibo amor y afecto					
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					

34. Apoyo familiar: A continuación se le hacen una serie de preguntas sobre el apoyo que recibe de su familia, se le pide responder con la mayor sinceridad posible. Considere como sus posibles respuestas 0= "Nunca", 1= "Casi nunca", 2="Algunas veces", 3= "Casi siempre" y 4="Siempre".

PREGUNTAS: <i>Cuestionario Apgar familiar de Smilkstein</i>	0	1	2	3	4
Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema y/o necesidad.					
Me satisface la participación que mi familia me brinda y permite.					
Me satisface cómo mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.					
Me satisface cómo mi familia expresa afectos y responde a mis emociones como rabia, tristeza, amor, y otros.					
Me satisface cómo compartimos en mi familia; a) el tiempo para estar juntos, b) los espacios en la casa, c) el dinero.					

E. Automanejo

Automanejo de la enfermedad crónica

Por favor marque con un círculo el número que considere se acerca más a su respuesta:

PREGUNTAS: <i>Instrumento de automanejo Partners in Health Scale</i>	
1	<p>En general, lo que conoce usted acerca de su enfermedad es:</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 Muy poco Algo Mucho</p>
2	<p>En general, lo que conoce acerca de su tratamiento incluyendo medicamentos y de su estado de salud es:</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 Muy poco Algo Mucho</p>
3	<p>Toma las medicinas y/o medicamentos y lleva a cabo los cuidados necesarios por su médico o trabajador de salud:</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 Muy poco Algo Mucho</p>
4	<p>Comparte las decisiones tomadas de su estado de salud con su médico o trabajador de salud:</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 Muy poco Algo Mucho</p>
5	<p>Es capaz de solicitarle al profesional de salud la atención para obtener los servicios que necesita (acorde a su cultura, valores y creencias):</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 Muy poco Algo Mucho</p>
6	<p>Asiste a las citas programadas por su médico o trabajador de salud:</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 Muy poco Algo Mucho</p>
7	<p>Se mantiene al tanto de sus síntomas y signos de alerta temprana (por ejemplo: niveles de azúcar en la sangre, límite de presión arterial, peso, falta de aliento, dolor, problemas de sueño, estado de ánimo):</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 Muy poco Algo Mucho</p>
8	<p>Toma medidas a las primeras señales de advertencia y cuando los síntomas empeoran:</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 Muy poco Algo Mucho</p>
9	<p>Puede manejar los efectos secundarios de su estado de ánimo de salud con relación a la actividad física diaria (caminar, tareas de hogar, etc.)</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 Muy poco Algo Mucho</p>
10	<p>Puede mantener el equilibrio emocional y espiritual con respecto a su estado de salud:</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 Muy poco Algo Mucho</p>
11	<p>Puede interactuar con otras personas cotidianamente a pesar de su estado de salud:</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 Muy poco Algo Mucho</p>
12	<p>En general, lleva un estilo de vida saludable, me las arreglo para vivir una vida sana (por ejemplo, no fumar, moderado de alcohol, la alimentación sana, actividad física regular, controlar el estrés):</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 Muy poco Algo Mucho</p>

Gracias por su tiempo y colaboración...

Anexo 3

Data consolidada de resultados

A M 1	A M 2	A M 3	A M 4	A M 5	A M 6	A M 7	A M 8	A M 9	A M 10	A M 11	A M 12	C O N O C I M I E N T O	A D H E R E N C I A	S I N T O M A S	I N D I C E G E N E R A L	C O N O C I M I E N T O	A D H E R E N C I A	S I N T O M A S	I N D I C E G E N E R A L	
4	8	7	7	8	8	6	8	8	7	8	4	12	48	23	83	75	86	96	86	
4	4	7	8	8	8	4	4	8	8	8	8	8	47	24	79	50	84	100	82	
7	3	4	7	7	8	8	8	4	4	8	3	10	45	16	71	63	80	67	74	
4	5	8	8	8	8	8	6	7	8	8	8	9	54	23	86	56	96	96	90	
6	6	6	4	4	6	6	6	6	6	6	6	12	38	18	68	75	68	75	71	
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	14	49	21	84	88	88	88	88	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	6	6	5	8	29	16	53	50	52	67	55
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	14	49	21	84	88	88	88	88	
4	5	4	4	4	4	5	6	5	5	6	6	9	33	16	58	56	59	67	60	
5	6	6	7	7	6	7	7	6	4	4	5	11	45	14	70	69	80	58	73	
6	5	5	4	4	5	4	5	6	6	5	6	11	33	17	61	69	59	71	64	
4	3	3	3	4	3	3	5	3	5	5	4	7	25	13	45	44	45	54	47	
6	7	3	6	5	7	6	8	5	6	8	7	13	42	19	74	81	75	79	77	
4	6	7	6	7	6	6	7	6	7	6	7	10	46	19	75	63	82	79	78	
7	6	7	6	7	6	7	6	6	7	6	6	13	45	19	77	81	80	79	80	
7	6	6	5	6	8	5	7	6	6	5	7	13	44	17	74	81	79	71	77	
6	7	5	4	6	7	5	5	7	6	5	6	13	38	18	69	81	68	75	72	
7	6	7	6	6	7	6	7	7	7	6	7	13	46	20	79	81	82	83	82	
8	8	8	6	6	8	6	6	7	6	7	6	16	46	20	82	100	82	83	85	
8	8	8	6	6	7	7	7	6	8	8	8	16	49	22	87	100	88	92	91	
4	5	6	5	6	7	6	6	6	7	7	7	9	43	20	72	56	77	83	75	
3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	6	7	6	37	16	59	38	66	67	61	
4	5	6	6	5	5	5	5	5	5	7	6	9	38	17	64	56	68	71	67	
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	12	42	18	72	75	75	75	75	
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	7	12	43	19	74	75	77	79	77	
4	7	6	6	6	7	5	6	5	7	7	6	11	42	19	72	69	75	79	75	
4	5	6	7	4	4	3	1	7	6	7	4	9	29	20	58	56	52	83	60	
4	1	2	4	3	3	5	4	5	4	5	7	5	28	14	47	31	50	58	49	
1	1	5	5	6	4	5	5	5	7	8	4	2	34	20	56	13	61	83	58	
8	8	8	5	6	4	5	7	4	4	4	5	16	40	12	68	100	71	50	71	
8	8	8	8	8	8	7	7	7	6	8	8	16	54	21	91	100	96	88	95	
5	5	5	3	3	5	5	5	5	3	6	6	10	32	14	56	63	57	58	58	
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	12	42	18	72	75	75	75	75	
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	16	56	24	96	100	100	100	100	
5	5	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5	10	41	16	67	63	73	67	70	
5	4	5	5	5	4	4	4	4	4	5	5	9	32	13	54	56	57	54	56	
7	7	7	6	7	7	7	7	7	7	8	7	14	48	22	84	88	86	92	88	
7	7	7	6	7	6	7	6	7	7	7	7	14	46	21	81	88	82	88	84	
7	7	6	7	6	7	6	7	6	6	7	6	14	45	19	78	88	80	79	81	
5	5	4	5	4	7	7	7	7	6	7	6	10	40	20	70	63	71	83	73	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	8	28	12	48	50	50	50	50	
3	4	4	4	5	4	4	4	4	5	5	7	7	30	17	54	44	54	71	56	
4	4	4	3	2	5	5	5	5	4	6	6	8	30	15	53	50	54	63	55	
4	5	5	4	3	3	7	5	4	5	6	7	9	34	15	58	56	61	63	60	
2	4	5	5	6	2	6	6	6	6	6	6	6	36	18	60	38	64	75	63	
3	4	4	4	4	4	4	4	4	3	6	4	7	28	13	48	44	50	54	50	
4	4	4	3	2	4	4	4	4	4	4	4	8	25	12	45	50	45	50	47	
4	4	3	3	2	6	5	5	3	2	2	4	8	28	7	43	50	50	29	45	
4	4	4	3	3	5	4	4	4	3	6	4	8	27	13	48	50	48	54	50	

7	8	8	7	5	4	5	4	4	7	6	7	15	40	17	72	94	71	71	75
7	7	7	7	4	4	5	4	2	7	7	8	14	39	16	69	88	70	67	72
8	8	8	7	4	4	4	4	4	9	8	7	16	38	21	75	100	68	88	78
8	8	8	7	4	4	4	4	4	8	8	7	16	38	20	74	100	68	83	77

7	7	6	5	4	4	6	4	2	7	6	7	14	36	15	65	88	64	63	68
6	6	6	6	7	4	6	6	3	8	7	7	12	42	18	72	75	75	75	75
5	7	6	7	6	4	7	8	7	8	8	8	12	46	23	81	75	82	96	84
8	8	8	7	4	4	4	4	4	7	6	6	16	37	17	70	100	66	71	73
6	5	5	4	5	4	4	5	4	5	5	6	11	33	14	58	69	59	58	60
4	4	3	4	5	3	3	4	4	4	5	3	8	25	13	46	50	45	54	48
5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	10	34	15	59	63	61	63	61
5	5	6	6	5	6	6	6	6	5	6	6	10	41	17	68	63	73	71	71
4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	8	28	14	50	50	50	58	52
6	5	5	5	6	5	5	6	5	5	5	5	11	37	15	63	69	66	63	66
4	5	4	4	5	5	5	5	6	5	6	5	9	33	17	59	56	59	71	61
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	10	35	15	60	63	63	63	63
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	8	28	12	48	50	50	50	50
5	5	5	5	5	6	6	6	7	5	5	4	10	37	17	64	63	66	71	67
7	7	6	7	6	8	7	7	7	6	6	6	14	47	19	80	88	84	79	83
5	6	6	6	6	6	7	7	7	6	5	7	11	45	18	74	69	80	75	77
6	5	3	5	5	6	5	5	4	5	7	5	11	34	16	61	69	61	67	64
7	6	6	7	7	6	6	6	7	6	6	6	13	44	19	76	81	79	79	79
6	7	7	7	7	5	5	6	5	7	5	5	13	42	17	72	81	75	71	75
7	7	6	6	7	6	7	3	2	5	5	2	14	37	12	63	88	66	50	66
5	4	3	3	5	8	5	5	4	6	7	6	9	35	17	61	56	63	71	64
4	3	2	2	2	2	3	3	3	5	5	7	7	21	13	41	44	38	54	43
6	7	6	7	6	7	7	7	7	6	7	7	13	47	20	80	81	84	83	83
5	5	6	5	5	7	6	6	6	5	6	5	10	40	17	67	63	71	71	70
5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	9	33	15	57	56	59	63	59
5	4	6	5	3	2	5	5	4	5	5	5	9	31	14	54	56	55	58	56
6	3	3	3	4	6	5	3	5	6	5	4	9	28	16	53	56	50	67	55
5	5	4	4	4	5	4	4	4	5	4	6	10	31	13	54	63	55	54	56
4	4	7	7	7	5	5	5	5	2	7	6	8	42	14	64	50	75	58	67
4	4	6	8	4	8	2	4	1	4	4	1	8	33	9	50	50	59	38	52
3	4	4	8	8	0	0	8	4	8	8	8	7	36	20	63	44	64	83	66
4	5	5	5	6	4	6	5	5	6	5	6	9	37	16	62	56	66	67	65
7	6	7	7	6	7	7	7	6	7	6	7	13	48	19	80	81	86	79	83
3	4	6	4	2	8	4	6	6	8	8	5	7	35	22	64	44	63	92	67
6	5	5	6	6	5	6	5	4	5	4	6	11	39	13	63	69	70	54	66
4	5	6	5	5	6	6	6	5	4	4	6	9	40	13	62	56	71	54	65
7	6	7	8	6	6	7	7	5	3	7	5	13	46	15	74	81	82	63	77
5	5	5	6	6	7	5	5	5	5	7	7	10	41	17	68	63	73	71	71
3	3	4	4	4	3	3	4	4	3	4	4	6	26	11	43	38	46	46	45
6	6	6	5	7	7	7	6	6	7	7	7	12	45	20	77	75	80	83	80
5	5	7	6	6	6	5	5	5	4	4	4	10	39	13	62	63	70	54	65
4	0	8	8	8	8	8	8	6	6	4	7	4	55	16	75	25	98	67	78
3	4	5	5	4	5	4	4	4	4	4	4	7	31	12	50	44	55	50	52
3	4	5	4	3	3	4	4	5	4	4	4	7	27	13	47	44	48	54	49
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	10	35	15	60	63	63	63	63
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	10	35	15	60	63	63	63	63
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	10	35	15	60	63	63	63	63
4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	8	29	14	51	50	52	58	53
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	10	35	15	60	63	63	63	63
4	4	4	8	8	2	8	8	4	4	8	8	8	46	16	70	50	82	67	73
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	8	28	12	48	50	50	50	50
4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	7	28	12	47	44	50	50	49
4	5	4	5	5	4	4	5	4	7	7	7	9	34	18	61	56	61	75	64
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	8	28	12	48	50	50	50	50
4	4	4	5	4	5	4	5	4	5	4	4	8	31	13	52	50	55	54	54
4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	8	28	11	47	50	50	46	49
8	8	8	8	6	8	6	8	6	8	8	8	16	52	22	90	100	93	92	94
4	4	3	2	0	0	4	0	0	4	2	0	8	9	6	23	50	16	25	24
1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1	3	13	0	4	3
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5	21	9	35	31	38	38	36
5	7	4	6	4	8	8	0	8	0	2	7	12	37	10	59	75	66	42	61
8	7	8	8	6	7	8	8	6	8	8	8	15	53	22	90	94	95	92	94
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	7	3	12	13	13	13	13

6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	11	35	15	61	69	63	63	64
6	6	6	3	4	6	6	5	7	6	7	6	12	36	20	68	75	64	83	71
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	10	35	15	60	63	63	63	63
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	10	35	15	60	63	63	63	63
5	4	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	9	33	15	57	56	59	63	59
5	6	8	7	7	7	6	8	5	5	8	8	11	51	18	80	69	91	75	83
4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	4	8	28	14	50	50	50	58	52
4	4	4	4	6	4	5	5	5	5	5	5	8	33	15	56	50	59	63	58
4	4	2	2	4	4	2	5	3	4	3	4	8	23	10	41	50	41	42	43
5	5	6	6	6	6	6	4	6	4	4	4	10	38	14	62	63	68	58	65
4	6	4	4	8	4	6	4	4	4	7	4	10	34	15	59	63	61	63	61
6	7	7	7	7	8	8	8	8	5	5	4	13	49	18	80	81	88	75	83
4	4	5	6	6	4	4	5	5	4	4	4	8	34	13	55	50	61	54	57
3	6	7	7	7	6	7	6	7	7	6	7	9	47	20	76	56	84	83	79
5	6	6	6	6	6	6	5	5	4	4	5	11	40	13	64	69	71	54	67
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	14	49	21	84	88	88	88	88
4	4	4	5	5	7	6	6	6	5	5	4	8	37	16	61	50	66	67	64
4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	8	29	14	51	50	52	58	53
4	4	4	4	4	4	4	4	4	6	6	6	8	30	16	54	50	54	67	56
7	7	7	6	6	6	6	6	6	6	6	4	14	41	18	73	88	73	75	76
4	5	5	5	5	4	5	5	6	4	4	3	9	32	14	55	56	57	58	57
4	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	8	33	13	54	50	59	54	56
7	8	7	7	7	8	7	7	7	6	7	7	15	50	20	85	94	89	83	89
6	7	7	6	6	7	7	7	7	6	7	7	13	47	20	80	81	84	83	83
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	8	28	12	48	50	50	50	50
4	4	4	7	5	5	5	5	5	4	4	4	8	35	13	56	50	63	54	58
3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	6	29	14	49	38	52	58	51
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	10	34	14	58	63	61	58	60
6	6	5	4	5	4	4	4	5	5	5	5	12	31	15	58	75	55	63	60
6	6	6	6	6	7	5	5	5	5	5	5	12	40	15	67	75	71	63	70
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	10	35	15	60	63	63	63	63
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	10	35	15	60	63	63	63	63
8	8	1	5	5	6	8	7	6	5	8	3	16	35	19	70	100	63	79	73
5	7	8	7	7	8	5	4	3	8	8	0	12	39	19	70	75	70	79	73
7	8	6	7	7	6	8	8	1	7	7	0	15	42	15	72	94	75	63	75
6	7	7	6	6	7	7	7	3	7	5	0	13	40	15	68	81	71	63	71
2	5	5	3	3	3	5	3	1	4	2	0	7	22	7	36	44	39	29	38
5	6	3	5	5	4	7	8	4	7	7	0	11	32	18	61	69	57	75	64
4	4	2	4	2	4	3	2	1	5	3	3	8	20	9	37	50	36	38	39
7	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	13	42	18	73	81	75	75	76
3	3	2	5	4	2	3	5	4	3	5	4	6	25	12	43	38	45	50	45
5	6	5	5	4	2	1	4	4	4	5	7	11	28	13	52	69	50	54	54
7	7	6	6	7	8	5	5	7	7	6	6	14	43	20	77	88	77	83	80
4	4	4	4	4	7	7	4	5	8	8	8	8	38	21	67	50	68	88	70
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	10	35	15	60	63	63	63	63
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	10	35	15	60	63	63	63	63
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	10	35	15	60	63	63	63	63
6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	12	48	20	80	75	86	83	83
7	7	7	3	5	7	7	6	5	6	7	8	14	43	18	75	88	77	75	78
3	3	4	3	4	2	3	5	2	4	6	5	6	26	12	44	38	46	50	46
3	5	5	4	5	6	4	5	5	1	3	4	8	33	9	50	50	59	38	52
4	4	7	6	5	8	7	5	6	6	6	7	8	45	18	71	50	80	75	74
5	3	6	7	6	5	7	7	7	6	7	7	8	45	20	73	50	80	83	76
4	4	4	4	5	5	5	5	5	8	8	8	8	36	21	65	50	64	88	68
3	3	3	3	4	4	4	4	5	5	6	1	6	23	16	45	38	41	67	47
2	2	2	2	2	0	2	1	0	3	2	0	4	9	5	18	25	16	21	19
8	8	8	7	7	7	8	7	7	8	8	2	16	46	23	85	100	82	96	89
6	7	7	6	7	8	8	8	7	0	7	0	13	44	14	71	81	79	58	74
4	8	8	5	5	8	7	6	6	5	7	0	12	39	18	69	75	70	75	72
7	8	8	7	7	8	8	6	0	5	7	1	15	45	12	72	94	80	50	75
2	4	4	6	6	5	5	6	5	7	6	6	6	38	18	62	38	68	75	65
6	6	6	6	7	6	7	7	4	5	5	0	12	39	14	65	75	70	58	68
4	5	4	4	6	8	1	2	5	5	6	2	9	27	16	52	56	48	67	54
8	7	3	3	7	8	8	8	5	5	8	3	15	40	18	73	94	71	75	76
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	16	54	24	94	100	96	100	98
4	4	4	8	0	8	8	8	8	8	8	8	8	44	24	76	50	79	100	79
4	8	4	5	5	5	5	5	5	5	6	6	12	35	16	63	75	63	67	66
4	0	4	0	5	6	8	8	8	1	1	1	4	32	10	46	25	57	42	48

8	8	8	8	8	8	8	4	4	8	8	4	16	48	20	84	100	86	83	88
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	16	56	24	96	100	100	100	100
4	8	8	8	8	8	8	8	8	4	8	8	12	56	20	88	75	100	83	92
0	3	8	8	8	8	4	6	4	4	8	5	3	47	16	66	19	84	67	69
4	3	0	4	3	4	5	5	5	7	7	6	7	27	19	53	44	48	79	55
1	4	7	8	7	8	8	8	8	4	8	4	5	50	20	75	31	89	83	78
2	4	6	4	5	8	6	7	7	5	6	7	6	43	18	67	38	77	75	70
8	8	8	8	8	8	8	8	7	6	7	7	16	55	20	91	100	98	83	95
5	5	5	4	4	6	6	6	6	6	6	6	10	37	18	65	63	66	75	68
5	5	5	7	7	7	7	7	7	6	7	7	10	47	20	77	63	84	83	80
5	4	4	4	6	6	6	7	7	7	7	7	9	40	21	70	56	71	88	73
6	5	4	4	7	6	7	8	6	6	6	5	11	41	18	70	69	73	75	73
7	6	7	7	8	7	6	6	6	5	6	6	13	47	17	77	81	84	71	80
4	3	8	7	5	7	7	6	6	7	6	7	7	47	19	73	44	84	79	76
2	3	6	6	7	8	6	5	6	5	5	6	5	44	16	65	31	79	67	68
6	6	6	7	8	8	6	7	6	3	8	7	12	49	17	78	75	88	71	81
8	5	4	4	4	6	3	5	3	7	6	7	13	33	16	62	81	59	67	65
6	7	6	6	5	8	5	6	5	6	7	6	13	42	18	73	81	75	75	76
0	4	8	8	8	8	4	8	5	7	6	6	4	50	18	72	25	89	75	75
2	2	2	5	2	6	1	5	7	8	7	7	4	28	22	54	25	50	92	56
1	1	7	6	5	2	3	3	2	3	5	7	2	33	10	45	13	59	42	47
3	5	5	5	5	5	6	6	3	4	6	4	8	36	13	57	50	64	54	59
1	1	3	5	5	6	6	5	4	5	5	6	2	36	14	52	13	64	58	54
1	2	4	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	21	8	32	19	38	33	33
6	6	5	4	6	4	6	6	7	6	7	6	12	37	20	69	75	66	83	72
3	3	5	4	5	5	5	5	5	5	7	8	6	37	17	60	38	66	71	63
7	6	7	6	7	7	7	7	7	7	7	8	13	49	21	83	81	88	88	86
4	8	8	5	8	8	7	8	7	4	7	7	12	51	18	81	75	91	75	84
4	7	7	6	6	7	7	6	7	6	8	4	11	43	21	75	69	77	88	78
6	8	7	7	7	8	4	4	4	7	7	8	14	45	18	77	88	80	75	80
4	5	5	4	4	3	5	4	3	5	4	5	9	30	12	51	56	54	50	53
4	3	3	3	2	4	3	3	3	4	6	5	7	23	13	43	44	41	54	45
2	2	3	2	4	3	2	2	2	4	5	4	4	20	11	35	25	36	46	36
2	3	3	4	5	4	2	2	1	6	6	2	5	22	13	40	31	39	54	42
4	4	4	3	3	6	6	6	6	2	6	6	8	34	14	56	50	61	58	58
4	4	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	8	34	14	56	50	61	58	58
1	6	7	2	2	1	2	1	3	3	3	4	7	19	9	35	44	34	38	36
1	6	7	3	3	3	7	6	3	5	7	7	7	36	15	58	44	64	63	60
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	14	49	21	84	88	88	88	88
7	7	7	6	7	6	7	7	7	7	7	7	14	47	21	82	88	84	88	85
4	4	5	5	4	0	0	7	3	5	7	4	8	25	15	48	50	45	63	50
7	7	8	7	8	7	7	7	7	7	7	7	14	51	21	86	88	91	88	90
4	4	4	3	3	5	5	5	5	4	6	5	8	30	15	53	50	54	63	55
7	6	7	6	7	6	7	6	7	7	6	7	13	46	20	79	81	82	83	82
5	6	6	7	7	7	7	7	7	4	4	4	11	45	15	71	69	80	63	74
4	4	4	4	4	4	4	7	4	3	8	4	8	31	15	54	50	55	63	56
2	1	7	1	0	0	8	8	8	2	1	1	3	25	11	39	19	45	46	41
6	5	5	6	6	4	4	5	5	7	7	8	11	38	19	68	69	68	79	71
3	2	3	3	2	5	3	3	3	2	5	3	5	22	10	37	31	39	42	39
3	2	0	1	2	1	3	3	3	3	5	5	5	15	11	31	31	27	46	32
3	3	4	2	2	3	4	3	3	3	6	4	6	22	12	40	38	39	50	42
6	6	5	7	6	4	5	5	4	1	6	7	12	39	11	62	75	70	46	65
7	7	7	5	5	7	7	7	7	6	7	7	14	45	20	79	88	80	83	82
3	3	3	3	1	4	4	4	3	3	2	2	6	21	8	35	38	38	33	36
4	4	4	3	3	3	4	4	4	2	3	3	8	24	9	41	50	43	38	43
8	7	8	8	8	8	5	5	5	8	8	8	15	50	21	86	94	89	88	90
6	6	6	6	5	4	4	4	4	7	7	7	12	36	18	66	75	64	75	69
6	6	6	6	6	6	6	4	4	6	6	5	12	39	16	67	75	70	67	70
5	7	7	4	4	4	7	4	1	6	8	8	12	38	15	65	75	68	63	68
7	7	7	7	7	7	7	7	6	7	6	6	14	48	19	81	88	86	79	84
7	7	7	6	4	4	4	4	4	6	6	6	14	35	16	65	88	63	67	68
7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	4	14	46	19	79	88	82	79	82
7	7	7	7	7	7	5	4	4	7	7	7	14	44	18	76	88	79	75	79
4	4	3	4	3	3	5	4	5	4	5	5	8	27	14	49	50	48	58	51
4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5	5	8	29	14	51	50	52	58	53
6	7	6	6	7	7	7	7	6	7	7	7	13	47	20	80	81	84	83	83
4	6	6	7	7	7	6	0	7	6	7	7	10	40	20	70	63	71	83	73
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	8	28	12	48	50	50	50	50

5	5	6	4	2	2	2	4	2	4	4	4	10	24	10	44	63	43	42	46
7	7	7	7	7	6	6	7	7	7	7	7	14	47	21	82	88	84	88	85
5	4	5	5	6	6	6	6	6	5	5	5	9	39	16	64	56	70	67	67
6	7	7	7	7	7	6	6	6	6	6	7	13	47	18	78	81	84	75	81
8	8	8	8	8	8	8	8	7	7	7	7	16	55	21	92	100	98	88	96
5	5	6	6	5	6	8	7	6	5	8	6	10	44	19	73	63	79	79	76
8	8	8	6	5	8	8	6	7	5	7	7	16	48	19	83	100	86	79	86
8	8	8	8	8	8	8	8	8	7	7	4	16	52	22	90	100	93	92	94
1	2	7	7	6	4	4	7	6	6	6	7	3	42	18	63	19	75	75	66
4	4	3	5	6	7	4	6	3	4	5	7	8	38	12	58	50	68	50	60
6	6	7	7	7	7	7	7	4	6	7	7	12	49	17	78	75	88	71	81
7	1	2	4	4	3	6	5	2	5	4	3	8	27	11	46	50	48	46	48
6	5	8	7	7	7	7	7	6	5	7	6	11	49	18	78	69	88	75	81
1	1	1	1	5	5	5	5	6	6	5	5	2	27	17	46	13	48	71	48
6	5	6	6	6	6	7	7	7	6	6	6	11	44	19	74	69	79	79	77
4	5	4	5	4	5	7	4	5	5	4	4	9	33	14	56	56	59	58	58
2	5	6	6	5	6	6	6	6	5	5	7	7	40	16	63	44	71	67	66
4	4	8	8	4	8	4	4	3	4	6	6	8	42	13	63	50	75	54	66
5	5	5	4	4	4	3	4	4	6	6	6	10	30	16	56	63	54	67	58
7	7	7	7	7	7	6	6	6	7	7	7	14	47	20	81	88	84	83	84
6	5	5	4	4	5	4	4	4	5	4	4	11	30	13	54	69	54	54	56
6	6	5	5	4	4	5	4	4	4	5	5	12	32	13	57	75	57	54	59
3	3	5	3	5	5	5	3	3	5	3	4	6	30	11	47	38	54	46	49
2	2	3	3	2	3	3	2	2	3	5	5	4	21	10	35	25	38	42	36
4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6	9	36	16	61	56	64	67	64
3	3	3	3	3	6	6	5	5	3	3	3	6	29	11	46	38	52	46	48
2	3	4	4	5	5	5	4	3	6	8	5	5	32	17	54	31	57	71	56
6	8	8	8	8	8	8	8	8	7	8	6	14	54	23	91	88	96	96	95
4	5	2	6	6	6	5	5	5	3	1	1	9	31	9	49	56	55	38	51
4	0	1	6	3	8	7	8	7	5	6	8	4	41	18	63	25	73	75	66
8	1	0	0	8	8	3	0	8	8	8	3	9	22	24	55	56	39	100	57
8	6	7	8	8	8	7	7	7	7	8	7	14	52	22	88	88	93	92	92
4	4	4	7	4	7	4	4	6	4	8	4	8	34	18	60	50	61	75	63
4	4	4	4	3	5	5	5	2	4	5	5	8	31	11	50	50	55	46	52
7	6	7	6	7	7	6	6	6	5	5	5	13	44	16	73	81	79	67	76
1	4	7	6	6	7	5	5	5	6	6	5	5	41	17	63	31	73	71	66
2	4	5	3	4	5	5	3	2	3	7	5	6	30	12	48	38	54	50	50
4	3	4	4	4	3	4	4	3	4	3	5	7	28	10	45	44	50	42	47
6	6	5	6	5	6	7	7	5	6	5	6	12	42	16	70	75	75	67	73
4	5	4	5	4	5	4	5	5	5	5	5	9	32	15	56	56	57	63	58
6	6	7	6	7	7	7	8	7	6	6	6	12	48	19	79	75	86	79	82
7	8	8	7	7	7	8	4	8	8	8	8	15	49	24	88	94	88	100	92
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	10	35	15	60	63	63	63	63
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	12	42	18	72	75	75	75	75
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	10	35	15	60	63	63	63	63
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	10	35	15	60	63	63	63	63
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	10	35	15	60	63	63	63	63
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	10	35	15	60	63	63	63	63
4	4	8	5	5	8	8	4	7	8	8	8	8	46	23	77	50	82	96	80
8	8	7	8	8	8	8	8	7	8	8	6	16	53	23	92	100	95	96	96
5	5	4	5	5	4	5	4	5	4	3	4	10	31	12	53	63	55	50	55
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	8	28	12	48	50	50	50	50
4	4	4	4	4	5	4	5	4	7	7	6	8	32	18	58	50	57	75	60
4	4	4	5	4	5	4	5	4	4	4	4	8	31	12	51	50	55	50	53
0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	3	4	1	4	6	11	6	7	25	11
8	8	8	8	8	7	7	8	8	8	8	7	16	53	24	93	100	95	100	97
4	4	4	4	4	4	4	4	4	7	6	6	8	30	17	55	50	54	71	57
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	16	56	24	96	100	100	100	100
7	7	6	6	7	7	7	6	7	6	6	7	14	46	19	79	88	82	79	82
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	7	3	12	13	13	13	13
4	8	5	4	5	5	4	5	4	3	3	3	12	31	10	53	75	55	42	55
6	5	6	6	6	5	6	5	5	6	5	6	11	40	16	67	69	71	67	70
1	1	1	2	1	0	1	1	2	1	1	1	2	7	4	13	13	13	17	14
3	2	3	4	5	6	6	5	7	5	5	7	5	36	17	58	31	64	71	60
4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	4	8	28	8	44	50	50	33	46
8	8	8	8	8	8	6	5	3	7	7	5	16	48	17	81	100	86	71	84
8	8	8	8	8	8	5	6	4	7	5	5	16	48	16	80	100	86	67	83

8	8	8	8	8	8	8	7	6	6	6	5	16	52	18	86	100	93	75	90
7	7	6	7	6	8	6	6	7	6	4	4	14	43	17	74	88	77	71	77
8	8	8	7	8	8	7	7	5	6	4	6	16	51	15	82	100	91	63	85
8	8	8	8	8	8	5	7	4	7	4	3	16	47	15	78	100	84	63	81
6	7	7	7	5	7	7	7	7	5	8	7	13	47	20	80	81	84	83	83
8	8	8	7	8	8	8	8	8	4	7	7	16	54	19	89	100	96	79	93
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	8	28	12	48	50	50	50	50
5	6	5	4	4	5	4	4	5	6	6	6	11	32	17	60	69	57	71	63
8	6	7	8	6	6	6	5	7	4	4	5	14	43	15	72	88	77	63	75
6	6	5	6	4	5	5	5	5	4	4	4	12	34	13	59	75	61	54	61
4	1	2	2	5	4	1	2	3	5	7	1	5	17	15	37	31	30	63	39
7	7	6	6	6	6	7	7	4	7	7	7	14	45	18	77	88	80	75	80
4	4	5	5	5	6	6	5	5	5	6	6	8	38	16	62	50	68	67	65
4	2	5	4	4	1	1	1	1	1	3	4	6	20	5	31	38	36	21	32
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	12	42	18	72	75	75	75	75
7	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6	14	48	19	81	88	86	79	84
6	6	6	6	6	6	7	7	7	7	6	12	44	21	77	75	79	88	80	
4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	1	8	25	11	44	50	45	46	46
3	4	4	4	2	4	5	5	5	3	4	4	7	28	12	47	44	50	50	49
4	4	7	8	8	8	8	8	4	7	8	8	8	55	19	82	50	98	79	85
8	8	8	8	8	8	8	8	7	7	7	8	16	56	21	93	100	100	88	97
6	6	6	6	5	5	5	5	5	7	7	7	12	39	19	70	75	70	79	73
4	4	4	4	4	8	4	4	4	7	8	8	8	36	19	63	50	64	79	66
7	7	8	7	6	6	6	6	6	5	5	5	14	44	16	74	88	79	67	77
7	7	7	6	7	6	7	7	6	6	5	5	14	45	17	76	88	80	71	79
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	16	56	24	96	100	100	100	100
5	5	8	6	3	8	8	2	6	7	7	8	10	43	20	73	63	77	83	76
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	12	42	18	72	75	75	75	75
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	6	6	10	36	16	62	63	64	67	65
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	12	42	18	72	75	75	75	75
6	6	6	7	7	7	7	7	7	7	7	7	12	48	21	81	75	86	88	84
5	4	3	5	5	5	5	5	4	4	4	4	9	32	12	53	56	57	50	55

Anexo 4

Certificados de validez de contenido del instrumento

Nº	DIMENSIONES	VALORACION/OBSERVACIÓN		
		Si	No	Observaciones
	Factores sociodemográficos			
1	Los seis ítems (1-6) incluidos como factores sociodemográficos conceptualmente corresponden a esta dimensión (PERTINENCIA)			
2	Se entiende sin dificultad alguna el enunciados de los ítems, es decir poseen claridad (CLARIDAD)			
3	Los seis ítems incluidos como factores sociodemográficos son suficientes en cantidad (CANTIDAD).			
4	La secuencia con que presentan los ítems de los factores sociodemográficos facilita su visualización y posterior llenado (SECUENCIA).			
5	Los seis ítems que conforman la dimensión de factores sociodemográficos son los más apropiados para representar esta dimensión (RELEVANCIA)			
	Factores de la salud/enfermedad	Si	No	Observaciones
6	Los dieciséis ítems incluidos (7-23) como factores de la salud/enfermedad conceptualmente corresponden a esta dimensión (PERTINENCIA)			
7	Se entiende sin dificultad alguna el enunciados de los ítems, es decir poseen claridad (CLARIDAD)			
8	Los dieciséis ítems incluidos como factores de la salud/enfermedad son suficientes en cantidad (CANTIDAD).			
9	La secuencia con que se presentan los ítems de los factores de la salud/enfermedad facilita su visualización y posterior llenado (SECUENCIA).			
10	Los dieciséis ítems que conforman la dimensión de los factores de la salud/enfermedad son los más apropiados para representar esta dimensión (RELEVANCIA)			
	Factores emocionales	Si	No	Observaciones
11	Los ocho ítems incluidos (24-31) como factores emocionales conceptualmente corresponden a esta dimensión (PERTINENCIA)			
12	Se entiende sin dificultad alguna el enunciados de los ítems, es decir poseen claridad (CLARIDAD)			
13	Los ocho ítems incluidos como factores emocionales son suficientes en cantidad (CANTIDAD).			
14	La secuencia con que se presentan los ítems de los factores emocionales facilita su visualización y posterior llenado (SECUENCIA).			
15	Los ocho ítems que conforman la dimensión de los factores emocionales son los más apropiados para representar esta dimensión (RELEVANCIA)			

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento:

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr :

.....

DNI:.....

Especialidad del

validador:.....

Firma del Juez Experto

Certificados de validez de contenido del instrumento

Título: “Factores y automanejo en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad

Nº	DIMENSIONES	VALORACION/OBSERVACIÓN		
		Si	No	Observaciones
	Factores sociodemográficos			
1	Los seis ítems (1-6) incluidos como factores sociodemográficos conceptualmente corresponden a esta dimensión (PERTINENCIA)	/		
2	Se entiende sin dificultad alguna el enunciados de los ítems, es decir poseen claridad (CLARIDAD)	/		
3	Los seis ítems incluidos como factores sociodemográficos son suficientes en cantidad (CANTIDAD).	/		
4	La secuencia con que presentan los ítems de los factores sociodemográficos facilita su visualización y posterior llenado (SECUENCIA).	/		
5	Los seis ítems que conforman la dimensión de factores sociodemográficos son los más apropiados para representar esta dimensión (RELEVANCIA)	/		
	Factores de la salud/enfermedad			
6	Los dieciséis ítems incluidos (7-23) como factores de la salud/enfermedad conceptualmente corresponden a esta dimensión (PERTINENCIA)	/		
7	Se entiende sin dificultad alguna el enunciados de los ítems, es decir poseen claridad (CLARIDAD)	/		
8	Los dieciséis ítems incluidos como factores de la salud/enfermedad son suficientes en cantidad (CANTIDAD).	/		
9	La secuencia con que se presentan los ítems de los factores de la salud/enfermedad facilita su visualización y posterior llenado (SECUENCIA).	/		
10	Los dieciséis ítems que conforman la dimensión de los factores de la salud/enfermedad son los más apropiados para representar esta dimensión (RELEVANCIA)	/		
	Factores emocionales			
11	Los ocho ítems incluidos (24-31) como factores emocionales conceptualmente corresponden a esta dimensión (PERTINENCIA)	/		
12	Se entiende sin dificultad alguna el enunciados de los ítems, es decir poseen claridad (CLARIDAD)	/		
13	Los ocho ítems incluidos como factores emocionales son suficientes en cantidad (CANTIDAD).	/		
14	La secuencia con que se presentan los ítems de los factores emocionales facilita su visualización y posterior llenado (SECUENCIA).	/		
15	Los ocho ítems que conforman la dimensión de los factores emocionales son los más apropiados para representar esta dimensión (RELEVANCIA)	/		

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento: Esta Correcto de acuerdo a Papeles

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Dr. Teresa Cruz Cortez

DNI: 21.805.16

Especialidad del validador: Dictando Salud Pública + Dictando en Educación + Dictando Salud Pública y Alimentación

18 de Agosto del 2016

Hc

Firma del Juez Experto

Certificados de validez de contenido del instrumento

Título: "Factores que influyen en el automanejo en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad"

N°	DIMENSIONES	VALORACION/OBSERVACIÓN		
		Si	No	Observaciones
	Factores sociodemográficos			
1	Los seis ítems (1-6) incluidos como factores sociodemográficos conceptualmente corresponden a esta dimensión (PERTINENCIA)	✓		
2	Se entiende sin dificultad alguna el enunciados de los ítems, es decir poseen claridad (CLARIDAD)	✓		
3	Los seis ítems incluidos como factores sociodemográficos son suficientes en cantidad (CANTIDAD).	✓		
4	La secuencia con que presentan los ítems de los factores sociodemográficos facilita su visualización y posterior llenado (SECUENCIA).	✓		
5	Los seis ítems que conforman la dimensión de factores sociodemográficos son los más apropiados para representar esta dimensión (RELEVANCIA)	✓		
	Factores de la salud/enfermedad			
6	Los dieciséis ítems incluidos (7-23) como factores de la salud/enfermedad conceptualmente corresponden a esta dimensión (PERTINENCIA)	✓		
7	Se entiende sin dificultad alguna el enunciados de los ítems, es decir poseen claridad (CLARIDAD)	✓		
8	Los dieciséis ítems incluidos como factores de la salud/enfermedad son suficientes en cantidad (CANTIDAD).	✓		
9	La secuencia con que se presentan los ítems de los factores de la salud/enfermedad facilita su visualización y posterior llenado (SECUENCIA).	✓		
10	Los dieciséis ítems que conforman la dimensión de los factores de la salud/enfermedad son los más apropiados para representar esta dimensión (RELEVANCIA)	✓		
	Factores emocionales			
11	Los ocho ítems incluidos (24-31) como factores emocionales conceptualmente corresponden a esta dimensión (PERTINENCIA)	✓		
12	Se entiende sin dificultad alguna el enunciados de los ítems, es decir poseen claridad (CLARIDAD)	✓		
13	Los ocho ítems incluidos como factores emocionales son suficientes en cantidad (CANTIDAD).	✓		
14	La secuencia con que se presentan los ítems de los factores emocionales facilita su visualización y posterior llenado (SECUENCIA).	✓		
15	Los ocho ítems que conforman la dimensión de los factores emocionales son los más apropiados para representar esta dimensión (RELEVANCIA)	✓		

Aportes y/o sugerencias para mejorar el instrumento: _____

El instrumento validado.

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg:  **Dr. Walter Gómez Gonzales**
INVESTIGADOR PRINCIPAL

DNI: 19836297

CONCYTEC - MINSALUD

Especialidad del validador: CIENCIAS DE LA SALUD


 **Dr. Walter Gómez Gonzales**
INVESTIGADOR PRINCIPAL
CONCYTEC - MINSALUD

Firma del Juez Experto

Certificados de validez de contenido del instrumento

Título: "Factores y automanejo en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad"

Nº	DIMENSIONES	VALORACION/OBSERVACIÓN		
		Si	No	Observaciones
	Factores sociodemográficos			
1	Los seis ítems (1-6) incluidos como factores sociodemográficos conceptualmente corresponden a esta dimensión (PERTINENCIA)	/		
2	Se entiende sin dificultad alguna el enunciados de los ítems, es decir poseen claridad (CLARIDAD)	/		
3	Los seis ítems incluidos como factores sociodemográficos son suficientes en cantidad (CANTIDAD).	/		
4	La secuencia con que presentan los ítems de los factores sociodemográficos facilita su visualización y posterior llenado (SECUENCIA).	/		
5	Los seis ítems que conforman la dimensión de factores sociodemográficos son los más apropiados para representar esta dimensión (RELEVANCIA)	/		
	Factores de la salud/enfermedad			
6	Los dieciséis ítems incluidos (7-23) como factores de la salud/enfermedad conceptualmente corresponden a esta dimensión (PERTINENCIA)	/		
7	Se entiende sin dificultad alguna el enunciados de los ítems, es decir poseen claridad (CLARIDAD)	/		
8	Los dieciséis ítems incluidos como factores de la salud/enfermedad son suficientes en cantidad (CANTIDAD).	/		
9	La secuencia con que se presentan los ítems de los factores de la salud/enfermedad facilita su visualización y posterior llenado (SECUENCIA).	/		
10	Los dieciséis ítems que conforman la dimensión de los factores de la salud/enfermedad son los más apropiados para representar esta dimensión (RELEVANCIA)	/		
	Factores emocionales			
11	Los ocho ítems incluidos (24-31) como factores emocionales conceptualmente corresponden a esta dimensión (PERTINENCIA)	/		
12	Se entiende sin dificultad alguna el enunciados de los ítems, es decir poseen claridad (CLARIDAD)	/		
13	Los ocho ítems incluidos como factores emocionales son suficientes en cantidad (CANTIDAD).	/		
14	La secuencia con que se presentan los ítems de los factores emocionales facilita su visualización y posterior llenado (SECUENCIA).	/		
15	Los ocho ítems que conforman la dimensión de los factores emocionales son los más apropiados para representar esta dimensión (RELEVANCIA)	/		

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable [] Aplicable después de corregir [x] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Dr. Sherin Koederdt

DNI: 08220420

Especialidad del validador: Mg en Implementación [CURSO]
Dr. en Gestión de la Salud [CURSO]

[Firma]
Firma del Juez Experto

Anexo 5

Validación del instrumento

TABLA DE CONCORDANCIA ENTRE LOS JUICIOS DE EXPERTOS PRUEBA BINOMIAL PARA DETERMINAR VALIDEZ

ITEMS	JUECES					probabilidad
	O 1	O 2	O 3	O 4	O 5	
1º	1	1	1	1	1	0.031 (*)
2º	1	1	1	1	1	0.031 (*)
3º	1	1	1	1	1	0.031 (*)
4º	1	1	1	1	1	0.031 (*)
5º	1	1	1	1	1	0.031 (*)
6º	1	1	1	1	1	0.031 (*)
7º	1	1	1	1	1	0.031 (*)
8º	1	1	1	1	1	0.031 (*)
9º	1	1	1	1	1	0.031 (*)
10º	1	1	1	1	1	0.031 (*)
11º	1	1	1	1	1	0.031 (*)
12º	1	1	1	1	1	0.031 (*)
13º	1	1	1	1	1	0.031 (*)
14º	1	1	1	1	1	0.031 (*)
15º	1	1	1	1	1	0.031 (*)

Binomial Individual:

Dónde:

$n = 5$: se ha considerado cinco jueces

$p = 0.5$: Las posibles respuestas son $X=0$ ó $X=1$ (1: Si la respuesta es a favor; 0: Si la respuesta es en contra)

k : Indica el número de respuestas “en contra” de cada experto.

Si los valores de probabilidad son $< 0,05$ se puede afirmar que la concordancia es significativa (*) por lo que se concluye que el instrumento es válido y el grado de concordancia entre los jueces expertos es significativo positivo.

Anexo 6

Testimonios fotográficos

RECOLECCIÓN DE DATOS EN CENTRO DE SALUD SAN MIGUEL



RECOLECCIÓN DE DATOS EN CENTRO DE SALUD BREÑA



RECOLECCIÓN DE DATOS EN CENTRO DE SALUD MAGDALENA



Anexo 7

Carta de consentimiento informado

“FACTORES Y AUTOMANEJO DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS EN CENTROS DE SALUD DE LA RED LIMA CIUDAD”

Instituciones :Red Lima Ciudad (DISA V. MINSA) Universidad Norbert Wiener

Investigadora :Mg. Reyes Quiroz Giovanna Elizabeth

Procedimientos: No se le realizará ningún procedimiento invasivo, pues lo único que se le pedirá ser partícipe de una encuesta y para ello Ud. deberá llenar un cuestionario conteniendo preguntas respecto a sus datos generales, su estado de salud/enfermedad, sus emociones y el apoyo que pueda estar recibiendo. Se le informa que esta encuesta tendrá una duración aproximada de 20 minutos

Riesgos: No se prevén riesgos por participar en este estudio

Beneficios: Si bien los beneficios de participar en este estudio no podrán ser observados a la brevedad, si podrán ser observados a mediano y largo plazo, por el personal de salud (principalmente el profesional de enfermería) hará hincapié en estos factores para mejorar el nivel de automanejo que Ud. pueda estar teniendo.

Costos e incentivos: Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Además, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del automanejo que pacientes como Ud. tiene para con su enfermedad.

Confidencialidad: Todos los datos que Ud. proporcione serán absolutamente confidenciales, pues no se le pedirá en ningún momento su nombre. Es decir su información serán guardada con códigos de identificación que permitirán solo a la investigadora hacer uso de la información que usted brinde.

Derechos del participante: Si usted decide participar del presente estudio puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte sin perjuicio alguno.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio brindando información verídica, comprendo que no existen riesgos de la participación de esta investigación. También entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante

Investigador

Iniciales:...../...../...../.....

Nombre: DNI:

Revocatoria del consentimiento

Yo, _____ de _____ años de edad, identificado con DNI N° _____ Revoco el consentimiento prestado y no deseo proseguir con el estudio "Factores y automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en Centros de Salud de la Red Lima Ciudad.

____/____/____

Fecha

Firma del Participante

Anexo 8.

Declaración jurada de autenticidad de la Investigación.

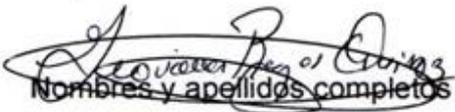
Yo, **Giovanna Elizabeth Reyes Quiroz**, egresada de la Escuela de Posgrado de la Universidad Norbert Wiener, identificado con D.N.I. N° **25755035** presento mi estudio de investigación el cual me permitirá optar el título profesional de Doctor en Salud. El título de mi Tesis es **"Factores y automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus en centros de salud de la red Lima Ciudad"**

Declaro bajo juramento que:

- 1) La tesis es de mi autoría
- 2) He respetado las normas internacionales de citas y referencias bibliográficas para las fuentes consultadas.
- 3) La tesis no ha sido auto plagiada, es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
- 4) Los datos presentados son reales, no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados y por tanto se considera un aporte para mi tesis.

De identificarse fraude (datos falsos), plagio (información sin citar a autores), auto plagio (presentar como nuevo algún proyecto de investigación propio que ya ha sido publicado), piratería (uso ilegal de información ajena) o falsificación (representar falsamente las ideas de otros), asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción adopte mi universidad.

Lima, 19 de Junio del año 2017


Nombres y apellidos completos

" Giovanna Elizabeth Reyes Quiroz"

Autora de la tesis

DNI N° 25755035

Anexo 9.

Tablas y gráficos adicionales

Tabla N° 24

Factores sociodemográficos que se relacionan con el automanejo en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad.2015

Aspectos demográficos	Automanejo				p*
	Inadecuado		Adecuado		
	± DS (Min. - Máx.)		± DS (Min. - Máx.)		
Edad (años)	62,6 ± 12,2 (28 - 93)		61,3 ± 13,4 (19 - 98)		0.463
Educación (años de estudios)	9,1 ± 4,1 (1 - 16)		10,7 ± 3,7 (1 - 16)		0.003
Sexo	N	%	N	%	p**
Femenino	42	67.7	183	62.7	0.451
Masculino	20	32.3	109	37.3	
Estado civil					
No Unido	23	37.1	107	36.6	0.946
Unido	39	62.9	185	63.4	
Tipo de familia					
No Nuclear	9	14.5	64	21.9	0.191
Nuclear	53	85.5	228	78.1	
Procedencia					
24Sierra-Selva	21	33.9	52	17.8	0.005
Lima-Costa	41	66.1	240	82.2	
Total	62	100.0	292	100.0	

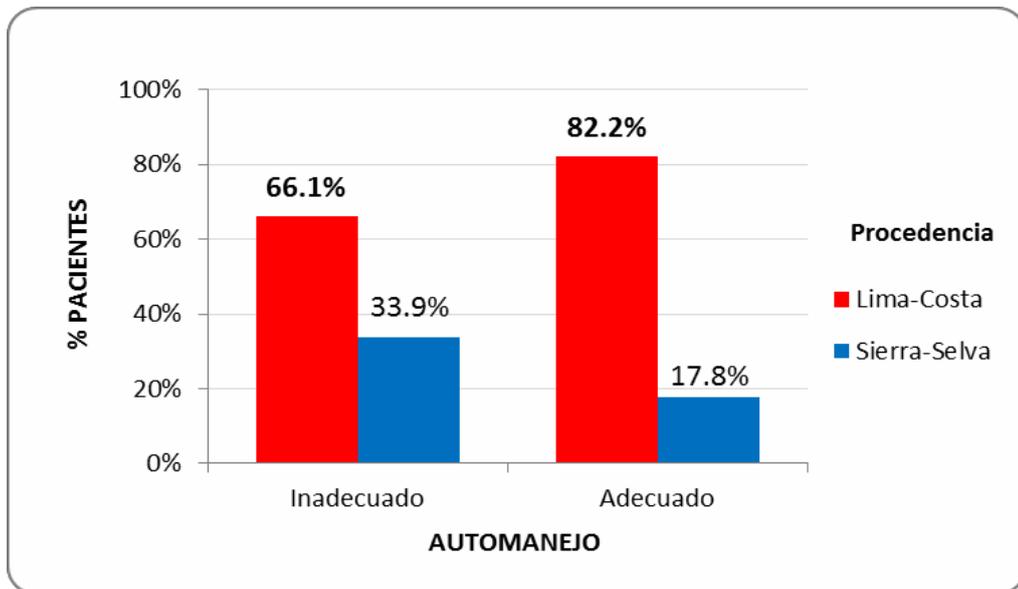
(*) Prueba t – Student / (**) Prueba Chi Cuadrado

Fuente Elaboración propia

Gráfico N° 1

Procedencia como factor que se relaciona con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red

Lima Ciudad 2015



Fuente: Información obtenida de la tabla N° 24

Tabla N° 25

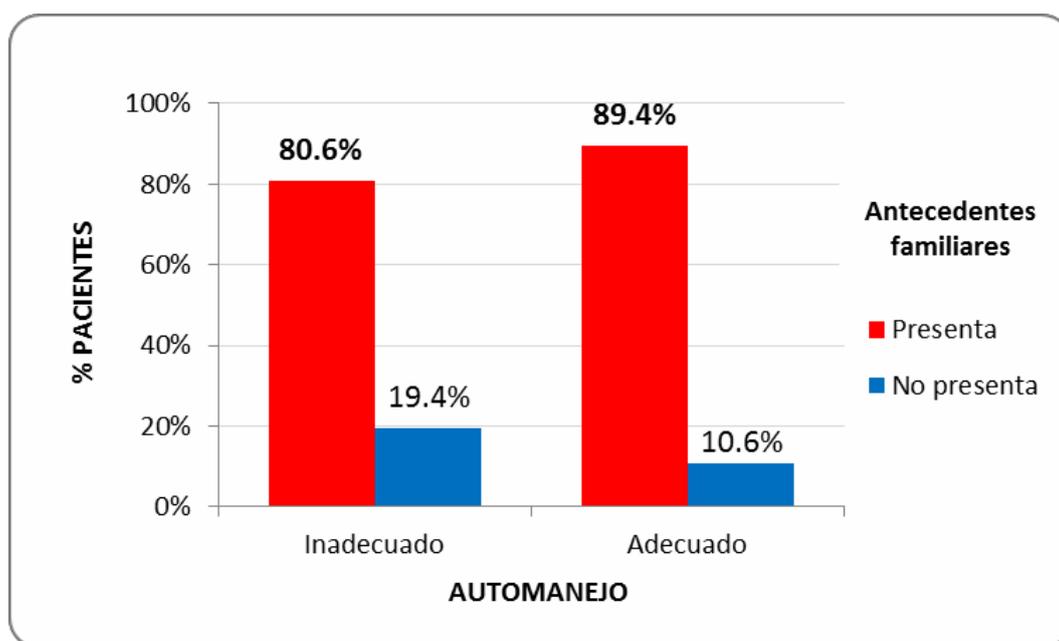
**Factores de la salud que se relacionan con el automanejo en
pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Centros
de Salud de la Red Lima Ciudad.2015**

Aspectos de su salud	Automanejo				p *
	Inadecuado		Adecuado		
	N	%	N	%	
Tiene seguro					
No	12	19.4%	39	13.4%	0.222
Si	50	80.6%	253	86.6%	
Hace ejercicio la semana pasada					
No	39	62.9%	169	57.9%	0.465
Si	23	37.1%	123	42.1%	
Más de una enfermedad					
Más de una enfermedad	9	14.5%	74	25.3%	0.068
Una enfermedad	53	85.5%	218	74.7%	
Antecedentes familiares					
Presenta	50	80.6%	261	89.4%	0.056
No presenta	12	19.4%	31	10.6%	
Percepción de su salud					
Deteriorada	35	56.5%	141	48.3%	0.243
Conservada	27	43.5%	151	51.7%	
Total	62	100.0%	292	100.0%	

(*) Prueba Chi Cuadrado

Gráfico N° 2

Antecedentes familiares como factor que se relaciona con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad 2015



Fuente: Información obtenida de la tabla N° 25

Tabla N° 26

**Factores de la enfermedad que se relacionan con el automanejo en
pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Centros de Salud de
la Red Lima Ciudad.2015**

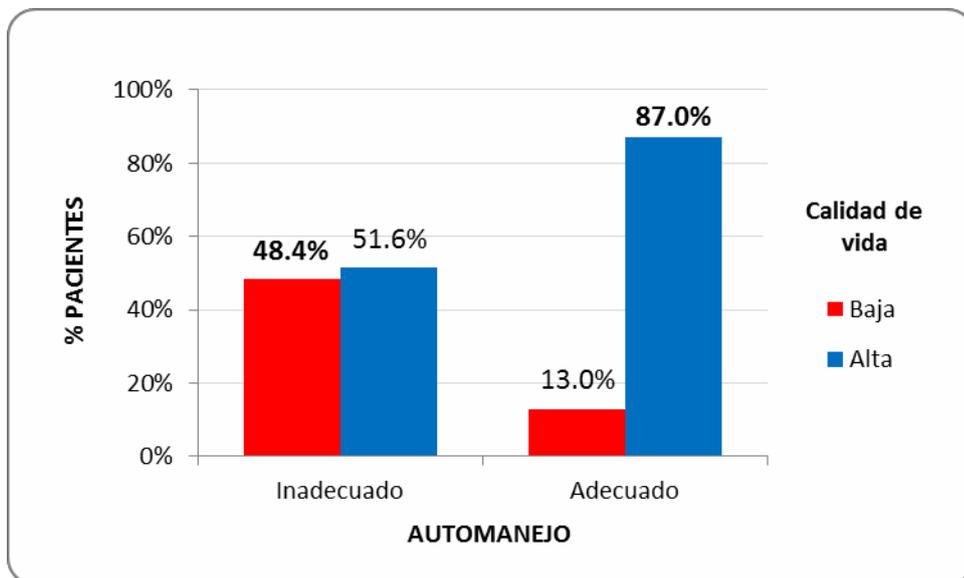
Problemas de salud	Automanejo				p*
	Inadecuado		Adecuado		
	N=62	%	N=292	%	
Calidad de vida					
Baja calidad	30	48.4%	38	13.0%	<0,001
Alta calidad	32	51.6%	254	87.0%	
Fatiga	26	41.9%	122	41.8%	0.982
Dolor	22	35.5%	121	41.4%	0.385
Problemas respiratorios	13	21.0%	62	21.2%	0.963
Estrés	35	56.5%	139	47.6%	0.206
Problemas dormir	24	38.7%	113	38.7%	0.989
Problemas salud física	54	87.1%	219	75.0%	0.039
Problemas salud mental	46	74.2%	191	65.4%	0.182
Problemas social	44	71.0%	166	56.8%	0.040
Visita al medico	29	46.8%	201	68.8%	0.001
Visita emergencias	9	14.5%	66	22.6%	0.157
Hospitalizado	0	0.0%	5	1.7%	0.656
Noches	6	9.7%	46	15.8%	0.220

(*) Prueba Chi Cuadrado

Fuente Elaboración propia

Gráfico N°3

Calidad de vida como factor que se relacionan con el automanejo de pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad. 2015



Fuente: Información obtenida de la tabla N° 26

Tabla N° 27

**Factores emocionales que se relacionan con el automanejo
en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus.**

Centros de Salud de la Red Lima Ciudad. 2015

Aspectos emocionales	Automanejo				p*
	Inadecuado		Adecuado		
	N=62	%	N=292	%	
Poco interés en hacer las cosas	44	71.0%	178	61.0%	0.139
Se sintió desanimado	39	62.9%	158	54.1%	0.206
Problemas para dormir	45	72.6%	158	54.1%	0.008
Cansado con poca energía	45	72.6%	177	60.6%	0.077
Poco/demasiado :apetito	37	59.7%	154	52.7%	0.320
Sintió mal consigo mismo	35	56.5%	118	40.4%	0.021
Dificultad en concentrarse	37	59.7%	119	40.8%	0.006
Habla despacio / habla muy rápido	29	46.8%	121	41.4%	0.440

(*) Prueba Chi Cuadrado

Fuente Elaboración propia

Tabla N° 28

**Factores de apoyo social que se relacionan con el
automanejo en pacientes con hipertensión arterial y
diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad.**

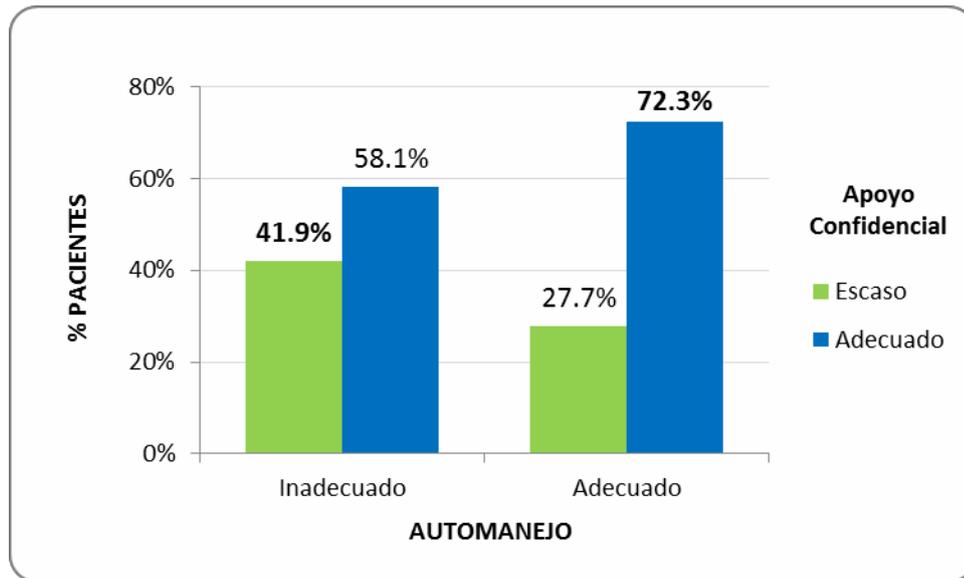
Aspectos emocionales	Automanejo				p*
	Inadecuado		Adecuado		
	N	%	N	%	
Apoyo confidencial					
Escaso	26	41.9%	81	27.7%	0.027
Adecuado	36	58.1%	211	72.3%	
Apoyo afectivo					
Escaso	26	41.9%	73	25.0%	0.07
Adecuado	36	58.1%	219	75.0%	
Apgar					
Disfuncional	39	62.9%	83	28.4%	0.001
Normal	23	37.1%	209	71.6%	
Total	62	100.0%	292	100.0%	

(*) Prueba Chi Cuadrado

Fuente Elaboración propia

Gráfico N° 4

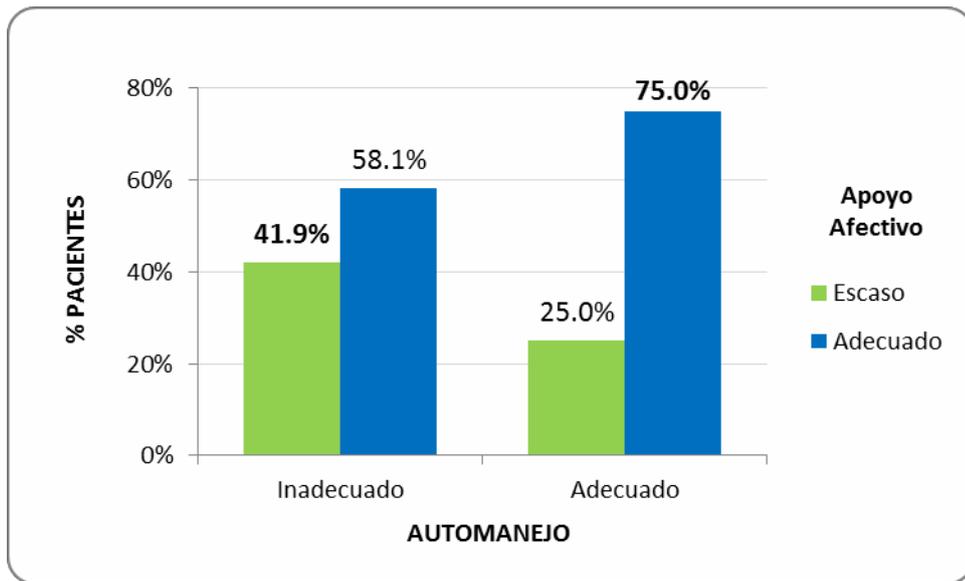
Apoyo confidencial como factor que se relaciona con el automanejo en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad. 2015



Fuente: Información obtenida de la tabla N° 28

Gráfico N° 5

Apoyo afectivo como factor que se relaciona con el automanejo en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red Lima Ciudad. 2015

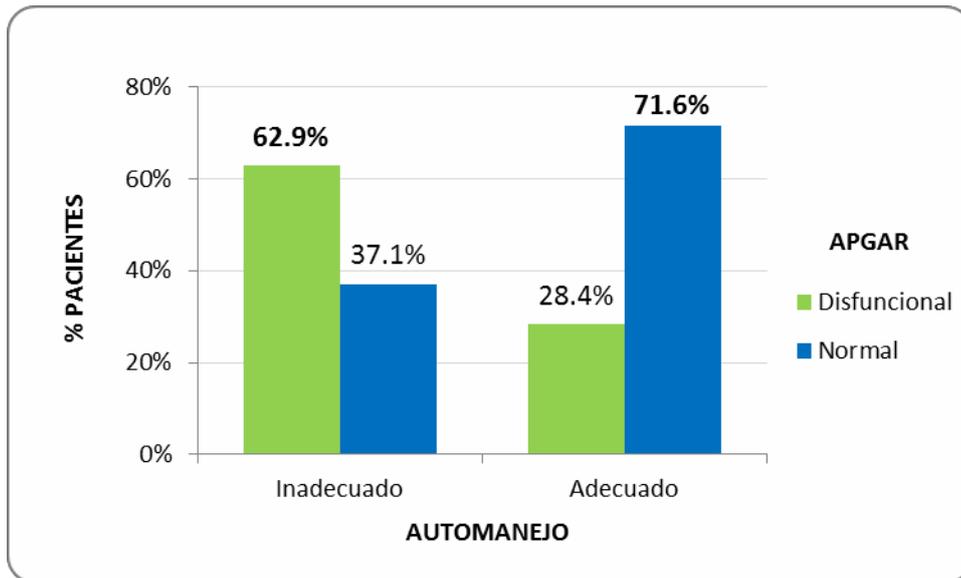


Fuente: Información obtenida de la tabla N° 28

Gráfico N°6

Apoyo familiar como factor que se relaciona con el automanejo en pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus. Centros de Salud de la Red

Lima Ciudad. 2015



Fuente: Información obtenida de la tabla N° 28