

CAPACIDADES Y ACCIONES DE AUTOCUIDADO EN PERSONAS CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR

Autores

Tenahua Quilitl I *, Landeros Olvera E**, Linares Fleites G***, Grajales Alonso I.****

*Master en Ciencias de Enfermería, egresada de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (FE-BUAP)

** Master en Ciencias de Enfermería, Especialista en Enfermería Cardiovascular. Coordinador de Investigación de la FE-BUAP.

*** Doctorado en Matemáticas. Profesora Investigadora de la BUAP

**** Estudiante de la Maestría en Ciencias de Enfermería de la FE-BUAP.

Resumen

El propósito del estudio fue determinar la relación de los factores básicos condicionantes (FBC), capacidades de autocuidado (CAC) y acciones de autocuidado (AAC) en personas de 40 a 65 años de un área rural con al menos un factor de riesgo cardiovascular (FRCV), como la hipertensión arterial sistémica, hipercolesterolemia u obesidad. Se sustentó teóricamente en el marco conceptual de Orem.

Método: El diseño fue correlacional, transversal; la muestra fue de 200 personas y se calculó por análisis de potencia. El instrumento que se aplicó fue "Uno mismo como encargado del cuidado", validado por Alpha de Cronbach. Se realizaron medidas antropométricas de peso, talla, presión arterial y colesterol.

Resultados y Conclusiones: El estudio permitió determinar la relación positiva entre las CAC y las AAC ($r = .805$, y una $p = .000$), se explicó la influencia de los FBC con las CAC y AAC con el modelo de regresión múltiple ($F_{4,195} = 4.308$, $p = .002$ R^2 ajustada $.062$ y $F_{4,195} = 2.56$ $p = .039$ R^2 ajustada $.031$ respectivamente). Esta investigación mostró que las CAC se relacionan de forma significativa con las AAC en las personas con FRCV. Por otro lado los FBC que influyeron en las CAC y AAC fueron la escolaridad y el nivel socioeconómico, situación que se sustentó con los postulados teóricos del modelo si mismo se encontró similitud y controversia con otros estudios que estudiaron estos conceptos.

Palabras clave: Capacidades de autocuidado, acciones de autocuidado, factores de riesgo cardiovascular, factores básicos condicionantes

SELF-CARE ABILITIES AND ACTIONS OF PEOPLE WITH CARDIO-VASCULAR RISK FACTORS

Abstract

The aim of this study was to determine the relationship among the basic conditional factors (BCF), self-care abilities (SCC), and self-care actions (SCA) of 40 to 65 year old people living within a rural area who have at least one cardiovascular risk factor (CVRF) such as systemic arterial hypertension, hypercholesterolemia, or obesity. The Orem's conceptual framework was theoretically sustained.

Method: It was a transversal co-relational design, the sample had 200 people and it was calculated by power analysis. The applied instrument was: "One as self-carer", validated by Cronbach's Alpha. Anthropometric measures of weight, height, blood pressure and cholesterol were taken.

Outcomes and conclusions: The study allowed to determine the positive relationship among the SCA and the SCC ($r = .805$, and $p = .000$). The influence of BCFs on the SCA and the SCC was explained with a multiple regression model ($F = 4,195, = 4308, p = .002$ R^2 adjusted $.062$ and $R_{4.195} = 2.565$ $p = .039$ R^2 adjusted $= .031$, respectively). This research showed that SCC are significantly related to SCA in people with CVRF. On the other hand, the CRFs that influence on the SCC and SCA were school level and social-economic level, and this was supported by the model's theoretical postulates, and there were also found similarity and controversy with another studies that research these same concepts.

Key words: Self-care abilities, self-care actions, cardio-vascular risk factors, basic conditional factors

Dirección para correspondencia

Erick Landeros Olvera. Especialista en Enfermería cardiovascular. Coordinador de Investigación.
Facultad de Enfermería Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, (FE-BUAP)
27 poniente N° 1304 Col. Volcanes, Puebla, C.P. 72410 Puebla.
Tfno: (01222) 2295500 Ext. 6508.
Correo electrónico: erick_landeros@mexico.com

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares son un problema de salud pública por su alta prevalencia y constituyen la principal causa de muerte de la población adulta en la mayoría de los países, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), 17 millones de personas mueren cada año en el mundo por enfermedades cardiovasculares (ECV), lo que representa la tercera parte de las muertes a escala mundial¹. Sin embargo, la OMS afirma que el número de fallecimientos y discapacidad a causa de este padecimiento, puede decrecer en más del 50% mediante una combinación de esfuerzos sencillos y costoeficaces con medidas individuales encaminadas a reducir los principales factores de riesgo cardiovascular (FRCV) como la hipercolesterolemia (HCL), la obesidad y la hipertensión arterial sistémica (HAS), esta última representa un 50% de las enfermedades cardiovasculares en todo el mundo; al colesterol se le atribuye una tercera parte de esas enfermedades y la falta de actividad física, en conjunto con el sobrepeso y obesidad el 20% cada uno². La situación en países latinoamericanos como México no es diferente; las enfermedades del corazón ocupan el primer lugar con un número anual de 74, 325 muertes que representa el 16% de la mortalidad total. La HAS es padecida por 15.16 millones de mexicanos cuyas edades oscilan entre 20 y 69 años, con una prevalencia global de 30.05%, en lo que respecta a la obesidad con una prevalencia global de 37% y la HCL con una prevalencia global de 43.3%.^{3, 4, 5, 6}

Ante esta situación el Sistema Nacional de Salud Mexicano ha presentado excelentes programas de cobertura para los problemas crónicos degenerativos, sin embargo a pesar que estos parecen ser ideales no han demostrado contundencia en los indicadores epidemiológicos, el incremento en la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles ha llevado que México ocupe el segundo lugar de los países con más personas con obesidad, el 70% de los adultos tienen problemas de sobrepeso u obesidad, todo esto alerta sobre la necesidad urgente de estrategias nacionales que permitan contener este importante problema de salud pública^{7,8}. Tal parece que esto responde al panorama cultural de la sociedad mexicana porque a pesar de que las personas

conocen cuáles son los factores de riesgo para las ECV no llevan a cabo estilos de vida saludables. Es aquí donde cobra importancia el concepto capacidades de autocuidado (CAC) y acciones de autocuidado (AAC), donde las primeras son consideradas como habilidades que permiten a los individuos maduros o en proceso de maduración cuidar de sí mismos y a su vez son consideradas como habilidades que impulsan las AAC, las cuales regulan los procesos vitales para el mantenimiento de la vida, la salud y bienestar⁹.

Estos conceptos emanan de la teoría del déficit de autocuidado, considerado como elemento crítico del modelo. Esta teoría tiene su origen en la finalidad propia de saber cómo los seres humanos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relacionadas con ella, pueden ocuparse de su autocuidado. Por ello las personas que emprenden acciones para promover su propio autocuidado tienen capacidades de acción especializadas. Es así que el término déficit de autocuidado, emana el concepto agencia de autocuidado definida como la capacidad humana de los individuos para realizar acciones con el objetivo de cuidar de sí mismos en el curso de la vida diaria a través del proceso espontáneo de aprendizaje. Es así que cuando las CAC son ejecutadas o se llevan a cabo son denominadas AAC, sin embargo hay características propias de las personas que pueden afectar o favorecer sus capacidades para ocuparse de su autocuidado, denominados factores básicos condicionantes (FBC), y tomando en cuenta aquellas condiciones tanto endógenas o biológicas, como exógenas o hábitos adquiridos, que predicen el comienzo de la enfermedad cardiovascular llamados FRCV, que están directamente relacionados con estas enfermedades ya que la alta prevalencia de éstas y las medidas individuales para reducir los FRCV hacen pensar que las personas requieren algo más que conocimientos para cambiar sus estilos de vida, más bien necesitan desarrollar capacidades que les permitan impulsar AAC.

Sin embargo a pesar que las CAC pueden estar desarrolladas, pueden no operar; es decir que por alguna razón la persona tiene habilidades para cuidar su salud pero no hace uso de ellas, no ejecuta AAC. Esta situación puede estar relacionada cuando las personas se perciben sanas, entonces no se preocupan por su salud hasta que reconocen que su salud puede estar en peligro¹⁰.

Distintas investigaciones han sido realizadas en diferentes contextos incluyendo a personas con enfermedades crónicas degenerativas, para determinar la relación con postulados teóricos, en quienes se ha demostrado la asociación estadísticamente significativa de las CAC con las AAC^{11,12}.

En otros estudios se han tomando de referente algunos conceptos de la teoría general del déficit de autocuidado para verificar la influencia de diferentes FBC (sexo, edad, escolaridad, nivel socioeconómico) tanto con las CAC como con las AAC. Entre estos

hallazgos se ha explicado que los FBC afectan, las habilidades de autocuidado, y consigo las AAC, las cuales regulan los procesos vitales para el mantenimiento de la vida, la salud y bienestar^{10, 11, 12, 13}.

En otros tipos de investigación se han realizado seguimiento para valorar el conocimiento antes y después de la intervención de enfermería con base a sesiones educativas en personas con padecimientos crónicos para analizar la influencia del apoyo educativo de enfermería sobre las CAC; en todos los reportes el resultado ha sido satisfactorio, en ellos se demuestran que las personas incrementan sus habilidades de autocuidado después de recibir la intervención educativa para su enfermedad crónica.^{14, 15, 16}

De acuerdo a la evidencia de estudios previos en población latina, no se ha encontrado suficiente argumento en el estado del arte al verificar conceptos teóricos del déficit de autocuidado, es así que surgió el siguiente propósito:

Determinar la relación e influencia que existe entre los FBC, CAC y las AAC en personas de 40 a 65 años de un área rural con al menos un FRCV directamente relacionado con enfermedades cardiovasculares.

Se abordaron las proposiciones teóricas que sirven como principios y guías para contribuir al desarrollo de la verificación de los conceptos emanados de la teoría del déficit de autocuidado, planteándose las siguientes hipótesis

1. Las CAC tienen relación con las AAC en personas con FRCV.
2. Los FBC seleccionados tienen influencia en las CAC en personas con FRCV directamente relacionadas con ECV.
3. Los FBC seleccionados tienen influencia en AAC en personas con FRCV directamente relacionadas con ECV.

Material y métodos

El diseño seleccionado fue de tipo no experimental, polietápico, correlacional de alcance transversal¹⁷. La población de interés la constituyeron personas adultas de 40 a 65 años, de ambos sexos, aparentemente sanas de la comunidad de San Andrés Azumiatla del Estado de Puebla en México. Esta comunidad le caracterizan los altos indicadores de marginación social, como analfabetismo, hacinamiento, falta de servicios sanitarios básicos, de fuentes de trabajo y un bajo nivel socioeconómico. El tamaño de muestra se calculó por el análisis de potencia de .95; tamaño de efecto .50, y nivel de significancia .05, obteniéndose una $n = 114$ con una atrición del 10%.¹⁷ Sin embargo de acuerdo a los 40 ítems del instrumento y el propósito planteado se consideró una muestra mayor $n = 200$ participantes.

Las mediciones consistieron en la aplicación de la cédula de FBC para personas con algún FRCV,

la cual consta de 20 preguntas que se encuentran divididas en su primera sección por datos generales entre ellos: dirección, número de cuestionario, fecha de aplicación. En la segunda sección los FBC: edad en años cumplidos y sexo. En la tercera sección el estado de salud de la persona. En la cuarta sección la orientación sociocultural: los años de formación y el nivel socioeconómico y en la quinta sección los datos clínicos: peso, talla, para calcular el índice de masa corporal (IMC), el registro de presión arterial para identificar HAS y el registro de los niveles séricos de colesterol para determinar HCL. El concepto de CAC y AAC se midió con el cuestionario "Uno mismo como encargado del cuidado" (Geden y Taylor, 1991), el cual consta de 40 reactivos de ellos 23 reactivos miden las AAC que emanan de la agencia de autocuidado, y 17 reactivos miden CAC, emanados de los componentes de poder. El patrón de respuesta es una escala de anclaje visual que incluye seis opciones tipo Likert: 1 "muy exacto", 6 "muy inexacto". Cada respuesta se suma para producir un puntaje total, para fines de medición los resultados se invierten, así, el valor máximo es de 40 y el valor mínimo es de 240; mientras más bajo es el puntaje total más alta es la capacidad para cuidar de sí mismo¹⁸. La determinación de HAS, HCL u obesidad se realizaron bajo consideración de los criterios de la OMS, y las Normas Oficiales Mexicanas (NOM)^{19, 20, 21, 22,23}.

Se realizó una prueba piloto en una comunidad con características semejantes a la de la muestra para verificar que las instrucciones se comprendieran y si las preguntas del instrumento tienen claridad para hacer los ajustes pertinentes.

La recolección de datos en la prueba final se realizó en una primera etapa con la identificación de adultos de 40 a 65 años con algún FRCV posteriormente con la solicitud del consentimiento informado por escrito consecutivamente en una segunda etapa se midieron las variables clínicas de peso y talla, se utilizó una báscula y un estadímetro y los criterios de clasificación del IMC, fue de acuerdo a la OMS y la NOM-174-SSA1-1998. Para la población mexicana es importante resaltar que de acuerdo a la NOM se establece como punto de corte un IMC >27 y >25 para población con talla baja (150 cm. para mujeres y 160 cm. para hombres).

Para la medición de la presión arterial se utilizó un estetoscopio cardiológico y un baumanómetro de mercurio calibrado, para la medición del colesterol se utilizó un medidor fiable que cumple las exigencias de la directiva 98/79/CE sobre los productos sanitarios para el diagnóstico in vitro, la clasificación de ambas mediciones fueron de acuerdo a las NOM. En una tercera etapa se realizó el llenado de la cédula de FBC para personas con algún FRCV y el instrumento uno mismo como encargado del cuidado.

Esta investigación se llevó a cabo de acuerdo a las disposiciones de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud,²⁴ así mismo se obtu-

vo la aprobación de los Comités de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Puebla.

Para cada una de las variables se obtuvo estadística descriptiva (media, desviación estándar, frecuencia, porcentajes) y se utilizó estadística inferencial, para el análisis de las hipótesis; así mismo se construyeron índices en una escala de 0 a 100 y se aplicó la prueba de ajuste de kolmogorov-Smirnov para determinar normalidad. En la primera hipótesis se utilizó correlación, para las hipótesis dos y tres se utilizó la regresión lineal múltiple. La confiabilidad de los instrumentos se obtuvo con el coeficiente de Alpha de Cronbach.

Resultados

La muestra se compuso de 200 participantes, de quienes el 73.5% correspondió al sexo femenino, la edad promedio fue de 49.41 años (DE = 6.89, valor máximo de 65 y un mínimo de 40), la escolaridad promedio fue de 2.3 años (DE = 1.8, valor máximo de 7 y un mínimo de 0), el 99% correspondió al nivel socioeconómico bajo. En lo que se refiere a los FRCV para esta muestra se observó con más frecuencia la obesidad con un 95.5%, así mismo el porcentaje de participantes que presenta obesidad es similar a las cifras que presentan valores normales de colesterol con un 95%, en lo referente a la presión arterial el 68% se encuentra dentro los valores óptimos.

La consistencia interna del instrumento para las CAC fue .85 y para las AAC de .92, se determinó por medio del coeficiente de Alpha de Cronbach. Para la verificación de la hipótesis 1 se seleccionó un estadístico paramétrico al obtener una distribución normal de las variables continuas, CAC y AAC (.683 y .868 respectivamente).

Para concluir sobre la hipótesis 1, la cual estableció que las CAC tienen relación con las AAC en personas con FRCV, se aplicó el estadístico de correlación de Pearson. El modelo fue significativo, al relacionar las variables CAC y AAC se observó que tienen una correlación alta

$r = .805$, con una $p = .000$, por lo que la hipótesis se sustentó. (Gráfico 1)

Para concluir con la hipótesis 2, que sustentaba que los FBC seleccionados tienen influencia en las CAC en personas con FRCV, se utilizó el modelo de regresión múltiple en donde se introdujo como variable independiente a los FBC (edad, sexo, nivel socioeconómico, escolaridad) y las CAC como variable dependiente. Se encontró que el modelo fue significativo, $F(4,195) = 4.308$, $p = .002$ R^2 ajustada .062 por lo que la hipótesis se sustentó.

Para concluir con la hipótesis 3 que sostenía que los FBC seleccionados tienen influencia en las AAC en personas con FRCV, se utilizó el modelo de regresión múltiple en donde se estableció como variable dependiente las AAC y como variable independiente los FBC (edad, sexo, escolaridad, nivel socioeconómico).

El resultado fue significativo $F(4,195) = 2.56$ $p = .039$ R^2 ajustada = .031 razón por la cual se sustentó la hipótesis. Así mismo en ambas hipótesis los FBC que influyeron directamente son el nivel socioeconómico y la escolaridad.

Discusión

Hay circunstancias que repercuten en la salud y ocurren en diferentes lugares no solo en el ámbito urbano sino también en el área rural una de estas es la presencia de los FRCV como la HAS, HCL u obesidad que se han ido incrementado en esta población, esto puede ser explicado por que la personas adoptan estilos de vida y comportamientos no saludables como una alimentación malsana, falta de actividad física y una serie de factores de estrés emocional en el trabajo, el hogar o la sociedad

Es así en lo concerniente a los tres factores de riesgo que interesaron en esta investigación (HAS, HCL u obesidad) no estuvieron presentes de forma simultánea en la muestra, sin embargo se observó una predominio de la obesidad en más del 95% de todos los participantes, los resultados coincidieron con el estimado de la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006)⁷, donde el 70% de la población mexicana padece de sobrepeso u obesidad. Existe una contradicción no explicada con el diseño de alcance en esta investigación: la población es eminentemente rural, y se puede suponer que su tipo de alimentación es a base de tortilla, existe un bajo consumo de carnes y productos lácteos, situación a la que se alude las cifras del colesterol en límites normales, así mismo la presión arterial se encuentre entre los rangos permitidos, en esa comunidad la gente se dedica al campo y su vida no es sedentaria, a pesar de esto, padecen obesidad, esto representó una limitación del estudio al no conocer específicamente los hábitos alimenticios.

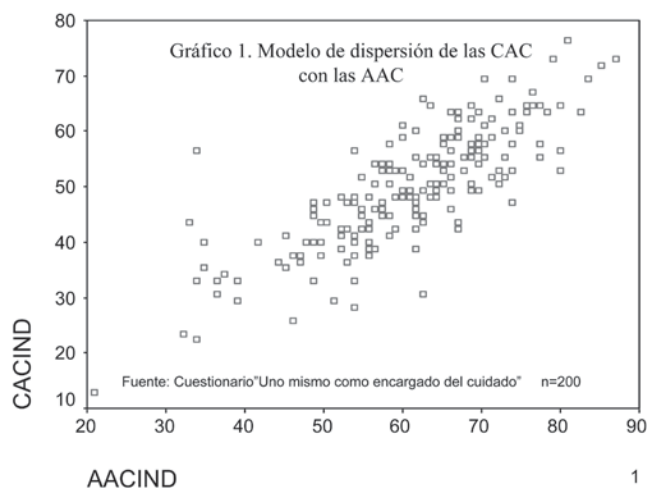
Cabe señalar que el 73% de las personas que participaron en esta investigación se consideraron sanas, pues no se perciben enfermas aun cuando sus valores de IMC se clasifican en primer grado de obesidad. Este resultado coincide con los hallazgos de otras investigaciones en población mexicana, en donde se reportaron que a pesar de padecer enfermedad crónica, las personas se perciben sanas; pareciera que no se preocupan por su salud¹⁰. Esto puede ser explicado por la situación clínica de las enfermedades "silenciosas", tanto la obesidad como la HAS, en etapas tempranas no causan problemas de incapacidad. Comprender este fenómeno para después poder intervenir, justifica ampliamente la intervención educativa del profesional de enfermería en personas con enfermedades crónico degenerativas, para ayudar a desarrollar CAC especializadas que impulsen AAC que conduzcan a estilos de vida saludables, contexto respaldado por diversas investigaciones y programas nacionales^{7,14,15,16}.

En lo referente a la hipótesis 1 que consideró la

relación entre CAC y AAC en este grupo específico de personas, los resultados demostraron una congruencia teórica con el postulado de Orem, las personas entre mayor nivel de CAC tienden a tener una mejor operacionalización de sus habilidades reflejándose en un nivel adecuado de AAC⁹. Estos hallazgos son congruentes con los reportes de diferentes autores, quienes encontraron que a mayor nivel CAC, el adulto ejecuta niveles más altos de AAC.¹¹ Es por ello que ambas variables tienen una relación estadísticamente significativa para esta muestra por lo que la hipótesis 1 se sustentó.

Con respecto al planteamiento de la hipótesis 2 que sustentó la influencia de los FBC (edad, sexo, escolaridad, nivel socioeconómico) sobre las CAC, de acuerdo con el modelo de regresión múltiple, se sustentó que las variables que contribuyeron a ello fueron la escolaridad y el nivel socioeconómico. En el caso de la escolaridad la asociación coincide con diversos autores quienes encontraron que la escolaridad influyó estadísticamente sobre las CAC^{10,11}. Estos resultados concuerdan con lo que afirma Orem que la educación es un factor que condiciona las CAC en la medida en que permite el aprendizaje⁹. Sin embargo a pesar de la escolaridad que tienen las personas sobre la forma de cuidar su salud esto no asegura que esas habilidades de cuidado se operacionalicen, ya que específicamente para esta muestra el índice de escolaridad fue muy bajo y es posible que se relacionen con el tipo de alimentación y los hábitos que favorezcan su salud por lo que no se puede asegurar que entre mayor escolaridad se obtenga mayor CAC y AAC.

El otro FBC que contribuyó al sustento de la hipótesis 2 fue el nivel socioeconómico que influye en las CAC, este resultado es respaldado teóricamente por Orem, pues afirma que las habilidades de los individuos para ocuparse del autocuidado están condicionada por la orientación sociocultural en donde se encuentra inmerso el nivel socioeconómico⁹. Para esta investigación éste FBC fue contundente independientemente que se observó que la muestra tuvo un nivel socioeconómico bajo.



En lo referente a la edad, los resultados difieren con algunos autores quienes coinciden que la edad es predictora de las CAC¹¹, igualmente Orem afirma que la edad es un factor que condiciona las CAC, a mayor edad mayor CAC. Una explicación posible es que la edad para esta población no está estrechamente relacionada con las características del comportamiento de las personas y no tiene significado para la conducta de autocuidado de la persona, esto hace que no adquiera una mayor capacidad para su cuidado siempre y cuando se pueda desarrollar una salud estable. También podría ser explicado porque el desarrollo de las CAC en etapas iniciales de la vida, posiblemente no fueron habilitadas específicamente en esta población y no se condujeron para favorecer las AAC, en consecuencia después de la niñez y adolescencia, los hábitos y costumbres están fuertemente arraigados y existe una resistencia al cambio de conductas que favorezcan al cambio independientemente de la edad del individuo. Teóricamente hay una contradicción y no hay una relación que establezca que a mayor edad mayor CAC y AAC.

De acuerdo a la teoría, la relación entre CAC y AAC está condicionada de forma semejante por los FBC, luego entonces si la relación que sostuvo la hipótesis 1 entre las CAC y AAC fue estadísticamente significativa, los FBC planteados en las Hipótesis 2 y 3 que condicionaron a estos dos conceptos fueron los mismos para esta muestra (nivel socioeconómico y escolaridad). Por otro lado, la mayoría de los resultados de otras investigaciones han demostrado que no todos los FBC tienen una contribución importante para que las personas lleven a cabo AAC, tal es el caso de la edad y el sexo en poblaciones con padecimiento metabólico^{13,14}, variables que no contribuyeron para la aceptación de la Hipótesis 2 y 3.

Una de las posibles explicaciones a este resultado, es que los hombres de esa comunidad, como pilar fundamental en el sustento de la casa, sale a trabajar desde temprano al campo o en ocasiones fuera de la comunidad de san Andrés Azumiatla, situación que condicionó que en la recolección de la muestra, prevaleciera el sexo femenino con un 73.5%.

Conclusiones

Los hallazgos del estudio mostraron que las CAC se relacionan de forma significativa con las AAC en las personas con FRCV.

Por otro lado, específicamente en esta población, los FBC que influyeron en las CAC y AAC fueron la escolaridad y el nivel socioeconómico.

Con respecto a las condiciones clínicas de las personas de este estudio expuestas a FRCV (HAS, HCL u obesidad), se concluyó que el principal FRCV encontrado en esta muestra fue la obesidad.

Referencias

- Organización Mundial de la Salud (OMS). Obesidad y sobrepeso. 2006; [4 pág.]. Disponible en: <http://www.who.int/entity/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html> consultado el 1 de noviembre de 2006.
- OMS. El número de defunciones y discapacidades puede reducirse en más del 50%. 2002; [6 pág.]. Disponible en: <http://www.who.int/entity/mediacentre/news/releases/pr83/es/> consultado el 20 de junio de 2006.
- Ramírez Aldana E. Enfermedades del corazón son causa de 16% de la mortalidad total en México. 2005; [3 páginas]. Disponible en: <http://www.macroeconomía.com.mx/articulos> consultado el 20 de mayo de 2006.
- Landeros Olvera E. Panorama epidemiológico de la diabetes mellitus tipo 2. Rev Mex Enferm Cardiol. 2000; 8(1-4):56-59.
- Lara A, Rosa M, Pastelón G, Aguilar C, Attie F, Velásquez M. Hipercolesterolemia e hipertensión arterial en México. Consolidación urbana actual con obesidad, diabetes y tabaquismo. Arch Cardiol Méx. 2004; 74 (3): 231-245.
- Rosas P, Lara A, Pastelón G, Velásquez M, Martínez R, Méndez O et al. Re-encuesta nacional de hipertensión arterial (Renatha): Consolidación mexicana de los factores de riesgo cardiovascular: cohorte nacional seguimiento. Arch Cardiol Méx. 2005; 75 (1): 96-111
- Olaiz G, Rivera J, Shamah T, Rojas R, Villalpando S, Hernández M, Sepúlveda J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSA). 2006
- Velásquez M, Rosa P, Lara E, Pastelón H, Grupo ENSA 2000, Sánchez C, Attie F, Tapia C. Prevalencia e interrelación de enfermedades crónicas no transmisibles y factores de riesgo cardiovascular en México: Resultados finales de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. Arch Cardiol Méx. 2003; 73 (1):62-77.
- Orem D. Modelo de Orem: Conceptos de enfermería en la práctica. 4.ª ed. Barcelona: Masson; 1993.
- Landeros Olvera E, Gallegos Cabrales E. Capacidades de autocuidado y percepción del estado de salud en personas con obesidad y sin obesidad. Rev Mex Enferm Cardiol. 2005; 13 (1-2): 20-24.
- Bañuelos Barrera P, Gallegos Cabrales E. Autocuidado y control en adultos mayores con diabetes. Desarrollo Científ Enferm. 2001; 9 (4): 100-106.
- Alamilla Barahona M, Canto Balán F, Chable Hernández S, Moo Mijangos A. Factores condicionantes básicos sobre acciones de autocuidado en personas con diabetes mellitus tipo 2. Desarrollo Científ Enferm. 2004; 12(1): 9-13.
- De la Cruz, Góngora Rodríguez P. Factores condicionantes básicos y el déficit de autocuidado del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Desarrollo Científ Enferm. 2002; 10(7): 196-199.
- Sánchez Moreno C. Influencia del apoyo educativo de enfermería en el autocuidado del paciente con cardiopatía isquémica. Desarrollo Científ Enferm. 2004; 12(2): 36-39.
- Guevara Cabrera R. Impacto educativo de enfermería en la capacidad de autocuidado en pacientes con hipertensión arterial sistémica. Desarrollo Científ Enferm. 2003; 11(7): 206-210.
- Gayosso Islas E. Influencia del apoyo educativo de enfermería en autocuidado del paciente con diabetes mellitus tipo 2. Desarrollo Científ Enferm. 2003; 11(10): 292-295.
- Polit DF, Beck CT Nursing Research. Principles and Methods. 7.ª ed. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.
- Geden E, Taylor S. Construct and empirical validity of the self- as-carer inventory. Nurs Res. 1991; 40(1): 47-50.
- OMS. IBM Classification. Disponible en la siguiente dirección electrónica: http://who.int/bmi/index.jsp?introPage=onto_3.html. Consultado el 2 de noviembre de 2006
- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998. Para el manejo integral de la Obesidad.
- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999. Prevención, tratamiento y control de la Hipertensión Arterial.
- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-037-SSA2-2002. Para la prevención, tratamiento y control de las Dislipidemias.
- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005. Servicios básicos de salud. Promoción para la salud en materia alimentaria Criterios para brindar orientación.
- Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compilrgsmis.html>. Consultado el 10 de diciembre de 2005.