



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Facultad de Enfermería  
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Tesis

*Relación de las Rutinas Familiares y Calidad de  
Vida de la Persona Mayor con Hipertensión Arterial*

Presenta:

**LE. María Guillermina Sánchez González**

Para Obtener el Grado de  
Maestra en Enfermería

Diciembre, 2025



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Facultad de Enfermería  
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Tesis

*Relación de las Rutinas Familiares y Calidad de  
Vida de la Persona Mayor con Hipertensión Arterial*

Presenta:

**LE. María Guillermina Sánchez González**

Para Obtener el Grado de  
Maestra en Enfermería

Directora de Tesis:

**ME. María del Rosario Ricardez Ramírez**

Diciembre, 2025



Benemérita Universidad Autónoma de Puebla  
Facultad de Enfermería  
Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado

Tesis

*Relación de las Rutinas Familiares y Calidad de  
Vida de la Persona Mayor con Hipertensión Arterial*

Presenta:

**LE. María Guillermina Sánchez González**

Para Obtener el Grado de  
Maestra en Enfermería

Directora de Tesis:

**ME. María del Rosario Ricardez Ramírez**

Diciembre, 2025

**Tesis:** Relación de las Rutinas Familiares y Calidad de Vida de la Persona Mayor con Hipertensión Arterial

**Número de registro:** N° SIEP/BIO/INV/160/2024

**Revisores e Integrantes del Jurado de Examen Profesional**

---

ME. María del Rosario Ricardez Ramírez  
**Presidente**

---

DCE. Maricarmen Moreno Tochiuitl  
**Secretario**

---

ME. Carmen Cruz Rivera  
**Vocal 1**

---

ME. Rayo Cruz Rivera  
**Vocal 2**

---

ME. María del Rosario Ricardez Ramírez  
**Directora de Tesis**

DCE. Francisco Javier Báez Hernández  
**Director de la Facultad de Enfermería**

ME. Miguel Ángel Zenteno López  
**Secretario de Investigación y Estudios de Posgrado**

## Agradecimientos

Al llegar a este momento tan significativo, deseo expresar mi más profundo agradecimiento a todas las personas que recorrieron conmigo este camino, aunque este no fue una línea recta, sino un trayecto lleno de sombras, luces, recaídas y hermosos amaneceres.

En primer lugar, a mi familia. Gracias, padre Guillermo por el apoyo incondicional aún en los días en los que parecía que ni yo entendía que estaba haciendo. A mis hermanos Arturo, Martín por hacer que no me rindiera nunca, a mi cuñada Olivia gracias por todo el acompañamiento que me brindaste en los días que sin saberlo más lo necesitaba y a mi sobrino Maximiliano por ser una de mis principales motivaciones para ser siempre una mejor versión de mi y nunca rendirme, para continuar con firme con las decisiones que había tomado. Gracias a todos, en los días difíciles, ustedes fueron mi “luz” y mi “primavera”, recordándome que cada paso, por pequeño que fuera, tenía valor. Este logro también es suyo.

A mi madre Macaria, que ya no está físicamente, pero cuyo recuerdo sigue siendo una melodía suave en mi vida. Gracias por enseñarme que el amor permanece y que las personas que amamos nunca se van. Esta tesis lleva un pedacito de ti en cada página; tu recuerdo fue el impulso silencioso que me acompañó en las madrugadas largas y en los momentos de duda. Ojalá pudiera ver este momento; sé que está orgullosa.

A mi familia elegida, mi mamá Catalina gracias por estar a su manera apoyándome siempre, a Lucero porque gracias a ti fue que inicio esta travesía y tu junto con mis hermanas Katia y Lilia hicieron posible la culminación de este sueño, porque día a día no permitieron que me rindiera, tía Matilde gracias por su apoyo y por motivarme para ser una mejor versión de mi como persona y como enfermera.

A mis profesores y a mi directora de tesis maestra Rosario, gracias por su guía y por compartir conmigo no solo conocimientos, sino también la pasión por aprender. Su compromiso, paciencia y acompañamiento hicieron posible que este trabajo tomara forma. Gracias, maestra Rosario, por empujarme a mejorar, por mostrarme el camino cuando parecía perderme, por su apoyo más allá de lo académico, por confiar en mis capacidades incluso cuando yo misma dudaba, gracias por estar.

A mis amigos Ixael, Leonor, Andrea y Reyna, gracias por acompañarme en este viaje lleno de desvelos, dudas, risas, crisis existenciales y chistes malos. Hicieron real aquello de que nada de lo que hacemos es legendario si no están con nosotros nuestros amigos para compartirlo. Gracias por escuchar mis frustraciones, celebrar mis pequeños logros y recordarme respirar cuando el mundo parecía demasiado pesado. Ustedes fueron mi “microcosmos”.

A todas las personas, así como las familias López Ponce, Téllez Arenas que, quizá sin saberlo, tuvieron un impacto en este proceso que una palabra amable, un gesto de apoyo, una sonrisa inesperada gracias. Esos pequeños instantes fueron, como, chispas que iluminan incluso la noche más larga.

A los seres más inocentes que estuvieron a mi lado en cada momento de soledad, en cada noche de redactar hasta la madrugada, gracias a mis gatitos Bruno, Hope, Pinky e Isabella por ser mi compañía incondicional.

Y a mí misma, quiero decirme gracias. Por no rendirme. Por permitirme sentir, caer, levantarme, dudar y aun así seguir adelante. Por abrazar mis sombras y mis luces, y por recordar que, *“lo mejor está por venir”*. Esta tesis es un reflejo no solo de mi esfuerzo académico, sino también del camino interno que recorrí para llegar hasta aquí.

Gracias a todos por ser parte de este viaje. Este logro también les pertenece.

## **Dedicatoria**

Para Maca, quien me enseñó a seguir adelante, a luchar y nunca detenerme. Madre tu recuerdo fue mi fuerza en los días difíciles y mi inspiración para no rendirme.

*“Lo mejor está por venir”*

*BTS*

## Tabla de Contenido

	Página
<b>Capítulo I</b>	
Introducción	1
1.1 Planteamiento del Problema	1
1.2 Marco de referencia	5
1.2.1 Modelo de Organización Sistémica	5
1.2.1.1 Conceptos principales.	6
1.2.1.2. Objetivos del sistema.	8
1.2.1.3. Procesos de dimensión.	10
1.2.2 Estructura Conceptual – Teórico- Empírico	13
1.2.3 Ubicación del fenómeno de estudio	14
1.3 Estudios Relacionados	15
1.4 Definición de términos	19
1.4.1. Hipertensión Arterial	19
1.4.2 Rutinas de Salud Familiar	19
1.4.3 Calidad de Vida Relacionada con la Salud	19
1.5 Objetivo General	20
1.6 Objetivos específicos	20
1.7 Hipótesis	21
<b>Capítulo II</b>	
Metodología	22
2.1 Diseño de estudio	22
2.2 Población	22
2.3 Muestreo y Muestra	22
2.4 Criterios de Selección	23
2.4.1 Criterios de Inclusión	23
2.4.2 Criterios de Exclusión	24
2.4.3 Criterios de Eliminación	24
2.5 Instrumentos de Medición	24
2.5.1 Cédula de Datos	24

2.5.2. Escala de Rutinas de Salud Familiar.	25
2.5.3 Cuestionario SF-12: Calidad de Vida Relacionada con la Salud	25
2.6 Procedimiento	26
2.7 Ética del Estudio	28
2.8 Análisis Estadístico	30
<b>Capítulo III</b>	
Resultados	31
3.1 Características sociodemográficas de la muestra	31
3.2 Confiabilidad de los instrumentos	33
3.3. Análisis descriptivo de los instrumentos	34
3.4 Análisis inferencial	34
<b>Capítulo IV</b>	
Discusión	36
4.1 Conclusiones	41
4.2 Recomendaciones	42
Referencias	44
Apéndices	52
Apéndice A Cédula de Datos Sociodemográficos	53
Apéndice B Escala de Rutinas de Salud Familiar	55
Apéndice C Cuestionario SF12: calidad de vida relacionada con la salud	61
Apéndice D Consentimiento Informado	64
Apéndice E Cuestionario Filtro	67

<b>Contenido</b>	<b>Página</b>
Lista de tablas	
Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra	32
Tabla 2. Características sociodemográficas de la muestra	33
Tabla 3. Consistencia interna de la Escala de Rutinas de Salud Familiar y	33
Cuestionario SF – 12	
Tabla 4. Descripción de los instrumentos aplicados	34
Tabla 5. Correlación de Rho de Spearman	35
Lista de Figuras	
Figura 1. Marco teórico de organización sistémica	12
Figura 2. Estructura Conceptual-Teórico-Empírica	14
Figura 3. Ubicación del fenómeno de estudio	15

## Resumen

Candidato para el Grado de:	Maestra en Enfermería
Fecha de Graduación:	Diciembre 2025
Universidad:	Benemérita Universidad Autónoma de Puebla
Facultad:	Facultad de Enfermería
Título de las Tesis	Relación de las Rutinas Familiares y Calidad de Vida de la Persona Mayor con Hipertensión Arterial
Número de páginas	<u>67</u>

**Introducción:** La población de personas mayores, se estima continuará aumentando durante siguiente década a nivel mundial, derivado de las nuevas tecnologías y cobertura de atención integral, sin embargo, los cambios propios del envejecimiento no se detienen, aunado a esto la presencia de enfermedades no trasmisibles como lo es la hipertensión arterial genera un cambio afectando la manera en la que desarrollan sus rutinas familiares en salud y por consecuente el efecto sobre su calidad de vida relacionada con la salud.

**Objetivos:** Determinar la relación de las rutinas de salud familiares y la calidad de vida relacionada con la salud de la persona mayor con hipertensión arterial.

**Metodología:** Diseño descriptivo, correlacional, transversal, muestreo no probabilístico, muestra de 169 personas mayores.

**Resultados:** En ambos instrumentos mantuvieron medias altas, por lo que se observan mejores rutinas en salud familiar y mejor calidad de vida relacionada con la salud.

Respecto a la relación de las rutinas familiares y a la calidad de vida relacionado con la salud se encontró una correlación positiva, con un tamaño de efecto moderado.

**Discusión/Conclusión:** Es importante destacar, que la evidencia del fenómeno de investigación ha sido mínima y los resultados obtenidos, confirman la relevancia y vigencia de la atención a temas de salud relacionados con la hipertensión arterial en población de personas mayores, en este caso la hipertensión arterial, siendo ésta uno de los principales problemas de salud de este grupo etario, el cual no solo afecta a la persona que la padece, sino que además repercute en la familia y de la familia hacia el individuo, hay un efecto de relación. Por ello, adquiere importancia la profundización del estudio de las rutinas familiares, desde la percepción de todos los miembros familiares y su efecto en la calidad de vida relacionada con la salud, de cada uno de ellos.

**Palabras Clave:** Persona mayor, Adulto mayor, Rutina, Hábitos, Relaciones Familiares, Calidad de vida relacionada con la salud, CVRS, Calidad de Vida

Firma del director de Tesis: ME. María del Rosario Ricardez Ramírez

## Capítulo I

### Introducción

#### 1.1.Planteamiento del problema

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) la población de personas mayores (PM) de 60 años o más en el mundo, aumentará un 34% en la próxima década, es decir, de 1,000 millones en el 2020 a 1,400 millones en el año 2030. En la región de América Latina y el Caribe la situación no es diferente, según datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023) prevén que para el año 2030 el 16.5% de la población total de la región estará representada por PM.

Uno de los países más representativos en el incremento de la población de dicha región, es México, que se encuentra inmerso en un aumento exponencial de envejecimiento; de acuerdo con la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo Nueva Edición (ENOEN, 2022) estimó que en el país residían 17,958,707 de personas mayores, lo anterior representaría el 14% de la población total del país, tal dinámica demográfica ha sido notable en la región del centro, donde se encuentra el estado de Puebla, que de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) estimó que en el estado residían 745,419 personas mayores representado al 12% de la población total (Consejo Estatal de Población [COESPO], 2020).

Lo anterior, corresponde al desarrollo de las tecnologías y la cobertura de atención integral de los servicios de salud, que han favorecido la longevidad de las personas; sin embargo, a pesar de los años de vida, los cambios naturales del envejecimiento conllevan la disminución en las funciones cognitivas, físicas y sociales (OMS, 2022). Aunado a esto, la presencia de algún tipo de enfermedad, la calidad de vida de las PM se puede ver afectada considerablemente. Tal es el caso de las enfermedades no trasmisibles (ENT) también conocidas como crónico

degenerativas; que son definidas como un trastorno orgánico, funcional y discapacitante, que modifica el estilo de vida de la persona que las padece y son consideradas una de las principales causas de muerte de PM o en su caso de condiciones incapacitantes por el deterioro considerable a su salud (Jiménez et al., 2019).

Al respecto, la hipertensión arterial (HA) que de acuerdo con la OMS (2022) es un síndrome de etiología múltiple caracterizado principalmente por la cifra de presión sistólica igual o superior 140 mmHg o una presión diastólica de 90 mmHg (Becerra & Galindo, 2021), que afecta a cerca de 1,280 millones de personas adultas en el mundo y ha sido considerado uno de los principales factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares (ECV), que constituyen a su vez la mayoría de las muertes (17.9 millones cada año) a nivel mundial (OMS, 2023).

De acuerdo con el INEGI (2021) la hipertensión arterial ha sido la enfermedad que más ha afectado a la población mexicana con un 43.3%; asimismo, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua (ENSANUT); en relación con el grupo de edad, se observó una tendencia creciente en la prevalencia de HA a medida que aumenta la edad.

Por otro lado, es importante destacar que, en la región centro sur de México, a la que pertenece el estado de Puebla, se encuentra concentrado alrededor del 37% de los casos de HA. De acuerdo con el Boletín Epidemiológico del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), en la semana 29 del 2025 se presentaron 297 casos nuevos de HA con un acumulado de 4145 hombres y 5995 mujeres, datos que están sobre la media nacional.

Ante este panorama epidemiológico, es importante señalar que la hipertensión arterial, se ha posicionado como uno de los mayores problemas y retos de salud pública, que afecta no solamente el ámbito biológico, sino que también impacta en el bienestar percibido de la persona

mayor, derivando en cambios en su entorno familiar y por ende en su calidad de vida (Secretaría de Salud [SS], 2021).

La familia considerada como contexto de trasfondo y al ser vista como la unidad fundamental de la sociedad, representa para las PM con hipertensión arterial, un pilar de apoyo para afrontar los retos que conlleva el mantenimiento del sistema personal y familiar pese a la enfermedad (Moreno-Tochihuitl et al., 2018; Pinargote & Alcívar, 2020). Por un lado, la persona mayor con una enfermedad crónica establece, junto con su familia, rutinas familiares, que se entienden como aquellos comportamientos repetitivos y de permanencia continua que involucran a diferentes miembros del grupo, y que interfieren directamente con la salud y el bienestar de sus miembros (Ramírez-Girón et al., 2020). De acuerdo con Rodríguez et al. (2022) las rutinas familiares proporcionan estabilidad, principalmente ante situaciones de crisis experimentados por sus integrantes o por todo el sistema familiar, a su vez, incentivan la solidaridad y cohesión familiar, a través de los cuales se permean los eventos de salud de las PM. Las rutinas de salud familiar se han vinculado con una mejor salud, esto debido a que favorecen la adaptación de la persona mayor y de la familia, al ser un recurso que facilita el afrontamiento a la hipertensión arterial, disminuyendo o retrasando las complicaciones.

Por otro lado, la calidad de vida, definida como la percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro de su contexto cultural y sistema de valores, es un concepto de amplio alcance que abarca la salud (OMS, 2020). Es decir, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) puede ser entendida como un concepto multidimensional que representa la autopercepción y se construye a partir de características inherentes a la persona como la salud física, mental y social que le permiten satisfacer sus necesidades (biológicas, psicológicas, socioculturales, ambientales y político-económicas) individuales y colectivas. La satisfacción de

estas necesidades fortalece la percepción de bienestar de la persona y se refleja, por lo tanto, en la vida diaria. Es por lo que, la CVRS de las PM con hipertensión arterial, se pueden ver altamente vulnerada, si no existe armonía entre las distintas esferas de su vida, considerando los aspectos más personales y los familiares o de otros sistemas externos. (Martínez & Gallardo, 2020; Ramírez-Vélez et al., 2010).

Al respecto, en el ámbito de los servicios de salud donde las personas mayores con HA son atendidas, aún no existen programas enfocados en este tema, dicho esto, en el contexto del estado de Puebla existe el programa permanente de “Detección, tratamiento y control de hipertensión arterial”, el cual, tiene como propósito identificar a la población con HA e iniciar control en una unidad médica por parte de los Servicios de Salud del Estado de Puebla, en dicho programa se otorga tratamiento farmacológico, control en la unidad médica y sesiones educativas sobre el padecimiento y sus posibles complicaciones, sin embargo, aún falta analizar diferentes factores condicionantes que puedan afectar a las PM generándoles menos independencia y empoderamiento sobre su enfermedad crónica y afectado a las relación directa con la familia y por consecuente en las rutinas en salud adoptadas por la familia y en la CVRS (Gobierno de Puebla. 2024; Valdez-Huirache & Álvarez-Bocanegra, 2018).

Por lo tanto, es necesario que enfermería identifique el grado de involucramiento de las rutinas de salud familiar como uno de los principales aspectos que influyen en las PM con diagnóstico de HA y en un futuro esta información pueda encaminar a trabajar de forma integral con la persona mayor, familia y personal de enfermería, para que las posibles intervenciones que se realicen tengan un mayor impacto positivo sobre la salud, así como el aumentar la probabilidad de facilitar cambios de actitud y la implementación de rutinas familiares saludables, para mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las PM con HA, y enmarcar la

importancia de contar con evidencia científica suficiente para considerar a la familia como uno de los contextos principales en el que las personas mayores con hipertensión arterial se desarrollan, para poder contribuir en el desarrollo de normativas, planes y programas de salud que contribuyan al manejo integral de las personas mayores (Cogollo-Jiménez et al., 2019; Moreno-Tochihuitl et al., 2018).

De acuerdo con la revisión de la literatura los artículos de investigación coinciden en que las PM con enfermedades crónicas mantienen un abordaje de manera individual en las acciones preventivas y de control, mientras que el ámbito familiar (en donde se desarrollan las rutinas familiares) ha sido visto de manera separada, recibiendo poca o nula atención en el enfoque del cuidado. Sin embargo, las rutinas familiares pese a tener investigación en México, Cuba y Brasil aún es un tema poco explorado y con poca evidencia científica registrada (Duran-Badillo et al., 2022; Flores-Herrera et al., 2018; Gomez do Nascimento et al., 2019; Mercado-Solís et al., 2021; Ramírez-Girón et al., 2020).

Es por ello, que se plantea la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la relación de las Rutinas de Salud Familiar y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud de la persona mayor con hipertensión arterial?

## **1.2 Marco de referencia**

### ***1.2.1 Modelo de Organización Sistémica***

El Modelo de Organización Sistémica desarrollada por Friedemann (MOS, 1995) establece que la persona en interacción con otros sistemas abiertos, para alcanzar un grado mayor de congruencia, entendido como la experiencia de salud en todos los niveles con los que interactúa el individuo. Para ello, se desarrollan tareas relacionadas a las dimensiones de proceso. En este estudio, se abordaron el mantenimiento de sistema y la coherencia, que al cumplirse

conlleva a lograr un sentido de estabilidad o equilibrio. En este sentido, el mantenimiento del sistema se refleja en las acciones de la vida diaria para proteger al sistema de amenazas, a través de patrones y las rutinas saludables realizadas en familia. Una vez alcanzado esta dimensión de proceso, se contribuye a mejorar el nivel de coherencia, que el modelo explica como al valor que da una persona a sus habilidades para fortalecer su calidad de vida.

A continuación, se explica los conceptos centrales de MOS.

### ***1.2.1.1 Conceptos principales.***

#### *Medio ambiente*

En lo que concierne a medio ambiente, el MOS lo vislumbra como un sistema constituido por materia y energía en continuo movimiento, donde se encuentran interconectados e interactuando con otros sistemas, estableciendo una congruencia entre sí. Por lo tanto, el ser humano, se encuentra a su vez interconectado por sistemas sociales de diferente tamaño y complejidad, como la familia, las escuelas, el trabajo, las organizaciones gobierno y sistema económico, teniendo la capacidad de interactuar directamente con los sistemas, cumple con roles y funciones específicas y, además, ayudan dando forma a los sistemas a través del intercambio de información, energía y materia, experiencias, crecimiento y procesos continuos de cambio y evolución.

#### *Persona*

Al hablar sobre el concepto de persona, el MOS indica que esta se encuentra limitada por su estructura y funcionabilidad corporal. Así mismo, la persona tiene la capacidad de notar su dependencia de los procesos naturales y ser consciente de su posible muerte. Esta situación puede obstaculizar sus propios procesos sistémicos internos y externos, y, por lo tanto, generar una incongruencia, lo que se traduce en una experiencia de ansiedad. A raíz de esta condición,

crea los ambientes propicios para mantener el sistema y una sensación de control. Lo anterior, se favorece gracias a la capacidad de la persona para trascender y restablecer la congruencia, a través de la armonización de los patrones y ritmos de los sistemas con los que interactúa, el medio ambiente y el universo. Esto le permite al ser humano, sentirse libre de ansiedad.

### *Salud*

En cuanto al concepto de salud, Friedemann, lo expresa como la congruencia del sistema, la cual se puede expresar a nivel de propio sistema (individual), subsistemas internos y externos y los demás sistemas ambientales con los que interactúa. Asimismo, declara, que la salud no es absoluta. En cuanto a la enfermedad física, se refiere a la alteración del sistema a nivel orgánico. Sin embargo, no se debe entender como un sinónimo de mala salud, y por lo consiguiente a la ausencia de enfermedad física, tampoco se le puede considerar como buena salud.

Por otro lado, las rutinas y los patrones establecidos por el sistema, en congruencia con el orden universal, son calmantes y promotores de una sensación de bienestar. Sin embargo, se debe entender que esta sensación de bienestar se limita a periodos relativamente cortos, a raíz de la naturaleza cambiante de todos los sistemas.

Al respecto, la transmisión, de los patrones, rutinas y valores, corre a cargo del sistema familiar, principalmente. Quien a su vez comparte la responsabilidad con otros sistemas del medio ambiente, de satisfacer las necesidades de seguridad, procreación, proporcionar crecimiento personal, así como crear vínculos entre sus miembros, estableciendo un propósito y significado a la vida, y satisface su necesidad de control sobre el medio ambiente, todo esto a través de aspectos de la espiritualidad. Es así que, la familia colectivamente acepta y coordina los comportamientos y estrategias para alcanzar cuatro grandes objetivos, estas estrategias familiares

contemplan a su vez cuatro dimensiones del proceso, a saber, mantenimiento de sistema, cambio del sistema, coherencia e individuación.

### *Salud familiar*

El último de los grandes cinco conceptos planteados por el MOS es la salud familiar, la cual engloba cuatro criterios observables: la presencia de estrategias en todas las dimensiones del proceso, por otro lado, la satisfacción de todos los miembros con su familia, y la retroalimentación ambiental positiva sobre la ejecución de roles por parte de los miembros de la familia en los sistemas comunitarios y un bajo nivel de ansiedad en la familia. La salud familiar es un proceso dinámico, que procura restablecer su congruencia con su propio sistema y el medio ambiente, a través de nuevas formas, derivado a las situaciones cambiantes a las que se enfrenta. Por lo tanto, la familia se define a través de la reflexión y el énfasis de sus diferentes dimensiones del proceso, y la elección de estrategias asertivas aplicadas a sí misma.

#### ***1.2.1.2. Objetivos del sistema.***

Friedemann menciona que los sistemas se organizan básicamente para reducir su ansiedad y alcanzar un estado de congruencia interna y externa, a través del cumplimiento de cuatro objetivos, los cuales tienen un nivel de abstracción tan alto que los comportamientos del sistema relacionados a cada uno de ellos se dan de manera subconsciente. Estos comportamientos se ven influenciados por los valores y creencias adquiridos a lo largo de la historia particular del sistema, y pueden ser observables y analizadas dentro de los procesos de enfermería. A saber, las tareas u objetivos son la estabilidad, el crecimiento, el control y la espiritualidad, los cuales interactúan entre sí y con su medio ambiente para lograr la salud continua del sistema.

### *Control*

El objetivo de control busca reducir la ansiedad por la sensación consciente de vulnerabilidad e impotencia, canalizando los conocimientos e información hacia condiciones que se visualizan como idóneas. Para ello, los seres humanos han construido sistemas sociales funcionales en diferentes ámbitos, como la economía, la política, la salud, entre otros. Sin embargo, estas medidas, le han conferido la pérdida de la libertad, a razón de que se ve implicado en aspectos rutinarios cíclicos y la búsqueda constante de bienes materiales.

### *Espiritualidad*

El objetivo de espiritualidad se enfoca en volver a conectar con el orden del universo. Es una búsqueda activa que incluye el intelecto y las emociones. En este objetivo se busca armonizar los ritmos y patrones del sistema con los otros sistemas con los que interactúa: personas, organizaciones, naturaleza o universo. Al desarrollar la espiritualidad, la salud humana logra trascender más allá de la razón lógica, experimentando una sensación de pertenencia, aceptación, respeto, sabiduría y paz interior, y una sensación de unidad con el gran poder del universo.

### *Estabilidad*

La estabilidad es necesaria para la supervivencia del sistema. La estabilidad se encuentra inmersa en un conjunto de valores, actitudes y reglas para la vida, lo que no debe confundirse con los conceptos de seguridad o adherencia a la tradición. Considera los valores y creencias personales, incluyendo la flexibilidad y apertura al cambio con respecto a opiniones y actitudes, de ser necesario.

### *Crecimiento*

El crecimiento requiere una reorganización sustancial de los valores básicos y prioridades; es necesario cuando la estabilidad de la persona se ha vuelto incongruente con su

ambiente. Para ello, la persona desarrolla nuevos comportamientos derivados de nuevas creencias y actitudes. El logro de este objetivo conlleva un proceso en el cual se hace presente la resistencia, inquietud e incluso puede ser doloroso para quien lo experimenta.

### ***1.2.1.3. Procesos de dimensión.***

Para alcanzar los objetivos propuestos por el MOS, Friedemann propone seguir cuatro procesos de dimensión, (Figura 1.) que permiten, una vez logrado, experimentar la congruencia a nivel interno y externo. Estos son: mantenimiento del sistema, cambio del sistema, coherencia e individuación.

#### *Mantenimiento del sistema*

El proceso de dimensión correspondiente al mantenimiento del sistema está dirigido a la estabilidad y el control. Incluye todas las acciones que mantienen y protegen al sistema de amenazas, tales como: dormir, ejercitarse, comer, trabajar, descansar o divertirse en actividades recreativas. Muchas de estas acciones están reguladas y ocurren por la repetición de patrones y rutinas, adquiridos y practicados desde la infancia. Lo anterior, siempre y cuando sean saludables, provee a la persona de una sensación de seguridad y autonomía. Aunque su propósito es mantener una estabilidad, también es flexible a los cambios, es abierto a examinar diferentes opciones siempre que no se afecte la estructura de los valores y la estructura básica del sistema.

#### *Cambio del sistema*

El cambio del sistema, no se antepone al mantenimiento del sistema. Para que ocurra la persona debe experimentar presión dentro y fuera de su sistema, lo que obliga a realizar una reevaluación de sus valores y sus prioridades en la vida. Las acciones en el cambio del sistema se dirigen al cumplimiento de los objetivos de control y crecimiento, producido por actos conscientes de una persona que lo llevan a tomar decisiones sobre realizar o no cambios en su vida, adquirir

nueva información, replantearse viejos valores y adecuar actitudes. Una vez hechos los cambios, lo consiguiente es incorporarlo al mantenimiento del sistema, es decir, volverlo parte de las rutinas y patrones de vida.

### *Coherencia*

La coherencia, es la unión de los subsistemas y de comportamientos de la persona en un todo unificado. Se hace referencia al yo y al propósito de la vida mediante los valores, actitudes y creencias. Consecuentemente, el componente, más estable de los seres humanos a saber, el cuerpo físico, construcciones psicológicas, autoestima, autopercepción, imagen corporal, identidad sexual son partes integrales de la coherencia. Esta dimensión no engloba únicamente a la estabilidad, sino también a la espiritualidad. A través de la espiritualidad el organismo humano armoniza sus ritmos y patrones físicos, emocionales, y subsistemas ideológicos, hacia una entidad unificada. El esfuerzo por alcanzar la entidad espiritual y es continuo a lo largo de la vida.

### *Individuación*

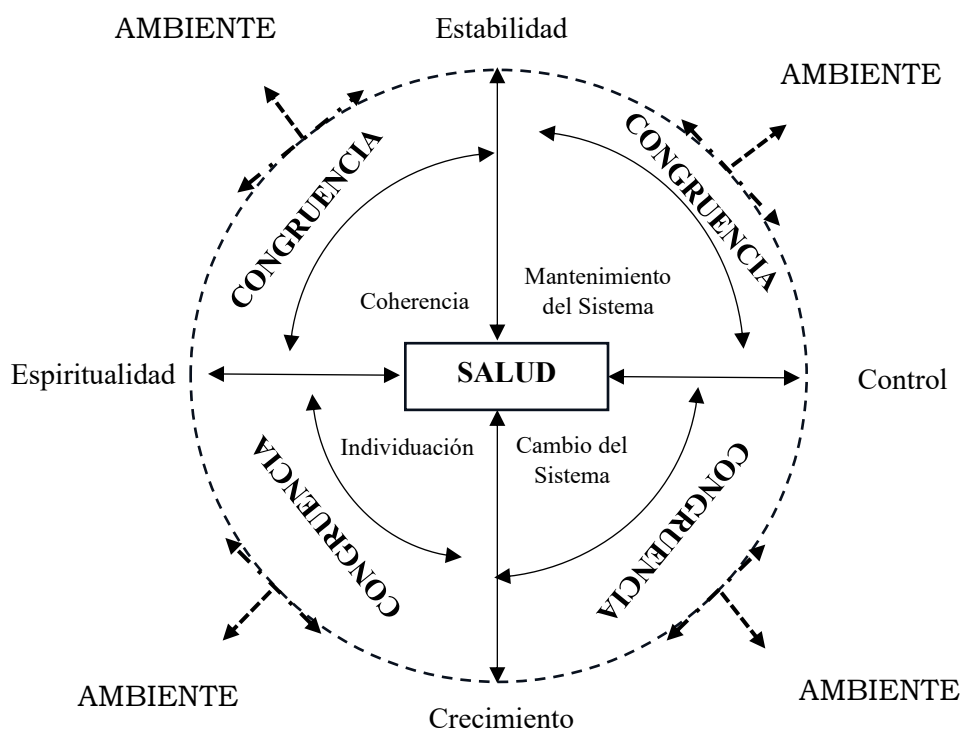
De acuerdo con el MOS, para lograr la individuación es necesaria la coherencia, los seres humanos requieren contar con seguridad interna para atreverse a aventurarse en el entorno. La individuación, se relaciona con la espiritualidad, pero desde la perspectiva de la sintonía de la identidad humana con otros sistemas de su elección, para ello realizará el ajuste de ritmos y patrones propios. A través de esta relación los seres humanos desarrollan ideas, talentos; absorbe y comprende nuevos conocimientos.

Por lo tanto, la individuación conduce a un crecimiento, dicho crecimiento no sucede de manera aislada. Si los seres humanos asumen roles en otros sistemas, necesariamente sacrificarán una parte de su libertad personal, por adquirir responsabilidades en apoyo al sistema. En las

acciones de individuación se incluyen las intelectuales y físicas, actividades que sirven para expandir los horizontes personales, enseñanzas sobre uno mismo y los demás, acciones dirigidas a nuevas perspectivas y sensaciones del propósito de vida.

**Figura 1**

*Marco teórico de organización sistémica*



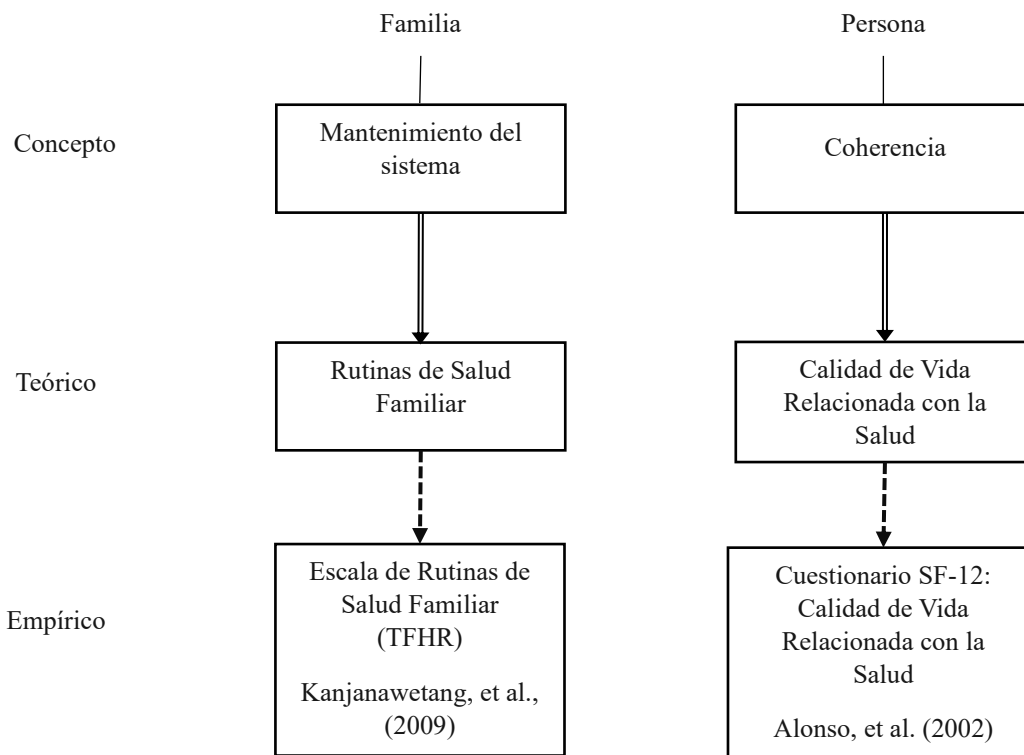
*Nota: Friedemann, 1995*

### ***1.2.2 Estructura Conceptual – Teórico- Empírico***

La explicación de la estructura conceptual – teórico – empírica (CTE se presenta a continuación.

De acuerdo con Friedemann (1995) el mantenimiento del sistema incluye todas las acciones que mantienen y protegen al sistema de amenazas, tales como: dormir, ejercitarse, comer, trabajar, descansar o divertirse en actividades recreativas, muchas de estas acciones ocurren por repetición en patrones y rutinas, algunos adquiridos y practicados desde la infancia y se representa por las rutinas de salud familiar, las cuales son definidas como comportamientos y acciones que se realizan de forma independiente y conjunta de manera repetitiva y continua. Así mismo, son la respuesta para mantener un entorno seguro y protector, así como un mecanismo de defensa de la familia frente a las situaciones adversas de salud y afrontar las situaciones de estrés (Mercado-Solís et al., 2021). Se medirá a través de la Escala de Rutinas de Salud Familiar (Kanjawanawang, et al., 2009).

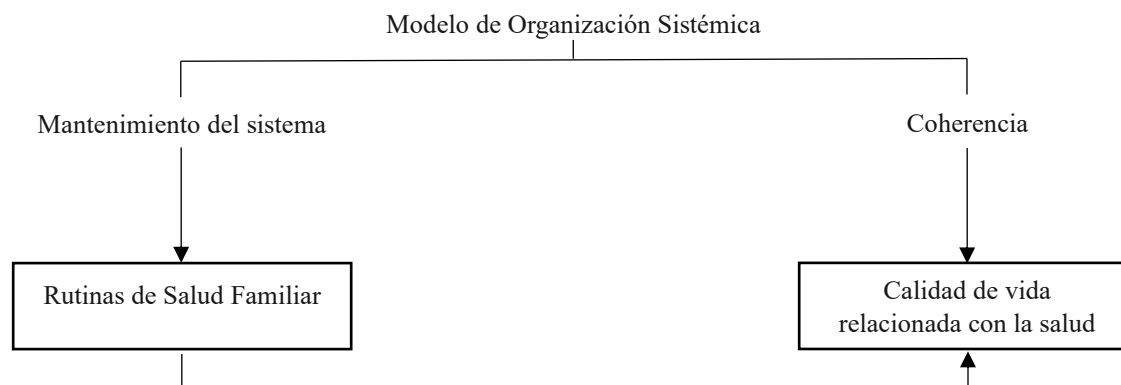
Según Friedemann (1995) la coherencia es la unión de los subsistemas y de comportamientos de la persona en un todo unificado, el cuerpo físico, construcciones psicológicas, autoestima, autopercepción, imagen corporal son partes que la integran. La Calidad de Vida en Relación con la Salud se considera como parte de la coherencia al ser un concepto multidimensional y no ser únicamente la ausencia de enfermedad, que permite saber cómo se encuentra y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales en aspectos físicos, sociales y emocionales (Martínez & Gallardo, 2020). Se medirá mediante el Cuestionario SF-12: Calidad de Vida Relacionada con la Salud (Alonso, et al. 2002).

**Figura 2***Estructura Conceptual-Teórico-Empírica*

*Nota:* Sánchez-González y Ricardez Ramírez, 2023

**1.2.3 Ubicación del fenómeno de estudio**

En la figura 3 se explica el fenómeno de estudio donde se abarca la relación que existe entre las Rutinas de Salud Familiar y la Calidad de Vida Relacionada con la Salud, la que se espera sea positiva.

**Figura 3.***Ubicación del fenómeno de estudio**Nota: Sánchez-González, 2023.*

### 1.3. Estudios relacionados

#### *Rutinas de Salud Familiar*

Crespo et al. (2013) con el objetivo de realizar una revisión sistemática sobre rutinas y rituales familiares en el contexto de un familiar con enfermedad crónica, se analizaron 39 estudios empíricos (20 cuantitativos, 13 cualitativos, 3 de método mixto y 3 de intervención) publicados entre 1995 y 2012. Entre los principales hallazgos obtuvieron que la enfermedad crónica afecta la frecuencia y naturaleza de las rutinas y los rituales de la familiar. Así como que las rutinas y los rituales familiares están vinculados a una salud positiva y los resultados de adaptación para los pacientes y los miembros de la familia. Por ello concluyeron, que es importante la inclusión de las rutinas familiares para una aproximación de la atención centrada en la familia para la comprensión des las enfermedades crónicas.

García et al. (2018) con el objetivo de determinar el efecto de las características, funcionalidad y rutinas sobre la salud familiar, se realizó un estudio descriptivo, explicativo, transversal en una muestra de 222 sujetos con DM2. Entre los resultados más relevantes

obtenidos a través de correlaciones de Pearson, encontraron que la funcionalidad familiar y las rutinas presentan una relación estadísticamente significativa ( $r = .625, p = .001$ ); así mismo, mejores rutinas implican mejor salud familiar ( $r = .454, p < .001$ ) en DM2. Por ello concluyeron que existe efecto de la salud familiar con las rutinas familiares.

Ramírez-Girón et al. (2020) en su estudio para explicar el efecto del contexto, rutinas y funcionamiento familiar en la salud de familias mexicanas donde un integrante padece Diabetes mellitus tipo 2 (DM2), participaron 60 díadas familiares ( $n=120$ ), conformadas por persona con DM2 y cuidador familiar de una institución pública de México, realizaron un estudio cuantitativo con diseño transversal correlacional. Los principales resultados las rutinas familiares en salud explican el 18,8% de la salud familiar ( $R^2$  ajustada= 0,88;  $F(1,118) = 28.6; p \leq .0001$ ) y se encontró que el funcionamiento familiar explica las rutinas familiares en salud un 19,3% ( $R^2$  ajustada= 0,193;  $F(1,118) = 28,1; p \leq .0001$ ). Con base en lo anterior, concluyeron que las rutinas familiares y el funcionamiento familiar logran explicar un amplio porcentaje de la salud familiar en díadas familiares.

#### *Calidad de Vida Relacionada con la Salud*

Duran-Badillo et al. (2022) para identificar la relación entre el funcionamiento familiar y la calidad de vida en 130 adultos mayores con Hipertensión Arterial pertenecientes a un centro comunitario de la Jurisdicción Sanitaria III en Matamoros, Tamaulipas, México, desarrollaron un estudio descriptivo, correlacional y de corte trasversal. En los principales hallazgos destacan que la dimensión de la calidad de vida más afectada fue la ambiental (Media= 53,31). En relación con el funcionamiento familiar, el 85,4% presentó una funcionalidad familiar normal. Respecto a la salud, el 42,3% refirió una calidad de vida alta. En correlación la funcionalidad familiar y calidad de vida global, se obtuvo un coeficiente de correlación de Spearman  $r_s = 0,223$ , relación

estadísticamente significativa  $p = .011$ . Los autores concluyeron que a mayor funcionalidad familiar mayor calidad de vida global.

Flores-Herrera et al. (2018) teniendo como objetivo evaluar el nivel de calidad de vida percibida por 99 adultos mayores, de un Centro de Salud de Matamoros, Tamaulipas, México, realizaron un estudio descriptivo trasversal. En los resultados obtuvieron que la percepción sobre la calidad de vida fue deficiente en el 45.5% de los adultos mayores y solo en 10.1% fue alta, sin embargo, más de la mitad de los adultos mayores (63.7%) refirieron estar satisfechos con su estado de salud. Por lo anterior concluyeron Aproximadamente la mitad de los adultos mayores encuestados resultaron con una autopercepción deficiente de su calidad de vida. Asimismo, en todas las dimensiones las medias fueron muy bajas.

García-Barrera et al. (2022) con el objetivo de determinar la calidad de vida y la percepción de salud-enfermedad de 44 personas mayores con enfermedad crónica no trasmisible de dos grupos de atención social en Tunja, Boyacá, Colombia, desarrollaron un estudio mixto explicativo secuencial. En los principales hallazgos fue que la calidad de vida global fue de 59.5%, entre los factores relacionados con la calidad de vida la satisfacción y felicidad con actividades de la vida diaria con un 97,6 % y la mayor correlación con las dimensiones entre estado de salud y percepción de salud fue en Salud general y Función física ( $r_s = 520$  y  $r_s = 630$  respectivamente,  $p < .05$ ), es decir a mayor control de la enfermedad, mejor percepción de la salud. Los autores concluyeron que la calidad de vida se correlaciona con el estado de salud.

Valdez-Huirache y Álvarez-Bocanegra (2018) con el objetivo de determinar la relación entre la calidad de vida y el apoyo familiar de 368 adultos mayores adscritos a una Unidad de Medicina Familiar en Villahermosa, Tabasco, México, desarrollaron un estudio observacional, trasversal, analítico. En los hallazgos obtuvieron que el 31.1% de los pacientes presentaron como

comorbilidad HA y el 16% DM2, así mismo destacan que el 50% de los adultos mayores perciben su calidad de vida como buena y el resto lo contrario. Respecto al apoyo familiar el 78.3% refirió presentar apoyo familiar y el resto no. En relación la calidad de vida y el apoyo familiar, la calidad de vida fue más alta en los adultos que presentaban apoyo familiar, encontrando una relación mediante una prueba de Chi cuadrada de  $X^2=30.92$ , estadísticamente significativa  $p=.001$ . Los autores concluyeron que, a mayor apoyo familiar, mayor calidad de vida.

Vásquez y Horta (2018) con el objetivo de conocer la evidencia científica que existe en torno a la enfermedad crónica no trasmisible, la calidad de vida y percepción de la salud en el adulto mayor y su relación entre las mismas, realizaron una revisión narrativa de la literatura consultando las bases de datos Medline vía PubMed, LILACS, CINHAL y The Cochrane Library. Los hallazgos se organizaron en tres ejes principales que describen aspectos clave para una mejor comprensión y contextualización de la enfermedad crónica en el adulto mayor, que va más allá de los aspectos clínicos y relaciona su efecto sobre la percepción de la salud, percepción de la enfermedad y la calidad de vida de quien la padece. Concluyeron que la revisión realizada permite dimensionar lo que representa la presencia de una o más de una enfermedad crónica en el adulto mayor, evidenciando que un número creciente de enfermedades crónicas tienen un fuerte efecto sobre la calidad de vida.

## **1.4 Definición de términos**

### ***1.4.1. Hipertensión Arterial***

La OMS (2023), así como con la Sociedad Internacional de Hipertensión y el Comité Nacional Conjunto Estadounidense para la Prevención, la Detección, la Evaluación y el Tratamiento de la Presión Arterial Elevada (CNC) han establecido que es el aumento persistente de la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias cuando el corazón bombea, se diagnostica cuando en varias ocasiones consecutivas la presión arterial diastólica superior o igual a 90 mmHg y cuando la presión arterial sistólica es superior o igual a 140 mmHg (Diéz y Lahera 2001).

### ***1.4.2 Rutinas de Salud Familiar***

Son los comportamientos repetitivos y de permanencia continua que implican comunicación entre los miembros de las familias, aunque cabe recalcar que son acciones a las que no se les dan significados especiales, no obstante, las rutinas se involucran con los eventos en salud que se presentan en las familias, dado que pueden favorecer la adaptación de la persona mayor y de la familia ante la enfermedad, considerando la frecuencia con la que se realizan, dentro de dimensiones de autocuidado, seguridad y prevención, salud mental, cuidado familiar, agencia del cuidado y cuidado de la enfermedad (Kanjawetang et al., 2009).

Para este estudio las rutinas de salud familiar serán aquellas acciones repetitivas y cotidianas que realiza la persona mayor con hipertensión arterial que general un efecto sobre su salud; la variable será medida con la Escala de Rutinas de Salud Familiar (TFHR)

### ***1.4.3 Calidad de Vida Relacionada con la Salud***

Es la percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas,

estándares y preocupaciones. Concepto multidimensional que involucra lo que el participante piensa sobre su salud permitiendo saber cómo se encuentra y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales en dimensiones como función física, rol físico, dolor corporal, salud mental, salud general, vitalidad, función social y rol emocional (Alonso et al., 2002)

Para este estudio se entenderá por Calidad de Vida Relacionada con la Salud a la percepción de vida que tiene la persona mayor con hipertensión arterial con respecto a las dimensiones de salud general. Por lo tanto, esta variable se medirá con el Cuestionario SF-12: Calidad de Vida Relacionada con la Salud.

### **1.5 Objetivo general**

Determinar la relación de las rutinas de salud familiares y la calidad de vida relacionada con la salud de la persona mayor con hipertensión arterial.

### **1.6 Objetivos específicos**

Describir las características sociodemográficas de la muestra de estudio.

Determinar las rutinas de salud familiares experimentadas desde la cosmovisión de la persona mayor con HA.

Determinar la calidad de vida relacionada con la salud de las personas mayores con hipertensión arterial.

Correlacionar las rutinas de salud familiar y la calidad de vida relacionada con la salud de las personas mayores con hipertensión arterial.

Determinar la capacidad predictiva de las rutinas de salud familiar sobre la calidad de vida relacionada con la salud de las personas mayores con hipertensión arterial.

## **1.7 Hipótesis**

Las rutinas de salud familiar saludables que experimentan las personas mayores con hipertensión arterial predicen la calidad de vida relacionada con la salud.

## Capítulo II

### Metodología

Este capítulo incluye el diseño de estudio, población, muestra y muestreo, criterios de selección, instrumentos de medición, procedimiento para recolección de datos, consideraciones éticas y análisis estadístico.

#### 2.1 Diseño de estudio

El presente estudio fue descriptivo, correlacional, transversal, dado que se detallaron, especificaron y caracterizaron las Rutinas de Salud Familiar y la CVRS de las personas mayores con HA, así como el establecimiento de la relación entre ambas variables. Asimismo, la recolección de los datos se realizó en un momento específico (Polit y Beck, 2018).

#### 2.2 Población

Para este estudio, se consideraron a personas mayores de 60 años de un centro de salud de primer nivel de la Ciudad de Puebla, con diagnóstico de hipertensión arterial (Polit & Beck 2018).

#### 2.3 Muestreo y Muestra

El muestreo implicó seleccionar una parte de la población para representar una totalidad, el cual fue no probabilístico por conveniencia, dado que se eligieron elementos de manera no aleatoria (Polit & Beck 2018; Sampieri, 2014).

El tamaño de la muestra se determinó con la fórmula para cálculo de muestra finita al contar con una población de N=300 personas mayores, cifra estimada proporcionada por la institución, a partir del censo de control de pacientes con enfermedades crónicas; con un nivel de

confianza del 5%, un margen de error del 5%; donde n=Tamaño de la muestra, z=Nivel de confianza, p=Probabilidad a favor q=Probabilidad en contra y e=margen de error.

$$n = \frac{z^2 N p q}{e^2 N - 1 + z^2 p q}$$

Al sustituir se obtuvo lo siguiente:

$$n = \frac{(1.96)^2 (300) (0.50) (0.50)}{(0.05)^2 (300-1) + (1.92)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{288}{1.7075} \quad n = 169$$

Se conformo una muestra de 169 personas mayores con hipertensión arterial.

## 2.4 Criterios de Selección

Se utilizaron para definir las características de la población.

### 2.4.1 Criterios de Inclusión

Se incluyeron a hombres y mujeres mayores de 60 años con diagnóstico mínimo de 1 año de HA, (se verificó en expediente clínico o tarjetón de control de pacientes crónicos), que vivieran o convivieran con al menos una persona en su domicilio y con quien manifieste interactuar por un periodo mayor a 5 horas diarias.

Se aceptó la participación de las personas mayores, pese a presentar alguna limitación física, siempre y cuando pudieran expresar de alguna manera sus respuestas.

### ***2.4.2 Criterios de Exclusión***

Personas mayores con deterioro cognitivo; de acuerdo con la Guía de Práctica Clínica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS, 2012), se trata de la pérdida adquirida de habilidades cognoscitivas y emocionales que pueden interferir con el funcionamiento social, ocupacional o ambos; dicho deterioro fue evaluado mediante preguntas de ubicación de tiempo y espacio (Rendon-Torres et al., 2020). Se excluyó a la persona mayor que presentó una complicación propia de la enfermedad de hipertensión arterial o de alguna comorbilidad que esté comprometiendo su estado de salud en el momento de la entrevista (por ejemplo: diálisis, hemodiálisis, pie diabético, amputación de miembros por consecuencia de pie diabético).

### ***2.4.3 Criterios de Eliminación***

Se eliminaron aquellos cuestionarios incompletos o completos, en el que el participante haya decidido retirarse.

## **2.5 Instrumentos de Medición**

Se llevaron a cabo las mediciones mediante la aplicación de instrumentos de lápiz y papel.

### ***2.5.1 Cédula de datos***

Para la recolección de datos se utilizó una cédula de datos sociodemográficos integrada por 10 preguntas, elaborada por los autores de esta investigación, integrada por tres apartados: 1. Datos del participante (edad, sexo, estado civil, ocupación actual); Datos del diagnóstico médico (tiempo de haber recibido el diagnóstico de hipertensión arterial, comorbilidades) y Datos de la composición familiar (personas con quienes vive, número de miembros de la familia, rol dentro de la familia, tipología de la familia, quien es el cuidador principal) (Apéndice A).

### **2.5.2. Escala de Rutinas de Salud Familiar.**

Thai Family Health Routines (TFHR) (Kanjawanwetang et al. 2009), valora la frecuencia de los patrones de conducta adoptados en torno al familiar con HA y a la propia familia. El cuestionario está integrado por 70 ítems con respuestas tipo Likert de cuatro opciones nunca = 1, rara vez = 2, algunas veces = 3 y siempre = 4, incluye seis subescalas, 46 de estos reactivos están redactados en sentido positivo (1, 2, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25, 26, 27, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 48, 49, 50, 5, 52, 53, 54, 55, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68 y 70) y 24 en sentido negativo (3, 4, 5, 6, 7, 8, 15, 16, 17, 24, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 44, 45, 46, 47, 56, 66 y 69 para mantener el sentido positivo en el puntaje.

El cuestionario contiene agrupadas seis subescalas: autocuidado (ítems 1 al 14, 18, 19 y 64); seguridad y prevención (ítems 16, 17, 20 al 27, 29, 32, 33, 40, 59 y 60); salud mental (ítems 15, 28, 30, 31, 35, 36, 37, 38, 39, 43, 44, 45, 46, 47 y 48); cuidado familiar (49, 50, 51 y 52) rutinas de agencia de cuidado (ítems 34, 41, 42, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 61, 62, 63 y 65) y cuidado de la enfermedad (ítems 66, 67, 68, 69 y 70). El puntaje total va de 70 a 280 puntos; donde mayores puntajes indican mejores rutinas en salud familiar. Esta escala ha sido utilizada en población mexicana por García en 2014 y ha reportado un alfa de Cronbach de 0.91.(Rodríguez-Santamaria 2022).

### **2.5.3 Cuestionario SF-12: Calidad de Vida Relacionada con la Salud**

(Alonso et al 2002), instrumento integrado por 12 ítems que miden intensidad y frecuencia. El cuestionario está integrado por 8 categorías: función física (ítems 2 y 3); función social (ítem 12); rol físico (ítems 4 y 5), rol emocional (ítems 6 y 7); salud mental (ítems 9 y 11); vitalidad (ítem 10), dolor corporal (ítem 8) y una pregunta de autovaloración de la salud (ítem 1), con respuesta tipo Likert, con diferente número de categorías de respuesta entre tres y cinco. Con

un puntaje mínimo de 12 a 56 puntos, donde a mayor puntuación indica mejor percepción de salud. El cuestionario ha sido utilizado en población mexicana reportando un alfa de Cronbach de 0.7 y una validez buena con un KMO de 0.83. (Vera-Villaroel 2014).

Pese al número elevado de ítems en alguno de los instrumentos, la complejidad para su comprensión y respuesta es mínima, por lo que el tiempo de aplicación en general no superará más de 30 minutos.

## **2.6 Procedimiento**

El proceso de la recolección de los datos para la investigación se realizó en tres etapas: solicitud y obtención de los permisos, reclutamiento de los participantes y recolección de los datos.

### *Solicitud y obtención de permisos*

Se solicitó la autorización y aprobación del protocolo de investigación por parte de los Comités de Investigación, Bioética y Bioseguridad de la Secretaría de Investigación y Posgrado (SIEP) de la Facultad de Enfermería de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP), donde se obtuvo el número de registro N° SIEP/BIO/INV/160/2024 y el oficio de solicitud para la recolección de los datos.

Contando con la aprobación se acudió a la jurisdicción sanitaria correspondiente a la institución pública de primer nivel de atención, primero al Área de Enseñanza e Investigación y posteriormente a la dirección general para solicitar la autorización de la recolección final de datos.

### *Reclutamiento de los participantes*

Una vez contando con la autorización por parte de la jurisdicción sanitaria, se acudió a la unidad de primer nivel donde se solicitó con el responsable del Área de Enseñanza en conjunto con la jefa de enfermeras un área para realizar la recolección de los datos para mantener la

confidencialidad, así como la comodidad del participante para asegurar en ese sentido su participación. Dicho lugar fue la sala de usos múltiples con la que cuenta la institución, la cual proveyó de privacidad y comodidad a los participantes, y que además de ellos solo tuvo acceso la investigadora principal.

Se estableció el plazo de recolección de datos (2 meses aproximadamente) y el horario en que se realizó (matutino 08:00 h a 15:00 h).

Se identificaron los pacientes que cumplían con los requisitos de inclusión en la consulta externa del turno matutino.

A continuación, se les invitó a las personas mayores a participar en la investigación, explicándoles el título y objetivo de investigación, así como los beneficios que aportarían con su participación. En caso de que decidieran no participar se les otorgó educación para salud con la finalidad de aumentar el conocimiento sobre el cuidado y manejo de la hipertensión arterial, así como un folleto ilustrativo al respecto y se les agradeció su tiempo otorgado.

#### *Recolección de datos*

A todos las PM que aceptaron participar se les explicó acerca de los cuestionarios que tuvieron que responder, así como la cantidad de preguntas y el tiempo aproximado que tardarían (30 min). Para poder corroborar que cumplieran con los criterios de inclusión se hizo la aplicación de un cuestionario filtro (Apéndice E) donde dependiendo de su resultado se determinó si continuaba con su participación, en caso de que no cumpliera con los criterios se le agradeció su tiempo y se le otorgó educación para salud con la finalidad de aumentar el conocimiento sobre el cuidado y manejo de la hipertensión arterial, así como un folleto ilustrativo al respecto y se les agradeció su tiempo otorgado.

En caso de que se cumplieran con los criterios, se le entrego primeramente el consentimiento informado para autorizar su participación por escrito, en caso de no saber firmar se contó con una almohadilla dactilar para que pudieran plasmar su huella. Se procedió a la aplicación de los instrumentos verbalmente y se anotó la respuesta en el cuestionario.

Al finalizar la aplicación los instrumentos se resguardaron en un sobre manila para proteger la información, se les entrego una copia del consentimiento informado, se agradeció por su participación y se le otorgo educación para salud con la finalidad de aumentar el conocimiento sobre el cuidado y manejo de la hipertensión arterial, mediante la entrega de un folleto contextualizado, que en su mayoría estuvo conformado de imágenes y palabras o expresiones clave, de fácil comprensión. Se facilito una liga y/o código QR para llevar a una explicación más ampliada a través de algún video educativo para la salud.

El resguardo de los instrumentos se hizo en un cajón cerrado con llave al que solo tuvo acceso la investigadora y la tutora de esta, por un tiempo no mayor a 3 años.

Finalmente, se informará a los participantes que, en caso de tener interés de conocer los resultados del proyecto de investigación, podrán expresar esta solicitud en un correo específico (sg223450057@alm.buap.mx), de igual manera se les proporciono un número telefónico en caso de tener dificultades para el envío del correo.

## **2.7 Ética del Estudio**

La presente investigación respeto el artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que establece el derecho a la protección de la salud (Secretaría General [SG], 2024), así mismo, el investigador se registró bajo Código de Ética para Enfermeras y Enfermeros de México en los principios respeto, autonomía al permitir decidir si participa o se reserva el hacerlo, privacidad, fidelidad, y veracidad.

Así mismo, la presente investigación se apegó a las normas que garantizan la dignidad, protección de derechos y bienestar, por lo que se consideró la Ley General de Salud en Materia de Investigación (SS, 2014).

En donde se tomó en cuenta el Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13 que declara que en toda investigación la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio de respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

También se tomó en cuenta con el Artículo 14 en sus fracciones V, VI, VII, por lo que se contó con un consentimiento informado, en el cual el participante tuvo conocimiento de los objetivos y procedimiento de la investigación, y así poder determinar si es participe o no de la investigación, a su vez se contó con la autorización aprobación de la SIEP y del Comité de Bioética y Bioseguridad y de Investigación de la Facultad de Enfermería y de las autoridades de la institución donde se realizó.

Para la validez del consentimiento informado, se hizo conforme a los artículos 20, 21 y 22, fue realizado por escrito y fue enviado para su aprobación por parte de los Comités de Investigación de Bioética y Bioseguridad de la SIEP, una vez autorizado en el proceso de recolección de datos se entregó por escrito y se le pidió que sea firmado, en caso de no saber firmar se solicitó que plasmara su huella digital, se explicó verbal y por escrito de forma clara los objetivos, los procedimientos, los riesgos o molestias, aclaración de dudas, así como la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin que esto represente alguna afectación como paciente de la institución a la que pertenece y sin represarías por parte del investigador. Así mismo se le hizo entrega de una copia del consentimiento informado para tener conocimiento acerca de la investigación en la que ha participado.

Además, para dar cumplimiento al Artículo 16 la identidad de los participantes solo fue del conocimiento del investigador, sin embargo, no se le identifico con ningún dato personal como nombre utilizando para ello códigos alfanuméricos, así como la respuesta de los instrumentos fue de manera privado e individual donde se le dará libertad y no se sienta presionado, observado o intimidado. La investigación fue considerada de sin riesgo, de acuerdo con el Artículo 17, fracción I dado que solo se utilizaron cuestionarios que respondieron a lápiz no se realizó ninguna intervención o modificación de variables fisiológicas, psicológicas y sociales.

## **2.8 Análisis Estadístico**

El procesamiento de los datos se hizo a través del paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 26 para Windows. Para poder dar respuesta a los objetivos específicos se utilizó estadística descriptiva donde se obtuvieron medidas de tendencia central, frecuencias y porcentajes, esto para describir la población de estudio y las variables.

Se midió la consistencia interna de los instrumentos utilizados (Escala de Rutinas de Salud Familiar, Cuestionario SF-12: Calidad de Vida Relacionada con la Salud), mediante el coeficiente de confiabilidad de Alfa de Cronbach. Posteriormente para el cumplimiento del objetivo general se empleó estadística inferencial, primero se realizó el análisis la distribución de los datos a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov al ser más de 50 datos, para demostrar si la distribución es normal o no normal, donde de acuerdo con el resultado se establecerá la utilización de una prueba paramétrica o no paramétrica.

El resultado al reflejar no normalidad se utilizó una Rho de Spearman.

## Capítulo III

### Resultados

En este capítulo se presentan los resultados obtenidos en el siguiente orden: 1. Características sociodemográficas de la muestra, 2. Análisis descriptivo de los instrumentos, 3. Consistencia interna de los instrumentos y 4. Análisis inferencial.

#### 3.1 Características sociodemográficas de la muestra

Para cubrir el objetivo específico número 1 respecto a describir las características sociodemográficas de la muestra de estudio, se presenta la tabla 1.

Para complementar los datos de la tabla anterior, se puede observar que del total de la muestra  $n=169$ , la media de la edad fue de 70.95 años ( $\pm 6.9$ ), donde de acuerdo con el sexo, el porcentaje mayor correspondió a mujeres con un 72.8% y el estado civil, el 68% de la muestra no cuenta con una pareja. Respecto al ámbito laboral, el 77.6% de la muestra no tiene una ocupación actual remunerada. El tiempo de años de haber recibido el diagnóstico de hipertensión arterial, tuvo un promedio de 13.96 años ( $\pm 12.54$ ), con valores que oscilaron entre 1 y 50 años. Respecto a las comorbilidades, el 40.8% manifestó padecer una comorbilidad, la principal la diabetes tipo 2 con un 39.1%.

**Tabla 1**  
*Características sociodemográficas de la muestra*

Variable	<i>f</i>	%
<i>Personales</i>		
Sexo		
Hombre	46	27.2
Mujer	<b>123</b>	<b>72.8</b>
Estado civil		
Soltero (a)	46	27.2
Casado (a)	42	24.9
Divorciado (a)	19	11.2
Viudo (a)	<b>50</b>	<b>29.6</b>
Unión libre	12	7.1
Ocupación actual		
Empleado u obrero (a)	34	20.1
Labores domésticas	<b>111</b>	<b>65.7</b>
Jubilado	11	6.5
Ninguna	5	3
Desempleado (a)	4	2.4
Profesionista	4	2.4
<i>Diagnóstico médico</i>		
Comorbilidad		
Si	<b>69</b>	<b>40.8</b>
No	100	59.2
Comorbilidad presente		
Diabetes tipo 2	<b>66</b>	<b>39.1</b>
Enfermedad renal	2	1.2
Ninguna	101	59.8

*Nota:* Elaboración propia, *f*= frecuencia, %= porcentaje

*n*=169

Dentro de la composición familiar, el promedio de los integrantes de la familia fue de 3.8 ( $\pm 2.5$ ), así como el 40.8% de los participantes pertenecía a familias extensas y refirió vivir en familias compuestas de hermanos hijos, madre, yerno, sobrinos, nietos y/o bisnietos. El 79.4% de los participantes identificaron a un miembro de su familia como el cuidador principal y el 4.7% refirió no identificar a nadie como su cuidado (ver Tabla 2).

**Tabla 2***Características sociodemográficas de la muestra*

Variable	<i>f</i>	%
<i>Composición de la familia</i>		
Personas con las que vive		
Pareja	22	13
Hijos	11	6.5
Hermanos	5	3
Otros	<b>131</b>	<b>77.5</b>
Tipo de familia		
Nuclear	47	27.8
Extensa	<b>69</b>	<b>40.8</b>
Monoparental	42	24.9
Reconstituida	11	6.5
Cuidador principal		
Esposo (a)	30	17.8
Hija/hijo	<b>85</b>	<b>50.3</b>
Hijos	15	8.9
Hermanos	4	2.4
Otros	27	15.9
Nadie	8	4.7

Nota: Elaboración propia, *f*= frecuencia, %= porcentaje

*n*=169

### 3.2 Confiabilidad de los instrumentos

La consistencia interna de los instrumentos de medición se realizó mediante el alfa de Cronbach. Para medir las rutinas de salud familiar se utilizó la Escala de Rutinas de Salud Familiar (Kanjawetang et al. 2009) y el para la calidad de vida de relacionada con la salud se empleó el Cuestionario SF-12 (Alonso *et al.*, 2002) (ver Tabla 3).

**Tabla 3***Consistencia interna de la Escala de Rutinas de Salud Familiar y Cuestionario SF - 12*

<i>Instrumento</i>	<i>No. de reactivos</i>	<i>α de Cronbach</i>
1. Escala de Rutinas de Salud Familiar	70	<b>.862</b>
2. Cuestionario SF-12 Calidad de Vida Relacionada con la Salud	12	<b>.804</b>

Nota: Valores obtenidos de la base de datos recolección final

*n*= 169

El tamaño de la confiabilidad mediante el alfa de Cronbach de ambos instrumentos es de efecto bueno según Burns y Grove (2016).

### 3.3. Análisis descriptivo de los instrumentos

En cumplimiento de los objetivos específicos 2 y 3 para determinar las rutinas de salud familiares experimentadas desde la cosmovisión de la persona mayor con hipertensión arterial y la calidad de vida relacionada con la salud se presenta la tabla 4.

**Tabla 4**

*Descripción de los instrumentos aplicados*

<i>Variable</i>	$\bar{X}$	<i>DE</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>Mdn</i>
Rutinas familiares					
Escala de Rutinas de Salud Familiar	<b>86.86</b>	5.46	69	97	85.71
Calidad de vida					
Cuestionario SF 12: Calidad de Vida Relacionada con la Salud	<b>69.89</b>	17.8	16	100	72.80

*Nota:* Valores obtenidos de la base de datos de recolección final;  $\bar{X}$  = media, DE = desviación estándar, Min = valor mínimo, Max = valor máximo, Mdn = mediana  
n=169

De los instrumentos aplicados, los valores brutos se transformaron en índices de 0 al 100 para poder facilitar el análisis estadístico, mediante medidas de tendencia. En ambos instrumentos mantuvieron medias altas, de acuerdo con las características de los instrumentos, indica en el primer caso se muestran mejores rutinas en salud familiar y en el caso del segundo caso indican una mejor calidad de vida relacionada con la salud.

### 3.4 Análisis inferencial

Previo al análisis inferencial, se determinó la normalidad de las variables por medio de la prueba Kolmogorov-Smirnov. Tanto para las rutinas familiares como para la calidad de vida no se obtuvo significancia estadística ( $p = .066$  y  $p = .001$  respectivamente). Los resultados muestran normalidad en la distribución de los datos. Sin embargo, al no cumplir con los postulados para la correlación paramétrica, realizó una correlación de Spearman (ver Tabla 4).

**Tabla 5***Correlación de Rho de Spearman*

<i>Variable</i>	<i>Calidad de Vida Relacionada con la Salud</i>	
	<i>r<sub>s</sub></i>	<i>p</i>
Escala de Rutinas de Salud Familiar	<b>.431</b>	<b>.003</b>
Autocuidado	.190	.014
Seguridad y prevención	.200	.009
Salud mental	.191	.013
Cuidado familiar	.233	.002
Rutinas de agencia de cuidado	-.030	.702
Cuidado de la enfermedad	.233	.002

*Nota:* Valores obtenidos de la base de datos de recolección final de datos  $r =$  Prueba de correlación de Spearman;  $p$  = significancia estadística  $n = 169$

Para dar cumplimiento al objetivo general se realizó una correlación, los resultados mostraron una correlación positiva, con un tamaño de efecto moderado ( $r_s = .431$ ) de acuerdo con la clasificación de Cohen (1988); con significancia estadística ( $p = .003$ ).

Para complementar el punto anterior se realizó una correlación de las subescalas de las Rutinas de Salud Familiar con la CVRS; sin embargo, se encontraron en la mayoría de los casos una correlación positiva, con un tamaño de efecto débil y con significancia estadística excepto en la subescala de rutinas de agencia del cuidado.

Para dar respuesta a la hipótesis planteada en este estudio y determinar el porcentaje de varianza explicada de la calidad de vida relacionada con salud en función de las rutinas de salud familiar, las variables se sometieron a un modelo de regresión lineal simple, obteniendo un resultado estadísticamente significativo, en donde la  $R^2 = .174$ ,  $p = .005$ ,  $F = 8.095$ . Por lo tanto, el coeficiente de determinación obtenido ( $R^2$ ) indica que el 17.4% de la calidad de vida es explicada por la variabilidad de las rutinas de salud familiar.

## Capítulo IV

### Discusión

La presente investigación tuvo el objetivo de determinar la relación de las rutinas familiares en salud y la calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores con hipertensión arterial pertenecientes a una unidad de primer nivel de atención de la ciudad de Puebla, a continuación, se discuten los resultados.

Es importante destacar previamente, que la evidencia del fenómeno de investigación del presente trabajo ha sido mínima, ya que el abordaje de las variables rutinas familiares de salud y calidad de vida, en su conjunto han sido poco exploradas, por lo tanto, la mayor parte de la literatura con la que se discuten los hallazgos es indirectamente relacionada. Lo anterior, demuestra la importancia del estudio y justifica su abordaje.

Los resultados obtenidos, confirman la relevancia y vigencia de la atención a temas de salud relacionados con las enfermedades no transmisibles en población de personas mayores, en este caso la hipertensión arterial, siendo ésta uno de los principales problemas de salud de este grupo etario, el cual no solo afecta a la persona que la padece, sino que además repercute en la familia y de la familia hacia el individuo, hay un efecto de relación. El análisis de las principales características sociodemográficas de los participantes en la presente investigación, evidenció que un alto porcentaje correspondió al sexo mujer, situación similar encontrada por Duran-Badillo et al. (2022) y Villareal et al. (2021), quienes estudiaron personas mayores con hipertensión arterial en México y en Costa Rica respectivamente, además Duran-Badillo et al. (2022) estudiaron variables como la funcionalidad familiar, mientras que Villareal et al. (2021) el apoyo familiar, ambos conceptos que guardan similitud con la variable del presente estudio.

En cuanto a la ocupación, en su mayoría se encontraba sin una ocupación remunerada, esto debido a que se dedicaban a labores domésticas, situación que se asemeja con lo hallado por Ramírez-Girón et al. (2022), esta situación presenta relación con el sexo predominante en la población de estudio, concordando con lo evidenciado por el INEGI (2021), en donde se destaca que las mujeres siguen teniendo la responsabilidad de labores del hogar sin remuneración.

Respecto a la edad, la media fue similar a lo encontrado por García-Barrera et al. (2022) y Villareal et al. (2021), a medida que avanza el envejecimiento, aumenta la incidencia de condiciones crónicas no transmisibles como la hipertensión arterial, lo que guarda correspondencia con los resultados y datos descritos que confirman las prevalencias señaladas en México en la ENSANUT (2023). Al respecto, se hace relevante la observación de que las mujeres siguen siendo vulnerables a afectaciones a la salud y los recursos de apoyo se pueden ver limitados solo a la familia puesto que su contexto de vida está centrado en este grupo. De ahí la importancia de incidir en la familia para lograr un beneficio en la salud de cada uno de sus miembros.

Por otro lado, en cuanto al estado civil, la mayoría de los participantes mencionaron no contar con una pareja, situación que se asemeja a lo encontrado por Valdez-Huirache y Álvarez-Bocanegra (2019), así como lo encontrado en la ENSANUT (2023), donde la prevalencia más alta de HA fue en personas que no contaban con pareja. Si bien es cierto que el estado civil no es un condicionante determinante para la presencia de la enfermedad o su agravamiento, sí es importante vislumbrar que al ser personas adultas mayores, las rutinas diarias, se pueden encontrar sujetas a lo que establezca algún otro miembro familiar (hijo o hija, hermanos y otros parientes) y no precisamente tener una participación directa o toma de decisión sobre las

actividades diarias que pueden impactar sobre la enfermedad, como por ejemplo, la alimentación.

El tiempo de haber recibido el diagnóstico de hipertensión arterial, no es una variable que se haya discutido en estudios relacionados; sin embargo, en la presente investigación se obtuvo un promedio cercano a la desviación estándar, esto debido a que se presentaron rangos amplios en los años del diagnóstico ocasionado por diagnósticos a edades tempranas; esta situación del diagnóstico es evidenciado por en la ENSANUT (2023), en donde se presentaron edades similares recibir el diagnóstico. En este punto, es importante considerar que los años que se lleva conviviendo con la enfermedad se tendrían que sumar a los años perdidos en los que el diagnóstico se desconocía, puesto que son importantes para afectar la calidad de vida de la persona. Si durante este tiempo, no se han realizado cambios sustanciales en las formas de vida y las rutinas familiares en salud que favorezcan la disminución del impacto de la enfermedad en la persona adulta mayor, y por el contrario se mantengan aquellas perjudiciales o se adopten nuevas que no beneficien a la mejora de la salud, podría ser un factor condicionante para que se desencadenen complicaciones y se merme aún más la calidad de vida. Aunado a esto, la presencia de comorbilidades como diabetes tipo 2, como sucedió en este estudio donde poco menos de la mitad la padecen, aumentan el riesgo.

En el tipo de familia al que pertenecían las personas mayores casi la mitad de los participantes pertenecía a familias extensas, contrario a lo encontrado por Mercado-Solís et al. (2021) donde más de dos tercios de los participantes pertenecían a familias de tipo nuclear. Lo anterior pudiera estar relacionado con el hecho de que son personas sin pareja, y que pudieran estar viviendo con familiares, por ejemplo, estar adjuntos a la familia nuclear de alguno de los hijos, lo que retirar lo mencionado antes, en donde probablemente se tengan que adaptar a las

rutinas familiares en salud de ese núcleo, las cuales no precisamente favorezcan a su estado de salud actual.

Pese a la reflexión anterior, en este estudio se encontró que el nivel de las rutinas familiares se mostró en niveles altos, lo cual significó una mejor percepción de ellas, por parte de la persona adulta mayor, lo cual se asemeja a lo encontrado por Ramírez-Girón et al. (2020), quienes identificaron díadas familiares, donde una de ellas era persona mayor y presentaba una ENT en México. Las rutinas familiares permiten sobrellevar mejor las crisis y estas son adquiridas a lo largo de la vida según Friedemann (1995), así como estas son flexibles y cambiantes. Por lo tanto, una evidencia probable, de la adecuación de las rutinas familiares en salud, es que la persona adulta mayor se encontraba en un entorno clínico y participaba de las actividades institucionales para el cuidado de su salud.

Respecto a la calidad de vida, se identificó que en la mayoría fue clasificada como buena. Estos hallazgos coinciden con García-Barrera et al. (2022); sin embargo, se contrasta con lo que encontrado por Durán-Badillo et al. (2022) y Valdez-Huirache y Álvarez-Bocanegra (2019), en donde solo la mitad de los participantes presentaron una buena calidad de vida, esto debido a que identificaron variables que afectaron directamente el nivel de calidad de vida y que en esta investigación no fueron consideradas, como son el apoyo social y la práctica de las actividades religiosas. Asimismo, cabe señalar que esta investigación solo se consideró desde la cosmovisión o perspectiva de la persona adulta mayor. Si bien es cierto, las medias fueron altas, podría ser necesario la indagación de otras variables, pero además la participación de otros miembros familiares, principalmente aquellos que toman decisiones sobre la forma de vida o rutinas familiares en salud que se asumen en la familia.

En cuanto al objetivo general, se encontró una correlación positiva moderada; y se presentó significancia estadística. Los hallazgos de esta correlación coinciden con los estudios de Ramírez-Girón et al. (2022), García et al. (2018) y Valdez-Huirache y Álvarez-Bocanegra (2019) que realizaron correlaciones de las rutinas familiares con variables como la salud familiar que se asimila a la variable de estudio y con calidad de vida y variables similares como apoyo familiar.

En relación con los hallazgos obtenidos, estos se alinean con lo propuesto por Friedemann (1995), donde dentro del mantenimiento del sistema podemos encontrar a las rutinas familiares que son adquiridas a lo largo de la vida, permiten afrontar mejor las crisis (en este caso, la enfermedad de hipertensión arterial en la persona adulta mayor) y además son flexibles y adaptables siendo, complementa la calidad de vida que se considera como parte de la coherencia al ser un concepto multidimensional. Esto debido a que las rutinas familiares influyen directamente en la capacidad de la persona para el desarrollo en sus actividades cotidianas, no solo a nivel físico, sino también en los ámbitos social y emocional. Así, la presencia de rutinas familiares sólidas puede favorecer una mejor percepción de calidad de vida, al brindar estructura, apoyo y adaptación, más allá de la mera ausencia de enfermedad.

Aunque se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre algunas subescalas de las rutinas de salud familiar y la calidad de vida relacionada con la salud, estas relaciones fueron débiles; en particular, las subescalas de autocuidado y salud mental mostraron una menor significancia esto podría explicarse por el hecho de que dichas subescalas involucran comportamientos personales como prácticas dietéticas, higiene, patrones de sueño y descanso, así como aspectos relacionados con la autoestima, la ocupación, la recreación y el manejo del estrés, dado que estos factores están influenciados por la cosmovisión y percepción subjetiva de

las personas mayores, es probable que esa interpretación personal afecte la fuerza de la correlación observada.

En la subescala de rutinas de agencia de cuidado se observó una correlación negativa débil y sin significación estadística. Dicha subescala involucra enseñanzas sobre la salud, como saber mantener la salud, la prevención de enfermedades, el suministro del cuidado y las acciones de apoyo entre los integrantes de la familia. Esta débil correlación podría indicar que, aunque estas prácticas están presentes en las familias es posible que al centrarse más en el entorno familiar y al ser vistas desde la cosmovisión de la persona mayor, tengan un impacto no percibido por ellos, lo que limitaría su impacto en la calidad de vida de las personas mayores.

Adicionalmente, se realizó un análisis de regresión lineal simple en donde se obtuvo un resultado significativo y en el cual si bien las rutinas familiares en salud explicaron la varianza en la calidad de vida relacionada con la salud, esta es limitada, datos que se asemejan a los obtenidos por Valdez-Huirache y Álvarez-Bocanegra (2019) en donde el apoyo social explicaba cerca del 50% de la calidad de vida, a diferencia del estudio de Ramírez-Girón et al. (2020), donde en menos del 20%, las rutinas familiares explicaron la salud familiar. La capacidad predictiva limitada se puede estar presentado por la presencia de factores no medidos como los aspectos culturales asociados a la rutina en familia, por otro lado, quizás la necesidad de que la variable de rutinas de salud familiar sea medida a más de un miembro familiar, así como la calidad de vida.

#### **4.1 Conclusiones**

A partir de los resultados obtenidos se puede concluir que existe una relación estadísticamente significativa entre las rutinas de salud familiar y la calidad de vida relacionada

con la salud de las personas mayores con hipertensión arterial, en este caso fue positiva, es decir, a medida que son mejores las rutinas de salud familiar, la calidad de vida relacionada con la salud tiende a aumentar.

Los resultados contribuyen al fortalecimiento de la disciplina de enfermería, ya que aportan al conocimiento del comportamiento de las rutinas familiares enfocadas a la salud tales como la alimentación, el sueño-descanso, entre otras y su impacto en la calidad de vida de la persona adulta mayor. Si bien es cierto, que el enfoque de este estudio estuvo centrado en la cosmovisión del individuo con la enfermedad, se vislumbra de manera indirecta el efecto que se tiene de una variable sobre la otra, y la sensación de seguridad ante la condición de salud que se tiene. Es por ello por lo que, adquiere importancia la profundización del estudio de las rutinas familiares, desde la percepción de todos los miembros familiares y su efecto en la calidad de vida relacionada con la salud, de cada uno de ellos; para el mantenimiento de la congruencia en la estabilidad familiar y el control, a través de un manejo adecuado del mantenimiento del sistema, como lo establece Friedemann, pero siempre considerando la posibilidad de cambio de ser necesario. Es ahí donde el profesional de enfermería tiene un campo de acción amplio para intervenir en el entorno familiar y en las acciones personales que se llevan a cabo para mejorar la salud.

#### **4.2 Recomendaciones**

Se considera pertinente que en futuras investigaciones considerar la medición de las variables desde la cosmovisión de al menos dos miembros familiares, por ejemplo, la persona blanco y su cuidador principal, o inclusive todos los integrantes de la familia. Principalmente, identificar si las rutinas de salud familiar están siendo decididas y ejecutadas en la misma medida

y si el efecto en su calidad de vida como familia se relaciona positiva y fuertemente con los miembros de la familia, así como se presentó en el presente estudio con la persona adulta mayor.

De igual manera, considerar el hogar de las personas blanco, como un contexto idóneo para la medición de las variables, ya que podría ser que el estar en un ambiente clínico controlado por el investigador, pudo limitar o afectar las respuestas.

Considerar un estudio mixto para poder profundizar en la calidad de vida y en las rutinas de salud familiar de las personas mayores con hipertensión arterial.

Contemplar variables sociodemográficas que pueden afectar las variables como la religión o el pertenecer a grupos sociales.

## Referencias

- Becerra-Partida, E. N., & Villegas-Galindo, C. (2021) Funcionalidad familiar en la adherencia terapéutica del paciente con hipertensión arterial sistémica en primer nivel de atención. *Revista CONAMED*, 26(2), 57-67. doi: 10.35366/100348
- Campos-Nonato, I., Hernández-Barrera, L., Flores-Coria, A., Gómez-Álvarez, E., & Barquera S. (2019). Prevalencia, diagnóstico y control de hipertensión arterial en adultos mexicanos en condición de vulnerabilidad. Resultados de la Ensanut 100k. *Salud Publica México*, 61:888-897. <https://doi.org/10.21149/10574>
- Campos-Nonato, I., Oviedo-Solís, C., Vargas-Meza, J., Ramírez-Villalobos, D., Medina-García, C., Gómez-Álvarez, E., Hernández-Barrera L., & Barquera, S. (2023). Prevalencia, tratamiento y control de la hipertensión arterial en adultos mexicanos: resultados de la Ensanut 2022. *Salud Pública México*, 65(supl 1). <https://doi.org/10.21149/14779>
- Cogollo-Jiménez, R., Amador-Ahumada, C., & Villadiego-Chamorro, M. (2019). El cuidado de la salud de la familia. *Duazary*, 16(2): 345-355. <https://doi.org/10.21676/2389783X.3157>
- Comisión Interinstitucional de Enfermería (2001). *Código de Ético para las Enfermeras Enfermeros en México*. <https://amdeu.com.mx/images/codigo.pdf>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2018) *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*. [https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programas/ninez\\_familia/material/ley-derechos-adultos-mayores.pdf](https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/programas/ninez_familia/material/ley-derechos-adultos-mayores.pdf)
- Consejo Estatal de Población. (2020). *Puebla en Cifras*. Gobierno de Puebla. <https://coespo.puebla.gob.mx/puebla-en-cifras>
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Artículo 4º. 1917 (México)

- Coutiño-Rodríguez, E. M. R., Arroyo-Helguera, O. E., & Helbert-Doctor, L. A. (2020). Envejecimiento biológico: Una revisión biológica, evolutiva y energética. *Revista Fesahancccal*, 6(2), 20-31.  
<https://www.revistafesahancccal.org/index.php/fesahancccal/article/view/54>
- Crespo, C., Santos, S., Canavarro, M. C., Kielpikowski, M., Pryor, J., & Féres-Carneiro, T. (2013). Family Routines and Rituals in the context of Chronic Conditions: a review. *International Journal of Psychology*, 48(5), 729-746.  
<https://doi.org/10.1080/00207594.2013.806811>
- Cruz-Aranda, J. E. (2019). Manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor. *Medicina Interna de México*, 35(4), 515-524. <https://doi.org/10.24245/mim.v35i4.2444>
- Denham, S. (2003). Family Health: a framework for nursing.  
<http://www.diabetesfamily.net/family/family-health-model/textbook/>
- Diéz, J., & Lahera, V. (2001). Hipertensión arterial. Aspectos fisiopatológicos. *Clínica de Investigación Arteriosclerosis*, 13(2), 80-84. <https://www.elsevier.es/es-revista-clinica-e-investigacion-arteriosclerosis-15-pdf-S0214916801787694>
- Dirección General de Epidemiología (2025). Boletín epidemiológico. Sistema de Vigilancia Epidemiológica. Semana 06.  
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/872991/sem06.pdf>
- Duran-Badillo, T., Herrera Herrera, J. L., Salazar Barajas M. E., Mireles Alonso, M. E., Oria Saavedra, M., & Ruiz Cerino, J. M (2022). Funcionamiento familiar y calidad de vida en adultos mayores con hipertensión arterial. *Ciencia y enfermería*, 28(3).  
<http://dx.doi.org/10.29393/ce28-3fftj60003>

- Flores-Herrera B. I., Castillo-Muraira Y., Ponce-Martínez D., Miranda-Posadas C., Peralta-Cerda E. G. & Durán-Badillo T. (2018). Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una perspectiva desde el contexto familiar. *Revista Enfermería del IMSS*; 26(2), 83-88. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80647>
- Friedemann, M. L. (1995). *The Framework of systemic organization: a conceptual approach to families and nursing*. Thousand. Sage Publications.
- García-Barrera, A. E., Horta-Roa, L. F., Bautista-Roa, M. A., Ibáñez-Pinilla, E., & Cobo-Mejía, E. A. (2022). Calidad de vida y percepción de la salud en personas mayores con enfermedad crónica. *Revista Salud Bosque*, 12(1), 1-13. <https://doi.org/10.18270/rsb.v12i1.3278>
- García, S., B., Báez, H., F. J., Flores, M., M., García, M., G. (2018). Efecto de las características, funcionalidad y rutinas sobre la salud familiar en DT2. En *Coloquio Internacional de Enfermería 2018*. <https://coloquioenfermeria2018.sld.cu/index.php/coloquio/2018/paper/view/550>
- Gobierno del Puebla. (2024). *Detección, tratamiento y control de hipertensión arterial*. Ventanilla Digital Puebla. [https://ventanilla.puebla.gob.mx/web/fichaAsunto.do?opcion=0&asas\\_ide\\_asu=2239&ruta=/web/asuntosMasUsuales.do?opcion=0!periodo=0](https://ventanilla.puebla.gob.mx/web/fichaAsunto.do?opcion=0&asas_ide_asu=2239&ruta=/web/asuntosMasUsuales.do?opcion=0!periodo=0)
- Gomes do Nascimento, R., Cardoso, R. de O., Lima dos Santos, Z. N., da Silva Pinto, D., & Colino M., C. M. (2019). Rutinas de familias de ancianos ribereños amazónicos y reestructuración de papeles en la vejez. *Ciencias Psicológicas*, 13(1), 164-170. <https://doi.org/10.22235/cp.v13i1.1818>

Hernández-Vásquez, A., Carrillo Morote, B. N., Azurin Gonzales, V. C., Turpo Cayo, E. Y., Azañedo, D. (2023). Análisis espacial de la hipertensión arterial en adultos peruanos, 2022. *Arch Peru Cardiol Cir Cardiovasc.* 2023;4(2):48-54. doi: 10.47487/apcyccv.v4i2.296.

Hernández, S., R. (2014). *Metodología de la investigación.* (6ª ed). McGraw-Hill.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021). *Estadísticas a propósito del día Internacional de las Personas Adultas Mayores.*  
[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP\\_ADULMAYO\\_R\\_21.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_ADULMAYO_R_21.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2022). *Estadísticas a propósito del día Internacional de la Personas Adultas Mayores.*  
[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP\\_ADULMAY2022.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_ADULMAY2022.pdf)

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2023). *Encuesta nacional sobre salud y envejecimiento en México (ENASEM) y encuesta de evaluación cognitiva 2021.*  
[https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM\\_21.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2023/ENASEM/ENASEM_21.pdf)

Instituto Nacional de Geriatría (2019). *Boletín INGER.* 2(3).  
[https://anmm.org.mx/PESP/archivo//INGER/Boletin\\_Abril2019.pdf](https://anmm.org.mx/PESP/archivo//INGER/Boletin_Abril2019.pdf)

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2022). *Hipertensión arterial en personas adultas mayores.* <https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/hipertension-arterial-en-personas-adultas-mayores?idiom=es>

- Jiménez, A., D., Casado, M., P. R., Santos, F., R. S., Jiménez, A., D., & Hernández, R., G. (2019). Percepción de la calidad de vida en pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo II. *Revista de Ciencias Médicas de la Habana*;26(1), 54-62.  
<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=88506>
- Kanjanawetang, J., Yunibhand, J., Chaiyawat, W., Wu, Y. W., & Denham, S. A. (2009). Thai Family Health Routines: scale development and psychometric testing. *The Southeast Asian journal of tropical medicine and public health*, 40(3), 629–643.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19842451/>
- Martínez, M. P., & Gallardo, I. (2020). Evaluación de la confiabilidad y validez de constructo de la Escala de Calidad de Vida en Salud SF-12 en población chilena (ENCAVI 2015-6). *Revista Médica de Chile*. 148, 1568-1576. <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v148n11/0717-6163-rmc-148-11-1568.pdf>
- Mercado-Solís, C. M., García-Cadena, C. H., Sánchez Carballo, A., & Alvarado-Reséndiz, R. M. (2021). Salud familiar y rutinas de autocuidado en familias con un miembro con diabetes mellitus tipo 2. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 12(2), 05-23.  
<https://doi.org/10.29059/rpcc.20211210-135>
- Moreno-Tochihuitl, M., Gallegos-Cabriales, E. C., Salazar-González, B. C., & Domínguez-González, E. (2018). Teoría de rango medio: Procesos familiares que predicen el descontrol glucémico en diabetes mellitus 2. *Journal Health NPEPS*, 3(2), 634-648.  
<https://doi.org/10.30681/252610102929>
- Naciones Unidas (2023). *Panorama del envejecimiento y tendencias demográficas en América Latina y el Caribe*. <https://www.cepal.org/es/enfoques/panorama-envejecimiento->

- tendencias-demograficas-america-latina-caribe#:~:text=En%201950%2C%20la%20regi%C3%B3n%20contaba,4%25%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20regional
- Organización Mundial de la Salud (2020). *Década de Envejecimiento Saludable 2020-2030*.  
[https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action?sfvrsn=b4b75ebc\\_](https://www.who.int/es/publications/m/item/decade-of-healthy-ageing-plan-of-action?sfvrsn=b4b75ebc_)
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Directriz para el tratamiento farmacológico de la hipertensión en adultos*. <https://iris.who.int/handle/10665/364491>.
- Organización Mundial de la Salud (2023). *Hipertensión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Organización Panamericana de la Salud (2020). *HEARTS: Mejorar el control de la hipertensión en 3 millones de personas. Experiencias de los países sobre la elaboración e implementación de programas*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53146>
- Organización Panamericana de la Salud (2023). *Enfermedades no transmisibles*.  
<https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
- Polit, D., & Tatano, C. B. (2018). *Investigación en enfermería* (9a ed.). Wolter Kluwer
- Pinargote Parrales, G. L., & Alcívar Molina, S. A. (2020). La familia en el cuidado de los adultos mayores. *Revista Cognosis*, 5, 179. <https://doi.org/10.33936/cognosis.v5i0.2324>
- Ramírez-Girón, N., Valles-Medina, A. M., Trujillo-Olivera, L. E., & García-Solano, B. (2020). Efecto del contexto, rutinas y funcionamiento en la salud de familias mexicanas con diabetes tipo 2. *Ciencia y enfermería*, 26(17). <https://doi.org/10.29393/ce26-10ecna40010>
- Ramírez-Vélez, R., Agredo-Zuñiga, R. A., & Jerez-Valderrama, A. M. (2010). Confiabilidad y valores normativos preliminares del cuestionario de salud SF-12 (Short Form 12 Health

- Survey) en adultos colombianos. *Revista Salud Pública*. 12(5).  
[https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/rsap/v12n5/v12n5a11.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rsap/v12n5/v12n5a11.pdf)
- Rendón-Torres, L., Sierra-Rojas, I., Benavides-Guerrero, C., Botello-Moreno, Y., Guajardo-Balderas, V. & García-Perales L. (2021). Factores predictores del deterioro cognitivo en personas mayores de 60 años. *Enfermería Clínica*, 31(91).  
<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.10.026>
- Rodríguez-Santamaría, Y., Moreno-Tochihuitl, M., Juárez-Medina, L. L., Márquez-Vargas, P. M., Cadena-Santos, F., & Lerma-Valdez, A. (2022). Rutinas de salud y síntomas emocionales en adultos durante el aislamiento social. *Acta Universitaria*, 32, 1-11.  
<https://doi.org/10.15174/au.2022.3182>
- Salazar, C., P. M., Rotta, R., A., & Otiniano, C., F. (2016). Hipertensión en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana*, 27(1), 60-66.  
[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2016000100010](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2016000100010)
- Secretaría de Gobernación (2015). *Decreto Promulgatorio de la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, adoptada en Washington D.C., Estados Unidos de América, el quince de junio de dos mil quince. Diario Oficial de la Federación.*  
[https://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5686151&fecha=20/04/2023#gsc.tab=0](https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5686151&fecha=20/04/2023#gsc.tab=0)
- Secretaría de Salud (2021). *Programa de Acción Específico. Atención del Envejecimiento.*  
[https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/706938/PAE\\_PAM\\_cF.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/706938/PAE_PAM_cF.pdf)

- Secretaría de Salud (2023). *En México, más de 30 millones de personas padecen hipertensión arterial: Secretaría de Salud*. <https://www.gob.mx/salud/articulos/en-mexico-mas-de-30-millones-de-personas-padecen-hipertension-arterial-secretaria-de-salud#:~:text=En%20M%C3%A9xico%2C%20m%C3%A1s%20de%2030,Salud%20%7C%20Gobierno%20%7C%20gob.mx>
- Sierra, B., C., & Coca, P., A. (2002). La hipertensión arterial en el anciano. *Medicina Integral*, 40(10). <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la-hipertension-arterial-el-anciano-13041793>
- Valdez-Huirache, M. G., & Álvarez-Bocanegra, C. (2018). Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de Medicina Familiar. *Horizonte sanitario*, 17(2), 113-121. <https://doi.org/10.19136/hs.a17n2.1988>
- Vásquez, M., A., & Horta, R., L. (2018). Enfermedad crónica no transmitible y calidad de vida. Revisión narrativa. *Revista Facultad Ciencias de la Salud. Universidad del Cauca*, (20)1, 33-40. <https://revistas.unicauca.edu.co/index.php/rfcs/article/view/944>
- Vera-Villaroel, P., Silva, J., Celis-Atenas K., & Pavez P. (2014). Evaluación del cuestionario SF-12: verificación de la utilidad de la escala. *Revista Médica Chile*, (142), 1275-1283. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v142n10/art07.pdf>

## APÉNDICES



9. Rol que desempeña en la familia: \_\_\_\_\_

10. Tipo de familia: 1. Nuclear \_\_\_\_\_ 2. Reconstituida \_\_\_\_\_ 3. Extensa \_\_\_\_\_

3. Monoparental (padre o madre) \_\_\_\_\_ 5. Otra (especificar) \_\_\_\_\_

11. ¿A quién idéntica o reconoce como su cuidador principal? \_\_\_\_\_

**Benemérita Universidad Autónoma de Puebla**  
**Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado**  
**Facultad de Enfermería**  
**Escala de Rutinas de Salud Familiar**  
**Autor: Kanjanawetang et al., 2009**  
**Apéndice B**

No. de Folio \_\_\_\_\_

Instrucciones:

Lea las siguientes afirmaciones y decida con qué frecuencia su familia realiza cada una de estas rutinas. Por favor, marque con una X la casilla en blanco que exprese mejor la situación real de rutinas en salud de su familia.

"Nunca" significa que esta situación nunca o casi nunca se hace.

"Rara vez" significa que esta situación se hace pocas veces.

"A veces" significa que esta situación se hace varias ocasiones, pero no es cotidiana.

"Siempre" significa que esta situación se realiza de forma habitual o todos los días.

Ítem	Rutinas de salud familiar	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
1.	Consumimos alimentos saludables como: carne, leche, verduras, fruta, huevo y pan.	1	2	3	4
2.	Desinfectamos las verduras y las frutas antes de comerlas.	1	2	3	4
3.	Nos gusta comer la carne casi cruda o medio cruda.	1	2	3	4
4.	Compramos comida hecha sin fijarnos si tiene mucha o poca sal, o conservadores.	1	2	3	4
5.	Compramos alimentos frescos sin saber si están contaminados con insecticidas u otro veneno.	1	2	3	4
6.	Nos gusta comer galletas, refrescos con gas y frutas en conserva	1	2	3	4

No. de Folio \_\_\_\_\_

Ítem	Rutinas de salud familiar	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
7.	No dormimos muy bien.	1	2	3	4
8.	Tomamos medicinas para el dolor o para dormir, antes de irse a la cama.	1	2	3	4
9.	Nos aseamos muy bien las uñas de pies y manos.	1	2	3	4
10.	Usamos ropa limpia y seca.	1	2	3	4
11.	Nos lavamos las manos antes de comer.	1	2	3	4
12.	Nos lavamos las manos al regresar del trabajo o antes de salir de casa.	1	2	3	4
13.	Nos cepillamos los dientes mínimo dos veces al día.	1	2	3	4
14.	Cada vez que hacemos deporte o actividad física le dedicamos al menos 30 minutos.	1	2	3	4
15.	Disfrutamos las caricaturas, videos o internet pornográficos.	1	2	3	4
16.	Tenemos relaciones sexuales riesgosas que pueden producir enfermedades y embarazos no deseados.	1	2	3	4
17.	Tenemos relaciones sexuales con personas diferentes a nuestra pareja.	1	2	3	4
18.	Usamos cuchara para servir los alimentos (no usan la personal).	1	2	3	4
19.	Hacemos lo necesario para mantenernos con el cuerpo caliente cuando hace frio.	1	2	3	4
20.	Evitamos la picadura de mosquitos.	1	2	3	4
21.	Eliminamos los criaderos de mosquitos que se encuentran alrededor de la casa.	1	2	3	4

No. de Folio \_\_\_\_\_

Ítem	Rutinas de salud familiar	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
22.	Ventilamos las habitaciones de la casa, abriendo puertas y ventanas.	1	2	3	4
23.	Sacamos la basura para que la recoja el camión recolector.	1	2	3	4
24.	No colocamos los cuchillos y navajas en un lugar seguro.	1	2	3	4
25.	Checamos los aparatos eléctricos y los carros frecuentemente para verificar que sean seguros.	1	2	3	4
26.	Cerramos bien el gas de la estufa, o apagamos completamente el fuego después de cocinar.	1	2	3	4
27.	Cortamos el zacate (o la hierba) limpiamos y sacamos lo que no se usa, de manera que no haya lugar donde se escondan animales venenosos	1	2	3	4
28.	Tenemos problemas o desacuerdos con otros (fuera de la familia).	1	2	3	4
29.	Algunos amigos son delincuentes.	1	2	3	4
30.	Fumamos cigarros.	1	2	3	4
31.	Tomamos cerveza o alcohol hasta emborracharnos.	1	2	3	4
32.	Consumimos drogas que nos hacen sentir felices y con mucha energía como la marihuana, las anfetaminas, éxtasis.	1	2	3	4
33.	Tomamos cerveza mientras trabajamos.	1	2	3	4
34.	Damos y recibimos lo necesario.	1	2	3	4

35.	Nos apoyamos, consolamos y animamos unos a otros.	1	2	3	4
-----	---	---	---	---	---

No. de Folio \_\_\_\_\_

Ítem	Rutinas de salud familiar	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
36.	Externamos nuestra preocupación de unos por otros preguntándonos si estamos bien.	1	2	3	4
37.	Nos felicitamos cuando alguno hace un buen trabajo.	1	2	3	4
38.	En nuestra familia, nos perdonamos si hemos hecho algo mal.	1	2	3	4
39.	Damos oportunidad de que cada quien decida lo que quiere hacer.	1	2	3	4
40.	Estamos en contacto y siempre visitamos a otros parientes.	1	2	3	4
41.	Expresamos gratitud a los padres y a las personas que nos ayudan.	1	2	3	4
42.	Donamos cosas o dinero a quienes las necesitan o hacemos alguna actividad en beneficio de ellos.	1	2	3	4
43.	Somos adictos a las revistas, videojuegos o internet.	1	2	3	4
44.	Faltamos al trabajo o la escuela.	1	2	3	4
45.	Llegamos tarde al trabajo o la escuela.	1	2	3	4
46.	Resolvemos los problemas con el corazón en lugar de la razón.	1	2	3	4
47.	Tomamos alcohol para relajarnos.	1	2	3	4
48.	Hablamos para arreglarnos si estamos enojados.	1	2	3	4

49.	Somos felices de hacer juntos actividades en la casa.	1	2	3	4
50.	Nos divertimos mucho	1	2	3	4

No. de Folio \_\_\_\_\_

Ítem	Rutinas de salud familiar	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
51.	Festejamos las tradiciones y costumbres.	1	2	3	4
52.	Realizamos actividades religiosas juntos.	1	2	3	4
53.	Hay comida suficiente para todos.	1	2	3	4
54.	Compramos ropa suficiente para todos.	1	2	3	4
55.	Limpiamos la casa para nuestra familia.	1	2	3	4
56.	Algunas veces tenemos que pedir dinero prestado.	1	2	3	4
57.	Nos aconsejamos para comer sano y nutritivo.	1	2	3	4
58.	Nos advertimos y aconsejamos para evitar enfermedades.	1	2	3	4
59.	Estamos atentos para evitar accidentes dentro y fuera de la casa	1	2	3	4
60.	Nos advertimos y aconsejamos y de ser necesario prohibimos el consumo de drogas, cigarros, alcohol, juegos o materiales pornográficos.	1	2	3	4
61.	Nos aconsejamos para tener buenas amistades.	1	2	3	4
62.	Nos animamos y apoyamos unos a otros para ayudar y corresponder a quien nos ayude.	1	2	3	4
63.	Nos alentamos mutuamente, para ser honestos respetuosos y confiables.	1	2	3	4

64.	Somos conscientes del bien común.	1	2	3	4
65.	Nos animamos mutuamente para ayudar y asistir a otras personas.	1	2	3	4

No. de Folio \_\_\_\_\_

Ítem	Rutinas de salud familiar	Nunca	Rara vez	A veces	Siempre
66.	Si alguien se siente mal no nos preocupamos de llevarlo al médico hasta que está gravemente enfermo	1	2	3	4
67.	Solo elegimos hospitales donde el tratamiento le corresponde al médico o enfermera.	1	2	3	4
68.	Cuando alguien se enferma lo ayudamos, lo consolamos y permanecemos juntos.	1	2	3	4
69.	Nuestros enfermos no toman los medicamentos recetados por el médico.	1	2	3	4
70.	Nos encargamos de los enfermos para que puedan seguir los consejos del médico.	1	2	3	4

**Benemérita Universidad Autónoma de Puebla**  
**Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado**  
**Facultad de Enfermería**  
**Cuestionario SF12: calidad de vida relacionada con la salud**  
**Autor: Alonso et al., 2002**  
**Apéndice C**

No. de Folio \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Para cada una de las siguientes preguntas, por favor marque con una X la casilla que mejor corresponda a su respuesta.

	Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
1. En general, usted diría que su salud es:	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿Cuánto?					
	Si, me limita mucho.	Sí, me limita un poco.	No, no me limita nada.		
2. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora.	1	2	3		
3. Subir varios pisos por la escalera.	1	2	3		
Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?					
	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
4. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2	3	4	5
5. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2	3	4	5

No. de Folio \_\_\_\_\_

Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?					
	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
6. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?	1	2	3	4	5
7. ¿Hizo su trabajo o sus actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre, por algún problema emocional?	1	2	3	4	5
	Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	1	2	3	4	5
Las preguntas que siguen se refieren a cómo usted se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia...					
	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
9. ¿Se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5
10. ¿Tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5
11. ¿Se sintió desanimado y deprimido?	1	2	3	4	5

12. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

**Benemérita Universidad Autónoma de Puebla**  
**Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado**  
**Facultad de Enfermería**  
**Consentimiento Informado**  
**Apéndice D**

No. de Folio \_\_\_\_\_

Puebla, Pue., a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_

**Título de la investigación:** Relación de las rutinas familiares y calidad de vida en la persona mayor con hipertensión arterial.

**Investigador Responsable:** LE. María Guillermina Sánchez González

**Prólogo:** Estamos interesados en conocer las rutinas en salud familiar y la calidad de vida relacionada con la salud de las personas mayores con hipertensión arterial y como se relacionan entre sí, influyendo con su padecimiento. Por tal motivo se pide su consentimiento para participar y formar parte de esta investigación. Si decide participar deberá firmar o plasmar su huella este documento donde expresa su acuerdo en participar de manera libre y voluntaria teniendo conocimiento del propósito, beneficios y riesgos del estudio.

**Objetivo:** Determinar la relación de las rutinas en salud familiares y la calidad de vida relacionada con la salud de la persona mayor con hipertensión arterial.

**Descripción:** Si usted, desea participar en la presente investigación se le solicitará firmar el consentimiento informado, y responder los instrumentos de lápiz y papel, los cuales serán aplicados dentro de la institución de salud, protegiendo en todo momento la confidencialidad del participante. La información recolectada será resguardada bajo llave por el autor principal. La participación no tendrá ninguna repercusión, así mismo tendrá la libertad de retirar el consentimiento informado y con ello, la participación en el estudio.

**Riesgos:** La participación en este estudio, no conlleva ningún tipo de riesgo. Por lo cual, si usted se siente incapacitado, incomodo o no desea seguir contestando los instrumentos puede retirarse en el momento que lo desee.

**Beneficios esperados:** Tengo claro que no tendré beneficios directos, sin embargo, entiendo que los resultados de esta investigación pueden en futuro, ayudar a las personas mayores a identificar mejor las acciones cotidianas que afectan su calidad de vida y su relación con la hipertensión arterial y así mejorar las condiciones de salud. Así mismo recibiré por parte de la investigadora educación en salud respecto a la hipertensión arterial.

**Autorización para uso y distribución de la información:** La única persona que conocerá la información recabada será la responsable de la investigación, información de la que se hará uso responsable en todo momento. En caso, de que la investigación sea publicada en forma de artículo científico, no significa que se publicara información individualizada de los participantes. Debido a que la información será recolectada de manera anónima y confidencial.

**Preguntas:** si tiene alguna pregunta como participante en este estudio, podrá comunicarse con la investigadora al correo electrónico [sg223450057@alm.buap.mx](mailto:sg223450057@alm.buap.mx) o al número 22 11 94 06 96, mismos medios a los que en caso de tener interés acerca de los resultados de la investigación podrá comunicarse.

**Consentimiento:** Autorizo de manera voluntaria y libre mi participación en esta investigación. He leído la información que se presenta en este documento y mis preguntas han sido contestadas. De igual forma, comprendo que puedo retirar mi participación en el momento que lo decida, así mismo, que no estoy renunciando a ningún derecho como participante, así como que recibiré una copia del consentimiento que estoy firmando.

**Conflicto de intereses:** La autora declara no haber conflicto de intereses.

---

Firma del participante

---

Firma del investigador

---

Firma del testigo

**Benemérita Universidad Autónoma de Puebla**  
**Secretaría de Investigación y Estudios de Posgrado**  
**Facultad de Enfermería**  
**Cuestionario Filtro**  
**Apéndice E**

No. de Folio \_\_\_\_\_

1. ¿Cuántos años tiene con diagnóstico de HA? \_\_\_\_\_
2. ¿Con cuántas personas vive en su casa? \_\_\_\_\_
3. ¿Cuánto tiempo convive con ellos al estar en casa? \_\_\_\_\_
4. ¿Cómo se llama? \_\_\_\_\_
5. ¿Cuál es la fecha de día de hoy? \_\_\_\_\_
6. ¿En qué día de la semana estamos? \_\_\_\_\_
7. ¿En qué lugar nos encontramos? \_\_\_\_\_
8. ¿Cómo se llama el centro de salud? \_\_\_\_\_
9. ¿Ha estado hospitalizado en los últimos 2 años? \_\_\_\_\_

*Si la respuesta es "si" continuar, en caso de que sea "no" se evaluará si se puede proseguir a la aplicación de los instrumentos.*

10. ¿Cuál fue el motivo de su estancia en el hospital? \_\_\_\_\_
  11. ¿Qué indicación recibió por parte del médico al ser dado de alta?
- \_\_\_\_\_