



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.  
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), septiembre-octubre 2026,  
Volumen 10, Número 5.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rem.v10i5](https://doi.org/10.37811/cl_rem.v10i5)

## **RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO Y EL AUTOCUIDADO EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES DE LA UMF NO 73 DE SALTILLO, COAHUILA**

**RELATIONSHIP BETWEEN THE LEVEL OF KNOWLEDGE  
AND SELF-CARE IN HYPERTENSION AMONG PATIENTS AT  
FAMILY MEDICINE UNIT NO. 73 IN SALTILLO, COAHUILA**

**Brenda Sarahi Cruz De La Rosa**

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

**Pedro Alberto Rodriguez Campos**

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

**Ruth Martinez Fajardo**

Instituto Mexicano del Seguro Social, México

DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v10i5.26217](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i5.26217)

## Relación entre el Nivel de Conocimiento y el Autocuidado en Hipertensión Arterial en pacientes de la UMF No 73 de Saltillo, Coahuila

**Brenda Sarahi Cruz De La Rosa<sup>1</sup>**[bsarahi110295@gmail.com](mailto:bsarahi110295@gmail.com)<https://orcid.org/0009-0001-5796-8069>Instituto Mexicano del Seguro Social  
Unidad de Medicina Familiar N°73  
Saltillo, Coahuila, México**Pedro Alberto Rodríguez Campos**[Pedrordzb77@gmail.com](mailto:Pedrordzb77@gmail.com)Instituto Mexicano del Seguro Social  
Unidad de Medicina Familiar N°73  
Saltillo, Coahuila, México**Ruth Martínez Fajardo**[martfar@gmail.com](mailto:martfar@gmail.com)<https://orcid.org/0009-0008-4292-171X>Instituto Mexicano del Seguro Social  
Unidad de Medicina Familiar N°73  
Saltillo, Coahuila, México

### RESUMEN

El Objetivo de este estudio fue Analizar la relación entre el nivel de conocimiento sobre Hipertensión y el nivel de autocuidado en pacientes de la UMF No. 73 de Saltillo, Coahuila. Se realizó un estudio transversal analítico de diciembre 2024 a febrero 2025 en pacientes con Hipertensión Arterial adscritos a la UMF No. 73 de Saltillo, Coahuila. Se calculó una muestra de 374 participantes. Se aplicó un cuestionario y dos instrumentos validados. Se calcularon frecuencias y porcentajes y se evaluó la relación entre ambas variables mediante Tau-b de Kendall y rho de Spearman. El grupo de edad más frecuente fue de 41 a 50 años y predominó sexo femenino. La mayoría tiene autocuidado de 72.8% y conocimiento de 84%. En la asociación entre el nivel de conocimiento y autocuidado mediante rho de Spearman se obtuvo un coeficiente de 0.034 ( $p=0.515$ ). La asociación entre el tiempo de evolución de Hipertensión arterial y nivel de autocuidado se evaluó mediante chi cuadrada de Pearson ( $p=0.698$ ).

**Palabras claves:** hipertensión, autocuidado, conocimiento, atención primaria de la salud, medicina familiar

---

<sup>1</sup> Autor principal

Correspondencia: [bsarahi110295@gmail.com](mailto:bsarahi110295@gmail.com)

## **Relationship between the level of knowledge and self-care in hypertension among patients at Family Medicine Unit No. 73 in Saltillo, Coahuila**

### **ABSTRACT**

The objective of this study was to analyze the relationship between the level of knowledge about hypertension and the level of self-care in patients at Family Medicine Unit No. 73 in Saltillo, Coahuila. An analytical cross-sectional study was conducted from December 2024 to February 2025 in patients with arterial hypertension registered at Family Medicine Unit No. 73 in Saltillo, Coahuila. A minimum sample size of 374 participants was calculated. A questionnaire and two validated instruments were administered. Frequencies and percentages were calculated, and the relationship between both variables was evaluated using Kendall's Tau-b and Spearman's rho. The most frequent age group was 41 to 50 years, and females predominated. Most have self-care at 72.8% and knowledge at 84%. Spearman's rho correlation coefficient for the association between knowledge level and self-care was 0.034 ( $p=0.515$ ). The association between duration of hypertension and self-care level was assessed using Pearson's chi-squared test ( $p=0.698$ ).

**Keywords:** hypertension, self-care, knowledge, primary health care, family medicine

*Artículo recibido 18 agosto 2026  
Aceptado para publicación: 24 septiembre 2026*



## **INTRODUCCIÓN**

Las enfermedades crónicas son consideradas una problemática de salud pública, ya que se encuentran dentro de las primeras 10 causas de muerte a nivel mundial. Las 2 primeras causas de muerte son la enfermedad cardíaca isquémica y la enfermedad cerebrovascular, siendo la HAS la principal enfermedad de dichas complicaciones (Serrano et al., 2022).

Existen distintos factores asociados con la HAS, de predominio conductuales como la dieta no saludable, falta de actividad física y algunos otros factores metabólicos como la obesidad, diabetes y dislipidemias. (Campos-Nonato et al., 2019).

### **Definición**

La HAS está definida como la elevación de la presión arterial sistólica ( $>140$  mmHg), acompañado o no de presión arterial diastólica ( $>90$  mmHg), es considerada una enfermedad poligénica, la cual puede afectarse por la presencia de factores ambientales, como los hábitos de vida inadecuados o el sedentarismo (Rivera Ledesma et al., 2019).

### **Epidemiología**

En México, cerca de 25.5 millones de personas mayores de 19 años son portadores de HAS, del total de la población, el 40% lo ignora. Del 60% de la población que se conoce portadora, solo el 50% se encuentra en tratamiento y de este porcentaje, la mitad presenta cifras de control  $<140/90$  mmHg (Rosas et al., 2020).

En el 2018, la prevalencia de HAS en Coahuila fue del 22.4%, mientras que en la ciudad de Saltillo alcanzó el 24.5%. De acuerdo con las cifras del panorama epidemiológico de 2021: a nivel nacional, México ha mostrado una disminución en los casos de HAS desde el 2013. Para el año 2021, Coahuila registró 405 casos por cada 100 mil habitantes, lo que refleja esta tendencia a la baja en la incidencia de la HAS en la región (Campos-Nonato et al., 2019).

### **Etiología**

La Hipertensión primaria, también conocida como Hipertensión esencial, es un trastorno complejo cuya patogenia no se comprende completamente. A continuación, se resumen algunos aspectos clave sobre su origen y factores de riesgo asociados:



Factores Genéticos, factores Ambientales, alteraciones en la Función Cardiovascular y Renal: Cambios en la estructura y función del sistema cardiovascular y renal son centrales en la patogenia. Por ejemplo, la alteración en la regulación del sistema renina-angiotensina-aldosterona puede afectar la presión arterial.

### **Factores de Riesgo**

Edad Avanzada, tabaquismo, historia Familiar, inactividad Física, obesidad, otros Factores: Además, factores como el consumo excesivo de sal, el estrés, el consumo de alcohol y ciertas condiciones médicas (como la diabetes) pueden aumentar el riesgo.

### **Diagnóstico**

La medición convencional de la presión arterial en consultorio (MAPA) es el método más estudiado para evaluar la presión arterial y mediante el cual se ha establecido el diagnóstico de HAS, dentro del diagnóstico de HAS en el consultorio, se encuentra que hasta el 30% de los pacientes con Hipertensión de bata blanca y/o Hipertensión enmascarada no se detectan, por tal motivo se considera de gran importancia el Monitoreo Domiciliario de la Presión Arterial (MDPA) y la Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA), ya que el uso de tales técnicas es apropiado para poder confirmar el diagnóstico de HAS y poder llevar un mejor control de los pacientes (Muntner et al., 2019).

Las directrices del Colegio Estadounidense de Cardiología y la Asociación Estadounidense del Corazón (ACC/AHA) para el diagnóstico de la Hipertensión, establecen lo siguiente:

- \* Presión arterial elevada, cuando la presión sistólica (PAS) está entre 120 y 129 mmHg y la presión diastólica (PAD) es inferior a 80 mmHg,
- \* Hipertensión en etapa 1, cuando la PAS se encuentra entre 130 y 139 mmHg o la PAD está entre 80 y 89 mmHg.
- \* Hipertensión en etapa 2, con una PAS de 140 mm Hg o mayor o una PAD de 90 mm Hg o mayor (Fuchs & Whelton, 2020).

### **Tratamiento**

El tratamiento de la HAS se debe abordar multifactorialmente, basado en intervenciones no farmacológicas como lo son una nutrición de calidad, actividad física regular, mantener un peso normal,



suspender alcohol y tabaco además de reducción de ingesta de sodio, todo esto junto con el tratamiento farmacológico (CENETEC, 2021).

En cuanto al tratamiento farmacológico, el JNC-8 sugiere lo siguiente:

\* Comenzar el tratamiento farmacológico en personas con diabetes mellitus (DM) y enfermedad renal crónica (ERC) con cifras  $>140/90$  mm Hg. Para DM el tratamiento debe incluir diurético tiazídico, un bloqueador de los canales de calcio, y un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o un antagonista de los receptores de angiotensina (ARA II); y para ERC debe comenzar con o incluir IECA/ARA II, independientemente de la raza o la presencia de DM.

\* Para personas de 60 años o más, iniciar tratamiento cuando la presión arterial  $>150/90$  mmHg.

\* En personas de entre 18 y 59 años, presión sistólica  $>140$  mm Hg (Rosas et al., 2020).

### **Autocuidado y conocimiento**

El cuidado es una función natural indispensable para la vida, ya sea impartido por un tercero o el auto realizado, por lo que se consideran inherente a supervivencia de todo ser vivo. Al otorgar cuidado, se promueve y desarrolla aquello que hace vivir a las personas, por lo que, al cuidar, se promueve el objetivo de que se mantenga la vida (Téllez et al., 2021).

El total de acciones que las personas realizan voluntariamente para mantener su salud y bienestar sobre todo frente a una enfermedad crónica como la HAS, debe reforzarse mediante una buena capacitación, para que el paciente tenga todo el conocimiento de la enfermedad, incluyendo: los factores que la ocasionan, los síntomas asociados y sus posibles complicaciones, así como los cuidados necesarios (Lu et al., 2019).

Diversos trabajos, han mostrado que al igual que las nuevas tecnologías para el tratamiento y diagnóstico temprano, la implementación de acciones de tipo comunitario y, particularmente, la ejecución de políticas saludables son intervenciones altamente costo-efectivas y de gran impacto. Tras una intervención, se produce un aumento significativo de la conciencia de la enfermedad y una mejora en el control de la presión arterial, pasando la mayoría de los pacientes a la categoría de control parcial desde la categoría de no control antes de la intervención (Konlan et al., 2023).

Las medidas domiciliarias son importantes para evitar complicaciones y lograr una mejoría efectiva. La adherencia al autocuidado es baja entre los adultos con HAS porque los pacientes a menudo no están



dispuestos a realizar los cambios de comportamiento recomendado, especialmente en entornos donde el conocimiento de la salud es de bajo promedio (Okai et al., 2020; Barus et al., 2023).

El autocuidado y el manejo domiciliario de la HAS, al igual que otras enfermedades crónicas, implican varios cambios de comportamiento que requieren una adherencia óptima y eficaz a la medicación, autoeficacia y prevención de complicaciones (Konlan & Shin, 2023).

Okai DE menciona que el número de medicamentos que el paciente ingiere también influye en la capacidad para controlar y mantener el autocuidado. Cuando los pacientes con HAS toman de tres a cuatro antihipertensivos al día, las probabilidades de tener una PA controlada se reducen un 68% (AOR = 0,32, IC del 95%: 0,18-0,57) en comparación con los que toman una o dos pastillas.

Barus, Mardiaty, et al., identificaron la gestión del autocuidado en pacientes con HAS mediante investigación descriptiva con un enfoque transversal en 136 personas. Los resultados mostraron que la gestión del autocuidado en pacientes con HAS se basó en la auto integridad con una categoría suficiente de 90 personas (72.7%), la autorregulación con 66 (48.5%), la interacción con otros trabajadores de la salud con una categoría suficiente de hasta 77 personas (56.6%), la basada en el monitoreo de otros trabajadores de la salud categoría suficiente de hasta 74 personas (54.4%), basado en el cumplimiento de la categoría de reglas recomendadas suficiente para 66 personas (48.5%) (Barus et al., 2023).

Konlan KD, et al., realizaron una revisión sistemática, en la que se evaluaron y sintetizaron los factores asociados con el autocuidado y el manejo domiciliario de la HAS, encontrando que, los factores demográficos que influyeron en el autocuidado en el hogar para la HAS fueron el género, la edad y el nivel socioeconómico. En contraste, los factores del tratamiento fueron la duración del tratamiento, la carga de medicación y la adherencia a la medicación. Otros factores que influyeron en el autocuidado fueron el conocimiento inadecuado del manejo de la PA, la atención de seguimiento y los factores de riesgo de la HAS (Campos-Nonato et al., 2019).

## **METODOLOGÍA**

Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal en pacientes de 30 a 70 años adscritos a la UMF No. 73, los cuales fueron reclutados mediante muestreo no probabilístico consecutivo, incluyendo a los pacientes que acudieron a consulta y cumplieron con los criterios de elegibilidad durante el periodo de estudio.



La participación de cada sujeto fue de aproximadamente 30 a 40 minutos. Previo a la recolección de datos, se proporcionó información detallada sobre el estudio y se resolvieron dudas de los participantes. Tras obtener el consentimiento informado por escrito, se aplicaron los cuestionarios para la recolección de información sociodemográfica, así como para evaluar el conocimiento y autocuidado relacionados con la HAS. Finalmente, se realizó la medición de la presión arterial de cada participante, registrándose los resultados junto con la información obtenida en los instrumentos de recolección de datos.

Se calculó una muestra mínima de 374 pacientes con HAS y finalmente se analizaron 375 cuestionarios completos. El cuestionario utilizado para obtener las variables sociodemográficas constó de 15 ítems, además se utilizaron dos instrumentos validados; el primero fue validado por el autor Campos-García A, et en el 2018 en España, mide autocuidados, también fue sometido por las autoras a una prueba de confiabilidad, el alfa de Cronbach; el cual tuvo un valor de 0.95.

Este instrumento permite medir el autocuidado en el adulto mayor, está conformado por nueve ítems y se divide en tres dimensiones:

- Dimensión 1: Física
  - Alto: más de 11 puntos
  - Medio: 7-11 puntos
  - Bajo: menos de 7 puntos
- Dimensión 2: Social
  - Alto: más de 11 puntos
  - Medio: 7-11 puntos
  - Bajo: menos de 7 puntos
- Dimensión 3: Interna
  - Alto: más de 11 puntos
  - Medio: 7-11 puntos
  - Bajo: menos de 7 puntos

Este instrumento tiene un total de 9 ítems, cada ítem con un valor mínimo de 0 y máximo de 5 dando un total de 45 puntos. Considerando lo siguiente: entre 0-21 puntos bajo, entre 22-32 medio y entre 33-45 alto.



El segundo instrumento midió conocimientos de HAS, fue validado por juicio de expertos por el autor Reventos-Estrada en el 2013 en España, cuenta con un alfa de Cronbach mayor a 0,75. Este instrumento categoriza a los conocimientos en adecuados cuando se obtiene más del 70% de respuestas correctas, es decir más de 14 preguntas; e inadecuados cuando no se cumple. Tiene 22 ítems dividido en seis dimensiones:

- Dimensión 1: Conceptos básico sobre HAS
- Dimensión 2: Riesgos de tener HAS
- Dimensión 3: Factores de riesgo asociados a la enfermedad
- Dimensión 4: Dieta
- Dimensión 5: Medicamentos
- Dimensión 6: Estilos de vida

#### **Proceso de reclutamiento**

Los participantes fueron reclutados mediante muestreo no probabilístico consecutivo, incluyendo a los pacientes que acudieron a consulta y cumplieron criterios de elegibilidad durante el periodo de estudio. Al finalizar la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, se procedió a la captura de los datos en Excel y fue utilizado el paquete estadístico SPSSv26.0.

#### **Análisis estadístico**

Se realizó un análisis univariado, para variables cuantitativas reportadas como media y desviación estándar. Para el análisis bivariado se relacionó el nivel de conocimiento que tienen los pacientes con diagnóstico de HAS de la UMF No. 73 y como repercute en su autocuidado. Dado que las variables principales se analizaron en escala ordinal, la asociación entre nivel de conocimiento y nivel de autocuidado se evaluó mediante los coeficientes rho de Spearman y Tau-b de Kendall.

Se consideró significancia estadística con un valor de  $p < 0.05$ . Debido a que el nivel de conocimiento y el nivel de autocuidado se clasificaron en categorías ordinales, se optó por pruebas no paramétricas de correlación para evaluar la asociación entre ambas variables.



## RESULTADOS

En la población estudiada, el grupo de edad más frecuente fue de 41 a 50 años (32.8%) y predominó el sexo femenino (56.5%) como se muestra en la Tabla 1. Se destaca que, aunque la investigación se centró en la población general sin tener en cuenta su alfabetización el 37.9% de la población cursó secundaria. Otro dato importante para resaltar fue que 160 personas son empleadas por lo que cuentan con actividades laborales con un 42.7%, el uso de entre tres y cuatro medicamentos destaca la importancia de este grupo, ya que la mayoría de los individuos en este rango tiene una frecuencia de 54.4%. En cuanto al uso de más de cinco medicamentos, se registró en 21 participantes (5.6%).

En 205 personas, el tiempo de diagnóstico fue del 54.7% en el rango de 1-10. Al relacionarlo con el autocuidado utilizando Pearson, se obtiene  $p=0.698$ .

En las complicaciones, es notable la frecuencia elevada de eventos embólicos (24.3%) y de ERC (33.1%).

En promedio, cada paciente utiliza 2.8 medicamentos, más de la mitad se encuentra en polifarmacia moderada (3–4). La estructura del instrumento de recolección de datos se presenta en la Tabla 2.

**Tabla 1.** Datos sociodemográficos de los participantes

| <b>Edad</b>         | <b><i>n</i>=375</b> | <b>%</b>    |
|---------------------|---------------------|-------------|
| 30-40               | 74                  | 19.7        |
| 41-50               | <b>123</b>          | <b>32.8</b> |
| 51-60               | 98                  | 26.1        |
| 61-70               | 80                  | 21.3        |
| <b>Sexo</b>         |                     |             |
| Hombre              | 162                 | 43.2        |
| Mujer               | <b>213</b>          | <b>56.8</b> |
| <b>Escolaridad</b>  |                     |             |
| Primaria            | 56                  | 14.9        |
| Secundaria          | <b>142</b>          | <b>37.9</b> |
| Preparatoria        | 86                  | 22.9        |
| Licenciatura        | 63                  | 16.8        |
| Técnico             | 28                  | 7.5         |
| <b>Ocupación</b>    |                     |             |
| Empleado            | <b>160</b>          | <b>42.7</b> |
| Desempleado         | 66                  | 17.6        |
| Jubilado            | 96                  | 25.6        |
| Ama de casa         | 53                  | 14.1        |
| <b>Estado civil</b> |                     |             |
| Soltero             | 55                  | 14.7        |
| Casado              | <b>251</b>          | <b>66.9</b> |
| Unión libre         | 45                  | 12.0        |
| Viudo               | 24                  | 6.4         |



**Tabla 2.** Componentes del instrumento de medición.

| <b>Tiempo</b>                          | <b>n=375</b> | <b>%</b>    |
|----------------------------------------|--------------|-------------|
| 1-10                                   | <b>205</b>   | <b>54.7</b> |
| 11-20                                  | 141          | 37.6        |
| >21                                    | 29           | 7.7         |
| <b>Complicación</b>                    |              |             |
| IC                                     | 49           | 13.1        |
| ERC                                    | <b>124</b>   | <b>33.1</b> |
| Embolia                                | 91           | 24.3        |
| IAM                                    | 36           | 9.6         |
| IVP                                    | 54           | 14.4        |
| Ocular                                 | 21           | 5.6         |
| <b>Número de medicamentos</b>          |              |             |
| 1-2                                    | 150          | 40          |
| 3-4                                    | <b>204</b>   | <b>54.4</b> |
| >5                                     | 21           | 5.6         |
| <b>Actividad física</b>                |              |             |
| Nunca                                  | 110          | 29.3        |
| 1-3                                    | <b>221</b>   | <b>58.9</b> |
| >5                                     | 44           | 11.7        |
| <b>Tabaquismo</b>                      |              |             |
| Si                                     | 126          | 33.6        |
| No                                     | <b>249</b>   | <b>66.4</b> |
| <b>Etilismo</b>                        |              |             |
| Si                                     | 162          | 43.2        |
| No                                     | <b>213</b>   | <b>56.8</b> |
| <b>Consumo de proteínas</b>            |              |             |
| 1 vez a la semana                      | 98           | 26.1        |
| 2 veces a la semana                    | <b>277</b>   | <b>73.9</b> |
| <b>Consumo de frutos</b>               |              |             |
| Ninguno                                | 86           | 22.9        |
| 1-3                                    | <b>263</b>   | <b>70.1</b> |
| 4-5                                    | 26           | 6.9         |
| <b>Consumo de alimentos procesados</b> |              |             |
| Frecuente                              | <b>262</b>   | <b>69.9</b> |
| Muy frecuente                          | 113          | 30.1        |

En cuanto a la actividad física, se observa que alrededor del 30% es sedentario, mientras que cerca del 60% realiza ejercicio (aunque no se cuenta con información sobre su intensidad). Un tercio de los pacientes fuma y casi la mitad consume alcohol. La mayoría consume frutas al menos 1–3 veces por semana, sin embargo, el 23% no consume frutas. El 69.9% consumen alimentos procesados.

En relación con el autocuidado y conocimiento sobre la enfermedad, la mayoría está en autocuidado medio (72.8%), con pocos en alto (~16%) y alrededor de 1 de cada 9 con autocuidado bajo. Se destaca que, en conocimiento sobre HAS, la gran mayoría tiene conocimiento adecuado (84%) Tabla 3.



Se realizó un análisis de correlación no paramétrica para evaluar la relación entre el nivel de conocimiento sobre HAS y el nivel de autocuidado en los pacientes incluidos en el estudio. La asociación principal entre el nivel de conocimiento y nivel de autocuidado se evaluó mediante rho de Spearman, obteniéndose un coeficiente de 0.034 ( $p=0.515$ ), lo que indicó una correlación positiva de magnitud despreciable y sin significancia estadística. La asociación entre el tiempo de evolución de la HAS y el nivel de autocuidado se evaluó mediante prueba de chi cuadrada de Pearson, sin observarse asociación estadísticamente significativa ( $p=0.698$ ).

**Tabla 3.** Distribución del nivel de autocuidado y del nivel de conocimiento en pacientes con Hipertensión

| <b>Autocuidado</b>  | <b>n=375</b> | <b>%</b>    |
|---------------------|--------------|-------------|
| <b>Bajo</b>         | 43           | 11.5        |
| <b>Medio</b>        | <b>273</b>   | <b>72.8</b> |
| <b>Alto</b>         | 59           | 15.7        |
| <b>Conocimiento</b> |              |             |
| <b>Inadecuado</b>   | 60           | 16          |
| <b>Adecuado</b>     | <b>315</b>   | <b>84</b>   |

## DISCUSIÓN

En el presente estudio se analizó la relación entre el nivel de conocimiento sobre HAS y el nivel de autocuidado en pacientes de la UMF No. 73 de Saltillo, Coahuila. Los resultados mostraron que, aunque la mayoría de los pacientes presentó un nivel adecuado de conocimiento sobre HAS (84%), el nivel de autocuidado predominante fue medio (72.8%), y solo un pequeño porcentaje presentó un autocuidado alto (15.7%). Asimismo, el análisis de correlación no mostró una relación estadísticamente significativa entre ambas variables. El hallazgo de conocimiento alto con autocuidado predominantemente medio podría explicarse no solo por factores conductuales y socioculturales, sino también por la diferencia conceptual entre saber y hacer, así como por las limitaciones inherentes a los instrumentos de autorreporte.

Estos resultados coinciden con lo reportado en investigaciones recientes que señalan que el conocimiento sobre la enfermedad no necesariamente se traduce en conductas adecuadas de autocuidado. Diversos estudios han demostrado que los pacientes pueden poseer información suficiente

sobre su enfermedad, pero aun así presentar dificultades para modificar hábitos relacionados con la dieta, la actividad física o la adherencia terapéutica (Konlan & Shin, 2023).

Otro hallazgo relevante del presente estudio fue la presencia de factores de riesgo asociados al estilo de vida, como sedentarismo, consumo de alcohol, tabaquismo y consumo frecuente de alimentos procesados. Estos resultados son consistentes con investigaciones recientes que han demostrado que los hábitos de vida poco saludables continúan siendo uno de los principales factores que dificultan el control adecuado de la HAS, incluso en pacientes que reciben tratamiento farmacológico (Campos-Nonato et al., 2019).

Asimismo, se identificó que una proporción considerable de pacientes utiliza múltiples medicamentos para el control de la HAS, lo que sugiere la presencia de polifarmacia moderada dentro de la población estudiada. La literatura reciente señala que el uso de múltiples medicamentos puede influir en la adherencia terapéutica y en la capacidad del paciente para mantener conductas adecuadas de autocuidado, especialmente en enfermedades crónicas que requieren tratamiento prolongado (Okai et al., 2020).

Por lo tanto, los resultados del presente estudio resaltan la importancia de fortalecer estrategias integrales de promoción de la salud en el primer nivel de atención, que no se limiten únicamente a la educación teórica del paciente, sino que incluyan intervenciones multidisciplinarias dirigidas a promover cambios reales en el estilo de vida, mejorar la adherencia terapéutica y fortalecer el autocuidado en pacientes con HAS.

Entre las principales limitaciones del estudio se encuentra el muestreo no probabilístico consecutivo, que reduce la posibilidad de generalizar los resultados a toda la población adscrita; el diseño transversal, que impide establecer temporalidad o causalidad; y el uso de instrumentos de autorreporte, susceptibles a sesgo de memoria y deseabilidad social. Asimismo, el instrumento de autocuidado fue validado originalmente en población adulta mayor, lo cual debe considerarse al interpretar los hallazgos.

## **CONCLUSIONES**

Los resultados mostraron que no hubo una relación significativa entre el nivel de conocimiento y el nivel de autocuidado. Estos hallazgos sugieren que el conocimiento sobre la enfermedad, aunque es un elemento importante para el manejo de la HAS, no es suficiente por sí solo para garantizar conductas



adecuadas de autocuidado, ya que intervienen otros factores individuales, sociales y culturales que influyen en el comportamiento del paciente. Por lo tanto, es fundamental fortalecer las estrategias de promoción de la salud y educación en el primer nivel de atención, mediante intervenciones integrales que incluyan el acompañamiento del paciente, la participación familiar y el desarrollo de programas comunitarios orientados a mejorar el control de la HAS. Dado el carácter transversal y no probabilístico del estudio, los hallazgos deben interpretarse con cautela y no permiten establecer relaciones causales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baglietto-Hernández, J. M., Mateos-Bear, A., Nava-Sánchez, J. P., Rodríguez-García, P., & Rodríguez-Weber, F. (2020). Level of knowledge in high blood pressure in patients with this disease of Mexico City. *Medicina Interna de México*, 36(1), 1–14.  
<https://doi.org/10.24245/mim.v36i1.2844>
- Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. (2021). Promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención: Guía de práctica clínica. CENETEC. <https://www.cenetec-difusion.com/gpc-sns/>
- Fuchs, F. D., & Whelton, P. K. (2020). High blood pressure and cardiovascular disease. *Hypertension*, 75(2), 285–292.
- Konlan, K. D., & Shin, J. (2023). Determinants of self-care and home-based management of hypertension: An integrative review. *Global Heart*, 18(1), 16.
- with hypertension in Ghana: An integrated review. *International Journal of Environmental Health Research*, 33(11), 1132–1147.
- Kreutz, R., Brunström, M., Burnier, M., Grassi, G., Januszewicz, A., Muiesan, M. L., et al. (2024). 2024 European Society of Hypertension clinical practice guidelines for the management of arterial hypertension. *European Journal of Internal Medicine*, 126, 1–15.  
<https://doi.org/10.1016/j.ejim.2024.05.033>
- Lu, X., Yang, H., Xia, X., Lin, J., Liu, F., & Gu, D. (2019). Interactive mobile health intervention and blood pressure management in adults. *Hypertension*, 74(3), 697–704.



- Morales-Villegas, E. C., Yarleque, C., & Almeida, M. L. (2023). Management of hypertension and dyslipidemia in Mexico: Evidence, gaps, and approach. *Archives of Cardiology of Mexico*, 93(1), 77–87. <https://doi.org/10.24875/ACM.21000330>
- Muntner, P., Einhorn, P. T., Cushman, W. C., Whelton, P. K., Bello, N. A., Drawz, P. E., et al. (2019). Blood pressure assessment in adults in clinical practice and clinic-based research. *Journal of the American College of Cardiology*, 73(3), 317–335.
- Okai, D. E., Manu, A., Amoah, E. M., Laar, A., Akamah, J., & Torpey, K. (2020). Patient-level factors influencing hypertension control. *BMC Cardiovascular Disorders*, 20, 123.

