



Universidad Nacional Autónoma de México
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia



LICENCIATURA EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

NOMBRE DE LA TESIS:

**EFFECTO DE UNA INTERVENCION EDUCATIVA EN LA CALIDAD DE
VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.
MÉXICO, 2012**

TESIS GRUPAL

**PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADAS EN
ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA**

PRESENTAN

**CORTÉS OLGUÍN DHEENI AZYADE
EUGENIO RETANA MARTHA BELÉM
NAVA RÍOS VANESSA**

**No. Cta. 30106642-8
No. Cta. 40510621-9
No. Cta. 40809223-4**

DIRECTOR DE TESIS: L.E.O. Y M.S.P. REY ARTURO SALCEDO ÁLVAREZ

NOVIEMBRE 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIAS

A Dios

Por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante toda mi carrera y la vida.

A mis Padres y Hermanos

A mis padres Gloria y Melchor a quienes agradezco profundamente, les dedico esta tesis por haberme brindado su apoyo y comprensión durante toda la carrera, por sus consejos que me orientaron a tomar las mejores decisiones y por creer en mí; por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

Agradezco a mis hermanos Karen y Jehovany por estar conmigo y apoyarme siempre, los quiero mucho.

A Luis

Mil gracias por acompañarme en este proceso, por todo su amor, su comprensión, paciencia y fortaleza que permitieron que pudiese terminar esta etapa tan importante de mi vida. Por el ánimo que me brinda día con día para alcanzar nuevas metas, tanto profesionales como personales. Gracias por estar conmigo en los buenos y malos momentos y por ser alguien especial en mi vida, que en todo momento puedo contar contigo.

Con cariño...

Vanessa Nava Ríos

AGRADECIMIENTOS

Agradezco de manera especial y sincera al Profesor Rey Arturo Salcedo Álvarez por aceptar ser mi asesor de tesis, por su apoyo, orientación y confianza en mi trabajo; por guiar mis ideas.

A la Profesora Mercedes Aguilar Ruvalcaba por haberme facilitado siempre los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de esta tesis.

Gracias...

Vanessa Nava Ríos

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, Serenidad, confianza a mí misma, fuerza para vencer los obstáculos y los malos momentos que pase durante la carrera, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi padre.

Por el valor mostrado para salir adelante y por su amor, comprensión y entusiasmo.

Hermanos.

A mi hermana Rocío por ser el ejemplo de una hermana mayor y de la cual aprendí aciertos y de momentos difíciles; a Luís que aunque estuvo lejos de mí siempre recibí ánimos y apoyo, y no podría faltar mi hermano Erick que siendo el menor me ha demostrado cariño y entusiasmo, y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de esta tesis.

Profesor.

Mtro. Rey Arturo Salcedo Álvarez por su gran apoyo y motivación para la culminación de nuestros estudios profesionales y para la elaboración de esta tesis

A mis amigos.

Que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional, así como también en los momentos de alegría y de estrés que pasamos y que hasta ahora, seguimos siendo amigos: Vanessa Nava Ríos, Dheeni Azyade Cortes Olguín, Lucía Ferriz Vázquez, Jessica Madriñan, Emmanuel Castro García, Reyna, Teresa Mancilla, Rubén Cuevas, JS.

Finalmente a los maestros, aquellos que marcaron cada etapa de nuestro camino universitario, y que me ayudaron en asesorías y dudas presentadas en la elaboración de la tesis.

AGRADECIMIENTOS.

Mis Padres que estuvieron conmigo en todos los momentos buenos y malos en el transcurso de la carrera, Profesora María de las Mercedes Aguilar Ruvalcaba por compartir sus conocimientos y darme la confianza, a mis amigos.

Martha Belem

¡Gracias a ustedes!

México, Pumas, Universidad.

DEDICATORIA

A Dios

Por permitirme vivir esta vida dándome la fuerza para luchar y seguir adelante en la adversidad, por darme a todas aquellas personas que me han dado alguna vez o muchas una enseñanza y muy en especial a mis padres, mi hija, mi hermano y Lalo que son mi apoyo en todo momento.

A mi Mamá, Papá y Hermano

A mis Padres Cayetano y Silvia por el apoyo incondicional en todos los buenos y malos momentos, por la paciencia, la empatía, la comprensión que con todo su esfuerzo me dieron, dejándome el mejor legado de todos, la educación y preparación para vivir una vida mejor. Los amo

A mi hermano Israel por su apoyo en todo momento. Te amo Manito

A mi Hija

Por todo su amor en los momentos estresantes, por su paciencia en momentos de trabajo y por su comprensión en momentos de ausencia. Te amo mi nena Camila

Infinitas Gracias.

Dheeni Azyade Cortés Olguín

AGRADECIMIENTO

Al profesor Rey Arturo Salcedo Álvarez

Por el tiempo, la dedicación y los conocimientos que nos brindó en la asesoría del desarrollo de la presente investigación.

A mis Profesores

Por todos los conocimientos y experiencias que nos dieron a lo largo de estos cinco años.

A mis compañeras de tesis Vanessa Nava Ríos y Belem Eugenio Retana

Por el compañerismo, dedicación y empeño que pusieron siempre en la presente tesis.

A todos ellos mi más sincero agradecimiento.

Dheeni Azyade Cortés Olguín

ÍNDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	4
1. Justificación.....	7
2. Planteamiento del problema.....	8
3. Objetivos.....	9
3.1.1 Objetivo general.....	9
3.1.2 Objetivos específicos.....	9
4. Viabilidad.....	10
5. Marco teórico.....	10
5.1 Hipertensión arterial.....	10
5.2 El cambio demográfico de la población.....	18
5.3 Panorama Nacional.....	22
5.4 Envejecimiento y salud.....	23
5.5 Estudios epidemiológicos en adultos mayores.....	25
5.6 Servicios de salud para adultos mayores.....	27
5.7 Calidad de vida de los adultos mayores.....	29
5.7.1 Desarrollo humano.....	29
5.8 Definiendo calidad de vida.....	30
5.9 Medición de la calidad de vida.....	32
6.- Educación para la salud en Adultos Mayores.....	44
7. Material y métodos.....	49
7.1 Diseño.....	49
8. Tipo de investigación.....	49
9. Hipótesis.....	49
10. Metodología.....	50
10.1 Población.....	50
10.1.1 Criterios de inclusión.....	50
10.1.2 Criterios de exclusión.....	50
11. Variables.....	51
11.1 Variable independiente.....	51
11.2 Variable dependiente.....	51
11.3 Variable intercurrente.....	51
12. Técnica de recolección de datos.....	71
13. Instrumento.....	72
13.1 Cuestionario.....	72
13.2 Cuestionario.....	78
14. Resultados.....	85
15. Conclusiones.....	97
16. Recomendaciones.....	100
17. Referencias bibliográficas.....	101
18. Anexos.....	104
18.1 Anexo A.....	104
18.2 Anexo B.....	110
18.3 Anexo C.....	114

RESUMEN

Las condiciones sociodemográficas, los cambios en la estructura poblacional y en los patrones de enfermedad dan por resultado el incremento en la esperanza de vida, sin embargo, ahora son más frecuentes los padecimientos crónico-degenerativos como la Hipertensión Arterial (HTA) que conllevan a que los Adultos Mayores (AM) tengan una Calidad de Vida (CV) baja.

Si bien la HTA no es un padecimiento que se pueda considerar como curable, es cierto que durante el desarrollo de este padecimiento la atención que los AM con HTA reciban del personal de enfermería representa un factor determinante para tener un mejor control de la HTA a través de la modificación de los estilos de vida y por consiguiente una mejor CV.

La CV de los AM está determinada por la autopercepción de variables de tipo social, demográfica, emocional y económicas pero sobre todo de salud por lo que se considera que el nivel de CV puede influir en las prácticas de cuidado de la salud de los AM con HTA y viceversa.

La educación para la salud que provee enfermería a los AM con HTA puede coadyuvar a mejorar los niveles de salud de los AM y este a su vez a mejora la CV formando un círculo virtuoso.

Por ésta razón se realizará un estudio cuasi-experimental con grupo control para investigar la relación del nivel de CV con la HTA a partir de una intervención educativa de promoción de la salud para lo cual se estudiarán las comunidades de San Luis Tlalxialtemalco, Xochimilco (grupo cuasi-experimental) y de la zona Sur (grupo control).

El objetivo general de esta investigación será “Conocer cómo influye el nivel de CV que tienen los AM en la adopción de prácticas saludables para regular y mantener su tensión arterial en niveles óptimos sistólica <120 y diastólica <80 mm de Hg”.

El esquema general de ésta investigación constará de tres grandes apartados:

- a) el primero de ellos consistirá en aplicar una encuesta para medir el nivel de CV y conocer el estado de salud de los AM con HTA tanto al grupo cuasi-experimental como al grupo control;
- b) Seleccionar los contenidos educativos e impartir un curso-taller consistente en una intervención educativa para promover la salud y por ende la CV únicamente al grupo cuasi-experimental y;
- c) cuatro semanas después se evaluarán los resultados de la intervención educativa y correlacionaremos el nivel de CV con la modificación de hábitos y costumbres en ambos grupos. Por comportamiento ético al grupo control también se le extenderán los beneficios de la intervención educativa, sólo que esta se realizará al final de la segunda evaluación.

Este trabajo se realizará mediante un estudio cuasi-experimental con grupo control en una muestra de AM de las comunidades anteriormente señaladas a quienes se les aplicará el “Cuestionario para evaluar la calidad de vida y las conductas de riesgo en AM hipertensos”, este instrumento está compuesto por los siguientes apartados: 1) Datos del encuestador, 2) Datos de identificación del AM encuestado, 3) Características de la vivienda, 4) Variables sobre la situación de salud, 5) Autopercepción del estado de salud, 6) Función física 7) Autopercepción de su estado emocional, 8) Autopercepción de su estado de integración social, 9), Satisfacción con los logros obtenidos por el adulto mayor, 10) Ingreso económico y 11) Variables exploradoras sobre el riesgo del AM con relación a la HTA.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que la Hipertensión es la enfermedad que más incapacidad provoca en el mundo. Asimismo, la OMS considera que su frecuencia aumentará en los próximos años y que pasara a ser una de las enfermedades que generan más incapacidad.

La vejez verdadera comprende a toda persona hombre o mujer de 60 años de Edad o más, en esta etapa de la vida se presentan enfermedades propias de la Edad que tienen evolución particular. En México el grupo de adultos mayores ha aumentado rápidamente desde el año 2000. Representan un total de 7.5 millones de personas y abarcan 7.3% del total de la población. Su crecimiento anual es de 3.75%, lo que significa que duplicara su tamaño actual cada 18.7 años. Ante este panorama demográfico de profundas consecuencias económicas, el cuidado de los adultos mayores representa importantes retos, tales como: la asistencia a largo plazo, la asistencia en el hogar, asilos o casa de reposo. En el presente trabajo se presenta una breve descripción de la Hipertensión y el adulto mayor.

Parte importante en la innovación de la práctica profesional es la gestión del cuidado, misma que se define como: "la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de las instituciones prestadoras de servicios de salud, propiciando el uso adecuado de los recursos para el mejor cuidado de las personas. Asimismo, implica también la sistematización y esquematización de experiencias en la atención de los

pacientes. El propósito de éste trabajo es mostrar como las Intervenciones de Enfermería pueden construir un esquema que permita visualizar la planeación, la ejecución y la evaluación de los avances en la atención de los adultos mayores con hipertensión arterial (HTA).

Considerando que el envejecimiento de la población se refiere a la ampliación de los horizontes de vida derivados del incremento en la sobrevivencia y la longevidad, situación que obligadamente exige nuevas demandas, retos y necesidades específicas de seguridad y salud para todas las instituciones comprometidas con la salud.

Así mismo, con la transición demográfica y epidemiológica actual de nuestro país se ha incrementado la esperanza de vida y ahora son más frecuentes y severos los padecimientos que sufren los AM, lo que en la mayoría de los casos resulta en una disminución de la CV.

De acuerdo a las estadísticas de mortalidad en México para el año 2005, en el caso particular de las enfermedades asociadas a la HTA se presentaron las siguientes defunciones: enfermedades isquémicas del corazón 39,851 casos: enfermedad cerebro-vascular 20,918 defunciones; y enfermedades hipertensivas 10,036 lo que hace un total de 70,769 muertes asociadas a HTA lo que representa el 26.8% del total de defunciones en este grupo de edad. Por lo que es una necesidad urgente el diseñar, evaluar y promover medios efectivos que auxilien en el control de esta enfermedad.

Adicionalmente, durante el proceso salud–enfermedad, la atención que los AM reciben del personal de enfermería es determinante para el desenlace de su enfermedad.

La educación para el cuidado de la propia salud, en el caso de la HTA es una estrategia de probada eficacia que si se aplica de manera adecuada y con un seguimiento personalizado puede llegar a ser altamente efectiva para el control de esta enfermedad. No obstante no se conoce la influencia del nivel de CV en la adopción de prácticas de cuidado a la salud.

Adicionalmente, como resultado de esta investigación se producirá una “Guía Clínica de Enfermería para Adultos Mayores Ambulatorios con Hipertensión Arterial”.

A partir de los resultados de este trabajo, se estará coadyuvando para que los cuidados que enfermería proporcione a los AM sean más eficaces.

Por las razones anteriormente expuestas considero que este trabajo tendrá una utilidad práctica y contribuirá a incrementar los conocimientos actuales sobre este tema.

Nadie puede afirmar con absoluta certeza cuando aparece por primera vez la hipertensión arterial en la historia de la humanidad, es opinión generalizada que se trata de una enfermedad relativamente moderna de la civilización. El más fuerte soporte sobre su origen radica posiblemente en interrelaciones genético-ambientales en los que están involucrados los genes de nuestro antiguo genoma, adaptado de cazadores recolectores y el ambiente de nuestro nuevo mundo creado por el ser humano, la hipertensión es una respuesta a la novedad ambiental.

1.- JUSTIFICACIÓN

En México, como en el resto de los países del mundo, los AM cada día son más, actualmente se estima que existen 106, 451, 679 personas de éste grupo de edad, lo que representa el 5% de la población total del país. Se calcula que para el año 2030 esta proporción será de 12.6% del total de la población.

La prevalencia de hipertensión arterial es de 38%, obesidad 25% diabetes 21%.

La hipertensión se encuentra asociada con los antecedentes familiares , el estilo de vida, el sexo y la edad.

La prevalencia de los síntomas hipertensivos en el adulto mayor aumenta de de 20% a 30% con relación a la población.

Los adultos mayores que están expuestos a una situación de abandono, sufren de descontrol en su presión arterial ya que se sienten excluidos por su propio entorno social, que al llegar a esta etapa de su vida su funcionamiento disminuye y pasan de ser independientes a depender de las personas.

De ahí la importancia de realizar una investigación de los efectos que puede llegar a tener una intervención educativa en la CV de los AM hipertensos.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe la posibilidad de que allá modificaciones en la T/A de un AM mediante una intervención Educativa?

La Hipertensión es una enfermedad Crónico-Degenerativa en las personas mayores de 65 años, en la actualidad se considera un problema de salud pública.

El anciano con Hipertensión presenta dos a tres veces, probabilidad de muerte. Los ancianos tienden a reportar más síntomas somáticos que afectivos la pérdida de interés, aislamiento y trastornos del sueño son el común denominador de este padecimiento.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.

¿Existe la posibilidad de que haya modificaciones en la presión arterial de un AM mediante la intervención educativa?

3.-OBJETIVOS.

3.1.- Objetivo General

“Identificar como influye el nivel de CV que tienen los AM en la adopción de prácticas saludables derivadas de una intervención educativa para regular y mantener su tensión arterial en niveles óptimos sistólica <120 y diastólica <80 mm de Hg”.

3.1.1.- Objetivos Específicos.

- Identificar a los AM con HTA residentes de San Luis Tlaxialtemalco, así como de San Pedro Mártir.
- Seleccionar a los AM y pedir su consentimiento para participar en el estudio.
- Investigar las necesidades de cuidado de los AM participantes.
- Aplicar la escala para cuantificar el nivel de CV de los AM.
- Diseñar, operar y evaluar un “Curso-Taller sobre educación y promoción para la salud para adultos mayores hipertensos”.

Correlacionar el nivel de CV con la adopción de conductas favorables para mejorar la HTA.

4.- VIABILIDAD

Para este proyecto se cuenta con algunos recursos como el grupo a intervenir personas de la tercera edad, que fueron entrevistados en el CUEC y en su domicilio; materiales necesarios para la investigación como, computadora, papel, lápices y las instalaciones del CUEC, el bosque de San Luis Tlaxialtemalco, y los hogares de los AM para el desarrollo de la investigación. Con un costo aproximado de 1000 pesos.

5.- MARCO TEÓRICO

5.1.-Hipertensión arterial

Definición: La hipertensión arterial es un padecimiento cardiovascular crónico degenerativo, caracterizado por el aumento de las cifras consideradas como normales en cuanto a los valores de la presión sistólica y diastólica que se miden en el ser humano. Se presenta principalmente en la población con edad avanzada y afecta órganos vitales como el riñón, sistema nervioso central, ojos corazón y sistema vascularⁱ.

Clasificación

- Hipertensión Arterial Sistémica Esencial Idiopática o primaria

- Hipertensión Arterial Sistémica Secundaria
- Factores del agente

Actualmente, el agente para la hipertensión primaria o esencial es desconocido. La hipertensión secundaria es debida a la pérdida de elasticidad de las arterias con aumento del gasto sistólico o gasto cardiaco.

Se debe de tomar en cuenta:

- Edad (Se presenta a partir de la quinta y sexta década de la vida debido a la pérdida paulatina de la elasticidad arterial)
- Complexión física (personas obesas)
- Vida sedentaria
- Factor hereditario
- Presencia de hábitos alimentarios deficientes (consumo de sodio en exceso)

Características especiales de la personalidad (adicciones como: tabaco, refresco de cola y café que son productores de la estimulación del SNC, y por lo tanto, del aumento de la frecuencia cardiaca y de la disminución del diámetro arterial, agregados a estos se encuentra la ansiedad, angustia, fatiga constante, insomnio).

Factores del medio ambiente

Predomina en zonas urbanas, en medios laborales de presión constante, y ciertos aspectos de índole familiar y socioeconómico.

Signos y síntomas

El signo más importante se encuentra en los valores de la presión sistólica y diastólica, por lo que de acuerdo a consensos actuales tanto de nivel nacional como internacional tenemos que a partir del hecho que deben ser valores persistentes y que nos referimos a personas adultas en donde las cifras aceptadas son:

	Sistólica		Diastólica
Óptima	<120	/	80 mmHg
Normal	120- 129	/	80 – 84 mmHg
Alta	130 –139	/	85 – 89 mmHg

En el caso de presentar hipertensión arterial está se divide en tres etapas de acuerdo a las cifras que se muestran:

	Sistólica		Diastólica
Etapa 1	140 –159	/	90 – 99 mmHg
Etapa 2	159 – 179	/	100 – 109 mmHg
Etapa 3	> 180	/	>110 mmHg

Para el caso de los AM consideraremos como normales las cifras de tensión arterial sistólica <140 y diastólica <90 mm de Hg.

Fisiopatología

Los elementos productores de hipertensión arterial incluyen los ocho siguientes factoresⁱⁱ:

- Químicos
- Sistema Nervioso
- Elasticidad
- Gasto cardiaco
- Viscosidad

En cuanto a los factores químicos, nos referimos a la participación de sustancias químicas como las catecolaminas (adrenalina y noradrenalina), renina, angiotensina, aldosterona, ACTH, cortisol, tiroxina y triyodotironina, estrógenos, progestágenos, testosterona, prostaglandinas, histamina, serotonina y sodio, que de diferente manera actúan como vasoconstrictores y productores de hipertensión.

El sistema nervioso a nivel de la sustancia reticular del bulbo, existen los centros cardiocirculatorio y respiratorio, que responden a los cambios detectados en la circulación arterial que les llega y se comunican con el hipotálamo que controla el sistema neurovegetativo, relacionándose con la corteza cerebral que se comunica con el sistema cardiovascular y produce entonces la hipertensión arterial.

La elasticidad debe ser uniforme, pero al perderse se envía la sangre a otra velocidad, produciendo la hipertensión.

El gasto cardiaco influye también en la hipertensión arterial, ya que el aumento del mismo produce un aumento en el volumen de sangre que se impulsa en cada latido.

Viscosidad, elemento referente a la cualidad de la sangre con respecto a las células que contiene; al estar más viscosa la sangre se requerirá mayor presión para hacerla circular.

Calibre vascular, principalmente el arteriolar, que es el factor más importante en las constantes de la presión arterial, por lo que sus cambios se van a reflejar en el aumento de la misma.

Volumen, ya que la volemia es factor indispensable en el mantenimiento de la presión arterial.

Por último, la reactividad se refiere a las características de la personalidad del individuo que influyen definitivamente en la respuesta del sistema cardiovascular.

Tratamiento

El tratamiento se divide en no medicamentoso y medicamentoso

El primero es con el que se debe iniciar en este padecimiento, el control depende de un tratamiento periódico y secuencial en dónde no necesariamente la utilización de medicamentos es la medida más adecuada.

El tratamiento no medicamentoso consiste en:

Dieta para bajar de peso, hasta lograr el equilibrio entre estatura y peso corporal de acuerdo a edad y sexo

Dieta hiposódica lo más estricta posible

Ejercicio físico iniciando con cargas de 5 minutos diarios hasta llegar a 30 minutos.

Favorecer estilos de vida saludables, evitando estrictamente consumo de tabaco, disminuir el consumo de café, refrescos de cola, alcohol y otros estimulantes, evitar situaciones de estrés y angustia

Cuando el tratamiento no medicamentoso no ha logrado disminuir satisfactoriamente las cifras de presión, se requerirá iniciar el tratamiento medicamentosoⁱⁱⁱ.

DIURÉTICOS

- Furosemida
- Hidroclorotiazida
- Espirinolactona
- Amilorida

ANTAGONISTAS ADRENÉRGICOS DE ACCIÓN CENTRAL

- Metildopa

ANTAGONISTAS BETA ADRENÉRGICOS

- Metroprolol
- Propanolol

ANTAGONISTAS ALFA ADRENÉRGICOS

- Prazosina

BLOQUEADORES DE LOS CANALES DE CALCIO

- Nifedipina
- Felodipina

BLOQUEADORES DE RECEPTORES ANGIOTENSINA II

- Telmisartán
- Captopril

5.2.-El cambio demográfico de la población

Para la mejor comprensión de éste capítulo es importante recordar tres puntos en particular, el primero de ellos consiste en definir de acuerdo a la OMS el concepto de envejecimiento, este organismo nos dice que el envejecimiento es “Un proceso fisiológico que se inicia en el momento mismo de la concepción y se hace más evidente después de la madurez, en él se producen cambios cuya resultante es la disminución de la adaptabilidad del organismo a su entorno”^{iv} el segundo de ellos consiste en recordar que la dinámica poblacional se basa en el estudio de las poblaciones humanas y sus movimientos debido a tres fenómenos fundamentales; a) natalidad, b) mortalidad y c) migración. El tercer punto consistirá en analizar el panorama internacional y nacional de los AM.

La transición demográfica consiste en la translación de una población en donde el mayor número de habitantes se ubica en los grupos de menor edad a una población inversa, es decir que debido al incremento en la esperanza de vida, y a la disminución de la natalidad y a la mortalidad más tardía, ahora son los grupos de mayor edad los que concentran la mayor parte de la población.

Panorama mundial

A nivel mundial a mediados del siglo XX se observó un rejuvenecimiento de la población debido al aumento acelerado de la esperanza de vida y a la disminución de la mortalidad infantil, así como a la leve baja en los niveles de fecundidad. Alrededor de 1970 se produce el máximo rejuvenecimiento de la población mundial. En los últimos treinta años, la estructura poblacional se modificó debido al intenso descenso de la fecundidad. Ahora, a principios del siglo XXI el envejecimiento de la población será uno de los problemas socioeconómicos más trascendentales de este siglo^v.

En 1998, la Organización Mundial de la Salud realizó su informe anual con base al análisis de las tendencias demográficas y de salud desde 1955 y proyectadas al año 2025, como resultado de éste análisis emitió cincuenta puntos álgidos relevantes. Entre sus principales conclusiones sobresalen las siguientes^{vi}:

El número de personas mayores de 65 años crecerá de las actuales 390 millones a unas 800 millones en el año 2025, alcanzando el 10% de la población mundial total.

Para muchos países en desarrollo, especialmente de Latinoamérica y Asia, se espera, un crecimiento del 300% en la población de AM.

La población de niños menores de 5 años crecerá un 0.25% anual en el periodo 1995-2025, mientras que la población de AM se incrementará a un ritmo del 2.6%.

En el mundo, la esperanza de vida al nacer en 1955 era de 48 años; en 1995, 65 años; y en el año 2025 alcanzará los 73 años.

HelpAge International es una red global de organizaciones sin fines de lucro con la misión de trabajar en todo el mundo con y para las personas mayores en desventaja y lograr una mejoría duradera en la calidad de sus vidas. Ésta organización realizó un Informe sobre el Envejecimiento y el Desarrollo en el mundo, dentro de sus principales preocupaciones destaca que el rápido crecimiento del número de personas mayores en todo el mundo está creando una revolución demográfica sin precedentes, ya que durante el pasado siglo y debido a los avances en higiene, suministro de agua y control de enfermedades infecciosas, se redujo ostensiblemente el riesgo de muerte prematura y como consecuencia, la proporción de población mayor de 60 años está aumentando rápidamente.

En 1950 había aproximadamente 200 millones de personas mayores de 60 años en el mundo, para el año 2000 fueron 550 millones, y para el 2025 se espera alcanzarán los 1,200 millones.

Los días 5 a 9 de abril de 2002, se reunieron en Madrid España más de 6,000 miembros de Organizaciones No Gubernamentales de los cinco continentes para realizar el Foro Mundial ONG sobre Envejecimiento, este evento fue paralelo a la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento que convocó la ONU. Algunas de las estadísticas más relevantes sobre el envejecimiento de la población en el mundo son las siguientes^{vii}:

El 22% de los habitantes del planeta será mayor de 60 años en el 2050.

En 2050 habrá 2,000 millones de personas mayores en lugar de los 600 millones que existen actualmente.

Un millón de personas, aproximadamente llega cada mes a los 60 años, el 80% de ellas vive en países en desarrollo.

Se espera que para 2050 el porcentaje de personas mayores aumente de 8% a 21%, mientras que el de los niños descenderá del 33% a 20%.

En las regiones desarrolladas el número de personas de la tercera edad supera actualmente al de niños.

5.3.-Panorama Nacional

El envejecimiento de la población es un tema que suscita creciente interés, principalmente en lo referente a su impacto económico en la sociedad. Este proceso social y demográfico consta de tres niveles: a) a nivel de los individuos, el envejecimiento se refiere a la ampliación de los horizontes de vida derivada del incremento en la sobre vivencia y la longevidad, situación que obligadamente exige nuevas demandas y necesidades específicas; b) a nivel poblacional, el envejecimiento se deriva del descenso de la fecundidad y el incremento en la esperanza de vida y c) a nivel de la sociedad, el envejecimiento es una figura metafórica que ilustra el surgimiento de una estructura demográfica compleja^{viii}. En México, como en el resto de los países del mundo, los AM cada día son más, actualmente se estima que existen 106, 451, 679 personas de éste grupo de edad, lo que representa el 5% de la población total del país. Se calcula que para el año 2030 esta proporción será de 12.6% del total de la población.

La política de población en México, que en 1974 se reorientó hacia la reducción del crecimiento demográfico mediante el empleo intensivo de la anticoncepción moderna, hizo posible uno de los cambios más significativos que se han dado en México, ya que inició el envejecimiento demográfico como parte del gran proceso de transición demográfica moderna, que se concluirá a mediados del siglo XXI. Dicha transición de manera simplificada, constituye el paso de elevados a bajos niveles de mortalidad y fecundidad^{ix}.

En México, los porcentajes de población mayor de 65 años aún son bajos (4.87% en el año 2000) no obstante, el Consejo Nacional de Población ha estimado que en los próximos cincuenta años se alcanzará el 25%.

La proporción de población mayor de 65 años según Estado de residencia, muestra variaciones importantes que van desde 2.3% en Quintana Roo, hasta 6.2% en Zacatecas. Los estados del norte, el centro del país y el sureste tienen proporciones más bajas de AM debido principalmente a fenómenos migratorios y se encuentran por debajo de la media nacional (4.87%), el resto de los estados se encuentran arriba de la media nacional. Un fenómeno similar se observa en las ciudades consideradas como polos de desarrollo, éstas ostentan una estructura de AM más alta debido principalmente al fenómeno de la disminución de la natalidad así como también a las mejores condiciones de vida que se tienen, tal es el caso de las áreas metropolitanas de Jalisco, Puebla y el Distrito Federal^x.

5.4.- Envejecimiento y salud

La transición demográfica que se ha venido observado de forma global en los últimos tiempos ha generado nuevas necesidades de salud, ya que si ahora la población cuenta con una mayor esperanza de vida, también es una realidad que al final de la vida están presentes los padecimientos crónicos y las discapacidades, los procesos neoplásicos, los padecimientos mentales y muchos otros procesos patológicos, situación que obligadamente genera nuevas necesidades así como de servicios de salud.

Un estudio multicentrico que se desarrolla en siete ciudades de América Latina y el Caribe en el que se incluye la zona metropolitana de la Ciudad de México y que tiene por objetivo evaluar el estado de salud de los adultos mayores ha mostrado que las personas de éste grupo están envejeciendo con más problemas funcionales, peor estado de salud y mayores limitaciones de atención en comparación con AM de países desarrollados^{xi}

Los conceptos de salud y salud pública, han venido evolucionando, desde que en 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como el completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de dolencias o enfermedades; esta expresión ha evolucionado desde una definición conceptual hasta una serie de escalas que permiten medir la percepción general de salud. Tanto la vitalidad, como el dolor y la discapacidad, se dejan influir por las experiencias personales y por la expectativa de una persona^{xii}.

En la redefinición del concepto de salud, ahora se incluyen las variables de expectativas de salud, capacidad de adaptación al medio, soporte social, autoestima y la habilidad del individuo para competir con limitaciones y discapacidad, mismos que en su conjunto son un indicador de la CV^{xiii}.

Como podemos advertir, al concepto de salud se le han venido incorporando nuevos elementos de análisis y estudio. Si bien en un principio se hacía referencia únicamente a cuestiones biológicas, pronto se consideró también al medio (estilos de vida, política sanitaria y sistemas de salud) como un factor predisponente al fenómeno salud-enfermedad-muerte. Actualmente, el concepto que engloba todos los anteriores es el de “Calidad de Vida”.

5.5.-Estudios epidemiológicos en adultos mayores

Considerando que los únicos estudios epidemiológicos probabilísticos que existen en México y que además tienen representatividad nacional, debido a que están realizados con base en un marco muestra maestro, lo que les da un alto nivel de confiabilidad, son los realizados por el Sistema Nacional de Encuestas en Salud, únicamente tomaremos datos de éstas encuestas.

En 1993 la Dirección General de Epidemiología realizó la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, estudio probabilístico de base poblacional, de estos datos se estudió el subgrupo de 60 a 69 años de edad para determinar las prevalencias de hipertensión arterial y diabetes mellitus, así como la identificación de factores de riesgo genéticos, ambientales y de estilos de vida asociados a dichas enfermedades. Los resultados más relevantes fueron los siguientes:

La prevalencia de hipertensión arterial fue de 38%, obesidad 25% diabetes 21%. El 28 % de los hipertensos y el 18% de los diabéticos fueron hallazgos de la encuesta. La obesidad se encontró asociada a la hipertensión, mientras que los antecedentes familiares, la microalbuminuria e hipercolesterolemia se asociaron a diabetes mellitus^{xiv}.

En otro estudio similar, pero ahora utilizando los datos de la Encuesta Nacional de Salud II (ENSA II) y analizando los datos del grupo poblacional de 60 años y más, se encontró que las enfermedades crónicas informadas con mayor frecuencia destacan la hipertensión arterial (9.9%), diabetes mellitus (9.0%), cardiopatías (3.3%) y ceguera, sordera o parálisis (2.8%). Sólo se encontraron diferencias por género en la prevalencia de hipertensión arterial, siendo ésta mayor en las mujeres (12.9%) que en los hombres (6.6%). Por otra parte se observa una mayor prevalencia de diabetes, hipertensión arterial, enfermedades del corazón y úlcera gástrica en los residentes de las zonas urbanas. El 20.5% de la población informó haber tenido algún problema de salud en las dos semanas previas al levantamiento de la encuesta, la edad promedio fue de 69.6 años y la tasa de utilización de los servicios de salud fue de 11.4%. Casi el doble de la nacional para todos los grupos de edad que es de 5.8%. El análisis por sexo indica que la tasa de utilización de servicios de salud es en las mujeres la más alta (60.0%), el 66.2% de los usuarios en las zonas rurales y 30.4% en las urbanas no tienen derecho a la seguridad social^{xv}.

De acuerdo a la ENSA II, 53% de los AM cuentan con seguridad social. De cada 100 derechohabientes 76 pertenecen al IMSS, 17 al ISSSTE, 4 a las Secretarías de Defensa y Marina, o bien a PEMEX o alguna institución de seguridad estatal, los 3 restantes tienen seguro médico privado o por su trabajo. Las mujeres utilizan más los servicios de salud que los hombres, 65 de cada 100 mujeres demandaron algún servicio, mientras que sólo 50 de cada 100 de los hombres, esta diferencia disminuye conforme avanza la edad. En esta encuesta el 84 % de los AM clasificó como buena la atención médica recibida^{xvi}.

Datos de la Encuesta Nacional de Adicciones en 1993, reportaron que 28% de las personas de 60 a 65 años de edad consumen drogas médicas como opioides, depresores del sistema nervioso central y estimulantes^{xvii}.

5.6.- Servicios de salud para adultos mayores

El envejecimiento de la población tiene un significado muy importante para el sector salud, ya que el deterioro funcional que presentan los AM se agrava cuando padecen más de una enfermedad crónico-degenerativa, esta situación se traduce en una mayor demanda de servicios de atención médica.

El cuidado geriátrico debe enfocarse hacia la evaluación global, la prevención de discapacidades y la protección de la independencia. El objeto es identificar tempranamente factores de riesgo o señales oportunas del deterioro antes de que éste ocurra o sea irreversible. Son escasos los hospitales que cuentan con un servicio de geriatría a pesar de la necesidad de participación de un equipo de especialistas en geriatría y gerontología, cuyo objetivo sea la preservación funcional del paciente envejecido.

La carencia de personal y de servicios especializados de geriatría en las instituciones de salud puede propiciar una atención inadecuada con resultados negativos tanto para el paciente, sus familiares, así como la duplicidad de esfuerzos y la derrama excesiva de recursos financieros.

Los problemas que comúnmente se presentan en las instituciones de salud que no cuentan con servicios geriátricos son^{xviii}:

Egresos prematuros que generan complicaciones, reingresos y alta probabilidad de enfermar y morir.

Estancias prolongadas mas allá de lo necesario, que propician estados físicos y psicológicos perjudiciales.

Tratamientos tecnificados y agresivos que aumentan las iatrogénias.

Limitación de acceso a los servicios de salud, por los altos costos de los tratamientos gerontológicos.

Consulta externa en la que se solicitan estudios en cada entrevista, gran número de medicamentos prescritos y en ocasiones al regreso del paciente quien no sólo no mejora, sino que empeora.

El estado de salud de la población de AM, tiene un peso específico que recae en el sistema de salud e impacta en la eficiencia de los mismos; esta población demanda atención médica con mayor frecuencia que el resto de la población, además los servicios que ellos requieren suelen ser onerosos, en 1999 los egresos hospitalarios de esta población representaron el 12%, cuando en 1993 era sólo el 8.3%, es decir en sólo 6 años incrementaron su demanda de atención en 25%.

Otro serio problema que enfrentará el Sistema Nacional de Salud en breve tiempo es el financiamiento para la atención de este grupo de población; dos de las enfermedades crónicas prioritarias en el IMSS son la diabetes y la hipertensión arterial, en 1996 se atendieron 280,000 AM, para el año 2000, esta cifra se incremento a 670,000, probablemente, este incremento se deba a la vigilancia que se ejerce desde los programas de atención, no obstante, se estima que en 2010 se presentaran 1,100,000 casos y para el año 2020 serán 1,500,000. Los recursos presupuestales actualmente ya son insuficientes y no está ocurriendo, ni se prevé, un crecimiento de la plantilla del personal ni de la infraestructura^{xix}.

Finalmente, es un hecho indiscutible que las consecuencias en el estado de salud del AM dependen en gran medida del nivel socioeconómico, así como de los estilos de vida, estado de nutrición, actividad física, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, así como de las prácticas de cuidado a la propia salud de cada AM, pero también del tipo de servicio de salud donde se atiende.

5.7.- Calidad de vida de los adultos mayores.

5.7.1.-Desarrollo humano

Desarrollo humano es un proceso mediante el cual se amplían las opciones educativas, de bienestar social de las personas (salud, educación, vivienda e ingreso económico).

Sin embargo, independiente del nivel de desarrollo, las tres opciones esenciales de la gente son: vivir una larga y saludable vida, adquirir conocimientos y tener acceso a los recursos necesarios para tener un mejor nivel de vida.

El desarrollo humano es fundamental si se aspira a que la gente esté capacitada para enfrentarse al mundo moderno. Lo que busca el desarrollo humano es que las personas consoliden sus propias habilidades para crear los medios para definir sus aspiraciones y obtener los satisfactores que cada uno requiera en los planos individual y colectivo para llevar a cabo sus proyectos de vida.

El desarrollo humano está muy ligado a la búsqueda de una mejor CV para la gente mediante la obtención de mayor bienestar a través de la satisfacción de necesidades básicas^{xx}.

5.8.- Definiendo calidad de vida

La CV debe de ser entendida como el estado biológico, psicológico social y económico en el que se encuentra una persona. Desde el punto de vista integral, en su valoración intervienen necesariamente diversos aspectos como la propia experiencia, las creencias, las actitudes y perspectivas que las personas generan con relación a su vida^{xxi}. El concepto de CV puede parecer ambiguo, si a un fenómeno tan complejo como la vida humana se le despoja de su dimensión temporal (la cantidad), todos los otros atributos de este fenómeno corresponden a la calidad. La CV pasa al ámbito de la salud cuando

se considera que la enfermedad y las intervenciones del equipo de salud influyen tanto sobre la cantidad (sobrevivencia) como sobre la CV del paciente. La cantidad de vida se expresa en esperanza de vida en años, tasa de mortalidad, pero la calidad requiere de otro tipo de indicadores. Para algunos autores, la definición de la CV es esencialmente un problema filosófico. “Lo que constituye la CV en una cuestión personal e individual que lleva a una aproximación filosófica más que científica”. Relacionado con esto, tenemos que no puede identificarse un estándar de oro o un criterio externo para su evaluación. Sin embargo, otros autores consideran que la CV puede definirse y ser evaluada científicamente. La formulación teórica de Bigelow incluye como toda definición de calidad, componentes subjetivos tales como bienestar y satisfacción y componentes objetivos como la presencia de síntomas, el funcionamiento físico y el apoyo social. Diversos autores han coincidido en que cualquier definición que se haga de CV deberá de incluir seis dimensiones de la CV: 1) bienestar global, 2) aspectos físicos, 3) psicológico, 4) social, 5) funcional, 6) económico. En síntesis podría decirse que la CV es la percepción subjetiva del individuo con relación a su incapacidad incluyendo los aspectos de la vida y de la función humana, considerados esenciales para la vida plena^{xxii}.

Al analizar el concepto de CV, claramente observamos que es un concepto multidimensional que se conceptualiza de acuerdo a un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la CV consiste en la sensación de bienestar que puede ser expresada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”. En el área de la salud el enfoque de CV se limita a lo relacionado con la salud (Health-Related Quality of Life). Este término permite distinguirla de otros factores y está principalmente relacionado con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento. La práctica de enfermería tiene como una de sus funciones esenciales promover la salud a través de la prevención, el tratamiento de la enfermedad y la enseñanza de prácticas saludables.

5.9.- Medición de la calidad de vida

La CV relacionada con la salud se ha medido por medio de la función física, el estado psicológico de la función y la interacción sociales y de los síntomas físicos, la encuesta SF-36 (Short Form 36 Health Survey) fue diseñada por International Quality of Life Assessment Project (IQOLA) en el año de 1991 para establecer un perfil multidimensional del estado de salud del individuo.

La SF-36 evalúa aspectos de la CV en poblaciones adultas. El producto de su aplicación es la construcción de ocho conceptos o escalas de salud, estos conceptos de salud son: 1) función física, 2) rol físico, 3) dolor corporal, 4) salud general, 5) vitalidad, 6) función social, 7) rol emocional y 8) salud mental^{xxiii}.

Puesto que la CV incluye la evaluación de elementos subjetivos, se requiere de un método consistente para recabar información del individuo. Tal vez la primera escala desarrollada con el propósito de definir en una forma consistente el estado funcional de los pacientes con padecimientos crónicos fue la de Karnofsky. Esta es una escala que va de 0 a 100 puntos que aunque inicialmente fue desarrollada para pacientes con cáncer, por el hecho de ser genérica se ha aplicado a otras enfermedades crónicas. Se considera como un método confiable para predecir el estado funcional del paciente, es simple y de rápida aplicación. Se ha demostrado en varios estudios su excelente reproducibilidad y validez

Con base en la Encuesta SF-36 y en la escala de Karnofsky se medirá la CV de los AM participantes. A partir de estas dos herramientas se pretende lograr el “Cuestionario para evaluar la calidad de vida y las conductas de riesgo en adultos mayores hipertensos”, (Ver cuestionario anexo 1) que nos permitirá estimar la CV que tienen los AM.

En el cuadro se exponen 8 conceptos básicos que considera la International Quality of LifeAssessment Project (IQOLA), mismos que se incluyen en la encuesta SF-36, así como la interpretación del significado alto o bajo para cada concepto, finalmente, en la última columna, se indico el número de pregunta(s) con las que se obtendrá la información en la encuesta para cada concepto.

(Cuadro 1)

Escalas del estado de salud según la encuesta SF-36 y su translación al cuestionario que utilizará para medir calidad de vida de los adultos mayores

No	Concepto	Significado bajo	Significado alto
1	Función física	Mucha limitación hasta para bañarse o vestirse debido a su salud.	Realiza todo tipo de actividad física, incluyendo las más vigorosas.
2	Rol Físico	Problemas con su actividad diaria como resultado de su estado de salud	Ningún problema con su actividad física por su estado de salud
3	Dolor corporal	Dolor muy severo y extremadamente limitante	Ausencia de dolor o limitaciones debido al dolor
4	Salud General	Evalúa su salud personal como mala	Evalúa su salud personal como excelente
5	Vitalidad	Cansancio y agotamiento todo el tiempo	Lleno de entusiasmo y energía todo el tiempo
6	Función social	Interferencia frecuente y extrema con las actividades	Realiza actividades sociales normales sin interferencia

		sociales normales debido a problemas físicos y emocionales	debido a problemas físicos o emocionales
7	Rol emocional	Problemas con el trabajo sus actividades diarias como resultado de problemas emocionales	Ningún problema con sus actividades diarias como resultado de problemas emocionales
8	Salud mental	Sensación de nerviosismo y depresión todo el tiempo	Sensación de paz, felicidad y calma todo el tiempo

Escala para la medición del nivel de calidad de vida

Para la medición del nivel de CV se utilizará la “Escala de cuantificación para el nivel de la calidad de vida de los adultos mayores México, 2010” (Ver anexo 2) en donde se le asignó un peso específico a los siguientes grupos de variables:

Apartado	Porcentaje Asignado
Vivienda	10
Situación de salud	10

Percepción del estado de salud	20
Estado funcional	20
Estado emocional	10
Integración social y familiar	10
Satisfacción con logros	10
Ingreso	10
Total	100

Por consiguiente el nivel máximo de CV que se podrán obtener, será de 100 puntos.

Vivienda:

Para el caso de tenencia de la vivienda, si es propia se asignara 1.25, si es rentada 0.8 y si es prestada 0.4 Puntos.

Referente al número de cuartos para dormir que tiene su casa, se obtendrá un cociente donde el numerador será el total de dormitorios y el denominador el total de personas. Si este resultado es mayor o igual a 1 se asignara 1.25 puntos, de .99 a 0.5 se dará 0.8 y si es menor a 0.49 se otorgará 0.4 puntos.

Para las variables de agua entubada, luz eléctrica, baño con W. C. y regadera, características de los materiales en pisos y paredes de su casa; se asignará 1.25 puntos por categoría cualitativa.

Referente al número de focos con los que cuenta se asignará el siguiente puntaje: ninguno 0 puntos, de 1 a 5 focos 0.3 puntos, de 6 a 10 focos 0.6 puntos, de 11 a 15 focos 0.9 puntos y 15 y más 0 focos 1.25 puntos

Situación de salud:

Ninguna enfermedad, se asignan 10 puntos; en caso de que estén presentes una o más enfermedades se utilizará la siguiente fórmula:

1/ puntaje sumado de las respuestas Sí de las preguntas 19 a 25 * 10, adicionalmente si tiene tratamiento médico por cada enfermedad se deberá agregar 0.5 punto.

Percepción de se estado de salud:

La pregunta dice: En una escala del 1 al 10 (1 muy malo y 10 muy bueno) ¿Cómo considera su estado de salud? N° _____. Si contestó 1 o 2 se asignará 1 punto, 3 o 4 equivaldrá a 2 puntos, 5 o 6 dará 3 puntos, 7 u 8 valdrá 4 puntos y 9 o 10 representarán 5 puntos.

Referente a la consideración del estado de salud comparado con el de hace un año; si lo considera mucho mejor se darán 5 puntos, mejor 4 puntos, igual 3 puntos, poco peor 2 puntos y peor 1 punto.

Si durante el último mes ¿ha dejado de hacer cosas que tenía planeadas como visitar amigos o familiares, pasear o trabajar, a causa de su estado de salud física)

Se asignarán 0 puntos si la respuesta es Sí o No sabe o No contesta, si la respuesta es No se asignarán 5 puntos

Estado funcional: Al puntaje obtenido en la escala de Karnofsky se le aplicará la siguiente tabla:

Calificación	Puntaje
De 100 a 90	20
De 80 a 70	16
De 60 a 50	12
De 40 a 30	8
De 20 a 10	4
0	0
Total de puntos	

Autopercepción del estado emocional:

La pregunta dice: En una escala del 1 al 10 (1 muy malo y 10 muy bueno) ¿Cómo considera su estado emocional? _____. Si contesta 1 o 2 valdrá 0.5 puntos, 3 o 4 representarán 1.0 punto, 5 o 6 calificarán 1.5 puntos, 7 u 8 corresponderán a 2.0 puntos y 9 o 10 otorgarán 2.5 puntos.

En lo referente a la comparación de su estado emocional con respecto al año anterior; si la respuesta es mucho mejor se darán 2.5 puntos, mejor 2.0 puntos, igual 1.5 puntos, poco peor 1.0 punto y peor 0.5 puntos.

Si durante el último mes ¿ha dejado de hacer cosas que tenía planeadas como visitar amigos o familiares, pasear o trabajar, a causa de que se sintió triste, decaído, deprimido o enojado)?. Se asignarán 0 puntos si la respuesta es Sí o puntos a la respuesta No sabe o No contesta, si la respuesta es No se asignarán 2.5 puntos.

Si durante el próximo mes ¿Considera Usted que dejará de tener tristeza, decaimiento, depresión o enojo y su estado emocional le permitirá visitar amigos o familiares, pasear o trabajar? Si la respuesta es Sí se asignaran 2.5, se asignarán 0 puntos si la respuesta es No o No sabe o No contesta.

Integración social y familiar:

La pregunta dice: En una escala del 1 al 10 (1 muy malo y 10 muy bueno) ¿Cómo considera el estado de su integración social y familiar en su conjunto? _____. Si contestó 1 o 2 equivaldrá a 0.5 puntos, 3 a 4 darán 1.0 punto, 5 a 6 corresponderán a 1.5 puntos, 7 u 8 se proporcionará 2.0 puntos y 9 o 10 a 2.5 puntos.

La pregunta dice: ¿Cómo considera Usted su estado de integración social y familiar comparado con el de hace un año?. Si la respuesta es mucho mejor proporcionará 2.5 puntos, mejor 2.0 puntos, igual 1.5 puntos, poco peor 1.0 punto y peor 0.5 puntos.

Si durante el último año ¿ha dejado de asistir a visitar amigos, pasear o realizar alguna otra actividad social, por no encontrarse o tener que ver a algún amigo o conocido en particular). La respuesta negativa otorgará 2.5 puntos, las demás 0 puntos.

Si durante el próximo mes considera Usted que dejará de evitar sus visitas a familiares y podrá pasear o realizar alguna otra actividad familiar, y ya no le afectará el encontrarse o tener que ver a algún familiar en particular). La respuesta afirmativa equivaldrá a 2.5 puntos, las otras 0 puntos.

Satisfacción con sus logros obtenidos:

La pregunta dice: En una escala del 1 al 10 (1 poco satisfecho (a) y 10 muy satisfecho (a) ¿Qué tan satisfecho (a) está Usted con los logros obtenidos en el transcurso de su vida y con su situación actual? Si la respuesta es 1 o 2 valdrá 1 punto, 3 o 4 darán 2 puntos, 5 o 6 proporcionarán 3 puntos, 7 u 8 calificarán 4 puntos y 9 o 10 otorgarán 5 puntos.

La pregunta dice: ¿Considera Usted que sus logros en comparación con los de sus familiares y amigos más cercanos son?. Si contesta mucho mejores serán 5 puntos, mejor 4 puntos, iguales 3 puntos, casi iguales 2 puntos y peores 1 punto.

Ingreso económico

La pregunta dice: Su ingreso mensual total, incluyendo pensión, renta, ganancia de sus negocios, ayuda de hijos y demás familiares es aproximadamente de \$ _____.00. Considerando que 1 Salario Mínimo Mensual son \$1,723.80 la cantidad informada se dividirá entre 1SMM y se aplicará la siguiente tabla:

Puntaje asignado según número de Salarios Mínimos Mensuales	
Hasta 1	SMM = 1
Hasta 2	SMM = 2
Hasta 3	SMM = 2.5
Hasta 4	SMM = 3
Hasta 5	SMM = 3.5
Hasta 6	SMM = 4
Hasta 7	SMM = 4.5
8 y más	SMM = 5

Para las preguntas:

¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de vivienda?

¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de vestido?

¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de alimentación?

¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de atención médica?

¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de recreación?

Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de obtención de enseres domésticos?

¿Considera Usted que su ingreso es suficiente como para poder ayudar a sus seres más queridos?

Si la respuesta es Sí se asignaran 0.714 puntos por categoría cualitativa a cada respuesta, se asignarán 0 puntos si la respuesta es No, No sabe o No contesta

Finalmente se realizará la sumatoria total y se aplicará la siguiente tabla:

N ^a	Rango	Categoría de calidad de vida
1	0 a 40	Baja
2	41 a 50	Media baja
3	51 a 60	Media
4	61 a 80	Media alta
5	81 a 100	Alta

6.- Educación para la salud en Adultos Mayores

Si bien la educación es un factor determinante en la salud, es bien sabido que quienes están más predispuestos a tener mala salud no son únicamente los más pobres, sino también quienes tienen el menor nivel de educación. En el caso de los AM de nuestro país, esta realidad es muy frecuente.

Así mismo, el concepto de la educación para la salud, se concentra cada vez más en el aprendizaje y en el proceso de fortalecimiento de la autonomía. Como consecuencia, la educación de los AM está teniendo cada vez más importancia en las políticas de salud. La educación para la salud se define como: “El principio por el cual los individuos y los grupos de personas aprenden la manera cómo comportarse en relación a la promoción, al mantenimiento o la restauración de la salud^{xxiv} .

En este sentido, el propósito de la educación en salud es la modificación conductual positiva dentro de una dinámica de bienestar físico, psíquico y social, por consiguiente, la creciente importancia de la salud en la educación de los AM y el interés por llevar a cabo acciones conjuntas se reflejan en el hecho de que la educación sanitaria y la promoción de la salud por primera vez se incluyeron en una conferencia de la UNESCO sobre educación de AM^{xxv} .

La educación para la salud empieza con los intereses de las personas en la modificación de sus condiciones de vida, desarrollando su sentido de responsabilidad tanto de los individuos como los miembros de su familia y la comunidad. En el control de las enfermedades la educación para la salud comúnmente incluye una aproximación sobre el conocimiento de la población acerca de la enfermedad, una evaluación sobre los hábitos y actitudes de la gente en relación a la diseminación y frecuencia de la enfermedad y la presentación de medios específicos para mejorar las deficiencias observadas.

En el caso de los AM la enseñanza con enfoque constructivista y la selección de una metodología didáctica que aseguren la innovación de la práctica educativa basada en la experiencia del aprendizaje, ayudará a que los AM logren plantear de forma objetiva, lógica y coherente problemas inherentes al cuidado de la HTA.

Uno de los pilares de la enseñanza con enfoque constructivistas es que el aprendizaje se conceptualiza como un proceso en el cual el estudiante construye activamente nuevas ideas o conceptos basados en conocimientos presentes y pasados. En otras palabras, "*el aprendizaje se forma construyendo nuestros propios conocimientos desde nuestras propias experiencias*"^{xxvi}. Esta colaboración también se conoce como proceso social de construcción del conocimiento. Algunos de los beneficios de este proceso social es el que los estudiantes pueden trabajar para clarificar y ordenar sus ideas, así como también pueden contar sus conclusiones a otros estudiantes. Eso les da oportunidades de elaborar lo que aprendieron.

Los teóricos cognitivos como Jean Piaget y David Ausbel, entre otros, plantearon que aprender era la consecuencia de desequilibrios en la comprensión de un estudiante y que el ambiente tiene una importancia fundamental en este proceso. En este sentido, el constructivismo en sí mismo tiene muchas variaciones, tales como aprendizaje generativo, aprendizaje cognoscitivo, aprendizaje basado en problemas, aprendizaje por descubrimiento, aprendizaje contextualizado y construcción del conocimiento.

La formalización del constructivismo se atribuye generalmente a Jean Piaget, quien articuló los mecanismos por los cuales el conocimiento es interiorizado por el que aprende. Piaget sugirió que a través de procesos de acomodación y asimilación, los individuos construyen nuevos conocimientos a partir de las experiencias. La asimilación ocurre cuando las experiencias de los individuos se alinean con su representación interna del mundo. Asimilan la nueva experiencia en un marco ya existente. La acomodación es el proceso de re-enmarcar su representación mental del mundo externo para adaptar nuevas experiencias^{xxvii}.

Todo aprendizaje constructivo supone la adquisición de un conocimiento nuevo, aunque en este proceso, no es sólo el nuevo conocimiento que se ha adquirido, sino sobre todo la posibilidad de enlazarlo con aprendizajes previos, que en el caso de los AM, ellos tienen una gran experiencia. Así al aprovechar los conocimientos previos pertinentes es posible desarrollar un nuevo conocimiento que les permitirá generalizar; es decir, aplicar lo ya conocido a una situación nueva, tal es el caso del cuidado de la salud en la HTA.

El aprendizaje desde este enfoque no se considera como una actividad individual, sino social. Se ha comprobado que el estudiante aprende más eficazmente cuando lo hace en forma cooperativa, en su relación con el otro.

La enseñanza debe individualizarse en el sentido de permitir a cada estudiante trabajar con independencia y a su propio ritmo. Por otro lado, es necesario promover la colaboración grupal de los AM, ya que ésta permite que los ellos adquieran habilidades sociales al establecer mejores relaciones con los demás para el logro de un objetivo común, lo que incrementa su motivación y su autoestima.

La enseñanza con enfoque constructivista el profesor, al estar básicamente orientado al aprendizaje, no sólo utiliza métodos expositivos, sino trabaja en el aula con métodos participativos que motiven en los estudiantes la capacidad de pensar por sí mismos. Plantea un problema y le da seguimiento a la exploración de los estudiantes, sienta una guía para la indagación y promueve nuevos caminos de pensamiento. El profesor está llamado a hacer del aula un espacio neutro para que los estudiantes intercambien sus puntos de vista personales y los argumenten a la luz de las ideas de los demás, de modo que cada uno pueda continuar construyendo su conocimiento^{xxviii}.

Se debe de considerar al estudiante, en este caso al AM siempre como un constructor activo de su aprendizaje y evitar que únicamente se limite a grabar los aprendizajes que le sean proporcionados, para esto el alumno debe de tener autonomía suficiente para emprender sus propias experiencias de aprendizaje. Este último, no se considerará como producto exclusivo de la intervención del profesor, ni se circunscribirá al aula. Es importante señalar que cada uno de los alumnos utiliza su propio aprendizaje y las estrategias son diversas pero tiende a desarrollar preferencias globales. Esas preferencias o tendencias a utilizar constituyen su estilo de aprendizaje.

La educación para la salud, en el caso de la HTA es una estrategia de eficacia probada ya que si se aplica de manera adecuada y con un seguimiento personalizado puede llegar a ser altamente efectiva para el control de esta enfermedad^{xxix}.

Una investigación realizada en Nuevo León, México, mostró cómo el incremento en el nivel de conocimiento sobre la HTA se asoció con niveles normales de presión arterial, dando como resultado el control de adultos con este padecimiento:

7.- MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 DISEÑO

Se llevo a cabo un estudio longitudinal, analítico, en una población de 57 adultos mayores de la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco durante el periodo de febrero – mayo de 2012.

8.- TIPO DE INVESTIGACIÓN

Prospectiva, longitudinal.

9.- HIPOTESIS

Los adultos mayores desarrollan la hipertensión arterial debido a una mala calidad de vida.

10.- METODOLOGÍA.

Se realizó un estudio de tipo longitudinal, con una población de 57 adultos mayores de la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco de la Delegación Xochimilco, con un rango de edad entre 60 y 95 años, seleccionada de manera intencionada, ya que así se hizo al llegar a los grupos de adulto mayor a la hora de aplicar el instrumento. El instrumento cuenta con 11 ítems se aplican de forma personal. Durante un periodo de Febrero a Mayo del 2012.

10.1.- POBLACIÓN.

La población objeto de estudio son 57 AM entre los 60 y 95 años de edad, de ambos géneros (masculino y femenino), que cursen HTA.

10.1.1. Criterios de Inclusión.

- 57 Adultos Mayores hipertensos de San Luis Tlaxialtemalco
- Estar de acuerdo en participar en el estudio

10.1.2. Criterios de exclusión.

- No estar dispuesto a participaren la encuesta
- AM con alteraciones psicológicas

11.- VARIABLES

11.1.- Variable independiente: Hipertensión, Adulto mayor e Intervención educativa.

Este punto se evaluará a partir de la modificación de estilos de vida que favorezcan la adopción y adherencia de conductas saludables que permitan al AM mantener su nivel de tensión arterial sistólica <120 y diastólica <80 mm de Hg.

11.2.- Variable dependiente: Nivel de tensión arterial sistólica y diastólica.

11.3.- Variable intercurrente: Si consideramos que la CV tiene un efecto benéfico en la adopción de prácticas saludables pero también el control de la hipertensión arterial, estamos considerando que esta variable impacta tanto en la causa como en el efecto.

a) Variables socio-demográficas

Variable	Definición	Indicador	Reactivo	Fuente
Ocupación actual o última	Actividad productiva actual o última en la que se desempeñó el adulto mayor	Rama específica de un sector productivo	Ocupación actual o última	Cuestionario
Nivel máximo de estudio	Nivel académico máximo alcanzado	Cualitativo ordinal	Nivel máximo de estudios	Cuestionario
Edad	Tiempo cronológico en años	Años	N/A	Cuestionario
Sexo	Característica del sexo biológico	Cualitativo nominal	Sexo del entrevistado	Cuestionario

b) Características de la vivienda

Variable	Definición	Indicador	Reactivo	Fuente
Tenencia	Tipo de apropiación que legitima la vivienda	Cualitativo nominal	La casa en la que vive es	Cuestionario
Dormitorios	Cuartos de uso exclusivo para dormir	Cualitativo ordinal	Cuántos cuartos para dormir tiene su casa	Cuestionario
Agua entubada	Tipo de suministro de agua	Cualitativo nominal	Su casa cuenta con agua entubada	Cuestionario
Luz eléctrica	Tipo de suministro eléctrico	Cualitativo nominal	Su casa cuenta con luz eléctrica	Cuestionario
Número de focos	Focos de alumbrado en su casa	Cualitativo ordinal	Cuántos focos tiene su casa	Cuestionario

Baño y regadera	Tipo de instalación sanitaria	Cualitativo nominal	Su casa cuenta con baño con W. C. y regadera	Cuestionario
Material en paredes	Tipo de material de las paredes	Cualitativo nominal	De que material son la mayoría de las paredes de su casa	Cuestionario
Material en pisos	Tipo de material de los pisos	Cualitativo nominal	De que material son la mayoría de los pisos de su casa	Cuestionario
Convivientes	Número de convivientes	Cualitativo ordinal	Cuántas personas en total viven en su casa	Cuestionario

c) Variables sobre situación de salud

Variable	Definición	Indicador	Reactivo	Fuente
Situación de Salud	Estado de salud que tiene el AM	Entidades patológicas que padece	Tipo de enfermedad (se exploran enfermedades crónicas, infecciosas, neoplásicas, mentales, discapacidad, dolor crónico y otro tipo de padecimientos)	Cuestionario

d) Variables sobre auto percepción del estado de salud

Variable	Definición	Indicador	Reactivo	Fuente
Autopercepción del estado de salud	Percepción del AM sobre su estado de salud	Escala numérica de 1 a 10 (1 muy malo y 10 muy bueno)	¿Cómo considera usted su estado de salud?	Cuestionario
Comparación anual de salud	El AM compara su estado de salud actual con el de hace un año	Cualitativo nominal	¿Cómo considera Usted su estado de salud comparado con el de hace un año?	Cuestionario
Limitantes físicas	Tiene impedimentos físicos que le	Cualitativo ordinal	Durante el último mes ¿ha dejado de	Cuestionario

	limitan		hacer cosas que tenía planeadas como visitar amigos o familiares, pasear o trabajar, a causa de su estado de salud física?	
Expectativas de superar sus limitaciones físicas	Expectativas de superación de las limitaciones físicas	Cualitativo nominal	Durante el próximo mes ¿Considera Usted que tendrá energía suficiente para visitar amigos o familiares, pasear o trabajar?	Cuestionario

e) Variables sobre el estado funcional

Variable	Definición	Indicador	Reactivo	Fuente
Estado funcional	Capacidad del AM para realizar actividades básicas de autosuficiencia	Escala numérica de 0 a 100 (0 proceso fatal que progresa rápidamente hasta la muerte y 100 normal, ninguna molestia, ninguna evidencia de enfermedad)	Escala de Karnofsky	Cuestionario

f) Variables sobre autopercepción del estado emocional

Variable	Definición	Indicador	Reactivo	Fuente
Autopercepción de su estado emocional	Percepción del propio estado emocional del AM	Escala numérica de 1 a 10 (1 muy malo y 10 muy bueno)	¿Cómo considera usted su estado emocional?	Cuestionario
Comparación anual de su estado emocional	El AM compara su estado emocional actual con el de hace un año	Cualitativo nominal	¿Cómo considera Usted su estado emocional comparado con el de hace un año?	Cuestionario
Limitantes emocionales	Tiene impedimentos emocionales que le limitan	Cualitativo ordinal	Durante el último mes ¿ha dejado de hacer cosas que tenía	Cuestionario

			planeadas como visitar amigos o familiares, pasear o trabajar, a causa de su estado de su estado emocional?	
Expectativas de superar sus limitaciones emocionales	Expectativas de superación de las limitaciones emocionales	Cualitativo nominal	Durante el próximo mes ¿Considera Usted que dejará de tener tristeza, decaimiento, depresión o enojo y su estado emocional le permitirá	Cuestionario

			visitar amigos o familiares, pasear o trabajar?	
--	--	--	--	--

g) Variables sobre la autopercepción del estado de integración social y familiar

Variable	Definición	Indicador	Reactivo	Fuente
Autopercepción del estado de integración social	Percepción del propio paciente sobre su estado de integración social	Escala numérica de 1 a 10 (1 poco integrado y 10 muy integrado)	¿Cómo considera usted su estado de integración social?	Cuestionario
Comparación anual de su integración social y familiar	El AM compara su integración social y familiar actual con el de hace un año	Cualitativo nominal	¿Cómo considera Usted su estado de integración	Cuestionario

			social y familiar comparado con el de hace un año?	
Limitantes de integración social y familiar	Tiene impedimentos sociales y familiares que le limitan	Cualitativo ordinal	Durante el último año ¿ha dejado de asistir a visitar amigos, pasear o realizar alguna otra actividad social, por no encontrarse o tener que ver a algún amigo o conocido en particular)	Cuestionario
Expectativas	Expectativas de	Cualitativo	Durante el	Cuestionario

de superar sus limitaciones de integración social y familiar	superación de las limitaciones emocionales	nominal	próximo mes considera Usted que dejará de evitar sus visitas a familiares y podrá pasear o realizar alguna otra actividad familiar, y ya no le afectará el encontrarse o tener que ver a algún familiar en particular)	
--	--	---------	--	--

h) Variables sobre la satisfacción con los logros obtenidos

Variable	Definición	Indicador	Reactivo	Fuente
Autopercepción de satisfacción con sus logros obtenidos	Satisfacción del AM sobre sus logros alcanzados	Escala numérica de 1 a 10 (1 poco satisfecho y 10 muy satisfecho)	¿Qué tan satisfecho está usted con los logros obtenidos en el transcurso de su vida?	Cuestionario
Comparación de sus logros con los de amigos y familiares	El AM compara sus logros con amigos y familiares cercanos	Cualitativo ordinal	¿Considera Usted que sus logros en comparación con los de sus familiares y amigos más cercanos son?	Cuestionario

i) Variables sobre la satisfacción con sus ingresos económicos

Variable	Definición	Indicador	Reactivo	Fuente
Autopercepción de satisfacción con sus ingresos económicos	Satisfacción del AM sobre sus ingresos económicos	Escala numérica de 1 a 10 (1 poco satisfecho y 10 muy satisfecho)	¿Qué tan satisfecho está usted con sus ingresos económicos?	Cuestionario
Necesidades de vivienda	Satisfacción del AM sobre sus necesidades de vivienda	Cualitativo nominal	¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de vivienda?	Cuestionario
Necesidades de vestido	Satisfacción del AM sobre sus	Cualitativo nominal	¿Considera Usted que su ingreso es	Cuestionario

	necesidades de vestido		suficiente para satisfacer sus necesidades de vestido?	
Necesidades de alimentación	Satisfacción del AM sobre sus necesidades de alimentación	Cualitativo nominal	¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de alimentación?	Cuestionario
Necesidades de atención médica	Satisfacción del AM sobre sus necesidades de atención médica	Cualitativo nominal	¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de atención médica?	Cuestionario

Necesidades de recreación	Satisfacción del AM sobre sus necesidades de recreación	Cualitativo nominal	¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de recreación?	Cuestionario
Necesidades de adquisición de enseres domésticos	Satisfacción del AM sobre sus necesidades adquisición de enseres domésticos	Cualitativo nominal	Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de obtención de enseres domésticos?	Cuestionario
Necesidades de ayudar a sus seres queridos	Satisfacción del AM sobre sus necesidades de ayudar a sus seres	Cualitativo nominal	¿Considera Usted que su ingreso es suficiente como para poder ayudar a sus	Cuestionario

	queridos		seres más queridos?	
--	----------	--	---------------------	--

j) Variables sobre HTA

Variable	Definición	Indicador	Reactivo	Fuente
Actividad física	Es cualquier actividad que haga trabajar al cuerpo más fuerte de lo normal.	Cualitativa ordinal	¿Realiza alguna actividad física, como correr, trotar, etc.?	Cuestionario
Horas de sueño	Cantidad total de horas que duerme	Cualitativa nominal	¿Cuántas horas duerme al día?.	Cuestionario
Seguimiento Clínico	Apego a las indicaciones médicas	Cualitativa nominal	¿Acude al doctor para realizarse chequeos de su presión arterial?	Cuestionario

Identifica los signos y síntomas de alarma.	Conocimiento sobre signos y síntomas de hipertensión arterial.	Cualitativa nominal	¿Sabe usted identificar los signos y síntomas que sufre usted cuando su presión es alta?	Cuestionario
Menciona todos los signos y síntomas de alarma	Edema, acúfenos, fosfenos, mareo, náusea, vómito, cefalea.	Cualitativa nominal	¿Mencione todos los signos y síntomas que tiene cuando se le sube su presión?	Cuestionario
Usted fuma	Consumo habitual de tabaco	Cualitativa nominal	¿Usted fuma?	Cuestionario
Toma café	Consumo habitual de café	Cualitativa nominal	¿Acostumbra a tomar café?	Cuestionario

Ingiere bebidas alcohólicas	Consumo de bebidas alcohólicas	Cualitativa nominal	¿Ingiere bebidas alcohólicas?	Cuestionario
Toma refrescos	Consumo de refrescos	Cualitativa nominal	¿Toma refrescos?	Cuestionario
Prefiere los alimentos ricos en grasa	Consumo de alimentos ricos en grasa de origen animal	Cualitativa nominal	¿Cuando come prefiere los alimentos ricos en grasa?.	Cuestionario
Le agradan los alimentos muy salados	Afición a los alimentos salados	Cualitativa nominal	¿Le agradan los alimentos muy salados?.	Cuestionario
Come alimentos embutidos	Afición a los alimentos embutidos	Cualitativa nominal	¿Come alimentos embutidos como jamón, chorizo,	Cuestionario

			salchichas, etc?	
Come verduras y frutas	Consumo de frutas y verduras	Cualitativa nominal	¿Come verduras y frutas?	Cuestionario
Actividades que realiza para relajarse.	Actividades de relajación	Cualitativa nominal	¿Que actividades realiza para relajarse?	Cuestionario

12.- TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La obtención de la información se llevo a cabo a través de fuentes primarias, por medio del interrogatorio directo a través de una encuesta de preguntas tallo, con escalas de medición discreta o discontinua.

13.- INSTRUMENTO

13.1.- CUESTIONARIO

Folio de captura _ - _ _



Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia – UNAM



“Encuesta para evaluar la calidad de vida y las conductas de riesgo en adultos mayores hipertensos. 2012”.

1.- Datos del encuestador

1.- Nombre del encuestador:	
2.- Adscripción:	
3.- Fecha de entrevista (N° de día) ____ del (Mes) ____ de 2010	
4.- Lugar de la entrevista a) hogar, b) CUEC o c) otro	

2.- Datos de identificación del entrevistado

5.- Nombre del entrevistado	
6.- Dirección	
7.- Teléfono	
8.- Ocupación actual en caso de que todavía trabaje	
9.- Última ocupación en caso de que ya no trabaje	
10.- Nivel máximo de estudios	
11.- Edad del entrevistado ____ años	
12.- Fecha de nacimiento. Día ____ Mes ____ de 19 ____	
13.- Sexo del entrevistado a) masculino b) femenino	

3.- Características de la vivienda

14.- La casa en la que vive es: a) propia, b) rentada o c) prestada	
15.- Cuantos cuartos para dormir tiene su casa: N° ____	
16.- Su casa cuenta con agua entubada: a) si b) no c) no sabe N/C	
17.- Su casa cuenta con luz eléctrica: a) si b) no c) no sabe o N/C	
18.- Cuantos focos tiene su casa: N° ____	
19.- Su casa cuenta con baño con W. C. y regadera a) si b) no c) no sabe o N/C	
20.- De que material son la mayoría de las paredes de su casa a) material de construcción permanente (ladrillo, cemento, etc) b) material provisional (lámina, madera, cartón) c) no sabe N/C	
21.- De que material son la mayoría de los pisos de su casa a) firme o cemento con recubrimiento b) tierra c) no sabe o N/C	
22.- Cuantas personas en total viven en su casa N° ____	

4.- Situación de salud (Marque con una X, y circule cuál o cuáles son los padecimientos que presenta el adulto mayor)

Tipo de enfermedad	Sí	No	Tx. Médico	Lugar
23.- Ninguna				
24.- Crónico degenerativas (Diabetes mellitus, hipertensión arterial) Especifique: _____				
25.- Infecciones (IRA ^s , EDA ^s , otras)				
26.- Neoplasias, (Cáncer) ¿en dónde? Especifique: _____				
27.- Salud mental (Depresión, Alzheimer, Parkinson) ¿cuál (es)? Especifique: _____				
28.- Discapacidad (Parálisis, sordera, ceguera, etc, etc.) ¿cuál (es)? Especifique: _____				
29.- Padece algún dolor de tipo crónico incapacitante ¿cuál es la razón? Especifique: _____				
30.- Otro tipo de enfermedad (Especifique cuál) _____				

31. Medir la TA del AM y anotar Sistólica _____ Diastólica _____

32.- Peso _____ Talla _____

5.- Autopercepción de su estado de salud

33.- En una escala del 1 al 10 (1 muy malo y 10 muy bueno) ¿Cómo considera su estado de salud? N° _____	
34.- ¿Cómo considera Usted su estado de salud comparado con el de hace un año? a) Mucho mejor b) Mejor c) Igual d) Casi igual e) Peor	
35.- Durante el último mes ¿ha dejado de hacer cosas que tenía planeadas como visitar amigos o familiares, pasear o trabajar, a causa de su estado de salud física? a) Si, b) No, c) No sabe o N/C	

36.- Durante el próximo mes ¿Considera Usted que tendrá energía suficiente para visitar amigos o familiares, pasear o trabajar? a) Si, b) No, c) No sabe o N/C	
---	--

6.- Estado funcional

37.- Escala de Karnofsky (Criterios del Estado Funcional) Circule el valor correspondiente.

Situación	Valor	Criterio
Capaz de realizar actividad normal; no necesita ningún cuidado especial	100	Normal: ninguna molestia, ninguna evidencia de enfermedad
	90	Capaz de realizar actividad normal: signos o síntomas menores de enfermedad
	80	Actividad normal con esfuerzo: algunos signos o síntomas de enfermedad
Incapaz de trabajar; capaz de vivir en su propia casa y de atender la mayoría de sus necesidades personales; necesita una cantidad variable de ayuda	70	Autocuidados: incapaz de realizar actividad normal o trabajo activo
	60	Requiere ayuda ocasional, pero es capaz de atender la mayoría de sus necesidades
	50	Requiere ayuda considerable y asistencia médica frecuente
Incapaz de cuidar de sí mismo; requiere asistencia hospitalaria, institucional o equivalente; la enfermedad puede estar progresando rápidamente	40	Incapacitado: requiere asistencia y ayuda especial
	30	Gravemente incapacitado: está indicada la hospitalización, aunque la muerte no sea inminente
	20	Muy enfermo: hospitalización necesaria, se requiere tratamiento de apoyo activo
	10	Moribundo: proceso fatal que progresa rápidamente
	0	Muerte

7.- Autopercepción del estado emocional

38.- En una escala del 1 al 10 (1 muy malo y 10 muy bueno) ¿Cómo considera su estado emocional? _____	
39.- ¿Cómo considera Usted su estado emocional comparado con el de hace un año? a) Mucho mejor b) Mejor c) Igual d) Casi igual e) Peor	
40.- Durante el último mes ¿ha dejado de hacer cosas que tenía planeadas como visitar amigos o familiares, pasear o trabajar, a causa de que se sintió triste, decaído, deprimido o enojado) a) Si, b) No, c) No sabe o N/C	
41.- Durante el próximo mes ¿Considera Usted que dejará de tener tristeza, decaimiento, depresión o enojo y su estado emocional le permitirá visitar amigos o familiares, pasear o trabajar? a) Si, b) No, c) No sabe o N/C	

8.- Integración social y familiar

42.- En una escala del 1 al 10 (1 muy malo y 10 muy bueno) ¿Cómo considera el estado de su integración social y familiar en su conjunto? _____	
43.- ¿Cómo considera Usted su estado de integración social y familiar comparado con el de hace un año? f) Mucho mejor g) Mejor h) Igual i) Casi igual j) Peor	
44.- Durante el último año ¿ha dejado de asistir a visitar amigos, pasear o realizar alguna otra actividad social, por no encontrarse o tener que ver a algún amigo o conocido en particular) a) Si, b) No, c) No sabe o N/C	
45.- Durante el próximo mes considera Usted que dejará de evitar sus visitas a familiares y podrá pasear o realizar alguna otra actividad familiar, y ya no le afectará el encontrarse o tener que ver a algún familiar en particular) a) Si, b) No, c) No sabe o N/C	

9.- Satisfacción con sus logros obtenidos

46.- En una escala del 1 al 10 (1 poco satisfecho (a) y 10 muy satisfecho (a) ¿Qué tan satisfecho (a) está Usted con los logros obtenidos en el transcurso de su vida y con su situación actual? _____	
47.- ¿Considera Usted que sus logros en comparación con los de sus familiares y amigos más cercanos son? a) Mucho mejores b) Mejor c) Iguales d) Casi iguales e) Peores	

10.- Ingreso económico

48.- Su ingreso mensual total, incluyendo pensión, renta, ganancia de sus negocios, ayuda de hijos y demás familiares es aproximadamente de \$ _____ _____00	
49.- ¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de vivienda? a) Si b) No C No sabe o N/C	
50.- ¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de vestido? a) Si b) No C No sabe o N/C	
51.- ¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de alimentación? a) Si b) No C No sabe o N/C	
52.- ¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de atención médica? a) Si b) No C No sabe o N/C	
53.- ¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus	

necesidades de recreación? a) Si b) No C No sabe o N/C	
54.- ¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de obtención de enseres domésticos? a) Si b) No C No sabe o N/C	
55.- ¿Considera Usted que su ingreso es suficiente como para poder ayudar a sus seres más queridos? a) Si b) No C No sabe o N/C	

11. Variables exploradoras sobre los hábitos y costumbres de riesgo del AM con relación a la HTA

Situación	Siempre	Casi siempre	La mitad de las veces	Casi nunca	Nunca
56.- ¿Realiza alguna actividad física, como correr, trotar, etc.?	Siempre	Casi siempre	La mitad de las veces	Casi nunca	Nunca
57.- ¿ Esta actividad tiene una duración de 15 a 30 minutos o más?.	Siempre	Casi siempre	La mitad de las veces	Casi nunca	Nunca
58.- ¿Cuantas horas duerme al día?.	3 a 4	4 a 6	6 a 8	Más de 8	Tiene insomnio
59.- ¿ Cuantas horas al día ve televisión?.	1 a 2	2 a 4	4 a 6	Más de 6	No ve TV
60.- ¿Acude al doctor para realizarse chequeos de su presión arterial?	Siempre	Casi siempre	La mitad de las veces	Casi nunca	Nunca
61.- ¿Sabe usted identificar los signos y síntomas que sufre usted cuando su presión es alta?	Informa que SI identifica signos y síntomas		Informa que NO identifica signos y síntomas		
62.- ¿Mencione todos los signos y síntomas que tiene cuando se le sube su presión?	Identifica cuatro síntomas	Identifica tres síntomas	Identifica dos síntomas	Identifica un síntoma	No identifica ninguno
63.- ¿Usted fuma?	Si	1 a 3	3 a 6	Más de 6	No
64.- ¿Acostumbra tomar café?	Si	1 a 2	2 a 3	Más de 3	No
65.- ¿Ingiere bebidas alcohólicas?	Si	1 a 3 por semana	3 a 6 por semana	Más de 6	No
66.- ¿Toma refrescos?	Si	1 a 3 por semana	3 a 6 por semana	Más de 6	No
67.- ¿Cuando come prefiere los alimentos ricos en grasa?	Siempre	Casi siempre	La mitad de las veces	Casi nunca	Nunca
68.- ¿Le agradan los alimentos muy salados?	Si	Mucho	Regular	Poco	No
69.- ¿Come alimentos	Si	Mucho	Regular	Poco	No

embutidos como jamón, chorizo, salchichas, etc?					
70.- ¿Le gusta comer frituras como papitas, chicharrones, etc?	Si	Mucho	Regular	Poco	No
71.- ¿Come verduras y frutas?	Si	1 a 2 por semana	2 a 3 por semana	Más de 3	No
72.- ¿Qué actividades realiza para relajarse?	Anótelas:				

Dé por terminada la entrevista y agradezca.

13.2.- CUESTIONARIO

Escala para la cuantificación del Nivel de Calidad de Vida



Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia – UNAM



“Escala para la Cuantificación del Nivel de Calidad de Vida de los Adultos Mayores. México, 2012”.

1. Datos del entrevistado

1.- Nombre del entrevistado
2.- Dirección
3.- Teléfono
4.- Ocupación actual o última
5.- Nivel máximo de estudios
6.- Edad del entrevistado _____ años
7.- Fecha de nacimiento. Día _____ Mes _____ de 19 _____
8.- Sexo del entrevistado a) masculino b) femenino

2.- Características de la vivienda

Máximo 10 puntos

Variables	Puntos Asignados
9.- La casa en la que vive es: Propia 1.25 Puntos Rentada 0.8 Puntos Prestada 0.4 Puntos	
10.- Cuantos cuartos para dormir tiene su casa: N° _____ Respuesta de la pregunta 10/ Respuesta de la pregunta 17 Mayor o igual a 1 = 1.25 De .99 a 0.5 = 0.8 Menor a 0.49 = 0.4	
11.- Su casa cuenta con agua entubada: Sí = 1.25 No = 0 No sabe N/C = 0	
12.- Su casa cuenta con luz eléctrica: Sí = 1.25 No = 0 No sabe N/C = 0	
13.- Cuantos focos tiene su casa: N° _____ Ninguno = 0 De 1 a 5 = 0.3 De 6 a 10 = 0.6 De 11 a 15 = 0.9 15 y más 0 = 1.25	

14.- Su casa cuenta con baño con W. C. y regadera Sí = 1.25 No = 0 No sabe N/C = 0	
15.- De que material son la mayoría de las paredes de su casa: Material de construcción permanente (ladrillo, cemento, etc) = 1.25 Material provisional (lámina, madera, cartón) = 0.6 No sabe N/C = 0.0	
16.- De que material son la mayoría de los pisos de su casa: Firme o cemento con recubrimiento = 1.25 Tierra = 0.6 No sabe o N/C = 0.0	
17.- Cuantas personas en total viven en su casa N° _____	
Total de puntos	

3.- Situación actual de salud (Marque con una X, y circule cuál o cuáles son los padecimientos que presenta el adulto mayor)

Puntaje máximo 10 puntos

Tipo de enfermedad	Sí	No	Tx. Médico	Lugar
18.- Ninguna	10			
19.- Crónico degenerativas: Diabetes mellitus, hipertensión arterial Especifique: 0 enfermedad = 1 2 o más enfermedades = 2	1 0 2	0		
20.- Infecciones (IRA ^s , EDA ^s , otras)	1	0		
21.- Neoplasias, (Cáncer) ¿en dónde? Especifique: Si = 2 No = 0	2	0		
22.- Salud mental (Depresión, Alzheimer, Parkinson) ¿cuál (es)? Especifique: 1 enfermedad = 1 2 o más enfermedades = 2	2	0		
23.- Discapacidad (Parálisis, sordera, ceguera, etc, etc.) ¿cuál (es)? Especifique: Si = 1 No = 0	1	0		
24.- Padece algún dolor de tipo crónico incapacitante ¿cuál es la razón? Especifique: Si = 1 No = 0	1	0		
25.- Otro tipo de enfermedad (Especifique cuál) Si = 1 No = 0	1	0		

1/ puntaje sumado de las respuestas SI de las preguntas 19 a 25 * 10 Si tiene tratamiento médico agregar 1 punto por cada enfermedad tratada. Ninguna enfermedad = 10 puntos	
Total de puntos	

4.- Percepción de se estado de salud

Puntaje máximo 20 puntos

	Puntos Asignados
26.- En una escala del 1 al 10 (1 muy malo y 10 muy bueno) ¿Cómo considera su estado de salud? N° _____ De 1 a 2 = 1 De 3 a 4 = 2 De 5 a 6 = 3 De 7 a 8 = 4 De 9 a 10 = 5	De 1 a 5
27.- ¿Cómo considera Usted su estado de salud comparado con el de hace un año? f) Mucho mejor = 5 g) Mejor = 4 h) Igual = 3 i) Poco peor = 2 j) Peor = 1	De 1 a 5
28.- Durante el último mes ¿ha dejado de hacer cosas que tenía planeadas como visitar amigos o familiares, pasear o trabajar, a causa de su estado de salud física) Si = 0 No sabe o N/C = 0 No = 5	De 1 a 5
29.- Durante el próximo mes ¿Considera Usted que tendrá energía suficiente para visitar amigos o familiares, pasear o trabajar? Si = 5 No sabe o N/C = 0 No = 0	De 1 a 5
Total de Puntos	

5.- Estado funcional

30.- Escala de Karnofsky (Criterios del Estado Funcional) Circule el valor correspondiente.

Puntaje máximo 20 puntos

Situación	Valor	Criterio
Capaz de realizar actividad normal; no necesita ningún cuidado especial	100	Normal: ninguna molestia, ninguna evidencia de enfermedad
	90	Capaz de realizar actividad normal: signos o síntomas menores de enfermedad

	80	Actividad normal con esfuerzo: algunos signos o síntomas de enfermedad
Incapaz de trabajar; capaz de vivir en su propia casa y de atender la mayoría de sus necesidades personales; necesita una cantidad variable de ayuda	70	Autocuidados: incapaz de realizar actividad normal o trabajo activo
	60	Requiere ayuda ocasional, pero es capaz de atender la mayoría de sus necesidades
	50	Requiere ayuda considerable y asistencia médica frecuente
Incapaz de cuidar de sí mismo; requiere asistencia hospitalaria, institucional o equivalente; la enfermedad puede estar progresando rápidamente	40	Incapacitado: requiere asistencia y ayuda especial
	30	Gravemente incapacitado: está indicada la hospitalización, aunque la muerte no sea inminente
	20	Muy enfermo: hospitalización necesaria, se requiere tratamiento de apoyo activo
	10	Moribundo: proceso fatal que progresa rápidamente
	0	Muerte

Calificación	Puntaje
De 100 a 90	20
De 80 a 70	16
De 60 a 50	12
De 40 a 30	8
De 20 a 10	4
0	0
Total de puntos	

6.- Estado emocional

Puntaje máximo 10 puntos

Variables	Puntaje
31.- En una escala del 1 al 10 (1 muy malo y 10 muy bueno) ¿Cómo considera su estado emocional? _____ De 1 a 2 = 0.5 De 3 a 4 = 1.0 De 5 a 6 = 1.5 De 7 a 8 = 2.0 De 9 a 10 = 2.5	
32.- ¿Cómo considera Usted su estado emocional comparado con el de hace un año? k) Mucho mejor = 2.5 l) Mejor = 2.0 m) Igual = 1.5 n) Poco peor = 1.0 o) Peor = 0.5	
33.- Durante el último mes ¿ha dejado de hacer cosas que tenía planeadas como visitar amigos o familiares, pasear o trabajar, a causa de que se sintió triste, decaído, deprimido o enojado) Si = 0 No = 2.5	

No sabe o N/C = 0	
34.- Durante el próximo mes ¿Considera Usted que dejará de tener tristeza, decaimiento, depresión o enojo y su estado emocional le permitirá visitar amigos o familiares, pasear o trabajar? Si = 2.5 No = 0 No sabe o N/C = 0	
Total de puntos	

7.- Integración social y familiar

Máximo 10 puntos

Variables	Puntaje
35.- En una escala del 1 al 10 (1 muy malo y 10 muy bueno) ¿Cómo considera el estado de su integración social y familiar en su conjunto? De 1 a 2 = 0.5 De 3 a 4 = 1.0 De 5 a 6 = 1.5 De 7 a 8 = 2.0 De 9 a 10 = 2.5	
36.- ¿Cómo considera Usted su estado de integración social y familiar comparado con el de hace un año? p) Mucho mejor = 2.5 q) Mejor = 2.0 r) Igual = 1.5 s) Poco peor = 1.0 a) Peor = 0.5	
37.- Durante el último año ¿ha dejado de asistir a visitar amigos, pasear o realizar alguna otra actividad social, por no encontrarse o tener que ver a algún amigo o conocido en particular) Si = 0 No = 2.5 No sabe o N/C = 0	
38.- Durante el próximo mes considera Usted que dejará de evitar sus visitas a familiares y podrá pasear o realizar alguna otra actividad familiar, y ya no le afectará el encontrarse o tener que ver a algún familiar en particular) Si = 2.5 No = 0 No sabe o N/C = 0	
Total de puntos	

8.- Satisfacción con sus logros obtenidos

Puntaje máximo 10 puntos

Variables	Puntaje
39.- En una escala del 1 al 10 (1 poco satisfecho (a) y 10 muy satisfecho (a) ¿Qué tan satisfecho (a) está Usted con los logros obtenidos en el transcurso de su vida y con su situación actual? De 1 a 2 = 1 De 3 a 4 = 2 De 5 a 6 = 3 De 7 a 8 = 4 De 9 a 10 = 5	De 1 a 5
40.- ¿Considera Usted que sus logros en comparación con los de sus familiares y amigos más cercanos son? f) Mucho mejores = 5 g) Mejor = 4 h) Iguales = 3 i) Casi iguales = 2 j) Peores = 1	De 1 a 5
Total de puntos	

9.- Ingreso económico

Máximo 10 puntos

Variables	Puntaje
41.- Su ingreso mensual total, incluyendo pensión, renta, ganancia de sus negocios, ayuda de hijos y demás familiares es aproximadamente de \$ _____00 Considerando que 1 Salario Mínimo Mensual son \$1,723.80 la cantidad informada se dividirá entre 1SMM Hasta 1 SMM = 1 Hasta 2 SMM = 2 Hasta 3 SMM = 2.5 Hasta 4 SMM = 3 Hasta 5 SMM = 3.5 Hasta 6 SMM = 4 Hasta 7 SMM = 4.5 8 y más SMM = 5	De 1 a 5
42.- ¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de vivienda? Si = 0.714 No = 0 No sabe o N/C = 0	De 0 a 0.714
43.- ¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de vestido?	De 0 a 0.714

Si = 0.714 No = 0 No sabe o N/C = 0	
44.- ¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de alimentación? Si = 0.714 No = 0 No sabe o N/C = 0	De 0 a 0.714
45.- ¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de atención médica? Si = 0.714 No = 0 No sabe o N/C = 0	De 0 a 0.714
46.- ¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de recreación? Si = 0.714 No = 0 No sabe o N/C = 0	De 0 a 0.714
47.- ¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de obtención de enseres domésticos? Si = 0.714 No = 0 No sabe o N/C = 0	De 0 a 0.714
48.- ¿Considera Usted que su ingreso es suficiente como para poder ayudar a sus seres más queridos? Si = 0.714 No = 0 No sabe o N/C = 0	De 0 a 0.714

Realice la sumatoria total y anótela _____

14.- RESULTADOS

Características sociodemográficas y de salud

Se seleccionaron a 57 AM, de los cuales se dividieron en 2 grupos: grupo experimental 29(50%), grupo control 28 (50%), a cada uno se le realizaron 2 entrevistas dando un total de 114 encuestas realizadas.

De los 57 AM entrevistados 22 (38.6%) fueron hombres y 35 (61.4%) mujeres, el rango de edad fue de 60 a 100 años; el análisis por grupo de edad y sexo muestra que 4 de cada 5 entrevistados se encuentra entre los 60 y los 74 años, (cuadro I)también se observa que predomina el sexo femenino con una relación de 1.5 mujeres por cada hombre entrevistado, así como un decremento en ambos grupos conforme se incrementa la edad. Ver (cuadro 1).

Cuadro 1

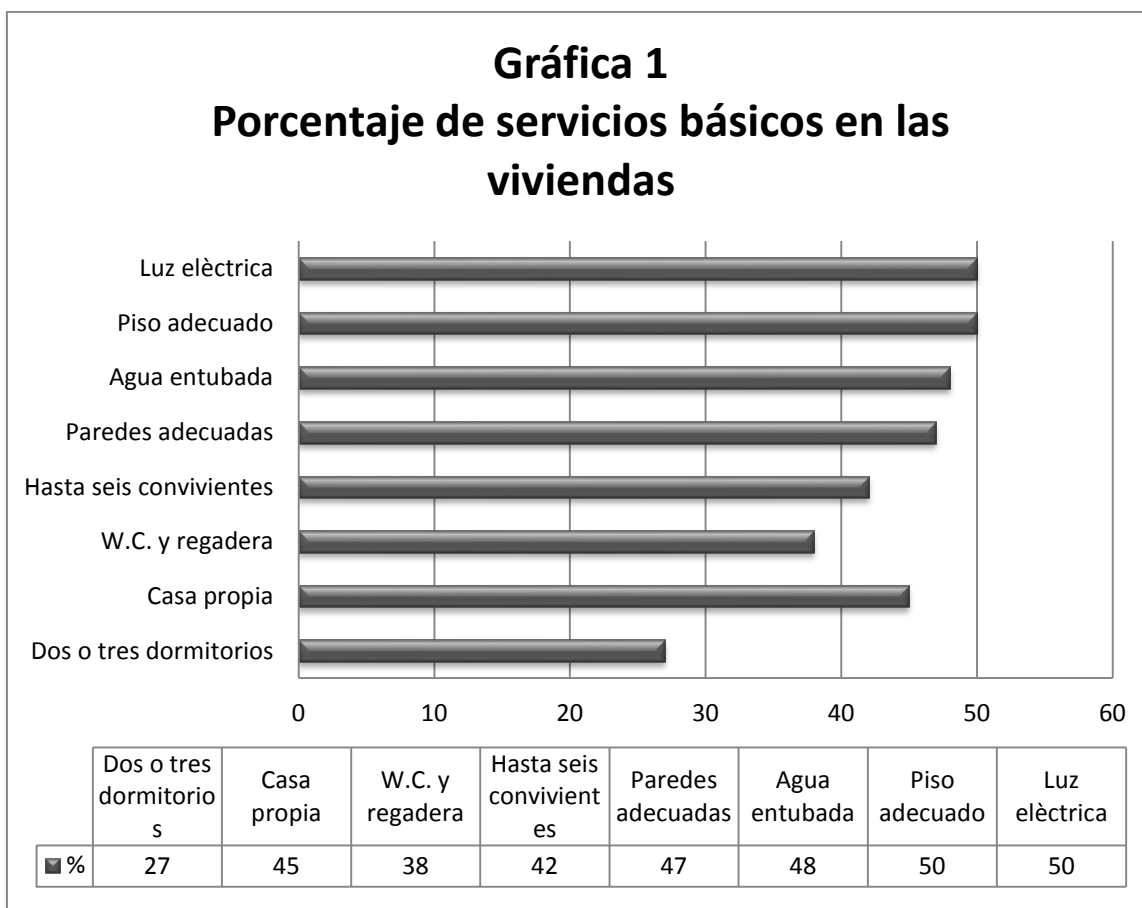
Grupo de Edad y Sexo

Grupo de Edad	Masculino	Femenino	Total
60-64	5 (8.7%)	8 (14.1%)	13 (22.8%)
65-69	2 (3.5%)	15 (26.3%)	17 (29.8%)
70-74	7 (12.2%)	8 (14.1%)	15 (26.3%)
75-79	5 (8.7%)	2 (3.5%)	7 (12.2%)
84 y más	3 (5.2%)	2 (3.5%)	5 (8.7%)
Total	22 (38.6%)	35 (61.4%)	57 (100%)

En cuanto al nivel de escolaridad 14 (24.5%) refirió tener primaria incompleta, 26 (45.6%) primaria completa, 4 (7%) secundaria incompleta, 10 (17.7%) secundaria completa, 3 (5.2%) bachillerato completo o carrera técnica.

Con respecto a la tenencia de la casa que habitan 51 (89.5 %) contestaron que es propia, 4 (7%) rentada y 2 (3.5%) prestada; en la relación al número de cuartos que tiene su casa destinados exclusivamente para dormir se encontró que cuentan con un sólo cuarto 15 (26%), de dos a tres 31 (54%), tres y más 11 (20%). Asimismo, las características de la vivienda en general son

adecuadas; cuentan con agua entubada 27 (47.3%), baño con W.C. y regadera 21 (36.8%), los materiales de construcción de las paredes son de tipo permanente 27 (47.3%) y los pisos son de cemento y con recubrimiento 28 (49.1%) ver (gráfica 1).



De acuerdo al número de personas con las que convive el AM en la misma casa, de uno a tres habitantes 27 (47.3%), de cuatro a seis 22 (38.5%), de siete a diez 7 (12.5%), diez y más convivientes 1 (1.7%).

Los AM entrevistados, además de HTA, 36 (63.1%) de ellos también presentaron alguna patología al momento de la entrevista.

Las enfermedades crónicas son el tipo de padecimiento más frecuente ya que estuvieron presentes en el total de los entrevistados ya que uno de los criterios

de selección es que fueran hipertensos; pero además 21 (35.9%) presentan problemas de salud mental, las capacidades diferentes también son un problema en el AM habiéndose presentado 18 (32.5%) casos, por otra parte el dolor de tipo crónico estuvo presente 6 (11.4%), finalmente las infecciones y las neoplasias 1(1.8%) caso cada una. Ver (cuadro 2).

Cuadro 2

Características del estado de salud más relevantes de los AM

Situación de salud	Si Núm. (%)	No Núm. (%)	Total Núm. (%)
Enfermedad presente	57 (100.0%)	0 (0.0%)	57 (100%)
Enfermedades crónicas	57 (100.0%)	0 (0.0%)	57 (100%)
Capacidades diferentes	18(32.5%)	39 (67.5%)	57(100%)
Dolor crónico	7 (11.4%)	50 (88.6%)	57 (100%)
Mentales	21(35.9%)	36(64.9%)	57 (100%)
Infecciones	1(1.8%)	56 (98.2%)	57 (100%)
Neoplasias	1 (1.8%)	56 (98.2%)	57 (100%)

Calidad de Vida

Considerando que la calidad de vida incluye la autopercepción sobre el estado de salud, el estado emocional, la integración social y la satisfacción con los logros obtenidos, se pregunto lo siguiente: en una escala del 1al 10 (1 muy malo, 10 muy bueno).

¿Cómo considera usted su estado emocional...?; las respuestas que acumularon las mayores puntuaciones fueron las que se encontraron entre los siete y los diez puntos, para el estado de salud esta proporción agrupó 25 (43.8%) de las respuestas, en el caso del estado emocional fueron 26(45.6%); la integración social 27 (47.3%) y la satisfacción de logros obtenidos 27(47.3%) ver (cuadro 3).

Cuadro3
Como considera su Estado Emocional

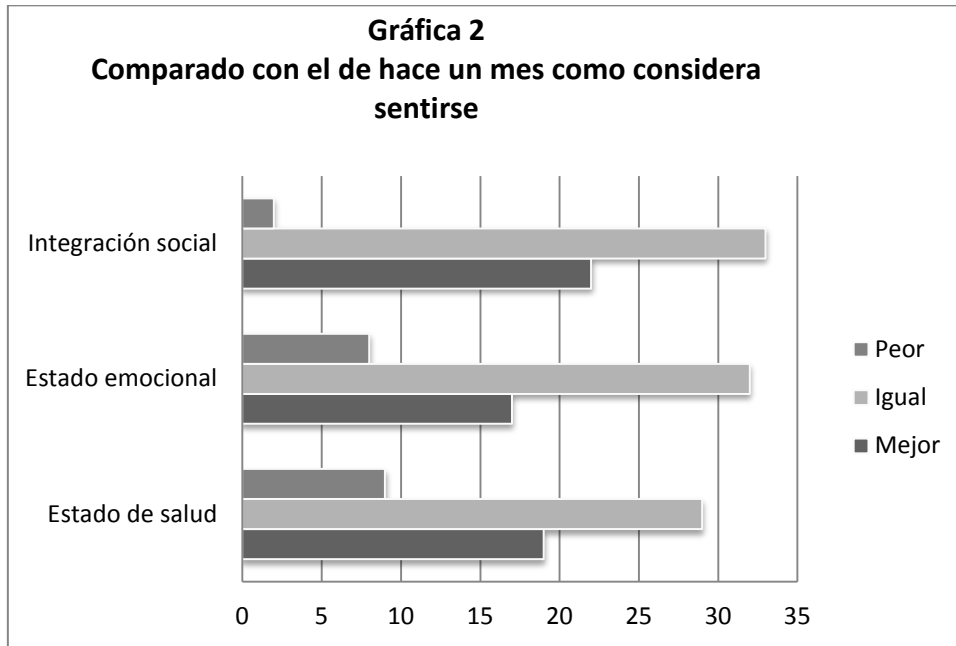
Valor	Frecuencia	Porcentaje Valido
5-6	3	5.2%
7-8	34	59.6%
9-10	20	35.0%
Total	57	100.0

La CV incluye también la comparación que hace la misma persona sobre su estado de salud, estado emocional y su estado de integración social comparado con el año anterior. Al respecto, las respuestas que acumularon la mayor frecuencia fueron las de igual y mejor; para el caso del estado de salud fue mejor 18 (31.6%), es importante resaltar que 29 (50.9%) consideraron que su estado de salud es igual; en cuanto al estado emocional 14 (24.6%) lo consideran mejor y 33 (57%) lo consideraron igual; sin embargo, en el caso de la integración social 18 (31.6%) contestaron mejor y 36 (63.1%) dijo que era igual ver (cuadro 4).

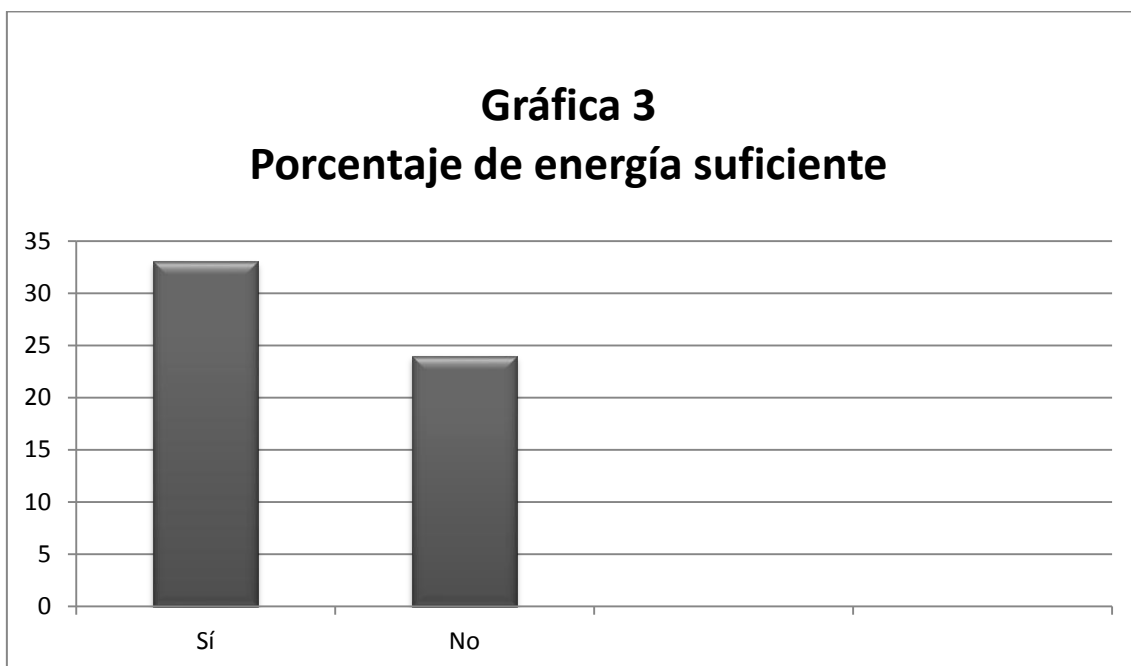
Cuadro 4
Nivel de estado de salud, estado emocional e integración social comparado con el año anterior

	Mucho mejor (%)	Mejor (%)	Igual (%)	Casi igual (%)	Peor (%)	Total
Estado de salud	1 (1.8%)	18 (31.6%)	29 (50.9%)	6 (11.3%)	3 (4.4%)	57 (100%)
Estado emocional	3 (5.3%)	14 (24.6%)	33 (57.0%)	3 (5.2%)	5 (7.9%)	57 (100%)
Estado de integración social	1 (1.8%)	18 (31.6%)	36 (63.1%)	2 (3.5%)	0 (0%)	57 (100%)

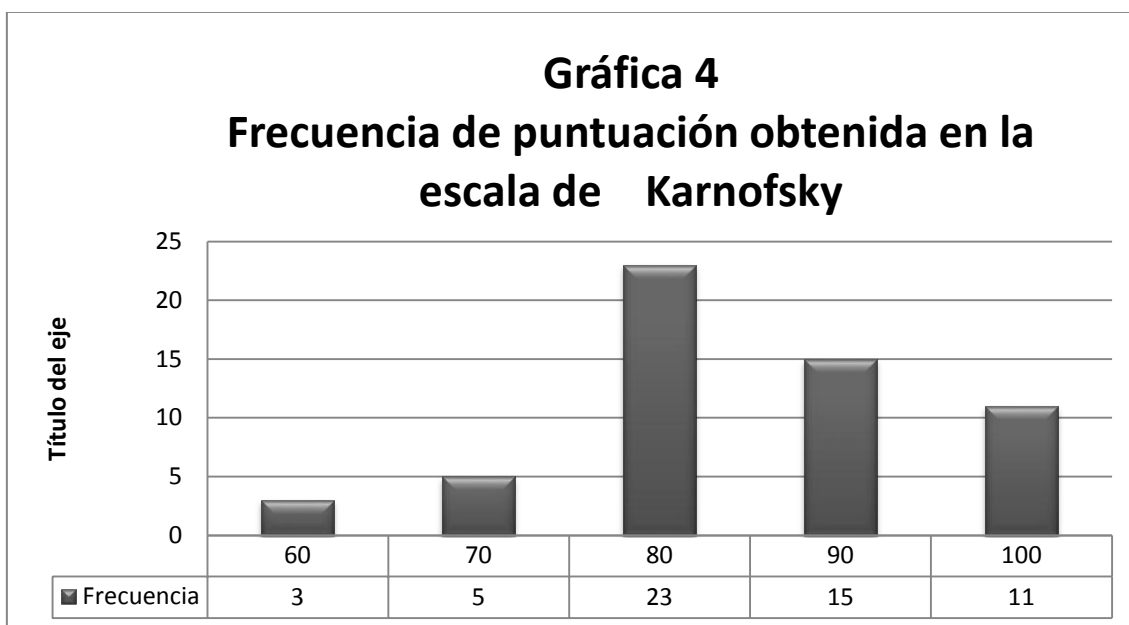
La CV fue medida a partir de conocer si la persona durante el último mes dejó de hacer cosas que tenía planeadas tales como visitar amigos o familiares, pasear o trabajar, a causa de su estado de salud física, estado emocional o su estado de integración social. Ver (gráfica 2).



Otro de los componentes de la CV es la vitalidad, por lo que se les preguntó si considera que el próximo mes tendrían energía suficiente para visitar amigos o familiares, pasear trabajar. Considerando que no será un impedimento su estado de salud física, estado emocional o su estado de integración social. Ver (gráfica 3).



La función física de los AM se evaluó mediante la escala de Karnofsky, los puntajes para esta escala están entre 0 y 100. El puntaje más alto significa que el paciente tiene mejor capacidad de realizar las actividades cotidianas y viceversa. Ver (gráfica 4).



En 23 AM el (40.3%) obtuvieron una puntuación de 80; en 15 AM el (26.3%) lograron el 90; en 11 AM el (19.2%) alcanzaron el 100; en 5 AM el (8.7%) adquirieron 70; finalmente, en 3 AM el (5.2%) obtuvieron una puntuación de 60.

La satisfacción con los logros obtenidos es otra de las áreas que incluye la calidad de vida (CV), está se exploró mediante la pregunta, ¿En una escala del 1 al 10 (1 poco satisfecho (a) y 10 muy satisfecho (a) ¿Qué tan satisfecho (a) está Usted con los logros obtenidos en el transcurso de su vida y con su situación actual?; 55 (97.3%) respondieron que están satisfechos entre siete y diez, el resto 2 (2.7%) dieron respuestas entre uno y seis.

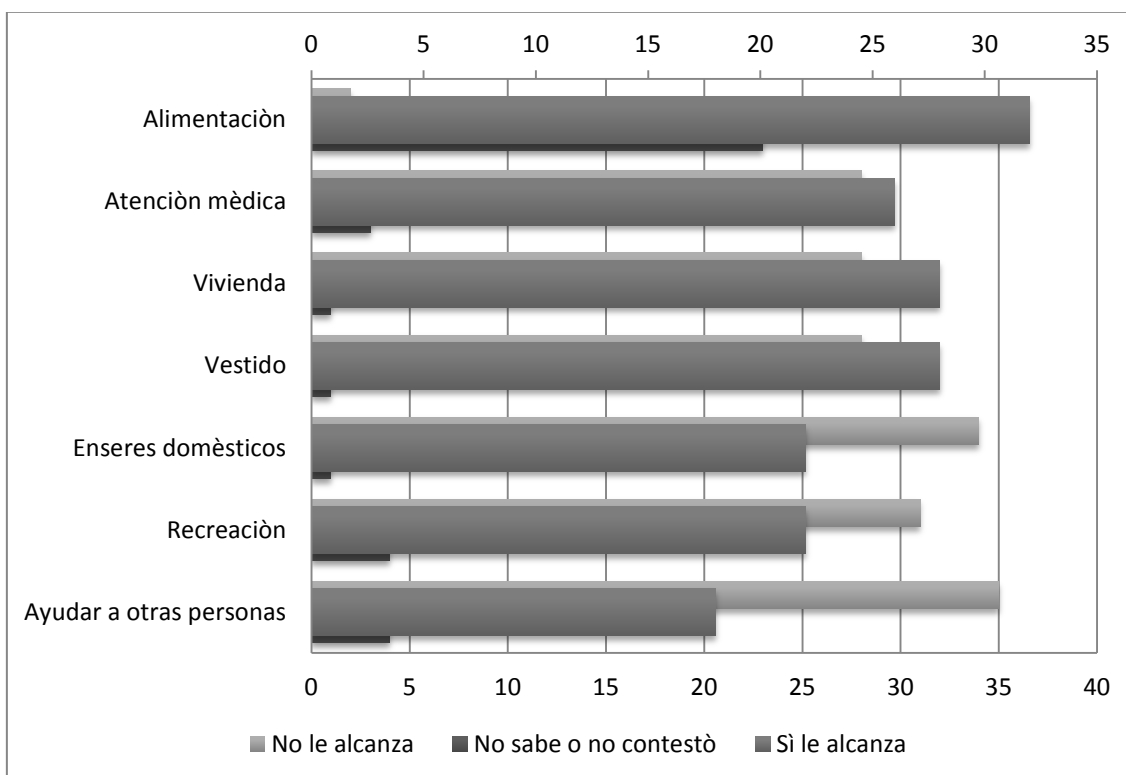
La otra pregunta se utilizó para profundizar en este rubro fue, ¿Considera Usted que sus logros en comparación con los de sus familiares y amigos más

cercanos son? 52 (96.5%) dieron respuestas de igual a mucho mejor, el resto 5 (3.5%) contestaron que casi igual y peor.

El ingreso mensual expresado en Salarios Mínimos Mensuales (SMM) indica que 33 (57.9%) obtienen un SMM, 21 (36.8%) entre dos y tres, y solamente 3 (5.3%) reciben cuatro SMM.

Finalmente, se les preguntó ¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de vivienda, vestido, alimentación, atención médica, diversión y entretenimiento, obtención de enseres domésticos y ayudar a otras personas? A esta serie de preguntas para los gastos que los AM consideran que su ingreso económico les alcanza para cubrir esas necesidades son: alimentación, atención médica, vivienda y vestido; los aspectos que tienen mayor dificultad para cubrir son: recreación, compra de enseres domésticos y ayudar a otras personas. En la gráfica se muestran a detalle estos aspectos. Ver (gráfica 5).

Gráfica 5
Ingreso económico para cubrir necesidades básicas

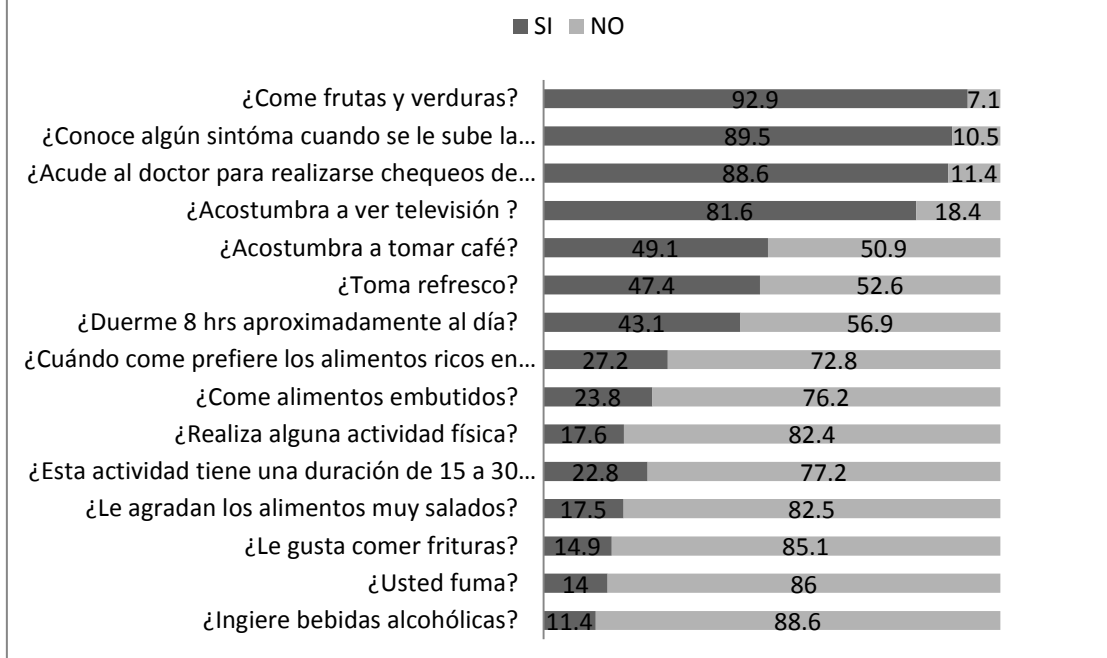


En síntesis, no se encontró diferencia relevante entre los grupos de AM entrevistados en el CUEC y los entrevistados en sus domicilios; referente a la CV de lo AM, después de realizar la cuantificación final se encontró que 15 (26%) tienen un nivel de CV muy buena, 25 (44%) buena, 16 (28.2%) tuvieron una CV regular, y mala fue en 2(1.8%) casos de AM entrevistados. Ver (Cuadro 5).

Cuadro 5
Nivel de calidad de vida en Adultos Mayores

Número	Rango	Categoría de calidad de vida	Número	%
1	0 a 51	Mala	1	1.8%
2	51 a 66	Regular	16	28.2%
3	67 a 83	Buena	25	44%
4	84 a 100	Muy buena	15	26%
Total			57	100.0

Gráfica 6
Distribución del ingreso mensual de los AM



No se encontraron diferencias importantes entre los adultos del grupo experimental y el grupo control en cuanto a las variables exploradoras para determinar las conductas que realizan los adultos mayores para el auto-

cuidado para la HA reportaron los siguientes datos: 53 (92.9%) AM comen frutas y verduras y 4 (7.1%) no lo hacen; ¿Conoce algún síntoma cuando se le sube la presión? el 51 (89.5%) AM si conocen y el 6 (10.5%) no conocen; ¿Acude al doctor para realizarse chequeos de su presión arterial? 52 (88.6%) AM si acude y el 5 (11.4%) no acuden; ¿Acostumbra a ver televisión ? 46 (81.6%) AM acostumbra y el 11 (18.4%) no acostumbra; ¿Acostumbra a tomar café? 27 (49.1%) AM acostumbran y el 30 (50.9%) no lo hacen; ¿Toma refresco? 27 (47.4%) AM si toma y el 30 (52.6%) no lo hacen; ¿Duerme 8 hrs aproximadamente? 24 (43.1%) AM si duerme y el 33 (56.9%) no lo hacen; ¿Cuándo come prefiere los alimentos ricos en grasas? 15(27.2%) AM si prefiere y el 42 (72.8%) no prefiere; ¿Come alimentos embutidos?13 (23.8%) AM si prefiere y el 44(76.2%) no lo prefiere; ¿Duerme 8 hrs aproximadamente? 24 (43.1%) AM si duerme y el 33 (56.9%) no lo hacen; ¿Realiza alguna actividad física? 10 (17.6%) AM si realizan y el 47 (82.4%) no lo hacen; ¿Esta actividad tiene una duración de 15 a 30 minutos? 13 (22.8%) AM si tiene la duración y el 44 (77.2%) no la tiene; ¿Le agradan los alimentos muy salados? 10 (17.5%) AM si le agradan y el 47(82.5%) no le agradan; ¿Le gusta comer frituras? 8 (14.9%) AM si come y el 49 (85.1%) no le agrada; ¿Usted fuma? 8 (14%) AM si fuma y el 49 (86%) no fuma; ¿Ingieren bebidas alcohólicas? 6 (11.4%) AM si ingieren y el 51 (88.6%) no ingieren. La categorización para clasificar el nivel de auto-cuidado de muestra en el cuadro 6.

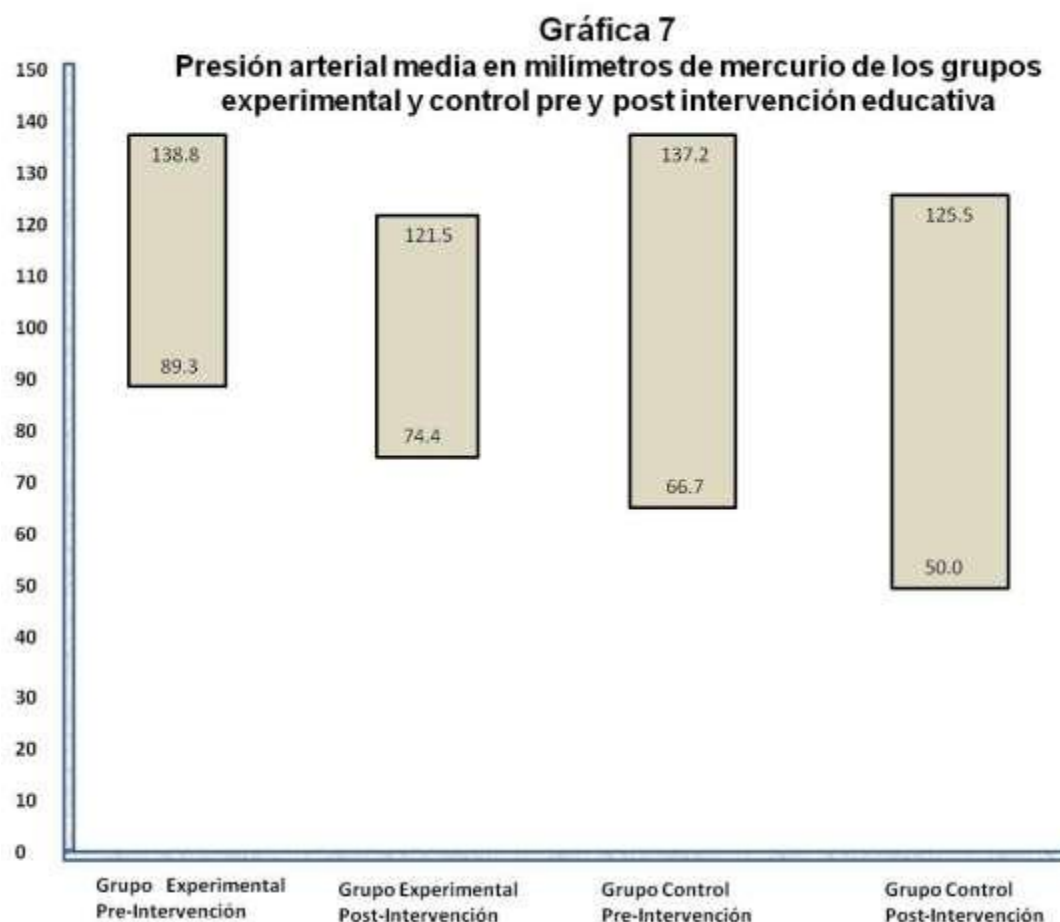
Cuadro 6
Categorización del Nivel de Autocuidado

Número	Rango	Categoría de calidad de vida	Número	Porcentaje
1	0 a 90	Mala	4	7.0
2	91 a 107	Regular	13	22.8
3	108 a 125	Buena	23	40.3
4	126 a 142	Muy buena	17	29.9
TOTAL			57	100

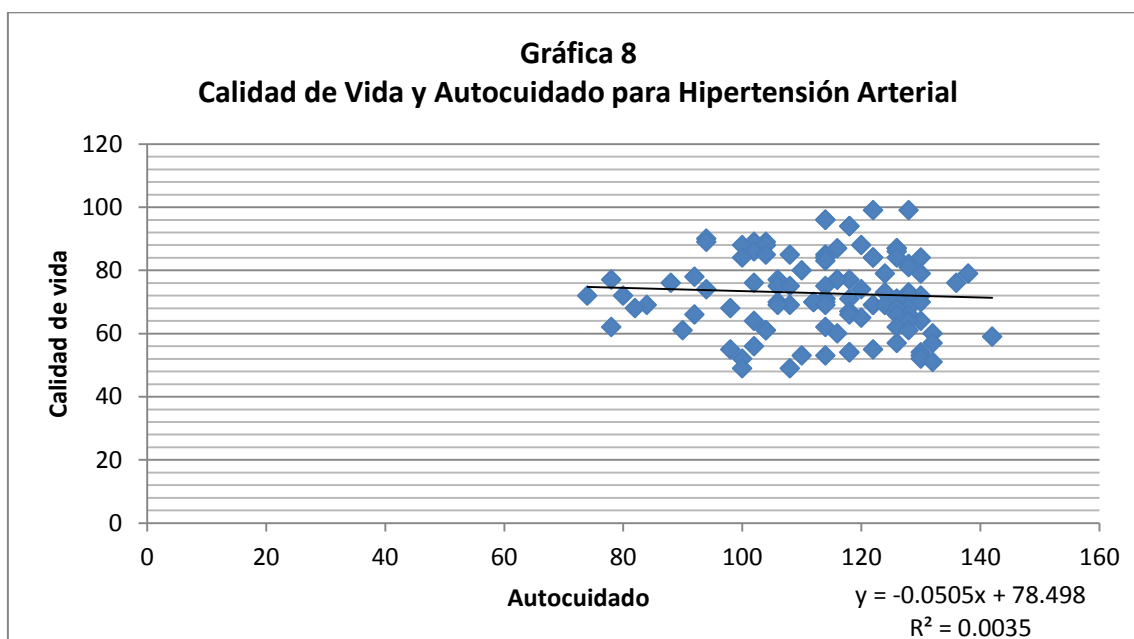
Cuadro 7
Nivel de Autocuidado en Adultos Mayores

Número	Rango	Categoría de calidad de vida	Número	%
1	0 a 51	Mala	1	1.8%
2	51 a 66	Regular	16	28.2%
3	67 a 83	Buena	25	44%
4	84 a 100	Muy buena	15	26%
Total			57	100.0

Concluyendo que en el grupo experimental en 28(48.2%) AM las cifras de presión arterial bajaron y 1 (1.8%) se mantuvo igual, lo anterior muy probablemente a la Intervención educativa. Por otro lado, en el grupo control también se notaron cambios satisfactorios ya que 24 (42.8%) disminuyo su Presión Arterial y solamente 4 (7.2%) aumento sus cifras en su Presión Arterial (gráfica 7).



Referente a la calidad de vida y el auto-cuidado para hipertensión arterial, el análisis de regresión lineal no muestra asociación alguna, ya que el coeficiente de regresión es de tan sólo 0.003 (gráfica 8).



En México como en el resto del mundo el grupo poblacional de más rápido crecimiento es el de los AM y está acompañado de un aumento de enfermedades propias de la edad, ésta situación conlleva a tener una disminución en la calidad de vida lo que implica una serie de retos para el cuidado de éstas personas.

La CV tiene componentes subjetivos como son el bienestar y la satisfacción; y elementos objetivos como la presencia de síntomas, el funcionamiento físico y el apoyo social. Esta combinación obliga a que cualquier definición que haga de CV tenga presente la percepción subjetiva del individuo sobre su “Bienestar” y más aún cuando este cursa con un proceso patológico. Asimismo, el auto-cuidado de la salud para el control de la HA debe incluir aspectos de atención oportuna, personalizada, humanizada y continua.

Para esta tesis se seleccionaron a 57 AM, de los cuales se dividieron en 2 grupos: grupo experimental 29(50%), grupo control 28 (50%), a cada uno se le realizaron 2 entrevistas dando un total de 114 encuestas realizadas.

De los 57 AM entrevistados 22 (38.6%) fueron hombres y 35 (61.4%) mujeres, el rango de edad fue de 60 a 100 años; el análisis por grupo de edad y sexo muestra que 4 de cada 5 entrevistados se encuentra entre los 60 y los 74 años, también se observa que predomina el sexo femenino con una relación de 1.5 mujeres por cada hombre entrevistado, así como un decremento en ambos grupos conforme se incrementa la edad.

Las enfermedades crónicas son el tipo de padecimiento más frecuente ya que estuvieron presentes en el total de los entrevistados ya que uno de los criterios de selección es que fueran hipertensos; pero además 21 (35.9%) presentan problemas de salud mental, las capacidades diferentes también son un problema en el AM habiéndose presentado 18 (32.5%) casos, por otra parte el dolor de tipo crónico estuvo presente 6 (11.4%), finalmente las infecciones y las neoplasias 1(1.8%) caso cada una.

La CV fue medida a partir de conocer si la persona durante el último mes dejó de hacer cosas que tenía planeadas tales como visitar amigos o familiares, pasear o trabajar, a causa de su estado de salud física, estado emocional o su estado de integración social.

Otro de los componentes de la CV es la vitalidad, por lo que se les preguntó si considera que el próximo mes tendrían energía suficiente para visitar amigos o familiares, pasear trabajar. Considerando que no será un impedimento su estado de salud física, estado emocional o su estado de integración social.

La función física de los AM se evaluó mediante la escala de Karnofsky, los puntajes para esta escala están entre 0 y 100. El puntaje más alto significa que el paciente tiene mejor capacidad de realizar las actividades cotidianas y viceversa.

En síntesis, no se encontró diferencia relevante entre los grupos de AM entrevistados en el CUEC y los entrevistados en sus domicilios; referente a la CV de los AM, después de realizar la cuantificación final se encontró que 15

(26%) tienen un nivel de CV muy buena, 25 (44%) buena, 16 (28.2%) tuvieron una CV regular, y mala fue en 2(1.8%) casos de AM entrevistados.

Tampoco se encontraron diferencias importantes entre los adultos del grupo experimental y el grupo control en cuanto a las variables exploradoras para determinar las conductas que realizan los adultos mayores para el auto-cuidado y la HA.

Concluyendo que en el grupo experimental en 28(48.2%) AM las cifras de presión arterial bajaron y 1 (1.8%) se mantuvo igual, lo anterior muy probablemente a la Intervención educativa. Por otro lado, en el grupo control también se notaron cambios satisfactorios ya que 24 (42.8%) disminuyó su Presión Arterial y solamente 4 (7.2%) aumentó sus cifras en su Presión Arterial.

Al realizar el cruce de variables entre la calidad de vida y el auto-cuidado para hipertensión arterial, el análisis de regresión lineal no muestra asociación alguna, ya que el coeficiente de regresión es de tan sólo 0.003 este resultado se podría explicar por lo reducido de la muestra por lo que para estudios futuros de esta naturaleza se sigue que la muestra sea mayor.

Finalmente, dado que el cuidado de enfermería es determinante para la salud y el bienestar de los AM y que la percepción que aquellos tengan del desempeño de enfermería puede llegar a comprometer la opinión y satisfacción de la atención recibida es importante continuar realizando estudios de esta naturaleza.

15.- CONCLUSIONES

En México como en el resto del mundo el grupo poblacional de más rápido crecimiento es el de los AM y está acompañado de un aumento de enfermedades propias de la edad, ésta situación conlleva a tener una disminución en la calidad de vida lo que implica una serie de retos para el cuidado de éstas personas.

La CV tiene componentes subjetivos como son el bienestar y la satisfacción; y elementos objetivos como la presencia de síntomas, el funcionamiento físico y el apoyo social. Esta combinación obliga a que cualquier definición que haga de CV tenga presente la percepción subjetiva del individuo sobre su “Bienestar” y más aún cuando este cursa con un proceso patológico. Asimismo, el autocuidado de la salud para el control de la HA debe incluir aspectos de atención oportuna, personalizada, humanizada y continua.

Para esta tesis se seleccionaron a 57 AM, de los cuales se dividieron en 2 grupos: grupo experimental 29(50%), grupo control 28 (50%), a cada uno se le realizaron 2 entrevistas dando un total de 114 encuestas realizadas.

De los 57 AM entrevistados 22 (38.6%) fueron hombres y 35 (61.4%) mujeres, el rango de edad fue de 60 a 100 años; el análisis por grupo de edad y sexo muestra que 4 de cada 5 entrevistados se encuentra entre los 60 y los 74 años, también se observa que predomina el sexo femenino con una relación de 1.5 mujeres por cada hombre entrevistado, así como un decremento en ambos grupos conforme se incrementa la edad.

Las enfermedades crónicas son el tipo de padecimiento más frecuente ya que estuvieron presentes en el total de los entrevistados ya que uno de los criterios de selección es que fueran hipertensos; pero además 21 (35.9%) presentan problemas de salud mental, las capacidades diferentes también son un problema en el AM habiéndose presentado 18 (32.5%) casos, por otra parte el dolor de tipo crónico estuvo presente 6 (11.4%), finalmente las infecciones y las neoplasias 1(1.8%) caso cada una.

La CV fue medida a partir de conocer si la persona durante el último mes dejó de hacer actividades que tenía planeadas tales como visitar amigos o familiares, pasear o trabajar, a causa de su estado de salud física, estado emocional o su estado de integración social.

Otro de los componentes de la CV es la vitalidad, por lo que se les preguntó si considera que el próximo mes tendrían energía suficiente para visitar amigos o

familiares, pasear trabajar. Considerando que no será un impedimento su estado de salud física, estado emocional o su estado de integración social.

La función física de los AM se evaluó mediante la escala de Karnofsky, los puntajes para esta escala están entre 0 y 100. El puntaje más alto significa que el paciente tiene mejor capacidad de realizar las actividades cotidianas y viceversa.

En síntesis, no se encontró diferencia relevante entre los grupos de AM entrevistados en el CUEC y los entrevistados en sus domicilios; referente a la CV de lo AM, después de realizar la cuantificación final se encontró que 15 (26%) tienen un nivel de CV muy buena, 25 (44%) buena, 16 (28.2%) tuvieron una CV regular, y mala fue en 2(1.8%) casos de AM entrevistados.

Tampoco se encontraron diferencias importantes entre los adultos del grupo experimental y el grupo control en cuanto a las variables exploradoras para determinar las conductas que realizan los adultos mayores para el auto-cuidado para la HA.

Concluyendo que en el grupo experimental en 28(48.2%) AM las cifras de presión arterial bajaron y 1 (1.8%) se mantuvo igual, lo anterior muy probablemente a la Intervención educativa. Por otro lado, en el grupo control también se notaron cambios satisfactorios ya que 24 (42.8%) disminuyó su Presión Arterial y solamente 4 (7.2%) aumentó sus cifras en su Presión Arterial.

Al realizar el cruce de variables entre la calidad de vida y el auto-cuidado para hipertensión arterial, el análisis de regresión lineal no muestra asociación alguna, ya que el coeficiente de regresión es de tan sólo 0.003 este resultado se podría explicar por lo reducido de la muestra por lo que para estudios futuros de esta naturaleza su siguiente que la muestra sea mayor.

En conclusión, dado que el cuidado de enfermería es determinante para la salud y el bienestar de los AM y que la percepción que aquellos tengan del desempeño de enfermería puede llegar a comprometer la opinión y satisfacción

de la atención recibida es importante continuar realizando estudios de esta naturaleza.

16. - RECOMENDACIONES

Implementar la interacción del profesional de enfermería y la recreación en los AM, para que faciliten la promoción y utilización tanto de la actividad física como de la recreación, así como el programa diseñado, como un instrumento esencial para evitar complicaciones de la HTA entre las personas adultas mayores, mediante una intervención educativa.

Implementar el programa en otros espacios, donde se encuentren AM que puedan padecer algún tipo de enfermedad crónico degenerativa, como HTA.

Finalmente, dado que el cuidado de enfermería es determinante para la salud y el bienestar de los AM y que la percepción que aquellos tengan del desempeño de enfermería puede llegar a comprometer la opinión y satisfacción de la atención recibida es importante continuar realizando estudios de esta naturaleza.

17.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

-
- ⁱ Genest J, Koiw E, Kuchet O. Hipertensión Arterial. McGraw Hill Book Company. 2005. pp 345-50.
- ⁱⁱ Carral R. Semiología cardiovascular. Ed. Interamericana. México 1995.
- ⁱⁱⁱ Instituto Nacional de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado. Subdirección General Médica. Guías de manejo de medicina interna. México 2002.
- ^{iv} Trujillo de los Santos Z. Envejecimiento holístico. Gerontología y geriatría con enfoque de riesgo
- ^v Cabrera G. El envejecimiento demográfico en el mundo. Demos. México p 1-4
- ^{vi} Organización Mundial de la Salud. Cincuenta Puntos del Informe Mundial en Salud, Situación Global y Tendencias 1955-2025. Ginebra Suiza, 1998 P 1-4
- ^{vii} Foro Mundial ONG sobre Envejecimiento, Madrid España, 5 a 9 de abril de 2002.
- ^{viii} Canales A. De la transición demográfica al envejecimiento de la población. Demos. México P 4-5
- ^{ix} Demos. Editorial. Hacia una política de población integral. México. P 23-24
- ^x Negrete Salas ME. Distribución geográfica de la población mayor. Demos. México p. 18-20
- ^{xi} Albala C, Lebrao ML, León-Díaz ME, Ham-Chande R, Hennis AJ, Palloni A, Peláez M, Prats O. Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): Metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. RevPanam Salud Publica / Pan Am PublicHealth 2005; 17: (5/6) 307-22
- ^{xii} Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria: conceptos métodos estrategias. Capítulo 1. Ed. Masson Barcelona España 1995. 1-41
- ^{xiii} Valverde-Jurado E, Ávila-Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Salud PublicaMex. 2002; 44:349-3.
- ^{xiv} Castro V, Gómez H, Tápia R. Las enfermedades crónicas en las personas de 60-69 años. Salud PublicaMex. 1996;38:438-447.
- ^{xv} Borges YA, Gómez DH. Uso de los servicios de salud por la población de 60 años y más en México. Salud Publica Mex. 1998;40:13-23.

^{xvi} Monterrubio M I, Lozano R. Salud en la vejez utilización y disponibilidad de servicios de salud en México. Demos. México. p 21-22

^{xvii} Tapia-Conyer R, Cravioto P, Borges YA, de la Rosa B. Consumo de drogas médicas en población de 60 a 65 años en México. Encuesta Nacional de Adicciones 1993. Salud PublicaMex. 1996.;38:458-465.

^{xviii} Sepúlveda J, Bronfman M. La salud de la población en edad avanzada en México IDRC-CIID-Montevideo, Publicaciones. p 1- 9.

^{xix} Gutiérrez Robledo LM. Morbilidad en la población mayor. El proceso de la transición epidemiológica. Demos. México p 8-9

^{xx} Organización de las Naciones Unidas. Informe Sobre el Desarrollo Humano 2002. New York, USA

^{xxi} Treviño-Siller S, Pelcastre B, Márquez M. Calidad de vida en la vejez en México rural: una perspectiva de género –reporte cualitativo-, INDESOL, 2002

^{xxii} Lara-Muñoz MC, Ponce de León S, de la Fuente JR. Conceptualización y medición de la calidad de vida de pacientes con cáncer. RevInvestClin. 1995;47; 315-27

^{xxiii} Zúñiga MA, Carrillo JGT, Fos PJ, Gandek B, Medina MMR. Evaluación del estado de salud con la Encuesta SF-36: resultados preliminares en México. Salud PublicaMex. 1999;41;110-18

^{xxiv} Samalvides F. Salud y educación. Instituto de Medicina Tropical “Alexander von Humboldt”. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima -Perú. Documento en línea. <http://www.upch.edu.pe/tropicales/aidsits/profesores/profesor.pdf>. recuperado el 18 de octubre de 2010.

^{xxv} UNESCO. Quinta Conferencia Internacional de Educación de las Personas Adultas (CONFINTEA V). 6b Educación para la Salud. Hamburgo, Alemania. 1997. Documento en línea http://www.unesco.org/education/uie/confintea/pdf/6b_span.pdf. recuperado el 18 de octubre de 2010.

^{xxvi} Ormrod, J. E., Educational Psychology: Developing Learners, Fourth Edition. 2003. pp. 227- 232.

^{xxvii} Díaz-Barriga F., Estrategias docentes para un aprendizaje significativo.2ª. Edición. México: Mc Graw Hill. México. 2002.

^{xxviii} Zarzar-Charur C. Habilidades básicas para la docencia. Edit. Patria, México, 2004 .pp. 147

^{xxix} Fernández VE, Ramírez O. Conocimiento que tienen los adultos mayores sobre la hipertensión arterial y su relación con el autocuidado. <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2038/2/Conocimiento-que-tienen-los-adultos-mayores-sobre-la-hipertension-arterial-y-su-relacion-con-el-autocuidado>. Recuperado el 23 de octubre de 2010.

18.- ANEXOS

ANEXO A.

Folio de captura _ - _ _



CUESTIONARIO



Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia – UNAM

“Encuesta para evaluar la calidad de vida y las conductas de riesgo en adultos mayores hipertensos. 2012”.

1.- Datos del encuestador

1.- Nombre del encuestador:	
2.- Adscripción:	
3.- Fecha de entrevista (N° de día) ____ del (Mes) ____ de 2010	
4.- Lugar de la entrevista a) hogar, b) CUEC o c) otro	

2.- Datos de identificación del entrevistado

5.- Nombre del entrevistado	
6.- Dirección	
7.- Teléfono	
8.- Ocupación actual en caso de que todavía trabaje	
9.- Última ocupación en caso de que ya no trabaje	
10.- Nivel máximo de estudios	
11.- Edad del entrevistado ____ años	
12.- Fecha de nacimiento. Día ____ Mes ____ de 19 ____	
13.- Sexo del entrevistado a) masculino b) femenino	

3.- Características de la vivienda

14.- La casa en la que vive es: a) propia, b) rentada o c) prestada	
15.- Cuántos cuartos para dormir tiene su casa: N° ____	
16.- Su casa cuenta con agua entubada: a) si b) no c) no sabe N/C	
17.- Su casa cuenta con luz eléctrica: a) si b) no c) no sabe o N/C	
18.- Cuántos focos tiene su casa: N° ____	
19.- Su casa cuenta con baño con W. C. y regadera a) si b) no c) no sabe o N/C	
20.- De que material son la mayoría de las paredes de su casa a) material de construcción permanente (ladrillo, cemento, etc) b) material provisional (lámina, madera, cartón) c) no sabe N/C	
21.- De que material son la mayoría de los pisos de su casa a) firme o cemento con recubrimiento b) tierra c) no sabe o N/C	
22.- Cuántas personas en total viven en su casa N° ____	

4.- Situación de salud (Marque con una X, y circule cuál o cuáles son los padecimientos que presenta el adulto mayor)

Tipo de enfermedad		
23.- Ninguna		
24.- Crónico degenerativas (Diabetes mellitus, hipertensión arterial) Especifique: _____		
25.- Infecciones (IRA ^s , EDA ^s , otras)		
26.- Neoplasias, (Cáncer) ¿en dónde? Especifique: _____		
27.- Salud mental (Depresión, Alzheimer, Parkinson) ¿cuál (es)? Especifique: _____		
28.- Discapacidad (Parálisis, sordera, ceguera, etc, etc.) ¿cuál (es)? Especifique: _____		
29.- Padece algún dolor de tipo crónico incapacitante ¿cuál es la razón? Especifique: _____		
30.- Otro tipo de enfermedad (Especifique cuál) _____		

31. Medir la TA del AM y anotar Sistólica _____ Diastólica _____

32.- Peso _____ Talla _____

5.- Autopercepción de su estado de salud

33.- En una escala del 1 al 10 (1 muy malo y 10 muy bueno) ¿Cómo considera su estado de salud? N° _____	
34.- ¿Cómo considera Usted su estado de salud comparado con el de hace un año? a) Mucho mejor b) Mejor c) Igual d) Casi igual e) Peor	
35.- Durante el último mes ¿ha dejado de hacer cosas que tenía planeadas como visitar amigos o familiares, pasear o trabajar, a causa de su estado de salud física? a) Si, b) No, c) No sabe o N/C	
36.- Durante el próximo mes ¿Considera Usted que tendrá energía suficiente para	

visitar amigos o familiares, pasear o trabajar? a) Si, b) No, c) No sabe o N/C	
---	--

6 Estado funcional

37.- Escala de Karnofsky (Criterios del Estado Funcional) Circule el valor correspondiente.

Situación	Valor	Criterio
Capaz de realizar actividad normal; no necesita ningún cuidado especial	100	Normal: ninguna molestia, ninguna evidencia de enfermedad
	90	Capaz de realizar actividad normal: signos o síntomas menores de enfermedad
	80	Actividad normal con esfuerzo: algunos signos o síntomas de enfermedad
Incapaz de trabajar; capaz de vivir en su propia casa y de atender la mayoría de sus necesidades personales; necesita una cantidad variable de ayuda	70	Autocuidados: incapaz de realizar actividad normal o trabajo activo
	60	Requiere ayuda ocasional, pero es capaz de atender la mayoría de sus necesidades
	50	Requiere ayuda considerable y asistencia médica frecuente
Incapaz de cuidar de sí mismo; requiere asistencia hospitalaria, institucional o equivalente; la enfermedad puede estar progresando rápidamente	40	Incapacitado: requiere asistencia y ayuda especial
	30	Gravemente incapacitado: está indicada la hospitalización, aunque la muerte no sea inminente
	20	Muy enfermo: hospitalización necesaria, se requiere tratamiento de apoyo activo
	10	Moribundo: proceso fatal que progresa rápidamente
	0	Muerte

7.- Autopercepción del estado emocional

38.- En una escala del 1 al 10 (1 muy malo y 10 muy bueno) ¿Cómo considera su estado emocional? _____	
39.- ¿Cómo considera Usted su estado emocional comparado con el de hace un año? a) Mucho mejor b) Mejor c) Igual d) Casi igual e) Peor	
40.- Durante el último mes ¿ha dejado de hacer cosas que tenía planeadas como visitar amigos o familiares, pasear o trabajar, a causa de que se sintió triste, decaído, deprimido o enojado) a) Si, b) No, c) No sabe o N/C	
41.- Durante el próximo mes ¿Considera Usted que dejará de tener tristeza, decaimiento, depresión o enojo y su estado emocional le permitirá visitar amigos o familiares, pasear o trabajar? a) Si, b) No, c) No sabe o N/C	

8.- Integración social y familiar

42.- En una escala del 1 al 10 (1 muy malo y 10 muy bueno) ¿Cómo considera el estado de su integración social y familiar en su conjunto? _____	
43.- ¿Cómo considera Usted su estado de integración social y familiar comparado con el de hace un año? f) Mucho mejor g) Mejor	

h) Igual i) Casi igual j) Peor	
44.- Durante el último año ¿ha dejado de asistir a visitar amigos, pasear o realizar alguna otra actividad social, por no encontrarse o tener que ver a algún amigo o conocido en particular) a) Si, b) No, c) No sabe o N/C	
45.- Durante el próximo mes considera Usted que dejará de evitar sus visitas a familiares y podrá pasear o realizar alguna otra actividad familiar, y ya no le afectará el encontrarse o tener que ver a algún familiar en particular) a) Si, b) No, c) No sabe o N/C	

9.- Satisfacción con sus logros obtenidos

46.- En una escala del 1 al 10 (1 poco satisfecho (a) y 10 muy satisfecho (a) ¿Qué tan satisfecho (a) está Usted con los logros obtenidos en el transcurso de su vida y con su situación actual? _____	
47.- ¿Considera Usted que sus logros en comparación con los de sus familiares y amigos más cercanos son? a) Mucho mejores b) Mejor c) Iguales d) Casi iguales e) Peores	

10.- Ingreso económico

48.- Su ingreso mensual total, incluyendo pensión, renta, ganancia de sus negocios, ayuda de hijos y demás familiares es aproximadamente de \$ _____ .00	
49.- ¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de vivienda? a) Si b) No C No sabe o N/C	
50.- ¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de vestido? a) Si b) No C No sabe o N/C	
51.- ¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de alimentación? a) Si b) No C No sabe o N/C	
52.- ¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de atención médica? a) Si b) No C No sabe o N/C	
53.- ¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de recreación? a) Si b) No C No sabe o N/C	
54.- ¿Considera Usted que su ingreso es suficiente para satisfacer sus necesidades de obtención de enseres domésticos? a) Si b) No C No sabe o N/C	
55.- ¿Considera Usted que su ingreso es suficiente como para poder ayudar a sus seres más queridos? a) Si b) No C No sabe o N/C	

11. Variables exploradoras sobre los hábitos y costumbres de riesgo del AM con relación a la HTA

Situación	Siempre	Casi siempre	La mitad de las veces	Casi nunca	Nunca
56.- ¿Realiza alguna actividad física, como correr, trotar, etc.?	Siempre	Casi siempre	La mitad de las veces	Casi nunca	Nunca
57.- ¿ Esta actividad tiene una duración de 15 a 30 minutos o más?.	Siempre	Casi siempre	La mitad de las veces	Casi nunca	Nunca
58.- ¿Cuantas horas duerme al día?.	3 a 4	4 a 6	6 a 8	Más de 8	Tiene insomnio
59.- ¿ Cuantas horas al día ve televisión?.	1 a 2	2 a 4	4 a 6	Más de 6	No ve TV
60.- ¿Acude al doctor para realizarse chequeos de su presión arterial?	Siempre	Casi siempre	La mitad de las veces	Casi nunca	Nunca
61.- ¿Sabe usted identificar los signos y síntomas que sufre usted cuando su presión es alta?	Informa que SI identifica signos y síntomas			Informa que NO identifica signos y síntomas	
62.- ¿Mencione todos los signos y síntomas que tiene cuando se le sube su presión?	Identifica cuatro síntomas	Identifica tres síntomas	Identifica dos síntomas	Identifica un síntoma	No identifica ninguno
63.- ¿Usted	Si	1 a 3	3 a 6	Más de 6	No

fuma?					
64.- ¿Acostumbra tomar café?	Si	1 a 2	2 a 3	Más de 3	No
65.- ¿Ingiere bebidas alcohólicas?	Si	1 a 3 por semana	3 a 6 por semana	Más de 6	No
66.- ¿Toma refrescos?	Si	1 a 3 por semana	3 a 6 por semana	Más de 6	No
67.- ¿Cuando come prefiere los alimentos ricos en grasa?	Siempre	Casi siempre	La mitad de las veces	Casi nunca	Nunca
68.- ¿Le agradan los alimentos muy salados?	Si	Mucho	Regular	Poco	No
69.- ¿Come alimentos embutidos como jamón, chorizo, salchichas, etc?	Si	Mucho	Regular	Poco	No
70.- ¿Le gusta comer frituras como papitas, chicharrones, etc?	Si	Mucho	Regular	Poco	No
71.- ¿Come verduras y frutas?	Si	1 a 2 por semana	2 a 3 por semana	Más de 3	No
72.- ¿Qué actividades realiza para relajarse?	Anótelas:				

Dé por terminada la entrevista y agradezca.

ANEXO B









ANEXO C

No	Actividad	Semana1	Semana2	Semana3	Semana4	Semana5
1	Elaboración de anteproyecto	X				
2	Búsqueda de información	X				
3	Integración de marco teórico	X				
4	Planeación de entrevista CUEC/Domicilio		X			
5	Elección A.M		X			
6	Aplicación.GDS			X		
7	Interpretación y captura de datos			X	X	
8	Análisis estadísticos				X	X