



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
No. 78 CD. NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MÉXICO.**

# **CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**P R E S E N T A**

**DR. LUIS ANTONIO JUAREZ SANCHEZ**

**EDO. MEX.**

**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.

**CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN  
ARTERIAL**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

**LUIS ANTONIO JUÁREZ SÁNCHEZ**

**AUTORIZACIONES**



**DR. ANTONIO PERDOMO SALAZAR**  
DIRECTOR DE UNIDAD MEDICINA FAMILIAR  
No.78 I.M.S.S.



**EFATURA DE ENSEÑANZA  
E INVESTIGACION**  
U. M. F. No. 78



**DRA. MARGARITA PALACIOS BONILLA**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES DEL I.M.S.S.  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 78



**DRA. ALEJANDRA RODRIGUEZ TORRES**  
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 195 I.M.S.S.

**CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN  
ARTERIAL**

**TESIS  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA**

**LUIS ANTONIO JUÁREZ SÁNCHEZ**

**AUTORIZACIONES**

  
**DRA. JULIETA GARCÍA MÁRQUEZ**

ASESOR DEL TEMA DE TESIS  
MEDICO INTERNISTA HOSPITAL GENERAL ZONA No. 71 I.M.S.S.

  
**DR. PEDRO ALBERTO MUÑOZ REYNA**


COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 78 I.M.S.S.



SECRETARÍA DE ENSEÑANZA

UNIDAD DE INVESTIGACION

U. M. F. No. 7

  
**DRA. PAULA GONZÁLEZ MARTÍNEZ**

COORDINADORA AUXILIAR DE EDUCACION EN SALUD  
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE

# **CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

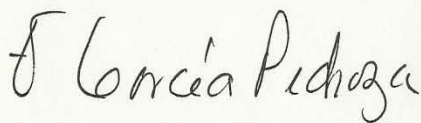
**PRESENTA**

**DR. LUIS ANTONIO JUÁREZ SÁNCHEZ**

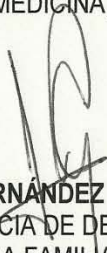
**AUTORIZACIONES**



**DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE DE LA SUBDIVISIÓN DE  
MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA DE DE LA SUBDIVISIÓN DE  
MEDICINA FAMILIAR  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

## AGRADECIMIENTOS

Al ser supremo quien me ha inspirado espiritualmente para vivir plenamente todos y cada uno de los acontecimientos en mi vida.

A mi alma mater, la Universidad Nacional Autónoma de México, quien me ha acogido siempre con cariño, desde el primer día en que llegue a su regazo.

A mis padres a quien le debo la vida y su amor incondicional.

A mi esposa María del Carmen Guzmán Galicia por su paciencia, tolerancia y su gran apoyo.

A mi profesora Dra. Margarita Palacios Bonilla. Su sabiduría, enseñanza y su amistad.

A la institución que me dio la oportunidad de escalar un peldaño más en mi formación como medico el Instituto Mexicano del Seguro Social.

A mis asesores, médicos de base, compañeros de generación y a todos los que colaboraron a ser mi rotación hospitalaria más profesional.

## Resumen

**Título.** Calidad de vida en el adulto mayor con hipertensión arterial.

**Antecedentes.** La calidad de vida se ha definido como “la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida en el contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Su percepción puede estar influida por su salud física, psíquica, su nivel de independencia y sus relaciones sociales” También “tener una vida agradable o vivir una vida de alta calidad.” El SF-36 permite evidenciar diferencias estadísticamente significativas relacionadas con la evolución del padecimiento según la edad, el sexo y los efectos emocionales involucrados, El Estado de México es la entidad federativa más poblada del país y cuenta con el mayor número de población con 60 años o más en términos proporcionales y absolutos. La prevalencia hipertensión arterial a nivel mundial tiende a empeorar de 26.4% en el 2000 se espera que incremente a 60% en la población mundial en el 2020 y afecte a 30% de la población adulta. muchas personas no son conscientes de su enfermedad o simplemente no saben cómo controlarla. Sabemos que esta enfermedad es silenciosa y avanza sin que el paciente se dé cuenta y por ello mismo hay personas que no toman conciencia de su enfermedad de ahí nace la inquietud para la realización de esta investigación.

**Objetivo.** Conocer la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial en adultos mayores de la UMF 195.

**Metodología.** Mediante un estudio descriptivo, con encuesta utilizando el instrumento validado SF- 36, se aplicó a un total de 292 pacientes que cumplieron con criterios de inclusión, en el periodo de 15 de octubre del 2011al 31 enero del 2012.

**Resultados.** No hay diferencias significativas en sexo, casados 50.68% estudios primara incompleta 59.24% su actividad actual principal el hogar 35.27 % clases el nivel socioeconómico fue bajo para el 54.79% los resultados en la población estudiada mostraron que la calidad de vida en pacientes con hipertensión arterial es: La calidad de vida en el adulto mayor es muy buena en el 33.2 % seguida por buena 28.1 % excelente 18.5 % regular 14.7 % y mala el 5.5 %

**Conclusiones.** La función física es más afectada en todas las edades seguidas del dolor corporal la salud mental, y el estado de salud en general. Para la población estudiada

**Palabras clave:** calidad de vida, adulto mayor, hipertensión arterial

# INDICE

Marco teórico .....	1
Planteamiento del problema.....	9
Justificación.....	10
Objetivos	
- General.....	12
- Específicos.....	12
Metodología	
- Tipo de estudio.....	13
- Población, lugar y tiempo de estudio.....	14
- Tipo de muestra y tamaño de la muestra.....	15
- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación.....	17
- Información a recolectar.....	18
- Método o procedimiento para captar la información.....	19
- Consideraciones éticas.....	22
Resultados	
- Descripción de los resultados.....	23
- Tablas.....	24
Discusión de los resultados encontrados.....	28
Conclusiones.....	29
Referencias	
Bibliográficas.....	30
Anexo.....	33



## Marco teórico.

El bienestar de la población depende en gran medida de los servicios ambientales que sólo los ecosistemas en buenas condiciones pueden proveer adecuadamente: alimentos, energía, recursos genéticos, control de inundaciones, formación de suelos, regulación de enfermedades, regulación climática y transformación de sus desechos. Por ello, la preservación de los ecosistemas es un tema que rebasa al campo estrictamente ambiental y está siendo incluido en las agendas social, económica y de salud de los diferentes gobiernos del mundo.<sup>1</sup> México no ha sido ajeno al crecimiento poblacional mundial ni al impacto de la población en el ambiente. Comenzamos el siglo XXI con una tasa de crecimiento natural semejante a la observada 70 años atrás, pero con un tamaño poblacional siete veces mayor. A mediados de 2006, en México habitaban 104.9 millones de personas: 50.7 por ciento de mujeres y 49.3 por ciento de hombres. De acuerdo con los indicadores nacionales de crecimiento poblacional, nos encontramos en una fase avanzada de transición demográfica.<sup>2</sup> Las proyecciones del Consejo Nacional de Población, 2005-2050 Conapo, 2006a señalan que el crecimiento poblacional seguirá hasta llegar a 108.4 millones en 2010 y 120.9 millones en 2030.

Según estas estimaciones, la población del país comenzará a decrecer por primera vez desde el fin de la Revolución Mexicana 1921 a partir del año 2042. Los cambios en la estructura y composición de la población forman parte de la demográfica que vive el país. Cada vez es menor la proporción de niños, y se está incrementando la de jóvenes y adultos mayores. Las proyecciones muestran que la proporción relativa de niños en edades preescolares 0 a 5 años se reducirá de 12.2 por ciento en 2005 a 8.2 por ciento en 2030 y 6.6 por ciento en 2050. En cambio, la población en edad productiva 15 a 65 años y los adultos mayores de 65 años, representarán proporciones cada vez más altas de la población. Con el envejecimiento poblacional, la edad promedio de la población que en 2005 fue de 28 años, pasará a 36.7 por ciento en 2030; y a 42.7 por ciento en 2050. La transición demográfica actual está generando una relación positiva entre la población en edades dependientes niños y adultos mayores y la de edades

productivas. Esta relación se mide por la razón de dependencia.<sup>3</sup> En 2005, las poblaciones urbanas mexicanas estaban organizadas en 363 ciudades: 273 ciudades pequeñas de entre 15 mil y 100 mil habitantes donde habitaba menos de 9 por ciento de la población total del país, 81 ciudades medias con población entre 100 mil y un millón de habitantes donde residía cerca de 27 por ciento de la población y Nueve grandes zonas metropolitanas con más de un millón de habitantes en las que se concentró aproximadamente 35 por ciento de la población del país; 36.1 millones. Entre estas últimas destacan las zonas metropolitanas del Valle de México, 19.2 millones, Guadalajara 4.1 millones y Monterrey 3.7 millones.<sup>4</sup> En México existen 7.4 millones de hogares con al menos un adulto mayor que representan 26.1 por ciento de los hogares del país. De cada 100 hogares de jefe mujer, 36 por ciento tienen al menos un integrante de 60 y más años, 32 por ciento tienen como jefe a una adulta mayor, en 11 por ciento el total de sus integrantes son ancianos y 10 hogares están integrados por población menor de 15 y de 60 y más años. En casi una quinta parte de los hogares nucleares dirigidos por una mujer, la jefa es adulta mayor. En cambio de los hogares con un varón al frente 22.8 por ciento cuenta con adultos mayores, 19.1 por ciento tiene jefe de 60 y más años, 7.7 por ciento se compone por adultos mayores y niños y 5.9 por ciento se conforma exclusivamente de ancianos. La diferencia más significativa corresponde a los hogares unipersonales de adultos mayores: entre las jefas es más de la mitad 56.3 por ciento y para los jefes es casi la tercera parte 32 por ciento. Cabe destacar que los hogares integrados únicamente por población dependiente, es decir sólo con adultos mayores o con población menor de 15 y de 60 años en adelante, pueden ser más vulnerables ante situaciones de enfermedad, crisis económicas, fenómenos climáticos, inseguridad, etcétera. El parentesco predominante entre la población masculina de 60 y más años de hogares familiares es el de jefe con 85.7 por ciento los demás parentescos representan menos de 5 puntos, incluso el de esposo o compañero 4.6 por ciento. Lo anterior refleja la prevalencia del estereotipo social que asigna a los hombres adultos la jefatura del hogar. En cambio las mujeres de esa edad y tipo de hogar, aunque es alto el porcentaje de jefas 32.8 por ciento, prevalecen las

esposas con 46.1 por ciento y son significativas las madres 10.1 por ciento y las suegras 4.5 por ciento.<sup>5</sup> En el caso de México tenemos un índice de envejecimiento total de 30.9 por ciento.

Si consideramos los distintos tamaños de localidad vemos que el índice de envejecimiento supera los 30 por ciento en las localidades menores a 2 500 habitantes y llega a 33 por ciento en las localidades con más de 100 000 habitantes. Por otro lado, este índice de envejecimiento es menor en las localidades que tienen entre 2 500 y 99 999 habitantes. El índice de envejecimiento femenino total 33.6 por ciento es más alto que el masculino 28.4 por ciento, y esta diferencia se mantiene para todos los tamaños de localidad, aunque el índice femenino siempre es mayor, la diferencia crece cuando es mayor el tamaño de localidad.<sup>6</sup> Por grupos de edad, el primer aspecto que se observa es que la población separada, divorciada o viuda tanto en hombres como en mujeres el 80% es adulta mayor; de manera similar entre quienes se declaran casados(as) o unidos(as) las mayores proporciones se encuentran en la población con 60 años y más. Entre los solteros(as) alrededor de la mitad son jóvenes de hasta 29 años y en su mayoría son hombres.<sup>7</sup> Durante la vida adulta, las etapas de menor incidencia de la pobreza se presentan a partir de los 45 años de edad. En el caso de los hombres, las proporciones de pobres se mantienen alrededor de 17 por ciento hasta los 65 años de edad y, a partir de entonces, asociado a su creciente salida de la actividad económica, se inicia una tendencia ascendente a su empobrecimiento, hasta alcanzar 31.3 por ciento en el grupo de 75 años y más de edad.<sup>8</sup> Educación y trabajo, se muestra la situación que guardan las personas de 60 años o más en cuanto a sus niveles de analfabetismo y escolaridad; además esto permite observar, cómo influye en sus condiciones laborales y de remuneración. De esta forma, se describen los factores que determinan la decisión de los adultos mayores para continuar trabajando y enfatiza algunas características de su contribución a la sociedad.<sup>9</sup> En México cerca del 50 por ciento de la población mexicana con 65 años o más no es derechohabiente en alguna institución de salud y aproximadamente el 80 por ciento no recibe ingresos por pensión o jubilación. Guarda una estrecha vinculación con el arreglo familiar en

el que reside la población con 65 años o más. Además de lo anterior, se trae a la discusión la capacidad de las familias en la solidaridad intergeneracional dadas las circunstancias económicas y sociales prevalecientes en la actualidad.<sup>10</sup> Bajo este contexto y debido a las características y cambios asociados al proceso de envejecer, es importante conocer la calidad de vida con la que se vive esta etapa. Este conocimiento es de interés principal en el área de la salud, ya que ésta es la más importante en la percepción de bienestar en los ancianos; sin embargo, la calidad de vida no sólo está enfocada a evaluar este aspecto, sino que también se incluyen los factores sociales, económicos y personales.<sup>11</sup> Históricamente, la calidad de vida estaba vinculada a factores económicos y sociales.<sup>12</sup> La OMS define Salud como la situación de perfecto bienestar físico, mental y social. Estado de suficiencia y aptitud o reservorio de recursos personales que se pueden utilizar cuando se necesitan. Y la Calidad de vida como: la percepción de un individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y los sistemas de valores en el cual vive, y en relación con sus metas, expectativas, estándares e inquietudes OMS, 2004. Estos conceptos son centrales en la planificación sanitaria y educativa de cualquier nación, pues se hace imperativo definir acciones, programas y esfuerzos que nos permitan con base en la educación, alcanzar salud, bienestar, calidad de vida y progreso en la gente.<sup>13</sup> La calidad de vida en general ha sido operacionalizada en términos de los distintos aspectos que constituyen la vida para una persona: salud, alimentación, vestido, vivienda, trabajo, seguridad social, educación, recreación y derechos

Humanos.<sup>14</sup> Es a partir de este tipo de planteamientos que los estudios sobre la calidad de vida surgen para conocer y dar mejor atención a las necesidades de la persona en este caso específicamente del adulto mayor, ya que por los cambios físicos, psicológicos y sociales asociados al proceso del envejecimiento constituyen una población particularmente vulnerable que requiere de estrategias de atención que les garanticen una calidad de vida digna.<sup>15</sup> La vida de estas personas ha estado marcada por los estereotipos del entorno en el cual se desarrollan, además de encontrarse rodeada de mitos que impiden que el proceso de envejecimiento sea placentero y digno.<sup>16</sup> La recreación ayuda a las personas

adultas mayores a mantenerse activas, olvidar preocupaciones, atenuar inquietudes y desarrollar sus potencialidades en convivencia con otras personas.<sup>17</sup> Un aspecto relevante es que la población no derechohabiente representa 55 por ciento del total de la población de 60 años y más de edad; el 45 por ciento restante está distribuido entre el IMSS, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ISSSTE y otras instituciones, con 33, 10 y 2 por ciento, respectivamente.

El Estado de México es la entidad federativa más poblada del país y cuenta con el mayor número de población con 60 años o más en términos proporcionales y absolutos. Aquí se analizan las características sociodemográficas de este sector poblacional cual denominamos 'adultos mayores mexiquenses' con los datos de la Encuesta Sobre Envejecimiento Demográfico en el Estado de México.<sup>18</sup> Para el propósito de analizar el envejecimiento en el Estado de México se utilizó la ESEDEM 2008,<sup>1</sup> encuesta que cuenta con información especializada, acerca de las características de las personas con 60 años o más. La base de datos de este instrumento permite obtener información que da cuenta de las características demográficas, laboral, económica y de salud de los adultos mayores del Estado de México, aspectos que reflejan la situación social de las personas en esta etapa de su vida. La información captada representa el conjunto de características de los hombres y mujeres con 60 años y más, residentes en los hogares mexiquenses a 2008. No es una encuesta de la población estatal, sino representativa de la población residente en hogares con Al menos un adulto mayor con 60 años o más, esto permite aproximarse al estudio de las condiciones de vida de dicha población.<sup>19</sup>

## CALIDAD DE VIDA

Pensar en la calidad de vida implica la participación de las personas en la evaluación de aquello que los afecta, lo cual significa que necesariamente es preciso integrar en dicho concepto el bienestar físico y psicológico, relacionado con las necesidades materiales y socio-afectivas.<sup>20</sup>

## DEL CONCEPTO DE SALUD AL DE CALIDAD DE VIDA

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. En este sentido, la salud mental se define como el estado de bienestar emocional, afectivo y cognitivo que permite a los individuos desarrollar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades.<sup>21</sup> Señalan que la satisfacción y la “felicidad” son indicadores de bienestar subjetivo y que éste está constituido por tres componentes relacionados entre sí: afecto positivo, ausencia de afecto negativo y satisfacción de la vida como un todo. La felicidad como apreciación global de la vida involucra una estimación afectiva y un menor juicio cognitivo y consiste en la preponderancia del afecto positivo sobre el negativo, al evaluarse afectivamente la situación. La satisfacción con la vida, por su parte, es básicamente una evaluación cognitiva de la calidad de las experiencias propias.<sup>22</sup>

## EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA

Asimismo, pueden identificarse tres perspectivas para enmarcar los aspectos centrales de la calidad de vida: a) la calidad de vida en general, b) la calidad de vida relacionada a la salud, y c) la calidad de vida específica para cada enfermedad., La calidad de vida relacionada con la salud se ha medido a través de la función física, del estado psicológico, de la función e interacciones Esta medición se ha llevado a cabo mediante cinco dominios principales: mortalidad, morbilidad, incapacidad, incomodidad e insatisfacción.<sup>23</sup>

La encuesta sf-36 en México.

Una base normativa en México, para que los investigadores que utilicen el SF-36 puedan comparar sus resultados con referencias ajustadas por género y edad a

escala poblacional. La pregunta de si la variabilidad regional en México requiere o no el desarrollo de normas regionales específicas para el país. <sup>24</sup>

SF-36 es sensible y confiable, permite la medición multidimensional del concepto de salud en pacientes con enfermedad crónica de la población mexicana. El SF-36 permite evidenciar diferencias estadísticamente significativas relacionadas con la evolución del padecimiento según la edad, el sexo y los efectos emocionales involucrados <sup>25</sup>

Los mayores costos se relacionaron con menor calidad de vida. El descontrol metabólico y tensional y las complicaciones incrementaron los costos y redujeron la calidad de vida de pacientes <sup>26</sup>

Las patologías más comunes que llevaron a una terapia de sustitución renal fueron la diabetes mellitus, la hipertensión arterial sistémica y las glomerulopatías. Los resultados de los ocho conceptos genéricos medidos por el cuestionario SF-36 encontraron afectada en siete de los ocho conceptos evaluados, con mayor afección en salud general y funcionamiento físico. Es de vital importancia para el primer nivel de atención efectuar medidas preventivas para evitar las complicaciones que conlleven a nuestros pacientes a falla renal. <sup>27</sup>

Con los valores alfa de Cronbach para cálculo de consistencia interna, la confiabilidad global mostró un coeficiente de 0.9314. Cada dominio que evalúa el SF-36 superó el valor de alfa mínimo requerido para considerar una buena consistencia interna. <sup>28</sup>

La Encuesta de Salud SF-36 fue diseñada en Estados Unidos y está conformada por una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud y es aplicable a los pacientes y a la población general para medir la calidad de vida en enfermos crónicos. Esta encuesta consiste en un cuestionario que contiene ocho subescalas relativas a distintas dimensiones: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental. Es auto administrado y consta de 36 reactivos. <sup>29</sup>

Morey et al, SF-36 El rendimiento físico (determinado con pruebas de marcha) y equilibrio fue mayor en el grupo que acusó su CVRS como muy buena o

excelente.<sup>30</sup>

Como es bien sabido, la educación es un aspecto relevante en la calidad de vida de la población. Esta variable es clave para explicar la historia laboral y las circunstancias económicas y sociales por las que han pasado las personas que han podido rebasar los 60 años de edad. En el caso de nuestro país, los datos revelan el gran atraso en el grado de escolaridad que presentan los adultos mayores. La Organización Mundial de la Salud define calidad de vida como “la percepción que cada individuo tiene de su posición en la vida en el contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Su percepción puede estar influida por su salud física, psíquica, su nivel de independencia y sus relaciones sociales”

También se ha definido como “tener una vida agradable o vivir una vida de alta calidad”.<sup>31</sup>



## Planteamiento del problema

La Hipertensión Arterial en estos momentos a nivel mundial es el factor de riesgo de morbimortalidad cardiovascular más común existente, su incidencia se encuentra en franco aumento fundamentalmente en las poblaciones de edades avanzadas y obesos, y su control es inadecuado en todos los países. En el mundo se estima que 691 millones de personas la padecen. De los 15 millones de muertes causadas por enfermedades circulatorias, 7,2 millones son por enfermedades coronarias del corazón y 4,6 millones por enfermedad vascular encefálica. La hipertensión arterial está presente en la mayoría de ellas. La prevalencia a nivel mundial tiende a empeorar de 26.4% en el 2000 se espera que incremente a 60% en la población mundial en el 2020 y afecte a 30% de la población adulta. La transición demográfica y epidemiológica que experimenta la población mundial, incluyendo a los países de América Latina y el Caribe, está asociada con el envejecimiento de la población y el aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas que condicionan dependencia funcional e incremento en los costos directos e indirectos de la atención médica. En México se espera que para el año 2050 uno de cada cuatro habitantes tenga más de 60 años de edad. A partir de 1985, comenzaron a desarrollarse en el país programas universitarios de postgrado destinados a la formación de recursos humanos médicos y paramédicos en la atención de los adultos mayores. Los pocos programas preventivo promocionales no son suficientes para disminuir este problema ya que muchas personas no son conscientes de su enfermedad o simplemente no saben cómo controlarla. Sabemos que esta enfermedad es silenciosa y avanza sin que el paciente se dé cuenta y por ello mismo hay personas que no toman conciencia de su enfermedad, viviendo una vida desordenada, sin limitaciones, complicando a un más su estado de salud. Además tiene importancia de conocer su calidad de vida. El cuestionario SF-36 fue traducido del inglés al español adecuado, validado en Latinoamérica. Se ha utilizado en México Sonora y Oaxaca. No se conoce estadísticas locales de este grupo de edad estado de México. Zona oriente en el IMSS. Nace la inquietud para la realización de esta investigación, basado en

conocer la calidad de vida en el adulto mayor con hipertensión arterial

La coordinación con asociaciones médicas nacionales y estatales, de Endocrinología y Nutrición, Medicina Interna, Salud Pública, Médicos Generales, Enfermería y Médicos Familiares, así como, de la Asociación Mexicana de Farmacias, A.C. y Asociación Mexicana de Hipertensión Arterial, permitirá el intercambio de experiencias y una mejor capacitación conjunta entre los diferentes organismos que promueven una mejor calidad de vida, entre las personas con enfermedades cardiovasculares e hipertensión arterial. El Programa de Acción: Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial Objetivos: Proteger la salud, prevenir o retardar la aparición de las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión arterial, sus factores de riesgo; así como las complicaciones de mayor prevalencia entre las poblaciones adulta y adulta mayor y elevando la calidad de vida en este grupo poblacional.

La medición de la calidad de vida subjetiva es considerada como un instrumento válido para medir el estado de salud de los pacientes, ya que diversos estudios han permitido relacionar dicha calidad de vida con la utilización de servicios sanitarios. Se vienen realizando encuestas para determinar la calidad de vida adultos mayores con hipertensión arterial.

El uso de medidas de calidad de la vida relacionada con la salud, evaluó una amplia gama de dimensiones y han sido diseñadas y aplicadas a fin de comparar las diferentes variaciones del estado de salud. SF-36 el instrumento adaptado y validado en el IMSS.

La importancia de esta medición permitió destacar el estado funcional del paciente que reflejo su salud física, mental y social. Por lo que nos interesó:

¿Conocer la calidad de vida en el adulto mayor con hipertensión arterial?

## Justificación

La Calidad de vida toma relevancia como indicador en la planificación de políticas públicas para los adultos mayores, la Organización Mundial de la Salud llamó a la acción para cambiar las actitudes, políticas y planes en torno a un envejecimiento activo y saludable. En las próximas décadas, México avanzará aún más en el proceso de transición demográfica. Si bien el ímpetu inercia demográfica sugiere que aún tardaremos por lo menos dos generaciones para que cada muerte sea compensada por un nacimiento, la continuación de este proceso implica transitar, gradual e inevitablemente, a escenarios demográficos envejecidos. El monto de población con al menos 60 años ha aumentado de manera sostenida desde 1970, y esta tendencia continuará en los años por venir. Se estima que en 2010 el país albergará a 9.4 millones de adultos mayores, seis millones más que en 1970 y se espera que en 2050 el volumen de este grupo poblacional sea casi cuatro veces Mayor al actual. La tasa de crecimiento de la población mayor a 60 años muestra un comportamiento creciente a partir de 1977, año en que se colocó en 1.4 por cada cien individuos en este grupo de edad; en 2010 se estima una tasa de 3.6, pronosticándose el máximo para el año 2019, con un nivel de 4.3, a partir del cual se espera un descenso sostenido hasta el final del horizonte de proyección. En vista del panorama descrito, el Programa Nacional de Población 2008-2012 plantea como su tercer objetivo “Preparar las instituciones y adecuar las políticas de desarrollo para aprovechar las oportunidades y enfrentar los desafíos que se derivan del cambio en la estructura por edad” de la población. La hipertensión arterial, representa por sí misma una enfermedad y también un importante factor de riesgo para el resto de las enfermedades crónicas no transmisibles (tabaquismo, obesidad, diabetes y dislipidemias) que causan daño vascular en órganos como: hipertrofia ventricular izquierda, infarto del miocardio, insuficiencia cardíaca, diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular y enfermedad renal crónica, entre otras.

## OBJETIVO GENERAL

Conocer la calidad de vida en el adulto mayor con hipertensión arterial.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

Conocer cuál es la calidad de vida del adulto mayor con hipertensión arterial mediante el instrumento sf-36

## METODOLOGÍA

### TIPO DE ESTUDIO

Transversal, observacional, abierto, prospectivo y descriptivo, con medición de encuestas, utilizó cuestionario administrado durante una entrevista personal.

## POBLACIÓN

Pacientes adscritos adultos mayores con hipertensión arterial de 60 años de edad hasta los 75 años y más, ambos sexos que acudan a medicina familiar en ambos turnos de la UMF 195 del IMSS. Del periodo comprendido del 15 de octubre del 2011 al 31 de enero del 2012.

## TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se calculó de acuerdo al número de sujetos susceptibles de ser estudiados y a la pirámide de población del 2010 de la UMF 195 con un total de pacientes de una población total de 1,201 adultos mayores de 60 a 75 y más de edad, derechohabientes, ambos sexos; se aplicando siguiente formula ya está ya para este tipo de estudio:

z= nivel de confianza

p=probabilidad de éxito

q=probabilidad de fracaso

d=error máximo permitido

n=población

z=95%                    1.96

p=50%                    0.5

q=50%                    0.5

d=5%                    0.05

n= 100%                1,201

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

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot 1,201 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{(0.05)^2 (1,201)^2 + (1.96)^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}$$

$$n = \frac{3.8416 \times 1,201 \times 0.5 \times 0.5}{(0.0025) (1201-1) + (3.8416) (0.5) (0.5)} = 1153.4404$$

$$n = 291.24$$

$$n = 292$$

Autores: Fernández, S. P. Determinación del tamaño muestra Unidad de Epidemiología Clínica y Bioestadística. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña España 1996;( 3) 138-14.

\*FISTERRA Atención primaria en la red



## CRITERIOS DE SELECCIÓN

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Pacientes con hipertensión arterial.

Mayores o iguales a 60 años de edad hasta 75 años y más

Que desconozcan otras patologías.

Aceptación para participar en el estudio (Consentimiento informado)

Usuarios o adscritos a la unidad de medicina familiar 195 del IMSS

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Pacientes en los que exista Negativa a participar en el estudio

Pacientes con cualquier alteración del habla (sordera, afasia, demencia, etc.)

Pacientes con evento cerebro vascular

Pacientes con alcoholismo

Pacientes con tabaquismo

### CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Pacientes con cuestionarios incompletos.

Pacientes con muerte durante el estudio

## INFORMACIÓN A RECOLECTAR Y VARIABLES A RECOLECTAR

Tabla de variables

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidad de medición
Edad	Tiempo cronológico del individuo desde el nacimiento edad en años	Intervalos por quinquenios 60-64 65-69 70-74 75 y más	Cuantitativa	Numérica	Años
Genero	Características Fenotípicas del sujeto	Masculino Femenino	Cuantitativa	Nominal	Hombre Mujer
Estado civil	Situación jurídica de la persona	Casado Unión libre Divorciado Viudo Soltero	Cuantitativa	Nominal	Categoría Jurídica
Años de estudio	Años terminados de estudios individuo	Menos de 6 años De 6 a 9 años De 10 a 12 años De 12 y mas	Cuantitativa	Numérica	Años
Actividad actual	Actividad que permite desempeñar a una persona ocupación u oficio	Campesino Desempleado Empleado hogar pensionado	Cuantitativa	Nominal	Tipo de actividad
Tiempo de evolución de la enfermedad	Años del diagnóstico de la enfermedad	1-5años 6-10años 11-15años 16-20años	Cuantitativa	Numérica	Años

		Mas 20 años			
Nivel socioeconómico	Status del entrevistado	Bajo Medio Alto	Cuantitativa	Nominal	De acuerdo al número de salarios mínimos
Variable dependiente					
SF-36	Fue la puntuación en cada una de las 8 escalas del SF-36	Función física Rol físico Dolor corporal Salud general Vitalidad Función social Rol emocional Salud mental	Cuantitativa	Numérica	Estándar de puntajes de la versión en español validada en México

## MÉTODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN

Se dio a conocer el protocolo de investigación a las autoridades de la UMF 78 del IMSS. En cd. Nezahualcóyotl, Estado de México, informando sobre la metodología y los pormenores del mismo, y se solicitó autorización a las autoridades en la Unidad Médica Familiar 195 Instituto Mexicano del Seguro Social en Chalco, Estado de México para otorgar facilidades para su desarrollo.

Se informa a el personal asistente médica y médicos sobre el envío de pacientes adscritos adultos mayores de 60 años de edad hasta los 75 años y más en forma aleatoria. Para la aplicación del cuestionario SF -36, encuesta de variables al firmar el consentimiento informado y estén de acuerdo entrar al estudio con el investigador.

Se eléboro la prueba piloto a un grupo de 20 pacientes que asistieron a consulta de medicina familiar seleccionados al azar, dichos paciente no están incluidos en la etapa de recolección definitiva.

Posterior a la autorización por el comité local de investigación en salud 1401 Hospital Gral.196 Fidel Vela con núm. de registro el estudio de investigación R-2011-1401-13 expedido el día 11/10/2011.

Se llevó a cabo un estudio transversal, observacional, abierto, prospectivo y descriptivo, con medición de encuestas, en una población 292 adultos mayores de 60 a 85 y más. Que acuden a consulta de medicina familiar en los 15 consultorios de la UMF 195 del IMSS, en Chalco Estado de México en ambos turnos en el periodo de 15 de octubre del 2011 al 31 de enero del 2012, a los que se les aplico Previa aceptación y firmando consentimiento informado, una encuesta que recabo personales y sociodemográficos.

Se midió la calidad de vida con el instrumento validado para población geriátrica Con el cuestionario de salud SF-36. Donde la variable dependiente fue la puntuación en cada una de las 8 escalas

## PLAN DE ELEBORACION, ANALISIS DE INFORMACION E INTERPRETACION DE LA INFORMACION

La recopilación de la información, se sometió a una revisión y codificación, se interpretó el instrumento que permitió realizar el tamizaje el cual será responsabilidad del investigador, con el objeto de disminuir la variabilidad, disminuir el sesgo y lograr un mejor control sobre la calidad de datos.

Procesamiento de dato: se realiza la captura, y para el análisis de los datos se empleó el paquete Microsoft Office para Windows.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 15 como base de datos. Incluyendo todas las variables.

Considerando las variables de tipo cualitativo se aplicó las determinaciones simples de frecuencia y porcentajes.

## DISEÑO Y GRUPOS DE ESTUDIO.

Pacientes adultos mayores de 60 a 85 y más años el tipo de muestreo es no probabilístico consecutivo se ingresaron al estudio a todos los pacientes que acudían a control con médico familiar a la unidad de medicina familiar 195 del IMSS, dado que la principal variable de estudio calidad de vida es desconocida por el mismo paciente

## FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ÉTICOS.

Este estudio de investigación es lícito pues la aplicación del cuestionario no pone en peligro la vida de los pacientes y si proporciona beneficios mediatos y, que de alcanzarse el objetivo propuesto nos dará información que será de beneficio. El estudio se apega a los principios básicos para toda investigación médica dados a conocer en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial , adoptada en la 18a Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada en la 54a asamblea general de la Asociación Médica Mundial, Tokio, 2004, y el instructivo del CLIS del Instituto Mexicano del Seguro Social “Manual de Procedimientos para la evaluación, registro y seguimiento de proyectos de investigación en salud presentadas ante el Comité Local de Investigación en Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social (Norma 2810-003- 002).

Se realizo de acuerdo al Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud dentro de sus artículos: artículos 167,168, 171 y 172

Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de servicios de atención medica. Ley general de salud. Artículos 1º, 3º, 4º, 5º, 7º y 8º ley sobre el sistema asistencia social. Nacional de artículos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 12,13 y 15 programa nacional de atención integral para los adultos mayores México marco normativo estatuto orgánico del sistema nacional para el desarrollo integral de la familia. Artículos 1, 2, 18 y 28 nom-167-ssa1-1997 para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores.

El presente estudio se apega a la normativa vigente en materia de investigación con seres humanos, apegándose al reglamento de salud en materia de investigación en sus artículos 14 y 17, ingresando al estudio previo consentimiento informado de los tutores y consentimiento de los adultos mayores, estricta confidencialidad en el manejo de los datos, los cuales serán reportados de forma grupal y nunca de forma individual, el presente estudio tiene un riesgo mínimo por el manejo de datos de una población frágil como es el adulto mayor con hipertensión arterial.

## RESULTADOS

### CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSION ARTERIAL UMF 195 IMSS

#### CUADRO I

Características de la muestra estudiada

	Total (n= 292)	Hombres (n =147)	Mujeres (n=145)
Edad (años)			
60-64	127	84	43
65-69	105	42	63
70-74	43	16	27
75 y mas	17	5	12
Estado civil			
Casado	148	98	50
Unión libre	42	7	35
Divorciado	55	26	29
Viudo	32	12	20
Soltero	15	4	11
Años de estudio			
Menos de 6 años	173	79	94
De 6 a 9 años	103	56	47
De 10 a 12 años	16	12	4
De 12 y mas	0	0	0
Actividad actual			
Campesino	16	16	0
Desempleado	18	14	4
Empleado	93	48	45
hogar pensionado	103	21	82
	62	48	14

---

Tiempo de evolución de la enfermedad			
1-5años	19	12	7
6-10años	18	26	44
11-15años	72	58	130
16-20años	29	40	69
Mas 20 años	30	16	14
Nivel socioeconómico			
Bajo	160	57	103
Medio	105	85	20
Alto	27	2	25

---

Fuente: base de datos obtenida a través de instrumento de recolección para el protocolo de investigación calidad de vida en el adulto mayor con hipertensión arterial y validado a través del programa SPSS 15 para Windows

En el cuadro 1

Se describen las características de la muestra de estudio, que estuvo

Formada por un 50.34 % de hombres y un 49.65 % de mujeres.

La mayoría estaban casados 50.68% tenían un menor nivel de estudios primara incompleta 59.24% el hogar 35.27% estaban diagnosticados 11 a 15 años como hipertensos 44.52% y pertenecían mayoritariamente a las clases el nivel socioeconómico fue bajo para el 54.79%



## CUADRO 2

### CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSION ARTERIAL

UMF 195 IMSS

VARIABLE	SF-36	N=	292	%=	100
EXELENTE			54		18.5
MUYBUENA			97		33.2
BUENA			82		28.1
REGULAR			43		14.7
MALA			16		5.5

Fuente: base de datos obtenida a través de instrumento de recolección para el protocolo de investigación calidad de vida en el adulto mayor con hipertensión arterial y validado a través del programa SPSS 15 para Windows

En el cuadro 2

La calidad de vida en el adulto mayor es muy buena en el 33.2 por ciento seguida por buena 28.1 por ciento excelente 18.5 por ciento regular 14.7 por ciento y mala el 5.5 por ciento

### CUADRO 3

#### CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSION ARTERIAL

UMF 195 IMSS

Estadísticos descriptivos	N	Media	Desv. Est.
adulto mayor de 60años a 80 años	292	1.83	.888
masculino o femenino	292	1.50	.501
estado civil*	292	1.46	.600
años de estudio	292	2.05	1.264
actividad actual	292	3.61	1.058
años de evolución de la enfermedad	292	3.16	1.018

Fuente: base de datos obtenida a través de instrumento de recolección para el protocolo de investigación calidad de vida en el adulto mayor con hipertensión arterial y validado a través del programa SPSS 15 para Windows

En el cuadro 3

La desviación estándar el sexo es del .501 para estado civil es del .600 y el resto de las variables años de estudio tiene una media de 2.05 años de evolución de la enfermedad de 3.16

## EN EL CUADRO 4

### CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR CON HIPERTENSION ARTERIAL

UMF 195 IMSS

Resultados de las dimensiones de la sf-36, por grupo de edad.

Grupo de edad	Función física	Rol físico	Dolor corporal	Salud general	Vitalidad	Función social	Rol emocional	Salud mental
60-64	127	75	76	106	98	76	45	123
65-69	105	103	67	56	86	65	84	76
70-74	43	16	34	25	40	40	34	35
75 y mas	17	0	15	13	11	6	14	19

Fuente: base de datos obtenida a través de instrumento de recolección para el protocolo de investigación calidad de vida en el adulto mayor con hipertensión arterial y validado a través del programa SPSS 15 para Windows

En el cuadro 4

La función física es más afectada en todas las edades seguidas del dolor corporal la salud mental, y el estado de salud en general. Para la población estudiada.

## Discusión

Luego de procesar los resultados obtenidos tras la aplicación las encuestas, se deduce que no existe gran diferencia entre un 50.34 por ciento de hombres y un 49.65 por ciento de mujeres. En la población en estudio. La información obtenida en este estudio no coincide con los datos entregados en el INEGI. Censos de Población y Vivienda, 1950 a 2000. México (2) La mayoría estaban casados 50.68 por ciento de manera similar entre quienes se declaran casados(as) o unidos(as) las mayores proporciones se encuentran en la población con 60 años y más. (6,7) nivel de estudios primara incompleta 59.24% se muestra la situación semejantes en cuanto a sus niveles de analfabetismo y escolaridad (9) además esto permite observar, cómo influye en sus condiciones laborales y de remuneración. Su actividad actual principal su actividad actual principal el hogar 35.27 por ciento contrasta con lo encontrado En México representan 26.1por ciento de los hogares del país hay un adulto mayor. (5) En cambio de los hogares con un varón al frente estaban diagnosticados 11 a 15 años como hipertensos 44.52% y pertenecían mayoritariamente a las clases el nivel socioeconómico fue bajo para el 54.79% se inicia una tendencia ascendente a su empobrecimiento semejantes (8) La calidad de vida en el adulto mayor es muy buena en el 33.2 por ciento seguida por buena 28.1 por ciento excelente 18.5 por ciento regular 14.7 por ciento y mala el 5.5 por ciento. Las diferencias en estudios analizados son similares (24, 25, 26, 27, 28, 29) con sus variantes sociodemográficas para cada estudio pero en la percepción de cada individuo similar. La desviación estándar el sexo es del .501 para estado civil es del .600 y el resto de las variables años de estudio tiene una media de 2.05 años de evolución de la enfermedad de 3.16 los datos estadísticos encontrados solo tiene significancia al cruzar variables en este estudio. La función física es más afectada en todas las edades seguidas del dolor corporal la salud mental, y el estado de salud en general. Para la población estudiada. Semejantes a otros estudios (30,31) por los que estudios posteriores son de importancia para continuar mejorando la calidad de vida del adulto mayor.

## Conclusiones

El cuestionario de Salud SF-36 en el año 2011-2012, para la población de 60 y 75 más años. Aplicado a los adultos mayores adscritos a la unidad de medicina familiar 195 del IMSS Estado de México zona Oriente. Contesta la pregunta de investigación. La calidad de vida en estos pacientes es: muy buena en el 33.2 por ciento seguida por buena 28.1 ciento. Datos que no se conocían por el paciente y en esta delegación por lo que sirve de referencia para trabajos similares a futuro. ya que la tasa de envejecimiento en el adulto mayor, la hipertensión arterial y la calidad de vida se debe tomar en cuenta ya que conforman el bienestar social, económica y de salud. La morbimortalidad cardiovascular existente, incidencia se encuentra en franco aumento en edades avanzadas, obesos, y su control es inadecuado. Proteger la salud, prevenir o retardar la aparición de las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión arterial, sus factores de riesgo; así como las complicaciones. Es el objetivo de todo Medico familiar por los que se debe sugerir la aplicación de este tipo de instrumentos en la práctica diaria ya que diversos estudios han permitido relacionar dicha calidad de vida con la utilización de servicios sanitarios más eficientes. México avanzará aún más en el proceso de transición demográfica. Si bien el ímpetu inercia demográfica sugiere que aún tardaremos por lo menos dos generaciones para que cada muerte sea compensada por un nacimiento, la continuación de este proceso implica transitar, gradual e inevitablemente, a escenarios demográficos envejecidos. La importancia de esta medición permitió destacar el estado funcional del paciente adulto mayor su salud física, mental y social.

## Referencias bibliográficas:

1. La información sobre la población en el mundo puede encontrarse en la página del Fondo de Población de las Naciones Unidas ([www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)) y sobre la de México en la página del Conapo ([www.conapo.gob.mx](http://www.conapo.gob.mx)).
2. INEGI. Censos de Población y Vivienda, 1950 a 2000. México. Conapo. Proyecciones de la población de México 2005-2050. México. 2006. Disponible en: <http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/indice2005>. .
3. Conapo. Proyecciones de la población de México 2005-2050. México. Disponible en: [www.conapo.gob.mx/00cifras/proy/RM.xls](http://www.conapo.gob.mx/00cifras/proy/RM.xls)
4. Sedesol, CONAPO e INEGI. Delimitación de las zonas metropolitanas de México 2005. México. 2007.
5. INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. Base de datos.
6. INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. Tabulados del cuestionario básico.
7. DPI (2006). Women's IDC. Response to the Facilitator's Proposals on Women with Disabilities. Proposals on inclusion of gender aspects in a specific article and other relevant articles of the UN Convention. en [http://www.dpi.org/lang-en/resources/details.php\\_page=472](http://www.dpi.org/lang-en/resources/details.php_page=472)
8. Zúñiga E, Gomes C. pobreza, curso de vida y envejecimiento poblacional en México, D.F. 2002. CONAPO pp. 141- 153.
9. [www.inegi.gob.mx](http://www.inegi.gob.mx) [atención.usuarios@inegi.gob.mx](mailto:atención.usuarios@inegi.gob.mx) Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI
10. Hakkert, R, Guzmán, J.M, Ariza, M, Oliveira O. (coordinadoras). Envejecimiento demográfico y arreglos familiares de vida en América Latina. (2004). En: Imágenes de la familia en el cambio de siglo. Instituto de Investigaciones Sociales. Universidad Nacional Autónoma de México.
11. González-Celis R. Efectos de intervención de un programa de promoción a la salud sobre la calidad de vida en ancianos. Tesis de doctorado. México: Facultad de Psicología, UNAM., 2002.
12. Campbell, A., Converse, P.E. y Rodgers, W.L. The quality of life. Nueva York: Russell Sage Foundation. 1976.
13. Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Mental. Informe Compendiado. Ginebra. 2004.
14. Levi, L, Anderson, L. Psychosocial stress: population, environment and quality of life. Nueva York 1980: S. P. Books Division of Spectrum Publications, Inc.
15. Velasco, M.L, Sinibaldi, J.F.J, Manejo del enfermo crónico y su familia. México: 2001. Manual Moderno.
16. The Trials of Hipertensión Prevention Collaborative Research Group. Effects of weight loss and sodium reduction intervention on blood pressure and hypertension incidence in overweight people with high normal blood pressure: The trials of Hypertension Prevention phase II. Arch Intern Med 1997; 157(6):657-67.
17. López-Portillo A. Control clínico posterior a sesiones grupales en pacientes con diabetes e hipertensión. Rev Med IMSS 2007; 45(1):29-36.

18. Calva Vargas C. El tratamiento de la hipertensión arterial al final del siglo XXI. Una mirada a la terapia génica. *Rev Med IMSS* 2003; 41(1):45-54.
19. Piedrola Gil, G.; Rey Calero, J.; Domínguez Carmona, M. (1994) *Medicina Preventiva y Salud Pública*. 91 ed. Madrid: Masson-Salvat; pp. 58-61.
20. Tonón, G. Los estudios sobre calidad de vida en la aldea global, América Latina y Argentina. Revisión conceptual, avances y desafíos. En Lucero, P. (editora). *Territorio y calidad de vida, una mirada desde la geografía local*. Mar del Plata: Grupo de estudio sobre población y territorio, Facultad de Humanidades, Universidad Nacional de Mar del Plata. EUEDEM.
21. Tobón, S., Núñez, A. (2000). Psicología y sistema de salud en Latinoamérica. *Revista Perspectivas en Psicología*. Manizales: Universidad de Manizales, 7, 45-61.
22. Yasuko, B., Romano, S., García, N. y Félix, M., 2005. Indicadores objetivos y subjetivos de la calidad de vida. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10 (1), pp. 93-102.
23. Sánchez-Sosa, J.J. y González-Celis R., A.L., 2006. Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En: V. E. Caballo, coord. *Manual para la trastornos psicológicos: trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Madrid: Editorial Pirámide, pp. 473-492.
24. Durán-Arenas L, Gallegos-Carrillo K, Salinas-Escudero G, Martínez-Salgado H. Hacia una base normativa mexicana en la medición de calidad de vida relacionada con la salud, mediante el Formato Corto 36. *Salud pública Méx* [revista en la Internet]. 2004 Ago [citado 2012 Oct 04];46(4):306-315. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342004000400005&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342004000400005&lng=es).
25. Hernández ATJ, Terán EL, Carranza BO, Gómez AC. Evaluación de calidad de vida con el sf-36 en osteoartritis y artritis reumatoide. *Atención Familiar* 15, no. 2, marzo-abril de 2008 ISSN 1405-8871
26. Gil A.I., Pérez H.C., Cerdán G. M. Costos y calidad de vida en pacientes crónicos. *Atención Familiar* vol 16, suplemento mayo de 2009 ISSN 1405-8871
27. Sánchez G, González R. Calidad de vida en pacientes sometidos a diálisis peritoneal y hemodiálisis de tres años de evolución en el Hospital General de Zona IMSS Campeche, con base en la encuesta SF 36 de calidad de vida. *Archivos en Medicina Familiar* ISSN (Versión impresa): 1405-9657 archmedfam@hotmail.com
28. Martínez-Hernández L.E, Segura-Méndez, N.H. Antonio-Ocampo A., Torres-Salazar A. Validación del cuestionario SF-36 en pacientes adultos con asma y rinitis alérgica. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2010; 48 (5): 531-534
29. López JM., Rodríguez R. Adaptación y validación del Instrumento de Calidad de Vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Publica Mex* 2006;48(3): 200-211.

30. Morey MC, Peterson MJ, Pieper CF, Sloane R, Crowley GM, Cowper P, et al. Project LIFE-Learning to Improve Fitness and Function in Elders: methods, design, and baseline characteristics of randomized trial. *J Rehabil Res Dev.* 2008;45:31-42
31. Montoya Arce, B. J. y Montes de Oca Vargas, H., 2009, "Situación laboral de la población adulta mayor en el Estado de México", en *Papeles de Población* núm. 59. En este trabajo se presentaron resultados obtenidos por la ESEDEM 2008. División Promoción y Protección de la Salud, Programa de Salud de la Familia y Población, Unidad de Envejecimiento y Salud. *Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores. Promoción de salud y envejecimiento activo. Serie Materiales de Capacitación, número 1. Segunda edición.* Washington: OPS/OMS; 2002. Rowe S, McLean CH, Shekelle PG. Preventing visual loss from chronic eye disease in primary care: Scientific review. *JAMA* 2004;291(12):1487-1495.



## **Anexos**

### **Anexo 1**

#### **CUESTIONARIO SF-36**

##### **INSTRUCCIONES**

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica.

Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más.

##### **MARQUE UNA SOLA RESPUESTA**

1. En general, usted diría que su salud es:

- 1  Excelente
- 2  Muy buena
- 3  Buena
- 4  Regular
- 5  Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- 1  Mucho mejor ahora que hace un año
- 2  Algo mejor ahora que hace un año
- 3  Más o menos igual que hace un año
- 4  Algo peor ahora que hace un año
- 5  Mucho peor ahora que hace un año

**LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER EN UN DÍA NORMAL.**

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

- 1  Sí, me limita mucho
- 2  Sí, me limita un poco
- 3  No, no me limita nada

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?
- 1  Sí, me limita mucho  
2  Sí, me limita un poco  
3  No, no me limita nada
6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
- 1  Sí, me limita mucho  
2  Sí, me limita un poco  
3  No, no me limita nada
7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
- 1  Sí, me limita mucho  
2  Sí, me limita un poco  
3  No, no me limita nada
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
- 1  Sí, me limita mucho  
2  Sí, me limita un poco  
3  No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
- 1  Sí, me limita mucho  
2  Sí, me limita un poco  
3  No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
- 1  Sí, me limita mucho  
2  Sí, me limita un poco  
3  No, no me limita nada
11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?
- 1  Sí, me limita mucho  
2  Sí, me limita un poco  
3  No, no me limita nada
12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?
- 1  Sí, me limita mucho  
2  Sí, me limita un poco  
3  No, no me limita nada
- LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.
13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?
- 1  Sí  
2  No
14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?
- 1  Sí  
2  No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1  Sí

2  No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

1  Sí

2  No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1  Sí

2  No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1  Sí

2  No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1  Sí

2  No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1  Nada

2  Un poco

3  Regular

4  Bastante

5  Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1  No, ninguno

2  Sí, muy poco

3  Sí, un poco

4  Sí, moderado

5  Sí, mucho

6  Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1  Nada

2  Un poco

3  Regular

4  Bastante

5  Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez
- 6  Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

- 1  Siempre
- 2  Casi siempre
- 3  Muchas veces
- 4  Algunas veces
- 5  Sólo alguna vez

6  Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿ cuánto tiempo se sintió agotado?

1  Siempre

2  Casi siempre

3  Muchas veces

4  Algunas veces

5  Sólo alguna vez

6  Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1  Siempre

2  Casi siempre

3  Muchas veces

4  Algunas veces

5  Sólo alguna vez

6  Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1  Siempre

2  Casi siempre

3  Muchas veces

4  Algunas veces

5  Sólo alguna vez

6  Nunca

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

1  Siempre

2  Casi siempre

3  Algunas veces

4  Sólo alguna vez

5  Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA

CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1  Totalmente cierta

2  Bastante cierta

3  No lo sé

4  Bastante falsa

5  Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1  Totalmente cierta

2  Bastante cierta

3  No lo sé

4  Bastante falsa

5  Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1  Totalmente cierta

2  Bastante cierta

3  No lo sé

4  Bastante falsa

5  Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1  Totalmente cierta

2  Bastante cierta

3  No lo sé

4  Bastante falsa

5  Totalmente falsa

Anexo 2

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 195  
LA CALIDAD DE VIDA EN MI PERSONA  
CON HIPERTENSION ARTERIAL.  
CARTA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Fecha: \_\_\_\_\_ FOLIO \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del encuestador: \_\_\_\_\_

Nombre del testigo: 1 \_\_\_\_\_

Nombre del testigo: 2 \_\_\_\_\_

He sido invitado (a) a participar en este estudio con el fin de:

Conocer la calidad de vida en mi persona con hipertensión arterial en el instituto mexicano del seguro social.

Mi participación consistirá en contestar una serie de preguntas sobre antecedentes de mi enfermedad y factores que pueden estar asociados con mi padecimiento, lo cual es útil para dar seguimiento a mi enfermedad y en su caso mejorar mi control.

Los investigadores del estudio me han hecho saber que tengo derechos a saber los resultados del trabajo en cualquier momento y que participar en el estudio no implicará ninguna diferencia en mi atención médica.

Por otro lado se me ha comentado que toda la información recabada será total y estrictamente confidencial.

Nombre y firma del participante  
Dirección y teléfono

\_\_\_\_\_

He explicado al participante la naturaleza de este estudio

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del investigador

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo: 1

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del testigo: 2

Anexo 3

Encuesta de variables

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE  
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Nombre. \_\_\_\_\_ Folio. \_\_\_\_\_  
Edad. \_\_\_\_\_ Sexo. \_\_\_\_\_ Estado civil. \_\_\_\_\_  
Años de estudio escolaridad \_\_\_\_\_  
Actividad actual. \_\_\_\_\_  
Años de evolución de la enfermedad \_\_\_\_\_





**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS  
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud  
Coordinación de Investigación en Salud

**Dictamen de Autorizado**

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 1401  
H GRAL REGIONAL 196 FIDEL VELA, MÉXICO ORIENTE, ESTADO DE

FECHA 11/10/2011

**DR. LUIS ANTONIO JUAREZ SANCHEZ**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

**Calidad de vida en el adulto mayor con hipertensión arterial.**

que usted sometió a consideración de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2011-1401-13

ATENTAMENTE

**DR.(A). MARÍA DE LA LUZ GODÍNEZ FLORES**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud núm 1401

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL