



**BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS**



**AUTOCEPCIÓN SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS QUE ACUDEN A
CONSULTA EXTERNA TURNO VESPERTINO DE LA UMF NO. 13 DE TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS.**

Tesis de Postgrado para obtener el diplomado de:
Médico Especialista en Medicina Familiar

Presenta:

Dr. Abraham Pineda Zavala
Médico Residente de Tercer año de Medicina Familiar
No. de CVU CONACYT: 923685

Asesor Metodológico y de contenido:

Dra. Laura Fabiola Gómez Díaz

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; Febrero 2021



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS



**AUTOPERCEPCIÓN SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES
HIPERTENSOS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA TURNO VESPERTINO DE
LA UMF NO. 13 DE TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS**

Tesis de Postgrado para obtener el diplomado de:
Médico Especialista en Medicina Familiar

Investigador:

Dr. Abraham Pineda Zavala
Médico Residente de Tercer año de Medicina Familiar
Unidad De Medicina Familiar No. 13
Matricula: 98076308
Teléfono: 966 113 61 88
Correo electrónico: pineda.89@hotmail.com
No. de CVU CONACYT: 923685

Asesor Metodológico y de contenido:

Dra. Laura Fabiola Gómez Díaz
Categoría: Médico Especialista en Medicina Familiar
Unidad De Medicina Familiar No. 23
Matrícula: 99077237
Teléfono: 961 234 8092
Correo electrónico: fabitolf@hotmail.com

Autorizaciones:

**DRA. ROSA DEL CARMEN GALLEGOS
SANDOVAL
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE
EDUCACIÓN EN SALUD.
DELEGACIÓN ESTATAL, CHIAPAS.**

**DR. HECTOR ARMANDO RINCÓN LEÓN
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO E
INVESTIGACIÓN EN SALUD.
DELEGACIÓN ESTATAL, CHIAPAS.**

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; Febrero 2021



BENEMÉRITA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE PUEBLA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE INVESTIGACIÓN MÉDICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 13
TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS



**AUTOPERCEPCIÓN SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN
ADULTOS MAYORES HIPERTENSOS QUE ACUDEN A CONSULTA
EXTERNA TURNO VESPERTINO DE LA UMF NO. 13 DE TUXTLA
GUTIÉRREZ, CHIAPAS.**

Tesis de Postgrado para obtener el diplomado de:

Médico Especialista en Medicina Familiar

Investigador:

Dr. Abraham Pineda Zavala

Médico Residente de Tercer año de Medicina Familiar

Unidad De Medicina Familiar No. 13

No. de CVU CONACYT: 923685

Asesor Metodológico y de contenido:

Dra. Laura Fabiola Gómez Díaz

Médico Especialista en Medicina Familiar

Unidad De Medicina Familiar No. 23

Matrícula: 99077237

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas; Febrero 2021

Para las personas importantes de mi vida, les agradezco a...

Primeramente a Dios y la Virgen María por darme la vida, salud, fortaleza para afrontar las adversidades del día a día.

A mis padres Carlos Pineda Vázquez y Amanda Zavala Velasco, quienes han sido el impulso principal, el motor de mis días y la esperanza de mi mañana, con quienes he aprendido mucho a lo largo de mi vida y deseo seguir haciéndolo.

Agradezco a ellos por haberme brindado la oportunidad de poder conocer nuevos horizontes y experiencias educativas, el apoyo que me brindaron desde el comienzo de mi carrera como médico general , hasta ahora como médico especialista en Medicina Familiar, su amor, atención, paciencia y esfuerzos puestos en mí; sin duda alguna para poder destacar desde el día uno en mi estancia lejos del hogar, siendo un desafío que jamás olvidaré, siempre han sido mi refugio, me dieron los cimientos fundamentales para ser una persona madura, empática y humilde, algo que jamás hizo olvidar mi objetivo y mis proyectos a futuro.

A mi abuelita, Adela Velasco Peña, siempre muy cariñosa conmigo y orgullosa de mí al saber que estaba superándome día a día, por sus lindos consejos, amor incondicional y la confianza que siempre tiene en mí.

A mi tía Sandra Luz Zavala Velasco, quien se adelantó para estar junto a Dios nuestro Señor, desde arriba está feliz y orgullosa de lo que estoy logrando como persona y como profesionalista.

A mis hermanos Carlos Pineda Zavala y Manuel Pineda Zavala, además de mis sobrinos Carlos, Karim, Amandita, Regina y Sebastián que me han apoyado día a día,

dándome los mejores consejos, comprensión y amor, han estado para mí en los momentos más difíciles y han sido mis incondicionales.

A Teresa López Santos por ser la persona quién me apoyó incondicionalmente, brindándome su amistad, amor, cariño, risas, experiencias inolvidables, estando conmigo en los momentos más difíciles y en los de mayor alegría mostrando paciencia y comprensión, evitando que me diera por vencido antes de tiempo, agradezco mucho tu honestidad y lealtad.

A la Dra. Laura Fabiola Gómez Díaz, quien fue mi guía durante estos tres años, gracias por su paciencia, comprensión, dedicación y tiempo sin medir esfuerzos, usted siempre estuvo para asesorarme, escucharme, orientarme y apoyarme en este proceso, con mucho cariño le dedico este espacio, por ser una docente, doctora y ser humano excepcional.

1. INDICE

2.	RESUMEN.....	2
3.	MARCO TEÓRICO	3
4.	JUSTIFICACIÓN	27
5.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
6.	OBJETIVOS	29
6.1.	OBJETIVO GENERAL	29
6.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
7.	HIPÓTESIS	30
8.	MATERIAL Y MÉTODO.....	31
a.	TIPO DE ESTUDIO Y METODOLOGÍA.....	31
b.	INSTRUMENTO	31
c.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	32
d.	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	32
e.	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	32
9.	VARIABLES	33
10.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	34
11.	MUESTRA.....	36
12.	RECURSOS FINANCIEROS.....	37
13.	ASPECTOS ÉTICOS	38
14.	RESULTADOS.....	40
15.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	47
16.	CONCLUSIÓN	49
17.	RECOMENDACIONES	50
18.	BIBLIOGRAFIA	51
19.	ANEXOS.....	53
a.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	53
b.	CUESTIONARIO WHOQOL-BREF	54

2. RESUMEN

Título: Autopercepción sobre la calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden a consulta externa turno vespertino de la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Investigador principal e investigadores asociados: Dr. Abraham Pineda Zavala, Dra. Laura Fabíola Gómez Díaz.

Número de centros participantes a nivel nacional e internacional: Ninguno.

Número de centros participantes del IMSS: (1) Unidad de Medicina Familiar No. 13 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Antecedentes: Los adultos mayores una de las causas que les genera mayor vulnerabilidad es la falta de apoyo en el interior del hogar, en el país hay 1.6 millones de personas de 60 y más años que viven solas y la mayoría son mujeres (63%). Debido a que la población adulta mayor se ha ido incrementando estimándose que para el 2030 incrementará un 30%, actualmente están presentando dificultades para desarrollar con plenitud una buena calidad de vida por diversos factores tanto internos como externos, de los cuales las enfermedades crónicas degenerativas como lo es la Hipertensión Arterial Sistémica.

Objetivo: Determinar la autopercepción de calidad de vida en los adultos mayores hipertensos que acuden a consulta externa turno vespertino de la UMF No. 13 en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez.

Material y métodos: Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, prospectivo y transversal en la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas en pacientes adultos mayores que acudieron a consulta externa turno vespertino dentro del periodo de 01 de junio 2019 al 31 de agosto 2019, de acuerdo a los

criterios de inclusión y exclusión se tomó una muestra final de 185 pacientes. Se le realizó el cuestionario validado WHOQOL-BREF el cual valora 4 dominios: físico, psicológico, relaciones sociales y entorno, con Alpha de Crombach de 0.88 a nivel global.

Resultados: Se realizó el análisis de los resultados mediante el programa IBM SPSS versión 25, la edad media de los encuestados fue de 69.72 años con una moda de 68 años, el género prevalente fue el femenino con un 63.2 por ciento donde el tiempo de evolución de hipertensión arterial promedio que tuvo mayor prevalencia es de 1 a 10 años, de acuerdo con la calidad de vida el 75.1 por ciento de los encuestados perciben su calidad de vida como buena.

Conclusión: Con los resultados obtenidos mediante la realización de esta investigación se llegó a la conclusión que los adultos mayores hipertensos que acuden a consulta externa de medicina familiar en el turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 de Tuxtla, Gutiérrez, Chiapas autoperciben su calidad de vida como buena

Recursos e infraestructura: Humanos. Un médico residente en la Especialidad de Medicina Familiar. Un asesor metodológico y contenido. Físicos. Área física: Unidad de Medicina Familiar No. 13. Instrumentos de medición: Formatos de recolección de información, Cuestionario WHOQOL-BREF. Financieros: Serán proporcionados por el mismo investigador.

Pago por paciente que realizara el patrocinador (moneda nacional): No aplica.

Tiempo de desarrollo. Marzo 2018- marzo 2020

Palabras clave: Autopercepción, calidad de vida, adulto mayor, hipertensión arterial sistémica.

3. MARCO TEÓRICO

El Consejo Nacional de Población en México estima que para el 2030 la población de adultos mayores será mayor que la de jóvenes de 15 años, mientras que en el 2050 un tercio de la población será mayor de 60 años por lo que es sumamente importante promover una cultura de envejecimiento en nuestro país, ya que actualmente hay 10.5 millones de adultos mayores en nuestro país posicionándose entre los grupos más vulnerables debido a las escasas leyes que permitan tener una vida plena son escasas.

La Calidad de vida es un concepto complejo que involucra variables físicas, psicológicas, ambientales, sociales y culturales. El adulto mayor debe de formar parte de un grupo familiar y social para satisfacer sus inquietudes.

Las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer, osteoporosis y desnutrición aumentan su prevalencia derivado a los cambios fisiológicos que ocasiona el envejecimiento.

Las enfermedades crónicas degenerativas actualmente son los principales motivos de consulta médica ya que se asocian a la edad y al envejecimiento y pueden afectar a cualquier órgano del cuerpo.

La situación de las personas de la tercera edad en Chiapas, aunque se cuentan con programas gubernamentales que buscan dar protección y fortalecer sus derechos económicos y sociales, muchas personas de esta población son vistos como una carga por sus mismos familiares, lo cual los obliga a buscar espacios nuevas opciones laborales para mejorar su calidad de vida.

Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico en la ciudad de Villahermosa, Tabasco donde la población de estudio estuvo conformada por 8,569 pacientes adscritos a UMF núm. 43 pertenecientes al IMSS, concluyendo que la mitad de los adultos mayores presenta buena calidad de vida asociándose a un buen apoyo familiar, la mayoría fueron mujeres con edad mínima de la población total de 60 años.

“Hay una asociación estadísticamente significativa entre calidad de vida y apoyo familiar en adulto mayor, a mayor apoyo familiar mayor calidad de vida”.(1)

“Igualmente se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre calidad de vida de acuerdo a ocupación, al estado civil, comorbilidad, ingreso económico mensual y familiar con quien vive, no encontrándose asociación con el género, tipología familiar y religión”.(1)

“En lo que respecta al apoyo familiar, se encontró significancia en la ocupación, escolaridad, comorbilidad, ingreso económico, la persona con quien vive y tipología familiar. Las dimensiones de calidad de vida que se vieron afectadas son la sensorial y la de autonomía.”(1)

“De acuerdo Consejo Nacional de Población (CONAPO), en 2017 residen en el país 12 973 411 personas de 60 y más años, de los cuales 53.9% son mujeres y 46.1% son hombres. Cabe señalar que una cuarta parte de los adultos mayores (24.3%) reside en localidades menores de 2 500 habitantes. Si se considera que la población tiene una mayor esperanza de vida (75.3 años para 2017) y la fecundidad es cada vez menor (2.21 hijos por mujer), entonces el peso relativo de los adultos mayores toma mayor relevancia en la estructura por edad. Entre 1970 y 1990, el porcentaje de adultos mayores respecto a la población total pasó de 5.6 a 6.2%; para 2017 dicho porcentaje es de 10.5% y de acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas, su tendencia esperada en los próximos años la colocan como una de las transformaciones sociales de mayor trascendencia del siglo XXI”. (2)

“Los adultos mayores una de las causas que les genera mayor vulnerabilidad es la falta de apoyo en el interior del hogar, en el país hay 1.6 millones de personas de 60 y más años que viven solas y la mayoría son mujeres. Otra causa de vulnerabilidad en las familias donde habita un adulto mayor es que el único ingreso proviene de una o varias personas que tienen 60 y más años: 37.1% (3.7 millones) de estos hogares cumple con dicha condición. El apoyo económico de familiares fuera del hogar o instituciones gubernamentales, resulta ser de gran valía en los gastos que realizan los integrantes del hogar donde reside un adulto mayor. De acuerdo con la información de la ENIGH 2016, del total de adultos mayores, 6.7% recibe remesas, 28.8% recibe donativos de otros hogares e instituciones públicas, mientras que 49.2% recibe apoyos por programas gubernamentales”. (2)

“Los últimos reportes en México muestran que para el caso de los hombres las enfermedades que producen mayor índice de mortalidad son: Diabetes Mellitus 7.78%, enfermedades

isquémicas del corazón 6.49%, enfermedad pulmonar obstructiva crónica 4.09%, enfermedad cerebrovascular 3.16%, infecciones respiratorias agudas bajas 1.58%, enfermedades hipertensivas 1.56%, tumor maligno de la próstata 1.29% y desnutrición calórico-proteica 0.87%". (3)

"Para las mujeres: diabetes mellitus 10.66%, enfermedades isquémicas del corazón 6.74%, enfermedad cerebrovascular 4.45%, enfermedad pulmonar obstructiva crónica 4.28%, enfermedades hipertensivas 2.67%, infecciones respiratorias agudas bajas 1.92%, y desnutrición calórico-proteica 1.35%". (3)

"Se realizó un estudio en el país de Chile en el año 2017 en donde se logró identificar que el riesgo de presentar hipertensión arterial es mayor en hombres que en mujeres y que el riesgo de presentar hipertensión arterial aumenta sobre los 25 años de edad, con mayor prevalencia en personas mayores de 60 años, en personas con historia familiar de hipertensión y diabetes mellitus. De acuerdo al estilo de vida las personas hipertensas reportaron menores niveles de actividad física y de transporte que aquellas personas con presiones normales."(4)

"Se pudo concluir que el factor de mayor riesgo para el desarrollo de hipertensión arterial es la edad seguido de factores de riesgo modificables, como sobrepeso y obesidad, consumo de sal y diabetes mellitus." (4)

"García Araneda N, en el año 2012 realizó la investigación: Apoyo Emocional, Instrumental y Material hacia el Adulto Mayor: Una percepción desde los hijos, con la finalidad de describir la percepción de los hijos sobre el adulto mayor, llegando a la conclusión de que el "apoyo de carácter emocional es mucho más importante que el apoyo material o instrumental logrando así un mejor bienestar". (5)

"En el 2009, en Cuba, Collazo García Y. y García Sánchez L. realizaron el estudio ¿Apoyo Familiar a los ancianos?, donde concluyeron que "el apoyo familiar en su dimensión material estuvo presente en el 83% de los casos, siendo el conyugue y los hijos primordiales para brindar este tipo de apoyo. En la esfera subjetiva se encontró las mayores carencias, siendo un 75% que perciben un apoyo cognitivo y emocional insuficiente a nulo." (6)

En Lima, Arias Bramón M. y Ramírez Gutiérrez S. en el año 2013, efectuaron la investigación “Apoyo Familiar y Practicas de Autocuidado del Adulto mayor con Diabetes Mellitus Tipo 2. Zona Urbana-Distrito de Pachacamac” con el objetivo de determinar la relación entre ambas variables, llegando a la conclusión que “el apoyo familiar es adecuado en el 64,6%, según dimensiones predominó el apoyo instrumental con 66,7%, las prácticas de autocuidado son regulares en 52,1%. (5)

En México, en el 2013, Navarro Elías M. y Leitón Espinosa Z. realizaron la investigación “Factores Asociados a la Calidad de Vida del Adulto Mayor en el área urbana-México” donde uno de los factores estudiados fue el apoyo familiar, concluyendo que “los factores que mostraron significancia estadística fueron la edad y función cognitiva con la calidad de vida, no así el apoyo familiar. El apoyo familiar no correlacionó significativamente en forma directa con la calidad de vida. Sin embargo, si correlacionó en forma directa con 6 de las 8 dimensiones de la calidad de vida: dimensión rol físico, función física, vitalidad y rol emocional y en forma inversa con la dimensión dolor corporal y función social.” (5)

“Bajo la revisión bibliográfica y análisis de las teorías de apoyo social, en especial la teoría de apoyo social sostenida por Coobs en el año 1976 “Social Supportas a Moderator of life Stress”, donde indica que el apoyo social ofrece a los individuos beneficios, tales como información relativa a que son amados, estimados y valorados como miembros de un grupo social. Es decir, él sostiene que el apoyo se da en tres clases: emocional, de estima e instrumental”. (5)

“Del mismo modo, Fawcet y Wall (1991), en su libro Family Theary Development in Nursing, estudiaron el apoyo familiar, usando como base la tipología de Khan y Antonucci (1980), donde se sostiene que el apoyo familiar se presenta como un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula. Considerando cuatro categorías de transferencias o apoyos: materiales, instrumentales, emocionales e informativo”. (5)

“En Chiapas se realizó un estudio observacional de carácter transversal sobre la prevalencia de enfermedades crónicas en los adultos mayores en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. La población objeto de estudio estuvo conformada por hombres y mujeres de 60 y más años, residentes de la colonia las Granjas. De acuerdo a los resultados la prevalencia para algunos

padecimientos crónicos fueron las siguientes: hipertensión arterial (38.3%), depresión (34.5%), diabetes mellitus (14%), artropatías (8%), demencia senil (4.2%), infarto al miocardio (3%), enfermedad cerebrovascular (2.8%) y cáncer (0.9%).” (7)

“Cada persona tiene un concepto del sí mismo y en base a esto estructura principios para actuar en el presente y en el futuro. Según Sáez y Vega (1989), Meléndez (1994), “el carácter de esta autopercepción puede tomarse como un predictor para conocer los cambios que seguirá el sujeto para llevar a cabo una readaptación, sin olvidar, que acontecimientos de distinta índole pueden modular sus decisiones a tomar ante conductas y opiniones, pero, siguiendo la dirección ya emprendida y desarrollada a lo largo del ciclo vital”. (8)

Durante la vejez se aumenta el declive del yo, derivando en una pérdida de identidad, baja autoestima y descenso de las conductas sociales.

“Una de las razones de que el autoconcepto y la autopercepción, y su relación con la edad suponga un problema, es el sentimiento de que los ancianos se sientan peor psicológicamente (Brandtstadter y Greve, 1992). La gente que se percibe a sí mismo como viejo actúa como más anciano. A pesar de que los sujetos redefinen su edad en relación con los cambios reales de las funciones sociales y físicas, algunas evidencias indican que las autodescripciones se convierten en profecías autocumplidas. La etiqueta de la edad lleva connotaciones estereotipadas, expectativas sobre las capacidades personales, posibilidades individuales y un cierto nivel de actividad”. (8)

“La vejez se plantea como el tiempo de las pérdidas, el deterioro en la salud y la pérdida de capacidades, reduce la autonomía y la independencia forzando, incluso, a necesitar de los servicios de otras personas para cosas que antes podían hacer ellos mismos”.(8)

La OMS definió calidad de vida en 1987, no como la “ausencia de enfermedad, sino como el óptimo estado de bienestar físico, psicológico y social”. (3)

México es un país en constante cambio, se ha incrementado la esperanza de vida en los últimos años, sin embargo, en la actualidad el objetivo ha cambiado, no sólo es incrementar la esperanza de vida, sino también incrementar la calidad de vida durante los años.

“La calidad de vida de los adultos mayores determinada por la presencia de cambios físicos propios del proceso de envejecimiento, y por la presencia de algunas enfermedades dieron lugar a la elaboración de un concepto de la calidad de vida que la OMS ha definido como: La percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en que vive, en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.” (3)

Giusti define la calidad de vida como un “estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas.” (3)

“El envejecimiento provoca un deterioro en la función de los órganos y tejidos que no constituye un estado patológico, es un envejecimiento fisiológico que es una parte normal del proceso de la vida, la capacidad funcional de todos los órganos y tejidos disminuye armónicamente llevándonos a una progresiva reducción de nuestra capacidad funcional y expectativa de vida con el paso de los años. El deterioro de células que forman órganos en general, tales como el encéfalo, el corazón, el riñón y todos en general, y de tejidos desde el endotelio hasta todas las capas de la pared arterial con su efecto sistémico al destruirse la armonía del deterioro funcional llevan a estados patológicos que deterioran aceleradamente nuestra capacidad funcional, calidad de vida llevándonos a una enfermedad u reducción final en nuestra expectativa de vida”. (6)

“Debido a las variadas comorbilidades en el adulto mayor debemos extremar el tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial sin escatimar el uso de fármacos para alcanzar los objetivos planteados en cuanto al control de los valores de presión, especialmente en este grupo de edad debemos buscar siempre como mejorar las comorbilidades con el número de medicamentos necesarios para controlar dichas comorbilidades”. (6)

“Diversas investigaciones han demostrado que existen factores que pudieran mantener la salud aun en condiciones de vulnerabilidad. Jang, Mortimer y Haley (2004) encontraron que las actividades sociales favorecen la salud, ejerciendo una función protectora ante muchas enfermedades físicas y mentales, lo que contribuye a mantener la salud y alargar el periodo de vida. Brown, Consedine y Mogai (2005) sugieren que las actividades sociales generan más

energía para vivir, disminuyen la presencia de disturbios mentales y reducen el deterioro en la salud. De igual forma, la actividad física como el deporte, libera endorfinas, aumenta el consumo de oxígeno, activa la circulación y eleva la fuerza muscular”. (9)

“Por esto, las actividades sociales y la actividad física son imprescindibles para la salud física y mental del adulto mayor, además de que evitan el sedentarismo, la frustración y la depresión. En la población adulta mayor es frecuente la presencia de varios padecimientos (comorbilidad) que incrementan el riesgo de adquirir alguna discapacidad, no solo por las consecuencias derivadas del aumento en el número de enfermedades sino también porque los efectos en las combinaciones entre las mismas pudieran elevar el riesgo y la severidad de las alteraciones funcionales, físicas o mentales (Brenes, Menéndez y Guevara, 2006). Esta situación se acentúa cuando las personas superan los 80 años, ya que aumenta la posibilidad de presentar comorbilidad y/o discapacidad. De acuerdo con la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, en México la quinta parte de la población de 80 a 84 años y poco menos de la tercera parte de la población de 85 años o más presenta alguna limitación o deficiencia física o mental”. (9)

“Este nuevo patrón epidemiológico comprende la manifestación de problemáticas asociadas a la pérdida de salud suscitadas por los nuevos estilos de vida (estrés, obesidad, abuso de tabaco y alcohol, sedentarismo) (Mardones, Muñoz y Rojas, 2004). Actualmente, uno de los factores que incide de manera importante en la salud de los adultos mayores es la obesidad. El abuso del consumo de alimentos procesados, industrializados e hipercalóricos aunado al sedentarismo han propiciado que México ocupe el primer lugar a nivel mundial en obesidad en adultos; en el caso de los adultos mayores la prevalencia del sobrepeso y obesidad es de 60% para hombres y 67% para las mujeres (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006). Las consecuencias de una inadecuada alimentación, el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad representan factores de riesgo importantes para contraer enfermedades crónicas como la hipertensión, colesterol, cardiopatías y padecimientos cardiovasculares, diabetes, trastornos en el aparato locomotor así como algunos tipos de cáncer”. (10)

“Otro de los factores que incide en la salud de los adultos mayores es la pobreza; al carecer de posibilidades para cubrir las necesidades básicas, los adultos mayores adecuan su

alimentación, higiene y cuidados personales a sus condiciones económicas limitadas” (Vélez, 1994). Esta situación constituye un grado mayor de vulnerabilidad frente a otros grupos de población, debido a que la disminución biológica característica de la vejez se une al conjunto de "limitaciones educativas, financieras, sanitarias, de vivienda, crédito, empleo y justicia que imposibilitan a las personas el acceso a bienes y derechos considerados básicos" (Jiménez et al., 2003 citado por Carmona, 2009, p. 246), lo cual, dificulta la capacidad de vivir y mantenerse sano.”(10)

“La condición económica de las mujeres adultas mayores, generalmente, presenta dependencia económica respecto a su cónyuge, sus hijos y/o sus familiares. Esto se puede observar en la ayuda familiar recibida, donde las mujeres reciben más ayuda familiar de hijos que viven dentro del país o por remesas del exterior que los varones, el porcentaje (de mujeres) que recibe la mujer en ambos casos es mayor frente al hombre”. (9)

“La transición demográfica se entiende como el cambio de tasas altas a tasas bajas de crecimiento natural (Ramírez, 2002). Esto, a su vez, implica un cambio en la estructura poblacional que se ve reflejado en un continuo y acelerado proceso de envejecimiento poblacional. El incremento en la esperanza de vida, la reducción de la mortalidad y los avances en materia de salud impactan en una mayor longevidad que exige tomar una serie de medidas a fin de lograr un envejecimiento sano y de calidad.”(9)

“El envejecimiento es entendido como un proceso que se vive desde el nacimiento y se caracteriza por diferentes cambios en niveles físicos, mentales, individuales y colectivos; es además un proceso natural, irreversible y no necesariamente ligado a estereotipos y debe verse como una etapa del ciclo vital llena de potencial para crecer y continuar aprendiendo.”(10)

“Existen ciertas diferencias respecto a la edad que demarca el envejecimiento, puesto que hay diversas perspectivas: cronológica, biológica, psíquica o social. La Organización de las Naciones Unidas establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor, aunque en los países desarrollados se considera que empieza a los 65 años. Sin embargo, para efectos de esta investigación y bajo la perspectiva cronológica, y dado que el envejecimiento va ligado a cambios en la posición de la persona en la sociedad, se considera

como adulto mayor al individuo de 60 años o más, asociándolo también al empleo y la jubilación, además, en apego a la Legislación del Estado de México que también entiende por adultos mayores a hombres y mujeres a partir de esta edad.”(9)

“El envejecimiento demográfico es resultado de un proceso de transición caracterizado por un incremento tanto en números porcentuales como absolutos del grupo poblacional de 60 años o más, producto de la disminución en las tasas de fecundidad y mortalidad, y con ello el incremento en la esperanza de vida gracias a los adelantos tecnológicos en medicina y al mayor acceso a los servicios de salud que han implementado los gobiernos desde hace décadas. El envejecimiento ocurre en todas las regiones del mundo, pero aumenta con mayor rapidez en países con diferentes niveles de desarrollo, incluidos aquellos que también tienen una proporción importante de población joven. A continuación, se presentan algunos datos importantes referentes a este tema por parte de la Organización Mundial de la Salud a fin de mostrar por qué es considerado un tema importante en el mundo:”(9)

- “Las proyecciones de población indican que en el año 2050 habrá en el mundo cerca de 400 millones de personas con 80 años o más. Igualmente, habrá por primera vez más personas de edad avanzada que niños menores de 15 años.”(9)
- “Actualmente Japón es el único país del mundo cuya población en edades avanzadas representa más de 30 por ciento de su población total. Hacia 2050 habrá 64 países que compartan esta situación.”(9)
- “El número de adultos mayores en África aumentará de 54 a 213 millones.”(9)
- “En la actualidad, las principales causas de muerte en esta población son las enfermedades cardíacas, respiratorias y los accidentes cerebrovasculares, mientras que las principales causas de discapacidad son el déficit visual, demencia, pérdida auditiva y artrosis.”(9)
- “La OMS considera que todos los profesionales sanitarios deberían recibir formación sobre las cuestiones relacionadas con el envejecimiento.”(9)

“Los adultos mayores presentan desventajas como la mayor exposición a enfermedades, sobre todo crónico-degenerativas e incapacitantes, muestran también condiciones de dependencia económica y pobreza, pérdida de las capacidades físicas y mentales y disminución en su grado de autonomía y adaptabilidad. En relación con lo anterior y de acuerdo con Ordorica, se estima que entre 2010 y 2050 el número de personas en edades avanzadas que presentará impedimentos físicos pasará de 3 a 15 millones, de modo que se multiplicará por cinco en este periodo, esto sin considerar el posible incremento en la esperanza de vida, lo que acentuará dicha cifra.”(9)

“La calidad de vida también resulta de la unión de diferentes factores como la vivienda, los bienes, el ingreso, el vestido, la alimentación, la educación, el apoyo social percibido e incluso variables sociodemográficas como la edad y el sexo. Vera concluye en su investigación que tanto para esta gente como para su familia la calidad de vida también se asocia a elementos secundarios como los cuidados y una protección digna, además del respeto hacia su condición de persona y de ser humano, pues genera ambientes de dependencia que repercuten en el hogar”. (10)

“En la psicología como en la medicina, está aceptado que hay una marcada variabilidad en la forma de envejecer, tanto en el aspecto físico como psicológico. Hay personas mayores que mantiene su vigor físico, la alegría de vivir, motivaciones diversas y sus capacidades intelectuales hasta avanzada edad, frente a otras que presentan, desmotivación, aislamiento, afecciones severas como la demencia u otras enfermedades. Los adultos mayores somos tan diversos, como cualquier grupo etario anterior. Sin embargo, hay una tendencia importante a hacer generalizaciones lo que ha llevado a la elaboración de los estereotipos, bien enraizados en nuestro imaginario social estos falsos criterios de negatización sobre los adultos mayores, mantenidos en el tiempo, han contribuido a fomentar una visión negativa, discriminatoria y unilateral a este período de la vida. Esta imagen nociva de la vejez, es reforzada, en ocasiones, por los medios de difusión”. (11)

“Mientras subsistan en la sociedad y sobre todo en decisores de políticas, estos pensamientos prejuiciosos, errados y falaces, acerca de las personas mayores, se dificultará el rescate de cientos de miles de personas llenas de saberes, y no se podrá avanzar o hacer contribuciones

coherentes y pertinentes en pos del desarrollo económico y social en un país que está y seguirá siendo envejecido. Es obvio, que nos falta mucho por aprender en el campo de la educación gerontológica.” (11)

“Cada adulto mayor vive cambios en sus capacidades físicas, sociales y mentales, lo que altera su calidad de vida y su percepción de ella. Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida está vinculada a «la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en los cuales vive, en relación con sus objetivos, expectativas, categorías y preocupaciones.”(12)

“La percepción de la calidad de vida está influida por diversos factores como salud física, psíquica, nivel de independencia y sus relaciones sociales.”(12)

“Con respecto a los estudios que abordan el fenómeno de la calidad de vida del adulto mayor, estos la han definido en términos de calidad de vida positiva o negativa; positiva cuando se cuenta con relaciones familiares y sociales, con buena salud, asociándola también con buenas condiciones materiales, pero se hace una valoración negativa cuando son dependientes, tienen limitaciones funcionales, son infelices o tienen una reducción de sus redes sociales.”(12)

“Otras investigaciones de adultos mayores se centran en evaluar la funcionalidad y dependencia en la realización de actividades de la vida diaria, sobre todo en el adulto mayor con patologías incapacitantes; aunque se reconoce que no todos los adultos mayores presenta este tipo de padecimientos, hay quienes cuentan con un nivel de salud que no incapacita y solo presentan el deterioro propio de la edad. En este sentido, es importante la evaluación geriátrica integral, la medición de la capacidad funcional, la calidad de vida y el autocuidado.” (12)

“Para Dorotea Orem el autocuidado es la práctica de actividades que los individuos jóvenes y adultos mayores inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. La calidad de vida está altamente vinculada con las actividades que el adulto mayor ha realizado durante el transcurso de su vida, lo que puede determinar su grado de dependencia.” (12)

“La intersectorialidad es una de las herramientas del trabajo social y comunitario en salud, es la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas total o parcialmente a tratar los problemas vinculados con la salud, bienestar y la calidad de vida. Sin embargo, aunque este es un concepto muy conocido y utilizado por directivos y prestadores de servicios, es notablemente poco utilizado en la práctica, influido por la carencia de conocimientos o por la ausencia de una clara comprensión en torno a la responsabilidad directa de los diferentes sectores sociales en esta tarea conjunta, y no el apoyo o la ayuda brindada como suele suceder”. (13)

“La calidad de vida se relaciona a factores económicos, sociales y culturales en el entorno que se desarrolla y, en gran medida, a la escala de valores de cada individuo. En la década de los noventa se desarrolló el concepto de calidad de vida vinculado a la salud, que se define como: El valor asignado a la duración de la vida, modulado por las limitaciones, estado funcional, percepciones y oportunidades sociales, y que se ven incluidas por las enfermedades, lesiones, tratamientos y políticas sanitarias. Existe, por tanto, consenso en que la calidad de vida deber ser considerada desde una visión multidimensional, que además de lo anteriormente mencionado, debe incluir aspectos ambientales, culturales, económicos, de servicios de salud, satisfacción, actividades de ocio, entre otros”. (14)

“Es importante mencionar que Emily Greenfield considera que la creación y mantenimiento de comunidades amigables con la edad y el envejecimiento saludable, son una vía para dar soporte de salud, vigor y una convivencia en armonía para el adulto en la comunidad.”(14)

“La identificación de la fragilidad en los adultos mayores predice eventos adversos como caídas, hospitalización, discapacidad y muerte. El manejo de este problema se presenta en el artículo “Fragilidad en el adulto mayor: detección, intervención en la comunidad y toma de decisiones en el manejo de enfermedades crónicas”, presentado por la doctora Tania Tello y el doctor Luis Varela.” (14)

“La calidad de vida es un concepto complejo cuya definición operacional y dimensional resulta francamente difícil. Sin embargo se puede abordar desde una dimensión subjetiva; es decir, lo que la persona valora de ella sin restringirla a la dimensión objetiva ya que lo fundamental es la percepción propia”. (15)

“En la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento convocada por la Organización de las Naciones Unidas se acordó considerar como ancianos a la población de 60 años y más, posteriormente se les dio el nombre de adultos mayores.”(14)

“La OMS considera como adulto mayor a una persona que tienen una edad igual o mayor a 60 años en países en vías de desarrollo y de 65 años o más en países desarrollados.”(14)

“Marcia Morales, catedrática de la Facultad de Psicología de la UNAM, señaló que en la actualidad con la ayuda de la tecnología en el ramo de la medicina la esperanza de vida en México se ha incrementado de manera considerable: en 1900 era de 37 años, en 1960 de 58 años, en 1995 de 69 años y se espera que para el 2020 sea entre 75 y 78 años.”(8)

“Algunos autores definen vejez o tercera edad a partir de los 60 años otros a partir de los 65-70 años. Otros simplemente dicen que es una definición social. El proceso de envejecimiento es la mezcla de factores intrínsecos y extrínsecos, por lo que se clasifica en:”(8)

- “Envejecimiento habitual: factores intrínsecos y extrínsecos habituales.”(8)
- “Envejecimiento exitoso: factores intrínsecos y extrínsecos favorables.”(8)
- “Envejecimiento incapacitante: factores extrínsecos desfavorables.”(8)
- “Envejecimiento patológico: factores intrínsecos y extrínsecos desfavorables.”(8)

“Existen diferentes teorías que intentan explicar el proceso de envejecimiento, entre las cuales se encuentran:”(8)

“Las teorías del desgaste consideran que el envejecimiento se produce por la pérdida de las células debido a su vez al uso y deterioro del cuerpo.”(8)

“La teoría endócrina le atribuye todos los cambios producidos en el envejecimiento, a los fenómenos que ocurren en el eje hipotálamo-hipófisis produciendo así cambios en la respuesta hormonal dando como resultado un declive del organismo.”(8)

“La teoría de Harman (1995) considera la teoría de los radicales libres en que se producen por la oxidación de los materiales orgánicos como carbohidratos y proteínas, estos radicales provocan cambios bioquímicos en las células y no se pueden regenerar por sí mismas.” (8)

“Uno de los cambios demográficos más significativos de las últimas décadas es el incremento en la proporción de adultos mayores respecto a la población general, relacionado con el aumento en la expectativa de vida y el descenso en la tasa de natalidad. Por lo tanto, el adulto mayor se ha convertido en uno de los principales focos de atención. Mientras la población general crece un 1.7% anual, la población de adultos mayores crece un 2.5%3.”(9)

“Los adultos mayores durante el proceso de envejecimiento experimentan numerosos cambios biopsicosociales que dependen del estilo de vida, del sistema social y familiar e influyen continuamente en las diversas áreas de funcionamiento, favorecen la pérdida de la autonomía que se traduce en la necesidad de depender de otros y deriva en impacto familiar y social. La pérdida constante de capacidades (principalmente relacionadas con el aspecto físico) ha dado lugar a estereotipos respecto al envejecimiento en la cultura occidental, por lo que las personas experimentan cierto temor frente a la llegada de esta etapa que puede llevar incluso al aislamiento social”. (15)

“De la Fuente et al. definen la discapacidad como un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la pérdida de capacidad física o intelectual, requieren asistencia o ayuda para realizar las actividades de la vida diaria como vestirse, bañarse, utilizar los servicios o en la disminución de la autonomía para consumir alimentos. Tal situación lleva a que aumente la dependencia de otros y ocasiona sentimientos de frustración, inutilidad y tristeza por la pérdida de control sobre la vida propia.”(15)

“Los adultos mayores tienen diferentes niveles de deterioro, fundamentalmente ocasionados por las diferencias en la dieta, en el ejercicio diario y las maneras de afrontar los problemas y solucionarlos. Cada adulto mayor vive cambios en sus capacidades físicas, sociales y mentales, lo que altera su calidad de vida y su percepción de ella. Su percepción puede estar influida por su salud física, psíquica, su nivel de independencia y sus relaciones sociales”. (15)

“También la calidad de vida se ha definido como tener una vida agradable o vivir una vida de alta calidad, para Dorotea Orem el autocuidado es la práctica de actividades que los individuos jóvenes y adultos mayores inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. Así la calidad de vida está altamente

vinculada con las actividades que el adulto mayor ha realizado durante el transcurso de su vida, lo que puede determinar su grado de dependencia". (15)

"El concepto de calidad de vida, no es nuevo, se publicó por primera vez en 1974 en la publicación social Indicators Research, en 1975 éste término se convirtió en categoría de búsqueda en el Index Medicus y en palabra clave en sistema Medline, aunque su uso llegó a ser popular entre los investigadores de la salud durante la década de los 80's.(García, 2005)". (16)

"González en el 2002 planteó la necesidad de conjugar lo social-cultural y lo individual-personal, partiendo de la calidad de las condiciones de vida y estilos de vida de los individuos y comunidades. Un grupo de investigadores elaboró el concepto de calidad de vida como el resultado de la compleja interacción entre los factores objetivos y subjetivos, los primeros constituyen las condiciones externas: económicas, sociopolíticas, culturales y ambientales que facilitan o entorpecen el pleno desarrollo del hombre, de su personalidad mientras los segundos están determinados por la valoración que el sujeto hace sobre su propia vida. Los factores objetivos que forman parte de la calidad de vida son consecuencia de las formas de organización de una sociedad históricamente determinada. En cuanto a los factores subjetivos resulta importante el grado de satisfacción-insatisfacción que el sujeto alcanza en su vida, resultado del nivel de correspondencia entre aspiraciones y expectativas trazadas y los logros que en relación a ellas va obteniendo a lo largo de su existencia. Este nivel de satisfacción, unido a la esfera emocional que caracteriza la vida humana, es justamente el bienestar psicológico."(16)

"La calidad de vida aplicada en la tercera edad debe estar ajustada a la esperanza de vida, se debe de estudiar aspectos tales como: el estado de salud, el estado funcional y la predicción de la incapacidad y de los factores de riesgo."(16)

"La vejez, la longevidad no se debe de mirar como un problema sino como una oportunidad y un desafío, un desafío para todos, para la persona que envejece, para su familia y para la sociedad". (16)

"Hay una relación entre soledad y deterioro en la calidad de vida en personas mayores, Harper y Power definen calidad de vida como la percepción de los individuos de su posición

en la vida, en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven, y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses”. (16)

“Lim y Kua en el 2011, con el fin de establecer los efectos independientes e interactivos de vivir solo y de la soledad en los síntomas depresivos y los puntajes de calidad de vida en 2,808 personas de 55 años de edad a lo largo de dos años de seguimiento, hallaron que la soledad fue un predictor más robusto que el vivir solo respecto a los puntajes de depresión. Sin tomar en cuenta la variable de soledad, el vivir solo no se asoció con los puntajes de depresión, pero al momento de establecer la interacción entre el vivir solo y la soledad, los puntajes de depresión asociados con la primera de esas variables fueron mayores en aquellos que se sentían solos, en comparación con aquellos que no se sentían así, concluyendo que vivir solo tiene un efecto reducido como predictor del bienestar psicológico de los mayores, pero en conjunto con la soledad empeora los efectos psicológicos de vivir solo.”(17)

“Theeke, Turner, Moore y Campbell, con el objetivo de analizar la relación entre soledad, depresión, apoyo social y calidad de vida, trabajaron con 60 adultos mayores de los montes Apalaches. En su análisis también consideraron la edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ingreso, situación de vida y empleo de los participantes, los resultados mostraron que los puntajes más altos de soledad correlacionaron con depresión, baja calidad de vida y escaso apoyo social.”(17)

En otro estudio, “Ekwall, Sivberg e Ingalill pretendieron establecer la relación entre la calidad de vida, soledad, cuidado de otras personas, red social, sexo, edad y estatus económico en adultos mayores, demostrando que la soledad y una reducida red social se asociaron significativamente con una baja calidad de vida en los cuidadores, así como en el total de la muestra.”(17)

“Li-Juan y Qiang estimaron la posible relación entre soledad, calidad de vida relacionada a la salud y factores socioeconómicos en adultos mayores, encontrando que la soledad correlacionó negativamente con las diferentes dimensiones de la calidad de vida relacionada a la salud en ambos grupos.”(17)

“Conroy, Golden, Jeffares, O’Neill y McGee estudiaron sobre el aburrimiento, la soledad, la interacción social y la depresión y su relación con el funcionamiento cognitivo en mayores

encontrando una relación significativa entre el funcionamiento cognitivo y el apoyo social insuficiente, escasa actividad social y bajo nivel educativo.” (17)

“La hipertensión es el factor de riesgo modificable más común para enfermedad cardiovascular y muerte. El mayor riesgo asociado con la elevación de la presión arterial puede reducirse considerablemente por el tratamiento con fármacos antihipertensivos que disminuya tanto la PA como el riesgo de daño del órgano blanco.”(18)

“Aproximadamente 0.5 % de los pacientes hipertensos tiene hipertensión refractaria, que se define como la PA que no se puede controlar a menos que se usen más de cinco drogas”. (18)

“La hipertensión arterial es un importante factor de riesgo independiente de la enfermedad arterial coronaria para todos los grupos de edad, raza y sexo. Tomando como criterio más de 140/90 mm Hg, se estima que hay 65 millones de adultos estadounidenses, o casi un cuarto de la población adulta de los Estados Unidos, con hipertensión arterial sistémica. Otra cuarta parte de la población tiene prehipertensión, que se diagnostica con una presión arterial sistémica de 120 a 139 mm Hg o una presión arterial diastólica de 80 a 89 mm Hg. En México el estimado poblacional del 2015 por el Consejo Nacional de Población es de 121 millones de habitantes, de los cuales 76.4 millones tienen 20 años o más y una prevalencia de 31 % de hipertensión arterial sistémica; el estimado global de población hipertensa del 2015 es de 23.7 millones y se estima una cifra similar de población prehipertensa. En general, cada aumento de la presión arterial sistólica de 20 mm Hg (o cada 10 mm Hg de aumento de la presión arterial diastólica) duplica el riesgo de un evento coronario fatal.” (18)

“El crecimiento desmesurado en la prevalencia de las enfermedades crónicas esenciales del adulto, como la hipertensión arterial sistémica, la diabetes mellitus tipo 2, las dislipidemias, la obesidad, el síndrome metabólico y la aterosclerosis, entre otras, ha permitido que estas entidades nosológicas hayan superado la prevalencia de las enfermedades transmisibles, lo cual ha contribuido de manera considerable a la carga de los gastos en el sector salud. A esta transformación, que está ocurriendo en muchos países desarrollados y en aquellos en vías de desarrollo, se la ha llamado transición epidemiológica. Pero tal vez el mayor valor de este concepto (como problema de salud pública mundial) es que ahora se reconoce a las

enfermedades crónicas de la edad adulta como enfermedades de riesgo cardiovascular como la primera causa mundial de morbilidad en el adulto". (18)

"En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se reportaron en 2012 que el 27 % del total de mortalidad fue secundario a enfermedades cardiovasculares". (18)

"En México la distribución poblacional es aún de tipo piramidal, es decir, la mayor parte de la población adulta se ubica entre los 20 y 54 años. Por lo tanto, si bien es cierto que la prevalencia de la HTAS en términos porcentuales se relaciona de manera directa con la edad, al cuantificar el número absoluto de pacientes portadores de HTAS, se encontró que en México aproximadamente el 75 % de los hipertensos tienen menos de 54 años de edad. Por lo tanto, debemos desmitificar que la HTAS es una enfermedad de gente adulta mayor de 60 años. En general, la HTAS en sus inicios es asintomática, o bien, produce síntomas inespecíficos que difícilmente se asocian a la misma. Así, en el año 2000 se encontró que el 20 % de los enfermos entre 20 y 35 años de edad sabían que eran portadores de hipertensión arterial, mientras que casi el 50 % de ellos entre 55 y 69 años de edad lo reconoció." (18)

"El 60 a 70% de los pacientes en edad geriátrica padece hipertensión arterial, y más de la mitad de ellos tiene hipertensión sistólica aislada como la variante más prevalente."(18)

"La hipertensión arterial del adulto mayor suele ser primaria. De las formas secundarias se destaca en este grupo etario la estenosis aterosclerótica de la arteria renal, que por descenso del flujo arterial renal da origen a una elevada síntesis de renina con aumento de la transformación de angiotensinógeno plasmático hacia angiotensina I, y su ulterior transformación en angiotensina II por la enzima conversora endotelial. Otra causa secundaria menos frecuente es el hiperaldosteronismo primario a causa de una hiperplasia o a un adenoma suprarrenal, y muy raramente por un carcinoma. En estos casos la aldosterona en sangre está patológicamente elevada, y la concentración de renina plasmática muy disminuida o no detectable. Las otras causas de hipertensión secundaria en el adulto mayor son de muy rara observación". (19)

"Existen múltiples recomendaciones de sociedades científicas internacionales para tratar la HTA en pacientes añosos. El tratamiento con dieta hiposódica es más efectivo que en adultos

jóvenes. Más allá de cuál es la mejor droga para el tratamiento, el principal problema es que en muchos ancianos la HTA no está bien controlada.”(19)

“El efecto favorable del tratamiento antihipertensivo ante todo evento cardiovascular y muerte se da a cualquier edad, y no hay diferencias de significación entre los distintos agentes farmacológicos mientras se logre el objetivo de descenso. La elección de los medicamentos debe hacerse según las comorbilidades del paciente y no según su edad.”(19)

“Antes de iniciar tratamiento se debe registrar la presión arterial no solo sentado y de pie sino también en ambos brazos.”(19)

“La causa más común hipertensión arterial sistólica aislada en la tercera edad es la rigidez de las arterias por la arterosclerosis que produce alteraciones en las mismas y la acción de algunas hormonas adrenalina, noradrenalina, aldosterona y angiotensina II sobre la pared media arterial”.(20)

“Los grupos de edades en los que se presentó la hipertensión sistólica aislada fue entre 60 a 64 y 65 a 70 años asociándose a el sobrepeso y la obesidad y tiene un valor predictivo mayor en las enfermedades cardiovasculares a largo plazo, así como en las cerebrovasculares y su mortalidad”.(20)

“Los factores de riesgo encontrados con mayor prevalencia fueron las dislipidemias y el hábito de fumar aunados a los malos hábitos alimenticios que tiene el adulto mayor.”(20)

“Los medicamentos más utilizados para el control de la presión arterial sistólica fueron los IECAS ayudan a disminuir la resistencia periférica y mejoran la función sistólica, brindando un beneficio al control de la enfermedad, considerándose fármacos de primera línea para el tratamiento de los ancianos”. (20)

“Uno de cada 4 adultos en México padece hipertensión arterial de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Para clasificar a un individuo como hipertenso, debe tener una presión arterial mayor a 140/90 mmHg.”(21)

“De acuerdo a la ENSANUT 2016 “la hipertensión se presenta ligeramente más en mujeres (26.1%) que en hombres (24.9%). El grupo de edad menos afectado es el de 20 a 29 años,

mientras que la prevalencia más alta está en el grupo de 70 a 79 años. No hubo diferencia significativa en la presencia de hipertensión entre regiones de la república mexicana o por tipo de localidad". (21)

"Solamente el 60% de la población con hipertensión arterial tenía conocimiento previo de que padecía esta enfermedad. Por tanto, 4 de cada 10 personas fue diagnosticada al momento que la ENSANUT 2016 se llevó a cabo. Cabe mencionar que 7 de cada 10 mujeres y 5 de cada 10 hombres tenía diagnóstico de hipertensión previo a la encuesta". (21)

"De las personas que tenían un conocimiento previo de su condición, 6 de cada 10 controla su presión arterial (<140/90mmHg), y 8 de cada 10 está bajo tratamiento farmacológico."(21)

"Por último, se debe promover la detección temprana de hipertensión arterial, especialmente si se cuentan con otros factores de riesgo para enfermedades no transmisibles. Con un diagnóstico oportuno se pueden prevenir a tiempo las complicaciones, mejorando así la calidad y esperanza de vida de la población." (21)

"La hipertensión arterial es uno de los factores de riesgo más importantes para padecer enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y falla renal que son otras importantes causas de mortalidad en México.¹ Entre el año 2000 y 2006, la prevalencia de HTA se mantuvo tan alta que afectó a 31.6% de los adultos mexicanos".(22)

"Las complicaciones de la HTA se relacionan directamente con la magnitud del aumento de la tensión arterial y el tiempo de evolución. El tratamiento temprano de la HTA tiene importantes beneficios en términos de prevención de complicaciones, así como de menor riesgo de mortalidad. Por esta razón, la alta prevalencia de esta enfermedad en México adquiere mayor importancia si se considera que en el año 2006, 47.8% de estos adultos con HTA fueron hallazgo de la encuesta, es decir, no habían sido diagnosticados. Además, de los adultos previamente diagnosticados únicamente 39.0% recibía tratamiento."(22)

"Entre los factores que se han identificado y que contribuyen a la aparición de HTA, diversos estudios citan la edad, una alta ingesta de sodio, dietas elevadas en grasas saturadas, tabaquismo, inactividad física y presencia de enfermedades crónicas como obesidad, dislipidemias y diabetes. En México, estas enfermedades han sido caracterizadas

epidemiológicamente a partir de las Encuestas Nacionales de Salud de los años 2000 a 2012”. (22)

“El concepto de calidad de vida, dentro del campo médico, ha sufrido igualmente un gran avance en los últimos años y supone que actualmente podemos disponer de un instrumento más, para apoyar o no un determinado tratamiento.”(23)

“En definitiva, dentro del concepto de Calidad de Vida, se pretende englobar el impacto de la enfermedad y del tratamiento, más allá de las meras consecuencias biológicas de ambas.”(23)

“Todos aquellos aspectos del funcionamiento de una persona, sobre los que se supone que pueden influir la enfermedad o su tratamiento, han sido englobado por Hornsquist, en su concepto de Calidad de Vida. Este autor, establece un concepto de calidad de vida, valorando aquellos aspectos del funcionamiento del individuo, sobre los que puede repercutir la enfermedad o el tratamiento”. (23)

“Hornsquist define las áreas que engloban el concepto de calidad de vida e indica los siguientes aspectos o dimensiones que conforman la estructura de la Calidad de Vida:”(23)

- Físico
- Psicológico
- Social
- Actividades
- Material
- Estructural

“Esta estructuración de la Calidad de Vida, es probablemente la más completa de las realizadas hasta la fecha. La mayoría de los estudios sobre calidad de vida recogen indicadores del estado y actividad físicos, estado psíquico, relaciones sociales y actividades de la vida cotidiana.”(23)

“El área material de Hornquist se incluye en pocos estudios, sin embargo, la repercusión de la enfermedad en éste área, puede ser bastante importante, dado que con frecuencia los

enfermos crónicos se ven obligados a dejar el trabajo. Por otro lado, el tratamiento conlleva gastos que contribuyen a debilitar la economía del paciente o de su familia.”(23)

“Otros autores añadirían una séptima dimensión denominada profunda, que estimaría los aspectos más individuales y subjetivos de la vida de una persona. Con esta dimensión se pretende reconocer el carácter individual de la Calidad de Vida, se trata de la calidad de vida de una persona concreta con su propia filosofía y sus propios intereses y ambiciones.”(23)

“Definir la Calidad de Vida en el momento actual es, por tanto, un reto difícil de afrontar debido a la evolución sociocultural del mundo moderno y a las enormes diferencias de población en él existentes. Por ejemplo, la valoración de calidad de vida en los países del tercer mundo, comparados con el mundo occidental, con referencia a la enfermedad, o la propia incidencia de la enfermedad hipertensiva entre diferentes razas y ubicación geográfica”. (23)

“La calidad de vida, está condicionada por factores externos a la persona y algunos de ellos no son modificables. En el caso del sexo femenino se trata de una de las variables que presenta una persistente correlación negativa con la calidad de vida tanto de personas sanas como enfermas.”(23)

“El estado funcional y la calidad de vida del paciente crónico, van a ser el resultado de la integración de factores de la propia personalidad y motivación del paciente, los síntomas motivados por la enfermedad crónica, los efectos secundarios de la medicación recibida, las condiciones medioambientales, el apoyo social y el nivel económico en que el paciente se desenvuelve.”(23)

“La calidad de vida del paciente hipertenso presenta, además de todas las características anteriormente anotadas, otras connotaciones o variables debido a los efectos adversos del tratamiento que recibe, en el caso de que sea farmacológico. La percepción de su estado de salud y estado psicológico, relacionados con “encontrarse bien” o por el contrario percibirse psíquicamente irritable, ansioso o deprimido en relación con su enfermedad, va a estar, en parte condicionadas por el tratamiento que recibe o por los cambios de vida que debe realizar. Sin embargo, tratándose de hipertensión, los potenciales beneficios que se pueden obtener con el tratamiento y descenso de las cifras de presión arterial, pueden llevar consigo efectos

desfavorables que alteren la calidad de vida, lo que todavía hace más subjetiva su valoración.”(23)

“La Hipertensión arterial es una patología crónica muy frecuente en la actualidad; el 20% de la población española, como promedio la sufre. La hipertensión ligera o moderada puede no conllevar molestias, cursando de forma asintomática, si aún no existe daño en órganos diana, pero produce deterioro en el sentido de bienestar y distrés psicológico siendo causa de ausentismo laboral.”(23)

“El principal objetivo a conseguir con el tratamiento de la HTA es la normalización en las cifras de TA de cara a prevenir el daño cardiovascular. Los fármacos utilizados en el tratamiento de la HTA pueden acompañarse de efectos negativos en la percepción de salud por el paciente. Por ello es fundamental promover la utilización de indicadores de salud (cuestionarios) válidos, para los pacientes hipertensos, y así poder monitorizar la repercusión que la enfermedad tiene en la Calidad de Vida del paciente y su evolución tras recibir un determinado tratamiento antihipertensivo u otro, así como para realizar un análisis de costo-eficacia entre diversos tratamientos”. (23)

“Una cuestión importante en el campo de la HTA, es la falta de cumplimiento con el tratamiento prescrito. Entre un 16% y un 33% de los pacientes hipertensos tratados, abandona el tratamiento. La adherencia al tratamiento no va a depender sólo de la simplicidad en la dosificación de la medicación antihipertensiva sino fundamentalmente de los efectos adversos relacionados con esa medicación.” (23)

“Cuando hablamos de Calidad de Vida, en un contexto clínico, debemos tener en cuenta, no solo los problemas clínicos del paciente y los síntomas de los que se queja, sino, además, de aquellos que surgen nuevos en el contexto de su propio tratamiento, incluyendo ambos aspectos, “encontrarse bien” tanto física como psicológicamente, sin sufrir deterioro añadido por el tratamiento. Lo que quiere decir, no presentar síntomas de hipertensión, como cefalea, visión borrosa y otras complicaciones de ésta y no presentar efectos secundarios nocivos de la medicación que toma, de tal manera que la administración de tratamiento no interfiera con su vida habitual, horarios, comidas y momentos de relax.”(24)

“La calidad de vida del paciente hipertenso ha sido frecuentemente descrita, estudiada y comparada en diferentes protocolos de tratamiento, comparándola con la “población normal” sin tener en cuenta controles normotensos. Es importante, en este sentido tener una valoración dada por el propio paciente y recogida de forma protocolizada, acerca de pormenores de su vida, incluyendo, estado civil, divorciado, separado, casado, soltero; tipo de trabajo y ocupaciones habituales, educación recibida y factores demográficos como entorno social en el que se desenvuelve”. (23)

“La Hipertensión Arterial Sistémica es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras $\geq 140/90$ mmHg. Es producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico”. (24)

“La prevalencia actual de HAS en México es 31.5%, y es más alta en adultos con obesidad que en adultos con índice de masa corporal normal, y en adultos con diabetes que sin esta enfermedad. El 47.3% de los pacientes desconocen que padecía de HAS. Por grupos de mayor y menor edad, la distribución de la prevalencia de HAS fue 4.6 veces más baja en el grupo de 20 a 29 años de edad que en el grupo de 70 a 79 años. De los adultos con HAS diagnosticada por un médico, sólo 73.6% reciben tratamiento farmacológico y menos de la mitad de estos tiene la enfermedad bajo control”. (24)

“La hipertensión arterial es considerada como un predictor de morbimortalidad para enfermedades cardiovasculares, entre las que destacan la enfermedad cerebro vascular, el infarto del miocardio, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad arterial periférica y la insuficiencia renal. Para el control del paciente hipertenso, existe una gran variabilidad en el tratamiento farmacológico, en muchos casos, no se han instrumentado medidas no farmacológicas, y en un elevado porcentaje no existe un adecuado control de las cifras tensionales, con los consecuentes incrementos en el riesgo de daño en los órganos blanco, la discapacidad, los costos de la atención y su repercusión en la economía familiar, en los sistemas de salud y en el país. Proporcionar una herramienta eficiente a los médicos del primer nivel de atención, en la prevención, el diagnóstico oportuno, detección temprana de complicaciones y el tratamiento adecuado de los pacientes con hipertensión”. (24).

4. JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades crónicas degenerativas se han convertido en el motivo principal de consulta médica en la actualidad, se asocian con la edad y el envejecimiento.

Los últimos reportes en México muestran que las enfermedades que producen mayor índice de mortalidad son diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad cerebrovascular, infecciones respiratorias agudas bajas, enfermedades hipertensivas.

Este protocolo de investigación surgió por el interés que existe sobre un fenómeno social que cada día va en aumento en la actualidad, debido a que la población adulta mayor se ha ido incrementando estimándose que para el 2030 incrementa un 30%, actualmente están presentando dificultades para desarrollar con plenitud una buena calidad de vida por diversos factores tanto internos como externos, de los cuales las enfermedades crónicas degenerativas como lo es la Hipertensión Arterial Sistémica

La población derechohabiente en la UMF No. 13 de igual manera se ha incrementado en el grupo de adultos mayores, la mayor parte de las consultas otorgadas en la unidad es dirigida a la población mayor de 60 años, diversos factores como el abandono social, la polifarmacia, enfermedades crónicas degenerativas puede afectar la calidad de vida a la población vulnerable, por lo que surgió el interés de conocer la perspectiva que tiene el adulto mayor sobre su calidad de vida de acuerdo a las enfermedades crónicas que padece en especial la hipertensión arterial.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

De acuerdo Consejo Nacional de Población en 2017 residen en el país 12 973 411 personas de 60 y más años.

Los adultos mayores una de las causas que les genera mayor vulnerabilidad es la falta de apoyo en el interior del hogar, otra causa de vulnerabilidad en las familias donde habita un adulto mayor es que el único ingreso proviene de una o varias personas que tienen 60 y más años.

“Los padecimientos crónico-degenerativos, afectan prácticamente a cualquier órgano o tejido del cuerpo humano, sin embargo, algunos de ellos destacan por su alta frecuencia y por los graves daños que producen a quienes los padecen. Así encontramos principalmente la Obesidad y enfermedades cardiovasculares destacando la Hipertensión Arterial; Diabetes Mellitus y Síndrome Metabólico.”(3)

Los últimos reportes en México muestran que las enfermedades que producen mayor índice de mortalidad son: Diabetes Mellitus, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad cerebrovascular, infecciones respiratorias agudas bajas, enfermedades hipertensivas.

García Araneda en el año 2012 realizó la investigación: Apoyo Emocional, Instrumental y Material hacia el Adulto Mayor: Una percepción desde los hijos, con la finalidad de describir la percepción de los hijos sobre el adulto mayor, llegando a la conclusión de que el apoyo de carácter emocional es mucho más importante que el apoyo material o instrumental logrando así un mejor bienestar.

En el año 2013 en México, Navarro Elías y Leitón Espinosa realizaron la investigación “Factores Asociados a la Calidad de Vida del Adulto Mayor en el área urbana-México” en el cual concluyeron que los factores que mostraron significancia estadística fueron la edad y función cognitiva con la calidad de vida, no así el apoyo familiar.

Por lo anterior me surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la autopercepción de calidad de vida en los adultos mayores que padecen Hipertensión Arterial Sistémica que acuden a consulta externa turno vespertino de Medicina Familiar en la UMF No. 13 de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez Chiapas?

6. OBJETIVOS

6.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la autopercepción de calidad de vida en los adultos mayores hipertensos que acuden a consulta externa turno vespertino de la UMF No. 13 en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez durante el periodo junio-agosto del 2019.

6.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1.- Identificar la prevalencia de género de derechohabientes adultos mayores hipertensos que acuden a con a consulta externa turno vespertino de la UMF No. 13.
2. Identificar la autopercepción de la calidad de vida de acuerdo a género de los adultos mayores hipertensos que acuden a consulta externa turno vespertino de la UMF No. 13.
3. Identificar el grupo etario de adultos mayores hipertensos que acuden a consulta externa turno vespertino de la UMF No. 13 con mejor autopercepción de calidad de vida.
4. Identificar si existe relación de la autopercepción de la calidad de vida de los adultos mayores con el tiempo de evolución de la Hipertensión Arterial.

7. HIPÓTESIS

- La población derechohabiente de adultos mayores que acuden a consulta externa de Medicina Familiar de la UMF No. 13 es de predominio femenino.
- La autopercepción de calidad de vida de pacientes derechohabientes adultos mayores hipertensos del género femenino es mala.
- La autopercepción de calidad de vida de pacientes derechohabientes adultos mayores hipertensos del género masculino es buena.
- La autopercepción de calidad de vida de pacientes derechohabientes adultos mayores es buena acorde a un menor tiempo de evolución de Hipertensión Arterial Sistémica.
- La autopercepción de calidad de vida de pacientes derechohabientes adultos mayores hipertensos es mala presentando un mayor tiempo de evolución de la Hipertensión Arterial.
- Los derechohabientes adultos mayores hipertensos que acuden a consulta externa de Medicina Familiar perciben su calidad de vida como regular.
- La autopercepción de calidad de vida en el dominio de entorno o ambiente es buena en adultos mayores hipertensos.

8. MATERIAL Y MÉTODO

a. TIPO DE ESTUDIO Y METODOLOGÍA

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo porque se utilizarán valores numéricos analizados mediante programas estadísticos, además la recolección de datos ayudó a comprobar las hipótesis, se considera aleatorizado porque se entrevistó a adultos mayores al azar y transversal porque se realizó en una sola medición de junio a agosto del año 2019.

La técnica de recolección de datos aplicada fueron la observación y la entrevista. Se entrevistó a los adultos mayores en la sala de espera, a la salida de su consulta respectiva, en algunos casos acudieron con un acompañante que por lo general era un familiar aplicándoles el instrumento WHOQOL-BREF que consta de 26 ítems, posteriormente se realizó la recolección de la base de datos y análisis de los mismos en el programa IBM SPSS versión 25.

b. INSTRUMENTO

El WHOQOL-BREF, es una versión reducida del WHOQOL-100, que contiene un total de 26 preguntas, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 y dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general. Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta ordinales tipo Likert, y todos ellos producen un perfil de cuatro áreas: salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. Se obtienen sumas parciales para cada dominio en puntuaciones que van desde 0 a 130; realizando una evaluación de la siguiente manera:

- De 130 a 99 puntos califica la calidad de vida como: Muy buena
- De 98 a 66 puntos se considera calidad de vida: Buena
- De 65 a 34 puntos refleja calidad de vida: Regular
- Menor de 33 puntos nos indica calidad de vida: Mala

El test proporciona un puntaje general relacionado con la percepción de calidad de vida en general en base a sus cuatro dominios; físico, psicológico, relaciones sociales y entorno.

Dominio 1. Físico. Toma en cuenta la funcionalidad, la energía, el dolor, la fatiga, la necesidad de tratamientos médicos, capacidad de trabajo y sueño.

Dominio 2. Psicológico. Abarca la satisfacción de la vida y consigo mismo la capacidad de concentración, sentimientos positivos y negativos y espiritualidad (creencias).

Dominio 3. Relaciones sociales. Satisfacción con las relaciones personales, soporte social y actividad sexual.

Dominio 4. Entorno. Ambiente físico, seguridad, recursos financieros, acceso a los servicios de salud, participación en actividades de ocio y recreación, transporte e información.

c. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adultos mayores de 60 años menores de 80 años
- Adultos mayores hipertensos puros ya diagnosticados
- Adscritos a la UMF No. 13 de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez Chiapas
- Pacientes que acude a consulta externa turno vespertino de la UMF No. 13

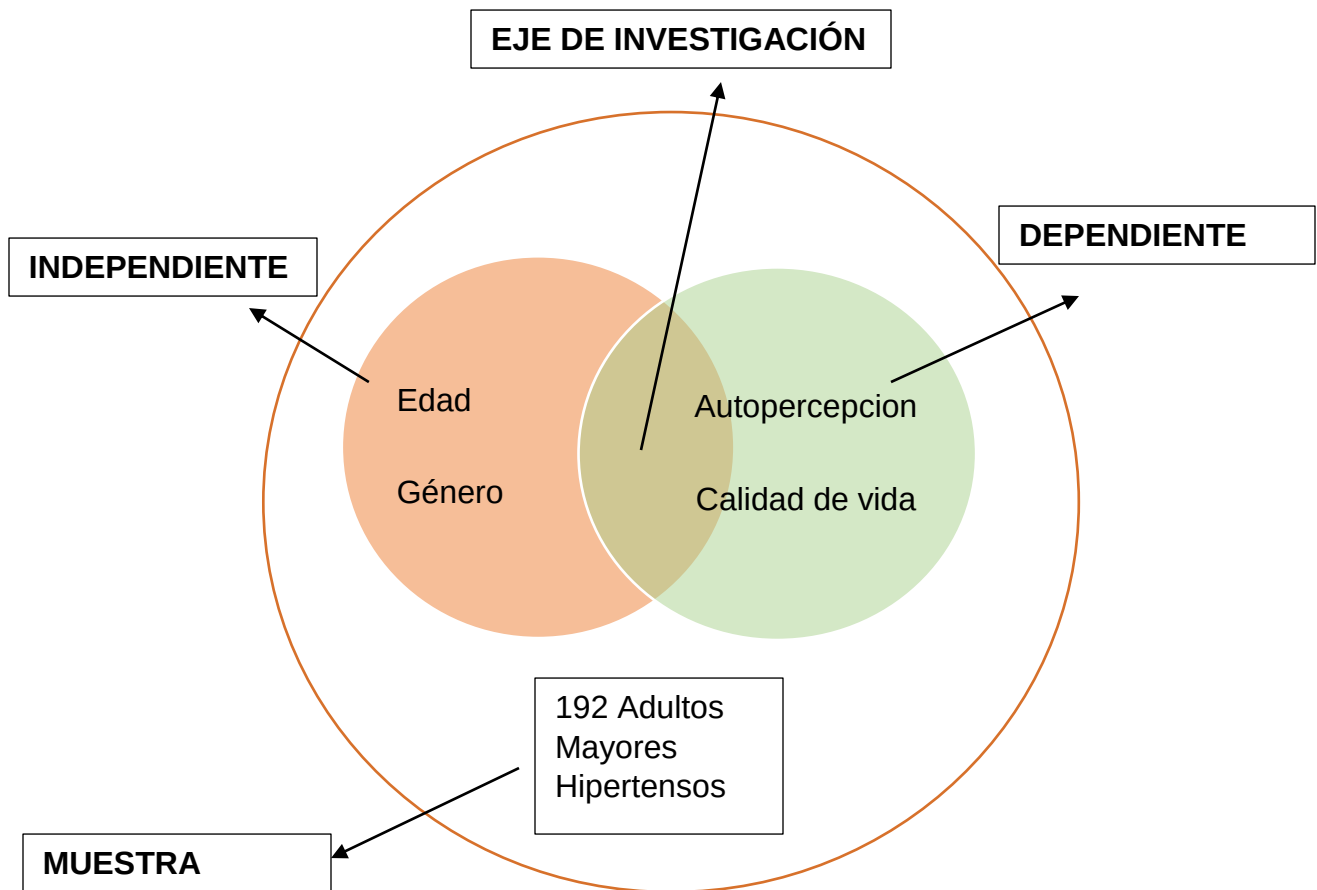
d. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adscritos a otra UMF
- No derechohabientes
- Encuestas que no tengan consentimiento informado
- Adultos mayores con comorbilidades asociadas
- Adultos menores de 60 años
- Adultos mayores de 80 años
- Adultos con alguna enfermedad mental
- Adultos que no deseen participar en el estudio
- Adultos mayores que pasen a consulta de control en turno matutino.

e. CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Encuestas incompletas
- Cambios de UMF

9. VARIABLES



10. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CATEGORIA	TIPO
EDAD	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento.	De 60 a 80 años de vida	60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80	Cuantitativa Discreta
SEXO	Es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre. La diferencia entre ambos es fácilmente reconocible y se encuentra en los genitales, el aparato reproductor y otras diferencias	Diferenciar entre hombre y mujer.	Hombre y mujer.	Cualitativa Nominal

	corporales.			
AUTOPERCEPCION	Es la acción de como deducimos nos sentimos, por la forma en que compartimos con el entorno.	Como perciben su calidad de vida los adultos mayores.	Muy buena Buena Regular Mala	Cualitativa Ordinal
CALIDAD DE VIDA	Conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar de los individuos y a la realización de sus potencialidades en la vida social.	Condiciones físicas, sociales, ambientales que ayudan o no a desarrollarse al adulto mayor dentro de la sociedad	Muy buena Buena Regular Mala	Cualitativa Ordinal

11. MUESTRA

Durante el año 2018 en la Unidad de Medicina Familiar No. 13 acudió un total de 17,046 pacientes hipertensos a consulta externa de los cuales 8,188 acudieron en el turno vespertino.

De los 8,188 pacientes hipertensos del turno vespertino 3,721 fueron adultos dentro del rango de edad entre 60 y 80 años, de los cuales 2,247 fueron del sexo femenino y 1,474 del sexo masculino.

$$n = \frac{N \times Z_a^2 \times p \times q}{d^2 \times (N - 1) + Z_a^2 \times p \times q}$$

En donde, N = tamaño de la población Z = nivel de confianza, P = probabilidad de éxito, o proporción esperada Q = probabilidad de fracaso D = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción)

$$n = \frac{(3721)(P-1)(0.05)(0.025)}{(0.0009)(3720) + 3.8416 \times 0.05 \times 0.95} = \frac{678.99}{3.53} = 192$$

Obteniendo así una muestra de 192 pacientes los cuales serán seleccionados por muestreo probabilístico aleatorizado simple ya que todos los individuos seleccionados tienen las mismas probabilidades de ser seleccionados.

12.RECURSOS FINANCIEROS

- Lápices
- 192 encuestas
- 192 consentimientos informados
- Sacapuntas
- Engrapadora
- Computadora
- Hojas blancas
- Impresora
- Folders
- Financieros (propios del investigador)

13. ASPECTOS ÉTICOS

La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica."

En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.

La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.

En la práctica de la medicina y de la investigación médica, la mayoría de las intervenciones implican algunos riesgos y costos. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo y los costos para la persona que participa en la investigación.

Toda investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos y los costos para las personas y los grupos que participan en la investigación, en comparación con los beneficios previsibles para ellos y para otras personas o grupos afectados por la enfermedad que se investiga. Se deben implementar medidas para reducir al mínimo los riesgos. Los riesgos deben ser monitoreados, evaluados y documentados continuamente por el investigador.

Los médicos no deben involucrarse en estudios de investigación en seres humanos a menos de que estén seguros de que los riesgos han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Cuando los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados definitivos, los médicos deben evaluar si continúan, modifican o suspenden inmediatamente el estudio.

Este proyecto de investigación se apegará a la Ley General de Salud y a las normas éticas establecidas en la declaración de Helsinki. Se someterá a evaluación por el Comité de Ética 7038 e Investigación 703 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la UMF 13 donde será sometido a análisis para valorar su factibilidad y realización. De acuerdo a lo estipulado en el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de investigación para la salud en México (Secretaría de Salud 1986), basada en el artículo 100 fracción III de dicha normativa donde hay seguridad que no se expone a riesgos ni daños innecesarios a los sujetos en experimentación. Fracción IV se contará con el consentimiento informado por escrito de cada participante o en su caso de su representante legal.

Respecto al consentimiento informado, se estableció lo determinado en el Artículo 23 del mismo reglamento: “En caso de investigaciones con riesgo mínimo, la Comisión de Ética, por razones justificadas, podrá autorizar que el consentimiento informado se obtenga sin formularse escrito, y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador la obtención del consentimiento informado”.

Prevalecerá el respeto a la dignidad de las pacientes, protección de sus derechos y bienestar por lo que en cada encuesta para obtención de los datos se omitirá el nombre del participante.

14. RESULTADOS

Se realizaron 192 encuestas a derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez Chiapas que acuden a consulta externa en turno vespertino utilizando las variables sociodemográficas:

- Edad
- Género
- Tiempo de evolución de la hipertensión arterial
- Calidad de vida

De acuerdo a los criterios de eliminación de los 192 encuestados se eliminaron 7 encuestas, cuatro por tener comorbilidades asociadas y 3 más por estar fuera del rango de edad establecidos en los criterios de inclusión entre 60 y 80 años de edad, por lo que se utilizaron 185 encuestas para este protocolo de estudio.

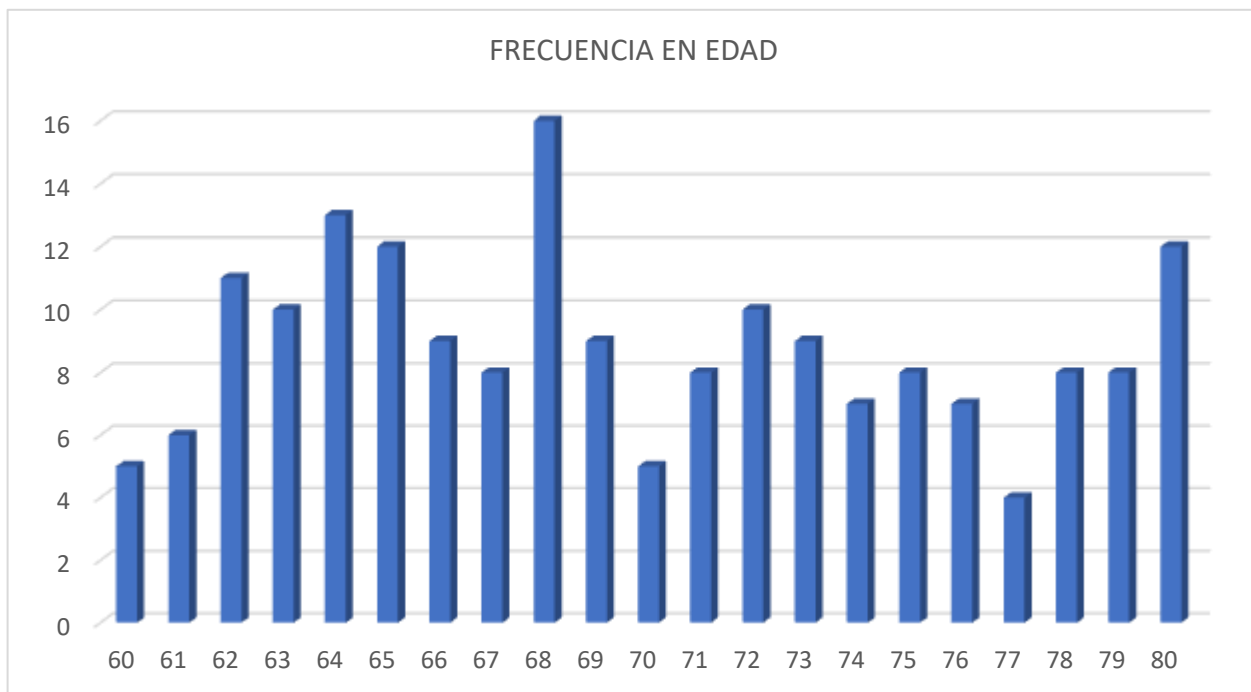
EDAD

En cuanto la variable edad la edad mínima fue de 60 años, edad máxima 80 años, la media fue de 69.72 años, mediana de 69 años y la moda de 68 años, con una desviación estándar de 5.930 años. de los 185 encuestados 5 fueron de 60 años siendo el 2.7 por ciento, 6 de 61 años siendo el 3.2 por ciento, 11 de 62 años siendo el 5.9 por ciento, 10 de 63 años siendo el 5.4 por ciento, 13 de 64 años siendo el 7 por ciento, 12 de 65 años siendo el 6.5 por ciento, 9 de 66 años siendo el 4.9 por ciento, 8 de 67 años siendo el 4.3 por ciento, 16 de 68 años siendo el 8.6 por ciento, 9 de 69 años siendo el 4.9 por ciento, 5 de 70 años siendo el 2.7 por ciento, 8 de 71 años siendo el 4.3 por ciento, 10 de 72 años siendo el 5.4 por ciento, 9 de 73 años siendo el 4.9 por ciento, 7 de 74 años siendo el 3.8 por ciento, 8 de 75 años siendo de 4.3 por ciento, 7 de 76 años siendo el 3.8 por ciento, 4 de 77 años siendo el 2.2 por ciento, 8 de 78 años siendo el 4.3 por ciento, 8 de 79 años siendo el 4.3 por ciento y 12 de 80 años siendo el 6.5 por ciento.

EDAD (AÑOS)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	60	5	2.7	2.7	2.7
	61	6	3.2	3.2	5.9
	62	11	5.9	5.9	11.9
	63	10	5.4	5.4	17.3
	64	13	7.0	7.0	24.3
	65	12	6.5	6.5	30.8
	66	9	4.9	4.9	35.7
	67	8	4.3	4.3	40.0
	68	16	8.6	8.6	48.6
	69	9	4.9	4.9	53.5
	70	5	2.7	2.7	56.2
	71	8	4.3	4.3	60.5
	72	10	5.4	5.4	65.9
	73	9	4.9	4.9	70.8
	74	7	3.8	3.8	74.6
	75	8	4.3	4.3	78.9
	76	7	3.8	3.8	82.7
	77	4	2.2	2.2	84.9
	78	8	4.3	4.3	89.2
	79	8	4.3	4.3	93.5
	80	12	6.5	6.5	100.0
	Total	185	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia, encuesta WHOQOL-BREF, protocolo de investigación “Autopercepción sobre la calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden a consulta externa turno vespertino de la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.”



Fuente: Elaboración propia, encuesta WHOQOL-BREF, protocolo de investigación “Autopercepción sobre la calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden a consulta externa turno vespertino de la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.”

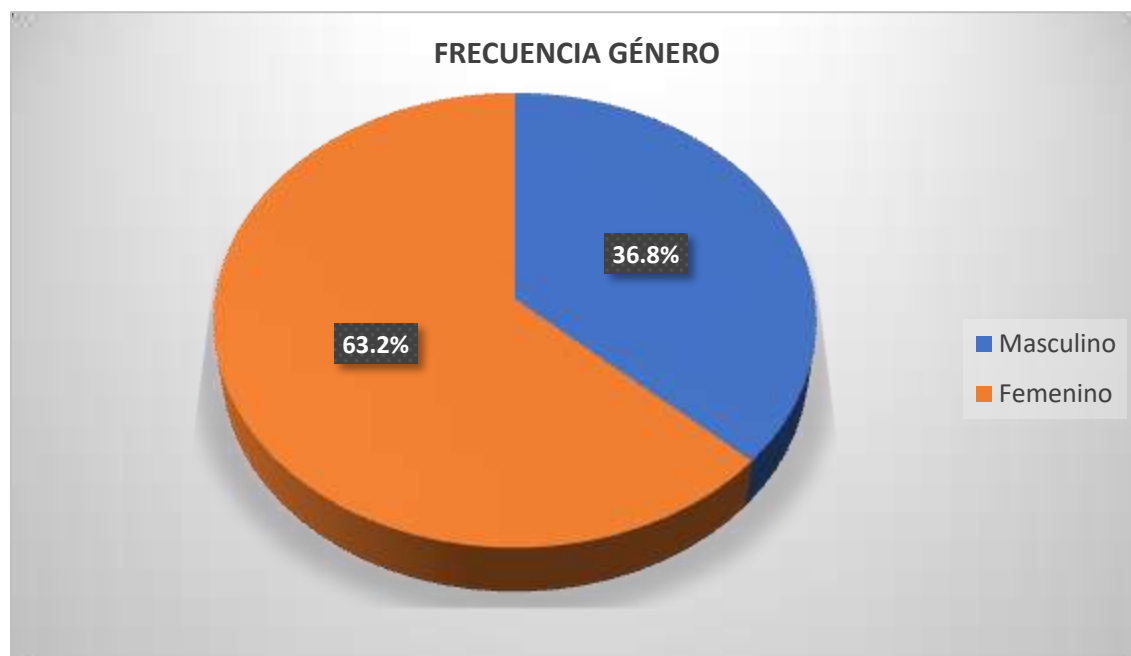
GÉNERO

De acuerdo a la variable género de los 185 pacientes encuestados 68 fueron del género masculino representando el 36.8 por ciento y 117 fueron femeninos representando el 63.2 por ciento. De los 68 pacientes masculinos 18 autoperciben su calidad de vida como mala representando el 26.5 por ciento, 7 pacientes como regular representando el 10.2 por ciento, 40 pacientes perciben su calidad de vida como buena representando el 58.8 por ciento y el 4.5 por ciento la percibe como muy buena siendo 3 pacientes.

Dentro del género femenino de las 117 pacientes encuestadas, el 35.8 por ciento percibe su calidad de vida como buena, el 21.4 por ciento la percibe como regular, el 22.3 por ciento como mala y el 20.5 por ciento restante la percibe como muy buena.

Masculino	68	36.8
Femenino	117	63.2
Total	185	100.0

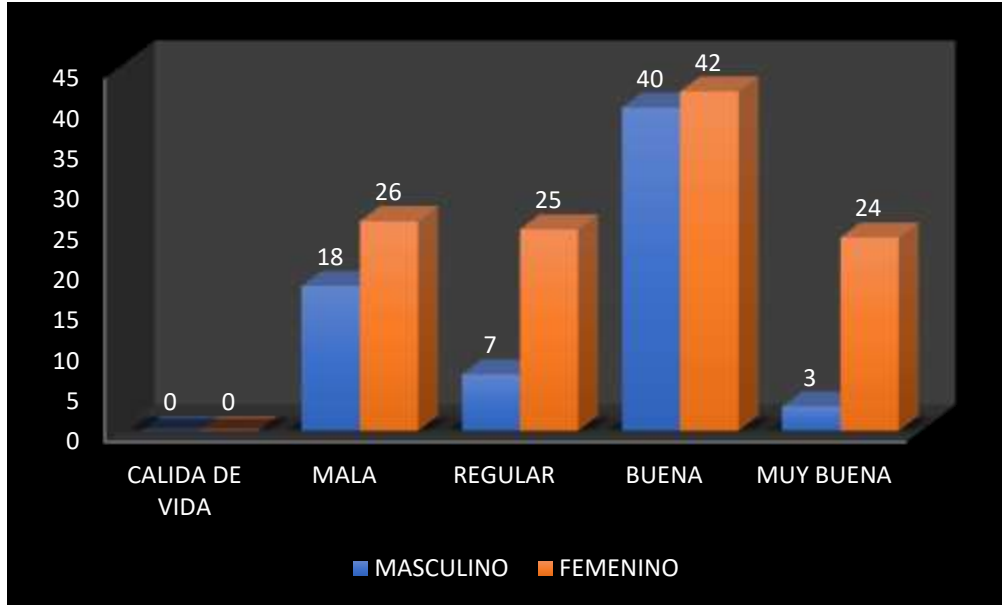
Fuente: Elaboración propia, encuesta WHOQOL-BREF, protocolo de investigación “Autopercepción sobre la calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden a consulta externa turno vespertino de la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.”



Fuente: Elaboración propia, encuesta WHOQOL-BREF, protocolo de investigación “Autopercepción sobre la calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden a consulta externa turno vespertino de la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.”

	MASCULINO	FEMENINO
CALIDA DE VIDA	No. PACIENTES	No. PACIENTES
MALA	18	26
REGULAR	7	25
BUENA	40	42
MUY BUENA	3	24

Fuente: Elaboración propia, encuesta WHOQOL-BREF, protocolo de investigación “Autopercepción sobre la calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden a consulta externa turno vespertino de la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.”



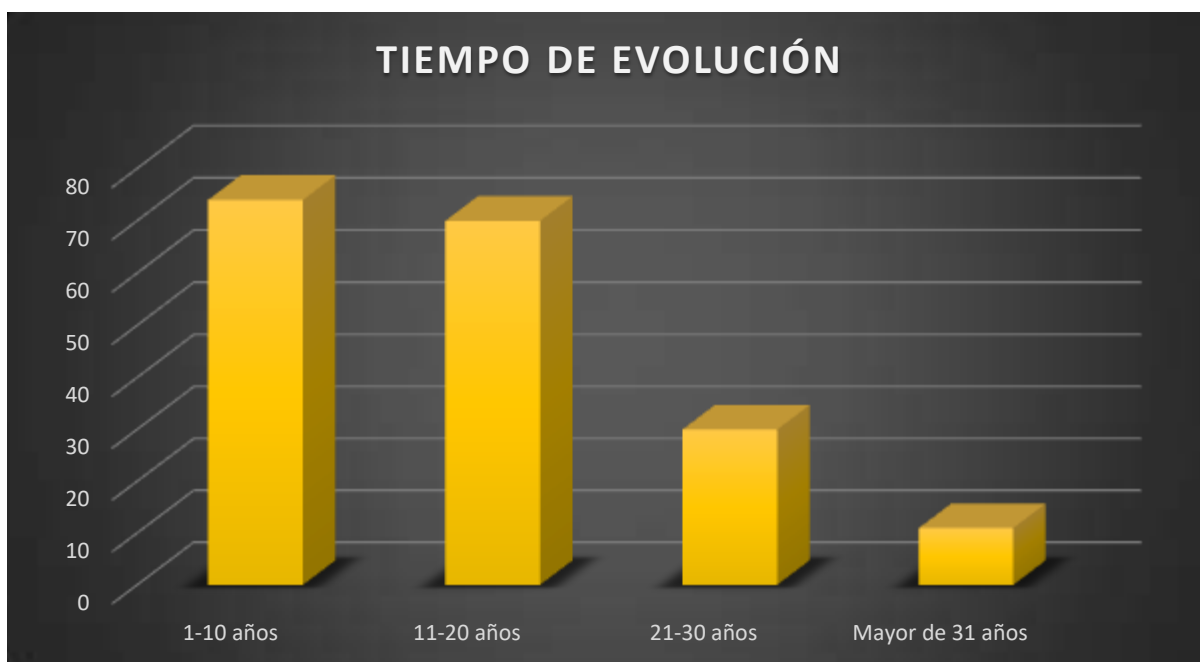
Fuente: Elaboración propia, encuesta WHOQOL-BREF, protocolo de investigación “Autopercepción sobre la calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden a consulta externa turno vespertino de la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.”

TIEMPO DE EVOLUCIÓN

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1-10 años	74	40.0	40.0	40.0
	11-20 años	70	37.8	37.8	77.8
	21-30 años	30	16.2	16.2	94.1
	Mayor de 31 años	11	5.9	5.9	100.0
	Total	185	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia, encuesta WHOQOL-BREF, protocolo de investigación “Autopercepción sobre la calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden a consulta externa turno vespertino de la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.”

Por tiempo de evolución 74 pacientes son hipertensos de 1 a 10 años representando el 40 por ciento, 70 derechohabientes tienen de 11 a 20 años siendo un 37.8 por ciento, 30 pacientes de 21 a 30 años siendo el 16,2 por ciento y 11 con más de 31 años de diagnóstico de hipertensión arterial sistémica con un 5.9 por ciento.



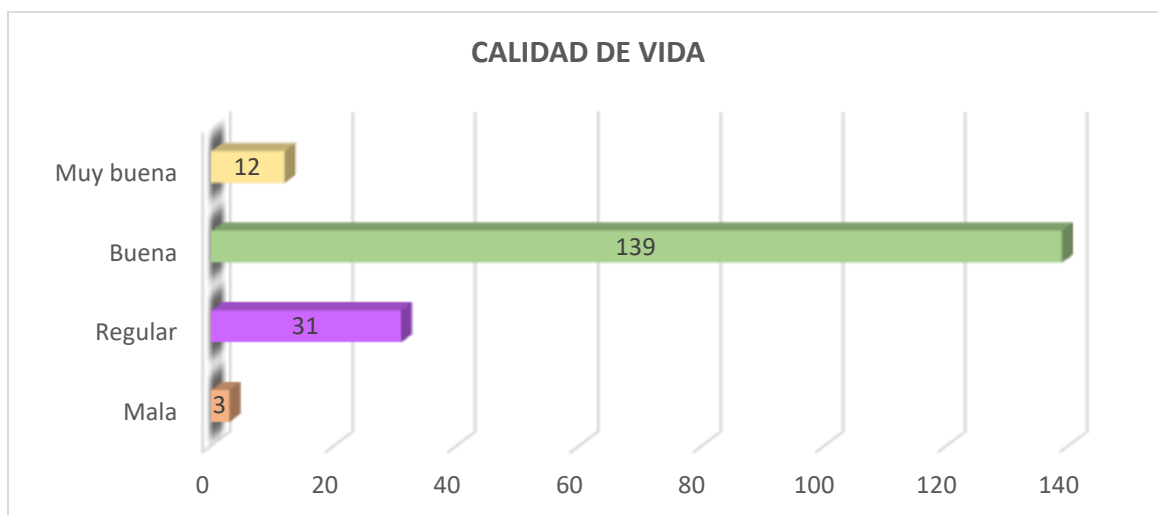
Fuente: Elaboración propia, encuesta WHOQOL-BREF, protocolo de investigación "Autopercepción sobre la calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden a consulta externa turno vespertino de la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas."

CALIDAD DE VIDA

Dentro de la variable calidad de vida de los 185 encuestados el 1.6 por ciento que equivale a 3 encuestados perciben su calidad de vida como mala, 31 la perciben como regular siendo el 16.8 por ciento, 139 la perciben como buena siendo el 75.1 por ciento y 12 de los 185 encuestados la perciben como muy buena siendo el 6.5 por ciento.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mala	3	1.6	1.6	1.6
	Regular	31	16.8	16.8	18.4
	Buena	139	75.1	75.1	93.5
	Muy buena	12	6.5	6.5	100.0
	Total	185	100.0	100.0	

Fuente: Elaboración propia, encuesta WHOQOL-BREF, protocolo de investigación “Autopercepción sobre la calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden a consulta externa turno vespertino de la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.”



Fuente: Elaboración propia, encuesta WHOQOL-BREF, protocolo de investigación “Autopercepción sobre la calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden a consulta externa turno vespertino de la UMF No. 13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.”

15. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La población adulto mayor ha ido incrementando con el paso de los años, la vejez se plantea como el deterioro de la salud y la pérdida de las capacidades reduciendo la autonomía y la independencia llegando a depender de los demás por lo que su calidad de vida se va deteriorando.

La calidad de vida se podría definir como la percepción de un individuo sobre su posición en la vida, en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones.

Para el análisis de resultados del presente protocolo de investigación se realizó mediante el programa IBM SPSS mediante un análisis descriptivo teniendo como resultado una edad media de 69.72 años con una moda de 68 años, el género prevalente fue el femenino con un 63.2 por ciento donde el tiempo de evolución de hipertensión arterial promedio que tuvo mayor prevalencia es de 1 a 10 años, de acuerdo con la calidad de vida el 75.1 por ciento de los encuestados perciben su calidad de vida como buena.

En un estudio realizado en Cuenca Ecuador en el año 2014 sobre la calidad de vida en el adulto mayor en las parroquias rurales de la ciudad de Cuenca donde se aplicó el instrumento WHOQOL-BREF, con una muestra de 350 adultos mayores, donde se concluyó que la edad media fue de 78.4 años, con mayor prevalencia de sexo femenino con un 52.3 por ciento, el 61.7 por ciento percibe su calidad de vida como buena, comparado con los resultados obtenidos en este protocolo de investigación se concluyó con una mayor prevalencia en el género femenino percibiendo su calidad de vida como buena con la diferencia que la edad promedio fue mayor en el estudio realizado en Ecuador.

En otro estudio realizado en el de Brasil en el año 2015 con título "Calidad de vida de los mayores que participan en el grupo de la promoción de la salud", con una muestra de 116 adultos mayores donde la edad media en años fue de 71 años, el 84.6 por ciento de los encuestados fue del sexo femenino, el 76.9 por ciento percibió su calidad de vida como buena o muy buena, de igual forma se obtuvo mayor prevalencia en el género femenino percibiendo su calidad de vida como buena con una mayor edad media.

En el año 2015 se realizó un estudio en la ciudad de Lima Perú con título "Calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de cardiología de un hospital público de Lima Norte", donde se utilizó como instrumento de recolección de datos la Escala de Calidad

de Vida WHOQOL – BREF, donde el resultado concluyó que la edad media fue de 68,91, donde el género predominante fue el femenino con un 50.7 por ciento sin embargo el 36.8 por ciento de los encuestados perciben su calidad de vida como mala.

De acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que los adultos mayores hipertensos que acuden a consulta externa de la UMF No.13 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas tiene una edad media de 69 años con predominio del sexo femenino, con un promedio de tiempo de evolución de 1 a 10 años, por lo tanto, de forma global pacientes del género femenino y masculino perciben su calidad de vida como buena.

16. CONCLUSIÓN

El envejecimiento es un proceso fisiológico donde existe un deterioro en la función de los órganos y tejidos, siendo una parte normal del proceso de la vida, mismo deterioro nos lleva a una progresiva reducción de nuestra capacidad funcional y expectativa de vida con el paso de los años. La población adulta mayor es una de las poblaciones más vulnerables en la sociedad ya que pueden presentar infinidad de comorbilidades asociadas, durante la realización de este estudio de investigación nos interesó conocer cómo perciben su propia calidad de vida los adultos mayores hipertensos que acuden a consulta de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 turno vespertino de la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, utilizando el instrumento de WHOQOL-BREF, cuidando la integridad y la privacidad de los participantes.

De acuerdo a los resultados obtenidos se llega a la conclusión que los adultos mayores que tiene comorbilidad la hipertensión arterial y acuden a cita médica en el turno vespertino de la Unidad de Medicina Familiar No. 13 perciben su calidad de vida como buena en un 75.1 por ciento, el 16.8 por ciento de la población la percibe como regular, el 6.5 por ciento la percibe como muy buena y el 1.6 por ciento como mala, por lo que la autopercepción de la calidad de vida de los adultos mayores hipertensos es buena.

Se da por concluido el presente protocolo de investigación obteniendo como enseñanza que el adulto mayor hipertenso debe de ser considerado como una población como al igual que el paciente diabético se le debería de asignar un programa donde se motive a aceptar y orientar sobre su enfermedad, en donde se encuentren grupos de apoyo para tratar de mejorar las condiciones de vida de nuestros pacientes.

17. RECOMENDACIONES

- 1.- Capacitar a adultos mayores hipertensos del grupo elegido, para proporcionar conocimientos necesarios que les permitan identificar sus propios problemas de salud y ayuden a un manejo adecuado de los mismos, así como para que puedan convertirse en promotores de salud con su entorno.
- 2.- Promover cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres que favorezcan la salud a través de: fomentación de estilos de vida más sanos, actividades educativas destinadas a cambiar la imagen que el adulto mayor tiene de él mismo, la familia y la sociedad
- 3.- Concientizar por medio de una plática de experiencias para que los adultos mayores tomen conciencia sobre situaciones familiares y sociales generadoras de stress psicosocial que afectan su salud.
- 4.- Concientizar al personal médico y no medico sobre la importancia que tiene la calidad de vida de los adultos mayores hipertensos presentando los resultados obtenidos durante la investigación.

18. BIBLIOGRAFIA

1. Valdez Huirache MG; Álvarez Bocanegra C; Calidad de vida y apoyo familiar en adultos mayores adscritos a una unidad de medicina familiar; Horizonte sanitario, vol. 17, no. 2, mayo - agosto 2018; <http://revistas.ujat.mx/index.php/horizonte>; DOI: 10.19136/hs.a17n2.1988.
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2017) Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2016. Nueva serie. México, INEGI. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/edad2017_Nal.pdf
3. Camacho Cruz M C, Fuentes Colimbres A G. "Calidad de vida en el adulto mayor con enfermedad crónica degenerativa que asiste al grupo de ayuda mutua en dos centros de salud rurales del Estado de México". [master's thesis]. Toluca, Estado de México: 2014. 61p. Disponible en: ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/14448/420578.pdf?sequence=1
4. Petermann F, Durán E, Labraña AM, Martínez MA, Leiva AM, Garrido-Méndez A et, Factores de riesgo asociados al desarrollo de hipertensión arterial en Chile; artículo de investigación; Rev Med Chile 2017; 145: 996-1004.
5. Guzmán Lenes M. Grado de apoyo familiar que percibe el adulto mayor usuario de un centro materno infantil de Lima Metropolitana. 2016. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Tesis. Disponible: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/6146/Guzman_II.pdf?sequence=1
6. Dr. Berreta JA, Dr. Kociak D; Hipertensión arterial en adultos mayores. Tratamiento según comorbilidades y daño de órganos, artículo de revisión; Rev. Arg. de Gerontología y Geriatria; Vol 31(2):52-59
7. Alfaro Macías O, Ruiz Balbuena F. Prevalencia de enfermedades crónicas en los adultos mayores residentes de la colonia las Granjas, de la Ciudad de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, México. *BIOFARBO*[online]. 2010, vol.18, n.2, pp. 71-78. ISSN 1813-5363.
8. Meléndez Moral JC. La autopercepción negativa y su desarrollo con la edad. Revista Psicogerontología Volumen 12 (8) – 389 – 1996. FACULTAD DE PSICOLOGIA OPTO. PSICOLOGIA EVOLUTIVA y DE LA EDUCACION UNIVERSITA DE VALENCIA
9. Carmona-Valdés S E. Factores que influyen en la condición de salud de los adultos mayores en situación de pobreza en Nuevo León, México, ISSN-1659-0201 [http://ccp.ucr.ac.cr/revista/Población y Salud en Mesoamérica](http://ccp.ucr.ac.cr/revista/Población%20y%20Salud%20en%20Mesoamérica). Volumen 13, número 2, artículo 1, enero-julio, 2016. Doi: <http://dx.doi.org/10.15517/psm.v13i2.21747>
10. Soria-Romero Z, Montoya-Arce BJ. Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. DOI: <http://dx.doi.org/10.22185/24487147.2017.93.022>
11. Martínez Pérez TJ; González Aragón CM; Castellón León G; González Aguiar B; El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad?; Artículos especiales; Revista Finlay; febrero 2018; Volumen 8; Numero 1.
12. Loredó-Figueroa MT, Gallegos-Torres RM, Xequé-Morales AX, Palomé-Vega G, Juárez-Lirab A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Enfermería Universitaria Volume 13, Pages 159-165, <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>.

13. Villafuerte Reinante J; Alonso Abatt Y; Alonso Vila Y; Alcaide Guardado Y; Leyva Betancourt I; Arteaga Cuéllar Y; El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial; Revisión bibliográfica; Medisur; Febrero 2017; Volumen 15; Numero 1.
14. Varela Pinedo LF. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, vol. 33, núm. 2, 2016, p.199-201. Instituto Nacional de Salud Lima, Perú. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36346797001>
15. Loredó-Figueroa MT, Gallegos Torres RM, Xequé Moralesb AX, Palomé Vega G, Juárez Lirab A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Enfermería Universitaria. 2016;13(3):p.159-165. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>
16. Quintanar Guzmán A. Análisis de la calidad de vida en adultos mayores en el municipio de Tetepango, Hidalgo. [master's thesis]. Actopan, Hidalgo: 2010. 102p. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v141n1/art04.pdf>
17. Acosta Quiroz CO, Tánori Quintana J, García Flores R, Echeverría Castro SB, Vales García JJ, Rubio Rubio L. Soledad, depresión y calidad de vida en adultos mayores mexicanos. Psicología y Salud, Vol. 27, Núm. 2: p.179-188, julio-diciembre de 2017
18. Rosas-Peralta M, Palomo-Piñón S, Borrayo-Sánchez G, Madrid-Miller A, Almeida-Gutiérrez E, Galván-Oseguera H, Magaña-Serrano JA; Consenso de Hipertensión Arterial en México; Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2016;54 Supl 1:S6-51; Recibido: 15/10/2015, Aceptado: 23/11/2015. Disponible: <http://www.redalyc.org>
19. Berreta JA, Kociak D; Hipertensión arterial en adultos mayores. Tratamiento según comorbilidades y daño de órganos; Rev. Arg. De Gerontología y Geriátrica; Vol. 31 (2):52-59. Disponible: <http://www.redalyc.org>
20. González Popa MI; González Rodríguez MR; Toirac Castellano Y; Milanés Pérez JJ; Caracterización de hipertensión arterial en adultos mayores. El Polígono. Policlínico Jimmy Hirzel. 2014; artículo de revisión; Multimed. Revista Médica. Granma Julio-Agosto 2015; 19(4).
21. ENSANUT 2016. Disponible: <http://oment.uanl.mx/uno-de-cada-4-mexicanos-padece-hipertension-arterial-ensanut-2016/>
22. Campos-Nonato I, Hernández-Barrera L, Rojas-Martínez R, Pedroza A, Medina-García C, Barquera-Cervera S, Hipertensión arterial: prevalencia, diagnóstico oportuno, control y tendencias en adultos mexicanos. Salud pública Méx vol.55 supl.2 Cuernavaca 2013. Disponible: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000800011
23. Jarillo Ibáñez MD, Moreno Barrios F, Rodríguez Pérez JC, Lázaro y de Mercado L, Calidad de Vida e Hipertensión Arterial
Disponible: www.taiss.com/publi/absful/calidad%20de%20vida%20argo.pdf
24. Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención, Guía de Práctica Clínica, Actualización 2014. Disponible:
http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/076GCP_HipertArterial1NA/HIPERTENSION_EVR_CENETEC.pdf

19. ANEXOS

a. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	2018						2019											
	ABR	MAY/ JUL	AGO/ SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEPT	OCT	NOV	DIC
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA																		
ELABORACION DE ANTECEDENTES																		
REVISION DE BIBLIOGRAFIA Y PROTOCOLO.																		
REVISIÓN DE PROTOCOLO POR EL COMITÉ LOCAL DEL CLI.																		
APLICACIÓN DE ENCUESTA.																		
RECOLECCION DE DATOS.																		
TABULACION DE RESULTADOS.																		
ANALISIS DE DATOS.																		
PRESENTACION DE DATOS.																		

b. CUESTIONARIO WHOQOL-BREF

Buen día, mi nombre es Abraham Pineda Zavala residente de segundo año de la Especialidad de Medicina Familiar, estoy realizando mi protocolo de estudio sobre **“Autopercepción de la calidad de vida en el adulto mayor hipertenso de la UMF No. 13”**, por tal motivo me interesaría entrevistarle y conocer cómo percibe su calidad de vida. Este trabajo es estrictamente institucional y no haré mal uso de la información sin su consentimiento, por ello, usted está en su derecho de decidir si gustaría participar en la encuesta, además que sus datos se utilicen de manera anónima o no. De antemano le agradezco su cooperación y comenzaré con las preguntas.

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. **Le pido que piense en su vida durante las últimas dos semanas.**

Por favor lea cada pregunta y haga un círculo en el número de la respuesta que crea adecuada.

Edad: _____ Género: Masculino _____ Femenino _____
Diagnóstico de Hipertensión Arterial: Sí _____ No _____
Tiempo de evolución _____

1.- ¿Cómo calificaría su calidad de vida

Muy mala	Mala	Regular	Buena	Muy buena
1	2	3	4	5

2. ¿Qué tan satisfecho está con su salud?

Muy satisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer sus actividades diarias?

Extremadamente	Bastante	Lo normal	Un poco	Nada
1	2	3	4	5

4. ¿Requiere de algún tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

Diariamente	Frecuentemente	A veces	Ocasionalmente	No
1	2	3	4	5

5. ¿Cuánto disfruta de la vida?

3Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

7. ¿Qué tanta es su capacidad de concentración?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

8. ¿Qué tan seguro se siente en su vida diaria?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

9. ¿Qué tan saludable es el ambiente físico a su alrededor?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “que tanto” usted experimenta o ha sido capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

10. ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades básicas?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

13. ¿Qué tan disponible tiene acceso a información en su vida diaria, por ejemplo radio, televisión, periódico, etc?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades recreativas?

Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
1	2	3	4	5

15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro por sí mismo?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “que tan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas.

16. ¿Qué tan satisfecho está con su sueño?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

17. ¿Qué tan satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

18. ¿Qué tan satisfecho está con su capacidad de trabajo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

19. ¿Qué tan satisfecho está de sí mismo?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

20. ¿Qué tan satisfecho está con sus relaciones personales?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

21. ¿Qué tan satisfecho está con su vida sexual?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

22. ¿Qué tan satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

23. ¿Qué tan satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

24. ¿Qué tan satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?

Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
1	2	3	4	5

25. ¿Qué tan satisfecho está con su transporte?

Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas.

26. ¿Con que frecuencia ha tenido sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?

Siempre	Frecuentemente	Medianamente	Raramente	Nunca
1	2	3	4	5

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN