

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
FACULTAD DE ENFERMERIA
SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION



**ENFERMEDADES CRONICAS Y CALIDAD DE
VIDA EN ADULTOS MAYORES**

Por

LIC. MARIA ISABEL VALADEZ DE LUNA

**Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con Énfasis en Salud Comunitaria**

ENERO, 2008



BIBLIOTECA

No permitido para fotocopiar

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE ENFERMERIA

SUBDIRECCION DE POSGRADO E INVESTIGACION



BIBLIOTECA

ACH
V35
2007
103
1314
12026



ENFERMEDADES CRONICAS Y CALIDAD DE
VIDA EN ADULTOS MAYORES

Por

LIC. MARIA ISABEL VALADEZ DE LUNA

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con Enfasis en Salud Comunitaria

ENERO, 2008

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CALIDAD DE VIDA EN
ADULTOS MAYORES

Por

LIC. MARIA ISABEL VALADEZ DE LUNA

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

Con Énfasis en Salud Comunitaria

ENERO, 2008

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



BIBLIOTECA



ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CALIDAD DE VIDA EN
ADULTOS MAYORES

Por

LIC. MARIA ISABEL VALADEZ DE LUNA

Director de Tesis

DCE. Lidia Guadalupe Compeán Ortiz

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

ENERO, 2008

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CALIDAD DE VIDA EN
ADULTOS MAYORES

Por

LIC. MARIA ISABEL VALADEZ DE LUNA

Co - Director de Tesis

Bertha Cecilia Salazar González, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA

Con Énfasis en Salud Comunitaria

ENERO, 2008

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE ENFERMERÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN



BIBLIOTECA



ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CALIDAD DE VIDA EN
ADULTOS MAYORES

Por

LIC. MARIA ISABEL VALADEZ DE LUNA

Asesor Estadístico

MARCO VINICIO GÓMEZ MEZA, PhD

Como requisito parcial para obtener el grado de
MAESTRIA EN CIENCIAS DE ENFERMERIA
Con Énfasis en Salud Comunitaria

ENERO, 2008

ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS
MAYORES

Aprobación de Tesis



BIBLIOTECA

DCE. Lidia Guadalupe Compeán Ortiz
Director de Tesis

DCE. Lidia Guadalupe Compeán Ortiz
Presidente

DCE. Juana Edith Cruz Quevedo
Secretario

Bertha Cecilia Salazar González, PhD
Vocal

MSP. Maria Magdalena Alonso Castillo
Subdirector de Posgrado e Investigación

AGRADECIMIENTOS

A Dios mi creador y redentor porque siempre ilumine mi camino, por permitirme llegar hasta aquí.

Es difícil mencionar a todas las personas que en forma directa o indirecta ha apoyado el trabajo que hoy termina, sin embargo es mi deseo que reciban un agradecimiento, especial y en forma especial agradecer a:

MSP. Magdalena Alonso Castillo por brindarme la oportunidad y apoyo para el logro y culminar este estudio.

DCE. Juana Edith Cruz Quevedo, por su gran apoyo, comprensión y guía para la realización de este estudio.

Bertha Cecilia Salazar González, PhD por su valioso apoyo e interés por culminar el trabajo.

Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León por que a través de ella pudimos realizar esta carrera.

Universidad Autónoma de Zacatecas, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Hospital General No. 26 Zacatecas, especialmente al personal administrativo por darme la facilidad para llegar a esta meta.

Tabla de Contenido

DEDICATORIA

Contenido	Página
Capítulo I A mi hija Nahomi Isabel Ramos Valadez por compartir momentos tan difíciles y desapegos en ciertos momentos, con todo mi amor por haberme dado lo mejor de ella y gozar conmigo de mis triunfos.	
A mi próximo bebé por compartir conmigo este crecimiento profesional, y que todo salga bien si Dios lo permite, con todo mi amor.	
A mi esposo Miguel Angel Ramos Gámez por su gran comprensión, amor, cariño y paciencia en la culminación de este estudio, por su apoyo en todo momento y motivarme a crecer profesionalmente, con todo mi amor.	
Capítulo II A mis padres Antonia de Luna Lamas y Arturo Valadez por todo su apoyo, comprensión, tolerancia, paciencia en todo y cada momento, con todo mi cariño.	12
Diseño de Estudio	12
Población, Muestra y Muestra	12
Criterios de Inclusión	12
Criterios de Exclusión	13
Procedimiento de Recolección de la Información	13
Instrumento	14
Consideraciones Éticas	16
Plan de Análisis de los Datos	17

Capítulo III

Tabla de Contenido

Contenido	Página
Capítulo I	
Introducción	1
Objetivo General	3
Marco Conceptual	4
Estudios Relacionados	5
Definición de Términos	11
Capítulo II	
Metodología	12
Diseño de Estudio	12
Población, Muestreo y Muestra	12
Criterios de Inclusión	12
Criterios de Exclusión	13
Procedimiento de Recolección de la Información	13
Instrumento	14
Consideraciones Éticas	16
Plan de Análisis de los Datos	17
Capítulo III	

Resultados	18
Consistencia Interna del Instrumento	18

Contenido	Página
Datos Demográficos de los Participantes	18

Capítulo IV	
Discusión	23
Conclusiones y Recomendaciones	25

Referencias	26
-------------	----

Apéndices	30
A. Carta de Consentimiento Informado	31
B. Cédula de Datos Personales	34
C. Cuestionario de Salud SF-36	36
D. Procedimiento para las Mediciones Antropométricas	44

RESUMEN

Cic. María Isabel Vázquez de Luco Fecha de Graduación: Diciembre, 2007
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Título del Estudio: ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CALIDAD DE VIDA EN
ADULTOS Lista de Tablas

Tabla	Cantidad de Páginas	Cantidad de Páginas para el Capítulo	Página
1. Valores mínimos y máximos por dimensiones del Cuestionario de Salud SF-36	48		15
2. Datos Descriptivos y Prueba de Kolmogorov Smirnov de Variables Continuas.			20
3. Coeficientes de correlación de Spearman entre variables de interés			21
4. Prueba U de Mann-Whitney para rol emocional por presencia de asma			22

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS.



RESUMEN

Lic. Maria Isabel Valadez de Luna
Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Enfermería

Fecha de Graduación: Diciembre, 2007

Título del Estudio: ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CALIDAD DE VIDA EN
ADULTOS MAYORES

Número de Páginas: 48

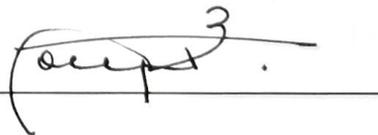
Candidato para Obtener el grado de
Maestría Ciencias de Enfermería
con Énfasis en Salud Comunitaria.

Área de Estudio: Salud Comunitaria

Propósito y Método de Estudio: El propósito principal del presente estudio fue describir la relación entre el número de enfermedades crónicas, edad y calidad de vida en adultos mayores de 60 años y determinar cuáles son las enfermedades crónicas que más afecta la calidad de vida. El diseño fue descriptivo correlacional. La población del estudio fue adultos mayores que acudían a un centro de Salud del Municipio de Zacatecas. Se utilizó un muestreo por conveniencia con una muestra de 100 participantes. Se aplicó una Cédula de Datos y el Cuestionario de Salud SF-36 para medir calidad de vida. Se analizaron los datos con medidas de tendencia central, correlación de Spearman, pruebas de U de Mann Whitney, Regresión Lineal Simple y Múltiple.

Contribuciones y Conclusiones. Se encontró que a mayor edad peor calidad de vida global ($r_s = -.201, p = .04$) y a mayor número de enfermedades crónicas peor calidad de vida ($r_s = -.291, p = .003$). Las enfermedades crónicas más frecuentes fueron la hipertensión (48%, $f = 48$), diabetes (40%, $f = 40$) y asma (13%, $f = 13$). La identificación de las relaciones existentes entre las variables de estudio, permitirá un mejor abordaje de atención al adulto mayor con enfermedad crónica.

FIRMA DEL DIRECTOR DE TESIS:



Capítulo I

Introducción

El crecimiento de la población de adultos mayores en México y en el mundo ha ido en aumento, resultado del incremento en la esperanza de vida y la progresiva reducción de la natalidad (Hoskins, Kalache & Méndez, 2005). De acuerdo a estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2002), el número de adultos mayores en México aumentará de menos de 8 millones en 2002 a 22.2 millones en el 2030 y a 36.2 millones en el 2050; lo que significa que en cinco décadas se cuadruplicará esta población. En el Estado de Zacatecas, en el año 2000 había un total de 158, 945 adultos mayores que representaba el 6% de la población total (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI], 2000); sin embargo, en atención a las proyecciones se espera también que el porcentaje aumente considerablemente en los próximos años. Este incremento generará nuevas demandas sociales y de atención a la salud para cubrir necesidades de prevención, control y rehabilitación de enfermedades crónicas y discapacidad.

A medida que los adultos envejecen aumenta su vulnerabilidad a la presencia de enfermedades crónicas y discapacitantes, resultado de la interacción de varios procesos mórbidos y de un deterioro general de las funciones fisiológicas por el envejecimiento (Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud [OMS/OPS], 2003). Los adultos mayores que las padecen muchas veces necesitan ayuda incluso para poder realizar actividades básicas en su vida diaria (Hoskins et al., 2005; Menéndez et al., 2005) lo que impacta su calidad de vida.

La calidad de vida en sentido amplio se refiere a la sensación de bienestar y satisfacción que experimenta la persona (Durán-Arenas, Gallegos-Carrillo, Salinas-Escudero & Martínez-Salgado, 2004; Velarde-Jurado & Ávila Figueroa, 2001). Particularmente, la calidad de vida relacionada a la salud, entendida como un concepto



multidimensional, involucra funcionamiento físico, desempeño físico, desempeño emocional, dolor corporal, vitalidad, funcionamiento social, salud mental y percepción general de la salud. Por lo tanto, es importante describir la relación entre la presencia de enfermedades crónicas, edad y calidad de vida por el adulto mayor que padece una o varias de las enfermedades.

La calidad de vida relacionada a la salud ha sido un predictor de la utilización de los servicios de salud y de la mortalidad (Kao, Lai, Lin, Lee & Wen, 2005; Sprenkle, Niewoehner, Nelson & Nichol, 2004; Tsai, Chi, Lee & Chou, 2007), por lo que es importante identificar tempranamente cuando las enfermedades crónicas afectan una o varias de sus dimensiones.

Diversos autores han investigado la relación entre la presencia de alguna enfermedad crónica y calidad de vida (Cabanz, Sunter, Dabak & Peksen, 2002; Chan, Chiu, Chen, Thompson & Lam, 2006; Cheng et al. 2003; Lam & Lauder, 2000; Thommasen & Zhang, 2006), mismos que además han encontrado asociación importante con respecto al tiempo de diagnóstico y algunos aspectos sociodemográficos como género, educación y ocupación. En México, la investigación se ha inclinado más hacia el constructo de calidad de vida principalmente relacionado con la diabetes (Cárdenas, Pedraza & Lerma, 2005; De los Ríos, Sánchez, Barrios & Ávila, 2005; De los Ríos, Sánchez, Barrios & Guerrero, 2003; González et al., 2007), sin considerar otras enfermedades crónicas, ni el tiempo de diagnóstico. En el estado de Zacatecas no se encontraron reportes al respecto, por lo que surgen las siguientes preguntas ¿la calidad de vida de los adultos mayores de Zacatecas se relaciona con la presencia de enfermedades crónicas? ¿Es diferente la calidad de vida de acuerdo al tipo de enfermedad crónica y/o al tiempo de diagnóstico? ¿La edad, género, educación y ocupación afectan la calidad de vida en adultos mayores con enfermedad crónica?

Para dar respuesta, se propuso la realización de un estudio descriptivo correlacional en adultos mayores de Zacatecas en el cual se identifique la relación de la

presencia de enfermedades crónicas con la calidad de vida; así como las diferencias en ella de acuerdo a tipo de enfermedad, tiempo de diagnóstico, edad, género y ocupación.

La identificación de las relaciones entre las variables y de las diferencias existentes en los grupos puede ser la base de proyectos futuros para avanzar en la explicación del fenómeno de la respuesta de los adultos mayores a la enfermedad crónica. En un futuro, los resultados generados podrán dar pauta a la creación de programas específicos de atención en esta población.

Por lo anterior, se plantearon los siguientes objetivos de investigación:

Objetivo General

Describir la relación entre el número de enfermedades crónicas, edad y calidad de vida en adultos mayores de 60 años que las padecen, en un Centro de Salud del Municipio de Zacatecas.

Objetivos Específicos

Determinar cuáles son las enfermedades crónicas que más afectan la calidad de vida en adultos mayores de 60 años en un Centro de Salud del Municipio de Zacatecas.

Determinar el efecto del tiempo de diagnóstico de la enfermedad crónica en la calidad de vida en adultos mayores de 60 años en un Centro de Salud del Municipio de Zacatecas.

Determinar el efecto de género y ocupación en la calidad de vida de los adultos mayores.

Marco Conceptual

En este apartado se describe el concepto de enfermedad crónica, algunas características de las enfermedades crónicas y del constructo de calidad de vida. Así mismo se presentan los estudios relacionados a estas variables y definición de términos.

El término enfermedad bajo el modelo biomédico se refiere a un problema que implica alteración en la estructura y función. Bajo un modelo no médico, se refiere a la experiencia humana de los síntomas y sufrimientos en relación con la percepción de la alteración, tal como es vivida, incluye también las respuestas de los individuos y sus familias (Lubkin & Larsen, 2002, p. 3).

Una enfermedad crónica puede manifestarse súbitamente o a través de un proceso insidioso, puede tener exacerbaciones o remisiones por largos períodos de tiempo. Otras como el caso de la diabetes mellitus pueden cursar asintomáticas lo que a su vez puede dar lugar a que el paciente desconozca que la padece y por ende no se controle. Congruente con el concepto de enfermedad, el de enfermedad crónica se define como las alteraciones o desviaciones de lo normal que incluyen una o más de las siguientes condiciones: permanencia, discapacidad residual, alteración no patológica, que requiera de un largo período de supervisión, observación, rehabilitación y cuidado (Lubkin & Larsen). Por lo tanto es hasta que se exacerbaban los síntomas o presentan complicaciones y secuelas cuando se hace notar y repercutir en la calidad de vida de los pacientes. Las personas que presentan enfermedades crónicas requieren de evaluaciones constantes en relación con la mejoría o deterioro de su estado funcional mediante el seguimiento de su calidad de vida.

Calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su existencia en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas, inquietudes (OMS/ OPS, 1999). Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con

los elementos esenciales de su entorno (Shipper & Levitt, 1985).

Desde una perspectiva de salud, calidad de vida es el término que hace referencia al bienestar emocional, social y físico de la población y a su capacidad funcional en la actividad diaria (Ferrer, Avila & Carmona, 1999). Un aspecto importante a considerar es que calidad de vida depende de muchos otros factores además de la salud, por lo cual algunos investigadores prefieren usar en estos casos el término “Calidad de vida relacionada a la Salud”, “Health-Related Quality of Life” (Guyatt, Feeny & Patrick, 1993). Este término es apropiado cuando se intenta evaluar el impacto de la enfermedad y del tratamiento en la vida del paciente (Dauphinee, Gauthier, Gandek, Magnan & Pierre, 1997). En ese orden de ideas, calidad de vida relacionada con la salud se basa en la percepción del paciente sobre como una enfermedad compromete su bienestar y salud en términos de su funcionamiento físico, desempeño físico, desempeño emocional, dolor corporal, vitalidad, funcionamiento social, salud mental y percepción general de la salud.

La calidad de vida relacionada a la salud es un importante indicador de los resultados del tratamiento, además de contribuir para decisiones terapéuticas y de distribución de recursos en la política de salud (Melchior, Correr, Rossignoli, Pontarolo & Fernández, 2004). Es una variable compleja con un gran peso en el estado de salud de los pacientes (De los Ríos et al., 2005) y ha sido predictor del uso de servicios de salud y mortalidad (Kao et al., 2005; Sprenkle et al., 2004; Tsai et al., 2007).

Estudios Relacionados

Lam y Lauder (2000) estudiaron el impacto de ocho enfermedades crónicas y la calidad de vida en 760 pacientes adultos chinos a través de un estudio transversal de casos (569 adultos con alguna enfermedad crónica diagnosticada) y controles (191 adultos sin diagnóstico de enfermedad crónica). Del grupo de casos, el 26.6% ($f=202$) reportó una enfermedad crónica, el 24.7% ($f=188$) reportó dos, 11.7% ($f=89$) reportó tres, 3.7% ($f=28$) reportó cuatro y el .5% ($f=4$) reportó cinco o más enfermedades

crónicas diagnosticadas. Los diagnósticos reportados fueron hipertensión (39.4%; $f = 300$), diabetes mellitus (20%; $f = 152$); enfermedades del corazón (6.5%; $f = 49$); accidente cerebro vascular (7.8%; $f = 60$), osteoartritis de rodilla (28.2%; $f = 215$); y de otras articulaciones (11.5%; $f = 88$); asma (8.5%; $f = 65$) y depresión (7.3%; $f = 56$).

La calidad de vida relacionada a la salud fue valorada a través del cuestionario COOP/WONCA que valora las dimensiones de desempeño físico, sentimientos, actividades diarias y actividades sociales que fueron categorizadas como óptimas o subóptimas para su análisis. Las proporciones categorizadas como subóptimas fueron comparadas, a través de la prueba de Chi-cuadrada, entre el grupo de la enfermedad y el grupo control. En los resultados se muestra que en la calidad de vida general, el asma (29%) y la depresión (32%) alcanzaron diferencia significativa de proporciones ($p < .05$) en comparación con el grupo control sin enfermedad (17%, $f = 33$). Al analizar las proporciones por dimensiones de la calidad de vida los resultados fueron diferentes, las ocho enfermedades crónicas mostraron diferencia significativa en la dimensión de desempeño físico ($p < .001$) con proporciones entre 70% y 88% vs. 40% del grupo control.

La depresión mostró diferencia significativa en la dimensión de sentimientos ($p < .01$) con proporción de 36% ($f = 20$) subóptimo vs. 18% ($f = 35$) del grupo control. En la dimensión de actividades de la vida diaria las enfermedades de accidente cerebro vascular (27%, $f = 16$) y osteoartritis de rodilla (23%, $f = 50$) mostraron diferencias significativas ($p < .05$); igualmente en esta dimensión también la osteoartritis de otras articulaciones (30%, $f = 26$) y el asma (29%, $f = 19$) mostraron diferencias significativas ($p < .01$) en la misma dimensión comparada con el (14%, $f = 27$) del grupo control. La depresión también mostró diferencia significativa en la dimensión de actividades sociales ($p < .01$) con proporción de (23%, $f = 13$) comparado con el grupo control que mostró (9%, $f = 17$).

La edad, el nivel educativo y el género mostraron asociación en alguna de las

dimensiones de la calidad de vida, independientemente de la enfermedad crónica. Al incrementarse la edad, se incrementó el riesgo de puntajes bajos en desempeño físico ($RR = 1.04$, $IC\ 95\% 1.03-1.05$); una alta escolaridad redujo la probabilidad de puntaje bajos en desempeño físico ($RR = 0.49$, $IC\ 95\% 0.32-0.75$); las mujeres tuvieron mayor probabilidad que los hombres de tener puntajes bajos en los sentimientos ($RR = 1.82$, $IC\ 95\% 1.17-2.84$).

Thommasen y Zhang (2006) analizaron la relación de las enfermedades crónicas y la calidad de vida en 675 adultos mayores de 65 años. La prevalencia de enfermedades crónicas reportadas en el estudio fue: hipertensión (17%; $f = 116$), depresión/ansiedad (13%; $f = 88$), hiperlipidemia (11%; $f = 75$), dolor crónico de espalda/cuello (11%; $f = 71$), osteoartritis (9%; $f = 59$). La calidad de vida se valoró a través del cuestionario de salud SF-36 (Medical Outcomes Study, MOS) en su forma corta en ocho dimensiones: funcionamiento físico, desempeño físico, desempeño emocional, dolor corporal, vitalidad, funcionamiento social, salud mental y percepción general de la salud.

Los autores reportan que la presencia de alguna enfermedad crónica se asoció con diferencias significativas en al menos una de las dimensiones de la calidad de vida relacionada a la salud; la depresión se asoció con bajos puntajes de calidad de vida en las ocho dimensiones; diabetes e hiperlipidemia en siete de las ocho dimensiones; artritis inflamatoria e hipertensión en seis de las dimensiones; enfermedad coronaria en cinco de las dimensiones y finalmente, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, cáncer y dolor crónico de cuello y espalda se asociaron a bajos puntajes en cuatro dimensiones (todas con valores de $p < .05$). Las dimensiones afectadas por todas las enfermedades fueron funcionamiento físico y desempeño físico. Además, se reporta que a mayor número de enfermedades, peores puntajes en las dimensiones de calidad de vida ($p < .05$). Respecto a las dimensiones de calidad de vida, la media más alta fue para funcionamiento físico ($\bar{\chi} = 81.7$) y la más baja fue para vitalidad ($\bar{\chi} = 56.2$). No reportan desviaciones estándar.

Canbaz et al. (2002) evaluaron la prevalencia de enfermedades crónicas y la calidad de vida de adultos mayores en 737 pacientes de 65 a 74 años de edad. Secundariamente realizaron una comparación entre 150 adultos mayores con enfermedades crónicas y 150 sin enfermedades crónicas pareados por edad. Las enfermedades con mayor prevalencia fueron hipertensión (48.6%; $f = 290$); osteoporosis (26.8%; $f = 160$), artritis (27.0%; $f = 161$), diabetes mellitus (20.8%; $f = 124$) y enfermedad cardiovascular (28.5%; $f = 170$). Las medias en las dimensiones de calidad de vida en los participantes con enfermedad crónica fueron generalmente bajas; la dimensión que mostró peor puntaje fue vitalidad ($\bar{\chi} = 43.3$; $DE = 23.1$) y la más alta reportada fue funcionamiento social ($\bar{\chi} = 69.3$; $DE = 29.4$). En comparación con el grupo sin enfermedad crónica, las diferencias de medias fueron todas altamente significativas ($p < .001$).

Cheng et al. (2003) examinaron la calidad de vida relacionada a la salud en 316 pacientes de 55 - 64 años de edad con enfermedad crónica. El 80% de los participantes tuvo más de una enfermedad crónica concomitante. La hipertensión (72.5%; $f = 229$), artritis (52.2%; $f = 165$), diabetes mellitus tipo 2 (44.3%; $f = 140$) y enfermedad cardíaca (27.5%; $f = 87$) fueron las enfermedades más reportadas. La calidad de vida fue valorada con el cuestionario de salud SF-36; las medias en las dimensiones de la calidad de vida fluctuaron entre 46.4 ($DE = 24.2$) para percepción general de la salud y 66.4 ($DE = 32.7$) para desempeño emocional. Los autores indicaron que hubo relación inversa entre el número de enfermedades crónicas y los puntajes en las ocho subescalas de calidad de vida ($p < .01$); es decir los pacientes con más enfermedades acumuladas mostraron puntajes más bajos en el instrumento de calidad de vida, aunque no proporcionan los valores.

El análisis de regresión múltiple mostró que el sexo, empleo y el número de enfermedades crónicas tuvieron efecto significativo en el componente físico, considerado como la sumatoria de las dimensiones funcionamiento físico, desempeño

físico, dolor corporal y percepción general de salud ($F_{[37,4]} = 11.7, p < .01; R^2 = .73$); particularmente los puntajes más bajos se asociaron con ser hombre, desempleado y tener más enfermedades crónicas. Con relación al componente mental, sumatoria de las dimensiones vitalidad, salud mental, desempeño emocional y funcionamiento social, el sexo, el ingreso mensual y tener empleo ($F_{[43,9]} = 19.9, p < .01, R^2 = .23$) mostraron efecto significativo sobre el componente; es decir ser mujer, desempleada y bajo ingreso mensual se relaciona con menores puntajes en la calidad de vida.

Chan et al. (2006) analizaron la calidad de vida en una muestra por conveniencia de 80 adultos mayores de 65 años de edad diagnosticados clínicamente con depresión. La calidad de vida fue valorada a través del cuestionario WHOQOL (World Health Organization Quality of Life), las dimensiones que mide el instrumento son salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. En una escala de uno al cinco, la calidad de vida en general de esta muestra obtuvo una media de 3.19 ($DE = 0.86$).

Los autores aclaran que un puntaje menor a 2 indica pobre calidad de vida, mientras que puntajes mayores a 3 indican alta calidad de vida. En este sentido, se reportó pobre calidad de vida en la dimensión salud física en las categorías sueño descanso ($\bar{\chi} = 1.81; DE = .62$), capacidad para el trabajo ($\bar{\chi} = 1.67; DE = 1.16$) y energía ($\bar{\chi} = 1.56; DE = .60$); en la dimensión psicológica los puntajes más bajos de calidad de vida fueron en las categorías de vida ($\bar{\chi} = 1.48; DE = .58$), concentración y pensamiento ($\bar{\chi} = 1.53; DE = .60$) y disfrute de la vida ($\bar{\chi} = 1.53; DE = .58$); en la dimensión del ambiente los puntajes más bajos fueron para las actividades recreativas ($\bar{\chi} = 1.90; DE = 6.12$) y recursos financieros ($\bar{\chi} = 1.86; DE = .91$).

La calidad de vida más alta se reflejó en la dimensión física en las categorías de dolor corporal ($\bar{\chi} = 3.33; DE = 1.07$) y dependencia de ayudas médicas ($\bar{\chi} = 3.64; DE = .97$); así también en la dimensión ambiente, las categorías de salud y cuidado social ($\bar{\chi} = 3.04; DE = .90$) y transporte ($\bar{\chi} = 3.06; DE = .95$).

El análisis de regresión múltiple mostró que el número de condiciones físicas de

salud fue uno de los predictores de la calidad de vida en este grupo de pacientes ($\beta = -5.46; p < .001$).

González-Cañas et al. (2007) estudiaron la calidad de vida en pacientes con isquemia crítica en dos grupos, uno con revascularización exitosa y otro sin posibilidad de revascularización durante dos años consecutivos. La calidad de vida fue valorada con el cuestionario de salud SF-36. En el primer y segundo año el dominio de funcionamiento físico fue más bajo calificado para ambos grupos, con medias inferiores a 32 ($DE = 26$) mientras que el más alto fue para desempeño emocional ($\bar{\chi} = 83; DE = 39$) y funcionamiento social ($\bar{\chi} = 87; DE = 27$). Los autores reportan que no existió diferencia significativa entre los dos grupos; sin embargo, al incluir enfermedades concomitantes y analizar el dominio de salud general entre diabéticos y no diabéticos, el grupo de no diabéticos obtuvo una calificación significativamente mejor en esta dimensión ($p = .018$).

Resumen de Estudios Relacionados

En resumen, los estudios relacionados muestran que los adultos mayores de 60 años mostraron puntajes bajos en la calidad de vida, sobretodo en las dimensiones físicas. El número de enfermedades crónicas se relaciona con la baja calidad de vida; a mayor número de enfermedades concomitantes peores puntajes de calidad de vida. Cuando se estudiaron diversas enfermedades crónicas, se apreciaron diferencias en la calidad de vida; las enfermedades que más afectaron las distintas dimensiones de la calidad de vida fueron diabetes, hiperlipidemia, artritis y depresión. Además, la calidad de vida en enfermos crónicos parece que también es afectada por algunos aspectos sociodemográficos como nivel de escolaridad, género y ocupación. El cuestionario de salud SF-36 fue el instrumento más usado para valorar la calidad de vida en pacientes con enfermedades crónicas.

Definición de Términos

Para fines de este estudio se consideró enfermedad crónica aquella diagnosticada médicamente. Se cuestionó específicamente por diabetes mellitus, hipertensión arterial, osteoartritis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, enfermedad cardiaca, hiperlipidemia y enfermedad renal. Se registró entonces, tipo de enfermedad, tiempo de diagnóstico y total de enfermedades crónicas presentadas.

Calidad de vida se consideró como la percepción que el paciente manifestó con relación a las dimensiones de funcionamiento físico, desempeño físico, desempeño emocional, dolor corporal, vitalidad, funcionamiento social, salud mental y percepción general de la salud.

Población, Muestra y Muestra

La población de interés fueron los 4,523 adultos mayores de 60 años de ambos sexos que acudían al Centro de Salud de primer nivel de atención en el municipio de Zapotlán. El muestreo utilizado fue no probabilístico por conveniencia. El tamaño de muestra se determinó con un nivel de confianza de 95%, significancia de .05, potencia de 80%, para una prueba bilateral de correlación de .15 con efecto conservador. La muestra total fue de 100 participantes.

Contexto de la Investigación

Se realizó en el Centro de Salud de primer nivel de atención en el municipio de Zapotlán, Jalisco, México. El estudio se realizó en el año 2018. El estudio se realizó en el Centro de Salud de primer nivel de atención en el municipio de Zapotlán, Jalisco, México. El estudio se realizó en el año 2018.

Capítulo II

Metodología

En este capítulo se describe el diseño del estudio, la población, el tipo de muestreo, muestra y los criterios de inclusión y exclusión. Se presenta el procedimiento de selección de los participantes, mediciones, consideraciones éticas y las estrategias de análisis de datos.

Diseño de Estudio

Se utilizó un diseño descriptivo correlacional. Un diseño descriptivo es pertinente cuando el propósito es observar la ocurrencia natural de variables y correlacional cuando se pretende establecer la existencia de relaciones entre variables (Polit & Hungler, 1999, pp. 190-191). En este caso, se relacionaron las enfermedades crónicas, edad y calidad de vida.

Población, Muestreo y Muestra

La población de interés fueron los 4,625 adultos mayores de 60 años de ambos sexos que acudían al Centro de Salud de primer nivel de atención en el municipio de Zacatecas. El muestreo utilizado fue no probabilístico por conveniencia. El tamaño de muestra se determinó con un nivel de confianza de 95%, significancia de .05, potencia de 80%, para una prueba bilateral de correlación de .15 con efecto conservador. La muestra total fue de 100 participantes.

Criterios de Inclusión

Se incluyeron adultos mayores orientados en tiempo, lugar y persona, con al menos una de las siguientes enfermedades crónicas: diabetes mellitus, hipertensión arterial, osteoartritis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, enfermedad

cardiaca, hiperlipidemia y enfermedad renal.

Criterios de Exclusión

Adultos con dificultad auditiva y problemas visuales sin corrección.

Corroborándose estos a través de la observación e interrogatorio.

Procedimiento de Recolección de la Información

Una vez obtenidas las autorizaciones de las comisiones de Investigación y Ética de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) y del Centro de Salud de Zacatecas, se iniciaron los procedimientos de recolección de la información. A los pacientes que acudían diariamente a consulta externa de un Centro de Salud del municipio de Zacatecas se les invitó a contestar una cédula de datos breve que incluía los criterios de inclusión y exclusión donde se corroboró que se encontraran ubicados en tiempo, lugar, espacio y persona y se confirmó que tuvieran diagnosticada médicamente al menos una enfermedad crónica. Si el paciente reunía el perfil, se le invitó a participar en el estudio explicándole los objetivos del mismo, en el caso de no aceptar se les agradeció por la atención sin ningún inconveniente.

A los pacientes que aceptaron, se les apartó a un área cómoda con ambiente privado, se les explicó el propósito del estudio y se les aclaró que la información recabada sería confidencial. Se les solicitó el consentimiento informado por escrito (Apéndice A). Se procedió a la aplicación del instrumento. A todos los participantes se les leyeron las preguntas a fin de que ellos respondieran y el entrevistador registró la información. Se inició con la cédula de datos generales (Apéndice B) que incluye datos sociodemográficos, un apartado para registro de peso, talla, IMC, presión arterial y diagnóstico de enfermedades crónicas en las que se incluye fecha de diagnóstico. Posteriormente se le pidió que contestara el cuestionario de salud SF-36

(Apéndice C) para evaluar la calidad de vida.

Una vez recolectada la información, se les dio las gracias por su participación y se les hizo entrega de las mediciones de peso, talla, IMC y presión arterial como compensación por su tiempo disponible. La aplicación del instrumento tuvo una duración aproximada de 30 minutos por participante.

Instrumento

Para medir la calidad de vida se aplicó el Cuestionario de Salud SF-36 (Alonso, Prieto & Anto, 1995). Este instrumento fue desarrollado a partir del Estudio de Resultados Médicos y ha sido ampliamente usado para medir la calidad de vida relacionada a la salud. El cuestionario consta de 36 reactivos que exploran la percepción del individuo en ocho dimensiones de su calidad de vida: funcionamiento físico (10 reactivos), desempeño físico (4 reactivos), dolor corporal (2 reactivos), percepción de la salud general (6 reactivos), vitalidad (cuatro reactivos), funcionamiento social (2 reactivos), desempeño emocional (3 reactivos) y salud mental (5 reactivos).

La escala de respuesta es variada de acuerdo a cada dimensión; existen respuestas de dos, tres, cuatro, cinco y seis puntos de acuerdo al nivel de limitación, o frecuencia de la percepción de la calidad de vida en las últimas cuatro semanas. Para el cuestionario total el puntaje mínimo posible es de 36 y el máximo de 147; a fin de que un mayor puntaje refleje una mejor calidad de vida, 15 reactivos se invierten en valores (1, 2, 20 al 30, 34, 35 y 36). Los valores mínimos y máximos así como los reactivos que representan cada dimensión se muestran en la Tabla 1.

Los autores del instrumento recomiendan transformar los puntajes obtenidos a índices de cero a 100 tanto para el cuestionario total como para cada dimensión. La confiabilidad del instrumento en población mexicana fue reportada en puntajes Alpha de Cronbach por encima de .70 para todas las subescalas excepto para la dimensión

desempeño emocional que obtuvo un índice de .56 (Zúñiga, Carrillo-Jiménez, Fos, Gandek & Medina-Moreno, 1999), pese a ello, los autores recomiendan su uso en base a las propiedades psicométricas que demuestran su consistencia.

Tabla 1

Valores mínimos y máximos por dimensión del Cuestionario de Salud SF-36

Dimensiones	Reactivos	Puntaje Posible	
		Mínimo	Máximo
Funcionamiento Físico	Del 3 al 12	10	30
Desempeño Físico	Del 13 al 16	4	8
Dolor corporal	21, 22	2	11
Salud General	1, 2 y del 33 al 36	6	30
Vitalidad	23, 27, 29 y 31	4	22
Función Social	20 y 32	2	10
Desempeño Emocional	Del 17 al 19	3	6
Salud Mental	Del 24 al 26 , 28 y 30	5	30
Total	1 al 36	36	147

En el presente estudio se aplicó también una cédula de datos personales que incluye tres apartados. El primero de ellos hace referencia a datos sociodemográficos generales como edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad y número de personas con las que vive el adulto mayor. El segundo apartado incluye las mediciones de talla y peso (para calcular el índice de masa corporal [IMC]) y presión arterial, las cuales se utilizaron para caracterizar a los participantes y los valores se les proporcionaron como agradecimiento por su participación. Para la medición del peso y la talla se utilizó una báscula médica de uso cotidiano en el centro de salud. Se le pidió al participante que subiera a la báscula sin calzado y lo más ligero posible de ropa

(Apéndice D). El IMC se calculó con la fórmula: peso (kg) / talla² (cm); la presión se midió en el brazo izquierdo con baumanómetro mercurial.

El tercer apartado se corroboró la presencia de enfermedades crónicas y su fecha de diagnóstico; así, la variable enfermedades crónicas fue medida por el tipo de enfermedad, tiempo de diagnóstico y el número total de las enfermedades crónicas presentadas por el participante.

Consideraciones Éticas

El presente estudio se apegó a las disposiciones dictadas en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1987). En lo referente al Capítulo I, Artículo 13, en esta investigación prevalecieron los criterios de respeto a la dignidad, protección de los derechos y bienestar de los sujetos de estudio para ellos, los datos fueron manejados de forma confidencial, se buscó un lugar cómodo para la entrevista a fin de que otros no escucharan sus respuestas y brindar confianza y privacidad al participante.

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito firmado por el participante (Artículo 14, Fracción V; Artículo 20). La investigación fue realizada por una estudiante de maestría en ciencias de enfermería y se llevó a cabo en cuanto se obtuvo la autorización de los comités de investigación y ética de la Facultad de Enfermería de la UANL y la autorización del Centro de Salud de la Secretaría de Salud de Zacatecas (Artículo 14, Fracciones VI, VII y VIII; Artículo 21, 22 y 29).

El consentimiento informado fue detallado y especificó el objetivo del estudio, los procedimientos, riesgos, beneficios y que el o ella podría retirarse del estudio en el momento que lo decidiera sin repercusión alguna en la atención que recibía del Centro de Salud (Artículo 21, Fracciones I, VI, VII, VIII). Además se informó que se mantendría la confidencialidad de la información (Artículo 16).

El presente estudio fue una investigación con riesgo mínimo (Artículo 17,

fracción II) ya que se emplearon técnicas y procedimientos comunes; en este caso, la medición de peso, talla y presión arterial. Para minimizar este riesgo el responsable de la investigación permaneció siempre junto al sujeto para evitar caídas o daño a los participantes durante los procedimientos.

Plan de Análisis de los Datos

Los datos fueron procesados en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 11.0 para Windows. Se utilizó estadística descriptiva, frecuencias y proporciones para describir las variables nominales y medidas de tendencia central para describir las variables continuas. Se utilizó estadística inferencial no paramétrica de acuerdo a la distribución de las variables continuas, que fue analizada a través de la Prueba de Kolmogorov-Smirnov, aceptando un nivel de significancia de .05 o menor para cada una de las pruebas.

El análisis por objetivos se realizó como sigue: el objetivo número uno que planteaba describir la relación entre el número de enfermedades crónicas, edad y calidad de vida en adultos mayores de 60 años, se analizó a través del coeficiente de Spearman.

Para el objetivo dos que buscó determinar cuales eran las enfermedades crónicas que más afectaban la calidad de vida en adultos mayores de 60 años en un Centro de Salud del Municipio de Zacatecas, se utilizó un modelo de regresión lineal múltiple donde se incluyó a la calidad de vida como variable resultado y a las enfermedades crónicas como variables independientes. Así mismo se utilizó una prueba de U de Mann Whitney para determinar diferencias de medianas en la calidad de vida de acuerdo a la presencia de cada enfermedad crónica. El objetivo tres que pretendía determinar el efecto del tiempo de diagnóstico de la enfermedad crónica en la calidad de vida fue analizado con un análisis de regresión simple en el cual se ajustó un modelo en el que el tiempo de diagnóstico por enfermedad fungió como

variable independiente de la calidad de vida.

Finalmente, para analizar el cuarto objetivo planteado que buscó determinar el efecto de género y ocupación en la calidad de vida de los adultos mayores, se realizó un análisis de regresión logística en el cual las variables sociodemográficas se ajustaron en el modelo como independientes de la calidad de vida.

Confiabilidad Interna del Instrumento

La confiabilidad del Cuestionario de Salud SF-36 se obtuvo mediante el Coeficiente Alpha de Cronbach y fue de .94. De acuerdo con Polit y Hungler (1999, p. 398) son deseables los coeficientes de .80 o mayores, por lo tanto el coeficiente obtenido es adecuado.

Datos Demográficos de los Participantes

La muestra estuvo compuesta por 190 adultos mayores que acudían a la consulta externa en un centro de salud del municipio de Zacatecas. La mayoría de los adultos que participaron en el estudio correspondió al sexo femenino 59% ($f = 59$), también la mayoría refirió ser casado (83%, $f = 65$).

La media de educación fue de 3.28 años ($DE = 2.93$), el 44% ($f = 44$) mencionó tener entre 1 y 3 años de escolaridad, el 33% ($f = 25$), de los adultos nunca asistió a la escuela, el 24% ($f = 24$), mencionó hasta 6 años de escolaridad, y tan solo un 7% ($f = 7$), entre 9 y 15 años de escolaridad. El 61% ($f = 61$) se encontraba en trabajo remunerado; en su mayoría las mujeres señalaron ser amas de casa.

En la Tabla 2 se presentan los datos descriptivos y los resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov para las variables sociodemográficas (sexo, estado civil y nivel de vida); la muestra presentó distribución no normal.

En este capítulo se presentan la consistencia interna del instrumento utilizado, los datos demográficos y las estadísticas descriptivas e inferenciales en función de los objetivos, las conclusiones y recomendaciones.

Consistencia Interna del Instrumento

La confiabilidad del Cuestionario de Salud SF-36 se obtuvo mediante el Coeficiente Alpha de Cronbach y fue de .94. De acuerdo con Polit y Hungler (1999, p.398) son deseables los coeficientes de .80 o mayores, por lo tanto el coeficiente obtenido es adecuado.

Datos Demográficos de los Participantes

La muestra estuvo compuesta por 100 adultos mayores que acudían a la consulta externa en un centro de salud del municipio de Zacatecas. La mayoría de los adultos que participaron en el estudio correspondió al sexo femenino 59% ($f = 59$), también la mayoría refirió ser casado (65%, $f = 65$).

La media de educación fue de 3.24 años ($DE = 2.93$), el 44% ($f = 44$), mencionó tener entre 1 y 3 años de escolaridad, el 25% ($f = 25$), de los adultos indicó no contar con escolaridad, el 24% ($f = 24$), mencionó hasta 6 años de escolaridad, y tan solo un 7% ($f = 7$), entre 9 y 15 años de escolaridad. El 61% ($f = 61$) no contaba con trabajo remunerado; en su mayoría las mujeres señalaron ser amas de casa.

En la Tabla 2 se presentan los datos descriptivos y los resultados de la prueba de Kolmogorov Smirnov para las variables continuas principales (edad y calidad de vida) la mayoría presentó distribución no normal.

Tabla 2

Datos descriptivos y Prueba de Kolmogorov Smirnov de variables continuas

	$\bar{\chi}$	<i>Mdn</i>	<i>DE</i>	Valor Mínimo	Valor Máximo	<i>D</i>	Valor de <i>p</i>
Edad	67.50	66.00	6.39	60	91	1.911	.001
Calidad de vida	55.13	51.35	17.92	17	92	1.034	.236
Función Física	54.05	55.00	29.0	0	100	.947	.331
Rol Físico	48.00	50.00	41.84	0	100	2.043	.001
Dolor Corporal	65.11	66.67	27.35	0	100	1.389	.042
Salud General	49.33	50.00	18.39	8	92	1.045	.224
Vitalidad	58.78	55.56	20.21	11	100	1.040	.229
Función Social	61.50	62.50	24.07	13	100	1.635	.010
Rol Emocional	33.67	.00	41.43	0	100	3.217	.001
Salud Mental	57.00	54.00	20.27	16	100	1.115	.167

Fuente: CV-SF36

n = 100

Las medias tanto de calidad vida global como de las dimensiones de calidad de vida estuvieron bajas; la dimensión que mostró peor puntaje fue el índice de rol

emocional, su mediana fue de 0 y la desviación estándar fue superior a la media ($\bar{\chi} = 33.6$; $DE = 41.4$). Así mismo el índice de salud general también se reportó bajo ($\bar{\chi} = 49.3$; $DE = 18.3$) y la dimensión de dolor corporal ($\bar{\chi} = 65.1$; $DE = 27.3$) obtuvo la media más alta que refleja mejor calidad de vida respecto a las otras dimensiones.

Para el primer objetivo que planteó la relación entre edad, número de enfermedades crónicas y calidad de vida se realizó un análisis de correlación de Spearman. En la tabla 3 se presentan los coeficientes. Las enfermedades crónicas y la edad mostraron relación negativa con calidad de vida; a mayor edad y número de enfermedades crónicas peor calidad de vida. Estos resultados apoyan el objetivo planteado en este estudio.

Tabla 3

Coefficientes de correlación de Spearman entre variables de interés

	No. Enfermedades crónicas	Edad	Calidad de vida
Nº. Enfermedades crónicas	--		
Edad	.211*	--	
Calidad de vida	-.281**	-.201*	--

Fuente: Hoja de datos demográficos y CV-SF36 n = 100

* $p < .05$, ** $p < .01$

El segundo objetivo planteaba determinar qué enfermedades crónicas afectaban más la calidad de vida. Las enfermedades crónicas presentes fueron hipertensión arterial (48%, $f = 48$), diabetes mellitus (40%, $f = 40$), el asma (13%, $f = 13$), osteoartritis (10%, $f = 10$), enfermedad cardiovascular (7%, $f = 7$),

enfermedad renal (5%, $f = 5$), hiperlipidemia (3%, $f = 3$). Se realizó un modelo de regresión múltiple donde se incluyó a la calidad de vida como variable resultado y cada una de las enfermedades crónicas como variables independientes. El modelo mostró tendencia a la significancia ($p = .054$). Se exploraron diferencias de medianas de calidad de vida de acuerdo a la presencia de enfermedades crónicas utilizando Pruebas U de Mann-Whitney (0 = no enfermedad, 1 = si enfermedad). De todas las enfermedades y dimensiones solamente el asma afectó el rol emocional (ver Tabla 4).

Tabla 4

Prueba U de Mann-Whitney para rol emocional por presencia de asma

	$\bar{\chi}$	Mdn	Rangos medios	U	p
Asma Si ($n = 13$)	16.67	.00	37.08	391.00	.050
Asma No ($n = 78$)	35.98	.00	52.51		

Fuente: Cédula de Datos

$n = 100$

El tercer objetivo planteaba determinar el efecto del tiempo de diagnóstico de la enfermedad crónica en la calidad de vida de los adultos mayores. El tiempo de evolución de las enfermedades crónicas presentes fueron de entre 1 a 5 años (38%, $f = 38$), de 6 a 10 años (53%, $f = 53$), de 11 a 15 años (7%, $f = 7$), de 16 o más años (2%, $f = 2$). El modelo de regresión lineal simple no fue significativo ($F[1,98] = 1.735$, $p = .19$) por lo tanto en este estudio la calidad de vida es independiente del tiempo de evolución de la enfermedad crónica.

El cuarto objetivo pretendía determinar el efecto de género y ocupación en la calidad de vida de los adultos mayores. Se ajustó un modelo de regresión logística en el que se introdujeron el género y la ocupación como variables independientes y la calidad de vida como dependiente. Dicho modelo no fue significativo ($F[2,97] = 1.22$,

$p = .298$). En esta muestra el género y la ocupación son independientes de la calidad de vida.

Discusión

El capítulo hace referencia a la discusión de los hallazgos en función de los objetivos planteados y literatura revisada que incluye las variables enfermedades crónicas y calidad de vida. Se presentan también las conclusiones y recomendaciones.

Los participantes refirieron padecer al menos una enfermedad crónica, entre las más mencionadas estuvieron la hipertensión arterial, diabetes mellitus, asma y osteoartritis. Una minoría señaló padecer dos enfermedades y muy pocos casos tres. Estas proporciones son semejantes a lo reportado por Lam y Lauder (2000), aunque en su estudio mostraron más variedad de enfermedades tales como enfermedades del corazón, depresión y accidentes cerebro vasculares.

Con respecto al primer objetivo los hallazgos mostraron relación negativa y significativa entre edad y/o más número de enfermedades crónicas con la calidad de vida. Esto significa que a mayor edad y número de enfermedades crónicas la calidad de vida percibida disminuye; este último dato es congruente con Chesig et al. (2003) quienes reportaron puntajes más bajos en calidad de vida al incrementar la edad y el número de enfermedades crónicas.

Respecto al segundo objetivo de esta investigación se encontraron diferencias significativas en una dimensión de calidad de vida en los participantes con asma. Este hallazgo es consistente con Lam y Lauder (2000) y Thomassen y Zhang (2006) quienes reportaron que la presencia de alguna enfermedad crónica se asoció significativamente en al menos una de las dimensiones de calidad de vida.

En relación al tercer objetivo, el género de padecer la enfermedad crónica no afectó la calidad de vida. Los estudios relacionados su mayoría a resultados al respecto. No se cuenta con explicación para estos hallazgos. González - Cárdena et al. (2007) evaluaron la calidad de vida con el cuestionario SF-36 y enfermedades

Capítulo IV

Discusión

El capítulo hace referencia a la discusión de los hallazgos en función de los objetivos planteados y literatura revisada que incluyen las variables enfermedades crónicas y calidad de vida. Se presentan también las conclusiones y recomendaciones.

Los participantes refirieron padecer al menos una enfermedad crónica, entre las más mencionadas estuvieron la hipertensión arterial, diabetes mellitus, asma y osteoartritis. Una minoría señaló padecer dos enfermedades y muy pocos casos tres. Estas proporciones son semejantes a lo reportado por Lam y Lauder (2000), aunque en su estudio mostraron más variedad de enfermedades tales como enfermedades del corazón, depresión y accidentes cerebro vascular.

Con respecto al primer objetivo los hallazgos mostraron relación negativa y significativa entre edad y/o más número de enfermedades crónicas con la calidad de vida. Esto significa que a mayor edad y número de enfermedades crónicas la calidad de vida percibida disminuye; este último dato es congruente con Cheng et al. (2003) quienes reportaron puntajes más bajos en calidad de vida al incrementarse la edad y el número de enfermedades crónicas.

Respecto al segundo objetivo de esta investigación se encontraron diferencias significativas en una dimensión de calidad de vida en los participantes con asma. Este hallazgo es consistente con Lam y Lauder (2000) y Thommasen y Zhang (2006) quienes reportaron que la presencia de alguna enfermedad crónica se asoció significativamente en al menos una de las dimensiones de calidad de vida.

En relación al tercer objetivo, el tiempo de padecer la enfermedad crónica no afectó la calidad de vida. Los estudios relacionados no reportaron resultados al respecto. No se cuenta con explicación para estos hallazgos. González – Cañas et al. (2007) evaluaron la calidad de vida con el cuestionario SF- 36 y enfermedades

concomitantes y analizaron el dominio de salud general en pacientes diabéticos y no diabéticos durante dos años reportando significancia en la dimensión de salud general.

El cuarto objetivo exploró la influencia del género y ocupación en la calidad de vida; no se encontró influencia significativa. Este resultado es diferente a lo reportado por Cheng et al. (2003) que encontraron que el ser hombre y desempleado afectó los componentes funcionamiento físico, desempeño físico, dolor corporal y percepción general de la salud de la calidad de vida. Ser mujer, desempleada se relacionó con menores puntajes en el componente mental de la calidad de vida. Una posible explicación en la no significancia de este estudio puede deberse al tamaño de la muestra de 100 pacientes a diferencia de Cheng et al. (2003) quienes estudiaron a 316 pacientes.

Conclusiones y Recomendaciones

Existe relación negativa entre edad y número de enfermedades crónicas con la calidad de vida.

El asma afectó la calidad de vida.

El tiempo de padecer la enfermedad es independiente de la calidad de vida.

El género y ocupación no mostraron efecto en la calidad de vida.

Se recomienda que se realice una réplica de este estudio con una muestra representativa, además que se realice de forma comparativa en grupos de adultos mayores con o sin presencia de enfermedades crónicas.



BIBLIOTECA

1314

AC14
UBS
2007
C.3
1314
012024

Referencias

- Alonso, J., Prieto L., Anto, J. M. (1995). La versión española del SF36. Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-6.
- Canbaz, S., Sunter, A. T, Dabak, S. & Peksen, Y. (2002). The prevalence of chronic diseases and quality of life in elderly people in Samsun. *Turkish Journal of Medical Science*, 33, 335 -340.
- Cárdenas, V. V., Pedraza, L.C. & Lerma, C. R. (2005). Calidad de vida del paciente con diabetes mellitus tipo 2. *Ciencia*, UANL, 8(3), 351-357.
- Chan, S.W.C., Chiu, H. F. Chien., W. T. Thompson, R. D. & Lam, L. (2006). Quality of life in Chinese elderly people with depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 312-318.
- Cheng, L., Cumbre, S., Dumas, C., Winter, R., Nguyen M. K. & Nieman, Z. L. (2003). Health related quality of life in pregeriatric patients with chronic diseases at urban, public supported clinics. *Research Health and Quality of Life Outcomes*, 1(63), 1 – 8.
- Consejo Nacional de Población (2002). Proyecciones de la población de México 2000-2050. Recuperado el 18 abril 2007, de <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/00indicadores.htm>.
- Dauphinee, S. W., Gauthier, L., Gandek, B., Magnan, L. & Pierre, U. (1997). Readyng a US measure of health status, the SF-36, for use in Canada. *Clinical & Investigative Medicine*, 20, 224-238.
- De los Ríos, C. J., Sánchez, S. P., Barrios, S. V. & Ávila, R. T. (2005). Valoración sistemática de la calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y nefropatía diabética. *Revista Medica Hospital General de México*, 68(3), 82-94.



BIBLIOTECA

- De los Ríos, C. J., Sánchez, S. P., Barrios, S. V. & Guerrero, S. V. (2003). Calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Medica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 42(2), 109 – 116.
- Durán-Arenas, L., Gallegos-Carrillo, C. K., Salinas-Escudero, G. & Martínez-Salgado, (2004). Medición de la calidad de vida en el adulto mayor en dos Estados de México. *Revista de Salud Pública de México*, 46(4), 306-315.
- Ferrer, C. F., Ávila, J. M. & Carmona, R. F. (1999). Consideraciones éticas y calidad de vida como un aspecto importante en adultos mayores. *Revista Electrónica de Enfermería* 37, 38 – 60.
- González-Cañas, E., Giménez- Gaiban, A., Bellmunt–Montoya, S., Real, G. J., Vallespín, A. J., Hospedales, et al. (2007). Estudio de Calidad de vida en pacientes afectados de isquemia crítica a medio plazo. *Revista de Angiología*, 59(1), 19 -27.
- Guyatt, G. H., Feeny, D. H., Patrick, D. L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Revista de Medicina Interna*, 118(8), 622-629.
- Hoskins, I., Kalache, A. & Méndez, S. (2005). Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. *Revista Panamericana de Salud Publica*, 17(5/6), 444-451.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2000). XII Censo General de Población y Vivienda. Tomo I. *Tabulados Básicos*. Zacatecas.
- Kao, S., Lai, K. L., Lin, C. H., Lee, S. H. & Wen, C. H. (2005). WHOQOL-BREF as predictor of mortality: A two- year follow – up study at veteran homes. *Quality of Life Research*, 14, 1443 – 1454.
- Lam, C. L. K. & Lauder, I. J. (2000). The impact of chronic diseases on the health-related quality of life (HRQOL) of Chinese patients in primary care. *Family Practice*, 17(2), 159-166.
- Lubkin, I. M. & Larsen, P. D. (2002). What is chronicity? In I. M. Lubkin & P. D.

- Larsen *Chronic Illness: Impact and Interventions* (5th ed.), Chap 1, pp. 3-24.
Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Lubkin, I. M. & Larsen, P. D. (2002). What is chronic illness? In I. M. Lubkin & P. D. Larsen *Chronic Illness: Impact and Interventions* (5th ed.), Chap 12, pp. 8.
Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Melchior, A. C., Correr C. J., Rossignoli, P., Pontarolo, R., Fernández, L. F. (2004). Evaluación de la calidad de vida en diabetes. Parte I: Conceptos y criterios de revisión. *Revista Salud Pública*, 2(1), 1-11.
- Menéndez, J., Guevara, A., Arcia, N., León-Díaz. E. M., Marin, C. & Alfonso, J. C. (2005). Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores, Estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(5/6), 353-61.
- Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS (2003). La salud de los ancianos: una preocupación de todos. *Revista Salud Pública*, 1-27.
- Organización Mundial de la Salud, OMS/OPS (1999). Boletín Segunda Conferencia Internacional sobre el Envejecimiento. *Revista de Geriátria*, 2(6), 1-35.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). Investigación Científica en Ciencias de la Salud (6^a ed.). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Rosales, B. S. & Reyes, G. E. (2004). Valoración individual del estado de salud. En B. S. Rosales & E. Reyes (Eds), *Fundamentos de enfermería* (pp.155 -224). México: McGraw-Hill Interamericana
- Secretaría de Salud (1987). Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud. Recuperado el 29 abril 2007, de <http://www.ssa.gob.mx/Ley/General/salud>.
- Shipper, H. & Levitt, M. (1985). Measuring quality of life: Risks and benefits. *International Journal of Diabetic Patient*, 10, 1115-1125.
- Sprenkle, D. M., Niewoehner, E. D. Nelson, B. D. & Nichol, L. K. (2004). The

- veterans short form 36 questionnaire is predictive of mortality and health-care utilization in a population of veterans with a self-reported diagnosis of asthma or COPD. *Journal Chest*, 126, 81-89.
- Tsai, S. Y., Chi, L. Y., Lee C. H. & Chou, P. (2007). Health-related quality of life as a predictor of mortality among community-dwelling older persons. *European Journal of Epidemiology*, 22 (1), 19 -26.
- Thommasen, H. V. & Zhang, W. (2006). Impact of chronic disease on quality of life in the Bella Coola Valley. *The International Electronic Journal of Rural and Remote Health*, 6 (528), 1-18.
- Velarde-Jurado, E. & Ávila-Figueroa, C. (2001). Evaluación de la calidad de vida en el adolescente con enfermedad crónica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México* (58), 399-408.
- Zúñiga, A. M., Carrillo-Jiménez, T. G., Fos, J. P., Gandek, M. B. & Medina-Moreno, R. M. (1999). Evaluación del estado de salud con la encuesta SF- 36 resultados preliminares en México. *Revista de Salud Pública de México*, 2(41), 111-118.

Carta de Consentimiento Informado

"Enfermedades crónicas y calidad de vida en adultos mayores"

Introducción y Propósito

La Srta. Lic. Enfermera María Isabel Valadez de tupe desea investigar sobre las enfermedades crónicas y cómo estas afectan la calidad de vida de los adultos mayores como yo. Ella me está invitando a participar en su estudio que le servirá para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería.

De aceptar, mi participación consistirá en contestar una entrevista que a ca. 20 minutos en la que me preguntará algunas cosas generales sobre mí como mi edad, sexo, estado civil, ocupación escolaridad y por qué vivo. Además me preguntará sobre las enfermedades que padecio y las fechas en las que el médico me dijo que las tenía. También será necesario que conteste un cuestionario sobre calidad de vida.

Apéndices

Procedimiento

Para este estudio, la Lic. Valadez está invitando a participar a todos los adultos mayores que asisten al Centro de Salud de Zacatecas, que pertenece al Municipio de Zacatecas y que tienen una enfermedad crónica. El participar me llevará aproximadamente 20 minutos de mi tiempo; me harán la entrevista en el mismo centro de salud y la persona que me entreviste escribirá a mi computadora.

Riesgos

No existen riesgos serios relacionados con mi participación en este estudio. Sin embargo, la Lic. Valadez me dijo que si me siento incómoda, interrumpida de cuando

Apéndice A

Carta de Consentimiento Informado

Beneficio: “Enfermedades crónicas y calidad de vida en adultos mayores”

Introducción y Propósito

La Srta. Lic. Enfermería Maria Isabel Valadez de Luna desea indagar sobre las enfermedades crónicas y cómo éstas afectan la calidad de vida de los adultos mayores como yo. Ella me está invitando a participar en su estudio que le servirá para obtener el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería.

De aceptar, mi participación consistirá en contestar una entrevista cara a cara, en la que me preguntará algunas cosas generales sobre mí como mi edad, sexo, estado civil, ocupación escolaridad y personas con las que vivo. Además me preguntará sobre las enfermedades que padezco y las fechas en las que el médico me dijo que las tenía. También será necesario que conteste un cuestionario sobre calidad de vida.

Procedimiento.

Para este estudio, la Lic. Valadez está invitando a participar a todos los adultos mayores que asisten al Centro de Salud de Zacatecas, que pertenece al Municipio de Zacatecas y que tienen una enfermedad crónica. El participar me tomará aproximadamente 20 minutos de mi tiempo; me harán la entrevista en el mismo centro de salud y la persona que me entreviste escribirá mis respuestas.

Riesgos

No existen riesgos serios relacionados con mi participación en este estudio. Sin embargo, la Lic. Valadez me dijo que si me siento incómodo hablando de temas

personales relacionadas a mi enfermedad durante la entrevista puedo suspenderla inmediatamente.

Beneficios:

No hay ningún beneficio personal en participar en este estudio; no existe ningún pago económico pero por participar la Licenciada me tomará mi peso, talla, IMC y presión arterial y me dará una hoja con esos registros. Además sé que si participo podré ayudar a conocer más de las enfermedades crónicas y esto en un futuro ayudará a otras personas como yo.

cuando quiera salir libremente por dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

Tratamiento

Se me ha explicado que este estudio no es un estudio de tratamiento, la única alternativa es no participar en él.

Participación Voluntaria / Abandono

Se me ha dicho que mi participación en esta entrevista es completamente voluntaria y si decido no participar o dejar de contestar la entrevista no habrá ninguna consecuencia negativa en mi tratamiento o la relación con mi centro de salud.

Firma y nombre del Primer Testigo

Fecha

Preguntas:

La Lic. Valadez me ha dicho que si tengo alguna duda, comentario o queja como participante en la investigación puedo hacérsela libremente y ella tratará de darme respuesta o buscará quien lo haga.

Confidencialidad

Se me ha explicado que todo lo que yo exprese durante la entrevista será tratado confidencialmente, es decir, nadie más aparte de la persona que me está

entrevistando sabrá que yo lo hice. Además, mi nombre no aparecerá en ninguno de los registros que ella realice.

**CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL
ESTUDIO DE INVESTIGACION:**

La Srita. L.E. Maria Isabel Valadez de Luna me ha explicado y dado a conocer en que consiste el estudio incluyendo los posibles riesgos y beneficios de mi participación así como de que puedo optar libremente por dejar de participar en cualquier momento que lo desee.

Firma del participante

Fecha

Firma y nombre del Investigador

Fecha

Firma y nombre del Primer Testigo

Fecha

Firma y nombre del Segundo Testigo

Fecha

Apéndice B

Cédula de Datos Personales

III. ENFERMEDADES CRÓNICAS

1. ID _____ ¿Algo le ha diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades? (Se responde al preguntar fecha de diagnóstico) Fecha: _____

I. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS GENERALES

- | | |
|--------------|---|
| Diab | 1. Edad _____ (años) |
| Hiper | 2. Sexo 1. Masculino _____ Femenino _____ |
| Enfer | 3. Estado Civil |
| Obesidad | 1. Soltero/Viudo/Divorciado/Separado. |
| EPOC | 2. Casado/ Unión libre |
| Astma | 4. Ocupación |
| Enfermedad B | 1. Trabajo remunerado ¿Cuál? _____ |
| Depresión | 2. Trabajo no remunerado ¿Cuál? _____ |
| Hiper | 5. Escolaridad: _____ años. |
6. Número de personas con las que vive: _____

Parentesco:

1. Esposo (a)
2. Hijos (as)
3. Parientes
4. Otros

II. MEDICIONES BIOMÉDICAS

1. Peso: _____ Kg.
2. Talla: _____ cms IMC: _____
3. Presión Arterial: ____/____

Apéndice C

Cuestionario de Salud SF-36

III. ENFERMEDADES CRÓNICAS

1. ¿Su médico le ha diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades? (Si responde sí, preguntar fecha de diagnóstico).

Enfermedad	Si	No	Fecha de diagnóstico
Diabetes Mellitus			
Hipertensión Arterial			
Enfermedad Cardiovasculares			
Osteoartritis			
EPOC			
Asma			
Enfermedad Renal			
Depresión			
Hiperlipidemia			

4. Algo peor ahora que hace un año

5. Mucho peor ahora que hace un año

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

1. Sí, me limita mucho

2. Sí, me limita un poco

3. No, no me limita nada

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

1. Sí, me limita mucho

2. Sí, me limita un poco

Apéndice C

Cuestionario de Salud SF-36

Instrucciones: Realice cada una de las preguntas al participante y léale las respuestas tal como están anotadas. Marque en la opción correspondiente de acuerdo a lo que el participante responda.

1. En general, usted diría que su salud es:
 - 1 Excelente
 - 2 Muy buena
 - 3 Buena
 - 4 Regular
 - 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
 - 1 Mucho mejor ahora que hace un año
 - 2 Algo mejor ahora que hace un año
 - 3 Más o menos igual que hace un año
 - 4 Algo peor ahora que hace un año
 - 5 Mucho peor ahora que hace un año

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco
 - 3 No, no me limita nada

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?
 - 1 Sí, me limita mucho
 - 2 Sí, me limita un poco

- 3 No, no me limita nada
5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?
- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada
6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?
- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada
7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?
- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada
8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?
- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada
9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?
- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada
10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?
- 1 Sí, me limita mucho
- 2 Sí, me limita un poco
- 3 No, no me limita nada

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

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

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

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

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

- 1 Sí
- 2 No

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

- 1 Sí
- 2 No

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

- 1 Sí
- 2 No

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

1 Sí

2 No

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

1 Sí

2 No

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

1 Sí

2 No

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

1 Nada

2 Un poco

3 Regular

4 Bastante

5 Mucho

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

1 No, ninguno

2 Sí, muy poco

3 Sí, un poco

4 Sí, moderado

5 Sí, mucho

6 Sí, muchísimo

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

1 Nada

2 Un poco

3 Regular

4 Bastante

5 Mucho

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

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Muchas veces

4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

6 Nunca

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

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Muchas veces

4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

6 Nunca

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

1 Siempre



BIBLIOTECA

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?
- 2 Casi siempre
 - 3 Muchas veces
 - 4 Algunas veces
 - 5 Sólo alguna vez
 - 6 Nunca

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

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

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

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

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

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

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

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Muchas veces

4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

6 Nunca

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

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Muchas veces

4 Algunas veces

5 Sólo alguna vez

6 Nunca

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

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Algunas veces

4 Sólo alguna vez

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

1 Siempre

2 Casi siempre

3 Algunas veces

4 Sólo alguna vez

5 Nunca

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

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

Apéndice D

Procedimiento para las Mediciones Antropométricas

Procedimiento para la medición del peso

1. Colocar una toalla de papel en la plataforma y ajustar la báscula
2. Ayudar al paciente a quitarse ropa y calzado, el exceso de ropa altera el resultado del peso corporal de la persona.

El registro del peso en estado de ayuno en horas después de haber ingerido alimentos evita errores en la medición.

3. Ayudar al paciente a subir sobre la plataforma de la báscula con el cuerpo alineado, es decir con los talones y las escápulas en contacto con el estadímetro y la cabeza recta.

4. Mover las barras de la báscula (Kg.) hasta encontrar el peso

La pérdida de aumento de peso en un paciente que no esta acorde con su edad y talla implica trastornos en su estado de salud.

5. Colocar la rama horizontal del estadímetro hasta tocar el vértice de la cabeza, de tal forma que las dos ramas del estadímetro formen un ángulo recto.
6. Hacer la lectura de la talla y bajar las ramas del estadímetro
7. Ayudar al paciente a bajarse, vestirse y ponerse los zapatos.
8. Hacer anotaciones en la hoja de registro.

Procedimiento para la toma de Presión Arterial

1. Indicar al paciente que descanse, ya sea acostado o sentado. Ayudarle a colocar el brazo apoyado en la cama o mesa en posición supina o sedente.
2. Colocar el esfigmomanómetro en un sitio cercano. El aparato debe colocarse de manera que la escala sea visible por el personal de enfermería.

3. Colocar el brazalete alrededor del brazo con el borde inferior 2.5cm por encima de la articulación del brazo a una altura que corresponda a la del corazón, evitando presión del brazo.
4. Colocar el estetoscopio en los conductos auditivos externos con las olivas hacia delante.
5. Con las puntas de los dedos medio e índice, localizar la pulsación más fuerte, colocando el estetoscopio en este lugar, procurando que éste no quede por abajo del brazalete, pero si que toque la piel sin presionar. Sostener la perilla de caucho con la mano contraria y cerrar la válvula de tornillo.
6. Mantener el estetoscopio sobre la arteria. Realizar la acción de bombeo con la perilla, e insuflar rápidamente el brazalete hasta que el mercurio se eleve 20 a 30 mmHg por arriba del nivel en que la pulsación de la arteria ya no se escuche.
7. Aflojar cuidadosamente el tornillo de la perilla y dejar que el aire escape lentamente. Escuchar con atención el primer latido claro y rítmico. Observar el nivel de la escala de mercurio y hacer la lectura. Esta cifra es la presión sistólica.
8. Continuar aflojando el tornillo de la perilla para que el aire siga escapando lentamente y mantener la vista fija en la columna de mercurio. Escuchar cuando el sonido agudo cambia por un golpe fuerte y amortiguado. Este último sonido claro es la presión diastólica. Abrir completamente la válvula, dejando escapar todo el aire del brazalete y retirarlo.
9. Repetir el procedimiento para confirmar los valores obtenidos o para aclarar dudas.
10. Valorar resultados obtenidos.
11. Hacer las anotaciones correspondientes en la hoja de registro.

Procedimiento para la toma de IMC

IMC

Rangos e interpretación de clasificación para el IMC en adultos según la OMS. (1995).

Rangos de clasificación	Interpretación
< 16.00	Delgadez intensa
16.00-16.99	Delgadez moderada
17.00-18.49	Delgadez leve
18.50-24.99	Valores normales
25.00-29.99	Sobrepeso grado 1
30.00-39.99	Sobrepeso grado 2
> 40	Sobrepeso grado 3

El IMC es un indicador independiente de la talla, la interpretación de los valores del IMC en las personas muy altas y las muy bajas, debe realizarse de forma prudente, ya que los valores estarían afectados por el sesgo introducido por la talla y la medición del peso de los adultos, se considera como una forma de evaluación objetiva del grado de carencia nutricional o socioeconómica de otro tipo en una población. Los valores bajos del IMC pueden ser un indicador útil de las necesidades especiales de la población de una determinada zona, y un perfil cambiante del IMC puede demostrar que la población es afectada en forma negativa, por modificaciones sociales o económicas.

El aumento de peso en la vida adulta puede estar asociado con una mayor morbilidad y mortalidad. Los valores límites para los grados de sobrepeso no deben interpretarse en forma aislada, sino siempre en combinación con otros factores determinantes de la morbilidad y la mortalidad, como las enfermedades, el consumo de tabaco, la presión arterial, las concentraciones séricas de lípidos, la intolerancia a la glucosa, el tipo de distribución de la grasa, etc. Las medidas correctivas a tomar se basan en el rango de IMC que obtiene el individuo.

En el sobrepeso grado 1, se debe evitar ganar peso; sin embargo, antes de establecer cualquier tipo de intervención han de evaluarse otros factores de riesgo como presión alta, dislipidemias, intolerancia a la glucosa y enfermedad coronaria.

Además, se propicia un estilo de vida saludable que contribuya a mejorar el perfil de riesgo. Se recomienda la pérdida moderada de peso, pero la pérdida de peso en sí, no debe ser el objetivo principal de la intervención.

En el sobrepeso grado 2, se siguen iguales recomendaciones que las citadas, aunque la prevalencia de factores de riesgo y de trastornos asociados con el sobrepeso que requieren atención médica, es notablemente mayor; por eso, se recomienda la pérdida moderada. Entre más alta sea la prevalencia de enfermedad crónica, mayor será la necesidad de perder peso.

En el sobrepeso grado 3, se recomienda una acción intensa para reducir el peso, que incluye muchas veces, tratamientos quirúrgicos.

Sin embargo, en el año 2000, la OMS publicó un reporte técnico en el que incluye una subdivisión adicional, a la presentada en 1995, en el rango de IMC de 30 a 39.99, se emplea el término "Obesidad", debido a que en la actualidad se acepta que un IMC superior a 30, denota "Obesidad". Los rangos se muestran a continuación.

Rangos e interpretación de clasificación para el IMC en adultos según la OMS. 2000.

Rangos de Clasificación Interpretación

<18.5 0	Bajo peso
18.50-24.99	Valores normales
>25.00	Sobrepeso
25.00-29.99	Pre-obesidad
30.00-34.99	Obesidad grado 1
35.00-39.99	Obesidad grado 2
>40	Obesidad grado 3

Procedimiento

1. Determinar el peso del individuo.
2. Determinar la estatura en centímetros
3. Después elevar al cuadrado la estatura
4. Posteriormente realizar el cálculo según el índice de Quetelet el cual consiste en dividir el número de peso entre su número de estatura.

$$\text{IMC} = \text{Peso}/\text{Talla}^2$$

Índice de Investigación: Criterialidad

Biografía: Nació en Zacatecas, Zacatecas el día 29 de marzo del año de 1976. Hija de Arturo Valdez y Antonia de Luna Lomas.

Educación: Egresada de la Escuela de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas con grado de Licenciatura en Enfermería 2004.

Experiencia Profesional: Enfermera General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Hospital General No. 26 Zacatecas de 2008 a la fecha.

Docente Investigador de la Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas de 2005.

e-mail: angelita9714@gmail.com

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

Maria Isabel Valadez de Luna
Candidato para el grado de Maestría en Ciencias de Enfermería

TESIS: ENFERMEDADES CRÓNICAS Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS
MAYORES.

Campo de Estudio: Salud Comunitaria

Línea de Investigación: Cronicidad

Biografía: Nacida en Zacatecas, Zacatecas. El día 29 de marzo del año de 1976. Hija de Arturo Valadez y Antonia de Luna Lamas.

Educación: Egresada de la Escuela de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas con grado de Licenciatura en Enfermería 2001.

Experiencia Profesional: Enfermera General del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Hospital General No. 26 Zacatecas de 2001 a la fecha.

Docente Investigador de la Unidad Académica de Enfermería de la Universidad Autónoma de Zacatecas de 2003.

e- mail : angelisa 9714 @yahoo.com.mx