

Méd. Gral. Rocío del Carmen Martínez García.

TÍTULO COMPLETO DE LA TESIS: LA DEPENDENCIA ASOCIADA A LA CALIDAD DE VIDA EN
EL ADULTO MAYOR HIPERTENSO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA_FAMILIAR
2020



Universidad Autónoma de Querétaro

Facultad de Medicina

**LA DEPENDENCIA ASOCIADA A LA CALIDAD DE VIDA EN EL
ADULTO MAYOR HIPERTENSO EN UNA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR**

Tesis

QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Méd. Gral. Rocío del Carmen Martínez García

Dirigido por:

M.C.E. Ma. Azucena Bello Sánchez

Querétaro, Qro; 1º noviembre 2020



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad de Medicina Familiar

“LA DEPENDENCIA ASOCIADA A LA CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO
MAYOR HIPERTENSO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR”

Tesis

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Médico General Rocío Del Carmen Martínez

Dirigido por:

M.C.E. Ma. Azucena Bello Sánchez

M.C.E. Ma. Azucena Bello Sánchez.

Presidente

M.C.E. Martha Leticia Martínez Martínez.

Secretario

Med. Esp. Manuel Enrique Herrera Ávalos.

Vocal

Med. Esp. Karla Gabriela Romero Zamora.

Suplente

Med. Esp. Rubén del Valle Cortés

Suplente

Centro Universitario, Querétaro, Qro.
Noviembre, 2020
México

Resumen

Introducción: La hipertensión arterial (HAS) ha sido el principal motivo de consulta externa en las unidades de medicina familiar, y con el aumento de población de adultos mayores también el número hipertensos se ha incrementado. En relación a la calidad de vida la definimos como la manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive. En investigaciones realizadas en México y Sudamérica se demostró que la dependencia incrementa con la edad en el adulto mayor.

Objetivo: Determinar la asociación de dependencia y calidad de vida en el adulto mayor que presenten hipertensión arterial.

Material y Métodos: Estudio transversal comparativo tipo analítico. Se incluyó a pacientes mayores de 65 años de edad con hipertensión arterial de más de 5 años de evolución, de ambos sexos que firmaron el consentimiento informado, se excluyeron a pacientes con enfermedad renal crónica, con diabetes tipo 2, trastornos psiquiátricos, Parkinson y demencia. Se empleó el muestreo no probabilístico por cuota. Se dividió en dos grupos de pacientes con dependencia y sin dependencia, donde se analizó la asociación entre la peor y mejor calidad de vida. El tamaño de muestra p ($n= 66$ por grupo) se calculó con la fórmula para dos proporciones con un nivel de confianza de 95%.

Análisis estadístico. Se analizaron promedios, medias, intervalos de confianza, porcentajes, frecuencias, χ^2 y OR.

Resultados: El estado de salud global (físico y emocional) con un OR de 0.186 (IC 95% 0.88 – 0.392), forma física con un OR de .117 (IC 95% 0.053 -.258), y cambios de estado de salud con un OR .0.265 (IC 95% 0.129 – 0.546) percibido por los participantes se encontró que en el grupo de dependientes refieren peor calidad de vida y en cambio los independientes la percepción se posiciona para mejor calidad en todas las dimensiones con un $p= 0.000$ estadísticamente significativa, excepto en la dimensión de actividades sociales con una $p= 0.234$.

Conclusiones: Existe asociación entre la dependencia y calidad de vida en 3 de las dimensiones estudiadas: la forma física, cambios de estado de salud y estado de salud global, por lo tanto se consideró como factor de riesgo para percibir peor la calidad de vida; y el ser independiente la percepción de mejor calidad de vida se manifiesta en todas las dimensiones.

(Palabras clave: hipertensión arterial, calidad de vida, dependencia)

Summary

Introduction: High blood pressure (SAH) has been the main reason for outpatient consultation in family medicine units, and with the increase in the population of older adults, the number of hypertensive patients has also increased. In relation to the quality of life, definitions such as the way in which the individual perceives his life, the place he occupies in the cultural context and the value system in which he lives. Research carried out in Mexico and South America showed that functional dependence increases with age in the elderly.

Objective: To determine the association of dependency and quality of life in the elderly with hypertension.

Material and Methods: Analytical comparative cross-sectional study. Patients older than 65 years of age with arterial hypertension of more than 5 years of evolution were included, of both sexes who signed the informed consent, patients with chronic kidney disease, type 2 diabetes, psychiatric disorders, Parkinson's and dementia were excluded. Non-probability sampling by quota was used. It was divided into two groups of patients with dependence and without dependence, where the association between the worst and the best quality of life was analyzed. The sample size p ($n = 66$ per group) was calculated with the formula for two proportions with a confidence level of 95%.

Statistic analysis. Averages, means, confidence intervals, percentages, frequencies, χ^2 and OR were analyzed.

Results: Global health status (physical and emotional) with an OR of 0.186 (95% CI 0.88 - 0.392), physical fitness with an OR of .117 (95% CI 0.053 - .258), and changes in health status With an OR 0.265 (95% CI 0.129 - 0.546) perceived by the participants, it was found that in the group of dependents they report worse quality of life and, on the other hand, the independent perception is positioned for better quality in all dimensions with a $p = 0.000$ statistically significant, except in the dimension of social activities with a $p = 0.234$.

Conclusions: There is an association between dependency and quality of life in 3 of the dimensions studied: physical fitness, changes in health status, and overall health status, therefore it was considered a risk factor for perceiving quality of life worse; and being independent, the perception of a better quality of life is manifested in all dimensions.

(Key words: high blood pressure, quality of life, dependency).

Dedicatorias

Primeramente a mis padres María e Hilario por el sostén incondicional que me otorgaron durante este trayecto de mi vida, apoyándome con mi hija, por el amor y la confianza que me brindaron y permitieron lograr culminar este grado como un escalón más en esta llamada meta profesional personal.

A mi esposo Javier que a través de sacrificios siguió mi camino para llegar a la recta final llamada residencia.

A mi hija Ximena que aunque sea corta la edad vivida, me comprendió y sentí todo el apoyo para superarme y darle una enseñanza de vida para que sea la pauta de sus logros futuros.

A Dios, quien como guía espiritual estuvo presente en el caminar de mi vida, ungiéndome y dándome fuerzas para continuar con mis metas trazadas, aunque con obstáculos no me permitió desfallecer.

Agradecimientos

Principalmente para la Dra. Azucena Bello por su apoyo incondicional, espíritu de lucha y conocimiento que me inculco para terminar mi trabajo de investigación y seguir con metas futuras.

A mi profesor titular Dr. Manuel Enrique Herrera que siempre estuvo presente en las necesidades que se presentaban, apoyándome, dando soluciones a mis inquietudes y dificultades presentadas.

A mis profesores y doctores que a lo largo de la residencia cada uno aportó un conocimiento eficaz y eficiente que siempre estará en mi memoria, motivándome a siempre querer aprender más.

Dirección General de Bibliotecas UAG

Índice

Contenido	Página
Resumen	i
Summary	ii
Dedicatorias	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Índice de cuadros	vii
Abreviaturas y siglas	viii
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
III. Fundamentación teórica	5
II.1. Hipertensión arterial	5
II.1.2. Fisiopatología	5
II.1.3. Epidemiología	6
II.1.4. Definiciones	8
II.2. Calidad de vida en el paciente hipertenso	9
II.2.1. Factores asociados a la calidad de vida en el adulto mayor	11
II.2.2. Calidad de vida relacionada con la salud con el instrumento laminas COOP/WONCA.	12
II.3. Dependencia en el adulto mayor	13
II.3.1. Índice de BARTHEL	15
II.3.2. La dependencia relacionada la calidad de vida	15
IV. Hipótesis o supuestos	18
V. Objetivos	19
V.1. General	19

	V.2 Específicos	19
VI. Material y métodos		20
	VI.1 Tipo de investigación	20
	VI.2 Población o unidad de análisis	20
	VI.3 Muestra y tipo de muestra	20
	VI.3.1. Criterios de selección	21
	VI.3.2. Variables de estudio	21
	VI.4. Técnicas e instrumentos	22
	VI.5. Procedimientos	25
	VI.5.1. Análisis estadístico	26
	VI.5.2. Consideraciones éticas	26
VII. Resultados		28
VIII. Discusión		39
IX. Conclusiones		42
X. Propuestas		43
XI. Bibliografía		44
XII. Anexos		51

Índice de cuadros

Cuadro		Página
VII.1	Factores sociodemográficos del adulto mayor hipertenso	34
VII.2.	Edad y Años de evolución del adulto mayor de padecer hipertensión arterial	35
VII.3.	Asociación de la dependencia con la dimensión forma física en adulto mayor hipertenso	36
VII.4.	Asociación de la dependencia con la dimensión sentimientos en adulto mayor hipertenso	37
VII.5.	Asociación de la dependencia con la dimensión actividades cotidianas en adulto mayor hipertenso	38
VII.6.	Asociación de la dependencia con la dimensión actividades sociales en adulto mayor hipertenso	39
VII.7.	Asociación de la dependencia con la dimensión cambios en el estado de salud en adulto mayor hipertenso	40
VII.8.	Asociación de la dependencia con la dimensión estado de salud global en adulto mayor hipertenso	41

Abreviaturas y siglas

- HAS. Hipertensión Arterial Sistémica.
- PAD. Presión arterial diastólica.
- PAS. Presión arterial sistólica.
- OMS. Organización Mundial de la Salud.
- JNC 8. Joint National Committee.
- GCHTA. Guía cubana de Hipertensión Arterial.
- CV. Calidad de Vida.
- IB. Índice de BARTHEL.
- IC. Intervalo de confianza

Dirección General de Bibliotecas UAQ

I. Introducción

La hipertensión arterial (HAS) es uno de los motivos cardinales de consulta externa en las unidades de medicina familiar, es una enfermedad crónica producida por diversos factores dentro de los que destacan los genéticos, la ingesta excesiva de sodio, la edad avanzada, el tabaquismo, la inactividad física y las enfermedades crónicas como la obesidad, las dislipidemias y la diabetes Mellitus. (Valenzuela et al. 2016).

Estadísticas en México según datos de las Naciones Unidas, en 2015 los adultos mayores llegó a los 12 millones de personas, lo cual es equivalente al 10% de la población. Creciendo a un ritmo más acelerado que la población total. Donde la población de 80 años y más así mismo aumentará dramáticamente: de 1.3% en 2010 a 5% en 2050 (López, Aranco 2019). Y el crecimiento poblacional en Querétaro se espera que el grupo de 65 y más años de edad respecto a la población total pasa de 9 % en 2030 a 16.2% en 2050. (CONAPO, 2018).

En relación al incremento de adultos mayores hipertensos se elevó a una tasa porcentual aproximada del 60%. (GPC IMSS, 2017). En el más actual reporte de la prevalencia de HAS en ENSANUT 2018 se encontró que en relación al diagnóstico médico previo de hipertensión arterial (HAS), se reportó un aumento del 16.6% al 18.4% desde el 2012. Y, que acorde se incrementa la edad, crece el porcentaje de población con diagnóstico previo de HAS, llegando al 26.7% en el grupo de 70 a 79 años en 2018. Los estados con mayor prevalencia fueron Campeche, Sonora, Veracruz, Chihuahua y Coahuila quedando nuestra entidad: Querétaro en el lugar 18 en cuenta a esta entidad patológica. (ENSANUT, 2018)

En la mayoría de investigaciones, reportan que el manejo de la HTA en el adulto mayor tiene características propias. Dejando de lado otros factores tan relevantes vinculados a la red social de los pacientes, y que tradicionalmente no se

le da la importancia real, siendo uno de ellos la Calidad de Vida. Por lo tanto, los objetivos terapéuticos en estos grupos, deben pasar más que de la postergación de la vida a una dirección en la calidad de vida y al sostén de sus funciones.

En el periodo de los noventa se inició el concepto de calidad de vida vinculado a la salud, que se detalla 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.

Debido a que la HAS es una enfermedad que manifiesta pocos síntomas (excepto en fases complicadas), parece difícil relacionar a ella una disminución en la Calidad de vida. Sin embargo, hay diversos estudios y autores que afirman que la HAS produce un deterioro de la Calidad de vida. Si bien la edad adulta es considerada como la etapa más plena de la vida de una persona, también se ubica en el punto en donde comienza la decadencia biológica y por lo tanto ser dependiente.

En investigaciones realizadas en México y Sudamérica se demostró que la dependencia acrecienta con la edad en el adulto mayor y las enfermedades. Estando relacionada estrechamente la presencia de la dependencia a la hipertensión arterial, favoreciendo la pérdida de la autonomía que se traduce en la necesidad de vivir a cuenta de otros, derivando directamente en el impacto familiar y social, dando lugar a aumento de la morbimorbilidad del adulto mayor por las complicaciones que conlleva.

Siendo el objetivo de este trabajo la asociación de la dependencia de actividades básicas de la vida diaria con la calidad de vida para determinantes futuras, dentro de nuestra población de adultos mayores e implementar plan de mejoras en los programas ya establecidos para una mejor calidad de vida del adulto mayor hipertenso en la unidad de medicina familiar.

II. Antecedentes

La población del adulto mayor, asciende de manera acelerada, por ende, se necesitan cada vez más directrices que permitan abordar a estos “pacientes de edad muy avanzada”. De esta manera, las metas terapéuticas en estos grupos, deben pasar más de una postergación de la vida, a un enfoque en la calidad de vida y al sostenimiento de sus funciones. (Osorio, Amarilesa. 2018).

Por lo que se han realizado diferentes estudios a nivel mundial donde relacionan la calidad de vida y los factores asociados, la dependencia y las enfermedades crónicas como la hipertensión en el adulto mayor para políticas de prevención y vida saludable.

En un estudio de Melguizo, Acosta, Castellano, (2012) realizado en Colombia sobre factores sociodemográficos relacionados a la calidad de vida en el adulto mayor encontró que: Ser del sexo femenino, niveles de escolaridad secundaria o más, ser pensionado o estar laborando y vivir con menos de cuatro personas muestra asociación a la calidad de vida relacionada con salud.

Otro estudio en la ciudad de México de Soria, Montoya, Bernardino (2017) se valoró factores relacionados a la calidad de vida, del análisis se desglosó que más de la mitad de la población en estudio está carente de condiciones adecuadas en su calidad de vida y se muestran los factores relacionados, tales como escolaridad, estado civil y condición de derechohabiente.

De acuerdo con el estudio (Manriquez, et, al. 2011). del Instituto Nacional de Salud Pública, la realización de actividades básicas de la vida diaria como caminar, comer o bañarse con supervisión de otra persona, se le conoce como dependencia funcional, puede ser causada por la presencia de alguna enfermedad o proceso degenerativo.

Nolasco et al (2015), en investigaciones realizadas han relacionado la dependencia y la calidad de vida en pacientes hipertensos, donde sus resultados fueron que cursaban con algún grado de dependencia presentaban peor calidad de vida sobre todo relacionada con la salud.

En Querétaro, México Loredo et al (2016), realizaron una investigación para correlacionar la dependencia y la calidad de vida en adultos mayores encontrando El 19.8% de los adultos mayores encuestados presentaban dependencia leve, por lo que el 80.2% eran independientes para realizar las actividades de la vida diaria. Con respecto a los resultados de percepción de calidad de vida en función de su salud, se encontró que el 29.3% de los entrevistados consideraban que esta era buena y el 56%, regular. Y al cruce de variables el 45.7% presentan calidad de vida baja con independencia, y el 25.9% tienen calidad de vida alta con independencia.

III. Fundamentación teórica

III.1 Hipertensión arterial

La hipertensión arterial sistémica es una enfermedad crónica, de múltiples causas. Un problema de salud pública de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS). (Cruz, 2019).

Ha sido el principal motivo de consulta externa en las unidades de medicina familiar (Valenzuela, 2016), considerándose además de una enfermedad, un factor de riesgo importante para otros padecimientos como son las cardiopatías isquémicas, las enfermedades cerebrovasculares y la insuficiencia renal, entre otras. (Pomares, 2017)

III.1.2 Fisiopatología

La tensión arterial es producto de la fuerza con que la sangre presiona contra las paredes de los vasos sanguíneos (arterias) a medida que es bombeada por el corazón, siendo la afección en la cual la presión en los vasos sanguíneos es continuamente alta, es más frecuente conforme avanza la edad, ya que con el envejecimiento existe mayor acumulo de lípidos dentro de las fibras de elastina de las arterias, lo que facilita el aumento de depósitos de calcio en estas; además se incrementa el grosor de la capa media arterial y existe hipertrofia e hiperplasia de las células musculares lisas, lo que genera un aumento en la síntesis de colágeno y de la actividad de las elastasas, ocurriendo como consecuencia la destrucción de la elastina e incrementando el índice colágeno/elastina aumentando la rigidez de las arterias. (Berreta, 2017; GPC IMSS, 2017).

La HAS del adulto mayor suele ser primaria. Entre las formas secundarias se observa en este grupo de edad: la estenosis aterosclerótica de la arteria renal, que por declive del flujo arterial renal da origen a una elevada síntesis de renina con incremento de la transformación de angiotensinógeno plasmático hacia

angiotensina I, y su posterior transformación en angiotensina II por la enzima convertidora endotelial. (Espinosa, 2018).

III.1.3 Epidemiología.

La población de personas mayores de 60 años en México crece a un ritmo más acelerado que la población total. Basándose en datos de las Naciones Unidas, en el 2015, este grupo de la población llegó a los 12 millones de personas, lo cual es equivalente al 10% de la población. Si persisten las tendencias, se espera que en 2050 las personas mayores lleguen a representar 25% de la población, llegando los 40 millones de personas. La población de 80 años y más también aumentará dramáticamente: de 1.3% en 2010 a 5% en 2050. (López, Aranco, 2019).

Y el crecimiento poblacional en Querétaro se espera que el grupo de 65 y más años de edad respecto a la población total, pasa de 9 por ciento en 2030 a 16.2 en 2050. La directriz de este grupo de edad, es aumentar al doble su volumen durante el periodo premeditado, lo cual sugiere un reto demográfico para las políticas públicas de salud en relación a las enfermedades crónicas y otras vertientes. (CONAPO, 2018).

Según la OMS en notas descritas recientes, estiman que en el mundo hay 1130 millones de personas con hipertensión, y el mayor porcentaje de ellas (cerca de dos tercios) vive en países de ingresos bajos y medianos. En 2015, las investigaciones demuestran que 1 de cada 4 hombres y 1 de cada 5 mujeres tenían hipertensión. Donde solo 1 de cada 5 personas hipertensas cumple con las metas de control. Hablando de una de las principales metas a nivel mundial para las enfermedades no transmisibles es subyugar la prevalencia de la hipertensión en un 25% para 2025 con respecto a los valores referenciados de 2010. (OMS, 2019).

Relacionado al aumento de adultos mayores con hipertensión arterial se ha incrementado a una tasa porcentual aproximada del 60%. De esta manera, se sabe

que aquellos normotensos a los 55 años, dos terceras partes de los hombres y una tercera parte de las mujeres presentarían hipertensión al llegar a los 70 años. (GPC IMSS, 2017).

La HAS se ha mantenido entre las primeras nueve causas de muerte en México, y en los pasados seis años, la tasa de mortalidad por esta causa ha incrementado 29.9%.⁶ Esto ubicó a la HAS, en el año 2015, como la enfermedad crónica responsable de 18.1% del total de muertes y como el principal factor de riesgo de muertes prevenibles. (ENSANUT MC, 2016).

Por mencionar algunos datos específicos a nivel mundial; En Estados Unidos, en gran parte debido a una prevalencia dramáticamente mayor entre los ancianos los datos recientes de la Encuesta nacional de examen de salud y nutrición indican que el 70% de los adultos mayores tienen hipertensión (Buford, 2016) y Se estima que hay 65 millones de adultos estadounidenses, o casi un cuarto de la población adulta de los Estados Unidos, padece de HAS. (Rosas, 2016).

En España, el 33% de las personas adultas tienen hipertensión arterial, con unos grados de conocimiento (60%) y control global (25%) muy bajos. (SEH-LELHA, 2017).

En el más actual reporte de la prevalencia de HAS en ENSANUT 2018 se encontró que en relación al diagnóstico médico previo de hipertensión arterial (HAS), se reportó un aumento del 16.6% al 18.4% desde el 2012. Y, que conforme se incrementa la edad, crece el porcentaje de población con diagnóstico previo de HAS, principalmente a partir de los 50 años, llegando al 26.7% en el grupo de 70 a 79 años en 2018. Los estados con mayor prevalencia fueron Campeche, Sonora, Veracruz, Chihuahua y Coahuila quedando nuestra entidad: Querétaro en el lugar 18 en cuenta a esta entidad patológica. (ENSANUT, 2018).

III.1.4. Definiciones

Las cifras que se han adoptado como criterios de HTA se han ido modificando en el transcurso del tiempo, según los conocimientos, las evidencias disponibles y las opiniones predominantes en cada momento y lugar, En el 2017 se ha publicado la versión más reciente de la Guía Cubana de Hipertensión Arterial (GCHTA) en un Suplemento Especial de la Revista Cubana de Medicina, donde se mantiene la definición de la HAS como la elevación de la PAS a 140 mmHg o más, o la PAD a 90 mmHg o más. (Pérez, et al. 2017).

Al igual que la OMS la define como una tensión sistólica igual o superior a 140 mm Hg y una tensión diastólica igual o superior a 90 mm Hg mismas cifras que la JNC 8 (Joint National Committee) reafirma. En noviembre de 2017, la American Heart Association y el American College of Cardiology emitieron nuevas guías de práctica clínica con una nueva clasificación modifican las metas de tratamiento, recomendando cifras < 130/80 mmHg .incluso en mayores de 65 años con alto riesgo cardiovascular (Tabla1). (Rubio, 2018).

Pero dentro de las definición de la guía mexicana conserva para el diagnóstico Hipertensión arterial, los valores de tensión arterial sistólica igual o mayor de 140 mm Hg y tensión arterial diastólica mayor o igual de 90 mm Hg, al menos en tres ocasiones. (GPC IMSS, 2017).

Tabla 1. Categorías de presión arterial en adultos (JNC 8)

Normal	PAS<120mmHg Y PAD< 80 mm Hg
Elevada	PAS 120-129mmHg y PAD < 80 mm Hg
HIPERTENSION.	2 CATEGORÍAS
Estadio 1	PAS 130-139 mm Hg o PAD 80-89 mm Hg
Estadio 2	PAS ≥ 140 mm Hg o PAD ≥ 90 mm Hg

Fuente: Nuevas guías del American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension, 2018.

La sociedad latinoamericana y colegio mexicano de medicina interna en el foro internacional de medicina interna emiten recomendaciones y definiciones de hipertensión arterial para aquellos valores medidos en consultorio de PAS mayor o igual a 140 mmHg y/o PAD mayor o igual a 90 mmHg con el fin de preservar una nomenclatura uniforme en Latinoamérica, se propone usar la siguiente clasificación (tabla 2), que otorga 3 grados de HTA según las cifras de PA en el consultorio. (Sabio, et al. 2019)

Tabla 2.- Clasificación de HAS en consultorio		
Normal	< 130	< 85
Limítrofe	130 – 139	85 - 89
HAS grado 1	140 – 159	90 – 99
HAS grado 2	160 – 179	100 - 109
HAS grado 3	> - 180	>- 110
HAS sistólica aislada	>- 140	< 90

Fuente: Recomendaciones latinoamericanas para el manejo de la hipertensión arterial en adultos, 2019.

III.2. Calidad de vida en el paciente hipertenso

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como la manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones. (Cardona, 2014).

La literatura frecuentemente define que ésta, se encuentra conformada por estos dos componentes: uno, la habilidad de realizar actividades diarias que reflejan el bienestar físico, psicológico y social; y el otro, la satisfacción con los niveles del

funcionamiento y los síntomas derivados del control de la enfermedad o el tratamiento. (Robles, 2016).

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. (Varela, 2016).

Este concepto en el ámbito 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. En definitiva, dentro del concepto de Calidad de Vida (CV), se pretende englobar el impacto de la enfermedad y del tratamiento, más allá de las meras consecuencias biológicas de ambas. Todos aquellos aspectos del funcionamiento de una persona, sobre los que se supone que pueden influir la enfermedad o su tratamiento. (Jarillo et al. 2002).

En la mayoría de investigaciones, reportan que el manejo de la HAS en el adulto mayor tiene características propias (sodio sensible, mayor disautonomía e hipotensión ortostática) que en su mayoría son clínicas, dejando de lado otros factores tan relevantes como los anteriores, dichos factores están vinculados a la red social de los pacientes, y que tradicionalmente no se le da la importancia real, pero que muchos estudios en el ámbito internacional han generado evidencia del impacto que tienen en la adherencia al tratamiento y control, siendo uno de ellos la calidad de vida. (Palacios, Matta, Pérez, 2018).

En este sentido, los objetivos terapéuticos en estos grupos, deben pasar más que de la prolongación de la vida, a un enfoque en la calidad de vida y al mantenimiento de sus funciones. (Barbosa, 2018).

Se debe resaltar que “calidad de vida” no es lo mismo que estado de salud, estilo de vida, satisfacción con la misma, estado mental o bienestar, sino que es un concepto multidimensional, que incluye la percepción que tiene el individuo sobre éstos y otros aspectos de su vida. Debido a que la HAS es una enfermedad poco sintomática (excepto en fases complicadas), parece difícil asociar a ella un deterioro en la Calidad de vida.

Sin embargo, hay diversos estudios y autores que afirman que la HAS produce un deterioro de la Calidad de vida. En un estudio realizado en el año 2015, comunicaron que los pacientes hipertensos, tienen una significativa disminución en todos los dominios de la calidad de vida en comparación con los pacientes normotensos. (Nolasco, et al. 2015).

III.2.1 Factores asociados a la calidad de vida en el adulto mayor.

En un estudio realizado en Colombia, por Estela Melguizo Herrera et al., sobre factores sociodemográficos relacionados a la calidad de vida en el adulto mayor encontró que: Ser mujer, tener nivel de escolaridad secundaria o más, vivir en estrato tres o cuatro, ser pensionado o estar trabajando y vivir con menos de cuatro personas muestra asociación a la calidad de vida relacionada con salud de los adultos mayores sería alta. (Melguizo, Acosta, Castellano, 2012)

En la ciudad de México un estudio de Soria-Romero et al., valoraron factores relacionado a la calidad de vida, del análisis se desprendió que más de la mitad de la población en estudio carece de condiciones adecuadas en su calidad de vida y se muestran los factores relacionados, tales como escolaridad, estado civil y condición de derechohabencia.

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. Y las

enfermedades cuya incidencia se incrementa con la edad, como es el caso de las crónicas degenerativas como la HAS. (Soria, Montoya, Bernardino, 2017)

III.2.2 Calidad de vida relacionada con la salud con el instrumento laminas COOP/WONCA.

El interés por investigar sobre la calidad de vida del adulto mayor cobra importancia en la década de 1980, ante la demanda de una visión holística de los problemas de salud para medir el impacto de la misma en el bienestar.

La calidad de vida es un fenómeno que se afecta tanto por la enfermedad como por el tratamiento, por lo que los instrumentos para medir la calidad de vida deben considerarse herramientas adicionales en la evaluación del paciente y en la conducción de ensayos clínicos. Uno de los instrumentos genéricos fundamentales en atención primaria y el único especialmente diseñado para ser utilizado en la consulta médica son las Láminas COOP/WONCA. (Pedraza, Vázquez, 2010)

Las características como el tiempo empleado en el cumplimiento del cuestionario, la sencillez y la amenidad del formato y el interés, la brevedad y la claridad de las preguntas, así como la facilidad de la corrección la interpretación y la presentación de resultados para el médico son algunos de los aspectos de la viabilidad de la aplicación de las láminas COOP/WONCA. (Badia, Lizan, 2003)

Las láminas COOP/WONCA se desarrollaron originalmente por profesionales de una red de centros comunitarios de investigación, diseñados para la medición funcional en la consulta médica.

El instrumento de 9 láminas iniciales, se pasó posteriormente a 6 láminas y 1 opcional actualmente. Cada una de ellas consta de un título, una cuestión referida al estado de salud durante el último dos semanas y 5 posibles respuestas. Cada

opción está ilustrada con un dibujo que representa un nivel de funcionamiento en una escala ordinal tipo Likert de Puntuación de 1 al 5. Las puntuaciones más altas expresan peor calidad de vida y las más bajas mejor calidad de vida. Representando cada lámina una dimensión de la calidad de vida en el siguiente orden : capacidad física, sentimientos, actividades diarias o cotidianas, actividades sociales, cambio de salud, estado de salud global y una opcional de dolor, debiendo ser aplicadas en ese orden. La puntuación de cada una de las láminas permite una interpretación directa en las dimensiones estudiadas. (Lizan, Reing, 2002).

En diferentes estudios las láminas COOP/WONCA han demostrado tener validez y una moderada sensibilidad al cambio. Dado que el cuestionario presenta, según Lizan y Reig, una aceptable consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,82 para 9 ítems y una estructura unifactorial para 6,7 de 9 ítems. Es factible la utilización de un índice total de COOP/WONCA que se obtiene de la suma de cada una de las viñetas. La adecuada validez y fiabilidad de sus medidas y su facilidad de aplicación han sido fundamentales para la extensión generalizada de su uso en diferentes poblaciones. Además que es un cuestionario que no provoca malestar, aburrimiento ni fatiga a los que se aplican. (Solís, De Armas, Ulloa, 2014)

III.3 Dependencia en el adulto mayor

De acuerdo con Betty Manríquez et al., del Instituto Nacional de Salud Pública A la realización de actividades básicas de la vida diaria como caminar, comer o bañarse con supervisión de otra persona, se le conoce como dependencia funcional, puede ser causada por la presencia de alguna enfermedad o proceso degenerativo que, de ser lo suficientemente grave o duradero, afecta a una o varias partes del organismo, provocando la alteración del funcionamiento normal. (Manríquez, et, al. 2011).

Si bien la edad adulta es considerada como la etapa más plena de la vida de una persona, también se ubica en el punto en donde comienza la decadencia biológica. (Gómez, Solís, 2015).

Uno de los autores pioneros en proponer un modelo para la dependencia funcional fue Saad Nagi que propone que el proceso de pérdida funcional inicia con una patología activa a la que se agrega una disfunción del tejido o el órgano afectado desencadenando una limitación de la función corporal, en algunos casos resultar en la discapacidad del individuo.

En contraparte la OMS ha propuesto desde 2001 la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), la cual describe la etiología de los decrementos en el nivel funcional de una persona, no solamente como una consecuencia de la enfermedad, sino relacionado con factores personales y ambientales. (Acuña, 2018).

En investigaciones realizadas en México y Sudamérica se demostró que la dependencia funcional incrementa con la edad en el adulto mayor y las enfermedades, estando muy relacionadas con la presencia de esta dependencia a la hipertensión arterial, en un gran número de adultos como una de las principales causas en conjunto con las enfermedades osteoarticulares. Participar en los problemas del adulto mayor y observar el apoyo familiar, es importante para saber cómo se desarrolla su entorno, con qué recursos cuenta en relación a su dependencia. (Jiménez et al. 2016).

Y gran parte de ellos quien además de ser dependientes, cuentan con comorbilidades como es la hipertensión y necesita de cuidados a largo plazo en el hogar, asilos o en hospitales. (Hernández, et al. 2016).

Los datos anteriores fundamentan la importancia de intervenir en la población de adultos mayores, puesto que los factores de riesgo y no estar controlados en la

etapa adulta, incrementan alteraciones que contribuyen a un mayor deterioro del adulto mayor afectando a la funcionalidad y calidad de vida, con las consecuencias de mayor dependencia. A través de la valoración geriátrica utilizando la Escala de actividades básicas de la vida diaria de BARTHEL permite identificar tempranamente la condición de dependencia que puede desarrollar el adulto mayor. (Laguado et al. 2017).

III.3.1 Índice de BARTHEL.

El Índice de BARTHEL (IB) valora la independencia del paciente respecto a diez Actividades de la Vida Diaria: alimentación, aseo personal, vestirse, arreglarse, deposición, micción, uso de retrete, traslados, deambulación y subir escaleras. La puntuación de cada actividad es diferente, asignándose un puntaje de 0, 5, 10 o 15 puntos, con puntuación más baja al no poder realizar la actividad o depender de otra persona para llevarla a cabo y la valoración total va desde los 0 (dependencia severa total) a 100 puntos (Independencia). (Muñoz, Rojas, Marzuca, 2015).

En cuanto a la evaluación de la consistencia interna, se ha observado un alpha de Cronbach de 0,86-0,92. El IB es una medida de la discapacidad física con demostrada validez y fiabilidad, fácil de aplicar y de interpretar y cuyo uso rutinario es recomendable. Su amplia utilización facilita la comparabilidad de los estudios, característica altamente deseable de todo instrumento de medida. (Cid, Damián, 1997).

III.3.2 La dependencia relacionada la calidad de vida.

Una investigación realizada por Cristina Nolasco Monterroso et al, Ha relacionado la dependencia y la calidad de vida en pacientes hipertensos, donde sus resultados fueron que cursaban con algún grado de dependencia presentaban peor calidad de vida sobre todo relacionada con la salud. (Nolasco et al. 2015).

En la ciudad de Querétaro, México; Loredo Figueroa et al, realizaron una investigación para correlacionar la dependencia y la calidad de vida en adultos mayores encontrando El 19.8% de los adultos mayores encuestados presentaban dependencia leve, por lo que el 80.2% eran independientes para realizar las actividades de la vida diaria. Con respecto a los resultados de percepción de calidad de vida en función de su salud, se encontró que el 29.3% de los entrevistados consideraban que esta era buena y el 56%, regular. Y al cruce de variables el 45.7% presentan calidad de vida baja con independencia, y el 25.9% tienen calidad de vida alta con independencia. (Loredo, et al, 2016).

En la investigación realizada por Gómez Gracia sobre la capacidad funcional medida con índice de BARTHEL informa que pesar de que no se establece una relación directa del grado de dependencia según el apoyo familiar, un gran número de adultos mayores que están en un rango de edad de 65-79 años si presentan una dependencia total aunque cabe mencionar que es en un centro de bienestar, pero al compararlos con adultos mayores del sector rural, tenían menor grado dependencia comparado con el sector urbano, haciendo esto un pilar importante para ampliar los estudios referente a esta condición ya que hace a los adultos mayores más autónomos, por lo tanto la calidad de vida si es un contraste entre esos dos grupos. (Gómez, 2015).

En relación a la calidad de vida otro estudio en Cuba las investigaciones de Corugedo Rodríguez et al, reportan en sus resultados prácticamente la totalidad de los ancianos posee una percepción baja de calidad de vida, solo uno de los adultos del estudio percibe la calidad de vida en nivel medio y ninguno alta, por lo que la misma no se encuentra asociada ni a la edad ni al sexo de manera significativa, con un predominio del rango de 60-69 y 70-79 años de edad, y del sexo masculino sobre el femenino. (Corugedo et al. 2014).

Recapitulando el aumento de la población de adultos mayores en las estimaciones que se han hecho y que a futuro se observa que una de las patologías

con más prevalencia es la hipertensión y sus complicaciones son una de las primeras causas de muerte a nivel mundial y nacional, y, si bien tienen una mala calidad de vida con algún grado de dependencia, los derechohabientes de nuestro instituto se reflejaran en aumento de consultas y otros servicios que afectaran tanto a nuestro sistema de salud como a el mismo, inflando costos de la salud en todos sus niveles de atención, que valdrían la pena mejorar nuestros programa preventivos a través de estrategias de inclusión tanto social, recreativa y educativas con el objetivo final envejecimiento saludable a pesar de su patología.

Dirección General de Bibliotecas UIC

IV. Hipótesis

Existe asociación entre la dependencia y la calidad de vida en adultos mayores hipertensos

Dirección General de Bibliotecas UAQ

V. Objetivos

V.1 Objetivo general

Determinar la asociación de la dependencia y la calidad de vida del adulto mayor hipertenso

V.2 Objetivos específicos

- Determinar la dependencia funcional (a través instrumento de BARTHEL).
- Describir la calidad de vida y sus diferentes dimensiones (forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividad social, cambios de salud, salud global).
- Asociar la dependencia con la dimensión forma física en adultos mayores hipertensos.
- Asociar la dependencia con la dimensión sentimientos en adultos mayores hipertensos.
- Asociar la dependencia con la dimensión actividades cotidianas en adultos mayores hipertensos.
- Asociar la dependencia con la dimensión actividad social en adultos mayores hipertensos.
- Asociar la dependencia con la dimensión cambio de salud en adultos mayores hipertensos.
- Asociar la dependencia con el estado de salud global en adultos mayores hipertensos.

VI. Material y métodos

VI.1 Tipo de investigación

Transversal comparativo tipo analítico

VI.2 Población o unidad de análisis

Pacientes adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial de 5 años de evolución adscritos en la unidad de medicina familiar No. 16 Delegación Querétaro.

VI.3 Muestra y tipo de muestra

El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula para estudios transversal comparativo para población infinita, con un nivel de confianza al 95% de una cola ($Z_{\alpha} = 1.64$) con un poder de la prueba del 80 % ($Z_{\beta} = .80$) donde la de pacientes con independencia la percepción de mejor calidad de vida es mayor al 26 % ($p_1 = .26$) para la ocurrencia del evento y la no ocurrencia del evento ($q_1 = .74$) y en pacientes con dependencia la percepción de peor calidad de vida es mayor al 46 % ($p_0 = .46$) para la ocurrencia del evento y la no ocurrencia del evento ($q_0 = .54$). $n = 66$.

VI.3.1 Criterios de selección

Se incluyeron paciente que decidieron participar en el estudio, previa firma de consentimiento informado, pacientes con diagnóstico Hipertensión arterial mayor a 5 años de evolución, mayores de 65 años, ambos sexos, adscritos en la Unidad de Medicina Familiar No. 16, delegación Querétaro.

Se excluyeron a paciente con otras enfermedades crónicas degenerativas: diabéticos enfermedad renal crónica trastornos psiquiátricos, Parkinson, demencia.

Se eliminaron los pacientes quienes tenían hoja de recolección con datos incompletos y consentimiento informado no firmado.

VI.3.2 Variables estudiadas

Entre las variables cualitativas sociodemográficas que fueron estudiadas tenemos al género, la escolaridad, el estado civil y la ocupación.

Las variables cuantitativas discreta y continua como la edad y los años de evolución de padecimiento.

Dentro del rubro de dependencia se estudió las variables cualitativas ordinales independientes: la independencia y dependencia; en calidad de vida, la percepción de forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, cambios en el estado de salud, y estado de salud global.

VI.4 Técnicas e instrumentos

Para evaluar la dependencia en los pacientes hipertensos se utilizó el instrumento titulado índice de BARTHEL (IB), se trata de un cuestionario heteroadministrado con 10 ítems tipo Likert. El rango de posibles valores del IB está entre 0 y 100, con intervalos de 5, para determinar la puntuación de cada actividad se asigna un puntaje de 0, 5, 10 o 15 puntos, donde la calificación más baja corresponde a no poder realizar la actividad o depender de otra persona para llevarla a cabo y la más alta a ser independiente.

El cuestionario se categoriza de la siguiente manera: alimentación, aseo personal, vestirse, arreglarse, deposición, micción, uso de retrete, traslados, deambulaci3n y subir escaleras. (Cid, Damián, 1997).

La clasificaci3n del grado de dependencia es de la siguiente forma:

Dependencia total.....	0-20
Dependencia severa.....	21-60
Dependencia moderada.....	61-90
Dependencia escasa.....	91-99
Independencia.....	100

Con respecto a la fiabilidad intraobservador se obtuvieron índices de Kappa entre 0,84 y 0,97, en cuanto a la evaluaci3n de la consistencia interna, se ha observado un alpha de Cronbach de 0,86-0,92. (Cid, Damián, 1997).

Para la valoración de la percepción de calidad de vida se hizo uso de Las láminas COOP/WONCA. Con una consistencia interna observada en un alfa de Cronbach de 0.77 a las 6 láminas que forman el cuestionario actualmente y una opcional (de dolor). Se trata de una escala en donde cada opción está ilustrada con un dibujo que representa un nivel de funcionamiento en una escala ordinal tipo Likert de Puntuación de 1 al 5.

El coeficiente de correlación de Spearman, varía de 0.73 con 6 láminas y cuando se añade la lámina opcional del dolor pasaba a ser de 0.77.

Las puntuaciones más altas expresan peor calidad de vida y las más bajas mejor calidad de vida.

Representando cada lámina una dimensión de la calidad de vida en el siguiente orden:

- Capacidad física.-

- Muy intensa 1 punto.
- Intensa..... 2 puntos.
- Moderada..... 3 puntos.
- Ligera..... 4 puntos.
- Muy ligera.....5 puntos.

- Sentimientos.-

- Nada en absoluto 1 punto.
- Unos pocos..... 2 puntos.
- Moderadamente..... 3 puntos.
- Bastantes... 4 puntos.

- Intensamente..... 5 puntos.
- Actividades diarias o cotidianas.-
 - Ninguna dificultad..... 1 punto.
 - Un poco de dificultad 2 puntos.
 - Dificultad moderada..... 3 puntos.
 - Muchas dificultad..... 4 puntos.
 - Toda no he podido hacer nada.....5 puntos.
- Actividades sociales.-
 - No nada en absoluto 1 punto.
 - Ligeramente..... 2 puntos.
 - Moderadamente..... 3 puntos.
 - Bastante..... 4 puntos.
 - Muchísimo. 5 puntos.
- Cambio de salud.-
 - excelente..... 1 punto.
 - muy buena..... 2 puntos.
 - buena..... 3 puntos.
 - regular..... 4 puntos.
 - mala..... 5 puntos.
 - Mucho mejor..... 1 punto.
 - Un poco mejor..... 2 puntos.
 - Igual por el estilo..... 3 puntos.
 - Un poco mejor..... 4 puntos.
 - Mucho peor..... 5 puntos.
- Estado de salud global.

Debiendo ser aplicadas en ese orden.

VI.5 Procedimientos

Posterior a la autorización por el comité local de investigación, se solicitó permiso mediante oficio firmado por la Directora de Tesis, a las autoridades correspondientes para realizar la investigación en la unidad especificada

Se acudió en horario matutino y vespertino a la sala de espera de la Unidad de Medicina Familiar No. 16 de la Delegación 23 de Querétaro, de acuerdo a los criterios de selección se aplicó el instrumento a los pacientes, se les invitó a participar en el protocolo de investigación, haciendo una reseña breve del objetivo y de los beneficios que adquirirán de decidir participar en el mismo.

Una vez que se tenía la autorización, se firmó el consentimiento informado y se procedió a la aplicación del instrumento, el cual se aplicó por el investigador principal con un tiempo promedio de aplicación de aproximadamente 7-10 minutos.

Cuando se obtuvo el número suficiente de encuestas requisadas se procedió a vaciar la información en una base de datos para posteriormente iniciar con el análisis; en donde la intención es dar a conocer los resultados al personal médico encargado y la autoridades con la finalidad que en caso de que presente alguna

situación que requiera atención por otro especialista se pondrá a consideración del médico tratante.

Así mismo se tiene la intención de presentar este proyecto en foros, congresos y realizar la publicación.

VI.5.1 Análisis estadístico

Se utilizó el muestreo no probabilístico por cuota, se analizó, promedios, frecuencias absolutas y relativas, Chi cuadrada, OR, coeficiente de correlación de Spearman, así como intervalos de confianza.

Se utilizó el sspss 20.0 para análisis de datos.

VI.5.2 Consideraciones éticas

En el presente estudio se contempló la reglamentación ética vigente al someterse a un comité de investigación local de salud ante el cual se presentó para su revisión, evaluación y aceptación.

En congruencia con la última versión oficial de la Asociación Médica Mundial de 2013, mejor conocida como Declaración de Helsinki; en la cual se establece los principios éticos para la investigación médica en humanos, incluido la investigación de material humano y de información se solicita el Consentimiento Informado de los participantes en el proyecto de investigación.

La Norma Oficial Mexicana NOM 012-SSA3-2012, que establece los criterios normativos de carácter administrativo, ético y metodológico, que en conjunto con la Ley General de Salud y el reglamento en materia de investigación para la salud, son de carácter obligatorio para solicitar autorización de proyectos o protocolos con fines de investigación. Y para su efecto del estudio refiere el apartado 4.3 Carta de consentimiento informado en materia de investigación, al documento escrito, signado por el investigador principal, el paciente o su familiar, tutor o representante legal y dos testigos, mediante el cual el sujeto de investigación acepta participar voluntariamente en una investigación y que le sea aplicada una maniobra experimental, una vez que ha recibido la información suficiente, oportuna, clara y veraz sobre los riesgos y beneficios esperados. Deberá indicarse los nombres de los testigos, dirección y la relación que tienen con el sujeto de investigación.

El paciente que aceptó la entrevista se le explicó en qué consistía su participación, y la importancia de la misma, el objetivo de la investigación cuantas veces fue necesario, el derecho que tenía de retirarse si así lo desea en cualquier momento de la entrevista, el derecho a no contestar algunas preguntas si así lo decide, que sus datos eran confidenciales, que no afectaría su atención medica si decide retirarse y que el análisis de la información seria general y no particular. Se garantizó la confidencialidad de resultados y la utilización de los mismos para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el estudio, sin violar los aspectos éticos ni se expuso la integridad o la salud.

VII. Resultados

Se estudiaron 132 pacientes portadores de hipertensión arterial, de los cuales se dividieron en dos grupos (N: 66) de acuerdo con la variable de estudio: con dependencia y sin dependencia.

En lo que respecta al género en ambos grupos prevaleció el sexo femenino, para los pacientes con dependencia en 59.1% (IC) y para los de independencia el 53.0 (IC); El estatus de pensionado para los dependientes fueron el 53% (IC 95% 41 - 65 y 43,9% (IC 95% 31.9 – 55.9) en independientes. En base a la escolaridad predominó primaria en ambos grupos con un 50% (IC 95% 37.9 – 62.1) y 40.9% (IC 95%, 37.8 – 62) respectivamente. Basado en el estado civil, casado fue en 71.2% (IC 95% 60.3 – 82.1) en el primer grupo (dependientes) y un 78.8 % (IC 95% 68.9 – 88.7) en el segundo (independiente). (Cuadro VII.1)

Evidenciando que ninguna de las variables sociodemográficas fueron estadísticamente significativas. Por lo que consideramos homogeneidad de la población estudiada.

Para las variables cuantitativas de la edad, se valoró el promedio de edad siendo de 77 años para hipertensos con dependencia y 73 años para pacientes independientes (IC 95% 0.242 - 1.221). En cuanto a los años de evolución de hipertensión el promedio en el grupo de dependencia fue de 16.7 años y del grupo de independencia de 13.1 años independientes (IC 95% 0.085 - 1.004). Se valoró prueba de t de Student para la comparación de medias con una p estadísticamente significativo (Cuadro VII.2)

Dentro de las variables que conforman la dependencia demostró asociación con la dimensión forma física y la percepción de peor calidad de vida en 52 pacientes en comparación con 56 pacientes independientes y la percepción de mejor calidad de vida con una χ^2 de 31.28 y un OR de .117 (IC 95% 0.053 -.258) con una p significativa de 0.000. (Cuadro VII.3)

Para determinar la dependencia y la dimensión sentimientos se observó que 34 pacientes con dependencia y 49 pacientes con independencia se asociaron a la percepción de mejor calidad de vida con una χ^2 de 7.303 con un OR de .369 (IC 95% 0.117 - 0.767) con una p estadísticamente significativa de 0.007. (Cuadro VII.4)

En cuanto a las variables de dependencia e independencia y la calidad de vida en la dimensión actividades cotidianas predominó la percepción de mejor calidad de vida en ambos grupos con una población de 36 y 60 pacientes respectivamente con una χ^2 de 22, OR .120 (IC 95% 0.046 – 0.316) con una p de 0.00. (Cuadro VII.5)

De las dimensión de actividades sociales no hubo significancia estadística en ambos grupos observando que en 53 de los pacientes dependientes y 50 de los independientes percibían mejor calidad de vida con una χ^2 de 1.41, OR .0562 (IC 95% 0.216 – 1.463) con una p de 0.234. (Cuadro VII.6)

En la dimensión de cambios en el estado de salud se encontró que consideraban peor calidad en 41 pacientes el grupo de dependientes y en el grupo independientes 46 personas percibían mejor calidad de vida con una Chi² de 13.44, OR .0.265 (IC 95% 0.129 – 0.546). Con una p de 0.000. (Cuadro VII.7)

En la última dimensión relaciona con la dimensión estado de salud global (físico y emocional) percibido por los participantes se encontró una asociación en 43 pacientes del grupo de dependientes percibió peor calidad de vida y en cambio los 49 de los independientes la percepción se posiciona para mejor calidad de vida con una Chi² 20.65, OR de 0.186 (IC 95% 0.88 – 0.392) con una p significativa de 0.000. (Cuadro VII.8)

Se realizó correlación de variables para cada una de las dimensiones estudiadas demostrando asociación negativa en cada una de ellas estadísticamente significativas (p= 0.000) en: forma física, sentimientos, actividades cotidianas y estado de salud global, pero en actividades sociales (p= 0.216) y cambios en el estado de salud (p= 0.785) no hubo significancia estadística.

Cuadro VII.1. Factores Sociodemográficos Del Adulto Mayor Hipertenso

N: 66 por grupo.

Variables	Dependencia		Independencia		Total		Valor p
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	
Sexo							0.483
masculino	27	40.9	31	47	58	43.9	
femenino	39	59.1	35	53	74	56.1	
Escolaridad							0.552
sin escolaridad	6	9.1	6	9.1	12	9.1	
primaria	33	50	27	40.9	60	45.5	
secundaria	10	15.2	12	18.2	22	16.7	
preparatoria /técnico	7	10.6	4	6.1	11	8.3	
licenciatura	10	15.2	16	24.2	26	19.7	
posgrado	0	0	1	1.5	1	0.8	
Ocupación							0.143
ama de casa	29	43.9	28	42.4	57	43.2	
profesionista	0	0	2	3	2	1.5	
comerciante	1	1.5	0	0	1	0.8	
obrero	1	1.5	5	7.6	6	4.5	
pensionado	35	53	29	43.9	64	48.5	
ninguno	0	0	2	3	2	1.5	
Estado civil							0.484
soltero	5	7.6	4	6.1	9	6.8	
casado	47	71.2	52	78.8	99	75	
unión libre	0	0	1	1.5	1	0.8	
viudez	14	21.2	9	13.6	23	17.4	

Fuente: encuestas a pacientes hipertensos con y sin dependencia de la unidad de medicina familiar No. 16. Querétaro durante el periodo 2019 - 2020.

Cuadro VII.2. Edad Y Años De Evolución Del Adulto Mayor Hipertenso

N: 66 por grupo.

Variables	Promedio	Promedio	t	Intervalo de confianza	
	Dependencia	Independencia		Inferior	Superior
Edad	77	73	3.071	0.242	1.221
Años de evolución	16.7	13.1	2.348	0.085	1.004

Fuente: encuestas a pacientes hipertensos con y sin dependencia de la unidad de medicina familiar No. 16. Querétaro durante el periodo 2019 - 2020.

Cuadro VII.3. Asociación De La Dependencia Con La Dimensión Forma Física En Adulto Mayor Hipertenso

N: 66 por grupo.

Forma física	Sin	Con	Chi2	P	OR	Intervalo de confianza	
	Dependencia	Dependencia				Inferior	Superior
Peor calidad de vida	20	52	31.28	.000	0.117	0.053	0.258
Mejor calidad de vida	46	14					
Total	66	66					

Fuente: encuestas a pacientes hipertensos con y sin dependencia de la unidad de medicina familiar No. 16. Querétaro durante el periodo 2019 - 2020.

Cuadro VII.4. Asociación De La Dependencia Con La Dimensión Sentimientos En Adulto Mayor Hipertenso

N: 66 por grupo.

Sentimientos	Sin	Con	Chi2	P	OR	Intervalo de confianza	
	Dependencia	dependencia				Inferior	Superior
Peor calidad de vida	17	32	7.303	.007	0.369	0.177	0.767
Mejor calidad de vida	49	34					
Total	66	66					

Fuente: encuestas a pacientes hipertensos con y sin dependencia de la unidad de medicina familiar No. 16. Querétaro durante el periodo 2019 - 2020.

Cuadro VII.5. Asociación De La Dependencia Con La Dimensión Actividades Cotidianas En El Adulto Mayor Hipertenso.

N: 66 por grupo.

Actividades cotidianas	Sin Dependencia	Con Dependencia	Chi2	P	OR	Intervalo de confianza	
						Inferior	Superior
Peor calidad de vida	6	30	22	0.000	0.120	0.046	0.316
Mejor calidad de vida	60	36					
Total	66	66					

Fuente: encuestas a pacientes hipertensos con y sin dependencia de la unidad de medicina familiar No. 16. Querétaro durante el periodo 2019 - 2020.

Cuadro VII.6. Asociación De La Dependencia Con La Dimensión Actividades Sociales En Adulto Mayor Hipertenso.

N: 66 por grupo.

Actividades sociales	Sin	Con	Chi2	P	OR	Intervalo de confianza	
	Dependencia	Dependencia				Inferior	Superior
Peor calidad de vida	8	13	1.416	0.234	0.562	0.216	1.463
Mejor calidad de vida	58	53					
Total	66	66					

Fuente: encuestas a pacientes hipertensos con y sin dependencia de la unidad de medicina familiar No. 16. Querétaro durante el periodo 2019 - 2020.

Cuadro VII.7. Asociación De La Dependencia Con La Dimensión Cambios Del Estado De Salud En Adulto Mayor Hipertenso.

N: 66 por grupo.

Cambios en el estado de salud	Sin Dependencia	Con Dependencia	Chi2	P	OR	Intervalo de confianza	
						Inferior	Superior
Peor calidad de vida	20	41	13.441	0.000	0.265	0.129	0.546
Mejor calidad de vida	46	25					
Total	66	66					

Fuente: encuestas a pacientes hipertensos con y sin dependencia de la unidad de medicina familiar No. 16. Querétaro durante el periodo 2019 - 2020.

Cuadro VII.8. Asociación De La Dependencia Con La Dimensión Estado De Salud Global En Adulto Mayor Hipertenso.

N: 66 por grupo.

Estado de salud global	Sin Dependencia	Con Dependencia	Chi2	P	OR	Intervalo de confianza	
						Inferior	Superior
Peor calidad de vida	20	41	20.656	0.000	0.186	0.088	0.392
Mejor calidad de vida	46	25					
Total	66	66					

Fuente: encuestas a pacientes hipertensos con y sin dependencia de la unidad de medicina familiar No. 16. Querétaro durante el periodo 2019 - 2020.

VIII. Discusión

Con las estimaciones epidemiológicas de la inversión de la curva poblacional donde se observa un aumento de la esperanza de vida genera con ella el aumento de enfermedades crónicas como es la hipertensión arterial siendo que es una de las más prevalentes en nuestro país y a nivel mundial, se considera que directrices como la dependencia y calidad de vida sean asociadas a este grupo vulnerable, que impacta de manera exponencial tanto a los servicios de salud como a la economía global, por lo que es necesario valorar todos los factores que se asocian a este grupo de edad y como impactan las diferentes dimensiones en su vida diaria.

En este estudio no arrojo diferencias estadísticamente significativas en relación a los factores sociodemográficos asociados, en ninguno de los grupos estudiados, evidencio que la evolución de la enfermedad se promedió en el grupo de dependientes a 16.7 y 13.1 en independientes por lo tanto el rango de mayor de 10 años predomino basado en el promedio de años de evolución, además de tener entre 73 y 77 años de edad, ser mujer, con escolaridad primaria, ser pensionado y estar casado, afirmando que son variables similares a otros estudios como el realizado por melguizo et al en el 2012 en Colombia donde solamente se hizo una diferencia en la escolaridad que fue secundaria influyendo directamente a la calidad de vida sin embargo no asocio la dependencia en este estudio. (Melguizo, Acosta, Castellano, 2012).

Al igual que otro estudio realizó en nuestro a país, en la ciudad de México encontró que la escolaridad el estado civil y la derechohabiencia se relacionan a la calidad de vida. Se observó que en relación a la enfermedad no valoraron el tiempo evolución como variable estudiada en ninguno de los grupos. (Montoya, Bernardino, 2017).

Para las dimensiones estudiadas al ser agrupadas y asociar la calidad de vida y la dependencia ha puesto en manifiesto que el riesgo de percibir peor la calidad de vida fueron en las dimensiones forma física, los cambios en el estado de salud y la salud global, coincidiendo con el estudio realizado en población española en el 2015 por Nolasco et al. Con una diferencia estadísticamente significativa, así como en nuestro país en una unidad de medicina familiar del distrito federal las investigaciones de González y Pedraza, demostraron que en los adultos mayores hipertensos las dimensiones de forma física y la percepción del estado de salud global se relacionan a la peor calidad de vida. (Nolasco et al, 2015).

En lo que respecta a las dimensiones de calidad de vida en esta investigación que no influyen en tener o no dependencia son sentimientos y las actividades cotidianas ya que en ambos grupos mostraron buena calidad de vida, en los dos resultaron estadísticamente significativos, en cuanto a las actividades sociales no presentaron significancia estadística en ambos grupos, sin embargo en las comparativas de las investigaciones mencionadas y otras no son concluyentes ni tampoco se hace mención a estas.

La dimensión del estado de salud global pone en evidencia la asociación de peor calidad de vida con la dependencia con 65.2% y en contraparte la percepción de mejor calidad se asocia a la independencia 74.2% con un riesgo de 0.186, contrarrestando el resultado en las investigaciones realizadas por Loredo et al en nuestra ciudad en el 2016 donde relaciona una mala calidad con independencia en 45.7% y solamente la buena calidad con la independencia en 25.9%.

Considerándose en la evolución de estudio la utilización del instrumento de calidad de vida se correlacionaron las variables cuantitativas que resultan de tipo asociación negativa, en cuanto a anteriores investigaciones no se encontró punto de comparación para dicha medida.

En este sentido resulta relevante que se siga estudiando los grupos vulnerables con enfermedades crónicas como la mencionada hipertensión arterial ya que desde el primer nivel de atención se tiene que reconocer cada una de las discapacidades que se asocian dependiendo de su patología, e iniciar medidas preventivas para evitar terminar ser dependiente de algún cuidador y a su vez percibir una mala calidad de vida que mermaría vida saludable del adulto mayor. Si bien existen muchos estudios que valorar principalmente las variables sociodemográficas no debemos de dejar a un lado cada una de las dimensiones estudiadas, ya que son un punto de oportunidad de nuestros adultos mayores hipertensos.

IX. Conclusiones

En el adulto mayor portador de hipertensión arterial se encontró homogeneidad en las variables de sexo femenino, la escolaridad primaria, ocupación pensionada y estar casado.

Respecto al promedio de edad promedio de 73 a 77 años para con un promedio de evolución de la enfermedad de 13 a 16.7 años.

Existe asociación entre la dependencia y calidad de vida en 3 de las dimensiones estudiadas: la forma física, cambios de estado de salud y estado de salud global, por lo tanto es factor de riesgo para percibir peor la calidad de vida

No hubo diferencia para la dimensión de sentimientos, actividades cotidianas siendo factor protector debido a que en ambos grupos resultaron percibir mejor la calidad de vida.

Solo en la dimensión actividades sociales se evidencia que tanto la independencia como la dependencia se asocian a una mejor calidad de vida respectivamente, pero con una p no estadísticamente significativa.

En lo que respecta a los cambios del estado de salud y estado de salud global, la mayoría de los pacientes encuestados la perciben como peor calidad en el grupo con dependencia, escenario que es contrastante con los pacientes independientes los cuales el mayor porcentaje comentó tener mejor percepción de calidad de vida.

Por lo tanto existe asociación entre la dependencia y la calidad de vida.

IX. Propuestas

Hacer de su conocimiento al personal de salud sobre las escalas que se encuentran en la literatura, específicamente la de BARTHEL, con la finalidad que sea aplicada a todos los pacientes, en el caso particular de este proyecto a los que sean portadores de hipertensión arterial, dando como resultado un panorama más amplio al médico tratante sobre algunos factores de riesgo que mermen la percepción de calidad de vida, y por ende tener fuera de control su patología a pesar de tener un tratamiento eficaz, y a su vez con esto evitar complicaciones prevenibles tanto físicas como psicosociales.

Concientizar y reforzar los envíos a trabajo social por la consulta de medicina familiar, teniendo como meta que al llegar los pacientes portadores de hipertensión arterial puedan integrarse a de grupos de ayuda mutua, y a su vez que el derechohabiente se empodere de su patología.

Plantear al equipo de salud correspondiente que fomenten estilos de vida saludable como: estabilización del peso, control del stress psicosocial, promoviendo terapias de relajación, cognitivas y meditación, envío a segundo nivel a geriatría para una valoración integral.

Proponer la asignación de un consultorio especializado en terapia familiar como principal enfoque de la especialidad, en pacientes con enfermedades crónicas como son los hipertensos

X. Bibliografía

- Acuña, A. (2018). Esperanza de vida saludable basada en la ausencia de dependencia funcional en adultos de 50 años y más en México. (Proyecto de Titulación para obtener el título de Maestro en Salud Pública en Envejecimiento) Ciudad de México. Disponible en: <http://catalogoinsp.mx/files/tes/55572.pdf>.
- Badia, X., Lizan, L. (2003) Estudios de calidad de vida atención Primaria. Conceptos Organización y Práctica Clínica 5^{Ed} España; 250-261.
- Barbosa, L., et al. (2018). Assessment of the quality of primary care for the elderly according to the Chronic Care Model. Rev. Latino-Am. Enfermagem.; 26: 298. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2331.2987>.
- Berreta JA, Kociak, D. (2017). Hipertensión arterial en adultos mayores. Según comorbilidades y daño de órganos. Revista Argentina de Gerontología y Geriatria; 31 (2): 52-59
- Burbano, DV. (2017). Estilos y calidad de vida en salud del paciente hipertenso. (Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de: Magíster en Enfermería con Énfasis en Cuidado para la Salud Cardiovascular). Colombia. Disponible en <http://bdigital.unal.edu.co/60924/7/dairavanesaburbanorivera.2017.pdf>
- Campos, I., Hernández, L., Pedroza, A., Medina C, Barquera S. (2018) Hipertensión arterial en adultos mexicanos: prevalencia, diagnóstico y tipo de tratamiento. ENSANUT MC 2016. Salud Pública de México; 60 (3) disponible <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/209093/ENSANUT.pdf>

Cardona, J., Higuera, L. (2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. Rev. Cubana Salud Pública. 40 (2):175-189. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S086434662014000200003&Ing=es.

Cid, J., Damián, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Madrid. Rev. Esp. Salud Pública; 71 (2) Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>

CONAPO (2019). Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2016-2050. Querétaro. Primera edición. Disponible en http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Cuadernillos/22_Quereta/ro/22_QUE.pdf

Corugedo, M., García, D., González, V., Crespo, G., González, G., Calderín, M. (2014). Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces. Revista Cubana de Medicina General Integral.; 30(2):208-216.

Cruz, J. (2019). Manejo de la hipertensión arterial en el adulto mayor. Medicina Interna de México. 35 (4) 515-524.

Edwin, J., Osorio, E., Amariles P. (2018). Hipertensión arterial en pacientes de edad avanzada: una revisión estructurada. Rev. Colomb. Cardiol. Elsevier España; 25(3):209-221.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2013) Resultados por entidad federativa. Querétaro Primera edición electrónica, Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados por entidad federativa,

Querétaro. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
Disponible en: encuestas.insp.mx

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT (2018). Presentación de resultados. Disponible en https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento_y_atenci%C3%B3n_a_la_dependencia_en_M%C3%A9xico_es.pdf

Espinosa, A. (2018). Hipertensión arterial: cifras para definirla al comenzar 2018. Revista Finlay; 8 (1) Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/594>

Guija, E., GdT de HTA de semFYC y SAMFyC.(2017). 20ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults. TRADUCCIÓN DE LOS PUNTOS DESTACADOS DE LAS GUÍA ESTADOUNIDENSE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL. Disponible en: <https://www.semfyec.es/wp-content/uploads/2017/12/TRADUCCI%C3%93N-DE-GUIA-AHA-2017.pdf>

Gijón, T., et al. (2018) Documento de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contrala Hipertensión Arterial (SEH-LELHA) sobre las guías ACC/AHA 2017 de hipertensión arterial; 11. Disponible <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1889183718300333>

Gómez, J. (2015). Capacidad funcional del adulto mayor según la escala de Barthel en hogar geriátrico santa Sofía De Tenjo, dulce atardecer y renacer de Bogotá. Proyecto de investigación. Bogotá.

Gómez, L., Solís, O. (2015). Estilo de Vida de las personas de la tercera edad: un acercamiento a la vivencia de la vejez en la ciudad de Querétaro a comienzos del siglo xxi. Memoria del coloquio de investigación en género desde el IPN. 5: 1.

Hernández, m., et al. (2016). Valoración de la funcionalidad y dependencia Tratamiento Del adulto mayor en áreas rurales. Revista Médica de la Universidad Veracruzana; 16 (2).

Instituto mexicano del Seguro Social (2017). Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial en el adulto mayor. Guía de Evidencias y Recomendaciones: Guía de Práctica Clínica. México, IMSS.

Jarillo, M., Moreno, F., Rodríguez, C., Lázaro, ., de Mercado P.(1998) Calidad de Vida e Hipertensión Arterial. Disponible en www.taiss.com/publi/absful/calidad%20de%20vida%20argo.pdf

Jiménez, B., Baillet., E, Ávalos, F., Campos, L. (2016). Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor. ATEN FAM; 23 (4).

Laguado, E., Camargo, K., Campo, E, Martín, M., (2017). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. Gerokomos; 28 (3): 135-14. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2017000300135&lng=es

Lizán, I., Reig, A. (2002). La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en la consulta: las viñetas COOP/WONCA. Aten Primaria; 29 (6): 378-384.

Lopez, M., Aranco, N. (2019). Envejecimiento y atención a la dependencia en México. México. Banco Iberoamericano del Desarrollo.

Loredo, M., Gallegos, R., Xequé, A., Palomé, G., Juárez, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Enfermería Universitaria; 13 (3):159 -165.

Manrique, B., Salinas, A., Moreno, K., Téllez, M. (2011). Prevalencia de dependencia funcional y su asociación con caídas en una muestra de adultos mayores pobres en México. Salud Pública Méx. ; 53 (1): 26-33 Disponible en: <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=0025>.

Matta, H., Palacios, E., Matta, E., Pérez, R. (2018). Calidad de vida en adultos mayores hipertensos que acuden al servicio de cardiología de un hospital público de Lima Norte. Lima, Perú. Disponible en: file:///C:/Users/rouss_000/Downloads/1186-2647-1-PB.pdf

Herrera, E., Acosta, B. (2012) Factores asociados a la calidad de vida de adultos mayores. Cartagena Colombia. Salud Uninorte.; 28 (2): pp. 251-263

Muñoz, C., Rojas, P., Marzuca, G. (2015). Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar. Fisioter. Pesq. ; 22 (1): 76-83.

Nolasco, C., Navas, L., Carmona, C., López, M., Santamaría, R., Crespo, R. (2015). Análisis de los factores asociados a la calidad de vida del paciente hipertenso. Enferm Nefrol 2015; 18 (4): 282-289.

Organización Mundial de la Salud (2019). Hipertensión. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension> oms

Pedraza, A., Vázquez, I. (2010) Calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores de una clínica de medicina familiar. Rev. Med. Inst. Mex. Seg. Soc. ; 48 (5): 475-484.

Pérez, M., et. Al. (2017). Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. Cuba. Revista Cubana de Medicina; 56(4): 242-321.

Pomares, A., Vázquez, M., Ruíz, E. (2017) Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial. Revista Finlay; 7 (2): 81-86. Disponible en:
<http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/476>

Robles, A., Rubio, B., De la Rosa, E., Nava, A. (2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. ; 11(3):120-125. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>

Rosas, M., et al. (2016). Consenso de Hipertensión Arterial Sistémica en México Rev. Med. Inst. Mex. Seg. Soc. ; 54 (1): 6-51. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/ims161b.pdf>

Rubio, A. (2018). Nuevas guías del American College of Cardiology/American Heart Association Hypertension para el tratamiento de la hipertensión. ¿Un salto en la dirección correcta? Med Int Méx. ; 34 (2): 299-303. Disponible en : <https://doi.org/10.24245/mim.v34i2.2015>

Sabi, R., et al. (2019). Recomendaciones latinoamericanas para el manejo de la hipertensión arterial en adultos (RELAHTA 2). Rev. Virtual Soc. Parag. Med. Int. 6 (1):86-123

Secretaria de Salud. (2016). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de Medio Camino 2016. Informe final de resultados. Instituto Nacional de Salud Pública México.

Solís, U., Hernández, I., De Armas, I., Ulloa, A. (2014) Cuestionario COOP/WONCA, validez y fiabilidad de su utilización en pacientes con osteoartritis. Revista Cubana de Reumatología 2014; XVI (2): 76-89.

Soria, Z., Montoya, B. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. Mexico. Redalyc. vol. 23, núm. 93

Thomas W, Buford. (2016). Hypertension and Aging. Department of Aging and Geriatric Research. University of Florida. *Ageing Res Rev.* 2016; 26: 96 –111
Disponible en <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1568163716300071?Vi%3Dihb>

Valenzuela, A., *et al.* (2016). GPC hipertensión arterial. Recomendaciones de la guía de práctica clínica de hipertensión arterial en el primer nivel de atención. Rev. Med. Inst. Mex Seguro Soc.; 54 (2):249-60

Varela, I., (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública; 33 (2): 199-201. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36346797001>

XI. Anexos

X1.1 Hoja de recolección de datos

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS		
		
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DELEGACION QUERETARO UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 16 COORDINACION DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD		
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">FOLIO</div>		
A) Fecha de recolección	Día/ Mes / Año	
B) Nombre del paciente		
	Apellido paterno	Apellido materno
C) Número de Afiliación:	Agregado	
Has C	NO C	Años de evolución
D) Edad: (años)	E) Sexo 1) Masculino 2) Femenino	
H. ESCOLARIDAD	(0) Sin escolaridad (1) Primaria (2) Secundaria (3) Prepa/técnico (4) Licenciatura (5) Posgrado	
I) ocupación	(1) Ama de casa (2) Profesionista (3) Comerciante (4) Obrero (5) Pensionado (6) Ninguno	
J) Estado civil	(1) soltero (2) casado (3) unión libre (4) viudez	

XI.2 Instrumentos

ÍNDICE DE BARTHEL

Actividades básicas de la vida diaria.

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Alimentación	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse (baño)	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Aseo (arreglarse)	- Independiente para lavarse cara, manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Traslado sillón-cama	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambulación	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

LAMINAS COOP/WONCA
Calidad de Vida.

FORMA FISICA

DURANTE LAS ULTIMAS DOS SEMANAS...

¿Cuál ha sido la actividad física que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?

Muy intensa (por ejemplo correr de prisa)



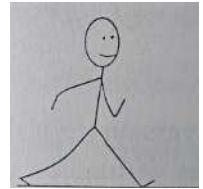
1

Intensa (por ejemplo: correr con suavidad)



2

Moderada (por ejemplo caminar a paso rápido)



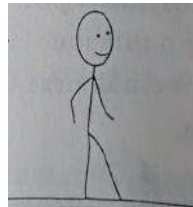
3

Ligera (por ejemplo caminar despacio)



4

Muy ligera (por ejemplo caminar lentamente o no poder caminar)



5

SENTIMIENTOS

DURANTE LAS ULTIMAS DOS SEMANAS...

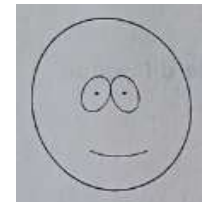
¿En qué medida le han molestado problemas emocionales tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desanimo?

Nada en absoluto



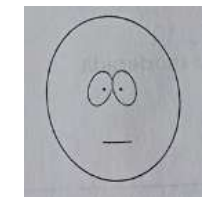
1

Un poco



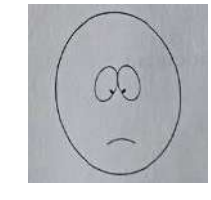
2

Moderadamente



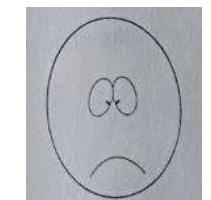
3

Bastante



4

Intensamente



5

Dirección General de Bibliotecas UAO

ACTIVIDADES COTIDIANAS

DURANTE LAS ULTIMAS DOS SEMANAS...

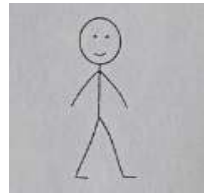
¿Cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?

Ninguna dificultad



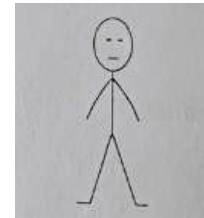
1

Un poco de dificultad



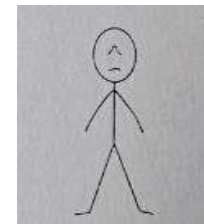
2

Dificultad moderada



3

Mucha dificultad



4

Toda, no he podido hacer nada



5

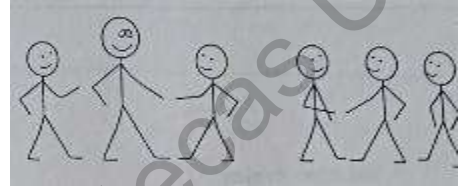
Dirección General de Bibliotecas WAQ

ACTIVIDADES SOCIALES

DURANTE LAS ULTIMAS DOS SEMANAS...

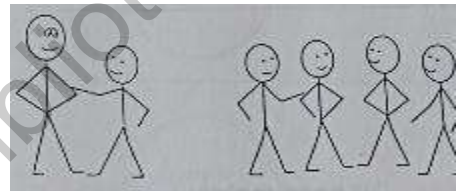
¿Su Salud Fisica y estado emocional, han limitad sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?

No; nada, en absoluto



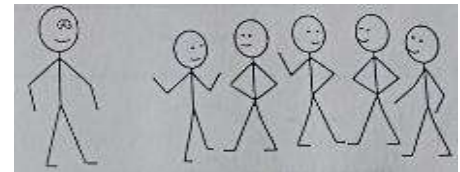
1

Ligeramente



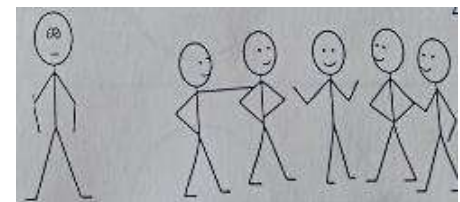
2

Moderadamente



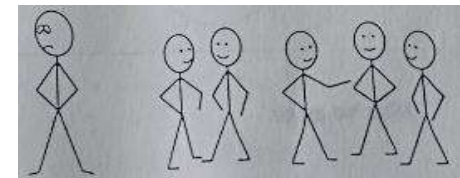
3

Bastante



4

Muchísimo



5

CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD

¿Cómo calificaría ahora su estado de salud, en comparación con el de hace 2 semanas?

Mucho mejor



1

Un poco mejor



2

Igual, por el estilo



3

Un poco peor



4

Mucho peor



5

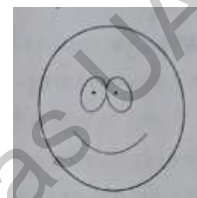
Dirección General de Bibliotecas UAQ

ESTADO DE SALUD GLOBAL

DURANTE LAS ULTIMAS DOS SEMANAS...

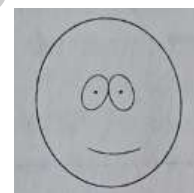
¿Cómo calificaría su salud en general?

Excelente



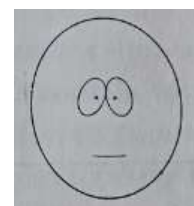
1

Muy buena



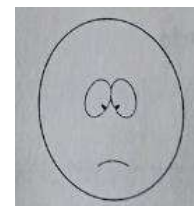
2

Buena



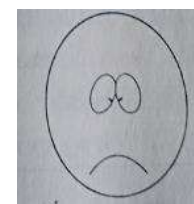
3

Regular



4

Mala



5

Dirección General de Bibliotecas UAQ

XI.3 Carta de consentimiento informado.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN
LA DEPENDENCIA ASOCIADA A LA CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR
HIPERTENSO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE QUERETARO.

Nombre del estudio:	LA DEPENDENCIA ASOCIADA A LA CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR HIPERTENSO EN UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE QUERETARO.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, UMF.
Justificación y objetivo del estudio:	Determinar la asociación entre la dependencia y la calidad de vida en un adulto mayor hipertenso
Procedimientos:	Aplicación de encuesta tipo Likert a pacientes hipertensos que cumplan criterios de selección
Posibles riesgos y molestias:	Disgusto al realizar mediciones y encuesta. No deseo de participar
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Aplicación de instrumentos
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados obtenidos pretenderán ser base para estrategias de mejorar la calidad de vida de los derechohabientes hipertensos para mejoras de medidas no farmacológicas de ayuda hacia la independencia.
Participación o retiro:	El retiro no afectará la atención médica que recibe en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El uso de la información será anónimo y confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica): No aplica.

<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica
Beneficios al término del estudio:	Informar sobre los resultados obtenidos. Para mejoramiento de la calidad y dependencia a los derechohabientes hipertensos con una valoración integral de un equipo de salud.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:
Dra. Ma. Azucena Bello Sánchez. Especialista en Medicina Familiar. Médico Familiar en UMF 10, Querétaro. Matrícula: 99234797. Celular: 4424402536. Correo electrónico: mabs1005@hotmail.com

Colaboradores: Médico residente: Rocío del Carmen Martínez García
Tel cel. : 8341586505

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del padre, madre o cuidador:	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento:
_____	_____
Nombre y firma testigo:	Testigo: _____

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

Dirección General de Bibliotecas UAQ