

# CAPITULO I

## INTRODUCCIÓN

La mayoría de los países de América están en medio de una transición demográfica. Con frecuencia las enfermedades infecciosas han sido controladas, disminuyendo sensiblemente los índices de mortalidad con el consecuente incremento de la esperanza de vida al nacer. Este hecho asociado con la disminución de los índices de natalidad ha dado como resultado un aumento en la población de la tercera edad, definida como aquella que sobrepasa los 60 años de edad (Skeet, 1991).

Es bien conocido que la mayoría de los adultos mayores sufre problemas de naturaleza física, mental, social y económica lo que implica una considerable demanda de servicios de salud y aumento en el costo de la atención sobre todo cuando se trata de disminuir o prevenir incapacidades o limitaciones. Dentro de las responsabilidades de la enfermería comunitaria está la de atender a esta población basándose en el reconocimiento de sus capacidades. Enfermería puede ayudar a que los adultos mayores optimicen su funcionamiento físico, social y psicológico repercutiendo positivamente en su salud.

El profesional de enfermería en salud comunitaria tiene mucho que ofrecer a los adultos mayores, incentivándolos al autocuidado. Es necesario reconocer la existencia de problemas y anticipar necesidades, motivándolos para que participen en su propio cuidado. En base a esta premisa, la finalidad de la presente investigación fue identificar los factores condicionantes básicos, las capacidades y acciones de autocuidado así como

la relación de estos conceptos con la calidad de vida del adulto mayor con y sin enfermedades crónicas residente en dos colonias del Municipio de Guadalupe, Nuevo León.

Para cumplir con la finalidad de esta investigación se aplicaron tres conceptos y las proposiciones que los relacionan de la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado (Orem, 1995) y el concepto de calidad de vida (Ferrans and Powers, 1992). Se administraron los instrumentos para medir : 1) Factores Condicionantes Básicos (FCBs), 2) Capacidad de Autocuidado (CAC), 3) Acciones de Autocuidado (AAC) y 4) Calidad de Vida (CV). El instrumento Valoración Física midió el estado de salud física y los requisitos de autocuidado por desviación de la salud. Con el fin de enriquecer la definición de los indicadores empíricos y de verificar la practicidad de los instrumentos se llevó a cabo un estudio cualitativo previo. El diseño fue de tipo descriptivo, correlacional y transversal.

### **1.1 Planteamiento del Problema**

Conforme la meta “Salud para Todos en el Año 2000” aceptada por todos los países miembros en la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1977, se determinó que se ofreciera de manera efectiva y aceptable el cuidado a grupos vulnerables, en particular a las mujeres, niños y adultos mayores. La Organización Panamericana de Salud (OPS, 1985) anunció un crecimiento en la población de adultos mayores nunca antes existente. La esperanza de vida al nacer es la mayor en toda la historia de la humanidad. En América Latina se dio un incremento de 64.1 años en el periodo de 1980 - 1985, y se prevé uno de 71.8 años en 2020 a 2025, o sea un

incremento de 7.7 años. En México se estima que existirá un promedio de siete millones para el año 2000. En el último Censo de Población del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) llevado a cabo en 1990, la población adulta mayor ascendió a casi cinco millones de personas que representan el 6.1 por ciento de la población total del país, proporción que supera la alcanzada en 1970, de 5.6 por ciento (INEGI, 1993). En 1992, en Nuevo León, se contaba con más de 130,000 representando el 4.1 por ciento de la población total del estado, según el censo de 1990 (DIF, 1992).

El país no está preparado para atender el advenimiento masivo de personas de la tercera edad en el aspecto social y asistencial. Actualmente estas personas enfrentan problemas sociales, familiares, culturales y de salud, entre los que están el abandono familiar, los problemas de relación con la familia, la falta de independencia en el hogar, aislamiento institucional, pérdida de trabajo, bajo ingreso económico por jubilación, rechazo de las personas jóvenes, marginación social, pérdida de pareja y soledad (Moreno, 1995). Enfrentan además problemas de salud que muchas veces se derivan de los desajustes sociofamiliares. Reyes (1993) subraya que las principales alteraciones funcionales por el proceso de envejecimiento son el deterioro visual, auditivo, cambios en la memoria, alteraciones motoras, dificultad para caminar, problemas intestinales y urinarios.

Por otra parte, San Martín y Pastor (1990) refieren que los adultos mayores padecen diversas enfermedades crónicas como la artritis, diabetes mellitus e hipertensión arterial, enfermedades respiratorias, cardiovasculares, cerebrovasculares, osteoporosis, hepatopatías, varices esofágicas, y cáncer. Así como afecciones de tipo psicosocial

como alcoholismo, tabaquismo, depresión y aislamiento social. Orozco (1990) señala que otros de los problemas en los adultos mayores son los accidentes en el hogar y las caídas a lo que denomina “síndrome de las caídas”.

Los estadísticos muestran que la población mayor de 60 años presenta enfermedades tales como: tumores malignos, respiratorias cardiovasculares, cerebrovasculares y diabetes mellitus. En Nuevo León las causas de morbilidad para este grupo de edad, son las afecciones del corazón, tumores malignos, diabetes mellitus, hipertensión arterial y artritis. Respecto a las causas de mortalidad en México para esta población están los tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares, respiratorias y diabetes mellitus (INEGI, 1993).

A través de su experiencia profesional en Brasil, el autor del presente estudio conoce que las personas mayores ingresan muchas veces a los hospitales no por enfermedades sino por desnutrición, escaras y malas condiciones de higiene originadas por descuido físico, lo que se denomina “abandono social”. La problemática se acentúa cuando presentan problemas de salud que les dejan secuelas que las mantienen en cama. Por ello requieren de mayores cuidados por parte de los miembros de la familia, quienes argumentan no contar con tiempo para brindarles la atención necesaria, y que carecen de los conocimientos sobre los padecimientos y tratamientos de los mismos.

En Brasil, el Plan Nacional de Salud (1995-99) considera prioritaria la asistencia a este grupo vulnerable, pero no existen programas establecidos. En México, el Plan Nacional de Desarrollo 1995 - 2000, también lo considera prioritario (PND, 1995). Sin embargo, los programas existentes son más de asistencia social y sus actividades se

enfocan a la recreación, elaboración de manualidades, cultivo de tierra y celebración de festividades, más que a la atención a la salud. Las instituciones gubernamentales que trabajan con adultos mayores en este país son el Instituto Nacional para la Senectud (INSEN) y Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

En la literatura revisada un buen número de las investigaciones están orientadas a identificar las características de la vejez, enfermedades, factores sociales y familiares y la calidad de vida de estas personas (Lazcano, 1989; Lazcano, 1990; Riviera, 1992; Carrillo, 1992; Reyes, 1993; Del Ángel, 1993; Quintero, 1994; Cárdenas, 1995). Actualmente se ha incrementado el interés y la atención a esta población; sin embargo, a pesar de los esfuerzos, aún son múltiples y complejos los problemas que acompañan la vida de la misma como por ejemplo en la sociedad la senescencia es sinónimo de improductividad y de enfermedad (Lazcano, 1990).

Por los reportes de los estudios y por las observaciones de campo se sabe que los adultos mayores están sufriendo las consecuencias de estilos de vida nocivos a la salud, y provocados por ausencia de autocuidado; dichas consecuencias se reflejan en el incremento y complicaciones de las enfermedades crónicas.

Se puede concluir que a pesar de que las personas de este grupo de edad han tenido un incremento en años de vida, la calidad es insuficiente. Es conocido que la calidad de vida está comprometida por los problemas familiares, socioculturales y sobre todo por los problemas de salud. Como señala Orem (1993) la salud queda comprometida por la ausencia de autocuidado, no sólo en la etapa de la ancianidad sino en las etapas previas. La teorista establece que para llevar a cabo acciones de autocuidado las personas

requieren de capacidades especializadas, y que tanto las capacidades como las acciones de autocuidado son condicionadas por algunos factores intrínsecos o extrínsecos al individuo.

Pregunta de investigación:

*¿ En qué medida y en qué sentido los factores condicionantes básicos seleccionados y las capacidades y acciones de autocuidado impactan la calidad de vida de los adultos mayores que residen en comunidades urbano marginadas del área conurbada de Monterrey?*

## 1.2 Hipótesis

- 1 - Los factores condicionantes básicos representados por el estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema familiar, patrón de vida y disponibilidad de recursos son predictores, en forma individual o en bloque, de las capacidades de autocuidado del adulto mayor.
- 2 - Los factores condicionantes básicos representados por el estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema familiar, patrón de vida y disponibilidad de recursos son predictores, en forma individual o en bloque, de las acciones de autocuidado del adulto mayor.
- 3 - Las capacidades de autocuidado son predictores de las acciones de autocuidado del adulto mayor.
  - 3.a) Las capacidades de autocuidado especializadas son predictores de las

acciones de autocuidado especializadas del adulto mayor diabético y/o hipertenso.

- 4 - Los factores condicionantes básicos seleccionados y las capacidades de autocuidado son predictores, en forma individual o en bloque, de las acciones de autocuidado del adulto mayor.

### **1.3 Preguntas de Investigación**

- 1 - ¿Existe relación entre los factores condicionantes básicos identificados por el estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema familiar, patrón de vida y disponibilidad de recursos y la calidad de vida del adulto mayor?
- 2 - ¿Existe relación entre las capacidades de autocuidado y la calidad de vida del adulto mayor?
  - 2.a) ¿Existe relación entre las capacidades de autocuidado especializadas y la calidad de vida del adulto mayor diabético y/o hipertenso?
- 3 - ¿Existe relación entre las acciones de autocuidado y la calidad de vida del adulto mayor ?
  - 3.a) ¿Existe relación entre las acciones de autocuidado especializadas y la calidad de vida del adulto mayor diabético y/o hipertenso?

## **1.4 Objetivos**

Los objetivos de este estudio son:

- 1 - Determinar los factores condicionantes básicos, las capacidades y acciones de autocuidado, así como la percepción acerca de calidad de vida del adulto mayor domiciliado en dos colonias del Municipio de Guadalupe, N.L.
- 2 - Relacionar los factores condicionantes básicos seleccionados, las capacidades y acciones de autocuidado con la calidad de vida del adulto mayor.
- 3 - Determinar el nivel y el sentido en que las capacidades de autocuidado especializadas condicionan las acciones de autocuidado especializadas del adulto mayor diabético y/o hipertenso.
- 4 - Determinar el nivel y el sentido en que los factores condicionantes básicos seleccionados condicionan las capacidades y acciones de autocuidado del adulto mayor.
- 5 - Describir el estado funcional de salud del adulto mayor.

## **1.5 Importancia del Estudio**

El presente estudio tiene importancia para la teoría y práctica de enfermería, y se aplica en:

- a) Conocimientos sobre capacidades y acciones de autocuidado, capacidades de autocuidado especializadas y acciones de autocuidado especializadas, calidad de



vida y sus relaciones entre sí y su relación con los factores condicionantes básicos propios de los adultos mayores.

- b) Constituye una aportación preliminar a lo que puede convertirse en el sistema de atención de enfermería para adultos mayores sin enfermedades y con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial; sin embargo para que esto ocurra, son necesarios otros estudios como el presente y que deben replicarse con diversos grupos de personas mayores.

### **1.6 Limitaciones del Estudio**

El estudio se llevó a cabo con población mayor (60 años y más) con y sin enfermedades crónicas no inhabilitantes, (diabetes mellitus y/o hipertensión arterial) de estrato económico medio bajo y bajo, según criterios del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). En consecuencia, la generalización de los hallazgos será limitada a los adultos mayores de colonias urbano marginadas del Municipio de Guadalupe, N.L.

### **1.7 Definición de Términos**

Para efectos del presente estudio se consideraron importantes los siguientes términos:

*Adulto mayor*: toda persona que se encuentra en el rango de 60 años de edad y más, con capacidad de comunicarse verbalmente, orientado en tiempo, lugar y persona, que padece o no de enfermedades crónicas (diabetes mellitus, hipertensión arterial o

ambas).

*Acciones de autocuidado*: son las actividades diarias deliberadas que el adulto mayor realiza con el fin de satisfacer aspectos específicos de los requisitos universales y de desviación de la salud. La satisfacción de estos requisitos contribuyen a la prevención, la promoción de la salud y control de las enfermedades crónicas.

*Calidad de vida*: es la sensación de bienestar del adulto mayor proveniente de la satisfacción o insatisfacción con determinadas áreas de su vida, que él considera importante (Ferrans y Powers, 1992). Ejemplos: familia, salud y amigos.

*Capacidades de autocuidado*: son habilidades que el adulto mayor ha aprendido a lo largo de su vida y utiliza para cuidar de su salud, y atender sus enfermedades crónicas (diabetes mellitus, hipertensión arterial o ambas).

*Enfermedad crónica*: es la presencia de diabetes mellitus, hipertensión arterial o de ambas enfermedades.

*Factores condicionantes básicos* : son aquellas situaciones que se generan en el seno de la familia, en las raíces socioculturales, en su estado de salud y por los recursos disponibles del adulto mayor sano o con las enfermedades crónicas ya mencionadas y que afectan sus capacidades y acciones de autocuidado, así como su calidad de vida.

En este estudio se consideran los siguientes factores condicionantes básicos :

- a) Estado de salud: situación global de funcionalidad del adulto mayor que refleja diversos grados de afectación por el proceso de envejecimiento y los efectos

degenerativos de las enfermedades crónicas. (diabetes mellitus e hipertensión arterial o ambas).

- b) **Orientación sociocultural:** se refiere al trabajo, ingreso económico, pérdida de cónyuge, religión, y creencias sobre jubilación, y tercera edad.
- c) **Factores del sistema familiar:** son las relaciones familiares que permiten observar el grado de integración del adulto mayor a las rutinas de la vida de la familia.
- d) **Disponibilidad de recursos:** son los recursos que utiliza el adulto mayor para el autocuidado. Estos incluyen instituciones de salud, recursos económicos, sociales y otros como los medios de transporte y comerciales.
- e) **Patrones de vida:** son las actividades y rutinas diarias que constituyen la vida del adulto mayor como el ejercicio físico y los tipos de alimentos.

*Remedios Caseros:* son plantas medicinales utilizadas en casa para padecimientos sencillos o para complementar los tratamientos prescritos por profesionales de salud para trastornos agudos o crónicos; generalmente son consumidas en forma de té, emplastos, inhalaciones, entre otros.

*Requisitos de autocuidado:* Constituyen la razón por la cual se llevan a cabo las acciones de autocuidado. Incluyen las necesidades básicas y de control de enfermedades crónicas. Se consideran en este estudio los requisitos de autocuidado siguientes:

- a) **universales:** aquellos requisitos que son comunes a todos los seres humanos durante todas las etapas de la vida. En el caso del adulto mayor cobran

importancia los requisitos de aporte suficiente de agua y alimentos, eliminación urinaria y excrementos, equilibrio entre soledad e interacción humana y de prevención de peligros para la vida, funcionamiento y bienestar.

- b) por desviación de la salud: aquellos requisitos que están asociados con los padecimientos crónicos de los adultos mayores y las acciones que se derivan de su enfermedad crónica o del tratamiento. Ejemplos : acudir a citas médicas, toma de medicamentos y examen de glicemia.

*Salud:* es el estado global de funcionalidad que alcanza el adulto mayor cuando desarrolla sus capacidades y acciones de autocuidado.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

El presente estudio se basa en la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado de D. Orem. El contenido de este capítulo se organiza de la siguiente manera: 1) Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado; 2) Ubicación del Problema de Investigación en el Contexto de la Teoría; 3) Conceptos sobre Calidad de Vida y 4) Estudios Relacionados con la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado y con Calidad de Vida.

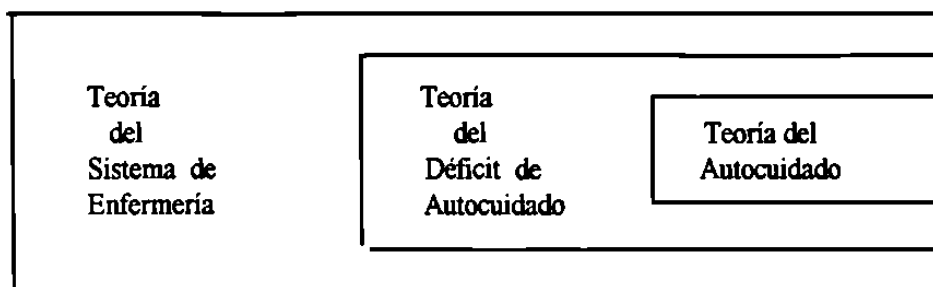
#### **2.1 Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado**

La Teoría General de Enfermería del Déficit de Autocuidado se compone de tres teorías:

- a) la teoría de autocuidado, b) la teoría de déficit de autocuidado, y c) la teoría de sistemas de enfermería. La primera describe y explica porqué el autocuidado es necesario para la salud y bienestar de la persona; la segunda explica cuando y porqué la enfermería es necesaria para ayudar a las personas y la tercera describe y explica como las personas son ayudadas a través de enfermería. Estas tres teorías se integran en forma inclusiva, según se observa en la FIGURA 1.

## FIGURA 1

### Teorías Constituyentes de la Teoría General de Enfermería del Déficit de autocuidado



(Tomado del libro: Modelo de Orem - Conceptos de enfermería en la práctica, 1993, p. 73)

#### 2.1.1 Conceptos de la Teoría

La teoría de enfermería del déficit de autocuidado está compuesta por cinco conceptos centrales interrelacionados que son: 1) las acciones de autocuidado, 2) la capacidad de autocuidado, 3) la demanda de autocuidado terapéutico, 4) el déficit de autocuidado y 5) la agencia de enfermería. Orem (1993) señala también un concepto secundario denominado requisitos de autocuidado y un periférico que son los factores condicionantes básicos. Los cuatro primeros conceptos están orientados a las personas que necesitan de enfermería y el quinto, la agencia de enfermería, está orientado al profesional de enfermería. En los siguientes párrafos se explica en forma resumida cada uno de los conceptos.

**Acción de Autocuidado** es la practica de actividades que los individuos inician y realizan en beneficio propio con el fin de mantener su vida, salud y bienestar. Las practicas de autocuidado son conductas aprendidas y son determinadas por la cultura del grupo al cual pertenece la persona. Es la acción que contribuye a la integridad de la estructura, funcionamiento y al desarrollo de las personas.

**Capacidades de autocuidado** : se refieren al conjunto complejo de habilidades adquiridas que son específicas para la realización de autocuidado terapéutico.

La demanda de autocuidado terapéutico es la suma de las medidas necesarias de cuidado en momentos específicos, o durante un periodo de tiempo para cubrir todos los requisitos de autocuidado conocidos de un individuo. Se refiere al conjunto de actividades requeridas para alcanzar los requisitos de autocuidado universales de desarrollo y de desviación de la salud (Padula, 1992).

El término déficit de autocuidado se refiere a la relación deficitaria entre la capacidad de autocuidado y la demanda de autocuidado terapéutico de los individuos. Los déficits de autocuidado se identifican como parciales o completos. Los parciales pueden ser extensos o limitarse a la incapacidad de satisfacer uno o varios requisitos de autocuidado dentro de la demanda. Un déficit completo significa que no hay capacidad para satisfacer la demanda de autocuidado.

El último concepto central es la agencia de enfermería, que se refiere a aquellas habilidades especializadas que permiten a los profesionales de enfermería proporcionar la atención que compensa o ayuda a superar las deficiencias de autocuidado relacionadas con la salud; es la capacidad compleja requerida por las acciones de enfermería. Orem (1993) describe los requisitos de autocuidado como los propósitos a ser alcanzados a través de las acciones de autocuidado. Se identifican tres tipos de requisitos de autocuidado: 1) Los universales, que son básicos y vitales a todos los seres humanos; 2) Los del desarrollo, que están asociados a los procesos de desarrollo humano, condiciones

y eventos propios de la vida; 3) Los requisitos de autocuidado por desviación de la salud que están relacionados a defectos genéticos y de constitución, a desviaciones estructurales y funcionales y a las medidas diagnósticas y de tratamiento.

Los factores condicionantes básicos son los factores internos o externos a los individuos que afectan sus capacidades para ocuparse de su autocuidado, o que afectan el tipo y cantidad de autocuidado requeridos. Estos factores son: 1) edad; 2) sexo; 3) estado de desarrollo; 4) estado de salud; 5) orientación sociocultural; 6) factores del sistema de salud; 7) factores del sistema familiar; 8) patrón de vida; 9) factores ambientales y 10) disponibilidad y adecuación de recursos.

### **2.1.2 Ubicación del Problema de Investigación en el Contexto de la Teoría**

Para el presente estudio se han seleccionados tres conceptos de la teoría que son: capacidades de autocuidado, acciones de autocuidado y factores condicionantes básicos. Además se introduce el concepto secundario: requisitos de autocuidado universales y por desviación de la salud. Así mismo se incorpora el concepto calidad de vida.

#### **2.1.2.1 Factores Condicionantes Básicos**

Los Factores Condicionantes Básicos (FCBs) considerados en este trabajo son el estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema familiar, disponibilidad de recursos y patrón de vida. Estos factores influyen directa e indirectamente a las personas adultas mayores en sus capacidades y acciones de autocuidado, las cuales tienen como fin satisfacer los requisitos universales y de desviación de la salud. Entonces según Orem (1993) el factor condicionante básico, representado por el estado de salud,



influye o modifica las capacidades y acciones de autocuidado y las demandas de autocuidado terapéutico. Harper (1984) subrayó que el estado de salud, comprometido muchas veces por enfermedades crónicas, impide a los adultos mayores que mejoren sus capacidades y acciones de autocuidado. Además cambios físicos y psicosociales, propios de esta etapa de vida, también comprometen las habilidades de autocuidado porque los colocan en situación de dependencia de sus familiares o de otras personas. Los aspectos socioculturales relacionados con trabajo, jubilación, ingreso económico, pérdidas en la vida, percepción del estado de salud y de la tercera edad, influyen en el nivel de conocimiento y habilidades así como en las actividades de prevención, promoción de la salud y de control de las enfermedades crónicas del adulto mayor. Los valores culturales respecto a la salud, el cuidado y medidas prescritas por la cultura condicionan las demandas de autocuidado terapéutico.

Respecto al sistema familiar, Alvarez (1991) señaló que cuando los adultos mayores viven con sus familias generalmente son desoídos, se les presta muy poca o ninguna atención a sus opiniones y no se les consulta sobre los acontecimientos que rigen el destino familiar; como resultado la convivencia se hace difícil, agudizando las diferencias generacionales que en gran medida están creados por falsos estereotipos sociales, que son reforzados además por los medios masivos de comunicación que resaltan todo el tiempo el valor de la fuerza, la agilidad y la apariencia física como elementos consustanciales al disfrute de la vida. Generalmente el adulto mayor sufre de alguna enfermedad crónica que dificulta aún más vivir con su familia, porque esta no se encuentra capacitada para atenderlo y tampoco dispone del tiempo necesario.

Carnevalli (1988) subraya que por otro lado existe una situación común, y es la de aquellos que viven solos. Como en la sociedad se refuerza el modelo de familia nuclear, los hijos cuando se casan forman su propia familia y consecuentemente los padres viven aparte, acompañándose uno al otro hasta que se produce la inevitable pérdida de uno de los dos, entonces el que sobrevive se encuentra solo, encarando su propia realidad. Los hijos, algunas veces por problemas de trabajo o de distancia, tienen poco tiempo para atender a sus mayores. Estas condiciones del sistema familiar influyen sus capacidades adquiridas así como sus acciones para satisfacer los requerimientos continuos de autocuidado.

La disponibilidad de recursos constituye otro factor condicionante básico fundamental en relación a las personas mayores. Los cambios físicos, psicosociales y posibles enfermedades crónicas que manejan en esta etapa de vida los dejan más expuestos a riesgos ambientales de salud y por esto tienen mayor necesidad de recursos de salud, de comunicación y económicos. Se observa que el estado de salud se ve afectado muchas veces por enfermedades crónicas y está siempre asociado a los ingresos económicos insuficientes. Los hábitos de vida, tipo de recreación y ejercicio, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo, alimentación y horas de sueño caracterizan el patrón de vida, responsable por diversos padecimientos crónicos de la tercera edad y que comprometen la calidad de vida.

Finalmente se deduce que los factores socioculturales, familiares, patrón de vida, disponibilidad de recursos y estado de salud afectan positiva o adversamente el desempeño de operaciones de autocuidado de los adultos mayores.

### **2.1.2.2 Capacidad de Autocuidado**

Capacidades de Autocuidado (CAC) se refieren al conjunto complejo de habilidades adquiridas que son específicas para la realización del autocuidado terapéutico. Estas capacidades varían de acuerdo al grado de desarrollo del individuo, es decir, desde la infancia hasta la ancianidad. Estas capacidades se desarrollan en el curso de la vida diaria a través del proceso de aprendizaje. Su desarrollo se favorece con la curiosidad intelectual, con la instrucción y supervisión de otros, así como con la experiencia en la realización de medidas de autocuidado.

La estructura de las capacidades de autocuidado implica tres subconceptos: 1) disposiciones y capacidades fundamentales; 2) componentes de poder y 3) operaciones de autocuidado que constituyen el límite entre las capacidades y acciones de autocuidado. Si fuera posible ordenarla en cuanto a su adquisición y desarrollo se diría que las capacidades fundamentales están en la base y las operaciones de autocuidado en la cúspide, ubicando los componentes de poder como un puente entre ambas.

Por otra parte Isenberg (1993) señala que la capacidad de autocuidado puede ser investigada en relación a su desarrollo, operabilidad y adecuación. Orem (1995) expresa que el desarrollo y la operabilidad de las capacidades de autocuidado pueden verse afectados entre otros factores por la cultura, experiencias de vida, estado de salud, patrón de vida, enfermedades, sistema familiar, edad, sexo y educación. El desarrollo es definido en relación a los tipos de acciones de autocuidado que los individuos pueden realizar. La operabilidad es descrita en relación a los tipos de acciones de autocuidado que los individuos realizan a un nivel consistente y efectivo. La adecuación se determina

comparando el número y tipo de acciones de autocuidado que las personas pueden realizar con el número y tipo de autocuidado requerido para satisfacer la demanda existente o proyectada de autocuidado terapéutico. Una persona con el potencial de satisfacer las necesidades de salud es conocida como agente de autocuidado. Cada agente de autocuidado tiene requerimientos para satisfacer las necesidades de salud de naturaleza universal, etapa de desarrollo y por desviación de la salud.

Aunque Orem (1993) esclarece que las capacidades de autocuidado declinan con la edad avanzada, principalmente cuando los cambios del envejecimiento resultan en limitaciones funcionales progresivas y en presencia de enfermedades crónicas, Padula (1992) refiere que los adultos mayores incrementan sus acciones de autocuidado a partir de un mejor conocimiento de su salud que a su vez depende de diversos factores internos y externos y menciona también que de forma general las personas de la tercera edad desean permanecer funcionalmente independientes y por esto buscan conocimientos acerca de salud; así como tienden a ser altamente motivados al cambio de comportamiento de salud o adoptan hábitos de salud después de obtener conocimientos. Harper (1984) observó el incremento de acciones de autocuidado después de un programa de autocuidado en la medicación proporcionado a mujeres mayores de raza negra e hipertensas.

Las habilidades adquiridas a lo largo de la vida de los adultos mayores impulsan conductas de promoción de la salud, control de enfermedades crónicas así como de prevención de sus complicaciones tardías. El resultado de este proceso es salud, bienestar y consecuentemente calidad de vida.

### **2.1.2.3 Acciones de Autocuidado**

Acción Autocuidado (AAC) es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en beneficio propio con el fin de mantener su vida, salud y bienestar. Las prácticas de autocuidado son conductas aprendidas y son determinadas por la cultura del grupo al cual pertenece la persona. Son las acciones que contribuyen a la integridad de la estructura, funcionamiento y al desarrollo de las personas.

Considerando que las acciones de autocuidado contribuyen al mantenimiento de las personas, Orem (1993) menciona ocho requisitos de autocuidado comunes a todos los seres humanos: 1) aporte suficiente de aire; 2) de agua; 3) de alimentos; 4) eliminación urinaria y de excrementos; 5) equilibrio entre soledad e interacción humana; 6) equilibrio entre la actividad y el reposo; 7) prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humanos y 8) la promoción del funcionamiento y desarrollo humanos. Cuando los adultos mayores realizan de manera efectiva el conjunto de acciones para satisfacer los requisitos universales de autocuidado, ellos actúan de tal manera que promueven su salud y bienestar.

Para esta investigación se consideran cuatro requisitos universales relevantes para los adultos mayores y los de desviación de salud derivados de las enfermedades crónicas de diabetes mellitus, hipertensión arterial o ambas enfermedades. Los requisitos universales seleccionados son : 1) aporte suficiente de agua y alimentos; estos pueden estar afectados porque con el envejecimiento, existen modificaciones fisiológicas del tracto gastrointestinal. En la cavidad bucal existen cambios en la lengua y en el número y función de las papilas gustativas, los cuales pueden disminuir la percepción y el

reconocimiento de los alimentos, además la carencia de piezas dentales y las prótesis mal ajustadas provocan problemas para la masticación. Aunque menos frecuente, existen cambios en el esófago envejecido (presbiesófago) sobre todo en la motilidad. Los cambios en la mucosa gástrica afectan principalmente el factor intrínseco para la absorción de la vitamina B12 y el ácido clorhídrico, importante también para la absorción de nutrientes y control de la flora bacteriana. Además, existe una disminución importante en el agua corporal la cual tiene importantes implicaciones clínicas que deben considerarse al evaluar los requerimientos hídricos de los adultos mayores. El consumo de leguminosas, cereales, verduras, frutas y alimentos con fibras son indispensables en esta etapa de vida, así como ingesta suficiente de agua. 2) La eliminación urinaria e intestinal es otro de los requisitos que deben ser satisfechos; el adulto mayor puede presentar cambios físicos relacionados a la eliminación urinaria debido a diabetes mellitus, disminución del tamaño y tono de la vejiga, así como alteración del esfínter vesical que producen incontinencia urinaria; el uso de diuréticos en la hipertensión arterial y en otras enfermedades provoca poliuria y las patologías prostáticas causan retención urinaria. Por su parte, los cambios intestinales ocurren porque el colon presenta trastornos en: a) su motilidad provocando el estreñimiento y la diverticulosis que explican los cambios funcionales y estructurales respectivamente y b) alteración en su absorción de grasa y otros macronutrientes. 3) El equilibrio entre la soledad y la interacción humana es una necesidad básica y dialéctica importante porque proporcionará condiciones para analizar y reflexionar sobre su realidad y tomar decisiones. La interacción humana es un recurso para obtener retroalimentación, apoyo y realización como persona. El adulto mayor en determinados momentos de su vida también necesita estar solo para reflexión y tomar

decisiones mientras que en otros, desea interactuar para sentirse realizado como persona.

4) El requisito de prevención de peligros en los adultos mayores se refiere a las caídas que afectan su salud y calidad de vida y que son provocadas por diversas causas en su hogar. Carnevali (1988) recalca que los adultos mayores son víctimas de accidentes en el hogar provocados por caminar en el suelo mojado y subir o bajar escaleras. Los cambios de residencia también constituyen una causa importante de accidentes y hasta de muerte debido a la falta de ubicación espacial.

Los requisitos de desviación de la salud están relacionados con la diabetes mellitus, la hipertensión arterial o bien, ambas enfermedades. Estos requisitos se derivan del tratamiento o de la misma enfermedad. Por ejemplo, en la diabetes mellitus se requiere de aplicación de insulina, monitoreo de los niveles de glucosa en sangre, práctica de ejercicio y dieta para su control y prevención de complicaciones tardías. En la hipertensión arterial, las acciones fundamentales son el monitoreo diario de las cifras de presión arterial, control de peso corporal e ingesta de medicamentos antihipertensivos para mantener esta enfermedad bajo control y evitar trastornos futuros.

De acuerdo con Orem (1993) los individuos pueden ser capaces de iniciar y preservar la acción de autocuidado para satisfacer requisitos universales si siguen prácticas rutinarias, pero al cambiar a nuevas prácticas, pueden volverse incapaces. En el caso de los padecimientos crónicos el comprometerse en el autocuidado es más difícil ya que las habilidades están determinadas por las demandas de cuidado especializado y por la terapia médica prescrita.

## 2.2 Calidad de Vida

El concepto Calidad de Vida (CV) contiene el término bienestar contemplado por Orem en la teoría de enfermería del déficit de autocuidado. Esta teoría ubica los conceptos de salud y bienestar como resultantes del autocuidado; es decir, se practica el autocuidado con la finalidad de mantener la vida, salud y el bienestar. Orem define bienestar como “condición subjetiva de la existencia personal que incluye las experiencias de satisfacción, el placer y la felicidad de la persona, así como las experiencias espirituales, el avance en la satisfacción del propio ideal y el desarrollo personal continuo” (Orem, 1993, p. 75).

Se relacionó este concepto con los conceptos teóricos de Orem, seleccionados para este estudio, porque diversos autores consultados lo enfocan del punto de vista de bienestar, es decir, calidad de vida se relaciona muy estrechamente con bienestar, el cual se define como “condición de la subjetividad individual que abarca satisfacción, placer, la felicidad y el desarrollo personal continuo” (Keyserlinghk, 1979; Ferrans, 1990; Cella, 1992), por lo que se deduce que ambas definiciones comprenden puntos comunes o semejantes. Paralelamente otros autores consideran el bienestar como parte de la calidad de vida (Keyserlinghk, 1979; Meeberg, 1993 y Nordstrom, 1995). Meeberg, (1993) señala también que el bienestar es mejor entendido desde el punto de vista de salud cuando se lo considera integrado a la calidad de vida, porque éste es un concepto más amplio que bienestar. Cella (1992) después de estudiar con detalle este concepto, concluye que la mayoría de los autores coinciden en afirmar que la calidad de vida en el contexto de salud es reconocida como bienestar cuando las personas están orientadas y



son capaces de mejorar y beneficiar su salud y la de los demás.

Basados en estas consideraciones se puede afirmar que así como las acciones de autocuidado producen salud y bienestar, pueden influir en la calidad de vida del adulto mayor, porque este concepto comprende bienestar y por lo tanto se concluye también que calidad de vida se relaciona positiva y significativamente con los conceptos factores condicionantes básicos seleccionados, capacidades y acciones de autocuidado.

Ferrans y Powers (1992 p. 24) después de hacer una revisión del concepto calidad de vida en diferentes estudios lo definen como: “La sensación de bienestar de una persona que se deriva de la satisfacción o insatisfacción con las áreas de la vida que son importantes para ella”. Seleccionaron el término satisfacción para definir el constructo calidad de vida, porque usa el juicio y la evaluación de las condiciones de vida del mismo sujeto, además sugiere un estado más permanente que la felicidad, y encontraron que en la atención a la salud se le puede agrupar en cinco amplias dimensiones. Estas son: satisfacción/ felicidad, vida normal, logro de metas personales, utilidad social y capacidad natural. Se explica resumidamente cada una de las dimensiones: 1) Satisfacción/ Felicidad: estas dos variables se comportan un tanto diferente a lo largo de la vida de las personas. La felicidad sugiere un estado de ánimo de corto plazo, mientras que la satisfacción un juicio de largo plazo de las condiciones de vida. Por lo tanto, la felicidad disminuye con la edad y la satisfacción aumenta. La satisfacción es la dimensión más importante para medir la CV. 2) Vida Normal: es la dimensión que se centra en la capacidad de vivir una vida normal y esta relacionada con la capacidad de funcionar a un nivel similar del de las personas sanas o personas de la misma edad. Ha sido utilizada

comparando la calidad de vida antes y después de un tratamiento médico o al empezar una enfermedad. Las variables consideradas han sido el número de horas trabajadas, presencia de síntomas, frecuencia de relaciones sexuales y calificación de salud. En estas comparaciones se entiende que entre más cerca esté la persona del nivel de funcionamiento previo a la enfermedad, mejor es la CV (Ferrans, 1990).

3) Logro de Metas Personales: esta dimensión está directamente relacionada con la satisfacción, pues el logro de las metas personales produce una sensación de satisfacción mientras que el fracaso en el logro de metas trae insatisfacción. El principal enfoque de esta dimensión es la congruencia entre las metas deseadas y las alcanzadas. Ferrans (1990) hace referencia a la definición de la calidad de vida centrada en el logro de metas personales que consiste en el grado en el cual un individuo es capaz de alcanzar seguridad, auto-estima y la oportunidad de usar las capacidades intelectuales y físicas en la persecución de las metas personales.

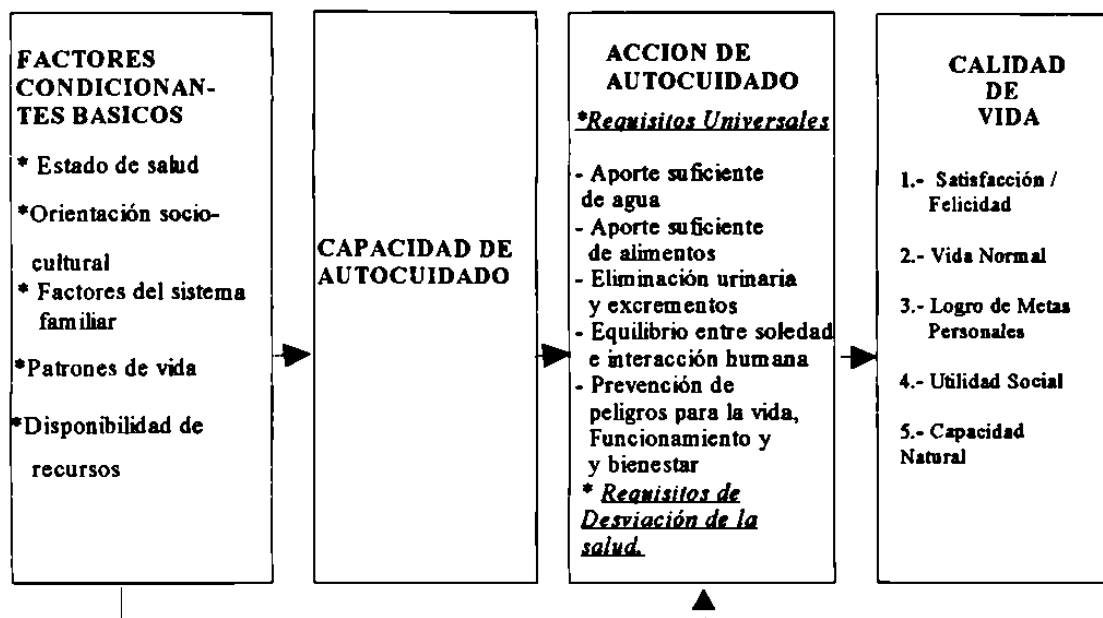
4) Utilidad Social: esta categoría se centra en la CV como la capacidad de llevar una vida útil desde el punto de vista social. La dimensión utilidad social se refiere a la percepción del individuo de su capacidad para desempeñar diversos roles, tales como el de trabajador, ciudadano, maestro, abuelo y la productividad al contar con empleo remunerado.

5) Capacidad Natural: las definiciones de la capacidad natural se centran en las capacidades físicas y mentales (reales o potenciales) de una persona en todos los significados y la esencia de la vida se encuentra en las relaciones humanas. Por lo tanto si hay una alteración en las mismas habrá cambios en la CV. Se puede concluir que la CV es una construcción multidimensional que no incluye solamente una variable, sino que se requiere de una diversidad de ellas para poderla explicar.

La interrelación de los conceptos de este estudio se muestra en la FIGURA 2.

FIGURA 2

**Conceptos de la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado Relacionados con Calidad de Vida**



### 2.3 Estudios Relacionados

Para el presente estudio se seleccionaron nueve estudios relacionados con el problema de investigación. En siete de ellos se usaron métodos cuantitativos; en uno, método cualitativo y en otro más análisis de documentos.

De estos estudios, cinco aplican los conceptos de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado seleccionados en esta investigación: CAC, AAC y el concepto de segundo orden los requisitos de autocuidado. Así mismo se analizaron cuatro estudios que aplican el concepto CV los cuales usan metodología cuantitativa. En los siguientes párrafos se resumen estos estudios.

### **2.3.1 Estudios Acerca de la Teoría de Enfermería del Déficit de Autocuidado**

Harris y Williams (1991) efectuaron una investigación de tipo cualitativo con el propósito de construir una descripción unificada de los requisitos de autocuidado universales en los adultos mayores sin hogar. La población estudiada fue de diez hombres, de 65 a 70 años.

Los hallazgos del estudio mostraron que los requisitos universales son comunes a los individuos según edad, sexo, nivel de desarrollo y estado de salud. Los requisitos universales que más se evidenciaron fueron: 1.- promoción del desarrollo y funcionamiento humanos (normalidad): el dinero fue reportado por los diez participantes como una necesidad de autocuidado (“no tengo el suficiente dinero para realizar el cuidado de mi mismo”); 2.- alimentos; 3.- agua; 4.- peligros y 5.- actividad y descanso.

Conn (1991) efectuó un estudio con el propósito de examinar las acciones de autocuidado de los adultos mayores para manejar los episodios de influenza y resfriados. La muestra estuvo conformada por 160 adultos mayores de 65 años y más (65 - 94 años) y residentes en sus comunidades. En los resultados se observó que el 51 por ciento estimó su salud como buena y el 31 como mala. El 31 por ciento reportó que su estado de salud interfería grandemente en sus acciones de autocuidado, el 38 por ciento reportó que interfería poco, y el 31 por ciento que no interfería.

El 63 por ciento de los sujetos reportó tener conductas de autocuidado para prevenir los resfriados. Los sujetos que estimaron su salud como mejor que otros de su edad, tuvieron resfriados más cortos que aquellos que calificaron su salud como mala en

relación a otros de su edad ( $t(93) = 2.45, p=.02$ ).

La categoría más común de acción de autocuidado para resfriado e influenza fue la administración de medicamentos. El número de acciones de autocuidado para el resfriado, se relacionó con la edad.

Los sujetos que estimaron su salud como mala o pobre reportaron más acciones de autocuidado que los que la estimaron como buena o excelente ( $t(124) = 2.43, p = .02$ ).

Con relación a la amenaza de influenza o resfriados y criterios para buscar ayuda profesional, pocos sujetos identificaron amenazas. Muchas de las amenazas se relacionaron a sus enfermedades crónicas. El criterio mencionado para la búsqueda de asistencia profesional fue la severidad de los síntomas como temperatura alta, y tos, entre otros. La vacunación contra influenza se relacionó significativamente con las experiencias con otro tipo de vacunas para otras enfermedades, con el estado de salud y con las pláticas médicas sobre vacunación.

Padula (1992) estudió la acción de autocuidado y el adulto mayor a través del análisis de literatura. Determinó que el autocuidado es la forma más predominante y básica de cuidado primario. El autor señala también que investigaciones en el área, particularmente con respecto a los adultos mayores, han sido muy reducidas. Como resultado, a pesar del surgimiento del movimiento de acción de autocuidado, se tiene muy poco conocimiento preciso y comprensión sobre él.

Polly (1992) realizó una investigación con el propósito de identificar las acciones de autocuidado en adulto mayor con diabetes mellitus no dependientes de la insulina que

están asociadas con el apego al régimen de la diabetes. Los resultados indicaron que la gravedad percibida de la diabetes fue el único factor estadísticamente significativo ( $r = .21$ ,  $p = .05$ ). Se observó además una relación inversa y significativa entre el tiempo de diagnosticada la diabetes y el control glucémico ( $r = -.21$ ,  $p = .03$ )

Shen Tu, McDaniel y Templeton (1993) realizaron un estudio con pacientes adultos mayores diabéticos con el propósito de determinar el impacto de una instrucción sobre el conocimiento de autocuidado, niveles de glucosa y cambios en su conducta de autocuidado. Los resultados obtenidos indicaron que hubo relación moderada significativa entre las capacidades y acciones de autocuidado de estos sujetos ( $r = .5201$ ,  $p = .000$ ).

### **2.3.2 Estudios sobre Calidad de Vida**

El Índice de Calidad de Vida de Ferrans y Powers utilizado en otros estudios tuvo sus puntajes estandarizados a una escala entre cero y 30 puntos. Los puntajes sobre CV en el presente estudio se transformaron a una escala entre cero y 100 puntos. Con la finalidad de poder comparar las medias de los estudios anteriores con este, se utilizó el porcentaje como medida de equivalencia entre los dos tipos diferentes de media.

Hicks, Larson y Ferrans (1992) realizaron una investigación con el propósito de comparar la calidad de vida y las variables relacionadas a la salud en dos grupos de pacientes con transplante de hígado. La población estudiada fue de 35 pacientes, divididos en dos grupos de acuerdo al tiempo de realización del transplante. El primer grupo estaba formado por personas transplantadas entre dos años o menos ( $n = 18$ ) y el

otro grupo por transplantados hacia más de dos años ( $n = 17$ ). Once mujeres pertenecían al primer grupo y 10 al segundo. En ambos grupos no hubo diferencia significativa con respecto a edad (rango 11 a 44 años). Los hallazgos mostraron que la calidad de vida en general tuvo una  $M = 22.2$  (equivalente al 74% de la escala original),  $DE = 4.9$ . La subescala familia fue la más alta ( $M = 25.4$  equivalente al 84.6%,  $DE = 5.1$ ), la salud/funcionamiento ( $M = 22.7$  equivalente al 75.6%,  $DE = 5.3$ ) y la más baja fue la socioeconómica ( $M = 20.9$  equivalente al 69.6%,  $DE = 5.0$ ). Además reportaron que a mayor edad, el paciente tuvo mejor calidad de vida y que el sexo, educación y salud no fueron significativos cuando fueron relacionados con la calidad de vida en la población estudiada.

Bliley y Ferrans (1993) realizaron un estudio con los propósitos de explorar el impacto de la angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP) sobre la calidad de vida percibida y la calidad de vida relacionada a la salud antes y después de la intervención. La población estudiada fue de 40 pacientes de 39 a 73 años de edad. El 58% refirió historia de infarto de miocardio y el 39% había sufrido infarto de miocardio hacía dos semanas.

Los resultados se reportan en dos momentos: a) antes de la ACTP, la calidad de vida general tuvo una  $M = 20.32$  equivalente al 67.7% de la escala original,  $DE = 3.36$ ; la subescala familiar resultó la más alta con la  $M = 25.23$  equivalente al 84.1%,  $DE = 4.88$ ; la más baja fue salud / funcionamiento con  $M = 17.23$  equivalente al 57.4%,  $DE = 5.15$ ; b) después de la ACTP, la calidad de vida general resultó con una  $M = 22.87$  (equivalente al 72.6%)  $DE = 4.69$ ; la subescala familiar tuvo una  $M = 25.82$  (equivalente

al 86%, DE = 5.14 y la salud / funcionamiento obtuvo una M = 22.80 (equivalente al 76%), DE = 4.95.

Uno de los determinantes significativos de la calidad de vida detectados fue la percepción de la salud en general, ya que se encontró que al mejorar su estado de salud debido a la intervención, se aumentó su calidad de vida en la subescala salud/ funcionamiento a 22.80 (equivalente al 76%). Además, las otras subescalas también tuvieron un incremento después de la ACTP.

Ferrans y Powers (1993) efectuaron un estudio con el propósito de valorar la calidad de vida de pacientes hemodializados. La muestra estuvo conformada por 349 pacientes, seleccionados aleatoriamente. El rango de edad fue de 25 á 48 años. La calidad de vida general de los pacientes tuvo la M = 20.70 (equivalente al 69% de la escala original), DE = 4.77; la subescala familia fue significativamente más alta que las demás subescalas con una M = 25.25 (equivalente al 84.1%), DE = 5.07. La subescala más baja fue la de salud / funcionamiento con una M = 18.64 (equivalente al 62.1%), DE = 5.71. Las personas refirieron, a nivel de satisfacción, estar más satisfechas en relación a su fé personal en Dios, a los hijos, a la alegría familiar y a la salud familiar. A nivel de importancia, lo más importante para los pacientes hemodializados fue la salud propia, el cuidado de su salud, la familia e hijos, aunque se mostraron también satisfechos con estas áreas de su vida.

La relación entre calidad de vida y las variables empleo, educación y edad fueron significativas. Estas tres variables explicaron el 7% de la variabilidad en cuanto a la calidad de vida en general ( $F(6,335) = 4.28, p < .001$ ).



Cárdenas (1995) realizó un estudio con el propósito de conocer la percepción que tenían los adultos mayores sobre la calidad de vida con el Índice de Calidad de Vida de Ferrans y Powers (1992). Además exploró si existía alguna relación con variables sociodemográficas como: edad, sexo, estado civil, escolaridad, nivel socioeconómico y enfermedad. La muestra estuvo conformada por 195 sujetos pertenecientes a tres estratos socioeconómicos. La edad promedio de los adultos mayores fue de 75 años. En cuanto a consistencia interna del ICV se obtuvo el coeficiente Alpha de Cronbach .86 y en las cuatro subescalas: .83, .79, .85, .67 respectivamente.

Los hallazgos revelaron que la población estudiada tiene una vida aparentemente satisfactoria ( $M = 25$  equivalente al 83% de la escala original,  $DE = 3.30$ ). Los dominios que mostraron más alta calidad de vida fueron los de la familia con  $M = 27.0$  (equivalente al 90%),  $DE = 3.30$  y el psicológico- espiritual con  $M = 26.0$  (equivalente al 86.6%),  $DE = 3.40$ . Los más bajos fueron salud-funcionamiento con  $M = 24.0$  (equivalente al 80%),  $DE = 3.91$  y socioeconómico  $M = 24.0$  (equivalente al 80%),  $DE = 3.82$ . Las áreas de vida que mostraron una correlación significativa ( $p = .000$ ) entre satisfacción e importancia fueron: 1) tener control de vida, ( $r = .66$ ); 2) sus actividades de tiempo libre ( $r = .61$ ); 3) su potencial de ser feliz en su vejez ( $r = .57$ ); 4) su fe personal en Dios ( $r = .57$ ), y 5) sus relaciones con esposo (a) o pareja ( $r = .56$ ). Con relación a las variables sociodemográficas, solamente el estado civil tuvo relación significativa respecto a la calidad de vida. Los casados obtuvieron puntajes más altos y no se encontraron diferencias significativas por estrato socioeconómico.

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1 Diseño**

El diseño fue descriptivo, correlacional y transversal. Este diseño es apropiado cuando se estudian los fenómenos naturales; en él se describen las relaciones existentes entre las variables sin la preocupación de llegar hasta las causas complejas que las producen (Polit, 1994, p. 187).

#### **3.2 Sujetos**

El tipo de muestreo fue probabilístico aleatorio simple. El marco muestral se conformó por una lista de todos los adultos mayores con 60 años y más, de ambos sexos, con o sin enfermedades crónicas de diabetes mellitus y/o hipertensión arterial, domiciliados en el Municipio de Guadalupe, NL. La unidad de muestreo fue el individuo; el tamaño de la muestra fue de 169 sujetos, con límite de error de estimación de .01, nivel de confianza de .95 ( $\alpha = .05$ ).

El procedimiento para elegir los sujetos consistió en lo siguiente: 1) listado general de todos los adultos mayores que residían en dos colonias de Guadalupe, NL, obtenido después de censarse los AGEBS 035 y 135 -3; 2) a partir de esta lista se generó la lista real que contenía en forma numerada el nombre de los adultos mayores con y sin padecimientos crónicos (diabetes mellitus y/o hipertensión arterial); 3) selección aleatoria de los nombres de la población de estudios a través de una tabla de números aleatorios.

Una vez seleccionado el sujeto, se confirmó que cumplieron con los criterios de inclusión consistentes en:

- a) Adultos mayores capaces de comunicarse verbalmente.
- b) Ubicados en espacio, tiempo y persona. Esto se verificó preguntando fecha, lugar de residencia y edad, contenidos en la cédula de valoración mental (Apéndice A).

Criterios de Exclusión:

- a) Personas que rechazaron participar.

### **3.3 Instrumentos**

Los instrumentos utilizados en esta investigación comprendieron dos escalas estandarizadas y cuatro cuestionarios diseñados por el investigador. Estos fueron:

1.- Escala para Estimar la Capacidad de Autocuidado (EECAC); 2.- Índice de Calidad de Vida de Ferrans y Powers (ICVFP); 3.- Factores Condicionantes Básicos del Adulto Mayor (FCBAM); 4.- Acciones de Autocuidado del Adulto Mayor (AACAM); 5.- Capacidades de Autocuidado del Adulto Mayor Diabético y/o Hipertenso (CAACAMDH) y, 6.- Valoración Física del Adulto Mayor (VFAM).

Con el fin de enriquecer la definición de los indicadores empíricos y de verificar la practicidad de los instrumentos se llevaron a cabo entrevistas antropológicas previas al diseño último de los instrumentos.

Las entrevistas fueron realizadas por el investigador asesorado por una antropóloga social. Para tal efecto se seleccionaron siete adultos mayores. Las entrevistas fueron grabadas, el tiempo promedio fue de 1,30 horas para cada entrevista y cada una de las

personas fue entrevistada tres veces. La información fue organizada y presentada en forma de historia de vida. El reporte de estas entrevistas se incluyen en el Apéndice B.

Los principales hallazgos, derivados del análisis de las historias de vida se integraron a los instrumentos, según se describe a continuación:

1. Instrumento: Factores Condicionantes Básicos del Adulto Mayor:

- a) Subescala: Factores Socioculturales: Los resultados cualitativos demostraron que la religión es un valor en la vida de los adultos mayores: “La religión es lo que me da mi otra parte”. “Es la forma de una creencia”. Por esto se incluyó la pregunta: “*¿Con qué frecuencia la religión es algo indispensable en su vida?*”

Por otra parte ellos usan remedios caseros, los combinan con pastillas y los utilizan en ausencia de enfermedades para prevenirlas: “Con las pastillas la presión se me controla. Tomo también algo de remedios caseros”. “Los remedios caseros me dan más resultados que las pastillas”. “Cuando me enfermo me voy al Centro de Salud si es algo grave, si no, tomo mis remedios caseros”. Por esto se introdujo la pregunta: “*¿ Con qué frecuencia utiliza usted remedios caseros?*”

- b) Se confirmó la importancia de las preguntas contenidas en la subescala sobre Factores del Sistema Familiar ya que para los adultos mayores la familia “es todo en la vida de una persona, es algo hermoso que da fortaleza desde la niñez hasta la ancianidad”. “La familia es lo máximo”.
- c) En la subescala: Los hallazgos cualitativos mostraron que “las personas adultas

mayores necesitan de mejor asistencia que las otras personas porque es en esta etapa que las enfermedades atacan más”. Por esto se agregó en la subescala Disponibilidad de Recursos la pregunta: “*¿ Con qué frecuencia los recursos de atención médica de los hospitales y del Centro de Salud son suficientes para atender sus necesidades de salud?*” Por otro lado, se eliminó el factor condicionante básico denominado factores ambientales porque no se encontró relación del mismo con la forma de vida de los adultos mayores.

2. Instrumento: Acciones de Autocuidado del Adulto Mayor. Las historias de vida revelaron que no todos los adultos mayores manifestaron preocupación con la parte de prevención de peligros en el hogar: “A veces se me pasa la preocupación para evitar accidentes en el hogar. Hace un mes me caí y casi se me fracturó la cadera cuando me resbalé en el suelo mojado con jabón por caminar sin cuidado”. Para interpretar mejor esta cuestión se incluyeron las preguntas: “*¿ Con qué frecuencia evita usted hacer cosas que ponen en riesgo su seguridad física y su salud?*” y “*¿Con que frecuencia se mueve usted con libertad y seguridad dentro y fuera de su hogar?*”
3. Instrumento: Capacidades y Acciones de Autocuidado del Adulto Mayor Diabético y/o Hipertenso. Los datos mostraron que los adultos mayores están orientados acerca de sus enfermedades y consecuentemente las controlan: “Pues así como estoy, que tengo 23 años de diabetes, me tengo que cuidar y siempre estoy controlado”. “Yo me cuido con medicamentos y dieta”. Para analizar mejor las capacidades y acciones de autocuidado especializadas de la población de adultos

mayores se complementó este instrumento para lo que incluyó en la sección de Capacidades de Autocuidado preguntas de esta naturaleza, como por ejemplo: “*Si la cifra de azúcar en la sangre de una persona con diabetes es igual a 90 mg, este resultado lo considera...*” “*Si la cifra de presión arterial en una persona hipertensa es igual a 130 x 90 mmHg, este resultado lo considera...*” Se agregaron también preguntas relacionadas con dieta y aumento de peso corporal: “*¿Con qué frecuencia puede usted hacer cambios en su dieta cuando sube de peso?*” En la sección sobre Acciones de Autocuidado las preguntas: “*¿Con qué frecuencia toma usted las pastillas para la diabetes y/o hipertensión según la cantidad y horarios indicados?*” “*¿Con qué frecuencia realiza usted los exámenes solicitados para control de su diabetes y/o hipertensión?*”

Finalmente se ordenaron los cuestionarios, sus puntajes originales se transformaron en una escala entre cero y 100 y sus características se describen en los siguientes párrafos:

1. El instrumento FCBAM (Apéndice C) está constituido por una sección de datos demográficos y cinco subescalas. Los datos demográficos se preguntan en las cuestiones del 1 al 13, incluyendo edad, sexo y estado civil entre otros. Las subescalas se resumen en la siguiente TABLA 1.

**TABLA 1**  
**Características y Cronbach Alpha de las Subescalas**  
**y de la Escala Total de FCBAM**

Subescalas y Escala Total	N° de Preguntas	Preguntas en Escala de Medición Tipo Lickert (1 a 4)	Preguntas con respuestas sin escala	n	Cronbach Alpha
Factores Socioculturales (Toda población)	5	14-15-16-19-20	-	169	.5997
Factores Socioculturales (jubilados)	7	14-15-16-17-18-19-20	-	43	.7058
Factores del Sistema Familiar	4	21-22-23-24	-	169	.7110
Patrones de Vida	8	25-26-27-28-29-30-31	32	169	.7001
Disponibilidad de Recursos	7	33-34-35 36: a) b) c)	37	169	.7003
Percepción del Estado de Salud	12	38-39-40-41-42-43-44-45	46-47-48-49	169	.7113
Escala Total de FCBAM	38	De la 14 a la 45	32-37-46-47-48-49		.7715

Fuente: FCBAM

2. Para medir las CAC de los Adultos Mayores se utilizó la Escala para Estimar la Capacidad Autocuidado (Apéndice D) diseñada por Isenberg y Evans (1993), traducida al español, probada y adaptada con población mexicana por Gallegos y Salazar obteniendo un Cronbach Alpha de .8198 (Gallegos, 1995). El instrumento incluye 24 ítems, cada uno de los cuales se responde en escala que toma valores del uno al cinco. El coeficiente Cronbach Alpha en la presente investigación fué = .7941.
3. El instrumento AACAM (Apéndice E), comprende preguntas sobre actividades que tienden a satisfacer los requisitos universales seleccionados. Consta de ocho ítems que se responden en escala que toma valor del uno al cuatro. El coeficiente Cronbach Alpha en este estudio fué = .7038.

4. Para medir la CV de los Adultos Mayores se aplicó el ICV de Ferrans y Powers (Apéndice F), utilizado con población mexicana por Cardenas (1995) donde obtuvo Alpha Cronbach = .86 para CV en general y de .83, .79, .85 y .67 para las subescalas: salud/ funcionamiento, socioeconómico, psicológico/ espiritual y familiar respectivamente. Se obtuvo autorización por escrito de los autores para ser utilizado en esta investigación (Apéndice G). El instrumento original en idioma ingles se tradujo al español.

El ICV de Ferrans y Powers incluye 68 reactivos divididos en dos secciones: la primera sección se identifica por la pregunta : “*¿Que tan satisfecho esta usted...?*” y consta de 34 reactivos. La segunda sección pregunta: “*¿Que tan importante es para usted...?*” y también se compone de 34 reactivos. Las respuestas en ambas secciones se miden con una escala de seis puntos donde el uno significa “muy insatisfecho” o “nada importante” y el seis “muy satisfecho” o “muy importante”. La confiabilidad del instrumento para este estudio fue de Cronbach Alpha = .9433 para CV en general y para las subescalas: salud/ funcionamiento = .8726, socioeconómico = .7892, psicológico/ espiritual = .9037 y familiar = .7777. Las cuatro subescalas se encuentran ordenadas en el Apéndice H.

5. El instrumento CAACAMDH (Apéndice I) consta de dos secciones: 1) CAC/ AMDH incluye 20 ítems (del 1 al 20), y 2) AAC/ AMDH con ocho cuestiones (21 a la 28). La escala de medición, tipo Likert, toma valores del uno al cuatro. Este instrumento se diseñó para adultos mayores con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial por lo que contiene preguntas relacionadas con las dos enfermedades, así como otras que se relacionan sólo con uno de los padecimientos. Las



características de las secciones se resumen en la TABLA 2.

**TABLA 2**

**Características y Cronbach Alpha de las Secciones CAC/ AMDH y AAC/ AMDH**

Secciones	Preguntas relacionadas con diabéticos e hipertensos	Preguntas relacionadas con diabéticos	Preguntas relacionadas con hipertensos	Cronbach Alpha
CAC/ AMDH	3-4-5-6-7-8-13-14-15-16-17-18	1-2-9-10-19	11-12-20	.8544
AAC/ AMDH	21-22-24-25-26-27-28	23	-	.7839

Fuente: CAACAMDH

n=90

6. El instrumento VFAM (Apéndice J) está constituido por dos secciones: 1) En la primera se reportaron el estado de salud física de los adultos mayores (ES), el cual se determinó por medio de tres variables: agudeza visual, agudeza auditiva e higiene y salud bucal. La agudeza visual se determinó a través de la Carta de Agudeza Visual (Novey, 1990). La auditiva fue evaluada por tres pruebas (Novey, 1990) que fueron la voz hablada, la conducción ósea y aérea (Prueba de Rinne) y la simetría auditiva (Prueba de Weber). Finalmente higiene y salud bucal fueron valoradas por la inspección de los labios, encías, dientes, mucosa bucal y lengua. El tipo de anormalidades detectadas se reportaron en el apartado de observaciones. 2) En la segunda sección se determinó el nivel en que se satisfacen los requisitos de autocuidado por desviación de la salud (DS) en diabéticos y/o hipertensos. Esta valoración incluyó la presión arterial, peso corporal y talla, cifras de la glicemia capilar y condición de las extremidades inferiores (medidas sólo en diabéticos). Para clasificar la presión arterial sistólica y diastólica en normal, hipo o hipertensión se consideraron los parámetros establecidos por la Organización Panamericana de

Salud (1984) cuyos criterios se describen en la TABLA 3.

**TABLA 3**

**Valores Sistólicos y Diastólicos para Clasificación de la Presión Arterial**

<b>Clasificación de P. Arterial</b>	<b>Parámetro Sistólico</b>	<b>Parámetro Diastólico</b>
1 - Normal	100 a 140	70 a 90
2 - Hipotensión	≤ 99	≤ 69
3 - Hipertensión	> 140	> 90

Para clasificar el peso corporal se calculó el índice de masa corporal (IMC), que de acuerdo con Vargas (1993) se determina por la relación de peso con talla (IMC= peso actual/ talla<sup>2</sup>). La TABLA 4 presenta los criterios de clasificación.

**TABLA 4**

**Valores del Índice de Masa Corporal para Clasificación del Peso Corporal**

<b>Clasificación de Peso Corporal</b>	<b>Índice de Masa Corporal</b>
1 - Bajo Peso	16 a 19
2 - Peso normal	20 a 24
3 - Sobrepeso	25 a 30
4 - Obesidad	> 30

El nivel de glucosa capilar se evaluó considerando los criterios establecidos por la American Diabetes Association (1988) y por Uribe (1988). Estos criterios se describen en la TABLA 5.

**TABLA 5**

**Valores Establecidos para clasificar el Nivel de Glucosa Capilar**

<b>Nivel de glucosa</b>	<b>Mgs</b>
1 - Hipoglucemia	≤ 70
2 - Normal	71 a 149
3 - Hiperglucemia	≥ 150

La evaluación de las extremidades inferiores se llevó a cabo considerando la sensibilidad, coloración, lesión y presencia de infección. Los criterios utilizados, según Novey (1990), fueron:

a) Sensibilidad: Se midió a través de receptores nerviosos de calor, frío y dolor. Los dos primeros se evaluaron con agua caliente y fría en tubos de ensayo. En lo referente al dolor, se utilizó un instrumento de punta aguda. Las mediciones se realizaron en diferentes partes de los pies en puntos alternos. b) Coloración: Se inspeccionó la presencia de pigmentación aumentada (color café) al rededor de los tobillos. c) Lesión: Se inspeccionó la ausencia de lesión, piel íntegra e hidratada. d) Presencia de infección: Se inspeccionó la presencia de secreción purulenta enrojecimiento, aumento de temperatura al rededor de la lesión y dolor. Las anomalías detectadas en la valoración de los pies se reportaron en el apartado de observaciones.

La descripción de cada procedimiento utilizado en la valoración física del adulto mayor se encuentra en el Apéndice K.

### **3.4 Procedimientos para la Recolección de Información**

Los instrumentos se aplicaron por medio de entrevista directa. El encuestador leyó cada una de las preguntas, así como las opciones de respuestas al adulto mayor. La respuesta del entrevistado se registró en el instrumento correspondiente. Las preguntas abiertas fueron contestadas transcribiendo literalmente la respuesta de la persona entrevistada. Las pruebas de agudeza visual, auditiva, evaluación de la boca, toma de presión arterial, medición de peso y talla, toma de glicemia capilar y revisión de los pies se registraron a partir de las mediciones e inspección realizadas.

Para determinar si el sujeto reunía los criterios de inclusión, (ver criterios de inclusión en p. 35), se utilizó la cédula de valoración mental; y también se tomó en cuenta la forma de respuesta a las preguntas sobre datos demográficos. Toda persona entrevistada reunió las condiciones necesarias y ninguna rechazó participar en el estudio.

La recolección de la información se realizó en un periodo de cinco semanas. Para ello se contó con un equipo de trabajo integrado por nueve encuestadores: una con título de maestría en enfermería, dos licenciados en enfermería, cinco pasantes de licenciatura en enfermería y el investigador principal.

Con el propósito de lograr claridad y uniformidad en la aplicación de los cuestionarios, se elaboró una guía de orientación con énfasis en los conceptos seleccionados para este estudio (FCBs, CAC, AAC y CV). Así mismo se entrenó a los participantes en los procedimientos de la valoración física. El tiempo que implicó esta actividad fue de una semana (25 horas).

Con el fin de probar la practicidad de los instrumentos diseñados y hacer los cambios necesarios a los instrumentos se llevó a cabo una prueba piloto. Esta se realizó con 30 adultos mayores residentes en colonias urbano marginadas y que no formaron parte de la muestra. De acuerdo a los resultados de esta prueba se hicieron los cambios a los cuestionarios y escalas consistentes en: a) en las opciones de respuesta a la pregunta 12 de la sección Aspectos Sociodemográficos del instrumento de FCBAM se agregó, como otro tipo de familia, *Forma Familiar Variante: un adulto que vive sólo*; b) la pregunta 13 quedó así: *¿ Tiene usted hijos? 1 - Sí ( ) 2 - No ( ) ¿ Cuántos?*; c) en la subescala Percepción del Estado de Salud del mismo instrumento a

la pregunta 49: *¿ Cuánto tiempo tiene de diagnosticada su enfermedad ?* se cambió la opción de respuesta *años* por *meses y años* y d) en cada una de las dos secciones de los instrumentos ICVFP y CAACAMDH se agregó un apartado para observaciones.

Para la realización de las entrevistas, cada auxiliar de investigación tuvo consigo una lista que contenía los datos nombre, edad, sexo, estado civil, dirección de la personas, con la observación si padecía o no diabetes mellitus y/o hipertensión arterial. Generalmente, los adultos mayores eran entrevistados después de una cita previa y esto permitió tener una primera interacción entre el entrevistado y el entrevistador y no molestar o interrumpirlos en sus actividades diarias.

El equipo empleado para realizar la valoración física fue: báscula (marca Sunbeam), esfigmomanómetro (marca Labtrom), estetoscopio (marca Lumiscope), cinta métrica, glucometro GX y tirillas (Destrostix III), tubos de ensayo, termómetros (marca Tem - Con "Mich 57") carta de agudeza visual, diapasón de 512 Hertz, depresor de lengua y una linterna pequeña (marca Sony).

La prestación de un servicio de enfermería a través de la valoración física fue una actividad que conquistó a los adultos mayores, no sólo por los procedimientos específicos ejecutados, sino por la atención personal y la orientación requerida que les fue brindada.

Durante la etapa de recolección de datos, el investigador corroboró la información recabada por el personal encuestador, supervisó la aplicación de los instrumentos y en algunos casos supervisó las entrevistas. El tiempo de duración de la entrevista fue alrededor de 1,30 horas para adultos mayores sin enfermedades crónicas y de 2 horas para adultos mayores diabéticos y/o hipertensos y se aplicaron los instrumentos en una

sola entrevista.

### **3.5 Análisis de Datos**

Los datos cualitativos se procesaron por medio de análisis de contenido/ textual utilizándose la técnica de análisis temático (Talbot, 1995). Los datos cuantitativos se procesaron por medio electrónico. Se utilizó el paquete computacional SPSS y se obtuvieron estadísticas descriptivas de cada variable (frecuencia, porcentaje, media, mediana, y DE); correlacionales y estadísticas inferenciales: pruebas no paramétricas (Kruskal - Wallis), y pruebas paramétricas (regresión lineal simple y múltiple) .

### **3.6 Ética del Estudio**

De acuerdo con lo establecido en el artículo 17, cap. II del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (SS, 1987), el presente estudio se considera una investigación con riesgo mínimo porque se obtuvo el registro de datos a través de aplicación de instrumentos y utilización de algunos procedimientos de enfermería. Una vez seleccionados los adultos mayores, se solicitó verbalmente y sin presión de ningún tipo su participación en el estudio; el consentimiento se obtuvo cumpliendo con lo dispuesto en el artículo 20 del citado reglamento.

Se solicitó por escrito a las autoridades competentes su autorización para llevar a cabo el estudio, con el compromiso de entregar los resultados del mismo a los responsables del programa “Salud de los Adultos Mayores” del Centro de Salud “Vicente Guerrero”, ubicado en la misma colonia, en Guadalupe, NL.

## **CAPITULO IV**

### **RESULTADOS**

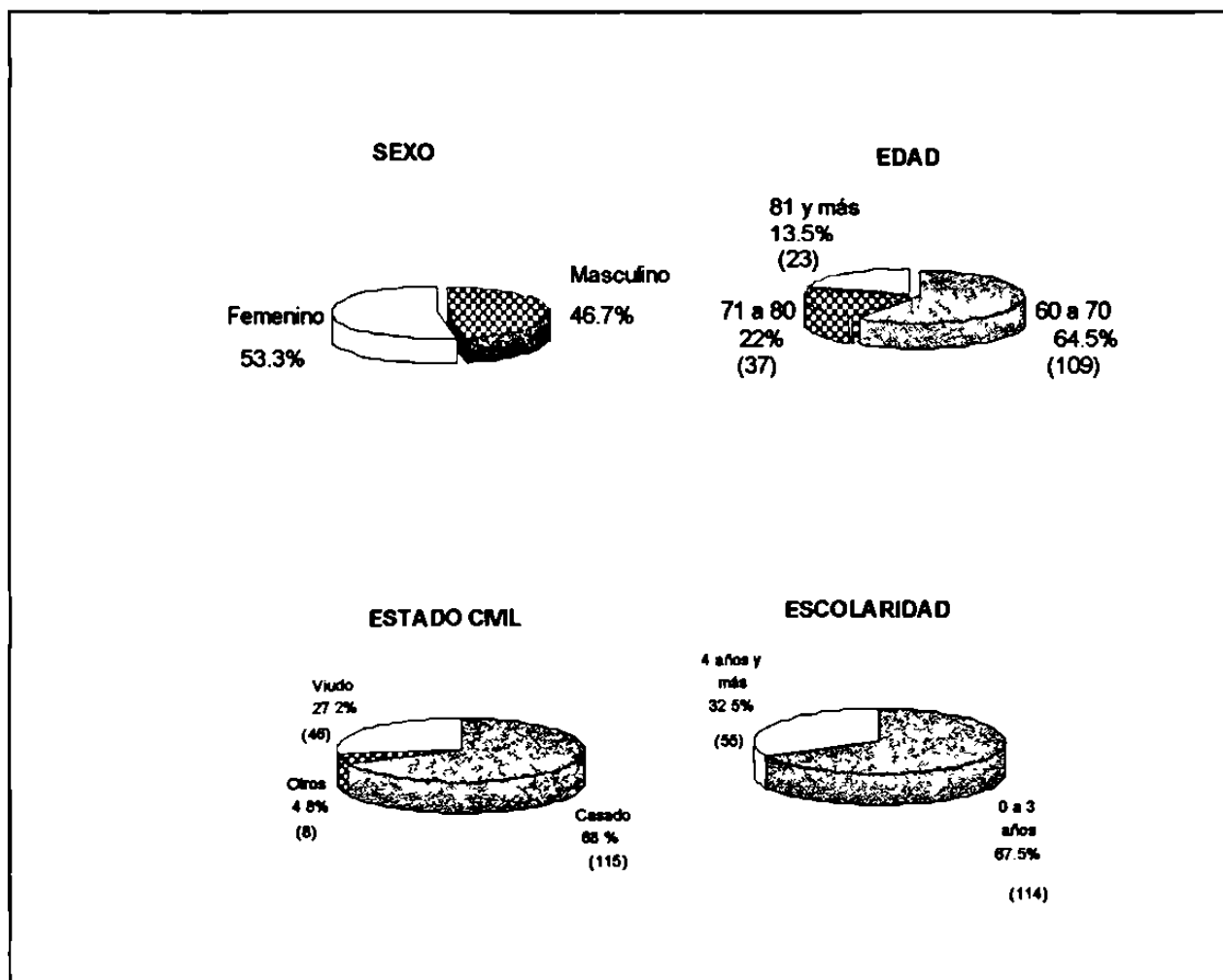
Los resultados que se reportan en el presente estudio corresponden a 169 adultos mayores con y sin enfermedades crónicas (diabetes mellitus y/o hipertensión arterial) que habitan en el Municipio de Guadalupe, NL. Se presentan en cuatro apartados: 1) Características sociodemográficas de la población estudiada; 2) Estadísticas descriptivas; 3) Datos correlacionales, y 4) Estadísticas inferenciales: Pruebas no paramétricas (Kruskal Wallis) y paramétricas (regresión lineal simple y múltiple).

#### **4.1 Características Sociodemográficas de la Población Estudiada**

Para describir la población estudiada de los adultos mayores se registraron datos que permitieron conocer a los participantes como individuos, sus características familiares y su situación de trabajo.

Las características individuales de los sujetos del estudio relacionadas con sexo, edad, estado civil, y escolaridad se sumarizan en la FIGURA 3.

**FIGURA 3**  
**Características Individuales de los Adultos Mayores**  
**Guadalupe, NL, 1996.**



Fuente: FCBAM

n = 169

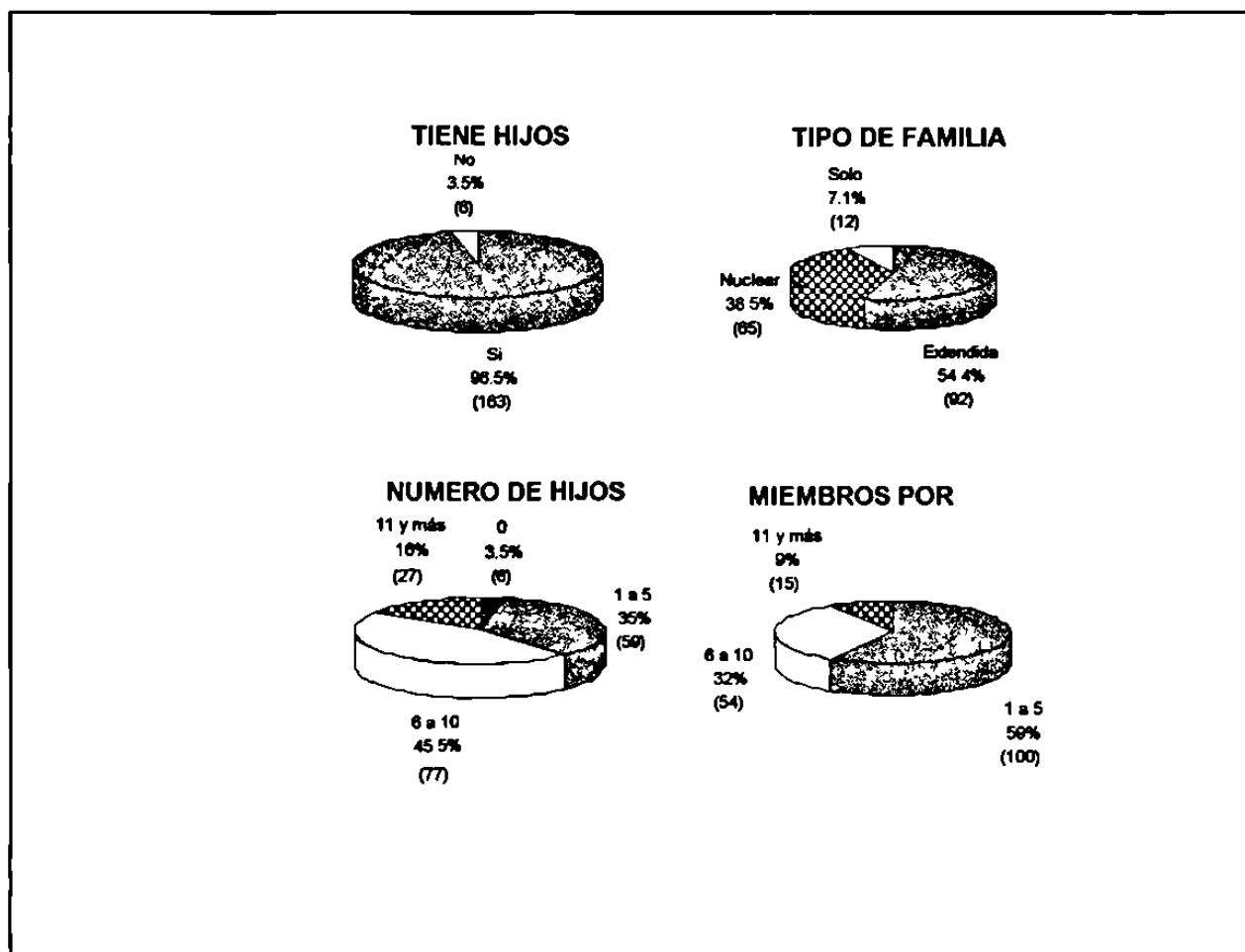
Como se puede observar el 64.5 por ciento de la población estudiada tenía de 60 a 70 años de edad, el 68 por ciento estaba casada y el 67.5 por ciento contaban con 0 a 3 años de escolaridad. Además el 97.6 por ciento manifestó tener alguna religión, el 81.1 por ciento fue capaz de leer un recado y el 76.5 por ciento de escribir un recado.

Las características familiares se resumen en la FIGURA 4.



FIGURA 4

**Características Familiares de los Adultos Mayores  
Guadalupe, NL, 1996.**



Fuente: FCBAM

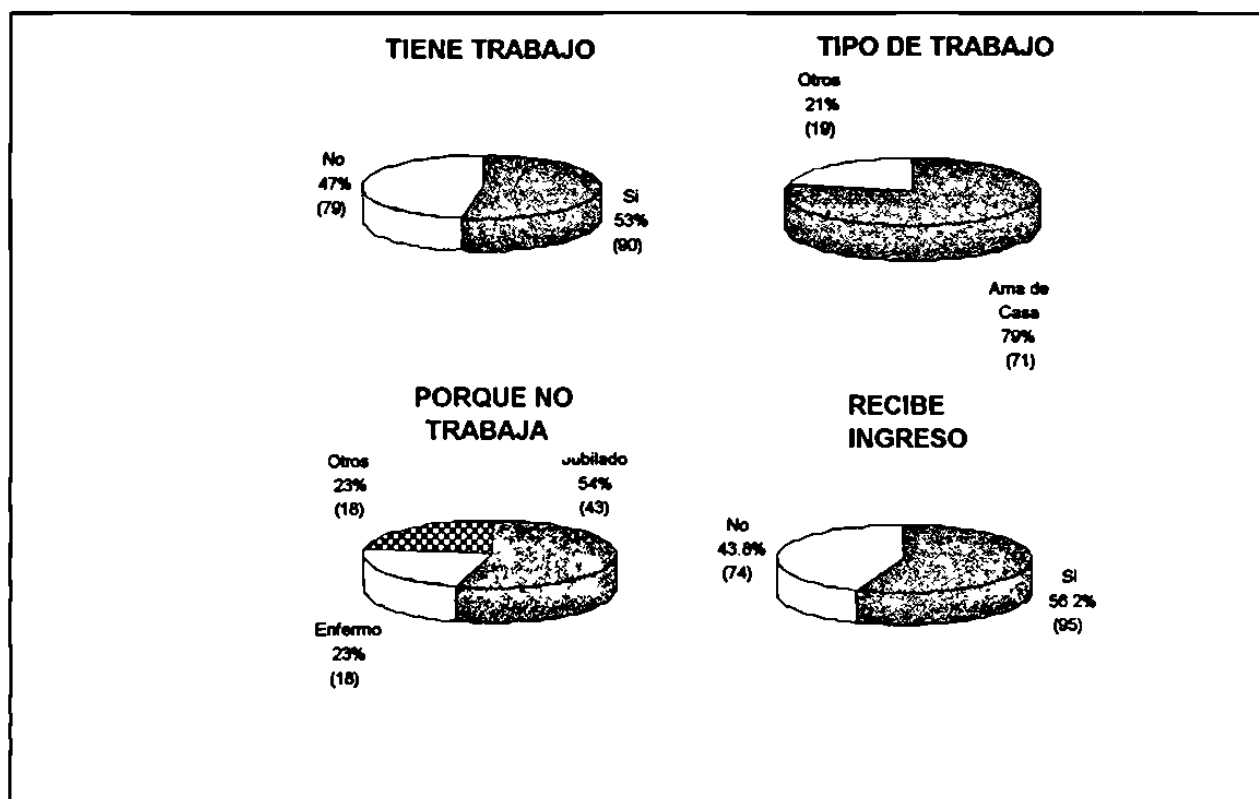
n = 169

El 54.4 por ciento de la población estudiada vivía en familias extendidas con uno a cinco miembros el 96.5 por ciento tuvo hijos; de éstos, el 45.5 por ciento tuvo de 6 a 10 hijos.

Las situación de trabajo de la población estudiada se encuentra en la FIGURA 5.

FIGURA 5

**Situación de Trabajo de los Adultos Mayores  
Guadalupe, NL, 1996.**



Fuente: FCBAM

n = 169

El 53 por ciento tenía trabajo; de los tipos de trabajo ejercidos se encontró que el 79 por ciento ejercía trabajo en la casa (ama de casa), el 54 por ciento de los que no trabajaban eran jubilados y el 56.2 por ciento recibía un ingreso económico. También se preguntó el ingreso económico de las personas encontrando que en promedio recibían \$ 439.51 mensualmente y el 80 por ciento contaba con Seguro Social.

#### 4.2 Estadísticas Descriptivas

En este apartado se presentan datos relativos a los FCBs, CAC y CACDH, AAC y

AACDH así como informaciones sobre CV. Estos resultados se presentan en la TABLA

6.

**TABLA 6**

**Medidas Descriptivas Relativas a los FCBs, CAC y CACDH,  
AAC y AACDH y CV de los Adultos Mayores  
Guadalupe, NL, 1996.**

<b>VARIABLES</b>	<b>Valor Mínimo</b>	<b>Mediana</b>	<b>Media</b>	<b>Valor Máximo</b>	<b>Rango</b>	<b>Desviación Estándar</b>
FCBs: Socioculturales	28.57	80.00	79.90	100.00	71.42	13.42
- Factores del Sistema Familiar	8.33	66.66	65.92	100.00	91.66	21.80
- Patrones de Vida	33.33	69.44	68.59	94.44	61.11	10.35
- Disponibilidad de Recursos	50.00	72.22	73.11	100.00	50.00	9.83
- Estado de Salud	12.50	91.66	85.35	100.00	87.50	15.73
CAC	50.00	77.08	77.24	100.00	50.00	10.36
AAC	47.61	85.71	82.78	100.00	52.38	11.31
CACDH	33.33	84.44	79.76	100.00	66.66	15.02
AACDH	.00	76.19	69.63	100.00	100.00	21.84
CV	68.71	91.00	89.87	100.00	31.29	7.17
Subescalas						
Salud-Funcionamiento	43.57	86.42	85.09	100.00	56.43	9.68
Socioeconómica	55.00	90.05	86.60	100.00	45.00	9.09
Psicolog./Espiritual	50.00	98.57	93.74	100.00	50.00	8.17
Familiar	52.50	100.00	94.02	100.00	47.50	9.28

Fuentes:FCBAM, EECAC, AACAM e ICVFP ( n=169) CAC/AMDH y AAC/AMDH ( n = 90)

Se encontró que la media más alta de los FCBs correspondió al factor estado de salud y la menor a los factores del sistema familiar . En relación a las CAC y CACDH, la mayor media estuvo para la segunda y entre las AAC y AACDH para la primera. Con relación a la CV la subescala familiar obtuvo el mayor puntaje de la media y la salud/funcionamiento el menor.

Las medidas descriptivas para las cuatro subescalas de CV según el nivel de satisfacción e importancia se muestran en la TABLA 7.

**TABLA 7**

**Medidas Descriptivas para las Cuatro Subescalas de CV según Nivel de Satisfacción e Importancia Guadalupe, NL, 1996.**

Medidas Descriptivas	Salud/Funcionamto		Socioeconómica		Psicolog./Espiritual		Familiar	
	Satisfac.	Import.	Satisfac.	Import.	Satisfac.	Import.	Satisfac.	Import.
Valor Mínimo	28.57	54.28	57.50	50.00	34.28	65.71	5.00	70.00
Mediana	82.85	90.00	85.00	91.11	97.14	100.00	100.00	100.00
Media	81.37	88.77	83.42	89.78	91.94	95.55	90.65	97.40
Valor Máximo	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00
Rango	71.43	45.71	42.50	50.00	65.71	34.29	95.00	30.00
Desviación Estándar	12.72	8.57	11.12	9.33	10.27	7.44	15.14	5.98

Fuente: ICV

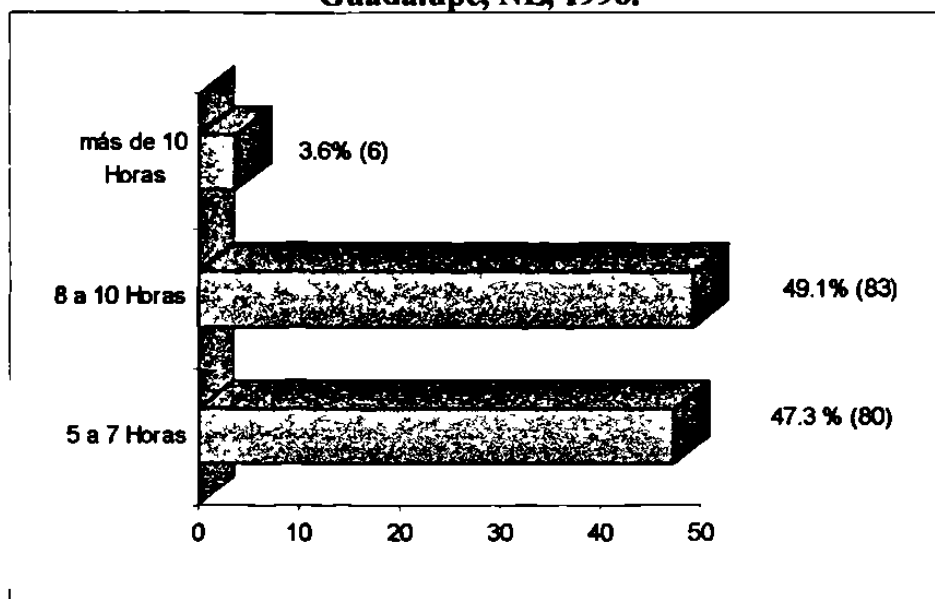
n = 169

Se registró que según nivel de satisfacción la subescala psicológico/ espiritual fue la más alta y la salud/ funcionamiento la más baja; de acuerdo al nivel de importancia la subescala más alta fue la familiar y la más baja salud/ funcionamiento.

Como FCBs se preguntaron horas de sueño, percepción del estado de salud, dolor, tipo y tiempo de diagnóstico de las enfermedades crónicas. Los resultados relacionados con horas de sueño se encuentran en la FIGURA 6

FIGURA 6

**Horas de Sueño de los Adultos Mayores  
Guadalupe, NL, 1996.**



Fuente: FCBAM

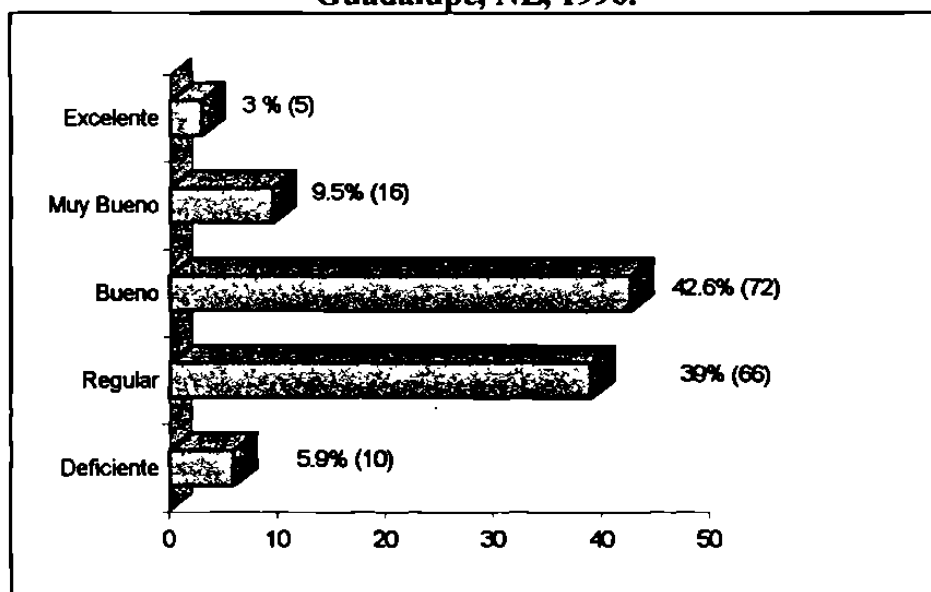
n = 169

Se identificó que el 49.1 por ciento de los participantes del estudio duermen de 8 a 10 horas.

Los datos de la percepción del estado de salud de los adultos mayores se registran en la FIGURA 7.

FIGURA 7

**Percepción del Estado de Salud de los Adultos Mayores  
Guadalupe, NL, 1996.**



Fuente: FCBAM

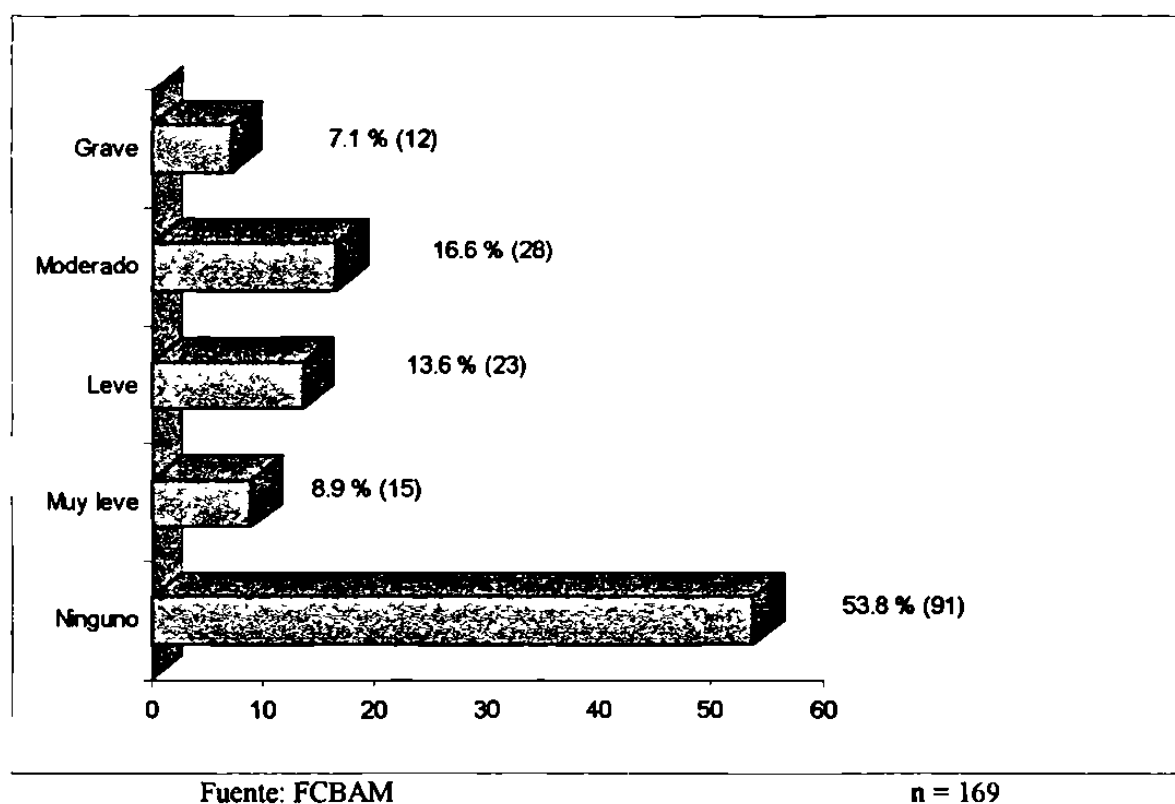
n = 169

Se aprecia, que el 42.6 por ciento percibió su estado de salud bueno.

El nivel de dolor referido por la población de estudios se reporta en la FIGURA 8.

**FIGURA 8**

**Nivel de Dolor Referido por los Adultos Mayores  
Guadalupe, NL,**

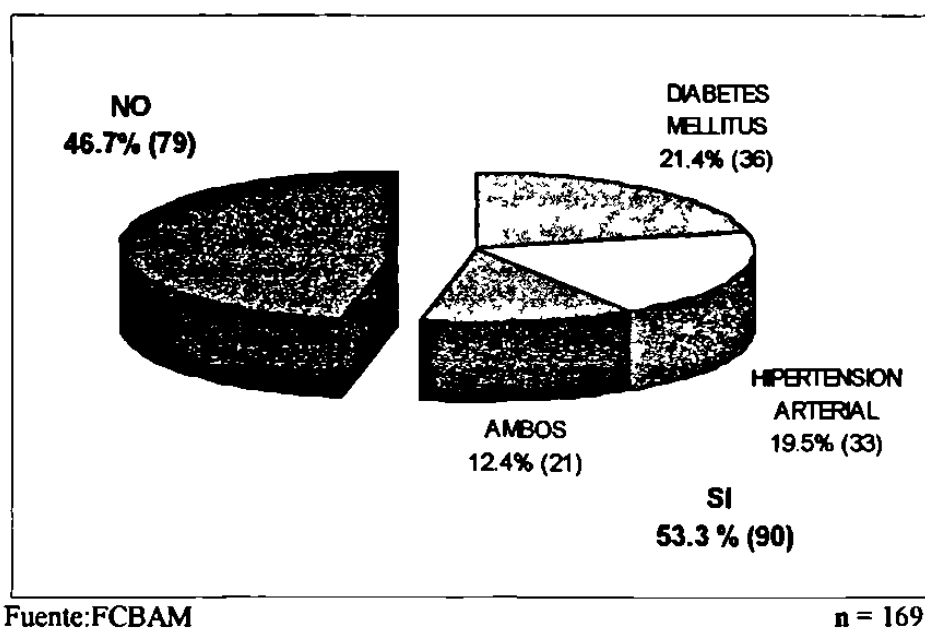


Se registró que el 53.8 por ciento no refirió ningún tipo de dolor.

El tipo de enfermedades crónicas que padecían los adultos mayores se informan en la FIGURA 9.

FIGURA 9

**Tipo de Enfermedad Crónica que Padecían los Adultos Mayores  
Guadalupe, NL, 1996.**



Se obtuvo que el 53.3 por ciento refirió una enfermedad crónica, de éste, el 21.4 por ciento padecía Diabetes Mellitus.

El tiempo de diagnóstico de las enfermedades crónicas que padecían los participantes del estudio se identifica en la TABLA 8.

TABLA 8

**Tiempo de Diagnostico de las Enfermedades Crónicas  
Que Padecían los Adultos Mayores  
Guadalupe, NL, 1996.**

Tipo de Enfermedad	Menos de 1 año		1 a 10 años		Más de 10 años		Total	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
D. Mellitus ( n=36)	2	5.6	23	63.8	11	30.6	36	100.0
H.Arterial ( n=33)	1	3.0	24	72.7	8	24.3	33	100.0
Ambas Enfer. (21)	14	66.7	7	33.3	-	-	21	100.0

Fuente: FCBAM

n= 90

Se encontró que el mayor porcentaje de diabéticos (63.8 por ciento) y de hipertensos (72.7 por ciento) padecían estas enfermedades en un rango de tiempo de uno a 10 años y el mayor porcentaje de diabéticos e hipertensos (66.7 por ciento) padecían ambas enfermedades hacía menos de un año.

La valoración física, en su primera sección, complementó la información sobre el estado de salud de los participantes. Esta valoración consistió en identificar el nivel de agudeza visual, auditiva e higiene y salud bucal.

El nivel de agudeza visual se presenta en la TABLA 9.

**TABLA 9**

**Nivel de Agudeza Visual de los Adultos Mayores  
Guadalupe, NL, 1996.**

Nivel de Agudeza Visual	Normal		Por debajo de la normal		Total	
	fr	%	fr	%	fr	%
Ojo Derecho	89	52.7	80	47.3	169	100.0
Ojo Izquierdo	90	53.3	79	46.7	169	100.0

Fuente: VFAM

n = 169

El 52.7 por ciento presentó agudeza visual normal en el ojo derecho y el 53.3 por ciento en el ojo izquierdo.

El nivel de agudeza auditiva se reporta en la TABLA 10.



TABLA 10

**Nivel de Agudeza Auditiva de la Población Estudiada  
Guadalupe, NL, 1996.**

Nivel de Agudeza Auditiva	Voz Hablada				Prueba de Rinne			
	Normal		Por debajo de la normal		Normal		Por debajo de la Normal	
	fr	%	fr	%	fr	%	fr	%
Oído Derecho	146	86.4	23	13.6	132	78.1	37	21.9
Oído Izquierdo	144	85.2	25	14.8	134	79.3	35	20.7

Fuente VFAM

n= 169

En el oído derecho se encontró que el 86.4 por ciento presentó agudeza auditiva normal por medio de la voz hablada y el 78.1 por ciento por la prueba de Rinne; y en el oído izquierdo el 85.2 por ciento a través de voz hablada y el 79.3 por ciento por medio de la prueba de Rinne. La prueba de Weber, que también determinó el nivel de agudeza auditiva, registró que el 92 por ciento obtuvo resultado normal.

El nivel de higiene y salud bucal de los participantes de estudio se presenta en la TABLA 11.

TABLA 11

**Nivel de Higiene y salud Bucal de los Adultos Mayores  
Guadalupe, NL, 1996.**

Nivel de Higiene y salud Bucal	fr	%
Muy Bueno	17	10.0
Bueno	98	58.0
Regular	48	28.4
Deficiente	6	3.6
Total	169	100.00

Fuente: VFAM

n= 169

El 58 por ciento presentó un nivel de higiene y salud bucal bueno.

La segunda sección de la valoración física completó los datos sobre los requisitos de autocuidado por desviación de la salud. Los procedimientos relacionados con este tipo de valoración permitieron la identificación de las cifras de presión arterial, índice de masa corporal, glicemia capilar y condición de las extremidades inferiores.

Las informaciones sobre las cifras de presión arterial se presentan en la TABLA 12.

**TABLA 12**

**Cifras de Presión Arterial Sistólica y Diastólica de los  
Adultos Mayores Diabéticos y/o Hipertensos  
Guadalupe, NL, 1996.**

<b>Presión Arterial Sistólica (mmHg)</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
≤ 99	1	1.2
100 a 140	80	88.8
> 140	9	10.0
Total	90	100.0
<b>Presión Arterial Diastólica (mmHg)</b>		
≤ 69	5	5.6
70 a 90	80	88.8
> 90	5	5.6
Total	90	100.0

Fuente: VFAM

n = 90

El 88.8 por ciento presentó presión arterial sistólica entre 100 y 140 mmHg, así como presión arterial diastólica entre 70 y 90 mmHg.

Los datos sobre el índice de masa corporal se aprecian en la TABLA 13.

**TABLA 13**

**Índice de Masa Corporal de los Adultos  
Mayores Diabéticos y/o Hipertensos  
Guadalupe, NL, 1996.**

<b>Índice de Masa Corporal</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Bajo peso	4	4.5
Normal	15	16.5
Sobrepeso	43	47.8
Obesidad	28	31.2
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>100.0</b>

Fuente: VFAM

n = 90

El 47.8 por ciento de la población estudiada presentó sobrepeso.

Los resultados relacionados con el nivel de glucosa capilar se reportan en la

TABLA 14.

**TABLA 14**

**Nivel de Glucosa Capilar de los Adultos Mayores Diabéticos  
Guadalupe, NL, 1996.**

<b>Nivel de Glucosa Capilar</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Hipoglucemia	6	10.6
Normal	16	28.0
Hiperglucemia	35	61.4
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>100.0</b>

Fuente: VFAM

n = 90

El 61.4 por ciento de los adultos mayores presentaron hiperglucemia.

La revisión de la condición de las extremidades inferiores se hizo en función de:

a) sensibilidad, b) coloración, c) presencia de lesiones y d) presencia de infecciones.

La información referente a las condiciones de las extremidades inferiores se reporta en la TABLA 15.

**TABLA 15**

**Condición de las Extremidades Inferiores  
de los Adultos Mayores Diabéticos  
Guadalupe, NL, 1996.**

<b>Sensibilidad</b>	<b>fr</b>	<b>%</b>
Ausente	2	3.5
Muy Poca	2	3.5
Poca	2	3.5
Regular	20	35.1
Normal	31	54.4
<b>Coloración</b>		
Normal	38	66.6
Anormal	19	33.4
<b>Lesión</b>		
Presencia	10	17.5
Ausencia	47	82.5

Fuente: VFAM

n = 57

En relación a la sensibilidad se observó que el 54.4 por ciento presentó resultado normal; en cuanto a la coloración el 66.6 por ciento resultado normal y el 33.4 por ciento no tuvo presencia de lesiones y ninguno tuvo infección de las lesiones.

#### **4.3 Datos Correlacionales**

Para identificar el nivel de relación y significancia de las variables entre si, se calculó el índice de correlación de Spearman. Los resultados obtenidos se presentan en la TABLA 16.

TABLA 16

**Coefficiente de Correlación de Spearman Entre los FCBs  
Seleccionados, CAC, AAC, y CV de los Adultos Mayores  
Guadalupe, NL, 1996.**

Sistema Familiar	.2657	.000							
Patrones de Vida	.0331	.4378							
Disponib. de Recurs.	.0622	.2537	.2614						
Estado de Salud	.422	.001	.001						
CAC	.2119	.2819	.2508	.1817					
AAC	.006	.000	.001	.018					
CV	.1000	.1756	.3284	.2545	.2692				
AACDH	.196	.022	.000	.001	.000				
CACDH	.1079	.1979	.3084	.2138	.3397	.5201			
	.163	.010	.000	.005	.000	.000			
	.2710	.1762	.3111	.1716	.3514	.5839	.4200		
	.000	.022	.000	.026	.000	.000	.000		
	.0761	.1952	.2717	.3391	.1756	.3175	.2469	.3272	
	.476	.065	.010	.001	.098	.002	.019	.002	
	-.0740	-.0700	.1476	.3297	.1461	.4263	.2942	.3862	.4967
	.488	.512	.165	.002	.170	.000	.005	.000	.000
	Soc. Cult.	Sist. Fam.	Pat. Vida	Disp. Rec.	Est. Sal.	CAC	AAC	CV	AACDH

Fuentes: FCBAM, EECAC, AACAM e ICVFF ( n = 169) CAACAMDH ( n = 90)

Se encontró que : a) todas las correlaciones fueron positivas; b) los factores sistema familiar, patrón de vida, disponibilidad de recursos y estado de salud se correlacionaron con CAC y AAC; c) el factor disponibilidad de recursos se asoció con CACDH y AACDH y el factor patrón de vida con CACDH; d) las CAC se asociaron con las AAC y las CACDH se relacionaron con las AACDH y e) todas las variables se correlacionaron en forma significativa con CV.

### 4.3.1 Preguntas de Investigación

Para responder a las preguntas de investigación se consideraron los coeficientes de correlación de Spearman. La primera pregunta de investigación: *¿Existe relación entre los factores condicionantes básicos identificados por el estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema familiar, patrón de vida y disponibilidad de recursos y la calidad de vida del adulto mayor?*

El coeficiente de correlación y significancia entre estas variables se reportan en la TABLA 17.

**TABLA 17**

**Nivel de Correlación y Significancia entre los FCBs Seleccionados y la CV de los Adultos Mayores a través del Índice de Correlación de Spearman  
Guadalupe, NL, 1996.**

<b>Variables</b>	<b>Variable</b>	<b>Correlación r</b>	<b>Valor de p</b>
Estado de Salud	CV	.3534	.000
Orientación Sociocultural	CV	.2710	.000
Sistema Familiar	CV	.1762	.022
Patrón de Vida	CV	.3111	.000
Disponibilidad de Recursos	CV	.1716	.026

Fuentes: FCBAM y ICVFP

n = 169

Los resultados informan de una asociación positiva y significativa entre los FCBs y CV.

La segunda pregunta: *¿Existe relación entre las capacidades de autocuidado y la*

*calidad de vida de los adultos mayores?* Se respondió con respecto a dos poblaciones. La primera población incluyó a todos los participantes ( $n = 169$ ) correlacionando las CAC con CV. Los resultados identificaron una asociación positiva y significativa ( $r_s = .5839$ ,  $p = .000$ ). La segunda población consistió de los participantes que padecían diabetes mellitus y/o hipertensión arterial ( $n = 90$ ) correlacionando las CACDH con CV. Los datos muestran una asociación positiva y significativa ( $r_s = .3862$ ,  $p = .000$ ).

La tercera pregunta: *¿Existe relación entre las acciones de autocuidado y la calidad de vida de los adultos mayores?* También se respondió con relación a dos poblaciones. La primera comprendió a todos los integrantes del estudio ( $n = 169$ ) correlacionando las AAC con CV. Los resultados muestran una asociación positiva y significativa ( $r_s = .4200$ ,  $p = .000$ ). La segunda población se compuso de los que padecían diabetes y/o hipertensión ( $n = 90$ ) correlacionando las AACDH con CV. Los resultados muestran también una asociación positiva y significativa ( $r_s = .3272$ ,  $p = .002$ ).

#### **4.4 Estadísticas Inferenciales**

En este apartado se reportan: 1) Prueba de Kruskal Wallis y 2) regresión lineal simple y múltiple para la prueba de las hipótesis.

##### **4.4.1 Prueba de Kruskal Wallis**

Se aplicó la prueba no paramétrica de Kruskal Wallis al identificar que: 1) el diseño del muestreo fue aleatorio y 2) no había elementos suficientes para suponer si los índices de las variables tenían distribución normal.

Para la aplicación de la mencionada prueba se seleccionaron tres factores sociodemográficos: 1) sexo; 2) escolaridad y 3) ingreso económico. Enseguida se efectuaron sus combinaciones y análisis con cada uno de los índices de las variables. Las combinaciones más significativas fueron para el índice de patrón de vida, acción de autocuidado y acción de autocuidado del adulto mayor diabético y/o hipertenso. Las combinaciones más significativas y aquellas con dos o más interacciones se aprecian en la TABLA 18.

**TABLA 18**

**Prueba de Kruskal Wallis para la Combinación Sexo, Escolaridad e Ingreso Económico con Patrón de Vida, Acción de Autocuidado y Acción de Autocuidado del Adulto Mayor Diabético y/o Hipertenso  
Guadalupe, NL, 1996.**

Fuente de Variación	G.L.	Índice de Patrón de Vida		Índice de Acción de Autocuidado		Índice de AAC Diabético e Hipertenso	
		X <sup>2</sup>	P	X <sup>2</sup>	P	X <sup>2</sup>	P
Sexo	1	1.0285	.13105	1.9112	.1668	2.4204	.1198
Escolaridad	1	9.6570	.0019	6.4696	.0110	2.1814	.1397
Ingreso Económico	1	0.4530	.5009	0.8463	.3576	7.5564	.0060
Sexo - Escolaridad	1	4.8656	.0274	0.0128	.9100	0.4680	.4939
Sexo - Ingreso	1	0.2365	.6267	0.0396	.8423	2.8609	.0908
Escolaridad - Ingreso	1	0.4809	.4880	1.9137	.1666	0.9060	.3412
Sexo - Escolaridad - Ingreso	1	0.1533	.6954	5.0246	.0250	1.4325	.2314

Fuentes: FCBAM, AACAM n = 169

Fuentes: CAACAMDH (AAC) n = 90

Se obtuvo significancia en las variables escolaridad y sexo - escolaridad en relación con el patrón de vida. La escolaridad y la combinación: sexo, escolaridad e ingreso económico mostraron significancia al relacionarlos con acción de autocuidado. Además

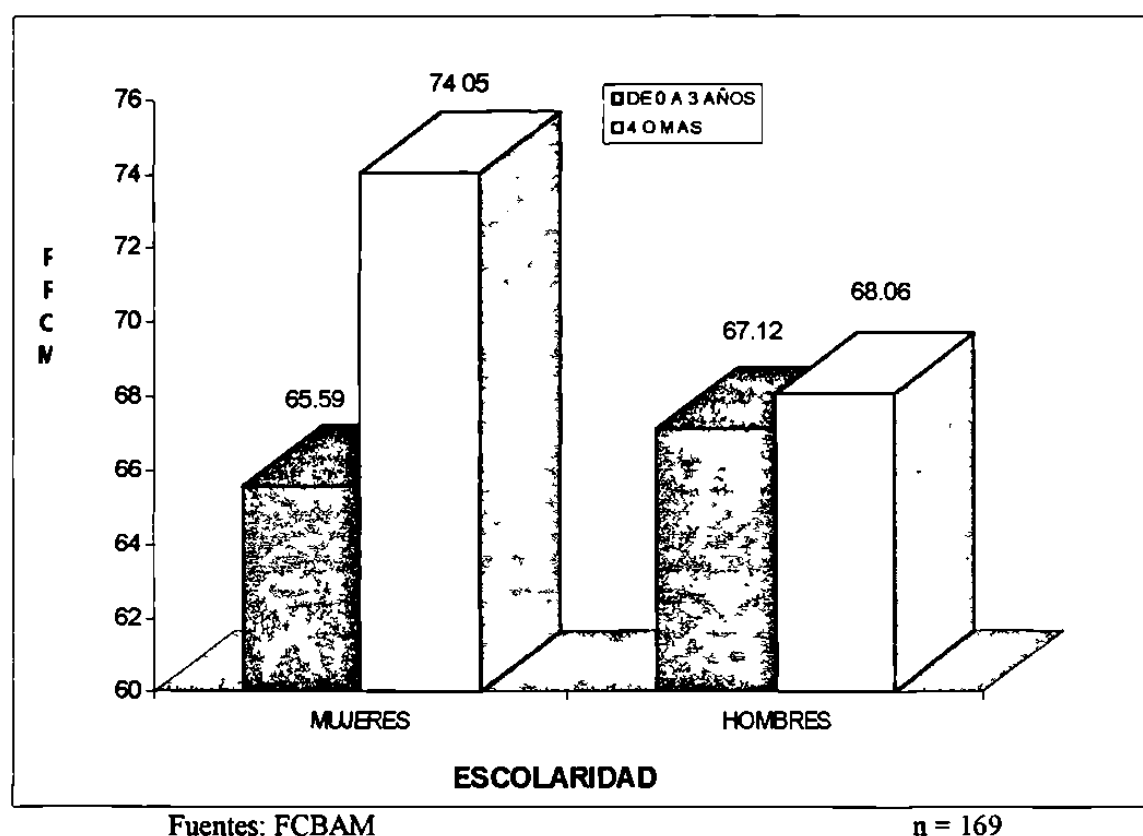


se identificó que solamente el ingreso económico tuvo significancia con acción de autocuidado del adulto mayor diabético y/o hipertenso.

Los datos relacionados a la interacción de los factores sexo y escolaridad para el índice de patrón de vida se muestran en la FIGURA 10.

**FIGURA 10**

**Promedio para la Interacción de los Factores Sexo y Escolaridad para el Índice de Patrón de Vida Guadalupe, NL, 1996.**

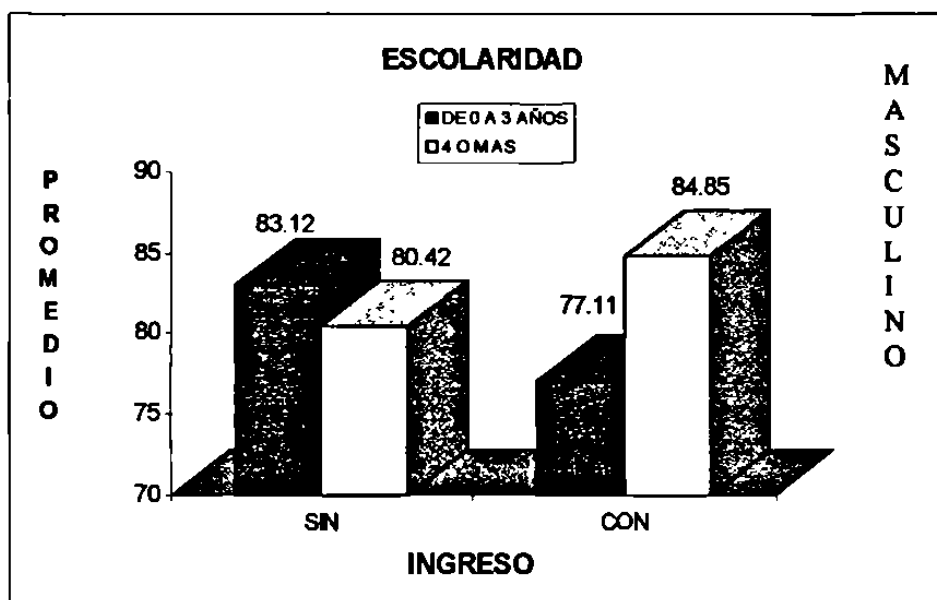


Se observó un incremento en el promedio de patrón de vida de las mujeres cuando mejoró su escolaridad, sin embargo esto no ocurrió con los hombres.

Los datos referentes a la interacción sexo, escolaridad e ingreso económico para el índice de AAC se reportan en las FIGURAS 11 a la 14.

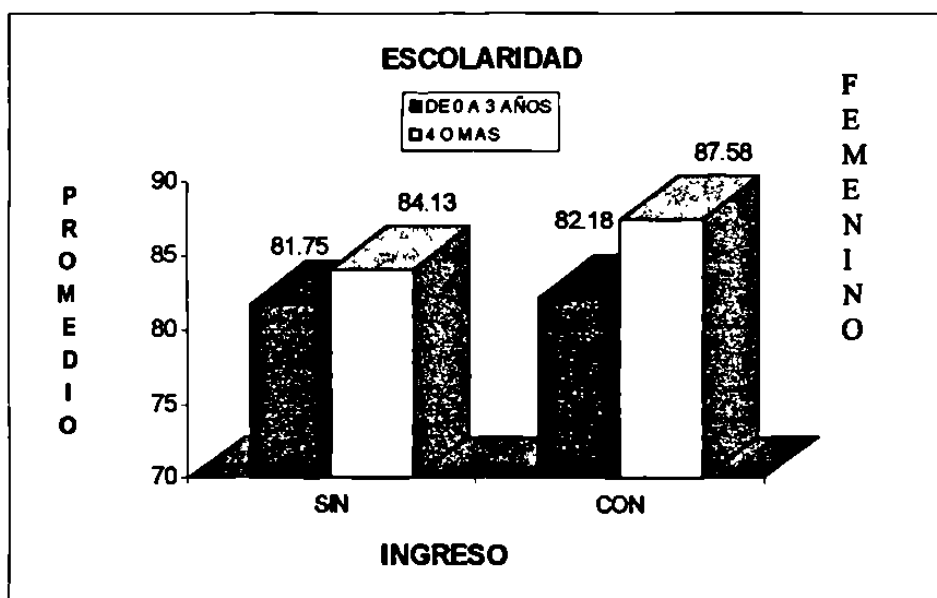
FIGURA 11 y 12

Promedio para la Interacción de los Factores Sexo, Escolaridad e Ingreso Económico para el Índice AAC Guadalupe, NL, 1996.



Fuentes: FCBAM y AACAM

n = 169



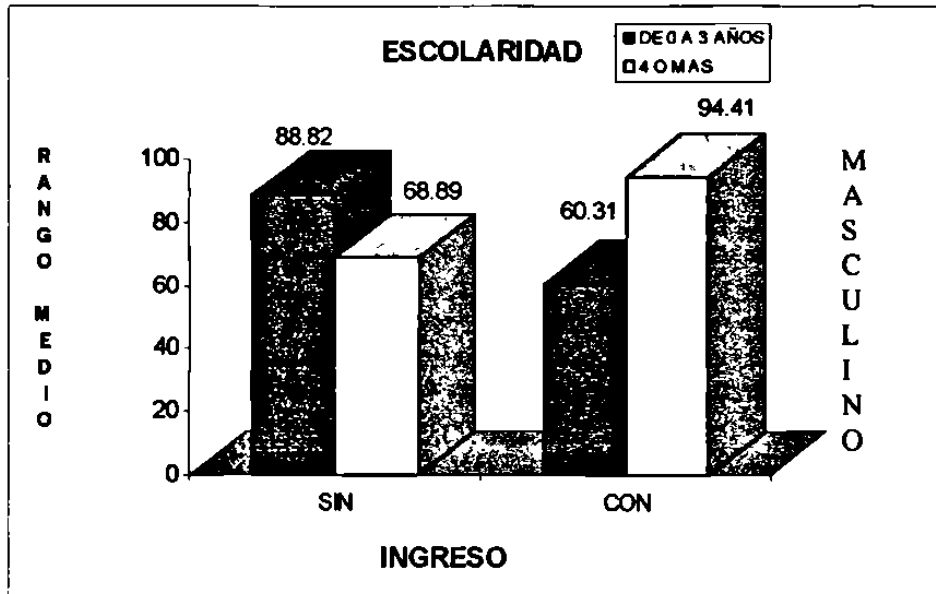
Fuentes: FCBAM y AACAM

n = 169

Tanto en hombres como en mujeres se identifica un incremento en las acciones de autocuidado cuando la escolaridad y el ingreso económico mejoran.

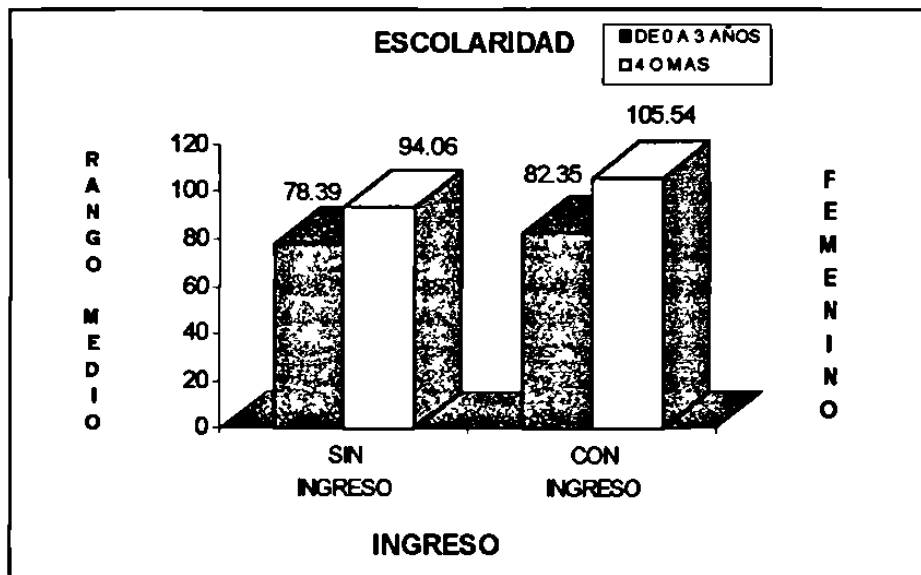
FIGURA 13 y 14

**Rango Medio para la Interacción de los Factores  
Sexo, Escolaridad Ingreso Económico para la AAC  
Guadalupe, NL, 1996.**



Fuentes: FCBAM y AACAM

n = 169



Fuentes: FCBAM y AACAM

n = 169

Tanto en la población masculina como en la femenina se observa un incremento en las AAC al mejorar la educación y contar con ingreso económico.

#### 4.4.2 Prueba de Hipótesis

Para probar las hipótesis se aplicaron modelos de regresión lineal simple y múltiple. En los de regresión múltiple, cuando el modelo fue significativo, se aplicó la técnica de selección de variables, stepwise.

La primera hipótesis planteada: *Los factores condicionantes básicos representados por el estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema familiar, patrón de vida y disponibilidad de recursos son predictores, en forma individual o en bloque, de las capacidades de autocuidado del adulto mayor.*

Al introducir como variable dependiente las capacidades de autocuidado y como independientes los factores condicionantes básicos (estado de salud, orientación sociocultural, sistema familiar, patrón de vida y disponibilidad de recurso) en un modelo de regresión lineal múltiple se encontró que el modelo fue significativo ( $F_{5,163} = 8.57$ ,  $p = .0000$ ,  $R^2$  ajustada = .18400) por lo que se procedió a determinar la contribución específica de las variables independientes. Los resultados se aprecian en la TABLA 19.

**TABLA 19**  
**Análisis de Regresión Múltiple de las Capacidades**  
**de Autocuidado y los Factores Condicionantes**  
**Básicos de los Adultos Mayores**  
**Guadalupe, NL, 1996.**

Variable Independ.	R <sup>2</sup>	Error Estándar	GL	Suma de Cuadrados	Cuadrados Medios	F	Significancia de F
Estado de Salud	.12645	9.71366	1	2280.87886	2280.87886	24.17	.0000
Patrón de Vida	.18544	9.40816	2	3344.96096	1672.48048	18.89	.0000
Disponibilidad de Recursos	.20602	9.31664	3	3716.22339	1238.74113	14.27	.0000

Fuente: FCBAM

n = 169

Como puede observarse, las variables que intervinieron significativamente en el modelo fueron: estado de salud, patrón de vida y disponibilidad de recursos. En base a estos resultados la hipótesis se sustenta.

La segunda hipótesis: *Los factores condicionantes básicos representados por el estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema familiar, patrón de vida y disponibilidad de recursos son predictores, en forma individual o en bloque, de las acciones de autocuidado del adulto mayor.*

Al introducir como variable dependiente las acciones de autocuidado y como independientes los factores condicionantes básicos (estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema familiar, patrón de vida y disponibilidad de recursos) en un modelo de regresión lineal múltiple se obtuvo significancia en él ( $F_{5,163} = 8.27$ ,  $p = .0000$ ,  $R^2$  ajustada = .17796) por lo que se decidió a identificar la contribución específica de las variables independientes. Para tal efecto se empleó la técnica de selección de variables Stepwise. Los resultados se suman en la TABLA 20.

**TABLA 20**

**Análisis de Regresión Múltiple de las Acciones de Autocuidado y los Factores Condicionantes Básicos de los Adultos Mayores  
Guadalupe, NL, 1996.**

Variable Indepen.	R <sup>2</sup>	Error Estándar	Gl	Suma de Cuadrados	Cuadrados Medios	F	Significancia de F
Estado de Salud	.13109	10.57584	1	2817.90851	2817.90851	25.19	.0000
Patrón de Vida	.18985	10.24271	2	4081.03589	2040.51794	19.44	.0000

Fuente: FCBAM

n = 169

Las variables que actuaron significativamente en el modelo fueron: estado de salud y patrón de vida. En base a estos resultados la hipótesis se sustenta.

La tercera hipótesis: *Las capacidades de autocuidado son predictores de las acciones de autocuidado* se probó para dos poblaciones: la primera incluyó al total de la muestra (n = 169) y la segunda, incluyó sólo a quienes que padecían diabetes mellitus y/o hipertensión arterial (n = 90).

El modelo de regresión lineal simple, donde las acciones de autocuidado se introdujeron como variable dependiente y las capacidades de autocuidado como independiente, fue significativo ( $F_{1,167} = 71.72, p = .0000$ ). En un segundo modelo se introdujo como variable dependiente las acciones de autocuidado especializadas y como independiente las capacidades de autocuidado especializadas. El modelo también fue significativo ( $F_{1,167} = 46.07, p = .0000$ ). En base a estos resultados la hipótesis se sustenta.

La cuarta hipótesis establece: *Los factores condicionantes básicos seleccionados (estado de salud, orientación sociocultural, factores del sistema familiar, patrón de vida y disponibilidad de recursos) y las capacidades de autocuidado son predictores, en forma individual o en bloque, de las acciones de autocuidado del adulto mayor.*

Para poner a prueba esta hipótesis se ajustó un modelo de regresión múltiple con las acciones de autocuidado como variable dependiente y como variable independiente los factores condicionantes básicos seleccionados y las capacidades de autocuidado. El modelo fue significativo ( $F_{6,162} = 14.66, p = .0000, R^2 \text{ ajustada} = .32792$ ). La

contribución específica de las variables independientes se reporta en la TABLA 21.

**TABLA 21**

**Análisis de Regresión Múltiple de las Acciones de Autocuidado, los Factores Condicionantes Básicos y las Capacidades de Autocuidado de los Adultos Mayores  
Guadalupe, NL, 1996.**

<b>Variable Independiente</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>Error Estándar</b>	<b>GL</b>	<b>Suma de Cuadrados</b>	<b>Cuadrados Medios</b>	<b>F</b>	<b>Significancia de F</b>
Capacidades de Autocuidado	.30045	9.48933	1	6458.67843	6458.6784 3	71.72	.0000
Estado de Salud	.33243	9.29776	2	7146.17018	3573.0850 9	41.33	.0000
Patrón de Vida	.34940	9.20659	3	7510.99356	2503.6645 2	29.53	.0000

Fuentes FCBAM, CACAM

n = 169

Las variables con significancia fueron: Capacidades de autocuidado, estado de salud y patrón de vida. En base a estos resultados la hipótesis se sustenta.

## CAPITULO V

### DISCUSIÓN

Al analizar la variable edad de la población estudiada se encontró que en mayor porcentaje (64.5 por ciento) eran personas entre 60 a 70 años y que predominaba el sexo femenino y el estado civil casado (68 por ciento). Esto coincide con los datos acerca del incremento en número y proporción de las personas que llegan a edades mayores, y con el consecuente aumento de la esperanza de vida de la población mexicana. El predominio del sexo femenino apoya lo señalado por Cantú (1996), quien afirmó que en México la duración de la vida es mayor para la mujer que para el hombre (68 años para hombres y 72 años para mujeres). La posible explicación de este hallazgo es el hecho de que la mujer utiliza los servicios de salud con mayor frecuencia para su familia y para sí que el hombre. Lo anterior asociado al hecho de que ella trata también de mantenerse en buen estado de salud para cuidar de su familia le proporciona condición de desarrollar más sus conocimientos, habilidades y conductas de salud y consecuentemente vive más que el hombre. Para apoyar esta interpretación se encontró en los reportes sobre utilización de servicios de salud de primer nivel por sexo y edad en el Centro de Salud de la Jurisdicción nº 4 en Monterrey, Nuevo León (UANL, 1993) de acuerdo a los cuales la mujer utilizó más de tres veces los servicios de salud en relación al hombre. Específicamente y según el reporte de motivos de consulta del Centro de Salud Vicente Guerrero del año de 1996, el grupo de mujeres mayor de 60 años utilizó más de dos veces esta unidad en relación al hombre. Es decir, la mujer también en la edad mayor continua utilizando más los recursos de salud, que el hombre. En este reporte se encontró también que la diabetes



mellitus sin complicación fue la primera causa de consulta y la hipertensión arterial la tercera (UANL, 1996).

El nivel de escolaridad de la población estudiada resultó ser bajo, pues el 67.5 por ciento tuvo de cero a tres años de escolaridad. Lo anterior es relevante porque este conocimiento influye en la forma en que el personal de enfermería brindará educación y orientación de salud a los adultos mayores para potencializar las capacidades y acciones de autocuidado principalmente cuando éstas son para satisfacer los requisitos de enfermedades, como es el caso de la población de estudios, donde el 53 por ciento padecía de diabetes mellitus y/o hipertensión arterial. Con relación a esto Harper (1984) señala que el profesional de enfermería debe enterarse del grado de educación de los adultos mayores para después ofrecerles programas educativos, principalmente cuando están relacionados con el uso de medicamentos y de otras tecnologías necesarias al control de las enfermedades. En relación a esto Shen Tu, McDaniel y Templeton (1993) al estudiar el control metabólico en adultos mayores con diabetes mellitus y sus conductas de autocuidado no encontraron una clara asociación entre años de educación y el control glucémico. Lo que permite pensar que los años de escolaridad y la educación que recibe el adulto mayor sobre diabetes son aspectos diferentes, aunque ambos deben permitir al adulto mayor diabético desarrollar y ejecutar sus capacidades y acciones de autocuidado. Es importante también considerar que en el caso de los padecimientos crónicos el comprometerse con el autocuidado es más difícil, ya que independientemente de la educación que se tiene, las habilidades están determinadas por las demandas de autocuidado especializado y por la terapia médica prescrita.

Al interpretar las características familiares se observó que el 45.5 por ciento, casi la mitad de los participantes en el estudio tenían de seis a 10 hijos ya sea porque recibían a los hijos casados con sus familias o porque ellos se iban a vivir a las casas de sus hijos. Esta situación coincide con la reportada por Carnevalli (1988) quien encontró que la frecuencia actual de divorcios, de madres solteras y las dificultades económicas propician el regreso de muchos hijos al hogar de los padres. Los padres también van a vivir con los hijos en los momentos de grandes necesidades, principalmente si padecen de alguna enfermedad crónica y no saben como controlarla, por el proceso de envejecimiento o si no tienen recursos económicos suficientes para su subsistencia.

Al investigar el nivel de agudeza visual se descubrió que casi la mitad de los participantes del estudio presentaron resultados por debajo de la normal. Este hallazgo coincide con Alvarez (1991), entre otros autores, quien recalca que es patente que la eficiencia visual se ve afectada con el paso del tiempo. Al rededor de los 50 años - poco más o menos según los casos - incluso aquellas personas que nunca hubieron tenido problemas con la vista, empiezan a presentar disminución en su capacidad visual.

Al estudiar el patrón de vida según al sexo y escolaridad se encontró que las mujeres con mayor grado de escolaridad mejoraron sus rutinas diarias, sin embargo esto no ocurrió con los hombres. En este caso los factores sexo y escolaridad influyeron en otro factor condicionante básico, patrón de vida. Esto es compatible con la teoría de Orem, quien expresó que los factores condicionantes básicos son capaces de influirse mutuamente y no son excluyentes.

Lo anterior hace pensar que las mujeres, ejerciendo los roles de ama de casa, tenían más control personal sobre sus rutinas diarias y que el incremento en escolaridad les fue suficiente para mejorar su patrón de vida. Por otro lado, los hombres, aunque con mejor nivel de educación al trabajar fuera de casa no tenían control sobre sus actividades diarias por sujetarse a las normas de trabajo.

Al combinar el sexo, la escolaridad y el ingreso económico con las acciones de autocuidado, se observó que los hombres disminuyeron sus actividades de autocuidado al no contar con ingreso económico, aunque tuvieran una mejor educación. Por otro lado también se observó que las acciones de autocuidado aumentaron cuando mejoró su nivel de escolaridad y contaban con ingreso económico. Por su parte las mujeres, teniendo mejor nivel de escolaridad y no contando con ingreso, ejecutaban conductas de autocuidado, pero estas se incrementaron cuando tuvieron mejor nivel de educación asociado con algún aporte económico. Por lo tanto, el factor ingreso económico fue indispensable para que tanto los hombres como las mujeres aumentaran sus prácticas de autocuidado. Estos hallazgos apoyan lo encontrado por Harris y William (1991) quienes reportaron que todos los sujetos de la investigación señalaron al dinero como factor necesario para el autocuidado. Un ejemplo de algunas respuestas fue: “no tengo el suficiente dinero para realizar el cuidado de mi mismo”. Esto significa que para atender algunas de sus necesidades humanas básicas, los adultos mayores necesitaron de dinero como por ejemplo, para alimentarse de una dieta balanceada y suficiente se requirió de la compra de alimentos.

En relación a las acciones de autocuidado especializadas de los adultos mayores

diabéticos y/o hipertensos el factor que tuvo significancia fue el ingreso económico. Esto es comprensible ya que es indispensable para satisfacer los requisitos de desviación de la salud como tomar los medicamentos, acudir a citas medicas, consumir una dieta balanceada y realizar exámenes para controlar la diabetes y/o hipertensión. Debido a que el ingreso económico de los entrevistados era muy reducido ( en promedio \$ 439.51 mensuales), pues provenía principalmente de la jubilación, pensión o ayuda de los hijos se infiere que las acciones de autocuidado se veían disminuidas por esta causa. Al comparar la media de capacidades de autocuidado de los adultos mayores diabéticos y/o hipertensos ( $M = 79.76$ ) con la media de acciones de autocuidado de estas mismas personas ( $M = 69.63$ ) se encontró que las capacidades de autocuidado especializadas fue más alta; esto significa que las personas mayores tienen las capacidades pero no los recursos económicos suficientes para satisfacer sus requisitos por desviación de la salud. Por otro lado, en relación a las medias de capacidades y acciones de autocuidado se observó que la media de las acciones de autocuidado ( $M = 82.78$ ) fué discretamente mas alta que la de capacidades de autocuidado ( $M = 77.24$ ). El significado de este hallazgo puede estar relacionado al bajo nivel de escolaridad de los adultos mayores que no les proporcionó las condiciones necesarias para desarrollar más sus capacidades de autocuidado. La otra posible explicación está relacionada con los factores condicionantes básicos que también son responsables por la practica de autocuidado, independientemente de las capacidades de autocuidado. De acuerdo a los resultados de este estudio se puede afirmar que los factores estado de salud y patrón de vida son los que estaban influyendo directamente en las acciones de autocuidado de los adultos mayores. Este hallazgo coincide con Conn (1991) quien encontró en su estudio que el 69 por ciento de los

adultos mayores reportaron que su estado de salud interfiere en sus acciones de autocuidado. Lo anterior significa que como su estado de salud es más vulnerable por el proceso de envejecimiento y por las enfermedades crónicas, acuden con más frecuencia las instituciones y con ello desarrollan y operan sus habilidades de autocuidado.

La relación explicativa de las capacidades de autocuidado sobre las acciones de autocuidado es congruente con los hallazgos de Shen Tu et al. (1993). Estos autores reportan en su estudio con pacientes adultos mayores diabéticos, una relación moderada y significativa entre las capacidades y acciones de autocuidado ( $r = .5201$ ,  $p = .000$ ). Es decir, cuando los adultos mayores adquirieron más conocimientos, experiencias y habilidades respecto a su enfermedad, aumentaron y mejoraron sus acciones de autocuidado. Padula (1992) refiere que las acciones de autocuidado son ampliamente practicadas entre los adultos mayores y que para esto necesitan del conocimiento acerca de la salud, motivación y habilidades para iniciar y desarrollar conductas de autocuidado.

El 47.8 por ciento de los adultos mayores diabéticos y/o hipertensos presentó sobrepeso. Tal información es congruente con los señalamientos de la Asociación Americana de Diabetes (1988) y de Vargas (1993) cuando mencionan que en la diabetes mellitus tipo II y en la hipertensión arterial las personas son frecuentemente obesas. Alvarez (1991) añade que el sobrepeso encontrado en estas enfermedades también tiene como causa secundaria la cultura alimentaria y es conocido que en la alimentación del mexicano se consumen altos niveles de carbohidratos, grasa de origen animal y vegetal, así como de colesterol. Bernal, Carranza, Delcompare, Luna y Tames (1993) señalan que en la alimentación mexicana se consumen aproximadamente 1000 mg diarias de

colesterol siendo 300 mg lo recomendado para evitar niveles altos en la sangre.

El 30.6 por ciento de los diabéticos tenía más de 10 años de que se le había diagnosticado esta enfermedad. El 61.4 por ciento presentó hiperglucemia, evidenciándose que existe una relación inversa entre el número de años de diagnosticada la diabetes y el control glucémico. Estos hallazgos son similares a los encontrados por Polly (1992) en personas adultas mayores con diabetes mellitus tipo II, donde se demostró una relación inversa significativa, entre el tiempo de diagnosticada la diabetes y el control glucémico ( $r = - .21$ ,  $p = .03$ ).

Al comparar los resultados sobre calidad de vida en este estudio con los reportados en el estudio de Hicks, Larson y Ferrans en 1992; Ferrans y Powers en 1993, y Cárdenas en 1995, se observa que se obtuvo una media relativamente alta ( $M = 89.87$ ). Ello sugiere que los adultos mayores estaban enfrentando con efectividad las realidades de la vida. Los resultados de este estudio también concuerdan con los reportados por Hicks et al. (1992) donde encontraron que los pacientes adultos de mayor edad percibían más alta calidad de vida que los adultos de menor edad.

La calidad de vida medida en las cuatro subescalas: salud/ funcionamiento, socioeconómica, psicológico/ espiritual y familiar mostró el mayor puntaje en las subescalas familiar y psicológico/ espiritual. Esto coincide con los estudios de Hicks et al. (1992), Ferrans y Powers (1993), Bliley (1993) y Cárdenas (1995) y tiene relación con lo que señaló Burckardat (1985) y Magilvy (1985). Estos autores encontraron que los adultos mayores que tenían diversas personas de quién depender para ayuda, consejos, tiempo y contacto humano percibían una calidad de vida más alta que aquellos que vivían

solos. Las subescalas que reportaron medias más bajas de calidad de vida fueron la de salud/funcionamiento y la socioeconómica. Estos resultados coinciden con los encontrados por Hicks et al. (1992), Bliley y Ferrans (1993), Ferrans y Powers (1993) y Cárdenas (1995). En el presente estudio esto era lo esperado, ya que en esta etapa de vida, la salud de los adultos mayores esta afectada por enfermedades crónicas y por los cambios propios del proceso de envejecimiento así como la parte económica esta comprometida por la pensión y jubilación, lo que crea sentimientos de insatisfacción, inseguridad y pérdida de confianza. En la calidad de vida percibida a nivel de satisfacción e importancia, se encontró que el nivel de importancia fue superior. Esto significa que muchas veces ellos no estaban satisfechos, por ejemplo con su salud, debido a los cambios físicos y enfermedades, así como con su familia por los problemas existentes, pero las consideraban muy importantes. En relación a la asociación del concepto calidad de vida con los conceptos teóricos de Orem, utilizados en este estudio, se encontró una relación positiva y significativa. Esto significa que la práctica de autocuidado proporciona la sensación de calidad de vida y consecuentemente de bienestar, porque aquel concepto, por ser más amplio, abarca este último.

### **5.1 Conclusiones**

La contribución de este estudio permite apoyar los conceptos teóricos centrales de la teoría de enfermería del déficit de autocuidado, al obtenerse relación positiva y significativa entre las capacidades y acciones de autocuidado. Así mismo entre los factores condicionantes básicos representados por el estado de salud, patrón de vida y disponibilidad de recursos con las capacidades de autocuidado y los factores estado de

salud y patrón de vida con las acciones de autocuidado.

Los factores condicionantes básicos identificados por el estado de salud, orientación sociocultural, sistema familiar, patrón de vida y disponibilidad de recursos, así como las capacidades y acciones de autocuidado se relacionaron positiva y significativamente con calidad de vida. Sin embargo estas asociaciones deberán estudiarse con más profundidad.

Otra aportación del estudio, estriba en que permitió determinar los factores condicionantes básicos, las capacidades y acciones de autocuidado y la percepción de calidad de vida de los adultos mayores.

## **5.2 Recomendaciones**

Efectuar investigaciones en enfermería con adultos mayores, donde se apliquen los mismos conceptos utilizados en este estudio sobre la teoría de enfermería del déficit de autocuidado, que permitan reforzar la efectividad del modelo con esta población.

Realizar estudios comparativos entre las capacidades y acciones de autocuidado con las capacidades y acciones de autocuidado especializadas.

Realizar estudios asociando los conceptos de la teoría de Orem con el de calidad de vida para explorar mejor la relación de este concepto dentro del modelo de autocuidado.

Elaborar estudios que comparan las capacidades, acciones de autocuidado y calidad de vida de poblaciones de adultos mayores sin enfermedad, en contraste con



grupos de la tercera edad con padecimientos crónicos (diabetes mellitus e hipertensión arterial) y continuar utilizando el Índice de Calidad de Vida de Ferrans y Powers porque ya fue aplicado dos veces en adultos mayores mexicanos.

Ampliar esta investigación a adultos mayores pertenecientes al estrato económico medio y alto ya que estas personas demandan también atención y compromiso profesional de enfermería a nivel de autocuidado y calidad de vida.

## REFERENCIAS

- Alvarez, M E, La Tercera Edad, Editorial America S A, Panamá, 1991.
- American Diabets Association, Physician Guide to non Insulin - Dependent (type II) Diabetes Diagnosis and Treatment, 2ª ed., Alexandria, Virginia, Printed United States of América, 1988.
- Bernal, G, Garranza, I, Delcompare L, Lunas S., y Tamez, E, Investigación Sobre Niveles de Colesterol Sérico y Riesgo Dietético Aterogénico en Población Rural del Municipio de Saltillo, Coahuila, Facultad de Salud Publica, Monterrey, NL, 1993.
- Bliley, A V and Ferrans, C E , Quality of Life After Coronary Angioplasty. The Journal of Critical Care. 22, 3: May/ June, 1993.
- Cantu, A G N, Epidemiología de la Viez. Primer Simposio de Geriatria y Gerontologia (Memorias), Monterrey, NL, 1996.
- Cárdenas, V M, Ancianos y Calidad de Vida , Tesis Inédita de Enfermería, UANL Monterrey, NL, 1995.
- Carrillo, H, Aplicación de la Terapia de Reminiscencia en la Autoestima del Anciano, Tesis Inédita de Enfermería, UANL, Monterrey, NL, 1992.
- Carnevali, D F y Patrick, M., Tratado de Geriatria y Gerontologia , 2a. edición., Interamericana, México DF, 1988.
- Cella, D F, Quality of Life. The Concept Journal of Paliative Care. 8, 3: 8 - 13, 1992.
- Conn, V, Self - Care Actions Taken by Older Adults for Influenza and Colds. Nursing Research. 40: 176 - 181, 1991.

- Del Angel, P B, Características de las Familias que Proveen Cuidado a Ancianos Dependientes para Realizar Actividades de la Vida Diaria, Tesis Inédita de Enfermería, UANL, Monterrey, NL, 1993.
- Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Coloquio de la Tercera Edad. Memorias. Monterrey, NL, 1992.
- Ferrans, C E, Quality of Life: Conceptual Issues. Seminars in Oncology Nursing. 6, 4: 248 - 254, 1990.
- Ferrans, C E, Conceptualizations of Quality of Life in Cardiovascular Research. Process of Cardiovascular Nursing. 7, 2: 2-6, 1992.
- Ferrans, C E, and Powers, M, Psicometric assesment of the quality of life index. Research in Nursing Health. 15, 29 - 38, 1992.
- Ferrans, C E, and Powers, M, Quality of Life Hemodialysis Patients. ANNA Journal. 20, 5 : 575 - 581, 1993.
- Gallegos, E, Validación de la Escala: Capacidades para el Autocuidado con Población Mexicana, Investigación Inedita, UANL, Monterrey, NL, 1995.
- Harper, D C, Aplication of Orem's Theoretical Constructs to Self - Care medication Behaviors in the Ederly. Advances in Nursing Science. 6, 3: 29 - 46, 1984.
- Harris, J L and Willians, L K, Universal Self - Care Requisites as Identified by Homeless Ederly Men. Journal of Gerontological Nursing. 17, 16: 38 - 43, 1991.
- Hicks, F, Learson I and Ferrans, C E, Quality y of Life After Liver Transplant. Research in Nursing & Health. 15, 111-119, 1992.
- Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI). Censo Nacional de Población. Estadísticas Sociales y Demográficas, Aguas Calientes, Ags,1993.

Isenberg, A M, Desarrollo de la Teoría de Enfermería y su Aplicación a la Práctica.

XIV Reunión Nacional de Licenciados en Enfermería. UANL, Monterrey, NL 1993.

Isenberg, M A, and Evans, G C, Development and Testing of Appraisal of Self Care

Agency. Manuscript submitted for publication, 1993.

Keyserlinghk, E W, Sanctity of Life or Quality of Life in the Context of Ethics, Medicine

and Law. Protección of Life Series Law Reform Comisión of Canada. 1979.

Lazcano, M F, Programa Educativo de Salud y Autocuidado en Senectos

Institucionalizados. Revista Mexicana de Geriatria y Gerontología. 1, 3: 81- 89,

1989.

Lazcano, F, Aprendizaje y Habilidades Psicomotoras en las Personas de Edad Avanzada.

Revista Mexicana de Geriatria y Gerontología. 2, 1 : 21 - 26, 1990.

Meeberg, G A, Quality of Life: A Conceptual Analisis. Journal of Advanced Nursing.

18, 32 - 38, 1993.

Moreno, F T, El Anciano Maltratado. Revista Enfermeria al Dia. Abril, 11 - 14, 1995.

Nordstrom, M , Chronic Illness - Impact and Interventions, 2 nd. Jones and Bartlett

Publishers, Bonston / Lindon, 1995.

Novey, D, Guia de Valoración Clinica, Interamericana McGraw-Hill, México DF, 1990.

Orem, D E, Modelo de Orem - Conceptos de Enfermería en la Práctica, Ediciones

Científicas y Técnicas SA, Barcelona, 1993.

Orem, D E, Nursing concepts of practice, 5ª ed., Mosby, USA, 1995.

Organización Mundial de Salud (OMS), “ Meta de Salud para Todos para el año 2000”,

USA, 1977.

- Organización Panamericana de Salud (OPS), La Hipertensión Arterial como un Problema Comunitario, Serie Paltex nº 3, Washington, USA, 1984.
- Organización Panamericana de Salud (OPS), Hacia el Bienestar de los Ancianos, Publicación Científica 492, Washington, USA, 1985.
- Orozco C I, Síndrome de Caídas en el Anciano. Revista Mexicana de Geriatría y Gerontología. 2, 1: 17 - 20, 1990.
- Padula. C.A., Self - Care and Ederly: Review and Implications. Public Health Nursing. 9, 1: 22 - 28, 1992.
- Plano Nacional de Saúde - Brasil, (1995 - 1999), Seção: Saúde da Terceira Idade, Brasilia, DF, 1995.
- Plan Nacional de Desarrollo de México (1995 - 2000), México, DF, 1995.
- Polit D y Hungler B, Investigación Científica en las Ciencias de Salud, 4ª ed., Interamericana Mc Graw Hill, México, DF, 1994.
- Polly, K, Diabetes Health Beliefs, Self - Care Behaviors and Glicemic Control Among Older Adults With Non - Insulin Dependent Diabetes Mellitus. The Diabetes Educator. 18,321 -327, 1992.
- Quintero, R E, Demografía de la Vejez. Revista Desarrollo Científico de la Enfermera, 2, 3 : 11 - 13, 1994.
- Riviera, G, Conceptos Familiares sobre la Ancianidad y Permanencia del Anciano en el Hogar. Tesis Inédita de Enfermería, UANL, Monterrey, NL, 1992.
- Reyes, R M, Funcionalidad de la Relación Familiar y las Tareas del Anciano, Tesis Inédita de Enfermería, UANL, Monterrey, NL, 1993.

- San Martín y Pastor, Demografía de la Vejez, Interamericana Mc Graw Hill, Barcelona, 1990.
- Secretaria de Salud, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Diario Oficial, México, 1987.
- Shen Tu, K, McDaniel, G y Templeton J, Diabetes Self-Care Knowledge, Behaviors, and Metabolic Control of Older Adults - The Effect of Posteducational Follow - up Program. The Diabetes Educator. 56, 25 - 30, 1993.
- Skeet, M, The Age of Aging: Implications of Nursing, Bulletin of PAHO. 25, 4 : 374 - 380, 1991.
- Talbot, L A, Principles and Praticice of Nursing Research. 5ª ed., Mosby, Chicago, 1995.
- Universidad Autónoma de Nuevo León, Centro de Información de Enfermería Comunitaria. Reporte sobre Utilización de los Servicios de Salud de Primer Nivel, Jurisdicción 4, datos naturales, no publicados, 1993.
- Universidad Autónoma de Nuevo León, Centro de Información de Medicina de Primer Nivel. Reporte sobre Motivos de Consulta por Grupo de Edad y Sexo del Centro de Salud Vicente Guerrero, datos naturales, no publicados, 1996.
- Uribe, M, Tratado de Medicina Interna, Medica Panamericana, México, 1988.
- Vargas, A, Indicadores Antropometricos del Déficit y Exceso de Peso en el Adulto para el Empleo en el Consultorio y en el Campo. Cuadernos de Nutrición 5. México, DF, 1993.

## **APÉNDICES**

## APÉNDICE A

### CEDULA DE VALORACION MENTAL

Autores:

- Folstein, M. Folstein, SG. & McHugh, P. 1975

Adaptado por :

-Drew, J. y Salazar, B. 1995

Traducido al español:

-Salazar, B. 1995.

Adaptado a este estudio por:

- Silva, J.V 1996.

Orientación:	Puntos determinados	Puntos recibidos
1 -¿ Como se llama ? _____	(1 punto)	(     )
2 -¿ Cuantos años tiene ? _____	(1 punto)	(     )
3 -¿ En qué estado estamos ? _____	(1 punto)	(     )
4 -¿ En qué ciudad estamos ? _____	(1 punto)	(     )
5 -¿ En qué colonia estamos ? _____	(1 punto)	(     )
6 -¿ En qué año estamos ? _____	(1 punto)	(     )
7 -¿ En qué estación del año estamos? _____	(1 punto)	(     )
8 -¿ En qué mes estamos ? _____	(1 punto)	(     )
9 -¿ En qué día estamos ? _____	(1 punto)	(     )
10 -¿ En qué día de la semana ? _____	( 1 punto)	(     )
Total	10 puntos	(     )

Resultado:

Aceptable: \_\_\_\_\_ No aceptable \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Observación: Se utilizó del instrumento original traducido las preguntas relacionadas con tiempo y lugar, y se introdujo dos preguntas relacionadas con persona para valorar el estado mental del adulto mayor. Se determino que los puntajes mínimo y máximo que podrá obtener el adulto mayor será de 8 a 10 puntos para ser incluido en el estudio.



**APÉNDICE B****REPORTE DE LAS ENTREVISTAS ANTROPOLOGICAS  
A ADULTOS MAYORES**

**UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON  
FACULTAD DE ENFERMERIA**



**AUTOCUIDADO Y CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS  
MAYORES EN ÁREAS URBANO MARGINADAS  
DE MONTERREY**

**PRESENTA:**

**LIC. JOSÉ VITOR DA SILVA**

**ASESOR:**

**LIC. ISABEL TORRES NAVARRO**

**MAESTRIA EN ENFERMERIA  
CON ESPECIALIDAD EN SALUD COMUNITARIA**

**FEBRERO, 1997**

## TABLA DE CONTENIDO

<b>Capítulo</b>	<b>Página</b>
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. METODOLOGÍA.....	2
3. COMENTARIOS Y CONCLUSIONES.....	3
4. REFERENCIAS.....	8
<b>APÉNDICES</b>	
<b>APÉNDICE A: GUÍA PARA ENTREVISTA A</b>	
<b>                  PROFUNDIDAD.....</b>	<b>9</b>
<b>APÉNDICE B: HISTORIA DE VIDA.....</b>	<b>10</b>

## **1 - INTRODUCCIÓN**

La disminución de la mortalidad en todas las edades, el control de la tasa de natalidad, la atención a las necesidades básicas de salud, la disminución de las tasas de las enfermedades infecciosas, entre otros factores, ha implicado el incremento en el número y proporción de personas que llegan a edades avanzadas, con el consecuente aumento de la esperanza de vida de la población mexicana (Cantú, 1996).

En México, la esperanza de vida se ha modificado, para el año 2000 la posibilidad de vivir en el hombre será de 68 años y en la mujer de hasta 72 años (OPS, 1985). La expectativa de vida se ha duplicado en los últimos 50 años, esto principalmente por los avances que ha tenido la medicina (San Martín y Pastor, 1990).

El conocimiento de las cifras del grupo de personas de más de 60 años que se esperan en las próximas décadas es útil para alertar a las instituciones de salud pública y al mismo gobierno sobre la urgencia y magnitud del problema.

Frecuentemente los adultos mayores sufren en esta etapa de vida problemas físicos, psicológicos y sociales provocados por los cambios relacionados con la edad y enfermedades crónicas, lo que ocasiona una considerable demanda de los servicios de salud.

El atender a esta población es una responsabilidad de la enfermería, basándose en el reconocimiento de sus capacidades reales o potenciales.

El profesional de enfermería en salud comunitaria tiene mucho que ofrecer a los adultos mayores, principalmente cuando se trata de autocuidado. Es imprescindible identificar problemas actuales y anticipar necesidades futuras para mejorar la calidad de vida de esta población tan vulnerable. En base a estos fundamentos, la finalidad de este estudio cualitativo es enriquecer la definición de los indicadores empíricos y verificar la practicidad de los instrumentos utilizados para identificar los factores condicionantes básicos, las capacidades y acciones de autocuidado, así como la calidad de vida de los adultos mayores del estudio cuantitativo anterior.

Se obtuvieron datos cualitativos por entrevista a profundidad, la información fue organizada y presentada en forma de historia de vida y finalmente procesada por medio del análisis de contenido/ textual (Talbot, 1995)

## **2 - METODOLOGÍA**

Se seleccionaron siete adultos mayores. En seguida se entrevistaron estas personas utilizando una guía estructurada para entrevista a profundidad (Apéndice A). Las entrevistas fueron grabadas, el tiempo promedio utilizado fue de 1:30 hora para cada caso y se entrevistó a cada una de las personas tres veces. Las entrevistas fueron realizadas por el investigador, asesorado por una antropóloga social. Posteriormente la información fue organizada y presentada en forma de historia de vida (Apéndice B) que es una técnica de recolección de datos sobre sucesos, status y experiencias preponderantes alrededor del ciclo de vida de la persona. La historia de vida da sentido y significado a la experiencia cotidiana, a las practicas habituales y a la red de relaciones sociales de cada uno. Su atractivo reside en la utilidad que tiene para captar información